



# Assemblée générale

Distr. générale  
20 mai 2025  
Français  
Original : anglais

## Conseil des droits de l'homme

### Cinquante-neuvième session

16 juin-11 juillet 2025

Point 3 de l'ordre du jour

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,  
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,  
y compris le droit au développement**

## Dimensions genrées des systèmes de soins et d'assistance

### Rapport du Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles\*, \*\*

#### Résumé

Dans le présent rapport, le Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles souligne le rôle fondamental des soins et de l'assistance pour ce qui est de favoriser le bien-être des sociétés. Bien que les soins et l'assistance relèvent de la responsabilité collective et profitent à tous, les activités y relatives continuent d'incomber de manière disproportionnée aux femmes et aux filles, souvent au détriment de leurs droits humains. Malgré son importance, le travail de soins et d'assistance n'est souvent pas considéré comme un travail et, même quand il l'est, reste sous-évalué, sous-payé et très peu protégé. Dans son rapport, le Groupe de travail affirme que les politiques existantes en matière de soins et d'assistance, fragmentées et insuffisantes, constituent une discrimination fondée sur le genre. Dans un monde marqué par le vieillissement rapide de la population, qui connaît à la fois un déficit structurel en matière de soins et une augmentation des besoins dans ce domaine, il est urgent, selon le Groupe de travail, d'investir des fonds publics et de transformer les normes culturelles pour garantir la participation des hommes et des garçons aux activités de soins, dans des conditions d'égalité, et bâtir des systèmes de soins et d'assistance fondés sur les droits humains et tenant compte des questions de genre, qui profitent à tous.

\* Il a été convenu que le présent document serait publié après la date normale de publication en raison de circonstances indépendantes de la volonté du soumetteur.

\*\* L'annexe du présent document est reproduite telle qu'elle a été reçue, dans la langue de l'original seulement.



## I. Introduction

1. Le présent rapport contient une analyse thématique et des recommandations concernant les dimensions genrées des systèmes de soins et d'assistance. On trouvera en annexe des informations actualisées sur les principales activités que le Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles a menées entre le moment où il a soumis son précédent rapport<sup>1</sup> et le mois d'avril 2025.

2. Le Groupe de travail remercie toutes les parties prenantes qui, en répondant à un questionnaire, en soumettant des documents informatifs ou en participant à des consultations régionales et thématiques, ont contribué de manière utile à l'établissement du présent rapport<sup>2</sup>.

## II. Cadre contextuel et conceptuel

3. Les travaux de recherche montrent depuis longtemps que le travail de soins et d'assistance est vital pour l'économie et la société<sup>3</sup>. Cependant, les stéréotypes fondés sur le genre et les normes sociales patriarcales profondément ancrés dans les mentalités<sup>4</sup> font que les responsabilités en matière de soins sont assumées de manière disproportionnée par les femmes. Le travail de soins et d'assistance n'est souvent pas considéré comme un travail, et même quand il l'est, reste sous-évalué, sous-payé et sous-représenté<sup>5</sup>. Les femmes effectuent 76,2 % de l'ensemble du travail de soins non rémunéré. Elles représentent également plus de 70 % des travailleurs du secteur de la santé, l'un des principaux domaines de l'économie des services à la personne<sup>6</sup>, ce qui reflète et reproduit la division du travail fondée sur le genre<sup>7</sup>.

4. Les « soins » désignent le fait de prendre soin de soi, des autres et de la planète, notamment en apportant une assistance et un accompagnement aux personnes qui en ont besoin, pour permettre à celles-ci de participer à la vie de la société de manière digne et autonome<sup>8</sup>. L'assistance est quant à elle définie comme le fait de fournir à une personne l'aide ou l'accompagnement dont elle a besoin pour effectuer les tâches du quotidien et participer à la vie de la société, étant entendu que cette assistance permet non seulement de couvrir les besoins fondamentaux de ceux qui la reçoivent, mais également de faire en sorte qu'ils puissent participer à la vie de la société de manière digne et autonome<sup>9</sup>. Le travail de soins englobe aussi bien les soins « directs » ou « relationnels », tel que les soins aux enfants, aux malades, aux personnes âgées et aux personnes handicapées, que les « soins indirects »<sup>10</sup> prodigués au sein du foyer comme à l'extérieur.

<sup>1</sup> A/HRC/56/51.

<sup>2</sup> Les contributions des États, des organisations de la société civile et des institutions nationales des droits de l'homme sont disponibles à l'adresse : <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2024/call-inputs-mandate-working-group-discrimination-against-women-and-girls>.

<sup>3</sup> Silvia Federici, *Wages Against Housework* (Power of Women Collective and Falling Wall Press, 1974) ; Marilyn Waring, *If Women Counted* (Harpercollins, 1988) ; Arlie Hochschild, *The Second Shift* (Viking, 1990) ; Diane Elson, *Value: The Representation of Labour in Capitalism* (Verso, 2015).

<sup>4</sup> Voir A/HRC/56/51.

<sup>5</sup> Organisation internationale du Travail (OIT), *Le travail décent et l'économie du soin* (Genève, 2024), p. 23.

<sup>6</sup> Le personnel de santé représente une part importante, mais non l'ensemble, des prestataires de soins rémunérés. De fait, ces statistiques ne tiennent pas compte des travailleurs domestiques, des travailleurs sociaux et des professionnels de l'éducation rémunérés. Voir OIT, *Le travail décent et l'économie du soin*.

<sup>7</sup> Voir A/HRC/53/39.

<sup>8</sup> Organisation des Nations Unies, « Transforming care systems in the context of the Sustainable Development Goals and Our Common Agenda », document d'orientation du système des Nations Unies (2024), p. 4.

<sup>9</sup> Ibid., p. 4 ; A/HRC/58/43, par. 5 ; A/HRC/34/58, par. 13 et 16.

<sup>10</sup> Organisation internationale du Travail (OIT), *Le travail décent et l'économie du soin*, p. 19.

5. Les ménages, les organisations du marché ou du secteur public et les organisations communautaires ou à but non lucratif sont les principales entités fournissant des services de soins et d'assistance. Lorsque les États et les marchés transfèrent la responsabilité et le coût de ces services aux familles, la charge de travail des femmes et des filles augmente. La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) en a été la preuve la plus frappante<sup>11</sup>. Néanmoins, dans la comptabilité économique classique, le rôle important que joue le travail de soins dans le fonctionnement des États et des marchés est négligé<sup>12</sup>. Le Groupe de travail a proposé un modèle d'économie féministe fondée sur les droits humains, qu'il a jugé essentiel pour parvenir à l'égalité des genres et au développement durable<sup>13</sup>. Le présent rapport s'appuie sur ces travaux antérieurs et préconise des investissements publics dans la transformation des systèmes de soins et d'assistance en systèmes tenant compte des questions de genre et fondés sur les droits humains. Les populations vieillissent et de nombreux pays connaissent une pénurie de main-d'œuvre dans le secteur des soins, les pays d'Afrique étant les plus touchés<sup>14</sup>. Par conséquent, un intérêt croissant est porté à l'intelligence artificielle, qui permettrait d'automatiser les activités de soins<sup>15</sup>. Cependant, le fait que l'intelligence artificielle repose sur des mégadonnées, qui souvent mettent en évidence et accentuent les inégalités sociales, risque de perpétuer les inégalités de genre, celles liées à la race et à la classe sociale et d'autres inégalités encore<sup>16</sup>. De plus, l'intelligence artificielle ne peut pas remplacer le travail de soins et d'assistance direct, qui comporte une dimension relationnelle et émotionnelle.

6. La guerre est la violation ultime des droits humains et menace directement la mise en place de dispositifs de soins et d'assistance<sup>17</sup>. À l'heure où 120 conflits font rage dans le monde, le Groupe de travail constate avec une profonde inquiétude que certains États et acteurs non étatiques ont délibérément détruit les infrastructures civiles de soins et d'assistance, notamment des hôpitaux, des écoles et des logements, et ont eu recours à la famine et à d'autres méthodes pouvant constituer des crimes de guerre, des crimes contre l'humanité ou un génocide, et que cela accroît le travail de soins et d'assistance assumé par les femmes et les filles, sur fond de déplacements massifs et de privations, en particulier dans le Territoire palestinien occupé et au Soudan<sup>18</sup>. La protection concrète des femmes et des enfants a souvent été négligée, ce qui a des effets particulièrement préjudiciables pour les femmes enceintes et les nouveau-nés, qui ne reçoivent pas les soins appropriés<sup>19</sup>. La pratique généralisée du viol comme arme de guerre et les enlèvements<sup>20</sup> touchent de manière disproportionnée les femmes et les filles, alors que les responsabilités de ces dernières en

<sup>11</sup> Voir <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Policy-brief-COVID-19-and-the-care-economy-fr.pdf> ; Soraya Seedat et Marta Rondon, « Women's well-being and the burden of unpaid work », *BMJ*, vol. 374, n° 1972 (août 2021).

<sup>12</sup> Voir A/HRC/44/51.

<sup>13</sup> A/HRC/53/39, par. 59.

