

NOTE D'ORIENTATION

# SUBVENTION DE LA SANTÉ MONDIALE : LE TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉ DES FEMMES DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Juin 2022



The News Minute | Sreekesh Raveendran Nair

Série Femmes et santé mondiale : L'égalité des genres et le personnel de santé et de soins



**WGH** | WOMEN IN  
GLOBAL HEALTH

# Table des matières

Dédicace .....	03
Abréviations.....	03
Remerciements.....	03
Résumé opérationnel .....	04
Principales conclusions .....	06
<b>Partie 1 : Contexte du présent rapport</b> .....	<b>10</b>
1.1 Définitions .....	10
1.2 La santé mondiale : assurée par les femmes, dirigée par les hommes .....	10
1.3 La perspective intersectionnelle .....	12
1.4 Le travail non rémunéré des femmes .....	12
1.5 Les engagements des gouvernements .....	13
<b>Partie 2 : Observations</b> .....	<b>14</b>
2.1 Le nombre de femmes sans rémunération et sous-payées dans le secteur de la santé ..	14
2.2 Les diverses formes de rémunération et d’allocations.....	17
2.3 Les diverses formes de travail non rémunérées et temps consacrés .....	19
2.4 Les fonctions non rémunérées assumées pour diverses raisons.....	21
2.5 L’impact du travail non rémunéré sur les femmes.....	24
2.6 L’impact du travail non rémunéré sur les systèmes de santé.....	26
2.7 La pandémie Covid-19 et les travailleuses de la sante non rémunérées.....	28
<b>Partie 3 : Recommandations</b> .....	<b>31</b>
<b>Partie 4 : Conclusion</b> .....	<b>33</b>
Références .....	34

# DÉDICACE

Women in Global Health dédie ce rapport aux millions de femmes qui ont travaillé sans être rémunérées afin d'assurer la sécurité de leurs communautés lors de la pandémie de COVID-19. Nous saluons leur expertise, leur dévouement et la portée de leur travail. Nous continuerons à plaider pour que leur travail soit reconnu et rémunéré équitablement.

Le mouvement Women in Global Health plaide pour un nouveau contrat social pour toutes les femmes travaillant dans le domaine de la santé, fondé sur la sécurité, la décence et l'égalité du travail, y compris l'égalité dans le leadership et la prise de décision.

## ABRÉVIATIONS

**VSC** : Volontaire en Santé Communautaire

**ASC** : Agent de Santé Communautaire

**COVID-19** : Une maladie à coronavirus identifiée en 2019

**PIB** : Produit Intérieur Brut

**CEG** : Centre pour l'Égalité des Genres

**ERG** : Écart de rémunération entre les Genres

**OIT** : Organisation Internationale du Travail

**PRFI** : Pays à Revenu Faible ou Intermédiaire

**EPI** : Equipement de Protection Individuelle

**ODD** : Objectif de Développement Durable

**CSU** : Couverture Sanitaire Universelle

**WGH** : Women in Global Health

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

## REMERCIEMENTS

Ce rapport a été réalisé par Women in Global Health. L'auteur principal est Ann Keeling, avec le soutien de Dora Maradiaga et les conseils du Dr Roopa Dhatt, directrice exécutive de Women in Global Health. Mme Kavita Bhatia et Mme Roosa Tikkanen y ont également apporté leur expertise. Le rapport politique a été conçu par Marie Prevot. Nous sommes reconnaissants aux sections de Women in Global Health qui ont soutenu ce rapport et nous remercions tout particulièrement les travailleuses de la santé d'Éthiopie, du Malawi, de Zambie, d'Inde et du Mexique qui ont partagé leurs expériences avec nous.

Les noms des agents de santé cités dans ce rapport ont été modifiés afin de protéger les moyens de subsistance des femmes qui nous ont parlé.

# RÉSUMÉ OPÉRATIONNEL

COVID-19 a mis en évidence l'inégalité entre les genres<sup>1</sup> dans le personnel de santé mondial.

En 2015, la Commission Lancet sur les femmes et la santé<sup>1</sup> a estimé que les femmes contribuent chaque année à la santé mondiale à hauteur de 3 000 milliards de dollars, dont la moitié sous forme de travail non rémunéré. Il semble improbable que certaines des femmes les plus pauvres du monde acceptent un travail non rémunéré dans le domaine de la santé alors qu'elles ont déjà une lourde charge de soins, de travail domestique et de subsistance non rémunérés. Nous estimons cependant que **six millions de femmes travaillent sans être rémunérées et sous-payées dans des rôles essentiels des systèmes de santé**, subventionnant ainsi la santé mondiale avec leur travail non rémunéré et sous-payé. Les hommes occupent également des rôles non rémunérés dans le domaine de la santé, mais la grande majorité des travailleurs de la santé non rémunérés sont des femmes. En général, ces femmes sont issues de familles à faibles revenus, ont un niveau d'éducation limité et travaillent comme agents de santé communautaires (ASC) dans leurs communautés locales.

Ce rapport examine le travail non rémunéré et sous-payé effectué par les femmes dans les systèmes de santé, s'interroge sur les raisons pour lesquelles les femmes font ce travail et considère l'impact de ce travail pour les travailleuses de la santé, les systèmes de santé et les sociétés. Le rapport s'appuie sur des recherches existantes et des entretiens avec des travailleuses de la santé en Éthiopie, en Inde, au Malawi, au Mexique et en Zambie, et vise à faire entendre la voix de leurs diverses perspectives.

La pandémie de COVID-19 a mis la santé au centre de l'actualité mondiale et a révélé les profondes inégalités entre les pays et au sein de ceux-ci, mettant en évidence les inégalités entre les femmes et les hommes. Depuis l'apparition du virus COVID-19, les femmes ont apporté une contribution exceptionnelle aux systèmes de santé, aux économies et aux sociétés, du niveau communautaire au niveau mondial. Représentant 70 % du personnel de santé mondial et 90 % des travailleurs de la santé en contact avec les patients<sup>3</sup>, les femmes ont assumé la charge de la prestation des systèmes de santé pendant plus de deux ans de pression sans précédent dans une pandémie mondiale.

Cependant, même avant la pandémie, l'inégalité entre les genres était profondément ancrée dans le personnel de santé mondial, les femmes étant regroupées dans des secteurs et des emplois de statut inférieur, marginalisées au niveau de la direction, confrontées à des obstacles dans leur progression de carrière et fréquemment victimes de

“

*“Lorsque nous avons exigé d'être payés en fonction de nos charges et du travail que nous avons effectué, les représentants du gouvernement local nous ont crié dessus, disant que les volontaires de la santé communautaire demandent toujours de l'argent. “De combien d'argent avez-vous besoin ? Vous êtes des volontaires et vous travaillez bénévolement !”*

- Rita, volontaire en santé communautaire, Népal, PSI<sup>2</sup>

violence et de harcèlement<sup>4</sup>. En outre, la ségrégation professionnelle des femmes et des hommes dans les différentes parties du personnel de santé contribue à un écart de rémunération entre les genres de 28%<sup>5</sup>, plus élevé que dans de nombreux autres secteurs économiques. Cet écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé serait bien plus important si le volume total du travail des femmes non rémunérées était inclus dans les statistiques du marché du travail. Souvent appelés “bénévoles” ou “activistes communautaires”, leur travail n'est toutefois généralement pas enregistré, car ils ne sont pas comptabilisés comme faisant partie du marché du travail formel.



Source: American Indian Foundation

<sup>1</sup>Nous reconnaissons que l'identité de genre n'est pas binaire mais dans ce rapport, nous nous concentrons sur les femmes et les hommes puisque les données sur les personnes non-binaires ne sont pas disponibles

Le travail de soins non rémunéré des femmes s'inscrit dans un continuum, allant du travail au sein des ménages, de l'aide aux membres de la famille élargie et de la communauté et, pour certaines femmes, du travail dans les rôles essentiels des systèmes de santé tels que la promotion de la santé, le conseil en matière de santé, la prestation de services de base et la vaccination. La pandémie a mis en lumière la charge disproportionnée du travail de soins non rémunéré effectué par les femmes et a démontré à quel point les sociétés et les économies dépendent du travail non rémunéré et sous-payé des femmes.



*“Les racines de cette pratique répandue résident dans l’attente que l’échelon le plus bas des services de santé travaille dans l’esprit du service communautaire. Cela prive les ASC de leurs droits en tant que travailleurs. Lorsque ces ASC sont des femmes, le fait de s’occuper de la santé de leur propre communauté est souvent considéré comme une extension de leur rôle nourricier au sein de leur famille.”*

- Kavita Bhatia, Programmes d'agents de santé communautaires en Inde : un examen fondé sur les droits<sup>6</sup>

La pandémie a alourdi la charge du travail non rémunéré des femmes dans ces systèmes de santé et, dans le même temps, a augmenté la charge du travail non rémunéré au sein des familles et des communautés pour les femmes du monde entier. On s'attend à ce que les femmes soient les "amortisseurs sociaux" de chaque crise, augmentant leur travail non rémunéré pour combler les lacunes des services publics. Le choc de la pandémie a imposé un pic soudain de travail non rémunéré aux femmes qui travaillent, rémunérées ou non, dans les systèmes de santé. Or, les femmes qui jouent un rôle non rémunéré ont généralement le statut le plus bas dans la hiérarchie, ce qui signifie un risque et une

anxiété supplémentaires pour nombre d'entre elles qui travaillent en première ligne sans équipement de protection individuelle (EPI) de base.

Il existe des preuves solides que le travail non rémunéré effectué par les femmes dans les systèmes de santé a des effets positifs sur la santé d'autres groupes, notamment les femmes et les enfants de leurs communautés. Dans de nombreux pays à faible revenu, les tâches effectuées, telles que la recherche des contacts, la diffusion de messages de santé publique et la fourniture de vaccins, ont constitué un élément essentiel de la réponse à la pandémie. Les entretiens menés dans le cadre de ce rapport et les études de recherche examinées témoignent de la grande fierté qu'éprouvent les travailleuses de la santé à pouvoir servir leur communauté, malgré tous les défis bien réels que représente le travail non rémunéré.



Source: DFID

Lorsqu'on cherche à expliquer l'apparent paradoxe qui fait que des femmes très occupées assument un travail non rémunéré dans le domaine de la santé, certains affirment que cela leur donne du pouvoir, tandis que d'autres y voient une extension du rôle de soins non rémunérés au sein du foyer, que les normes sociales de genre classent comme un "travail de femme". Les choix de moyens de subsistance sociétaux pour les femmes qui sont limités par la pauvreté, l'inégalité de pouvoir et la dynamique de genre doivent être considérés dans le contexte des environnements de genre et culturels dominants dans lesquels ils opèrent. Bien que les femmes puissent tirer des avantages monétaires et non monétaires d'un travail non rémunéré, il est clair que si elles avaient le choix, elles privilégieraient la justice économique et un salaire équitable plutôt que des incitations supplémentaires, telles que la récompense personnelle ou la bonne volonté dans la communauté.

# PRINCIPALES CONCLUSIONS

Le travail non rémunéré et sous-payé des femmes dans le domaine de la santé : exploitation, opportunité ou même, autonomisation ?

## 1. Le calcul du nombre de femmes travaillant sans rémunération ou sous-payées dans le secteur de la santé est complexe.

- Le calcul du nombre de femmes travaillant sans rémunération et sous-payées dans les systèmes de santé est compliqué à cause du manque de données et des différentes définitions, mais nous calculons qu'un minimum de **six millions de femmes travaillent sans rémunération et sous-payées dans des rôles de santé communautaire.**
- Il est essentiel d'adopter une approche intersectionnelle car de nombreuses femmes travaillant sans rémunération dans un contexte donné peuvent appartenir à un groupe ethnique, une caste ou une religion marginalisée. Elles peuvent être désavantagées dans la recherche d'un emploi rémunéré à la fois par leur genre et par d'autres caractéristiques sociales.
- La majorité d'entre elles travaillent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Environ un quart des six millions de femmes travaillant sans rémunération dans le domaine de la santé travaillent en Inde.
- Les femmes travaillent principalement sans rémunération dans des rôles de santé communautaire, mais dans certains pays, nous avons trouvé des exemples de femmes travaillant sans rémunération dans des rôles tels que les infirmières.
- Les hommes travaillent également sans rémunération dans les systèmes de santé au niveau communautaire, mais en petit nombre par rapport aux femmes.
- Dans certains systèmes de santé à faibles ressources, en particulier dans les situations d'urgence humanitaire, les agents de santé publics qui occupent des emplois dans le secteur formel peuvent ne pas être payés ou ne l'être que sporadiquement.

## 2. Il existe diverses formes de rémunération et d'allocation, mais aucune ne garantit la sécurité économique.

- Les femmes travaillant sans rémunération ou sous-payées peuvent recevoir une faible rémunération ou une allocation basée sur les performances pour leur travail dans le domaine de la santé, mais il est peu probable

qu'elles bénéficient des avantages associés au travail dans le secteur formel, notamment la protection sociale, la retraite, les indemnités de maladie et les congés payés.

- Selon le régime, elles peuvent gagner une petite somme d'argent, par exemple en vendant des médicaments ou en recevant des cadeaux et des dons.
- Les agents de santé non rémunérés peuvent recevoir des récompenses non monétaires telles que des uniformes, des bicyclettes ou des téléphones portables.
- Dans certains systèmes à "double cadre"<sup>7</sup>, les agents de santé communautaires rémunérés travaillent aux côtés d'un cadre de travailleurs non rémunérés.
- Les incitations non monétaires peuvent être des facteurs de motivation importants et comprennent le statut au sein de la communauté, la confiance et le respect de la communauté.

**Community health workers perform a variety of tasks, which can be clustered into six overlapping roles:**

1. delivering diagnostic, treatment or clinical care;
2. encouraging uptake of health services;
3. providing health education and behavior change motivation;
4. data collection and record-keeping;
5. improving relationships between health services and community members;
6. providing psychosocial support.

- Source: WHO What do we know about community health workers? A systematic review of existing reviews, 2020<sup>8</sup>

- La formation et la possibilité d'acquérir des connaissances sont des incitations fortes pour certains, selon le contexte. Dans certains contextes, les travailleuses de la santé non rémunérées ont un faible niveau d'alphabétisation et d'éducation et les possibilités de formation formelle sont limitées.
- Dans certains contextes, on a craint que le fait de rémunérer les bénévoles ne réduise la confiance de la communauté. Le fait de dépeindre les femmes comme étant "altruistes" est une hypothèse sexiste et nie les besoins économiques très réels des femmes à faibles revenus qui travaillent sans être rémunérées.



*"...la relation des femmes avec leur travail est compliquée- il leur donne du pouvoir à certains égards et les limite profondément à d'autres. Dans certains contextes, la possibilité de sortir de la maison est importante, et les femmes trouvent le travail de santé qu'elles font intéressant et significatif. Pourtant, leur position au bas de la hiérarchie du système de santé est une position dans laquelle elles ont très peu de pouvoir, et c'est une position que beaucoup trouvent oppressive."*

- Maes, K et al A Women's Development Army : Narratives of community health worker investment and empowerment in rural Ethiopia, Studies in Comparative International Development, 2015<sup>9</sup>

### **3. Les tâches non rémunérées diffèrent, de même que le temps consacré à ces tâches**

- Une étude systématique de l'OMS sur les agents de santé communautaires a identifié six rôles généralement assumés par les ASCs.
- Les agents de santé féminins non rémunérés sont le plus souvent engagés pour travailler dans le domaine de la santé maternelle, infantile et reproductive, mais lors de la pandémie, ils ont eu des tâches plus larges de santé publique et de vaccination.
- Dans certains systèmes de santé, les travailleurs non rémunérés travaillent en binôme homme-femme ou du même genre, ce qui permet

aux ASC masculins d'accéder aux hommes de la communauté et accroît la sécurité des travailleuses de la santé.