<sup>14</sup> Mathieu Boniol *et al.*, « The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? », *BMJ Global Health*, vol. 7, n° 6 (juin 2022). Dans les pays européens, les métiers de soins infirmiers et de soins à domicile font partie des 19 professions fortement touchées par la pénurie (voir [https://www.ela.europa.eu/sites/default/files/2023-12/2021\\_Labour\\_shortages\\_surpluses\\_report.pdf](https://www.ela.europa.eu/sites/default/files/2023-12/2021_Labour_shortages_surpluses_report.pdf), p. 9).

<sup>15</sup> Jennifer Rhee, « From ELIZA to Alexa: automated care labour and the otherwise of radical care », in *Feminist AI*, Jude Browne *et al.* (dir. publ.) (Oxford University Press, 2023), p. 155.

<sup>16</sup> Sharla Alegria et Catherine Yeh, « Machine learning and the reproduction of inequality », *Contexts*, vol. 22, n° 4 (novembre 2023), p. 34 à 39. Le Groupe de travail consacra son rapport thématique de 2026 à l'égalité des genres dans la vie numérique, notamment à la manière dont l'intelligence artificielle peut être utilisée pour prendre soin des communautés plutôt que de les exploiter.

<sup>17</sup> Voir <https://www.ohchr.org/fr/statements-and-speeches/2025/03/turbulence-and-unpredictability-amid-growing-conflict-and-divided>.

<sup>18</sup> Voir <https://www.un.org/unispal/document/gaza-un-human-rights-experts-condemn-israeli-decision-to-re-open-gates-of-hell-and-unilaterally-change-conditions-of-truce-deal> et <https://www.ohchr.org/fr/press-releases/2025/05/horrors-sudan-know-no-bounds-warns-turk-urging-end-conflict>.

<sup>19</sup> IV<sup>e</sup> Convention de Genève, art. 91. Voir aussi <https://www.justsecurity.org/92562/a-zone-of-silence-obstetric-violence-in-gaza-and-beyond/>.

<sup>20</sup> Hannah Davis, « Sectarian violence simmers in Homs », *New Lines Magazine*, 10 mars 2025. Voir aussi <https://euaa.europa.eu/sites/default/files/publications/easo-coi-report-syria-situation-women.pdf>.

matière de soins se multiplient dans un contexte de conflit armé, de déplacements, de pauvreté, de chômage<sup>21</sup>, d'insécurité alimentaire, de réduction drastique de l'aide internationale et de restriction croissante de la liberté de circulation<sup>22</sup>.

7. Les changements démographiques qui sous-tendent la crise des soins s'accompagnent de changements d'ordre épidémiologique et de changements climatiques, qu'il convient de traiter de façon concomitante<sup>23</sup>. Les pays les plus menacés par les changements climatiques sont aussi ceux où les femmes et les filles sont le plus exposées au risque de décès maternel, de mariages d'enfants, de grossesses à l'adolescence et de violence fondée sur le genre<sup>24</sup>. Il est nécessaire d'investir des fonds publics dans les soins et l'assistance pour remédier à ces problèmes, qui trouvent leur origine dans l'inégalité de genre. Par ailleurs, les politiques de soins et d'assistance sont essentielles à la mise au point de solutions de remplacement aux modèles actuels de développement économique fondés sur l'extraction et l'exploitation<sup>25</sup>. Les investissements publics dans des services de soins de santé et de garde d'enfants de qualité, ainsi que dans d'autres services de soins et d'assistance, ont des effets multiplicateurs sur l'économie et profitent aux économies vertes en ce qu'ils créent des emplois de soins à faible intensité de carbone<sup>26</sup>.

8. Pour assurer le respect des droits humains, il est essentiel de garantir l'autonomie et la dignité aussi bien des personnes qui fournissent les soins et l'assistance que des personnes qui ont besoin de ces services. L'identité des femmes et des filles, leur vécu et les difficultés auxquelles elles se heurtent ne dépendent pas uniquement de leur sexe, mais aussi d'autres facteurs comme le handicap, l'âge, la classe sociale, la race, l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle et le statut migratoire<sup>27</sup>. Le Groupe de travail aborde la question des systèmes de soins et d'assistance d'un point de vue féministe et intersectionnel, qui vise à éliminer la discrimination fondée sur le genre et à promouvoir l'égalité des genres, condition préalable à l'exercice de tous les droits humains.

9. Il est plus urgent que jamais de promouvoir l'égalité des genres dans les systèmes de soins et d'assistance, dans un contexte de montée des réactions hostiles à l'égalité des genres<sup>28</sup>. Le vieillissement démographique et la baisse du taux de natalité poussent de nombreux gouvernements à promouvoir des politiques pronatalistes et axées sur la famille<sup>29</sup>. Cependant, la responsabilité de « la reproduction de la nation » qui échoit aux femmes met en danger les droits durement acquis par celles-ci, notamment en matière de santé sexuelle et procréative et de lutte contre la violence fondée sur le genre<sup>30</sup>. Pour parvenir à une égalité réelle, il faut transformer les normes culturelles pour que les responsabilités en matière de soins ne soient pas assumées en fonction du genre. Des politiques visant à garantir une redistribution égalitaire des activités de soins doivent être adoptées pour qu'une transformation en profondeur puisse s'opérer dans les États qui considèrent les soins et l'assistance comme des

<sup>21</sup> Voir <https://www.unwomen.org/en/news-stories/press-release/2025/02/three-years-of-full-scale-war-in-ukraine-roll-back-decades-of-progress-for-womens-rights-safety-and-economic-opportunities>.

<sup>22</sup> Points de vue exprimés au cours des consultations organisées par le Groupe de travail avec des organisations de la société civile d'Afrique et du Moyen-Orient. Voir également Human Rights Watch, « Yemen: warring parties restrict women's movement », 4 mars 2024.

<sup>23</sup> Bruce Barrett, Joel W. Charles et Jonathan L. Temte, « Climate change, human health, and epidemiological transition », *Preventative Medicine*, vol. 70 (2015), p. 69 à 75.

<sup>24</sup> Voir <https://www.unfpa.org/press/global-climate-crisis-putting-women-and-girls-extreme-danger-unfpa-warns-new-data>.

<sup>25</sup> Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), *Les interactions entre le climat et le travail non rémunéré des femmes et des filles : aborder les liens entre le changement climatique et le travail non rémunéré des femmes et des filles dans le domaine du travail des soins, domestique et communautaire* (New York, novembre 2023).

<sup>26</sup> Amanda Novello, « Building narratives for a caring green economy » (Feminist Green New Deal Coalition, 2021) ; Organisation des Nations Unies, « Transforming care systems in the context of the Sustainable Development Goals and Our Common Agenda », p. 7.

<sup>27</sup> A/HRC/38/46, par. 11.

<sup>28</sup> Voir A/HRC/56/51.

<sup>29</sup> Yakın Ertürk, « Care crisis, anti-gender authoritarianism and feminist possibilities », *Feminist Dissent* (à paraître).

<sup>30</sup> Voir <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2021/03/turkey-withdrawal-istanbul-convention-pushback-against-womens-rights-say>.

principes d'organisation. Le Groupe de travail fait observer que l'application d'approches globales est nécessaire pour garantir la viabilité des systèmes de soins et d'assistance du point de vue économique, social et environnemental. Il renvoie expressément au cadre CREATE qu'il a présenté dans son dernier document d'orientation sur l'égalité réelle des genres et qui fournit des lignes directrices complètes et applicables visant à parvenir à une égalité des genres réelle qui soit porteuse de transformation. Chaque lettre du nom CREATE représente un pilier de l'action que les États et les autres parties prenantes sont invités à mener, à savoir : a) combattre les normes sociales néfastes, la discrimination et la violence ; b) remédier aux inégalités socioéconomiques ; c) éliminer les obstacles juridiques et structurels ; d) adopter des lois et des politiques proactives ; e) transformer les structures de pouvoir patriarcales institutionnalisées ; f) élargir la participation et accroître le pouvoir d'action des femmes et des filles<sup>31</sup>. Le présent rapport se situe dans le prolongement de la dynamique créée par la résolution 54/6 du Conseil des droits de l'homme et le rapport ultérieur du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme sur l'approche des soins et de l'assistance fondée sur les droits de l'homme, qui définit les principaux termes et analyse les normes internationales en matière de droits de l'homme pertinentes<sup>32</sup>.

### III. Incidence du travail de soins et d'assistance non rémunéré sur les droits des femmes et des filles

10. Les soins à autrui sont indispensables par nature, pourtant ils ne sont guère récompensés sur le plan matériel. Chaque jour, les femmes effectuent environ 12,5 milliards d'heures de travail de soins non rémunéré, ce qui représente pour l'économie mondiale une valeur ajoutée d'au moins 10 800 milliards de dollars des États-Unis. S'ils étaient rémunérés, les soins aux enfants et les travaux ménagers non rémunérés représenteraient 9 % du produit intérieur brut (PIB) mondial<sup>33</sup>. Si un salaire minimum était versé, la valeur totale du travail de soins non rémunéré serait trois fois supérieure à la valeur financière du secteur technologique mondial<sup>34</sup>. Alors que cela représente une contribution considérable, la part disproportionnée du travail de soins et d'assistance physiques, psychologiques et affectifs non rémunéré assumée par les femmes et les filles empêche ces dernières d'exercer pleinement leurs droits humains.

#### A. Droit à l'égalité et à la non-discrimination

11. Le fait que le travail de soins soit invisible, sous-évalué et relégué à la sphère privée ou familiale et que le rôle central du travail de soins non rémunéré dans l'économie globale soit peu reconnu se traduit par un manque d'investissements publics et par l'augmentation des tâches non rémunérées qui pèsent sur les femmes. Considérés à la fois comme la cause profonde et la conséquence de la discrimination fondée sur le genre<sup>35</sup>, les stéréotypes fondés sur le genre attribuent aux filles et aux femmes la responsabilité première de servir les autres et de s'occuper d'autrui. C'est ce qui détermine la division genrée du travail et entraîne une discrimination fondée sur le genre s'agissant de fournir des soins et une assistance et d'en recevoir.

<sup>31</sup> Voir [A/HRC/WG.11/42/1](#).

<sup>32</sup> [A/HRC/58/43](#), par. 6 et 33.

<sup>33</sup> OIT, *Prendre soin d'autrui : Un travail et des emplois pour l'avenir du travail décent* (Genève, 2018).

<sup>34</sup> Clare Coffey *et al.*, « Time to care » (janvier 2020), cité dans Oxfam, *Takers not Makers* (janvier 2025), p. 40.

<sup>35</sup> Voir Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, art. 3, 11, 13 et 14, s'agissant des liens entre l'économie des services à la personne et les femmes rurales, l'emploi et les prestations sociales. Voir aussi <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ohchr.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocuments%2Fhrbodies%2Fcedaw%2Factivities%2FGeneral-Recommendation-41-gender-stereotypes.docx&wdOrigin=BROWSELINK>.

12. Le fait de considérer que le travail de soins est un « travail de femmes » donne à supposer que ces dernières sont plus susceptibles d’avoir besoin d’un congé pour s’occuper de leur famille, ce qui les rend moins intéressantes pour les employeurs. Les hommes qui souhaitent ou doivent fournir des soins se heurtent aussi à des difficultés, notamment en raison des politiques appliquées sur leur lieu de travail et des stéréotypes fondés sur le genre<sup>36</sup>. La nécessité de transformer les stéréotypes sexistes et de « faire reconnaître la responsabilité commune de l’homme et de la femme dans le soin d’élever leurs enfants et d’assurer leur développement »<sup>37</sup> est donc essentielle pour que les femmes et les filles puissent exercer leurs droits humains. L’égalité des genres peut métamorphoser les hommes en leur permettant de s’occuper davantage des autres et de leur venir en aide, de vivre pleinement leur paternité, d’entretenir une relation plus égalitaire et plus épanouissante avec leur partenaire intime et d’être plus proches des personnes à leur charge<sup>38</sup>.

## B. Droit à l’éducation

13. Bien que le droit à l’éducation soit un droit humain respecté dans la plupart des pays<sup>39</sup>, il arrive trop souvent que les filles interrompent leurs études pour s’occuper des tâches ménagères ou de membres de leur famille, ou qu’elles doivent déployer des efforts considérables pour « établir un équilibre » entre leurs différentes responsabilités, ce qui les prive du temps dont elles devraient disposer pour le jeu et les loisirs<sup>40</sup>. La pauvreté et le travail des enfants, y compris le travail de soins rémunéré ou non rémunéré, contribuent au taux élevé d’abandon scolaire et de non-scolarisation chez les filles<sup>41</sup>. Les expériences vécues qui ont été exposées au cours de la consultation organisée par le Groupe de travail avec des filles (âgées de 14 à 18 ans) ont mis en évidence les liens qui subsistent entre pauvreté, déplacements, mariages d’enfants et travail de soins excessif, et leurs incidences négatives sur la santé mentale des filles et leur capacité à rester ou à réussir à l’école.

## C. Droit à l’emploi et droit de participer à la vie économique

14. Le travail de soins et d’assistance non rémunéré est à l’origine de la forte concentration de femmes dans les emplois informels, à temps partiel et faiblement rémunérés, souvent sans représentation syndicale, ce qui a des répercussions négatives sur leur revenu global<sup>42</sup>. Les activités de soins non rémunérées sont la principale raison pour laquelle des femmes restent hors du marché du travail<sup>43</sup>, les hommes étant plus susceptibles de citer d’autres motifs, tels que l’éducation et la santé. Sur les 748 millions de personnes qui ne faisaient pas partie de la population active mondiale en 2023 en raison de leurs responsabilités familiales, 708 millions étaient des femmes<sup>44</sup>.

<sup>36</sup> Brigid Schulte, *Providing Care Changes Men* (4 février 2021).

<sup>37</sup> Convention sur l’élimination de toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes, art. 5. Voir aussi l’introduction et l’article 10 de la Convention.

<sup>38</sup> Voir [A/HRC/WG.11/37/1](#).

<sup>39</sup> Pour les exceptions, voir, par exemple, [A/HRC/53/21](#).

<sup>40</sup> Points de vue exprimés au cours de la consultation avec des filles d’Asie, d’Afrique et du Moyen-Orient. Voir aussi Plan International, *Real Choices, Real Lives – Out of Time: The Gendered Care Divide and its Impact on Girls* (2024).

<sup>41</sup> Kelly Yotebieng, *What we know (and do not know) about persistent social norms that serve as barriers to girls’ access, participation and achievement in education in eight sub-Saharan African countries* (New York, Initiative des Nations Unies pour l’éducation des filles, 2021), p. 9 ; Stratégie de l’Union africaine pour l’égalité des sexes et l’autonomisation des femmes (2018-2028), p. 24.

<sup>42</sup> Voir [A/HRC/44/51](#).

<sup>43</sup> Voir <https://www.ilo.org/fr/resource/news/708-millions-de-femmes-ne-peuvent-pas-participer-au-march%C3%A9-du-travail-en> ; Organisation de coopération et de développement économiques, *Joining Forces for Gender Equality: What is Holding us Back?* (Paris, 2023).

<sup>44</sup> OIT, *L’impact des responsabilités familiales sur la participation des femmes au marché du travail*, note statistique (29 octobre 2024), p. 1.

15. Le manque d'investissements publics dans des services de garde d'enfants abordables et de qualité, en particulier pour les enfants handicapés, est un problème récurrent qui a été soulevé pendant les consultations régionales. La part disproportionnée du travail de soins non rémunéré assumée par les femmes, qui entraîne une pauvreté en temps et conduit à l'épuisement, notamment au burnout des aidants, explique également l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes, plus élevé chez les femmes de couleur et les femmes autochtones<sup>45</sup>. Il ressort des tendances actuelles qu'il faudra attendre encore 134 ans avant que cet écart ne se résorbe<sup>46</sup>. Quand elles deviennent mères, les femmes et les filles, pénalisées par la maternité, voient leurs revenus diminuer, alors que leurs activités de soins non rémunérées et leurs besoins financiers et en matière de soins augmentent<sup>47</sup>. Les hommes eux bénéficient d'une « prime de paternité »<sup>48</sup>.

#### D. Droit à la santé

16. La capacité des femmes d'exercer leur droit à la santé dépend d'un ensemble complexe de facteurs, notamment du volume de leurs activités de soins non rémunérées. Les types de tâches effectuées, ainsi que leur nature répétitive ou subalterne, varient non seulement d'une aidante à l'autre dans les pays à revenu élevé et les pays à faible revenu, mais aussi entre les différents groupes de revenus au sein d'un même pays<sup>49</sup>. Bien que le travail de soins directs non rémunéré, comme le fait de jouer avec les enfants, puisse contribuer à réduire le stress et être source d'épanouissement, les femmes qui n'ont pas les moyens financiers de confier une partie de leurs tâches à des tiers portent le fardeau des soins indirects, tels que les tâches domestiques chronophages et physiquement éprouvantes, qui finissent par provoquer épuisement et stress. Les femmes qui perçoivent les tâches ménagères et la garde des enfants comme des activités très stressantes ont un niveau de cortisol plus élevé et retrouvent plus lentement un niveau de cortisol normal que les femmes qui se disent peu stressées par ce type de travail non rémunéré<sup>50</sup>, ce qui explique en partie les effets négatifs sur la santé mentale, y compris la dépression. En outre, la charge cognitive et émotionnelle, associée au manque de loisirs, de temps pour prendre soin de soi et de communication avec la famille et les amis, peut susciter des sentiments de détresse ou conduire à la dépression et à l'anxiété<sup>51</sup>. Les parents isolés, notamment les mères qui ont choisi d'être célibataires, et les couples homosexuels peuvent subir des pressions supplémentaires et s'abstenir de parler de leurs besoins de femmes enceintes ou de parents<sup>52</sup>.

17. Pendant les crises sanitaires et environnementales, la part excessive des activités de soins et d'assistance non rémunérées assumée par les femmes et les filles empêche ces dernières de prendre soin de leur propre santé et les expose à un risque accru de violence fondée sur le genre. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les souffrances des femmes et des filles liées à l'accumulation excessive de tâches de soins non rémunérées, à l'isolement social, à l'accès réduit aux services sociaux et aux services de santé,

<sup>45</sup> American Association of University Women, *The not so simple truth about the gender pay gap* (mise à jour de 2025).