- Les rôles non rémunérés peuvent être à temps partiel et flexibles pour s'adapter au travail de subsistance et aux autres responsabilités des travailleuses ou ils peuvent être à temps plein, ce qui peut déplacer les tâches ménagères sur d'autres membres de la famille, notamment les femmes et les filles plus âgées.
- Pendant la pandémie, la charge de travail a augmenté soudainement pour de nombreuses travailleuses non rémunérées, ce qui a provoqué l'épuisement et le stress des femmes qui devaient jongler avec de multiples responsabilités.

### **4. Les femmes assument des rôles non rémunérés dans le domaine de la santé pour diverses raisons**

- De nombreuses femmes occupant ces fonctions font état d'une forte éthique de la volonté de servir et de bénéficier à leur communauté, en particulier aux autres femmes et aux enfants.
- Les inégalités entre les genres dans une société donnée peuvent laisser peu de choix aux femmes. Dans les pays à faible revenu, elles ont moins de chances d'avoir les qualifications nécessaires pour entrer sur le marché du travail formel. Même lorsque les femmes sont instruites, il peut y avoir des contraintes sur leur mobilité et leur déplacement pour chercher des emplois dans le secteur formel en dehors de leur communauté.
- Les femmes issues de ménages très pauvres et de groupes sociaux marginalisés peuvent avoir encore moins de choix que les autres de la communauté et, par désespoir, se porter "volontaires" pour travailler exceptionnellement longtemps à la recherche d'un éventuel revenu.



*"Tous les agents de santé communautaires du Kenya sont des bénévoles. Nous faisons appel au gouvernement pour qu'il nous verse des allocations. Cela ferait une différence dans ma vie. Je pourrais ainsi commencer à manger de la bonne nourriture, mes enfants seront à l'aise et cela me motivera."*

- Mary, volontaire en santé communautaire, Kenya

- Les femmes peuvent considérer le travail non rémunéré comme une opportunité potentielle. Il peut mener à un travail rémunéré ou à une formation pour accéder à un travail rémunéré. Le rôle peut être non rémunéré mais, périodiquement, il peut y avoir des tâches supplémentaires, par exemple des campagnes de vaccination, qui sont rémunérées.
- Le rôle des familles est complexe. Dans certains contextes, les femmes vivant dans des milieux sociaux conservateurs peuvent acquérir de l'autonomie grâce à un travail non rémunéré, en quittant leur maison, en se mêlant à d'autres et en effectuant un travail utile avec la possibilité d'apprendre. Les familles, en particulier les maris, peuvent contraindre les femmes à assumer ces rôles dans l'espoir qu'elles gagnent un revenu.



*"...les responsables disent qu'ils donnent aux femmes rurales éthiopiennes les moyens d'être plus égales aux hommes, les responsables au niveau du district apprécient leurs travailleuses spécifiquement pour la manière dont, contrairement aux hommes, elles sont associées aux tâches ménagères et moins susceptibles d'exiger un paiement."*

- Maes, K et al A Women's Development Army : Narratives of community health worker investment and empowerment in rural Ethiopia, Studies in Comparative International Development, 2015<sup>10</sup>

### **5. Le travail non rémunéré peut présenter certains avantages pour les femmes mais, en général, il porte atteinte à leurs droits économiques et à leur potentiel.**

- Un nombre important de travailleuses de la santé non rémunérées vivent dans la pauvreté jusqu'à un âge avancé. Le fait de travailler en dehors du secteur formel les prive de la protection sociale et d'autres avantages.
- Certains peuvent avoir la possibilité d'évoluer vers des rôles rémunérés dans le secteur formel, par exemple, dans certains systèmes de santé, les agents de santé communautaires peuvent suivre une formation pour devenir infirmiers.
- Les femmes peuvent être exposées à la violence dans la communauté si elles sont perçues comme ayant un statut inférieur ou si elles travaillent tard, par exemple pour assister

à un accouchement. Le travail non rémunéré peut également accroître le risque de violence à l'égard du partenaire intime.

- Ils peuvent acquérir un statut et une respectabilité au sein de la communauté et ressentir une véritable satisfaction dans leur travail. Leur statut dépendra toutefois de leur capacité à tenir leurs promesses. Une pénurie de médicaments, par exemple, pourrait leur faire perdre la confiance de la communauté.
- Les femmes peuvent être épuisées par la charge supplémentaire du travail, à moins que d'autres tâches puissent être redistribuées au sein de la famille.
- Le travail non rémunéré dans les systèmes de santé découle des rôles sexospécifiques existants, déterminés par la société et la culture, et les renforce, ce qui peut limiter davantage les possibilités des femmes.

### **6. Les systèmes de santé sont affaiblis par le fait qu'ils dépendent du travail non rémunéré des femmes.**

- Les dépenses publiques consacrées aux systèmes de santé sont réduites à court terme puisque les travailleurs ne sont pas rémunérés. Cependant, l'investissement dans un système de soins de santé primaires solide, basé sur un travail sûr et décent, serait rentabilisé à plus long terme par de meilleurs résultats en matière de santé.
- Les travailleurs de la santé non rémunérés risquent d'avoir un taux d'attrition plus élevé et d'être moins responsables. La sécurité sanitaire est compromise.
- Le travail non rémunéré peut accroître l'inefficacité et la corruption, par exemple, un travailleur appauvri dont la tâche est axée sur le travail peut falsifier le nombre de vaccins administrés pour gagner un revenu.
- Les travailleurs non rémunérés mécontents peuvent faire grève ou fournir de mauvaises



*"Les ASC sont la principale raison de la réduction du nombre de cas de COVID-19 sur le territoire de la BMC et à Mumbai. Ils ont travaillé dur au niveau de la base mais n'ont pas obtenu la reconnaissance de nos dirigeants et de nos politiciens... Les ASC sont très contrariés."*

- Sunita, volontaire en santé communautaire, Inde

performances en raison d'un moral bas.

- Les gouvernements n'ont pas de contrat social sûr avec les travailleurs de la santé qui peuvent se sentir exploités.
- Les talents et l'expertise sont perdus pour le système de santé si les travailleuses non rémunérées ne sont pas en mesure de progresser vers des carrières formelles dans le secteur de la santé.

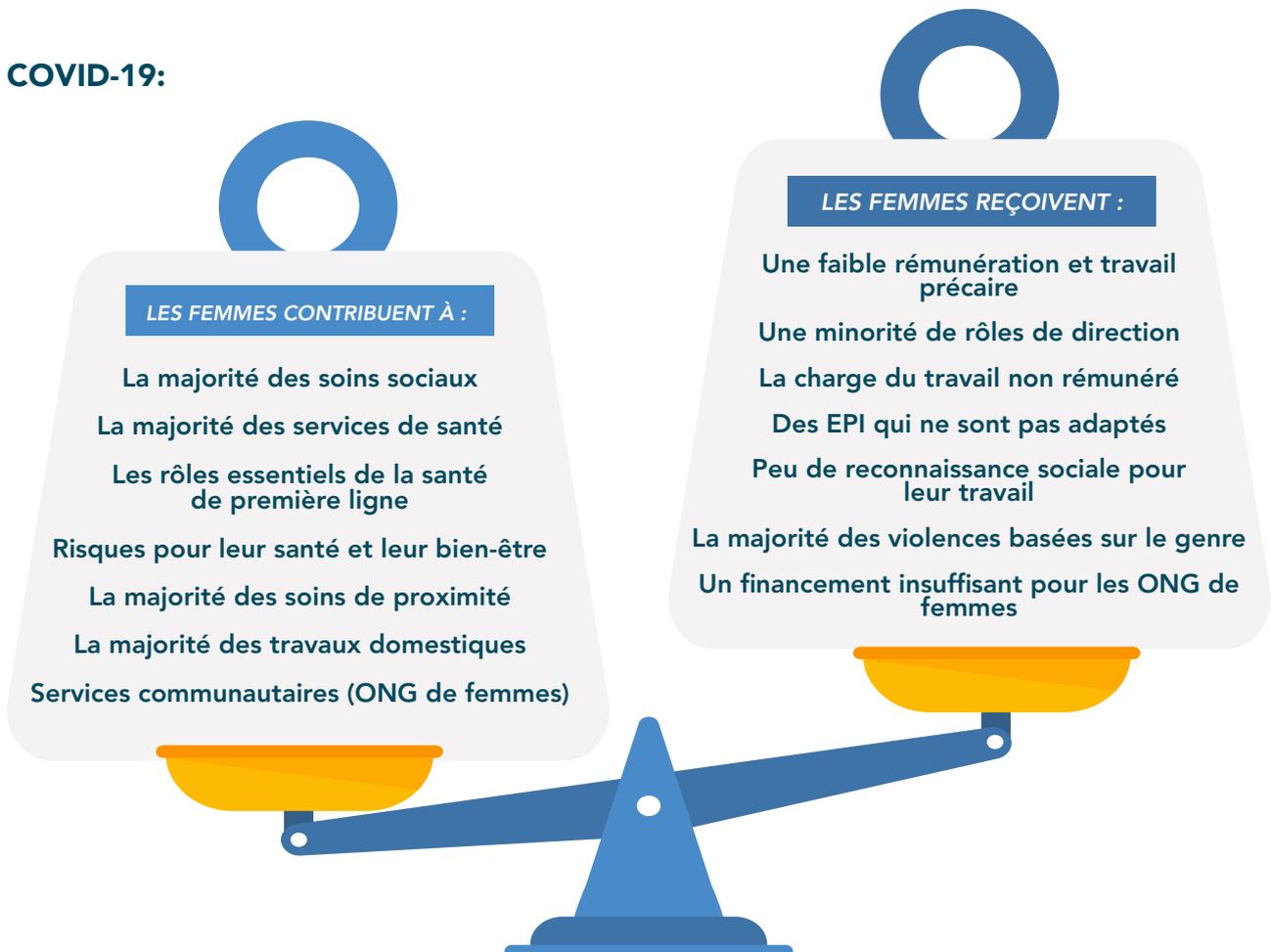
### **7. La pandémie a alourdi la charge des femmes non rémunérées travaillant dans le secteur de la santé, mais a fait prendre conscience de leur travail.**

- Lors de la pandémie, les travailleuses non rémunérées, confrontées à une augmentation soudaine de leur travail, n'ont pas été en mesure de concilier le travail non rémunéré avec les responsabilités familiales et d'autres travaux productifs, par exemple l'agriculture familiale.
- Les systèmes de santé dépendaient essentiellement de ces femmes non rémunérées, par exemple pour dépister les infections à COVID dans la communauté et administrer les vaccins, mais ils n'avaient pas

de contrat officiel avec elles et ne pouvaient donc pas garantir qu'elles continueraient à travailler.

- Les agents de santé ont été victimes de stigmatisation et de violence et ont été rejetés par certaines communautés qui les considéraient comme des vecteurs du virus. Certaines travailleuses de la santé ont choisi de vivre à l'écart de leur famille pour éviter de propager le virus.
- En raison du statut inférieur des femmes non rémunérées dans la hiérarchie des systèmes de santé, nombre d'entre elles devaient trouver les cas infectés dans les communautés et s'exposer aux risques, mais n'étaient pas prioritaires pour les équipements de protection individuelle.
- Pendant la pandémie, les travailleurs de la santé ont fait grève dans près de 100 pays pour obtenir des salaires, une protection et la reconnaissance de leur travail. En Inde, les travailleurs communautaires ASHA se sont organisés, ont fait grève et ont obtenu une amélioration des salaires et des conditions.<sup>11</sup> La pandémie a sensibilisé le monde entier à leur travail et à leur statut non rémunéré.

## **COVID-19:**



Source: Women in Global Health, La sécurité sanitaire mondiale dépend des femmes, 2020<sup>12</sup>

# PARTIE 1: CONTEXTE DU PRESENT RAPPORT

## 1.1 LES DÉFINITIONS

En l'absence d'autres définitions, les deux concepts clés suivants ont été utilisés aux fins du présent rapport :

### i) Le travail non rémunéré et largement sous-payé des femmes - caractérisé par le fait d'être :

- non rémunéré, sans rémunération financière ou autre avantage pécuniaire
- non rémunérés mais assortis d'avantages non monétaires tels qu'un téléphone portable, un vélo ou un uniforme
- qui perçoivent une allocation, une incitation ou une indemnité journalière peu élevée et basée sur les tâches, mais ne reçoivent pas de salaire régulier ou de protection sociale connexe et ne font pas partie du secteur formel du marché du travail.

### ii) Le travail non rémunéré et largement sous-payé des femmes dans les rôles essentiels des systèmes de santé :

- contribue aux objectifs officiels de performance des systèmes de santé
- fait partie de la structure officielle de supervision des systèmes de santé
- l'agent de santé se voit attribuer un titre officiel par l'autorité sanitaire et peut recevoir un uniforme ou un autre identifiant pour indiquer son affiliation au système de santé.
- caractéristiques des agents de santé fournissant des services de santé à l'extérieur du domicile à des personnes qui ne font généralement pas partie de la famille.

## 1.2 LA SANTÉ MONDIALE : ASSURÉE PAR LES FEMMES, DIRIGÉE PAR LES HOMMES

Le travail non rémunéré et largement sous-payé effectué par les femmes dans les fonctions essentielles des systèmes de santé, décrit dans le présent rapport, doit être considéré dans le contexte d'un travail domestique et de soins non rémunéré beaucoup plus lourd, effectué de manière disproportionnée par les femmes en raison des normes et des attentes liées au genre, et dans le contexte plus large des inégalités entre les genres dans le secteur de la santé. L'inégalité entre les femmes et les hommes dans le personnel de santé, y compris en matière de rémunération, est systémique, répandue et n'est pas nouvelle. En mars 2019, l'OMS a lancé *Delivered by women, led by men : a gender and equity analysis of the global health and social workforce*<sup>13</sup> basé sur la première analyse documentaire complète sur ce sujet. Le rapport, un produit du Gender Equity Hub (GEH) de l'OMS du Global Health Workforce Network et rédigé par Women in Global Health, identifie les inégalités entre les genres dans le personnel de santé et de soins en matière de leadership, de rémunération, de ségrégation professionnelle et de travail décent, et appelle à une action politique transformatrice de genre pour à la fois lutter contre les inégalités et renforcer ainsi les systèmes de santé.



En moyenne, les hommes gagnent

**28%**

plus que les femmes dans le domaine de la santé

(Écart de rémunération entre les hommes et les femmes)

NB: Cet écart serait beaucoup plus important si les statistiques incluaient le travail non rémunéré des femmes

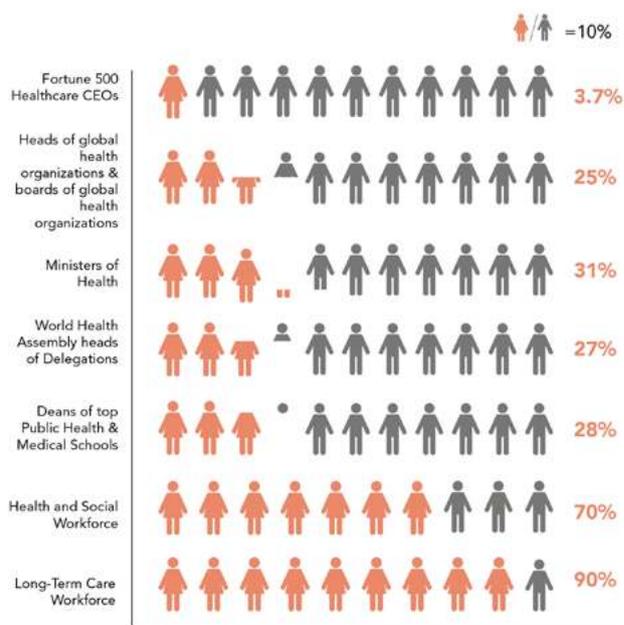
Source: Boniol et al<sup>14</sup>

Le rapport analyse la ségrégation professionnelle du personnel de santé, les femmes étant regroupées dans des rôles au statut social et au salaire inférieurs et moins valorisés parce qu'ils sont considérés comme une extension du rôle de soins non rémunérés attribué

par la société aux femmes. La figure 1 montre que les femmes sont moins représentées dans les postes les plus puissants et les mieux rémunérés du secteur de la santé. Actuellement, au bas de la hiérarchie se trouvent des femmes qui ne figurent pas dans le système parce que leur travail est en dehors du système formel, non rémunéré et non comptabilisé.

Depuis la publication de ***Delivered by women, led by men***, le monde a été frappé par la pandémie de COVID-19, qui a mis à l'épreuve la résilience des systèmes sanitaires, sociaux et économiques, creusé les inégalités et exposé davantage les inégalités entre les genres dans le personnel de santé et de soins. La pandémie a également attiré l'attention sur les femmes qui ont été en première ligne de la réponse à la pandémie dans les communautés, travaillant sans être rémunérées ou avec des allocations liées à la performance en dehors du secteur formel, et qui ne sont donc pas incluses dans les statistiques sur l'écart de rémunération entre les genres ou sur le marché du travail.

Figure 1: Représentation des femmes dans la santé mondiale



Source: Women in Global Health

## Conclusions de l'étude ***“Delivered by women, led by men”*** sur l'équité entre les genres et les salaires dans le secteur de la santé.

- Les écarts de rémunération non ajustés dans le secteur de la santé et des services sociaux, estimés à 26 % dans les pays à revenu élevé et à 29 % dans les pays à revenu intermédiaire supérieur, sont **plus élevés que dans les autres secteurs économiques**.
- **La majeure partie de l'écart de rémunération entre les genres reste inexplicée** par des facteurs tels que l'âge, l'expérience, l'éducation, le nombre d'heures travaillées ou le choix de la spécialité. Cela **suggère une discrimination et des préjugés à l'encontre des femmes** et en faveur des hommes.
- **La ségrégation professionnelle selon le genre**, les femmes ayant tendance à être regroupées dans des secteurs et des spécialités de la santé de statut inférieur et faiblement rémunérés, **est associée à un écart de rémunération en faveur des hommes**.
- **Une législation sur l'égalité de rémunération à travail égal et une négociation collective forte**, absentes dans de nombreux pays, sont essentielles pour remédier à l'écart de rémunération entre les genres dans le secteur de la santé.
- L'écart de rémunération entre les hommes et les femmes se traduit par un **revenu inférieur pour les femmes tout au long de leur vie, un accès réduit aux prestations sociales et de santé liées à la rémunération** (lorsqu'elles existent) et une **pauvreté accrue pour les femmes âgées**.
- **L'inclusion économique des femmes**, et donc la réduction de l'écart de rémunération entre les genres, **est essentielle pour atteindre l'objectif primordial des ODD consistant à ne laisser personne de côté**.

## 1.3 LA PERSPECTIVE INTERSECTIONNELLE

Une des conclusions importantes de ce rapport est l'absence générale et grave de données sur les femmes qui travaillent sans être rémunérées dans les systèmes de santé. L'invisibilité des femmes qui effectuent ce travail essentiel signifie que les décideurs politiques ne disposent pas de preuves sur lesquelles fonder leurs décisions en matière de santé, de politique sociale et d'économie. Elle favorise également l'inégalité entre les genres en dévalorisant le travail des femmes et favorise une inégalité plus large puisque les femmes qui travaillent sans être rémunérées sont généralement issues de groupes sociaux défavorisés. Pour comprendre quelles femmes assument ces rôles et pourquoi, nous devons adopter une approche intersectionnelle afin de comprendre la complexité et la nature cumulative de la façon dont les différentes formes de discrimination se combinent, se croisent et s'amplifient les unes par rapport aux autres. Les femmes appartenant à une race, une classe, une caste, un âge, une capacité,

une ethnie, une orientation ou une identité sexuelle socialement marginalisés seront confrontés à des obstacles bien plus importants pour accéder à un travail rémunéré et, en particulier, à des rôles de haut niveau. En Inde, la caste peut se recouper avec le genre, ce qui fait qu'il est plus difficile pour les agents de santé communautaire ASHA issus de familles de caste inférieure d'entrer dans les maisons des familles de caste supérieure en raison des tabous sociaux<sup>15</sup>. D'autre part, les femmes recrutées dans les communautés de castes inférieures ont pu atteindre les femmes de castes inférieures les plus marginalisées et, par conséquent, ont contribué à améliorer la santé maternelle et infantile dans ces communautés et à recueillir des données essentielles.<sup>16</sup> Les recherches menées dans le cadre de ce rapport ont permis de mieux comprendre les facteurs intersectionnels, mais dans une mesure très limitée, car il est rare de trouver des données ventilées par genre ou classées en fonction d'autres facteurs sociaux.



## 1.4 LE TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉ DES FEMMES

Les statistiques officielles et les mesures de la valeur économique telles que le produit intérieur brut (PIB) sous-estiment largement le travail des femmes et leur contribution aux familles, aux sociétés et aux économies. Si le travail non rémunéré était comptabilisé dans les statistiques officielles et inclus dans le PIB, il constituerait le plus grand secteur économique du monde<sup>18</sup> et la grande majorité du travail non rémunéré est effectué par les femmes. Le travail non rémunéré et largement sous-payé des femmes dans les systèmes de santé doit être

compris dans le contexte du travail non rémunéré des femmes, souvent classé sous le titre fourre-tout de "soins". Le travail non rémunéré des femmes peut aller de la garde des enfants et de l'entretien de la famille au sein du foyer à la collecte de l'eau et du combustible dans les communautés rurales et à faible revenu, en passant par les activités artisanales liées à l'agriculture de subsistance. Dans la plupart des pays, les statistiques officielles ne font pas état de cette charge de travail très réelle et chronophage.

## 1.5 LES ENGAGEMENTS DES GOUVERNEMENTS

Les gouvernements ont pris un certain nombre d'engagements en matière de rémunération équitable et égale, de travail décent et d'égalité des genres qui ne sont pas compatibles avec le travail non rémunéré des femmes dans les systèmes de santé. Ces engagements sont concrétisés dans une série de conventions et d'accords de l'Organisation internationale du travail et des Nations unies datant de plus de 60 ans. Les gouvernements se sont également engagés à réaliser l'égalité des genres dans le cadre de l'Objectif de développement durable (ODD) 3 et à promouvoir le travail décent dans le cadre de l'ODD 8, tous deux ayant pour date cible 2030. En outre, la directive 2018 de l'OMS sur le soutien aux politiques et systèmes de santé pour optimiser les programmes d'ASC<sup>19</sup> recommande vivement de **“rémunérer les ASC en exercice pour leur travail avec une enveloppe financière proportionnelle aux exigences du travail, à sa complexité, au nombre d'heures, à la formation et aux rôles qu'ils assument”** et de “fournir aux ASC rémunérés un accord écrit précisant le rôle et les responsabilités, les conditions de travail, la rémunération et les droits des travailleurs.” Étant donné que la majorité des

“

20%

Lorsqu'on lui attribue une valeur marchande, la garde d'enfants non rémunérée devient le plus grand secteur économique de l'Australie, avec 20 % de l'économie<sup>17</sup>

femmes travaillant sans rémunération dans le secteur de la santé sont susceptibles de travailler au niveau communautaire et que la majorité des ASC sont des femmes, la mise en œuvre de cette directive aurait un impact significatif et positif pour les femmes et l'égalité des genres dans le secteur de la santé.



Source: Patrick Adams/RTI International

# PARTIE 2: OBSERVATIONS

## 2.1 LE NOMBRE DE FEMMES SANS RÉMUNÉRATION ET SOUS-PAYÉES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

### Messages clés :

- Le calcul du nombre de femmes travaillant sans rémunération et sous-payées dans les systèmes de santé est compliqué par le manque de données et l'incohérence des définitions, mais nous calculons qu'un **minimum de six millions de femmes travaillent sans rémunération et sous-payées dans des rôles de santé communautaire**.
- Il est essentiel d'adopter une approche intersectionnelle car de nombreuses femmes travaillant sans rémunération dans un contexte donné peuvent appartenir à un groupe ethnique, une caste ou une religion marginalisée. Elles peuvent être désavantagées dans la recherche d'un emploi rémunéré à la fois par leur genre et par d'autres caractéristiques sociales.
- La majorité d'entre eux travaillent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Environ un quart des six millions de femmes travaillant sans rémunération dans le domaine de la santé travaillent en Inde.
- Les femmes travaillent principalement sans rémunération dans des rôles de santé communautaire, mais dans certains pays, nous avons trouvé des exemples de femmes travaillant sans rémunération dans des rôles tels que les infirmières.
- Les hommes travaillent également sans rémunération dans les systèmes de santé au niveau communautaire, mais en petit nombre par rapport aux femmes.
- Dans certains systèmes de santé à faibles ressources, notamment dans les situations d'urgence humanitaire<sup>20</sup>, les agents de santé du secteur public qui occupent des emplois dans le secteur formel peuvent ne pas être payés ou ne l'être que sporadiquement.

### Environ six millions de femmes

Il n'existe pas de données fiables sur les agents de santé travaillant sans rémunération dans les fonctions essentielles des systèmes de santé, ni de données ventilées par genre. Il n'existe pas de données mondiales fiables sur le nombre d'agents de santé communautaires, où les femmes travaillant sans rémunération sont le plus susceptibles de se trouver. Le chiffre indiqué dans le présent rapport, selon lequel six millions de femmes travaillent sans être rémunérées ou sont sous-payées dans les fonctions essentielles des systèmes de santé, est une estimation fondée sur des données rares et presque certainement sous-estimée. Il est dérivé de l'examen de sources de données, d'entretiens et principalement d'un rapport complet publié en 2020 *Health for the People : National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe*<sup>21</sup> (voir tableau ci-dessous) avec des études de cas détaillées sur les programmes d'agents de santé communautaires dans 29 pays à revenu faible ou intermédiaire.

Ce rapport fait état de 8,4 millions d'agents de santé communautaires (ASC) pour les 29 programmes nationaux, et conclut que la majorité d'entre eux sont des femmes, qui ne sont pas toutes non rémunérées. Le rapport se concentre sur 29 pays et n'inclut pas les ASC qui travaillent avec des ONG au niveau mondial ou ceux qui travaillent avec des programmes verticaux tels que ceux pour le VIH, le paludisme, la tuberculose, la polio, les vaccinations et le planning familial. Tout ceci suggère que le chiffre de six millions

de femmes non rémunérées est une sous-estimation.

Il est également probable qu'il s'agisse d'une sous-estimation car le rapport ne prend en compte que les femmes travaillant sans rémunération au niveau de la santé communautaire, et des cas à d'autres niveaux des systèmes de santé, comme les infirmières, ont également été identifiées.



“En tant que nouveaux diplômés en soins infirmiers, nous travaillons comme “personnel de remplacement” pendant que nous faisons la queue pour un emploi rémunéré à l'hôpital.

En tant que personnel de remplacement, également appelé 08, nous ne recevons pas de salaire régulier et nous travaillons parfois pendant de très longues périodes, sans pause. Nous ne sommes payés que pour les gardes que nous sommes appelés à couvrir. Le système n'est pas juste, car les personnes qui ont des relations obtiennent des emplois et les autres doivent attendre, mais nous ne savons pas combien de temps. C'est très stressant, après une si longue formation, de ne pas avoir un emploi d'infirmière sûr et un salaire sûr.”

- Maria, infirmière qualifiée, Mexique

## Travailleuses de la santé non rémunérées et largement sous-payées

Source: Perry ed 2020<sup>22</sup>

Pays	Nbre de CHWs/ genre	Nom du programme CHW/Rémunération et récompenses
Afghanistan	13,000 femmes statut actuel inconnu	<b>Travailleuses de la santé communautaire non rémunérés</b> Les communautés peuvent fournir de la nourriture, des vêtements, des produits et d'autres incitations non monétaires aux ASC de temps à autre.
Éthiopie	3,000,000 femmes	<b>Volontaires de l'Armée de développement des femmes</b> Classées comme bénévoles, elles ne reçoivent pas de compensation financière, mais bénéficient d'incitations non financières telles que la reconnaissance officielle du système de santé, un mentorat continu, des certificats.
Inde	971,000 femmes	<b>Activistes sociaux de la santé accrédités (ASHA)</b> Classées comme volontaires, elles reçoivent une rémunération basée sur les performances, en moyenne de 42 à 56 dollars par mois, ainsi que d'autres avantages.
	1,300,000 femmes	<b>Travailleuses d'Anganwadi</b> Classées comme volontaires, elles reçoivent des "honoraires" de 50 à 130 dollars par mois.
Indonésie	500,000 presque toutes sont des femmes	<b>Agents de santé communautaire Kaders</b> Classées comme volontaires, non rémunérés, à l'exception de petits remboursements pour les frais de transport. Peuvent recevoir une compensation informelle, par exemple un traitement médical gratuit.
Kenya	86,000 majorité des femmes	<b>Volontaires de la santé communautaire</b> Certaines localités versent des primes mensuelles de 20 à 60 USD par mois.
Myanmar	24,000 femmes	<b>Sages-femmes auxiliaires</b> Non-payées
Népal	52,000 femmes	<b>Volontaires féminins de la santé communautaire non rémunérés</b> Classées comme volontaires mais bénéficiant d'allocations de formation, de formations de remise à niveau, d'une allocation annuelle pour l'achat de vêtements, d'un accès à des fonds de microcrédit et d'autres incitations.

On estime à **six millions le nombre total de femmes** qui travaillent sans être rémunérées et qui sont largement sous-payées dans les fonctions essentielles des systèmes de santé.



Source: Times

## Le nombre de femmes travaillant sans rémunération dans les systèmes de santé

Lors de la rédaction de ce rapport, nous avons rencontré plusieurs obstacles importants pour tenter d'estimer le nombre de femmes travaillant sans être rémunérées ou nettement sous-payées dans des fonctions essentielles du système de santé :

- **Manque de données sur les divers programmes et rôles** : il est presque certain que la majorité des femmes non rémunérées travaillent au niveau des soins de santé primaires dans des rôles communautaires. Les programmes de santé communautaire varient considérablement en termes de type, de structure, de titres, de niveau d'intégration dans les systèmes de santé et le marché du travail formel. De nombreux pays font appel à des femmes, et à certains hommes, non rémunérés, souvent titularisés, qui peuvent se voir offrir des incitations, des indemnités journalières ou d'autres avantages faiblement monétaires et/ou des avantages non monétaires ayant une valeur monétaire (uniformes, bicyclettes, etc.) et/ou des formes de reconnaissance sociale. Certains pays, cependant, engagent les ASC dans des rôles formels des systèmes de santé avec des salaires et d'autres avantages. Les données sont rares et les données ventilées par genre très rares, et la diversité des programmes les rend difficiles à comparer. Bien que, comme l'a démontré la pandémie, le travail des agents de santé communautaires soit à la base de nombreux systèmes de santé, leur contribution est souvent invisible dans les statistiques officielles.