<sup>46</sup> Forum économique mondial, *Global Gender Gap Report 2024* (Genève, 2024).

<sup>47</sup> Voir [A/HRC/53/39](#).

<sup>48</sup> YoonKyung Chung *et al.*, *The parental gender earnings gap in the United States*, United States Census Bureau (novembre 2017) ; [A/HRC/44/51](#).

<sup>49</sup> ONU-Femmes, « Des familles qui prennent soin de leurs membres, des sociétés qui s'en préoccupent », dans *Le progrès des femmes dans le monde 2019-2020 : les familles dans un monde en changement*, p. 140 à 173.

<sup>50</sup> A. Sjörs, T. Ljung et I. H. Jonsdottir, cités dans Soraya Seedat et Marta Rondon, « Women's well-being and the burden of unpaid work », *BMJ*, vol. 374, n° 1972 (août 2021).

<sup>51</sup> Bruce S. McEwen, « Central effects of stress hormones in health and disease: understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators », *European Journal of Pharmacology*, vol. 583 (avril 2008), cité dans Soraya Seedat et Marta Rondon, « Women's well-being and the burden of unpaid work ».

<sup>52</sup> Points de vue exprimés au cours des consultations régionales. Voir Elia Psouni, Julia Berg et Hanna Persson, « Solo mothers' by choice experiences during pregnancy and early parenthood: thoughts and feelings related to maternal health services », *Sexual and Reproductive Healthcare*, vol. 33 (septembre 2022).

et à l'intensification de la violence fondée sur le genre<sup>53</sup>. La stigmatisation, la discrimination et la marginalisation que subissent les femmes et les filles sont aggravées lorsque celles-ci s'occupent de personnes ayant une mauvaise santé ou atteintes d'une maladie, notamment le VIH ou des maladies rares, alors qu'elles-mêmes peuvent être atteintes de ces maladies<sup>54</sup>. Cette stigmatisation et cette discrimination entravent leur accès aux services de santé. La raréfaction et la pollution de l'eau dues à la dégradation de l'environnement causée par les industries extractives conduisent les femmes et les filles, qui sont généralement chargées d'aller chercher de l'eau, à parcourir des distances plus longues. La pollution des sources d'eau peut en outre provoquer des maladies chez les membres de la famille, ce qui accroît encore le travail de soins<sup>55</sup>. Cette augmentation des tâches non rémunérées peut aggraver l'épuisement physique et mental ainsi que la pauvreté en temps des femmes et des filles.

## E. Droit à la sécurité sociale

18. La sécurité sociale nécessite des services publics de qualité, indispensables aux systèmes de soins et d'assistance<sup>56</sup>. Pour garantir une répartition équitable du travail de soins et d'assistance non rémunéré, ainsi que l'égalité des genres, il est nécessaire de combiner les prestations de maternité et de paternité et les prestations parentales et familiales avec l'accès à des services de garde d'enfants de qualité. Les politiques norvégiennes, qui prévoient pour les mères comme pour les pères des mesures d'incitation spécifiques visant à encourager les hommes à prendre un congé de paternité et garantissant qu'aucun ménage ne paie plus de 6 % de la totalité de son revenu imposable pour bénéficier d'une place dans un établissement préscolaire, montrent comment le changement institutionnel peut favoriser une répartition plus égalitaire du travail de soins<sup>57</sup>. De même, la disponibilité de services de réadaptation et de services de soins et d'assistance de longue durée fondés sur les droits, d'équipements d'assistance, ainsi que de logements et d'infrastructures accessibles est un important complément aux pensions d'invalidité et de retraite, s'agissant de promouvoir l'autonomie, notamment l'autonomie de vie, des personnes handicapées et des personnes âgées et, partant, d'alléger la charge du travail de soins et d'assistance non rémunéré qui pèse sur les aidants.

## F. Droit de participer à la vie politique et publique

19. Le travail de soins assumé par les femmes contribue par ailleurs à la sous-représentation de ces dernières dans la vie politique. En 2024, les femmes occupaient seulement 27 % des sièges dans les parlements nationaux et 35,5 % des sièges dans les administrations locales, partout dans le monde. Dans l'ensemble, 107 pays n'ont jamais eu de femme chef d'État<sup>58</sup>. Il faut consacrer du temps et de l'énergie au travail de soins non rémunéré, ce qui empêche les femmes de participer à la vie publique. Leur sous-représentation entraîne par voie de conséquence un manque d'attention et de ressources pour les questions qui les concernent directement, notamment les questions relatives aux services de garde d'enfants de qualité, aux soins et à l'assistance de longue durée, à la santé sexuelle et procréative, à la violence fondée sur le genre et aux politiques en matière de migrations de main-d'œuvre.

<sup>53</sup> ONU-Femmes, *Mesurer la pandémie de l'ombre : la violence à l'égard des femmes pendant la pandémie de COVID-19* (2021).

<sup>54</sup> Voir <https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/hiv-and-aids>.

<sup>55</sup> Ibid.

<sup>56</sup> A/HRC/53/39, par. 44 à 47. Voir aussi les objectifs de développement durable, cible 5.4.

<sup>57</sup> Contribution écrite de la Norvège.

<sup>58</sup> Voir <https://www.unwomen.org/en/news-stories/explainer/2024/09/five-actions-to-boost-womens-political-participation>.

## IV. Inégalités de genre dans le travail de soins et d'assistance rémunéré

20. En raison principalement des stéréotypes fondés sur le genre, les femmes sont surreprésentées dans le secteur des soins, souvent considéré comme une extension naturelle de leurs activités de soins non rémunérées et donc sous-évalué par association<sup>59</sup>. Cela a des répercussions sur le salaire, la qualité de l'emploi, l'avancement professionnel, la pension de retraite et l'épargne-retraite<sup>60</sup>. Les femmes sont surreprésentées dans le travail de soins et d'assistance rémunéré, notamment dans le secteur de la santé (infirmières, aides-soignantes et auxiliaires de vie à domicile), de la garde d'enfants (enseignantes du préscolaire, assistantes pédagogiques et employées de garderie), des soins aux personnes âgées, des services d'aide aux personnes handicapées (personnel de maison médicalisée, prestataires de soins à domicile et assistantes personnelles professionnelles), du travail social (travailleuses sociales, conseillères et gestionnaires de dossiers) et du travail domestique (nounous, cuisinières et agentes d'entretien). Les femmes qui travaillent dans le secteur des soins rémunérés, en particulier les agentes de santé et les travailleuses domestiques, y compris les migrantes, sont davantage exposées à la discrimination et à la violence fondées sur le genre sur leur lieu de travail<sup>61</sup>.

### A. Travail dans le domaine de la santé

21. Les femmes représentent 67 % des personnes employées dans le secteur de la santé et de l'aide à la personne à l'échelle mondiale. Dans ce secteur, la rémunération moyenne est inférieure à celle d'autres secteurs<sup>62</sup> et, bien que les femmes représentent 70 % du personnel de santé au niveau mondial, elles n'occupent que 25 % des postes de direction<sup>63</sup>. Cantonnées dans des fonctions subalternes et peu rémunérées, les agentes de santé sont encore plus défavorisées par la ségrégation horizontale des emplois, que viennent alimenter les stéréotypes fondés sur le genre selon lesquels certains emplois sont faits pour les femmes (par exemple, les soins infirmiers) et d'autres pour les hommes (par exemple, la chirurgie). La ségrégation verticale et horizontale des emplois et la concentration de femmes aux postes peu rémunérés expliquent en grande partie l'écart salarial femmes-hommes (25 % à 26 %) dans le secteur de la santé<sup>64</sup>. Il existe différents titres et types de professions dans les domaines de la santé et des soins infirmiers qui sont source de précarité, certains donnant droit à la protection sociale et d'autres non, comme dans le cas des « infirmières qui ne sont pas des infirmières à proprement parler »<sup>65</sup>. En Asie et en Afrique australe, les femmes, qui constituent la majorité des agents de santé communautaires, fournissent des services essentiels dans un contexte de ressources extrêmement limitées, mais ne sont pas rémunérées. Celles qui sont rémunérées (par exemple en Inde) ne bénéficient généralement pas de prestations de sécurité sociale<sup>66</sup>.

<sup>59</sup> Dans le contexte actuel d'inflation et de montée des prix des denrées alimentaires, évoqué par les participants aux consultations régionales, le fait que les femmes perçoivent des salaires moins élevés que les hommes pose de graves problèmes.

<sup>60</sup> A/HRC/44/51, par. 14.

<sup>61</sup> Note d'orientation d'ONU-Femmes, *De la recherche à l'action : combattre la violence basée sur le genre à l'encontre des femmes et des filles migrantes (2021)* ; May-Elizabeth Pere-ere Ajuwa *et al.*, « Workplace violence against female healthcare workers: a systematic review and meta-analysis », *BMJ Open*, vol. 14, n° 8 (août 2024).

<sup>62</sup> OIT et Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Écart de rémunération entre femmes et hommes dans le secteur de la santé et des soins : une analyse de la situation dans le monde à l'ère de la COVID-19 (2022)*.

<sup>63</sup> OMS, *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce (2019)*.

<sup>64</sup> Ibid.

<sup>65</sup> Points de vue exprimés au cours des consultations organisées par le Groupe de travail.

<sup>66</sup> Consultations organisées par le Groupe de travail en Asie et dans le Pacifique ainsi qu'en Afrique. Voir aussi Madeleine Ballard *et al.*, « Payment of community health workers », *The Lancet Global Health*, vol. 10, n° 9 (septembre 2022).

22. Les femmes se trouvent souvent « en première ligne » dans les hôpitaux, où elles sont victimes de harcèlement et de violence<sup>67</sup>. Des études menées dans différents pays montrent qu'il existe un lien entre le fait d'être une femme travaillant dans le secteur de la santé et le risque accru de violence au travail, les jeunes femmes étant les plus exposées. Si les violences sur le lieu de travail sont principalement le fait de patients ou de proches des patients, de collègues et de supérieurs hiérarchiques, les actes de harcèlement sexuel visant les infirmières sont généralement commis par des médecins<sup>68</sup>.

## B. Travail domestique

23. La crise des soins est actuellement « gérée » par une division transnationale et racialisée du travail de soins qui s'inscrit dans le cadre de discours et de politiques racistes, xénophobes et anti-immigrés. Quatre-vingts pour cent des 67 millions de travailleurs domestiques dans le monde sont des femmes, dont une sur cinq est migrante, la grande majorité d'entre elles venant du monde du Sud<sup>69</sup>. Le travail domestique représente 2,3 % du taux d'emploi mondial et 4,5 % de l'emploi féminin dans le monde<sup>70</sup>. Les travailleurs domestiques migrants sont victimes de violations généralisées des droits de l'homme du fait de leur isolement et de leur situation de dépendance structurelle sur les marchés du travail, ainsi que de stéréotypes liés à leur origine nationale, religieuse et ethnique. Les travailleuses domestiques migrantes effectuent de longues heures de travail et font face à des violences sexuelles et fondées sur le genre, à la confiscation de leur passeport, au travail forcé et au vol de salaire. Lorsqu'elles sont victimes d'infractions, la loi n'est souvent pas appliquée en leur faveur, et le taux de poursuites engagées et d'amendes infligées est trop faible pour dissuader les auteurs d'infractions<sup>71</sup>. Comme cela a été dit durant la consultation organisée par le Groupe de travail pour l'Asie et le Pacifique, « nous disposons d'une série de très bonnes lois qui ne sont tout simplement pas appliquées ».

24. Les risques et la vulnérabilité se posent avec encore plus d'acuité pour les travailleurs domestiques migrants qui sont en situation irrégulière, en particulier parce qu'ils risquent d'être expulsés s'ils demandent aux autorités de l'État de les protéger contre un employeur qui les maltraite. L'accès à la justice est un défi de taille pour les travailleurs domestiques migrants qui vivent chez leur employeur, comme l'exige parfois la loi, et qui ne maîtrisent pas toujours la langue du pays et manquent de ressources dans d'autres domaines. Dans bon nombre de pays, les lois sur le salaire minimum existantes ne s'appliquent pas aux travailleurs migrants, et les travailleurs domestiques migrants souffrent de la faim, de l'absence de lieu approprié où dormir et du manque d'intimité. Les participants aux consultations régionales ont également signalé que les travailleurs domestiques en général, et les travailleurs domestiques migrants en particulier, étaient exclus de la législation du travail, s'agissant notamment du salaire minimum et de la sécurité sociale. De plus, pendant les conflits armés et en cas de catastrophe naturelle, ils n'ont pas accès aux centres d'hébergement.

## C. Travaux agricoles

25. Certaines formes de travaux agricoles sont considérées comme du travail de soins, comme le fait de produire, récolter et transformer des aliments pour subvenir aux besoins de sa famille, ainsi que le fait de s'occuper des animaux et des cultures. Dans le monde du Sud, les femmes rurales représentent au moins la moitié de la main-d'œuvre agricole ; elles travaillent sur les parcelles familiales et communautaires, dans le cadre d'emplois

<sup>67</sup> May-Elizabeth Pere-ere Ajuwa *et al.*, « Workplace violence against female healthcare workers: a systematic review and meta-analysis ».

<sup>68</sup> *Ibid.*, p. 5 à 7.

<sup>69</sup> Voir <https://www.iom.int/news/iom-releases-guidelines-labour-recruiters-migrant-domestic-workers>.

<sup>70</sup> Charlotte Junghus et Anna Olsen, *Faire du travail décent une réalité pour les travailleurs domestiques : progrès et perspectives dix ans après l'adoption de la convention (n° 189) sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011* (OIT, Bangkok, 2021).

<sup>71</sup> Points de vue exprimés durant les consultations organisées par le Groupe de travail pour le Moyen-Orient, l'Afrique du Nord et l'Asie-Pacifique.

formels et informels<sup>72</sup>. Malgré leur contribution essentielle à la pêche ou à la culture d'aliments destinés à la consommation familiale et au revenu du ménage<sup>73</sup>, les femmes sont sous-estimées, sous-payées et sous-représentées<sup>74</sup>. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) estime que, dans les ménages dirigés par une femme, les baisses de revenu liées au stress thermique et aux inondations sont bien plus importantes que dans les ménages dirigés par un homme<sup>75</sup>. D'ici au milieu du siècle, les changements climatiques pourraient plonger dans la pauvreté jusqu'à 158 millions de femmes et de filles supplémentaires, soit davantage que le nombre total d'hommes et de garçons touchés (16 millions de plus)<sup>76</sup>. Lorsque les hommes migrent vers les zones urbaines à la recherche d'un emploi, les femmes se trouvent exclusivement ou principalement chargées de gérer les exploitations agricoles familiales de subsistance et de rente. L'absence de terre à cultiver et de terres où il est possible de rechercher de la nourriture met en danger la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance. L'épuisement du sol et la pollution de l'eau poussent les femmes à travailler plus dur, plus longtemps ou plus loin de chez elles pour gagner leur vie<sup>77</sup>. Lorsqu'elles ne peuvent plus travailler dans l'agriculture, les femmes sont contraintes de se tourner vers des formes de travaux domestiques très précaires<sup>78</sup>.

## V. Discrimination fondée sur le genre à l'égard des femmes et des filles ayant besoin de soins et d'assistance

26. Alors qu'elles accomplissent la majeure partie du travail de soins non rémunéré et rémunéré, les femmes et les filles ne reçoivent pas les soins et l'assistance dont elles ont elles-mêmes besoin, pour des raisons liées à la pauvreté, à l'isolement social, aux multiples formes de discrimination qu'elles subissent, au manque d'accès au logement, aux soins de santé et aux services sociaux ainsi qu'à la violence, mais aussi parce qu'elles n'ont pas la possibilité de participer activement à la vie de la société et d'y contribuer<sup>79</sup>. L'héritage colonial, les décennies de politiques néolibérales et la privatisation des services de santé ont laissé de côté un grand nombre de personnes qui n'ont pas les moyens de se soigner, et ont contraint les femmes à passer davantage de temps encore à prendre soin de personnes malades, réduisant ainsi leurs chances d'obtenir un emploi décent<sup>80</sup> et de bénéficier des soins dont elles ont besoin<sup>81</sup>.

### A. Femmes et filles handicapées

27. Ces problèmes sont aggravés dans le cas des femmes handicapées qui fournissent des soins et une assistance. Ces femmes se heurtent à des difficultés liées au genre en tant que prestataires et bénéficiaires de soins et d'assistance. Les comportements sociaux perpétuent souvent les stéréotypes selon lesquels les femmes et les filles handicapées sont un fardeau ou sont exclusivement des aidantes, au détriment de la dignité, de l'autonomie, du pouvoir d'action et de l'inclusion sociale de ces dernières. En outre, les points de vue et les droits de

<sup>72</sup> FAO, *La situation des femmes dans les systèmes agroalimentaires* (Rome, 2023).

<sup>73</sup> Oxfam International, *Position paper on gender justice and the extractive industries* (mars 2017), p. 6.

<sup>74</sup> Shalmali Guttal, *Food systems transformation through feminist climate justice, Feminist Climate Justice Think Pieces N°. 4* (New York, ONU-Femmes, 2024).

<sup>75</sup> FAO, *Un climat injuste : mesurer l'impact du changement climatique sur les pauvres, les femmes et les jeunes des zones rurales* (Rome, 2024).

<sup>76</sup> Laura Turquet et al., *Feminist Climate Justice: A Framework for Action* (New York, ONU-Femmes, 2023).

<sup>77</sup> Oxfam International, *Position paper on gender justice and the extractive industries*, p. 6 et 7.

<sup>78</sup> Contribution de Women's Action Network (Sri Lanka).

<sup>79</sup> Women with Disabilities Australia, « The status of women and girls with disability in Australia », document de position (novembre 2019).

<sup>80</sup> A/HRC/53/39, par. 21. Voir aussi Lourdes Beneria, Günseli Berik et Maria S. Floro, « Paid and unpaid work: meanings and debates », dans *Gender, Development and Globalization: Economics as if All People Mattered* (New York, Routledge, 2016).