*“Le monde a compté sur les ASC pour étendre les soins de santé primaires et combattre les pandémies, d’Ebola à COVID. Nous sommes tous d’accord pour dire que nous pouvons faire mieux en les comptant réellement.”*

*Dr Raj Panjabi, assistant spécial du président et directeur principal pour la sécurité sanitaire mondiale et la bio Défense, Conseil de sécurité nationale de la Maison Blanche et cofondateur de Last Mile Health, 2022<sup>25</sup>*

- **Manque de données sur les agents de santé non payés** : en outre, un nombre inconnu d'agents de santé, femmes et hommes, sont engagés dans des rôles formels et rémunérés dans les systèmes de santé mais ne reçoivent pas la rémunération qui leur est due. Dans certains systèmes de santé disposant de peu de ressources, les agents de santé peuvent être payés en retard ou de manière sporadique. Le détournement de fonds destinés à la lutte contre la pandémie, par exemple, a laissé certains agents de santé impayés pendant des mois en République démocratique du Congo, ce qui les a incités à faire grève.<sup>24</sup> Les agents de santé peuvent également continuer à travailler sans être payés lorsque les systèmes sanitaires et économiques sont perturbés par des situations d'urgence et des conflits. Comme les femmes constituent la majorité des travailleurs de la santé, nous devons supposer que la majorité des personnes non payées sont des femmes.



*“Nous avons vu au cours des derniers mois à quel point le personnel de santé féminin a été dévoué et courageux en se présentant et en faisant de son mieux pour sauver des vies chaque jour, sans tenir compte du fait qu’il ne reçoit pas de salaire, qu’il doit parcourir de longues distances et qu’il travaille dans des établissements de santé qui peinent à fonctionner.”*

*Eloi Fillion, chef de la délégation du CICR en Afghanistan, 2022<sup>23</sup>*

### #Decompte ASC (#CountCHWs)

Comme la pandémie l'a mis en évidence, les ASCs sont depuis longtemps en première ligne de la prestation de soins de santé primaires dans de nombreux pays et la majorité d'entre eux sont des femmes. Cependant, la plupart des pays ne savent pas combien d'agents de santé communautaires ils ont, ni où ils se trouvent, ni le rôle qu'ils jouent dans les systèmes de santé. L'OMS estime qu'il y a 3 millions d'ASCs dans le monde, mais 40 % des données sur lesquelles se fonde ce calcul datent de plus de dix ans.<sup>26</sup> Pendant la pandémie, certains pays n'ont pas été en mesure d'estimer leurs besoins en équipements de protection individuelle (EPI) pour les agents de santé car ils ne savaient pas combien d'ASCs travaillaient dans leurs programmes de santé. En 2022, en réponse à l'absence de données, six organisations mondiales ont lancé la campagne #CountCHWs<sup>27</sup> pour travailler à l'établissement de **listes maîtresses d'ASCs**, une source unique de données sur tous les ASCs d'un pays enregistrant leur rémunération, leur emploi, leur répartition spatiale, leur genre, etc. Ces listes fourniront des informations essentielles, notamment sur les travailleuses de la santé non rémunérées, qui serviront de base à la prise de décisions en matière de santé et à la planification des ressources humaines dans ce domaine.

## 2.2 LES DIVERSES FORMES DE RÉMUNÉRATION ET D'ALLOCATIONS

Il existe diverses formes de rémunération et d'allocations, mais aucune ne garantit la sécurité économique des travailleuses de la santé non rémunérées.

- Les femmes travaillant sans rémunération ou sous-payées peuvent recevoir une faible rémunération ou une allocation basée sur les performances pour leur travail dans le domaine de la santé, mais il est peu probable qu'elles bénéficient des avantages associés au travail dans le secteur formel, notamment la protection sociale, la retraite, les indemnités de maladie et les congés payés.
- Selon le régime, ils peuvent gagner un peu d'argent, par exemple en vendant des médicaments ou en recevant des cadeaux et des dons.
- Les agents de santé non rémunérés peuvent recevoir des récompenses non monétaires telles que des uniformes, des bicyclettes ou des téléphones portables.
- Dans certains systèmes à "double cadre", les agents de santé communautaires rémunérés travaillent aux côtés d'un cadre de travailleurs non rémunérés.
- Les incitations non monétaires peuvent être des facteurs de motivation importants et comprennent le statut au sein de la communauté, la confiance et le respect de la communauté.
- La formation et la possibilité d'acquérir des connaissances sont des incitations fortes pour certains, selon le contexte. Dans certains contextes, les travailleuses de la santé non rémunérées ont un faible niveau d'alphabétisation et d'éducation et les possibilités de formation formelle sont limitées.
- Dans certains contextes, on a craint que le fait de rémunérer les bénévoles ne réduise la confiance de la communauté. Le fait de dépeindre les femmes comme étant "altruistes" est une hypothèse sexiste et nie les besoins économiques très réels des femmes à faibles revenus qui travaillent sans être rémunérées.



*"...les femmes sont restées dans ces emplois extrêmement mal payés parce qu'elles et leurs familles espéraient qu'un jour ils deviendraient des emplois permanents avec des salaires et des avantages. En fournissant un travail honorable, et en gardant l'idée d'un emploi permanent en vue mais toujours juste hors de portée, les programmes ASHA et Anganwadi ont à la fois exploité et renforcé les inégalités entre les genres sur le marché du travail rural du Rajasthan."*

*Closser et Shekhawat The family context of ASHA and Anganwadi work in rural Rajasthan: Gender and labor in CHW programmes 2021<sup>28</sup>*

### Diverses récompenses monétaires et non monétaires

Les systèmes de santé existent dans des contextes socio-économiques et culturels divers, et la rémunération et les incitations pour les femmes travaillant dans le domaine de la santé, qui ne sont pas rémunérées et sont largement sous-payées, sont tout aussi diverses. IL s'agit notamment de:

- **Les incitations financières** prennent la forme d'une allocation régulière peu élevée, telle que l'allocation régulière de 20 USD par mois<sup>30</sup> versée au million de volontaires de la santé communautaire en Thaïlande. D'autres régimes versent des indemnités journalières, des honoraires, des incitations et des allocations basées sur les performances<sup>31</sup> qui ne sont pas des salaires réguliers et ne sont pas assortis de la sécurité sociale et d'autres avantages qui pourraient accompagner un salaire. Le Guide de l'OMS 2018 sur les agents de santé communautaire recommande de ne pas payer les agents de santé communautaire "exclusivement ou principalement selon des incitations basées sur les performances"<sup>32</sup>. Ce ne sont pas des sources de revenus prévisibles ou fiables pour les femmes à faible revenu qui les reçoivent.
- **Des incitations non monétaires**, notamment des articles liés au travail tels que des téléphones portables, des bicyclettes et des uniformes, qui ont une valeur et un statut pour les femmes issues de ménages à faibles revenus. Il peut également s'agir de formations permettant d'acquérir de nouvelles compétences et, dans certains cas, de permettre aux travailleuses de la santé non rémunérées d'accéder à des rôles rémunérés dans le secteur formel du système de santé.<sup>33</sup>

- **Remboursement de dépenses** telles que les frais de transport. Il est fréquent que les agents de santé signalent que ces remboursements sont retardés, ce qui les laisse de côté jusqu'à ce qu'ils soient remboursés.
- Accès à des **activités génératrices de revenus**. Au Bangladesh, les agents de santé communautaires de niveau inférieur peuvent percevoir de petites commissions sur la vente de produits liés à la santé et s'inscrire dans des groupes d'épargne et de crédit pour femmes ayant des activités de micro entreprise, notamment dans l'agriculture<sup>34</sup>.
- **La reconnaissance sociale**. Elle peut être formelle avec des prix et des certificats remis par des fonctionnaires locaux ou prendre la forme d'une reconnaissance informelle de la part de la communauté.



**Paiement d'indemnités journalières pour les travailleuses de la polio :**

*“La plupart du travail est effectué par des femmes volontaires en santé communautaire ; elle est là du matin au soir, et elle doit avoir de quoi manger, pour le transport elle doit aller sur le terrain, de l'argent uniquement pour ça. Pas d'argent supplémentaire. [Je discutais avec une FCHV [femme volontaire en santé communautaire], elle a dit à juste titre que l'argent qu'elle recevait était très faible, que c'était plus petit que ce qu'un ouvrier gagne en une journée.”*

*Fonctionnaire du gouvernement au Népal, d'après Closser et al, 2017<sup>29</sup>*

## Garantir l'équité lorsque les rôles des agents de santé sont professionnalisés

Malgré les recommandations de l'OMS contre le versement d'incitations basées sur la performance aux ASCs<sup>37</sup>, certains ont fait valoir que le versement de salaires réguliers à des agents de santé féminins “bénévoles” réduirait la confiance de la communauté ou leur efficacité. De telles affirmations doivent être fondées sur des preuves. Dans certains pays, dont l'Inde, les décideurs gouvernementaux ont noté que le fait d'élever les incitations rémunérées à la performance à des postes salariés formels pourrait désavantager les femmes.<sup>38</sup> Dans ces pays, les femmes non éduquées qui travaillent actuellement au niveau communautaire en dehors du secteur formel ne répondraient pas aux critères minimums d'éducation et d'alphabétisation fixés par les gouvernements pour les emplois gouvernementaux



*“... Les acteurs institutionnels ont également défendu une politique consistant à ne pas rémunérer financièrement les ASC, en partie en construisant leurs capacités comme si précieuses qu'elles deviennent “inestimables” et donc uniquement rémunérables par une satisfaction immatérielle.”*

*Maes et al, Les bénévoles ne sont pas payés parce qu'ils n'ont pas de prix, 2015<sup>35</sup>*



*“Malgré le travail salvateur qu'ils effectuent, les agents de santé communautaires (ASC) ont longtemps fait l'objet d'un débat mondial sur leur rémunération. Cependant, un consensus émerge aujourd'hui sur le fait que les ASC devraient être rémunérés. Alors que le débat évolue pour passer de la question de savoir s'il faut rémunérer financièrement les ASC à celle de savoir comment le faire, il est urgent de mieux comprendre les types de modèles de paiement des ASC et leurs implications.”*

*Ballard et al, Modèles de rémunération des agents de santé communautaires : Comparaison des cadres juridiques dans cinq pays, 2022<sup>36</sup>*

du secteur formel. En revanche, dans le cas des rôles volontaires et informels, les exigences en matière d'éducation peuvent être assouplies, afin d'inclure les femmes issues de lieux et de groupes sociaux marginalisés qui pourraient autrement être exclues.<sup>39</sup> Il est essentiel que les gouvernements analysent l'impact potentiel, tant du point de vue de l'équité entre les genres que du point de vue intersectoriel, de l'évolution des rôles des agents de santé du secteur informel vers le secteur formel. Ils doivent envisager comment atténuer les risques, une fois les emplois rémunérés, de voir les femmes perdre leur emploi au profit des hommes et les agents de santé issus de groupes sociaux marginalisés perdre leur emploi au profit de ceux qui ont un statut social plus élevé. En fin de compte, le travail non rémunéré et largement sous-payé dans le domaine de la santé compromet la sécurité économique des femmes, qui sont généralement issues de ménages à faibles revenus.

## 2.3 LES DIVERSES FORMES DE TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉES ET TEMPS CONSACRÉS

Les tâches du travail non rémunéré diffèrent, tout comme le temps consacré à ce travail.

- Une étude systématique de l'OMS sur les agents de santé communautaires<sup>41</sup> a identifié six rôles (voir encadré ci-dessous) généralement assumés par les ASCs.
- Les agents de santé féminins non rémunérés sont le plus souvent engagés pour travailler dans le domaine de la santé maternelle, infantile et reproductive, mais pendant la pandémie, ils ont eu des tâches plus larges de santé publique et de vaccination.
- Dans certains systèmes de santé, les travailleurs non rémunérés travaillent en binôme homme-femme ou du même genre, ce qui permet aux ASCs masculins d'avoir accès aux hommes de la communauté et accroît la sécurité des travailleuses de la santé.
- Les rôles non rémunérés peuvent être à temps partiel et flexibles pour s'adapter au travail de subsistance et aux autres responsabilités des travailleuses ou ils peuvent être à temps pleins, ce qui peut déplacer les tâches ménagères sur d'autres membres de la famille, notamment les femmes et les filles plus âgées.
- Pendant la pandémie, la charge de travail a augmenté soudainement pour de nombreuses travailleuses non rémunérées, ce qui a provoqué l'épuisement et le stress des femmes qui devaient jongler avec de multiples responsabilités.

**Les agents de santé communautaire accomplissent une variété de tâches, qui peuvent être regroupées en six rôles qui se chevauchent :**

1. délivrer un diagnostic, un traitement ou des soins cliniques ;
2. encourager l'utilisation des services de santé ;
3. fournir une éducation sanitaire et une motivation pour le changement de comportement ;
4. la collecte de données et la tenue de registres ;
5. améliorer les relations entre les services de santé et les membres de la communauté ;
6. fournir un soutien psychosocial.

Source: WHO 2020<sup>40</sup>

### Sensibilisation des femmes par les agents de santé

Des études et des entretiens avec des femmes travaillant sans rémunération et largement sous-payées dans les systèmes de santé ont montré que leurs responsabilités et leurs tâches sont généralement axées sur la santé maternelle, reproductive et infantile en atteignant les femmes dans les communautés. Ceci est confirmé par la compilation des programmes ASC dans 29 pays<sup>43</sup> (voir encadré ci-dessous). Il est positif que des cadres d'agents de santé aient été établis pour permettre aux services de santé d'atteindre les femmes dans les communautés ayant des besoins de santé reproductive non satisfaits et une mortalité maternelle, infantile et juvénile élevée. Il est également logique que ces cadres soient des femmes, généralement issues des mêmes communautés, qui connaissent mieux le contexte culturel et socio-économique et sont plus à même d'atteindre les femmes. Dans la majorité des contextes, il est culturellement plus acceptable et plus sûr pour les agents de santé féminins que masculins d'entrer dans les maisons des femmes, en particulier pour discuter de questions sensibles comme la contraception, la grossesse et l'accouchement. Des études menées

**Rôles les plus courants des agents de santé communautaire (ASC) - 29 études de cas de pays :**

- Activités de santé maternelle et infantile
- Éducation et promotion en matière de nutrition
- Hygiène et autres pratiques domestiques saines
- Planification familiale
- Promouvoir/soutenir l'utilisation des services de soins de santé de base (soins prénatals et postnatals, accouchement en établissement, vaccinations et planification familiale).
- Conseil/éducation sanitaire sur les signes d'alerte pour lesquels les femmes enceintes et les enfants malades doivent consulter un prestataire de soins de santé qualifié.

Source: Perry et al 2020<sup>42</sup>

dans un certain nombre de pays<sup>444546</sup> démontrent que l'introduction d'agents de santé communautaires féminins a eu un impact extrêmement positif sur les indicateurs de santé maternelle et infantile, notamment en réduisant les décès maternels et en augmentant le taux de vaccination des enfants. Cela soutient la stratégie consistant à engager des femmes agents de santé pour accéder à d'autres femmes, en particulier les femmes des communautés difficiles à atteindre en raison de leur localisation ou de leur marginalisation sociale. La couverture sanitaire universelle (CSU) exige une telle approche pour ne laisser personne de côté.



Source: Devex

## Exploitation ou transformation du genre pour les travailleuses de la santé ?

Bien que la stratégie des systèmes de santé consistant à engager les femmes pour accéder aux femmes soit judicieuse en termes d'accès, engager des travailleuses de la santé non rémunérées ou nettement sous-payées en dehors du secteur formel, le travail décent, est problématique à plusieurs niveaux. Tout d'abord, cela peut être considéré comme une extension du rôle de soignant culturellement genré qui suppose que les femmes sont principalement responsables du travail non rémunéré et des soins aux enfants. Il est donc plus facile de justifier le fait de traiter les travailleuses de la santé comme des "bénévoles" qui ne font pas un "vrai travail" et de justifier la pratique d'exploitation des femmes qui consiste à ne pas leur verser une rémunération équitable. En conséquence,

“

*“...une approche transformative du genre chercherait à engager les hommes et les femmes dans le changement des normes conservatrices de genre, plutôt que de réaffirmer la conformité à celles-ci.”*

*Ved et al, Comment les inégalités de genre auxquelles sont confrontées le million d'ASHA indiennes sont-elles traitées ? 2019<sup>48</sup>*

“

*“Cela fait partie du travail non rémunéré des femmes et est considéré comme une extension du travail que les femmes font à la maison.”*

*Ranjan Nirula, président du Comité de coordination des travailleurs ASHA de toute l'Inde, 2020<sup>47</sup>*

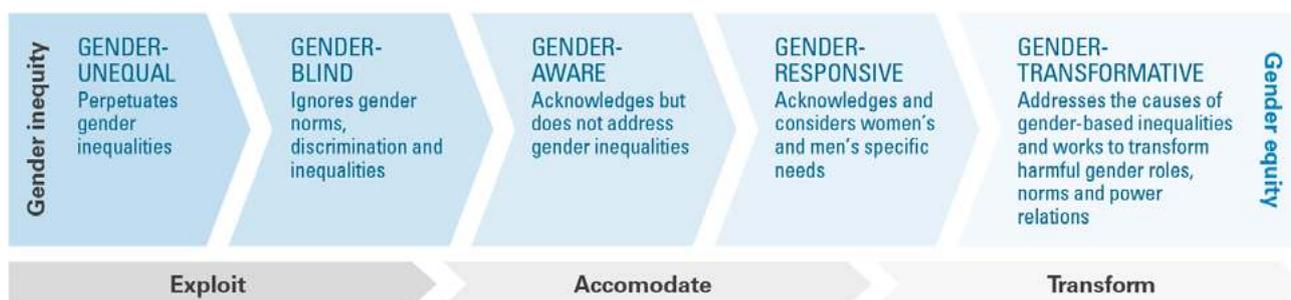
les femmes qui occupent ces fonctions ne sont peut-être pas suffisamment protégées, notamment contre la violence et le harcèlement auxquels elles sont souvent confrontées lorsqu'elles travaillent dans les communautés et, plus récemment, lorsqu'elles fournissent des équipements de protection individuelle (EPI) dans le cadre de la pandémie.<sup>49</sup> Engager les femmes à travailler sans rémunération n'est pas transformateur de genre (voir ci-dessous) dans la mesure où cela renforce la position sociale et économique subordonnée de ces travailleuses de la santé et ne s'attaque pas aux causes profondes de leur statut. Les travailleuses de la santé vivent au sein des hiérarchies sociales et des relations de pouvoir de leur culture et de leur société, et les femmes ayant un statut inférieur dans la hiérarchie du système de santé auront un pouvoir limité pour remettre en question les relations de pouvoir patriarcales.

## Sensible au genre ou transformateur de genre pour les femmes utilisatrices de services ?

L'engagement d'agents de santé féminins pour apporter les services de santé à la porte des femmes est sensible au genre dans la mesure où il vise à répondre à leurs besoins de santé dans leur contexte social et culturel, mais il n'est pas transformateur de genre. Elle peut renforcer, au lieu de les remettre en question, les causes patriarcales profondes de la pauvreté disproportionnée des femmes, de leur manque d'autonomie au sein de la famille et des restrictions à leur mobilité, qui limitent toutes leur

accès aux installations et aux services de santé<sup>50</sup>. Cela peut également renforcer la norme culturelle sexiste selon laquelle les soins aux enfants et le travail de soin non rémunéré sont l'affaire des femmes et non des hommes. En fin de compte, si les services de santé de porte-à-porte permettent aux femmes d'avoir moins d'enfants par choix et d'être en meilleure santé, alors le résultat sera une transformation de genre au fil du temps pour les femmes de ces communautés.

## Le continuum dans l'équité de genre<sup>51</sup>



## 2.4 LES FONCTIONS NON RÉMUNÉRÉES ASSUMÉES POUR DIVERSES RAISONS

Les femmes assument des rôles non rémunérés dans le domaine de la santé pour diverses raisons

- De nombreuses femmes occupant ces fonctions font état d'une forte éthique de la volonté de servir et de bénéficier à leur communauté, en particulier aux autres femmes et aux enfants.
- Les inégalités entre les genres dans une société donnée peuvent laisser peu de choix aux femmes. Dans les pays à faible revenu, elles ont moins de chances d'avoir les qualifications nécessaires pour entrer sur le marché du travail formel. Même lorsque les femmes sont instruites, il peut y avoir des contraintes à leur mobilité et à leur déplacement pour chercher des emplois dans le secteur formel en dehors de leur communauté.
- Les femmes issues de ménages très pauvres et de groupes sociaux marginalisés peuvent avoir encore moins de choix que les autres femmes de la communauté et, par désespoir, se porter "volontaires" pour travailler exceptionnellement longtemps à la recherche d'un éventuel revenu.
- Les femmes peuvent considérer le travail non rémunéré comme une opportunité potentielle. Il peut mener à un travail rémunéré ou à une formation pour accéder à un travail rémunéré. Le rôle peut être non rémunéré mais,

périodiquement, il peut y avoir des tâches supplémentaires, par exemple des campagnes de vaccination, qui sont rémunérées.

- Le rôle des familles est complexe. Dans certains contextes, les femmes vivant dans des milieux sociaux conservateurs peuvent gagner en autonomie grâce à un travail non rémunéré, être en mesure de sortir de chez elles, de se mélanger à d'autres femmes et de faire un travail utile tout en ayant la possibilité d'apprendre. Les familles, en particulier les maris, peuvent contraindre les femmes à assumer ces rôles dans l'espoir qu'elles gagnent un revenu.



*"Avoir un salaire ou une allocation serait vraiment utile... Mais vous savez, la plupart d'entre nous font ce travail parce que nous avons quelque chose dans (notre) cœur qui nous dit que nous ne pouvons pas laisser notre prochain souffrir."*

*Omondi, volontaire non rémunéré en santé communautaire, Kenya, 2020<sup>52</sup>*

## Pourquoi les femmes assument-elles un travail non rémunéré dans les systèmes de santé ?

La majorité des femmes qui effectuent un travail non rémunéré et largement sous-payé dans les systèmes de santé sont issues de ménages pauvres. La grande question est de savoir pourquoi ces femmes, qui ont déjà une lourde charge de travail non rémunéré, acceptent de prendre plus de travail, que ce soit en tant que bénévoles ou en tant que personnes très faiblement rémunérées. La réponse n'est pas simple, mais elle peut relever des six motivations principales suivantes, voire d'un mélange de certaines d'entre elles ou de toutes :

- **Altruisme** : les femmes qui travaillent sans être rémunérées et qui sont largement sous-payées dans le domaine de la santé, expriment systématiquement leur fierté dans leur travail et leur satisfaction de pouvoir aider les autres dans leur communauté.<sup>54</sup> La volonté des femmes d'aider les autres dans leur communauté devrait être valorisée et non perçue comme une confirmation du mythe sexiste selon lequel, contrairement aux hommes, les femmes naissent avec un gène d'abnégation. Ce mythe peut servir d'argument pour ne pas payer les femmes équitablement pour le travail qu'elles font, souvent sur la base d'un second mythe sexiste selon lequel les femmes qui n'ont pas d'emploi à temps plein ne "travaillent pas" et ont donc du temps libre pour faire du bénévolat.
- **Économique** : la plupart des femmes qui assument des rôles non rémunérés dans les systèmes de santé sont issues de ménages à faible revenu et commencent par assumer une lourde charge de travail domestique et de soins non rémunérés, ainsi que d'autres formes de travail dans l'agriculture de subsistance ou la petite entreprise. Le travail dans les systèmes de santé fait partie de leur stratégie de subsistance, et elles peuvent l'accepter en espérant qu'il débouchera sur un revenu sporadique, un rôle rémunéré dans le secteur formel, des possibilités

“

*“Je suis une mère de deux enfants. Je ressens la douleur des mères dont les enfants sont touchés par la polio. Il devrait y avoir un environnement sain pour que les enfants puissent grandir... Notre travail est effrayant et je ne me sens pas toujours en sécurité. Des travailleurs de la polio ont été tués, ainsi que les policiers qui les gardaient. En tant que travailleuse, ce travail est plus risqué. Nous devons nous rendre dans les maisons des autres, et bien souvent, il n'y a pas de femmes présentes, alors nous devons être vigilantes et alertes... Je pense que c'est un grand service pour le pays, mais avec l'inflation au Pakistan, nous devrions être mieux payées.”*

*Saima, agent de santé de première ligne, Pakistan, 2022<sup>53</sup>*

de formation, de mise en réseau et de progression de carrière.<sup>55</sup>

- **Autonomie** : les femmes vivant dans des contextes sociaux et culturels conservateurs peuvent gagner en autonomie grâce à un travail dans le domaine de la santé qui les sort du foyer et de la famille, et les met en contact avec d'autres femmes autour d'un objectif social respectable.



Source: CHWcentral

Elles peuvent gagner très peu d'argent, mais c'est peut-être la première occasion qu'elles ont de gagner un revenu.

- **Avantages :** les travailleuses de la santé peuvent tirer diverses formes d'avantages du travail non rémunéré dans le domaine de la santé, y compris des avantages positifs pour apprendre et obtenir une reconnaissance sociale, ainsi que des opportunités négatives de gagner de l'argent illégalement, par exemple en vendant des médicaments qu'elles se sont engagées à distribuer gratuitement.
- **Coercition :** les femmes peuvent accepter un travail non rémunéré ou largement sous-payé sous la contrainte de leur mari ou de leur famille qui sont motivés par le revenu et non par le bien-être ou les intérêts de la femme. Dans ce cas, les femmes peuvent n'avoir aucun accès ou contrôle sur l'argent qu'elles gagnent.
- **Contraintes liées au genre :** le travail non rémunéré et largement sous-payé des femmes dans le domaine de la santé doit être considéré au regard des contraintes liées au genre auxquelles elles sont confrontées dans leur contexte social et culturel. Dans les pays à faible revenu, les filles ont un taux d'achèvement de l'enseignement secondaire<sup>58</sup> inférieur à celui des garçons et sont donc moins susceptibles d'avoir les qualifications éducatives nécessaires pour entrer dans le secteur formel. Les normes de genre peuvent limiter leur mobilité et donc leur accès à un travail rémunéré en dehors de leur communauté. Les normes culturelles liées au genre peuvent considérer qu'il est inacceptable pour une femme mariée d'accepter un travail rémunéré ou de travailler loin

“

*“Le travail bénévole non rémunéré ne peut être considéré comme un choix libre dans des contextes où les systèmes de santé manquent de ressources, où la pauvreté est endémique et où l'accès à des opportunités de travail décent est limité, en particulier pour les femmes. Pour les femmes, les longues heures consacrées au travail bénévole non rémunéré viennent s'ajouter à de lourdes responsabilités de travail domestique non rémunéré qui, ensemble, sont susceptibles d'exacerber la pauvreté en temps et en revenus des femmes.”*

*Ballard et al, Are dual cadre CHW programmes exploitation by another name?, 2021<sup>56</sup>*

de chez elle, mais qu'un travail dans le domaine de la santé est socialement acceptable pour une femme.<sup>59</sup> Les femmes peuvent être confrontées à ces contraintes et à bien d'autres contraintes sexospécifiques auxquelles les hommes ne sont pas confrontés en matière d'accès au travail rémunéré. Elles peuvent apprécier le travail qu'elles font dans le domaine de la santé, mais choisiraient d'être rémunérées équitablement pour ce travail si cette option était disponible.



Source: AMP HEALTH

“

*“Les femmes peuvent être “habilitées” à être plus autonomes par rapport à leur mari, à prendre plus de responsabilités pour leur propre santé et à socialiser davantage avec d'autres femmes ; mais elles ne sont toujours pas “habilitées” à négocier leur rémunération et leurs conditions de travail ou à tenir le gouvernement responsable des injustices qu'elles et leurs compatriotes villageois voient et vivent chaque jour.”*

*Jackson et al, Programme de vulgarisation sanitaire en Éthiopie, 2019<sup>57</sup>*

## 2.5 L'IMPACT DU TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉ SUR LES FEMMES :

Le travail non rémunéré peut présenter certains avantages pour les femmes mais, en général, il porte atteinte à leurs droits et à leurs potentiels économiques.

- Un nombre important de travailleuses de la santé non rémunérées vivent dans la pauvreté jusqu'à un âge avancé. Le fait de travailler en dehors du secteur formel les prive de la protection sociale et d'autres avantages.
- Certains peuvent avoir la possibilité d'évoluer vers des rôles rémunérés dans le secteur formel, par exemple, dans certains systèmes de santé, les agents de santé communautaires peuvent suivre une formation pour devenir infirmiers.



*“La charge de travail excessive, l'incapacité à être transféré, le peu de possibilités de formation et d'avancement, etc. ne règlent pas les inégalités entre les genres pour les femmes HEW (Health Extension Workers) par rapport aux autres travailleurs de la santé ou aux autres employés du gouvernement.”*

*Omondi, volontaire non rémunéré en santé communautaire, Kenya, 2020<sup>60</sup>*

- Les femmes peuvent être exposées à la violence dans la communauté si elles sont perçues comme ayant un statut inférieur ou si elles travaillent tard, par exemple pour assister à un

accouchement. Le travail non rémunéré peut également accroître le risque de violence à l'égard du partenaire intime.

- Ils peuvent acquérir un statut et une respectabilité au sein de la communauté et ressentir une véritable satisfaction dans leur travail. Leur statut dépendra toutefois de leur capacité à tenir leurs promesses. Une pénurie de médicaments, par exemple, pourrait leur faire perdre la confiance de la communauté<sup>62</sup>.



*“Certaines femmes, elles ne font que vivre, et ne connaissent rien du monde extérieur. Si je ne faisais pas ce travail, je serais aussi comme elles. Elles n'ont pas eu l'occasion de réfléchir à ce qu'elles veulent dans la vie. Et qu'est-ce qui pourrait être plus important que ça ? Il y a tellement plus à faire que de faire le ménage et de préparer le dîner.”*

*Femme ASHA agent de santé communautaire, Inde, dans Closser et Shekhawat, 2021<sup>61</sup>*

- Les femmes peuvent être épuisées par la charge supplémentaire du travail, à moins que d'autres tâches puissent être redistribuées au sein de la famille.
- Le travail non rémunéré dans les systèmes de santé découle des rôles sexospécifiques existants, déterminés par la société et la culture, et les renforce, ce qui peut limiter davantage les possibilités des femmes.