<sup>81</sup> Stratégie de l'Union africaine pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (2018-2028), p. 25.

ces femmes et de ces filles ne sont souvent représentés ni par les mouvements pour l'égalité des genres ni par les mouvements pour les droits des personnes handicapées, et elles ne peuvent donc pas faire entendre leur voix dans le cadre de l'élaboration des politiques qui ont une incidence directe sur leur vie, notamment en ce qui concerne les systèmes de soins et d'assistance. Les filles handicapées sont exposées à des pratiques préjudiciables, souvent justifiées par les coutumes socioculturelles et religieuses<sup>82</sup>. Les filles handicapées, en particulier celles présentant un handicap intellectuel, sont souvent mariées sous prétexte de garantir leur sécurité et leur prise en charge, notamment sur le plan financier<sup>83</sup>. Les filles handicapées sont socialement isolées et victimes de ségrégation et d'exploitation au sein de leur famille, notamment en étant exclues des activités familiales, en ayant interdiction de quitter la maison ou d'aller à l'école ou en étant forcées d'effectuer des tâches ménagères. En dépit de l'action de plaidoyer menée par des femmes handicapées, les politiques en matière de handicap et les assurances invalidité continuent de ne pas tenir compte des questions de genre<sup>84</sup>. En Australie, par exemple, les femmes et les filles ne représentent que 37 % des participants au Régime national d'assurance invalidité<sup>85</sup>, politique par ailleurs progressiste qui profite à 600 000 personnes handicapées<sup>86</sup>. Les disparités fondées sur le genre en matière d'accès aux services d'aide aux personnes handicapées sont encore plus marquées dans les zones rurales.

28. Les préjugés liés au genre qui interviennent lors du recensement des besoins des femmes et des filles handicapées en matière d'assistance entravent l'accès aux aides<sup>87</sup>. Le manque de données ventilées par genre compromet les efforts visant à recenser les besoins en fonction du genre et à y répondre. Par exemple, on estime que 80 % des filles autistes ne sont pas diagnostiquées avant l'âge de 18 ans<sup>88</sup>. Les personnes autistes, en particulier les femmes et les personnes de genre variant, se heurtent à des obstacles considérables en matière de soins de santé, accentués par les préjugés liés au genre qui existent au sein du système.

29. Le fait d'imposer aux femmes toutes les responsabilités relatives aux soins et à l'assistance est une atteinte aux droits des personnes handicapées qui ont besoin de soins et d'assistance. Le fait de priver les aidants de repos et de temps pour prendre soin d'eux-mêmes nuit non seulement à leur santé et à leur bien-être, mais aussi à la qualité des soins et de l'assistance qu'ils peuvent apporter. Cela peut les conduire à négliger ou à maltraiter les personnes handicapées dont ils ont la charge. De même, le fait d'empêcher les aidants d'avoir accès à un emploi et à des moyens de subsistance peut plonger leur ménage dans la misère. Cette situation peut encore être aggravée lorsque les aidants sont eux-mêmes des personnes handicapées. De plus, les personnes handicapées et celles qui leur fournissent des soins et une assistance sont souvent stigmatisées et ostracisées. Les défenseurs des droits des personnes handicapées ont souligné que les besoins et les droits de ces personnes en tant qu'aidants et les besoins de leurs aidants familiaux « échappent souvent à l'attention du mouvement pour les droits des personnes handicapées et du mouvement pour les droits des femmes ».

<sup>82</sup> Il s'agit notamment d'actes d'euthanasie, d'infanticides, d'accusations de « possession de l'esprit » et de restrictions en matière d'alimentation et de nutrition. Voir l'observation générale n° 3 (2016) du Comité des droits des personnes handicapées, par. 36.

<sup>83</sup> Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 3 (2016), par. 36.

<sup>84</sup> Points de vue exprimés au cours des consultations organisées par le Groupe de travail.

<sup>85</sup> Voir <https://www.ndis.gov.au/understanding/what-ndis>.

<sup>86</sup> Voir <https://www.aihw.gov.au/reports/disability/people-with-disability-in-australia/contents/people-with-disability/prevalence-of-disability>.

<sup>87</sup> Ibid.

<sup>88</sup> Robert McCrossin, « Finding the true number of females with autistic spectrum disorder by estimating the biases in initial recognition and clinical diagnosis », *Children*, vol. 9, n° 2 (février 2022), p. 272.

## B. Femmes âgées

30. De nombreuses femmes âgées qui ont besoin de soins et d'une assistance prodiguent également des soins à d'autres personnes<sup>89</sup>. Dans de nombreux pays, les grands-mères sont les personnes qui assument la charge principale des petits-enfants<sup>90</sup>. Dans les régions d'Afrique où les services publics font cruellement défaut, les femmes âgées s'occupent souvent des orphelins et/ou des membres de la famille malades et de ceux qui sont infectés par le VIH<sup>91</sup>. Pourtant, les femmes âgées sont confrontées à des difficultés en matière d'accès à des soins et à une assistance pour elles-mêmes. L'écart de rémunération entre les hommes et les femmes se traduit par un écart au niveau des pensions et de l'épargne et par une augmentation de la pauvreté chez les femmes âgées<sup>92</sup>. Dans de nombreux pays, les soins de longue durée fournis par l'État ne sont pas accessibles à tous ou ne sont pas de bonne qualité<sup>93</sup>. En outre, les femmes âgées sans ressources ni moyens de subsistance peuvent se retrouver involontairement isolées à la maison ou dans un établissement de soins<sup>94</sup>. Les réponses au questionnaire du Groupe de travail indiquent que l'absence de réglementation des conditions d'emploi dans les établissements de soins, les coûts élevés et la faible qualité des soins sont des problèmes courants<sup>95</sup>. Même dans les pays qui investissent dans la recherche et la politique en matière de soins de longue durée, les dimensions genrées des besoins en soins de longue durée ne sont pas prises en compte<sup>96</sup>. En outre, les femmes âgées LBTQI+ sont confrontées à des difficultés et à des discriminations particulières en matière d'accès aux institutions de soins<sup>97</sup>.

## C. Femmes et filles migrantes

31. Les modèles de développement dominants, fondés sur la croissance économique, s'appuient sur l'« épuisement » des femmes et des filles et sur le drainage des ressources de soins des pays pauvres vers les pays riches dans le cadre d'une « chaîne mondiale de soins »<sup>98</sup>. Alors que la pauvreté, le chômage, les changements climatiques et les conflits armés « poussent » de nombreuses personnes à migrer, les demandes de soins et d'assistance liées à l'évolution des structures familiales, au vieillissement des sociétés et à l'augmentation de l'emploi des femmes dans les pays à revenus moyens et élevés « attirent » les femmes vers le secteur des soins dans ces pays. Dans leurs réponses au questionnaire du Groupe de travail et dans le cadre des consultations, les femmes migrantes de toutes les régions ont fait état d'un manque de protection sociale, notamment d'un manque d'accès aux hôpitaux, aux prestations de maternité et aux prestations de retraite/de pension. Pour les femmes et les filles migrantes sans papiers, ces problèmes sont aggravés par la montée des discours et des politiques anti-immigrés et xénophobes, qui augmentent le risque qu'elles soient victimes de

<sup>89</sup> Points de vue exprimés lors des consultations organisées par le Groupe de travail. Voir également Cong Zhang et autres « The rise of maternal grandmother childcare in urban Chinese families », *Journal of Marriage and Family*, vol. 81, n° 5 (2019), p. 1174 à 1191.

<sup>90</sup> Il ressort des réponses des États au questionnaire du Groupe de travail que certains États (par exemple, Singapour) accordent un allègement fiscal aux mères qui travaillent et qui font appel à l'aide de leurs parents, grands-parents, beaux-parents ou aux grands-parents de leur conjoint pour s'occuper de leurs enfants.

<sup>91</sup> Contribution du Centre Scalabrini (Afrique du Sud). Voir également ONU-Femmes, *Landscape of care work in Uganda* (2024).

<sup>92</sup> Marta Roig et Daisuke Maruichi, *Economic well-being at older ages: prospects for the future (policy brief)*, Département des affaires économiques et sociales, janvier 2023.

<sup>93</sup> Points de vue exprimés lors des consultations organisées par le Groupe de travail. Voir également la contribution écrite d'Ouganda.

<sup>94</sup> A/HRC/41/33, par. 28 et 55. Voir aussi A/HRC/53/39.

<sup>95</sup> Mimi Alphonsus, « Calls grow to regulate elders' homes as Lanka's elderly population increases », *The Sunday Times*, 28 janvier 2024.

<sup>96</sup> Kristina Chelberg et Linda Steele, « Hidden in plain sight: women and gendered dementia dynamics in the Australian Aged Care Royal Commission », *Journal of Aging Studies*, vol. 71 (décembre 2024).

<sup>97</sup> Contribution de Kaos GL (Turquie). Voir également <https://www.17mayis.org/images/publish/pdf/yaslaniyoruz-lubunya-anket-gorusemeler-ve-calisma-raporu-16-05-2022.pdf> ; A/75/258, par. 12.