### L'impact du travail de santé non rémunéré pour les femmes qui l'exerce

En raison de la diversité des programmes dans le cadre desquels les femmes travaillent sans être rémunérées ou en étant largement sous-payées dans le secteur de la santé, il est difficile de généraliser l'impact sur les travailleuses de la santé elles-mêmes. Un point commun à tous est que les heures qu'elles consacrent au travail non rémunéré s'ajoutent à la charge de travail qu'elles ont déjà et supplantent les possibilités de repos ou d'autres activités génératrices de revenus. Cela renforce l'inégalité entre les genres, car les femmes font plus de travail non rémunéré, gagnent moins que les hommes en moyenne

et possèdent moins de biens, ce qui aggrave la pauvreté disproportionnée des femmes tout au long de leur vie. Ce travail supplémentaire peut épuiser les femmes, car il peut impliquer de parcourir de longues distances dans la communauté, de maison en maison. Closser<sup>64</sup> décrit un exemple rare d'une femme agent de santé communautaire (ASHA) en Inde, dont la charge de travail domestique et agricole a été redistribuée entre les autres femmes de la famille pour permettre à l'agent de santé de faire son travail. En général, les heures que les femmes consacrent à la santé s'ajoutent à leurs tâches domestiques et autres,

et le "travail des femmes" n'est pas redistribué aux hommes du ménage. Les travailleuses de la santé communautaire sont également confrontées à la violence et au harcèlement lorsqu'elles se déplacent dans les communautés, ce qui peut avoir un impact sur leur santé physique et mentale.

### Le pouvoir de l'agence

Bien que cette expérience soit loin d'être courante pour les travailleuses de la santé non rémunérées, certaines accèdent à des rôles rémunérés, à des postes de direction et de décision, sont reconnues pour leur expertise au sein de la communauté et acquièrent pour la première fois une autonomie au sein de la famille et un contrôle sur leurs revenus. Beaucoup dépend de l'intégration du cadre dans le système de santé. Par exemple, le programme d'agents de santé communautaires ASHA en Inde (près d'un million de femmes) offre des frais de scolarité payés aux ASHA pour qu'elles terminent leurs études secondaires et leur donne une admission préférentielle dans les écoles d'infirmières et de sages-femmes.<sup>66</sup> Bien que le travail non rémunéré et sous-payé des femmes dans le secteur de la santé compromette généralement leur sécurité économique et renforce les inégalités entre les genres au lieu de les combattre, certains éléments indiquent que la situation pourrait être très différente. Si elles étaient rémunérées équitablement et avaient la possibilité de progresser dans le secteur formel de la santé, les systèmes de santé, les communautés et les sociétés pourraient bénéficier pleinement de l'engagement, des connaissances et de l'expertise de six millions de femmes supplémentaires.



*"Comme le Pakistan, l'Iran a également vu l'émergence de femmes en tant que leaders locaux et activistes politiques. Les volontaires sont devenues habiles pour obtenir le soutien du ministère de la Santé et se sont impliquées dans le plaidoyer via des pétitions et des campagnes médiatiques locales pour faire pression en faveur de services de santé et de bien-être plus larges pour la communauté."*

*Steege et al, Comment les relations de genre affectent-elles la vie professionnelle des prestataires de services de santé proches de la communauté ? 2018<sup>67</sup>*



*"Mukabayire tient une boutique en face de chez elle. Partager son temps entre la boutique, sa seule source de revenus, et le travail bénévole à plein temps est assez accablant. Bien qu'elle ait une passion et un amour pour le service de sa communauté, elle a aussi une famille à nourrir. Je dois souvent abandonner ma boutique pour m'occuper des patients de la communauté"*

*Volontaire en santé communautaire travaillant sur la réponse au COVID-19, Rwanda à Uwimana, A<sup>63</sup>*



*"Il y a maintenant peut-être des milliers d'exemples dans lesquels les ASC, en particulier les femmes, ont découvert le pouvoir de l'agence qu'ils ne savaient pas qu'ils avaient, ce qui leur a permis d'accéder à des positions de leadership dans leur communauté et au-delà, même dans les législatures nationales. Les avantages socio-économiques des mères pauvres ayant pour la première fois leur propre revenu qu'elles peuvent utiliser pour leur propre bénéfice et celui de leurs enfants sont maintenant largement reconnus et constituent l'une des raisons d'investir dans les programmes CHW."*

*Perry et al, La santé pour le peuple, 2020<sup>65</sup>*

## 2.6 L'IMPACT DU TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉ SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ :

Les systèmes de santé sont affaiblis par le fait qu'ils dépendent du travail non rémunéré des femmes.

- Les dépenses publiques consacrées aux systèmes de santé sont réduites à court terme puisque les travailleurs ne sont pas rémunérés. Cependant, l'investissement dans un système de soins de santé primaires solide, basé sur un travail sûr et décent, serait rentabilisé à plus long terme par de meilleurs résultats en matière de santé.
- Les travailleurs de la santé non rémunérés risquent d'avoir un taux d'attrition plus élevé et seront moins responsables. La sécurité sanitaire est compromise.
- Le travail non rémunéré peut accroître l'inefficacité et la corruption, un travailleur à la tâche appauvri peut falsifier le nombre de vaccinations effectuées pour gagner un revenu, par exemple.



*"...l'État est l'employeur qui a nommé ces travailleuses ; mais en les qualifiant de 'volontaires' et en les maintenant dans des arrangements de travail informels, l'État a effacé ses propres obligations en matière de salaires équitables et de sécurité sociale."*

*Dasgupta, J and Kanika, J Les travailleuses à l'avant-garde du COVID-19<sup>68</sup>*



*"Le travail de soins non rémunéré comble les lacunes là où il y a un manque de soins de santé "officiels" - ou financés. La résilience du système de soins de santé sous-financé repose sur le travail non rémunéré fourni par les femmes, tandis que le paradigme du PIB extrait le travail non rémunéré des femmes afin de réduire les coûts et d'obtenir une couverture beaucoup plus large des soins de santé."*

*Waring, M, The Gender Pay Gap Is Wider Than You Thought, making women's unpaid care work count towards an economy for health (L'écart de rémunération entre les genres est plus important que vous ne le pensiez), 2022<sup>69</sup>*

- Les travailleurs non rémunérés mécontents peuvent faire grève ou fournir de mauvaises performances en raison d'un moral bas.
- Les gouvernements n'ont pas de contrat social sûr avec les travailleurs de la santé qui peuvent se sentir exploités.
- Les talents et l'expertise sont perdus pour le système de santé si les travailleuses non rémunérées ne sont pas en mesure de progresser vers des carrières formelles dans le secteur de la santé.

### Investir dans les femmes agents de santé, c'est investir dans la sécurité sanitaire

Dans le contexte d'une grave pénurie mondiale de personnel de santé, aggravée par la pandémie, il est urgent que tous les pays investissent pour retenir leurs agents de santé et attirer de nouvelles recrues dans la profession. Les pays à faible revenu, en particulier, sont confrontés à des défis très réels pour équilibrer l'offre de travailleurs de la santé avec la demande croissante de services de santé et pour respecter l'engagement de réaliser la couverture sanitaire universelle d'ici 2030. L'engagement des femmes agents de santé au niveau communautaire pour servir de passerelle entre les femmes des communautés difficiles à atteindre et le système de santé s'est avéré être une stratégie efficace pour aborder la santé maternelle, infantile et reproductive dans de nombreux pays. Plus récemment, les travailleuses de la santé non rémunérées ont joué un rôle essentiel dans la réponse à la pandémie, en recherchant les

contacts, en informant les communautés et en distribuant les vaccins. Cependant, le fait de ne pas payer ou de sous-payer largement les femmes qui constituent la base essentielle des soins de santé primaires porte atteinte à leurs droits économiques et sape les systèmes de santé. On attend d'elles qu'elles acceptent des conditions de travail que les hommes accepteraient rarement, car l'inégalité entre les genres qui façonne leur vie leur offre des choix très limités, le travail non rémunéré étant l'un d'entre eux. Elles sont prises au piège dans un cercle vicieux de genre, généralement incapables d'échapper à un travail non rémunéré ou largement sous-payé, car aucune passerelle ne leur est offerte vers les emplois du secteur formel de la santé. Plusieurs études<sup>71</sup> et entretiens ont fait état des failles de ce système, comme les lourdes responsabilités domestiques et de soins non rémunérés des femmes, auxquelles

s'ajoute la charge de travail supplémentaire liée à leur rôle dans le domaine de la santé, ce qui entraîne une forte déperdition. De plus, le recours à des incitations à la performance peut fausser les priorités de travail, les agents de santé se concentrant sur la tâche qui rapporte l'incitation plutôt que sur la santé générale du patient. La conclusion de l'examen des programmes ASC dans 29 pays<sup>72</sup> est que les ASC, en majorité des femmes, ont le sentiment d'être sous-payés et que leur rémunération ne reflète pas suffisamment le temps et les efforts qu'ils fournissent, ce qui les pousse à faire de plus en plus souvent la grève. Des systèmes de santé, des sociétés et des économies solides ne peuvent reposer sur le travail non rémunéré et sous-payé des femmes.

“

*“Au fur et à mesure que les travailleurs ASHA sont devenus plus cruciaux pour la prestation de soins de santé en milieu rural dans ces États, ils ont pu adhérer à des syndicats de travailleurs, faire entendre leur voix pour de meilleures conditions de travail et de rémunération, et tirer parti des élections locales pour inciter les responsables à donner la priorité à leurs voix.”*

*Dhaliwal, B and Shet, A En première ligne avec les guerriers indiens du COVID-19, 2022<sup>70</sup>*



## 2.7 LA PANDÉMIE COVID-19 ET LES TRAVAILLEUSES DE LA SANTÉ NON RÉMUNÉRÉES

La pandémie a alourdi la charge des femmes non rémunérées travaillant dans le secteur de la santé, mais elle a fait prendre conscience de leur travail.

- Pendant la pandémie, les travailleuses non rémunérées confrontées à une augmentation soudaine de leur charge de travail n'ont pas été en mesure de concilier le travail non rémunéré avec les responsabilités familiales et d'autres travaux productifs, l'agriculture familiale par exemple.



*“Maintenant, nous travaillons à toute heure, sans aucun jour de repos”, a déclaré Mhaske, 33 ans, qui faisait des quarts de travail dans les fermes pour compléter son revenu d’ASHA avant que la pandémie de coronavirus ne frappe l’Inde en mars.”*

*Reuters, Inde, 2020<sup>73</sup>*

- Les systèmes de santé dépendaient essentiellement de ces femmes non rémunérées pour des activités clés telles que le dépistage des infections au COVID dans la communauté et la distribution des vaccins, mais ils n'avaient pas de contrat officiel avec elles et ne pouvaient donc pas garantir qu'elles continueraient à travailler.
- Les agents de santé ont été victimes de stigmatisation et de violence et ont été rejetés



*“J’ai extrêmement peur d’être infecté lorsque je fais du porte-à-porte. Mais c’est mon travail. C’est mon devoir.”*

*Yirgalem, agent de santé communautaire Ethiope dans Bhalla, N et Wuilbercq, E L’armée méconnue des femmes d’Afrique mène la guerre contre le COVID-19, 2020<sup>74</sup>*

par certaines communautés qui les considéraient comme des vecteurs du virus. Certaines travailleuses de la santé ont choisi de vivre loin de leur famille pour éviter de propager le virus.

- En raison du statut inférieur des femmes non rémunérées dans la hiérarchie des systèmes de santé, nombre d'entre elles devaient trouver les cas infectés dans les communautés et s'exposer aux risques, mais n'étaient pas prioritaires pour les équipements de protection individuelle.
- Pendant la pandémie, les travailleurs de la santé ont fait grève dans près de 100 pays pour obtenir des salaires, une protection et la reconnaissance de leur travail. En Inde, les travailleurs communautaires ASHA se sont organisés, ont fait grève et ont obtenu une amélioration des salaires et des conditions.<sup>75</sup> La pandémie a sensibilisé le monde entier à leur travail et à leur statut non rémunéré.

### L'impact de la pandémie sur les travailleuses de la santé non rémunérées

La pandémie a eu un impact majeur sur les femmes travaillant sans rémunération et sous-payées dans des rôles de santé de première ligne, et a démontré à quel point les sociétés, les économies et les systèmes de santé dépendent du travail non rémunéré des femmes dans les systèmes de santé et au-delà. En particulier, des femmes jouant un rôle dans la communauté ont été recrutées pour retrouver les contacts et éduquer les membres de la communauté sur le COVID-19, sur la base des relations de confiance déjà établies par leur travail. Le résumé ci-dessous du travail effectué par les volontaires non rémunérés de la santé communautaire au Kenya est très représentatif du travail effectué et des difficultés rencontrées.

## Enquête sur les femmes volontaires de la santé communautaire Kenya<sup>76</sup>

### Pourcentage de CHVs engagés dans une activité COVID-19

- 97% Eduquer les membres de la communauté sur la prévention ou le traitement du COVID-19
- 73% Eduquer les communautés/ménages sur la manière de prendre soin d'une personne atteinte de COVID-19
- 53% Orientation des cas suspects de COVID-19 vers des tests de dépistage
- 49% Signalement des cas suspects ou confirmés de COVID-19
- 48% Recherche de contrats pour les personnes susceptibles d'avoir le COVID-19 dans la communauté
- 46% Orientation des cas suspects de COVID-19 vers des soins avancés dans les établissements.

### Difficultés rencontrées

- 73% n'avaient pas l'EPI adéquat pour se sentir en sécurité
- 61% disent que les gens craignent que le VHC ne se propage COVID-19
- 50% des CHVs craignaient d'attraper le COVID-19

En particulier, les agents de santé communautaires féminins ont été envoyés dans les communautés aux premiers stades de la pandémie, sans l'équipement de protection individuelle (EPI) dont ils avaient besoin pour réduire leur risque d'infection. Une enquête mondiale <sup>(78)</sup> menée par Women in Global Health en 2021 a établi que les agents de santé féminins étaient confrontés à des pénuries d'EPI dans le monde entier et que les EPI sont généralement mal adaptés aux femmes car ils sont conçus pour des corps d'hommes. La pénurie mondiale d'EPI et le manque de données gouvernementales dans certains pays sur le nombre, la composition et la localisation du personnel de santé au niveau communautaire ont compliqué l'accès des femmes aux EPI sur les lignes de front de la pandémie. Les femmes travaillant sans être rémunérées n'étaient souvent pas prioritaires pour l'EPI car elles ne faisaient pas partie du personnel de santé formel, malgré le fait qu'elles faisaient du porte-à-porte pour dépister les cas. En Inde, les agents de santé communautaires ASHA ont été envoyés pour dépister les cas sans masque facial ni désinfectant pour les mains.<sup>79</sup> Il n'existe pas de données sur les infections des ASC, la mortalité due au COVID-19 ou au COVID long. Dans de nombreux pays, les femmes agents de santé ont été confrontées à la stigmatisation, aux abus et à la violence, étant considérées à tort comme des vecteurs de la maladie.<sup>80</sup> Dans les pays à faible



*“Parce que les ASC ont fait l'objet d'une attention et d'une appréciation sans précédent, c'est le moment opportun pour faire pression en faveur de changements substantiels et durables pour répondre à leurs besoins et leur permettre d'occuper une position plus autonome au sein du système de santé.”*

*Nanda et al, From the frontlines to centre stage: resilience of frontline health workers in the context of COVID-19, 2020<sup>77</sup>*

revenu, beaucoup d'entre elles travaillaient sans être vaccinées, même lorsque les vaccins étaient disponibles gratuitement dans les pays à revenu élevé, et beaucoup ont été victimes d'autres abus lorsqu'elles ont été envoyées pour distribuer des vaccins en dépit de la désinformation.<sup>81</sup>

## Les travailleuses de la santé non rémunérées gagnent en reconnaissance

COVID-19 a mis en évidence les inégalités entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci, notamment l'inégalité entre les genres dans le personnel de santé et le rôle des femmes qui travaillent sans être rémunérées ou sous-payées. Les agents de santé féminins ont été chargés de prendre des mesures de santé publique en réponse à la pandémie, mais aussi de maintenir les services de santé habituels comme auparavant, y compris dans des domaines critiques tels que l'accouchement sans risque et les contrôles sanitaires pour les femmes enceintes. Ironiquement, la pandémie a interrompu les incitations basées sur les performances et a accru l'insécurité économique<sup>82</sup> pour nombre de ces travailleurs essentiels. Il est généralement plus difficile pour les femmes travaillant de manière dispersée dans les communautés de

s'organiser pour obtenir de meilleurs salaires et conditions, d'autant plus que de nombreuses femmes assumant des rôles non rémunérés ont un faible niveau d'éducation. Cependant, pendant la pandémie, les travailleurs de la santé d'une centaine de pays se sont mis en grève pour des questions de salaire, de conditions de travail, de sécurité et de reconnaissance. Puisque la pandémie a mis en lumière la contribution exceptionnelle des femmes qui travaillent sans être rémunérées et qui sont largement sous-payées dans les fonctions essentielles des systèmes de santé, le moment est venu de mettre en place le travail sûr, décent, égal et équitablement rémunéré dont elles ont besoin pour que des systèmes de santé résilients soient en place pour la prochaine urgence sanitaire.



*"Nous avons été confrontés à des problèmes lors de la pandémie. Nous avons du travail supplémentaire et les heures sont longues. Les gens ont peur de nous laisser entrer chez eux et nous disent 'pourquoi apportez-vous le virus ici ?'. Ils me regardent avec mépris, les gens nous harcèlent et parfois je suis découragée. Mais nous devons leur dire pour qu'ils soient en sécurité. J'espère que tout cela sera bientôt terminé."*

*Samina, femme agent de santé, Pakistan, 2020*



*"Depuis l'apparition du coronavirus, je travaille 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Je dois me lever tôt pour préparer mon repas pour la famille puis marcher une longue distance car les maisons sont éloignées les unes des autres, pour informer les gens sur les précautions à prendre contre le virus et aussi faire mon travail normal sur le planning familial et la santé des enfants. Je passe entre les épines et les chiens qui aboient et je rentre tard à la maison et je suis fatiguée mais tous les agents de santé travaillent 24 heures sur 24 et nous devons faire notre travail."*

*Jennifer, agent de santé communautaire, Zambie, 2021*



*"Depuis la pandémie, j'ai été appelé à travailler dans le centre de vaccination de 10h à 17h30 tous les jours. Ce n'est pas mon travail habituel, mais nous savons que les vaccinations sont importantes. Je prépare la nourriture pour la famille avant de partir, je marche pour venir ici et avoir toutes mes tâches pour mes enfants et la maison quand je rentre à la maison. Si j'étais payée, je pourrais me concentrer uniquement sur ce travail et engager un travailleur journalier pour faire mon travail dans les champs, ce que je peux à peine faire maintenant. Nous avons du mal à nous en sortir."*

*Alina, volontaire en santé communautaire, Népal, 2021*

# RECOMMANDATIONS

## **1. Le respect des engagements des gouvernements**

Les gouvernements se sont engagés dans divers forums mondiaux, y compris dans le Programme d'action de Pékin de 1995 et dans les ODD<sup>83</sup> (ODD 8), à fournir un travail sûr et décent et à mettre fin au travail non rémunéré, en particulier pour les femmes.

## **2. Suivre les directives de l'OMS 2018 pour les agents de santé communautaires<sup>84</sup>**

Selon les directives de l'OMS, les agents de santé communautaires, dont la majorité sont des femmes, devraient recevoir une rémunération proportionnelle à leurs tâches et responsabilités.

## **3. Suivre le cadre des 5R de l'OIT pour un travail décent dans le secteur des soins<sup>85</sup>**

Les principes (voir graphique ci-dessous) sont les suivants : reconnaître, réduire, redistribuer, récompenser le travail non rémunéré et le cinquième est la représentation par le dialogue social et la négociation collective.<sup>86</sup> Il existe des exemples, en Inde et au Pakistan, de travailleuses de la santé non rémunérées et sous-payées qui ont amélioré leur position en s'organisant et en négociant collectivement. Il peut être difficile pour les femmes de s'organiser lorsque les travailleurs non rémunérés ont un faible niveau d'éducation et travaillent à distance dans leurs communautés.

## **4. Permettre aux femmes et aux filles d'accéder aux emplois du secteur formel**

Le secteur de la santé et des soins se développe à l'échelle mondiale, offrant des perspectives d'emploi aux jeunes populations des pays à faible revenu. Il faut cependant permettre aux filles de terminer l'école secondaire pour qu'elles puissent avoir accès à la formation. Les gouvernements devraient également permettre aux travailleurs non rémunérés du système de santé de se former pour occuper des fonctions dans le secteur formel de la santé, offrant ainsi aux femmes, en particulier, une possibilité de carrière dans le secteur formel.

## **5. Compter les femmes et valoriser leur temps**

Veiller à ce que le travail non rémunéré des femmes dans les systèmes de santé soit enregistré dans les données relatives au personnel de santé. En raison de données incomplètes, le présent rapport n'a pu qu'estimer approximativement le nombre de

femmes et d'hommes travaillant sans être rémunérés dans des rôles essentiels des systèmes de santé. Il est essentiel que les travailleurs non rémunérés soient considérés comme des travailleurs et non comme des bénévoles. Les mesures statistiques du travail de soins non rémunéré dans le temps, telles que les enquêtes sur l'emploi du temps<sup>87</sup> ventilées par genre, âge, etc. peuvent guider les décideurs politiques sur les mesures à prendre pour alléger la charge du travail non rémunéré des femmes.

## **6. Les agences donatrices et les ONG qui financent des programmes de santé doivent s'assurer que les programmes n'incluent pas de travail non rémunéré**

Les agences internationales doivent vérifier qu'elles ne perpétuent pas l'exploitation économique des femmes dans le domaine de la santé en finançant des programmes qui reposent sur le travail non rémunéré des femmes dans le domaine de la santé.

## **7. Le Suivi de bonnes pratiques en matière d'intégration des cadres de santé non rémunérés dans l'économie formelle**

Des pays, dont l'Éthiopie, ont intégré des agents de santé communautaires non rémunérés dans le marché du travail formel avec des résultats positifs<sup>88</sup>, ce qui constitue un précédent dont d'autres pays peuvent s'inspirer.

## **8. La présentation des arguments d'investissement pour mettre fin au travail non rémunéré dans les systèmes de santé**

La pandémie a mis à l'épreuve les systèmes de santé partout dans le monde et a démontré la vulnérabilité des personnes dépendant d'un travail non rémunéré. La santé doit être considérée comme un investissement présentant des avantages sociaux et économiques plus larges, et non comme un simple coût.

## **9. Soutenir un leadership égalitaire entre les genres dans le secteur de la santé**

Bien que les femmes représentent 70 % du personnel de santé, elles n'occupent que 25 % des postes de direction.<sup>89</sup> Un leadership égalitaire peut aider à confronter les mythes et stéréotypes sexistes qui déterminent le travail non rémunéré des femmes dans le secteur de la santé, par exemple le fait que les femmes les plus pauvres ont du temps

## Le cadre des 5R pour un travail décent dans le secteur des soins : Réaliser une voie royale pour le travail de soins avec l'égalité des genres

Source: OIT Un bond en avant pour l'égalité des genres : pour un meilleur avenir du travail pour tous, 2019

Main policy areas	Policy recommendations	Policy measures
Care policies	<b>Recognize, reduce and redistribute unpaid care work</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Measure all forms of care work and take unpaid care work into account in decision-making</li> <li>Invest in quality care services, care policies and care-relevant infrastructure</li> <li>Promote active labour market policies that support the attachment, reintegration and progress of unpaid carers into the labour force</li> <li>Enact and implement family-friendly working arrangements for all workers</li> <li>Promote information and education for more gender-equal households, workplaces and societies</li> <li>Guarantee the right to universal access to quality care services</li> <li>Ensure care-friendly and gender-responsive social protection systems, including floors</li> <li>Implement gender-responsive and publicly funded leave policies for all women and men</li> </ul>
Macroeconomic policies		
Social protection policies	<b>Reward: More and decent work for care workers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regulate and implement decent terms and conditions of employment and achieve equal pay for work of equal value for all care workers</li> <li>Ensure a safe, attractive and stimulating work environment for both women and men care workers</li> <li>Enact laws and implement measures to protect migrant care workers</li> </ul>
Labour policies		
Migration policies	<b>Representation, social dialogue and collective bargaining for care workers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensure women's full and effective participation and equal opportunities for leadership at all levels of decision-making in political, economic and public life</li> <li>Promote freedom of association for care workers and employers</li> <li>Promote social dialogue and strengthen the right to collective bargaining in care sectors</li> <li>Promote the building of alliances between trade unions representing care workers and civil society organizations representing care recipients and unpaid carers</li> </ul>

“libre” pour travailler sans rémunération et que les femmes sont altruistes et heureuses de travailler sans rémunération. Les femmes qui jouent un rôle non rémunéré dans le secteur de la santé au niveau communautaire expriment leur frustration de ne pas être écoutées. Les systèmes de santé seraient plus solides grâce à leurs connaissances.

### 10. Rejoindre l'initiative GEHCWI (Gender Equal Health and Care Workforce Initiative)<sup>90</sup> menée par la France et les femmes dans le domaine de la santé mondiale

L'Initiative pour l'égalité entre les genres dans le secteur de la santé et des soins, lancée en 2021, vise à accroître la visibilité, le dialogue et l'engagement à agir en faveur de l'équité entre les genres dans le secteur de la santé et des soins, en se concentrant sur le travail sûr et décent, le travail non rémunéré

et l'écart de rémunération entre les genres, l'égalité des chances dans les professions de la santé et des soins, la fin de la violence et du harcèlement et la participation égale des hommes et des femmes du secteur au leadership et à la prise de décision. L'Initiative pour l'égalité des genres dans le secteur de la santé et des soins invite la communauté internationale à mettre en œuvre les engagements mondiaux existants et à convenir de mesures pratiques pour parvenir à l'égalité des genres dans le secteur de la santé et des soins. Les gouvernements, les agences internationales et les ONG sont invités à soutenir l'Initiative qui se concentrera sur le travail non rémunéré des femmes dans les systèmes de santé, ainsi que sur d'autres questions liées à l'égalité des genres.

**Contact:** [GenderEqualHCW@womeningh.org](mailto:GenderEqualHCW@womeningh.org)



# CONCLUSION

Le COVID-19 a exercé une pression sans précédent sur des systèmes de santé reposant sur des bases faibles et inégales. Dans de nombreux pays, les travailleuses de la santé ont été applaudies pour leurs sacrifices et leur engagement, mais elles n'ont pas été récompensées par un travail décent et l'égalité en matière de rémunération et de leadership. De nombreux systèmes de santé ont été mis à rude épreuve par COVID-19 car ils manquent cruellement de personnel de santé qualifié.

Avant la pandémie, on prévoyait que 18 millions d'agents de santé supplémentaires<sup>91</sup> seraient nécessaires pour assurer la couverture sanitaire universelle d'ici 2030. La pandémie a mis à rude épreuve les personnels et les systèmes de santé dans la plupart des pays. Des travailleurs de la santé sont morts du COVID-19 et des millions de personnes ont contracté un " long COVID " et souffrent des conséquences à plus long terme du virus sur leur santé. En outre, les pays à revenu élevé, en particulier, connaissent une "grande démission" des agents de santé, notamment des infirmières et des sages-femmes, qui quittent la profession pour cause d'épuisement professionnel et mental. La démission d'un nombre important d'agents de santé qualifiés dans les pays à revenu élevé est susceptible d'entraîner une migration non gérée des agents de santé des pays à faible revenu, ce qui affaiblira encore davantage les systèmes de santé vulnérables.

Dans ce contexte, au moins six millions de femmes travaillent sans être rémunérées et sont largement sous-payées dans les fonctions essentielles des systèmes de santé. Ces femmes, souvent qualifiées de bénévoles, travaillent en dehors du secteur formel et ne bénéficient donc pas de la juste rémunération ou des avantages plus larges que mérite leur

contribution. Les systèmes de santé, plus largement, ne parviennent pas à exploiter tout le potentiel de leurs connaissances et de leur expertise car, en tant que travailleuses sous-évaluées, ces femmes ont rarement un plan de carrière leur permettant d'accéder à des rôles dans le secteur formel.

C'est donc le moment de valoriser chaque agent de santé et de reconnaître les compétences et l'expérience des millions de femmes qui travaillent actuellement sans être rémunérées. Plutôt que de les considérer comme des bénévoles, il faut les voir comme des agents de changement qui sont les experts de leur propre communauté. La création d'emplois décents pour toutes les femmes dans le secteur de la santé contribuerait de manière significative à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) d'ici 2030 et réduirait le déficit de 18 millions de travailleurs de la santé dans le monde. Investir dans les femmes qui travaillent sans être rémunérées pour leur permettre d'accéder à des emplois dans le secteur formel de la santé aurait pour avantage de renforcer l'égalité des genres et l'autonomisation économique des femmes. Les nouveaux emplois créés dans le secteur de la santé pourraient accueillir les populations jeunes des pays à faible revenu, alimenter la croissance économique et renforcer les systèmes de santé. Mais ces nouveaux emplois ne peuvent être créés dans le cadre du système actuel d'inégalité qui existe entre les femmes et les hommes dans la population active, et la sécurité sanitaire mondiale ne peut être construite sur les bases du travail non rémunéré des femmes. COVID-19 a mis en évidence les fissures d'un système inégalitaire que nous devons corriger pour construire des systèmes de santé forts et résilients, prêts à faire face à la prochaine urgence.

## Justice économique pour les travailleuses de la santé non rémunérées : réaliser le "triple dividende de genre"

L'augmentation des opportunités économiques pour les femmes dans le domaine de la santé aura de larges retombées, permettant l'expansion du personnel de santé mondial nécessaire pour atteindre les objectifs de santé mondiaux, y compris la couverture sanitaire universelle, et la réalisation d'un triple dividende de genre vu dans :

1. **Une meilleure santé** : des salaires équitables, l'égalité des chances et un travail décent attireront les femmes dans les professions de santé et les retiendront, ce qui contribuera à combler le déficit de 18 millions de travailleurs de la santé dans le monde.
2. **Égalité des genres** : investir dans l'accès des femmes à des emplois rémunérés dans le secteur formel de la santé renforcera l'égalité des genres, car les femmes obtiendront davantage de revenus, une sécurité économique à vie et un pouvoir de décision.
3. **Croissance économique** : les nouveaux emplois créés dans le domaine de la santé alimenteront la croissance économique et renforceront les systèmes de santé et les résultats, contribuant ainsi à la réalisation de la santé universelle et des objectifs du développement durable d'ici à 2030.

# À PROPOS DE WOMEN IN GLOBAL HEALTH

Women in Global Health (WGH) est un mouvement dirigé par des femmes, en plein essor, qui réclame l'égalité des genres dans le domaine de la santé mondiale. Alors que les femmes représentent 70 % de la main-d'œuvre et environ 90 % des agents de santé de première ligne, elles n'occupent qu'un quart des postes de direction. Comptant aujourd'hui des partisans dans plus de 90 pays et 41 sections officielles, principalement dans les pays à faible revenu, Women in Global Health fait campagne pour une représentation égale des femmes aux postes de direction dans le domaine de la santé, pour un salaire équitable et la fin du travail non rémunéré des travailleuses de la santé, pour la protection et un travail sûr et décent, et pour la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels. Ce sont là les fondements essentiels de systèmes de santé solides, de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire mondiale.



Pour plus d'informations : [www.womeningh.org](http://www.womeningh.org)

Suivez-nous : @WomeninGH

Contactez-nous : [info@womeningh.org](mailto:info@womeningh.org)

## RÉFÉRENCES

<sup>1</sup> Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas H, et al, Women and health : the key for sustainable development. Lancet. 2015;386(9999):1165-1210.