<sup>98</sup> Voir A/HRC/44/51.

violations de leurs droits humains<sup>99</sup>. Les politiques censées « protéger » les femmes, telles que les restrictions imposées aux femmes qui migrent à des fins de travail, violent les droits humains de celles-ci<sup>100</sup>. Malgré ces interdictions, les femmes migrent pour des raisons économiques et pour échapper aux violations des droits humains, y compris la violence fondée sur le genre. Toutefois, la migration illégale accroît leur vulnérabilité et le risque qu'elles soient victimes d'exploitation et de traite des êtres humains<sup>101</sup>.

32. La plupart des systèmes de sécurité sociale ne tiennent pas compte des questions de genre, ce qui se traduit par le fait que les problèmes de santé sexuelle et procréative et les services connexes ne sont pas pris en charge, que les blessures et dommages imputables à la violence domestique ne donnent pas droit à des congés ou à des prestations, que les femmes et les filles ne sont pas soutenues dans leur rôle de prestataires ou de bénéficiaires de soins tout au long de leur vie, et que l'octroi de prestations est subordonné à la situation matrimoniale et à l'emploi formel des titulaires de droits, ou à l'obtention de documents précis qui sont inaccessibles aux femmes<sup>102</sup>.

#### **D. Personnes privées de liberté et membres de leur famille**

33. Les femmes de couleur, les femmes autochtones et les femmes migrantes sont davantage exposées au risque de placement en institution, d'incarcération et de détention. Outre le fait qu'elles ont des besoins particuliers dans les systèmes pénitentiaires et les systèmes de détention, notamment en ce qui concerne les dispositions à prendre pour s'occuper de leurs enfants<sup>103</sup>, les femmes et les filles sont également concernées lorsqu'elles rendent visite à des membres de leur famille incarcérés et à leurs enfants, lorsqu'elles leur apportent de la nourriture et lorsqu'elles plaident en faveur de leur bien-être. Les femmes fournissent à leurs proches privés de liberté les biens nécessaires à leur subsistance, que l'État devrait garantir<sup>104</sup>. Elles sont souvent victimes de discrimination et ont des problèmes de santé dus aux niveaux élevés de stress, d'anxiété et d'angoisse, aux charges financières excessives imposées aux membres de la famille, au fait de devoir subir des examens de santé particuliers à l'entrée et à la sortie, et aux difficultés rencontrées s'agissant de pouvoir effectuer des visites régulières dans des conditions sûres et dignes<sup>105</sup>.

#### **E. Femmes et filles rurales**

34. En raison de l'inégalité de genre, d'un développement discriminatoire, de l'héritage du colonialisme, de l'esclavage et du racisme et de la destruction de l'environnement, les femmes des zones rurales n'ont pas de véritables possibilités d'accéder aux soins de santé, à l'éducation et à l'emploi<sup>106</sup>. Les zones rurales manquent souvent de médecins, ce qui signifie que les besoins fondamentaux des femmes et des filles en matière de soins de santé ne sont pas satisfaits, tandis que le travail de soins et d'assistance non rémunéré qu'elles effectuent augmente. Les femmes et les filles rurales rencontrent aussi des difficultés particulières qui font obstacle à la réalisation de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative. En ce qui concerne les filles âgées de 15 à 19 ans, les affections maternelles

<sup>99</sup> Voir <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2021/07/racism-and-xenophobia-put-human-rights-human-trafficking-victims-risk-un>.

<sup>100</sup> Voir [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40asia/%40ro-bangkok/%40ilo-kathmandu/documents/publication/wcms\\_792239.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40asia/%40ro-bangkok/%40ilo-kathmandu/documents/publication/wcms_792239.pdf).

<sup>101</sup> Voir <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2021/07/racism-and-xenophobia-put-human-rights-human-trafficking-victims-risk-un>.

<sup>102</sup> Voir A/HRC/53/39.

<sup>103</sup> Voir les Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok).

<sup>104</sup> Ibid.

<sup>105</sup> Principes et bonnes pratiques sur la protection des droits des femmes membres de la famille de personnes privées de liberté (Principes de Bogotá), Réseau international des femmes membres de la famille de personnes privées de liberté, octobre 2022.

<sup>106</sup> Voir A/HRC/53/39.

figurent parmi les principales causes de handicap<sup>107</sup>. Les taux de fécondité sont plus élevés et les naissances chez les adolescentes plus nombreuses dans les zones rurales que dans les zones urbaines<sup>108</sup>. L'accès à la contraception est limité, le taux de mortalité maternelle est élevé et les pathologies telles que la fistule obstétricale et le prolapsus utérin sont fréquentes chez ces femmes et ces filles<sup>109</sup>.

35. Les femmes âgées sont confrontées à des difficultés particulières pour ce qui est d'accéder aux soins de santé de base dans les zones rurales, car leurs enfants ont tendance à partir vivre dans les zones urbaines pour y trouver un emploi<sup>110</sup>. Les personnes qui vivent dans les zones rurales ont tendance à souffrir davantage des conséquences des accidents domestiques et agricoles, dont les handicaps, car elles n'ont pas d'assurance ni d'accès aux soins de santé. Dans le monde entier, des millions de femmes travaillent comme ouvrières agricoles, parfois dans des conditions dangereuses supposant l'utilisation de machines, sur des terrains accidentés et avec des problèmes liés aux infrastructures de transport<sup>111</sup>. Parmi les dangers, on peut citer l'exposition aux pesticides, ainsi que le stress thermique, qui augmente le risque de certains préjudices liés au genre, en particulier pour les femmes enceintes et celles qui ont leurs règles<sup>112</sup>. Le taux de travail informel dans l'agriculture est de 93,6 % et les travailleurs agricoles ont tendance à être exclus des dispositions légales et des protections sociales existantes<sup>113</sup>.

## VI. Auto-prise en charge et prise en charge collective

36. En matière de santé, l'OMS définit l'auto-prise en charge comme la capacité des personnes, des familles et des communautés de promouvoir leur propre santé, de prévenir les maladies, de préserver la santé et de faire face à la maladie et au handicap, avec ou sans l'appui d'un agent de santé<sup>114</sup>. Bien que l'auto-prise en charge ne soit pas explicitement codifiée dans les documents relatifs aux droits humains, il s'agit d'un thème essentiel des études et du plaidoyer féministes<sup>115</sup>. L'auto-prise en charge est une dimension essentielle des droits à la santé, à l'autonomie corporelle, au repos et aux loisirs, et est donc indispensable pour parvenir à l'égalité des genres dans les systèmes de soins et d'assistance. L'inégalité des responsabilités en matière de soins compromet considérablement la capacité des femmes de s'occuper d'elles-mêmes. Lorsque les aidants – qu'ils soient rémunérés ou non – sont incapables de préserver leur propre santé et leur bien-être, la qualité des soins qu'ils fournissent diminue inévitablement. Il est important que les femmes et les filles qui reçoivent les soins et l'assistance d'autres personnes disposent également de l'espace et de l'autonomie nécessaires pour prendre soin d'elles-mêmes comme elles l'entendent, y compris au moyen

<sup>107</sup> Organisation mondiale de la Santé, « Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019 » (Genève, 2020).

<sup>108</sup> Mathias Lerch, « Regional variations in the rural-urban fertility gradient in the global South », *PLOS One*, vol. 14, n° 7 (2019). Voir également [https://www.choiceforyouth.org/assets/Docs/198f89dc19/PositionPaper\\_CSW\\_DEF.pdf](https://www.choiceforyouth.org/assets/Docs/198f89dc19/PositionPaper_CSW_DEF.pdf) et <https://www.apa.org/pubs/reports/rural-women-summary.pdf>.

<sup>109</sup> Voir A/HRC/47/38 et [https://www.choiceforyouth.org/assets/Docs/198f89dc19/PositionPaper\\_CSW\\_DEF.pdf](https://www.choiceforyouth.org/assets/Docs/198f89dc19/PositionPaper_CSW_DEF.pdf).

<sup>110</sup> Kevin Kinsella, « Urban and rural dimensions of global population aging: an overview », *The Journal of Rural Health*, (2001) vol. 17, n° 4, p. 314 à 322.

<sup>111</sup> Points de vue exprimés lors de la consultation organisée par le Groupe de travail dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. Voir également OIT et FAO, *Étendre la protection sociale aux populations rurales : Perspectives pour une approche commune entre la FAO et l'OIT* (Genève, 2021).

<sup>112</sup> Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, « Reproductive effects caused by chemical and biological agents », 23 novembre 2012.

<sup>113</sup> OIT, *Femmes et hommes dans l'économie informelle : un panorama statistique*, troisième édition (Genève, 2018).

<sup>114</sup> Voir <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>.

<sup>115</sup> Laura Pautassi, « El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos » (Les soins comme question sociale du point de vue des droits), *Serie Mujer y Desarrollo*, n° 87 (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, octobre 2007), cité dans Laura Pautassi, « The right to care: from recognition to its effective exercise » (Friedrich Ebert Stiftung, mars 2023).

du soutien de pairs. Le fait de garantir du temps, de l'espace et des ressources pour l'auto-prise en charge n'est donc pas un luxe, mais une condition préalable nécessaire à des relations de soins dignes et à la réalisation des droits humains.