<sup>2</sup> Internationale des Services Publics (ISP), Une journée dans la vie des agents de santé communautaires d'Asie du Sud, 23 juin 2021.

<sup>3</sup> OMS, Delivered by Women, Led by Men : Une analyse de genre et d'équité du personnel de santé mondial, Série d'observation des ressources humaines pour la santé de l'OMS n° 24. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019

<sup>4</sup> OMS, (2019) Livré par des femmes, dirigé par des hommes

<sup>5</sup> Boniol M et al, Gender equity in the health workforce : analysis of 104 countries. Document de travail 1. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 (WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1).

<sup>6</sup> Bhatia, K, Programmes d'agents de santé communautaires en Inde : un examen fondé sur les droits. Perspectives en santé publique 134 (5), 276-282, 2014.

<sup>7</sup> Ballard, M et al, Les programmes d'ASC à double cadre sont-ils une exploitation sous un autre nom ? Apolitico, 25 août 2021

<sup>8</sup> Organisation mondiale de la santé, (2020). Que savons-nous des agents de santé communautaires ? Un examen systématique des études existantes. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340717>

<sup>9</sup> Maes, K et al, A Women's Development Army : Narratives of community health worker investment and empowerment in rural Ethiopia, Studies in Comparative International Development, 2015.

<sup>10</sup> Maes, K et al, Une armée pour le développement des femmes

<sup>11</sup> Rao, B, et Tewari, S, Anger, Distress Among India's Frontline Workers in Fight Against Covid-19. Article 14. Juin 2020. <https://www.article-14.com/post/anger-distress-among-india-s-frontline-workers-in-fight-against-covid-19>

<sup>12</sup> Les femmes dans la santé mondiale, La sécurité sanitaire mondiale dépend des femmes, 2020 <http://covid5050.org/Global-Health-Security-Depends-on-Women-WGH.pdf>

- <sup>13</sup> WHO, (2019) *Delivered by Women, Led by Men : Une analyse de genre et d'équité du personnel de santé mondial*.
- <sup>14</sup> Boniol M et al, *Gender equity in the health workforce : analysis of 104 countries*.
- <sup>15</sup> Sharma R, Webster P, Bhattacharyya S, *Factors affecting the performance of community health workers in India : a multi-stakeholder perspective*. *Glob Health Action*. 2014;7(1):1-8
- <sup>16</sup> Rao, B, et Tewari, S, 2020. *Colère, détresse parmi les travailleurs de première ligne de l'Inde dans la lutte contre le Covid-19*.
- <sup>17</sup> Waring, M, (2018) *Comptant toujours pour rien, Bien-être, travail des femmes et élaboration des politiques*.
- <sup>18</sup> Waring, M, *L'écart de rémunération entre les hommes et les femmes est plus important que vous ne le pensiez, Think Global Health*, 11 mai 2022.
- <sup>19</sup> OMS, 2018d. *Directive de l'OMS sur l'appui aux politiques et systèmes de santé pour optimiser les programmes d'agents de santé communautaires*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- <sup>20</sup> Bujakera S, Holland H, 2020. *Les fonds du virus du Congo ont été détournés par un " réseau mafieux ", selon un vice-ministre*. Disponible sur : <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-congocorruption-idUSKBN249225>. Consulté le 28 avril 2022.
- <sup>21</sup> Perry, H (ed) et al, *Health for the People : National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe, USAID Maternal and Child Survival Program*, <https://www.exemplars.health/-/media/files/egh/resources/community-health-workers/partner-content/health-for-the-peoplenational-chw-case-studies2020.pdf>.
- <sup>22</sup> Perry, H (ed) et al, *Health for the People : Programmes nationaux d'agents de santé communautaire*
- <sup>23</sup> Glinski, S, *'The Taliban know they need us' : the Afghan hospitals run by women Female medics continue to save lives, but rely on the Red Cross to get by because the Taliban cannot pay their salaries, the Guardian*, 9 mai 2022.
- <sup>24</sup> Bujakera S, Holland H, 2020. *Les fonds du virus du Congo ont été détournés par un " réseau mafieux "*.
- <sup>25</sup> *Exemplaires en santé mondiale, #CountCHWs : Campagne lancée pour établir des registres nationaux d'agents de santé*, [https://www.exemplars.health/stories/campaign-launched-to-establish-national-health-worker?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=2022022210-count\\_chws-nb-ne-em-gen-lived\\_experience-na](https://www.exemplars.health/stories/campaign-launched-to-establish-national-health-worker?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=2022022210-count_chws-nb-ne-em-gen-lived_experience-na), consulté le 27 avril 2022.
- <sup>26</sup> *Campagne #CountCHWs*, <https://mailchi.mp/chwimpact/chwml-official-launch> Consulté le 29 avril 2022.
- <sup>27</sup> *Campagne #CountCHWs*,
- <sup>28</sup> Closser S et Shekhawat S, (2021) : *Le contexte familial du travail des ASHA et des Anganwadi dans le Rajasthan rural: Gender and labour in CHW programmes*, *Global Public Health*, DOI : 10.1080/17441692.2021.1970206.
- <sup>29</sup> Closser S et al, *Les indemnités journalières dans l'éradication de la polio : Perspectives From Community Health Workers and Officials*, *American Journal of Public Health - juillet 2017* DOI : 10.2105/AJPH.2017.303886
- <sup>30</sup> Perry, H (ed) et al, *Health for the People : Programmes nationaux d'agents de santé communautaire f*
- <sup>31</sup> Srivastava, R, *On India's COVID-19 frontline, female health workers push for fair pay, Reuters 28 Août 2020, India's female health workers push for pay on COVID-19 frontline (trust.org)*
- <sup>32</sup> OMS, 2018d. *Directive de l'OMS sur le soutien aux politiques et systèmes de santé pour optimiser le travailleur de santé communautaire. n*
- <sup>33</sup> Ved et al, *Comment les inégalités de genre auxquelles sont confrontées le million d'ASHAs indiennes sont-elles traitées ? Origines et adaptations politiques pour le plus grand programme d'agents de santé communautaires entièrement féminin au monde*, *Human Resources for Health (2019) 17:3* <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0338->
- <sup>34</sup> Perry, H (ed) et al, *Health for the People : Programmes nationaux d'agents de santé communautaire f*
- <sup>35</sup> Maes, K, " *Les volontaires ne sont pas payés parce qu'ils n'ont pas de prix* " : capacités et valeurs des agents de santé communautaires dans une intervention de traitement du sida en Éthiopie urbaine. *Med Anthropol Q*. 2015;29:97-115. Medline:25
- <sup>36</sup> Ballard, M et al, *Compensation models for community health workers : Comparaison des cadres juridiques dans cinq pays*. *J Global Health* 2021;11:04010.
- <sup>37</sup> OMS, 2018d. *Directive de l'OMS sur le soutien des politiques et des systèmes de santé pour optimiser les agents de santé communautaires*.
- <sup>38</sup> Ved et al, *Comment les inégalités de genre auxquelles sont confrontées le million d'ASHAs en Inde sont-elles traitées ?*
- <sup>39</sup> Ved et al, *Comment les inégalités de genre auxquelles sont confrontées le million d'ASHAs en Inde sont-elles traitées ?*
- <sup>40</sup> Organisation mondiale de la santé, (2020). *Que savons-nous des agents de santé communautaires ? Un examen systématique des études existantes*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340717>
- <sup>41</sup> Organisation mondiale de la santé. (2020). *Que savons-nous des agents de santé communautaires ?*
- <sup>42</sup> Perry, H (ed) et al, *Health for the People : Programmes nationaux d'agents de santé communautaire*
- <sup>43</sup> Perry, H (ed) et al, *Health for the People : Programmes nationaux d'agents de santé communautaire*
- <sup>44</sup> Zulliger, R, *Programmes d'agents de santé communautaires éthiopiens, CHW Central*, 28 février 2018.
- <sup>45</sup> *Oxford Policy Management, Programme des agents de santé féminins, Pakistan, évaluation des performances, septembre*

2019.

<sup>46</sup> Ved et al, Comment les inégalités de genre auxquelles sont confrontées le million d'ASHAs en Inde sont-elles traitées ?

<sup>47</sup> Hindustan Times, (2020) Covid-19 :Female health workers on India's frontline push for fair pay, (28 août 2020)

<sup>48</sup> Ved et al, Comment les inégalités de genre auxquelles sont confrontées le million d'ASHAs en Inde sont-elles traitées ?

<sup>49</sup> Women in Global Health, (2021) Fit for Women : safe and decent PPE for women health and care workers. <https://womeningh.org/our-advocacy/fitforwomen/>, consulté le 24 avril 2022.

<sup>50</sup> Women in Global Health et Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND), (2020), Health in Their Hands : Le dépistage et l'autonomisation des femmes pour une meilleure santé pour tous. [https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2021/03/Health-in-their-hands\\_EXEC-SUMM\\_Nov-2020.pdf](https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2021/03/Health-in-their-hands_EXEC-SUMM_Nov-2020.pdf)

<sup>51</sup> UNICEF, Note technique Gender Transformative Approaches in the global programme to end child marriage, Adapté de : Pederson, A., Greaves, L., et Poole, N. 'Gender-transformative health promotion for women - a framework for action', Health Promotion International, vol. 30, no. 1, mars 2015, .

<sup>52</sup> Bhalla, N et Wuilbercq, E, Africa's unsung army of women wage war on COVID-19, Reuters, 26 juin 2020.

<sup>53</sup> Hanif, S C'est un travail effrayant, mais je suis déterminé. Nous libérerons le Pakistan de la polio ", The Guardian, 4 mai 2022.

<sup>54</sup> Perry, H (ed) et al, Health for the People : Programmes nationaux d'agents de santé communautaire

<sup>55</sup> Maes, K, (2015), Community Health Workers and Social Change : Perspectives locales et mondiales, Annals of Anthropological Practice, Volume 39 Issue 1 : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/napa.2015.39.issue-1/issuetoc>.

<sup>56</sup> Ballard, M et al, Les programmes d'ASC à double cadre sont-ils une exploitation sous un autre nom ? Apolitico, 25 août 2021

<sup>57</sup> Jackson R , Kilsby D, et Hailemariam A, Gender exploitative and gender transformative aspects of employing Health Extension Workers under Ethiopia's Health Extension Program, Tropical Medicine and International Health doi:10.1111/tmi.13197 volume 24 no 3 pp 304-319 mars 2019.

<sup>58</sup> UNICEF, L'éducation des filles : l'égalité des genres dans l'éducation profite à tous les enfants. <https://www.unicef.org/education/girls-education>, consulté le 25 avril 2022.

<sup>59</sup> Ved et al, Comment les inégalités de genre auxquelles sont confrontées le million d'ASHAs en Inde sont-elles traitées ?

<sup>60</sup> Jackson R , Kilsby D, et Hailemariam A, Aspects d'exploitation et de transformation du genre.

<sup>61</sup> Closser, S et Sekhawat, S, (2021), The family context of ASHA and Anganwadi work in rural Rajasthan : Gender and labour in CHW programmes, <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1970206>

<sup>62</sup> Organisation mondiale de la santé, (2020). Que savons-nous des agents de santé communautaires ? Un examen systématique des études existantes. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340717>

<sup>63</sup> Uwimana, A, Community Health workers : the 'unsung heroes' of COVID-19, Rwanda Times, 5 août 2021.

<sup>64</sup> Closser, S et Sekhawat, S, (2021), The family context of ASHA and Anganwadi work in rural Rajasthan :

<sup>65</sup> Perry, H (ed) et al, Health for the People : National Community Health Worker

<sup>66</sup> Ved et al, Comment les inégalités de genre auxquelles sont confrontées le million d'ASHAs en Inde sont-elles traitées ?

<sup>67</sup> Steege, R et al, (2018), Comment les relations de genre affectent-elles la vie professionnelle des prestataires de services de santé proches de la communauté ? Recherche empirique, revue et cadre conceptuel, Social Science & Medicine 209 (2018) 1-13.

<sup>68</sup> Dasgupta, J et Kanika, J, Women Workers at the Forefront of COVID-19 : Une feuille de route pour le rétablissement et la résilience en Inde, 2022.

<sup>69</sup> Waring, M, L'écart de rémunération entre les hommes et les femmes est plus important que vous ne le pensez, Think Global Health, 11 mai 2022.

<sup>70</sup> Dhaliwal, B et Shet, A, On Front Lines with India's COVID-19 Warriors, Think Global Health, 12 avril 2022.

<sup>71</sup> Jackson R , Kilsby D, et Hailemariam A, Gender exploitative and gender transformative aspects 9

<sup>72</sup> Perry, H (ed) et al, Health for the People : National Community Health Worker

<sup>73</sup> Srivastava, R, Sur la ligne de front du COVID-19 en Inde, les travailleuses de la santé font pression pour un salaire équitable

<sup>74</sup> Wuilbercq, E, Ethiopia taps army of women health workers to fight coronavirus, Reuters, 7 avril 2020

<sup>75</sup> Srivastava, S, A million frontline COVID workers demand India boost \$40 pay, Bloomberg 1 Décembre 2021

<sup>76</sup> Population Council, Frontline Health, Results Brief : Exploring Community Health Worker Roles, Support and Experiences in the Context of the COVID-19 Pandemic in Kenya, avril 2021.

<sup>77</sup> Nanda, P et al, (2020) From the frontlines to centre stage : resilience of frontline health workers in the context of COVID-19, Sexual and Reproductive Health Matters, 28:1, 1837413, DOI : 10.1080/26410397.2020.1837413

<sup>78</sup> Women in Global Health, (2021) Fit for Women : safe and decent PPE for women health and care workers.

- <sup>79</sup> Nanda, P et al, (2020) From the frontlines to centre stage : resilience of frontline health workers
- <sup>80</sup> BBC India coronavirus, Les femmes sous-payées et non protégées qui mènent la guerre du Covid-19 17 avril 2020
- <sup>81</sup> Dasgupta, J et Kanika, J, Les travailleuses à l'avant-garde du COVID-19
- <sup>82</sup> Nanda, P et al, (2020) From the frontlines to centre stage : resilience of frontline health workers
- <sup>83</sup> Objectifs de développement durable, <https://www.un.org/en/exhibits/page/sdgs-17-goals-transform-world>
- <sup>84</sup> OMS, 2018d. Directive de l'OMS sur l'appui aux politiques et systèmes de santé pour optimiser les agents de santé communautaires.
- <sup>85</sup> OIT, 2019, Un bond en avant pour l'égalité entre hommes et femmes : Pour un meilleur avenir du travail pour tous. [https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS\\_674831/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_674831/lang--en/index.htm)
- <sup>86</sup> Tiwari, A, Asha workers protest at Jantar Mantar demanding better pay, face FIR, Indian Express, 16 octobre 2020.
- <sup>87</sup> Waring, M, L'écart de rémunération entre les hommes et les femmes est plus important que vous ne le pensiez, Think Global Health, 11 mai 2022.
- <sup>89</sup> Perry, H (ed) et al, Health for the People : Programmes nationaux d'agents de santé communautaire f
- <sup>90</sup> OMS, Delivered by Women, Led by Men : A Gender and Equity Analysis of the Global Health Workforce, Gender Equal Health and Care Workforce Initiative, <https://womeningh.org/gender-equal-health-care-workforce-initiative/> Consulté le 27 avril 2022.
- <sup>91</sup> OMS, Stratégie mondiale en matière de ressources humaines pour la santé : Main-d'œuvre 2030. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016