37. Les violations systématiques de l'autonomie corporelle et des droits en matière de santé sexuelle et procréative, ainsi que les restrictions imposées aux déplacements hors du domicile, limitent la capacité des femmes et des filles de prendre soin d'elles-mêmes. Dans 57 pays en développement, près de la moitié des femmes se voient refuser le droit de décider d'avoir des relations sexuelles avec leur partenaire, d'utiliser des moyens de contraception ou de se faire soigner<sup>116</sup>. Les femmes et les filles handicapées se voient encore plus souvent refuser le droit à l'autonomie<sup>117</sup>. Près de la moitié des grossesses, soit 121 millions chaque année dans le monde, ne sont pas désirées, et plus de 60 % d'entre elles se terminent par un avortement. On estime que 45 % de tous les avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses, ce qui est à l'origine de 5 % à 13 % des décès maternels. Plus de 30 pays restreignent le droit des femmes à la mobilité hors du foyer<sup>118</sup>.

38. Le droit aux loisirs, essentiel à l'auto-prise en charge, est un droit humain qui tient compte des risques que comporte une durée du travail excessive sans repos suffisant, non seulement pour les individus, mais aussi pour leurs familles<sup>119</sup>. La pauvreté en temps est une condition sociale très courante qui touche de manière disproportionnée les femmes et les filles, principalement en raison du travail de soins non rémunéré qu'elles accomplissent<sup>120</sup>, et qui a des conséquences importantes sur la santé et le bien-être, contribuant à un mauvais état de santé physique et mentale<sup>121</sup>. La pauvreté en temps touche également les communautés, car le manque de temps des individus affaiblit les liens sociaux et limite les possibilités de se connecter, de se soutenir et de s'occuper les uns des autres.

39. Un exemple de prise en charge collective a été développée par des femmes activistes qui se sont offert les unes aux autres un soutien émotionnel ainsi que des conseils sur la manière de se nourrir et de vivre correctement pendant l'épidémie de sida en Afrique dans les années 1990<sup>122</sup>. Ce modèle de prise en charge collective essentielle à l'auto-prise en charge se reflète également dans les travaux d'organisations de défense des droits humains, telles que l'Initiative méso-américaine des défenseuses des droits humains, qui propose des solutions collectivistes pour la protection, l'auto-prise en charge et la sécurité des femmes<sup>123</sup>. Cette approche s'étend à la protection de la planète. Lorsque les ressources vitales telles que l'air, l'eau et la terre se raréfient et sont polluées, la santé de tous se détériore et le travail de soins non rémunéré des femmes augmente<sup>124</sup>. L'auto-prise en charge et la prise en charge collective sont possibles au moyen de la préservation des ressources naturelles vitales et de la création d'une infrastructure sociale et physique de soins permettant aux personnes d'exercer les droits directement liés à l'auto-prise en charge : le droit au repos et aux loisirs, le droit à l'autonomie corporelle et le droit à la santé, y compris la santé sexuelle et procréative<sup>125</sup>.

<sup>116</sup> Fonds des Nations Unies pour la population, *État de la population mondiale 2021 – Mon corps m'appartient : revendiquer le droit à l'autonomie et à l'autodétermination*.

<sup>117</sup> Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 3 (2016).

<sup>118</sup> Ibid.

<sup>119</sup> Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 24.

<sup>120</sup> Plan International, *Real Choices, Real Lives – Out of Time: The Gendered Care Divide and its Impact on Girls* ; et Make Mothers Matter, « Time poverty and the motherhood penalty », 9 juillet 2024.

<sup>121</sup> Elizabeth Hyde, Margaret E. Greene et Gary L. Darmstadt, « Time poverty: Obstacle to women's human rights, health and sustainable development », *Journal of Global Health*, vol. 10, n° 2 (novembre 2020).

<sup>122</sup> Communication écrite du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

<sup>123</sup> Voir <https://im-defensoras.org/en/2022/12/protecci%C3%B3n-integral-feminista/>.

<sup>124</sup> Oxfam International, *Position paper on gender justice and the extractive industries*, p. 1.

<sup>125</sup> Voir [A/HRC/47/38](https://www.ohchr.org/fr/instruments-and-mechanisms/47-38).

## VII. Pratiques prometteuses

40. Il existe des évolutions prometteuses et de bonnes pratiques en matière de reconnaissance, de réduction et de redistribution du travail de soins non rémunéré, et en matière de rémunération plus équitable et de représentation dans la prise de décisions de ceux qui travaillent dans le domaine des soins rémunérés<sup>126</sup>. Depuis 2008, l'Équateur reconnaît les soins prodigués à domicile comme un travail productif et s'est engagé à fournir des services de garde d'enfants, des soins aux personnes handicapées et d'autres services nécessaires pour que les travailleurs puissent exercer leurs activités professionnelles, en se référant à la responsabilité conjointe et à la réciprocité des hommes et des femmes en ce qui concerne le travail domestique et les obligations familiales<sup>127</sup>. Depuis la réforme de la loi sur la sécurité sociale de 2020 (art. 201), le Mexique permet aux hommes et aux femmes qui fournissent des soins et participent aux régimes contributifs d'inscrire leurs enfants dans des services de garde d'enfants<sup>128</sup>. En 2024, le Gouvernement canadien a adopté une loi qui consacre le droit de tous les enfants à une prise en charge, et l'a mise en œuvre avec les « services de garde d'enfants à 10 dollars par jour »<sup>129</sup>. La politique canadienne met également l'accent sur le droit des communautés et des enfants autochtones à des services de garde d'enfants de qualité, abordables et accessibles<sup>130</sup>. En Tunisie, la loi n° 37, adoptée en 2021, régit le travail domestique, étend la sécurité sociale aux personnes qui fournissent des soins non rémunérés à domicile et interdit le travail des enfants<sup>131</sup>. En Chine, l'article 1088 du Code civil (2020) prévoit une indemnité financière pour le conjoint qui s'occupe davantage des enfants ou des personnes âgées de la famille en cas de divorce<sup>132</sup>. Au niveau municipal, les modèles prometteurs comprennent les Manzanas del Cuidado à Bogota, où les femmes prennent du temps pour suivre une formation professionnelle, faire du sport ou étudier, tandis que le personnel s'occupe des membres de leur famille, ces services étant offerts gratuitement, ce à quoi s'ajoute l'expansion des structures de garde d'enfants proposant des prix abordables<sup>133</sup>. Des campagnes de la société civile telles que « Men Care », organisées dans différentes régions, visent à transformer les normes culturelles afin d'encourager une répartition plus égale de la prise en charge des enfants entre les hommes et les femmes<sup>134</sup>.

41. Il existe également quelques modèles prometteurs de services de soins et d'assistance de longue durée non institutionnels fournis par les pouvoirs publics, notamment des soins primaires à domicile et une évaluation gériatrique pour les anciens combattants, ainsi que des prestations de relève pour les aidants, aux États-Unis d'Amérique et en Norvège. Si les services de soins à domicile et les maisons de retraite restent souvent trop chers pour la plupart des personnes âgées, de nombreux gouvernements reconnaissent la nécessité des soins à domicile, et certains (comme l'Estonie) ont réformé leurs politiques sociales pour permettre aux personnes âgées de « vieillir sur place »<sup>135</sup>. Les réponses à l'enquête du Groupe

<sup>126</sup> Pour d'autres pratiques prometteuses, voir [A/HRC/58/43](#) et [A/HRC/55/34](#).

<sup>127</sup> Art. 333 de la Constitution de l'Équateur, cité dans ONU-Femmes, Base de données mondiale sur les dispositions constitutionnelles relatives à l'égalité des genres. Voir aussi art. 325 et 329.

<sup>128</sup> Points de vue exprimés lors des consultations organisées par le Groupe de travail. Voir également <https://www.unicef.org/innocenti/media/10246/file/UNICEF-Innocenti-GRASSP-MexicoReport-December-2024.pdf>, p. 28.

<sup>129</sup> Points de vue exprimés lors des consultations organisées par le Groupe de travail. Voir également Gouvernement du Canada, « Vers des services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants à 10 dollars par jour », consultable à l'adresse <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/campaigns/child-care.html> ; et <https://globalnews.ca/news/10328712/national-child-care-system-legislation/>.

<sup>130</sup> Consultations organisées par le Groupe de travail.

<sup>131</sup> Consultations organisées par le Groupe de travail. Voir également Avocats sans frontières, « Towards stronger protection for domestic workers in Tunisia: challenges and recommendations », note d'orientation, 22 juin 2023.

<sup>132</sup> Voir <https://en.humanrights.cn/2024/04/17/2412743810154240a2937e9f3f510b47.html>.

<sup>133</sup> Consultations organisées par le Groupe de travail avec des participants d'Amérique latine et d'Espagne, et d'Europe de l'Est et d'Asie occidentale. Voir également la contribution écrite du Bureau du Médiateur colombien et la Stratégie nationale de prise en charge de la Colombie.

<sup>134</sup> Voir [A/HRC/WG.11/37/1](#) et <https://www.mencare.org>.

<sup>135</sup> Points de vue exprimés lors des consultations organisées par le Groupe de travail et contributions écrites reçues des organisations de la société civile. Voir également le document de l'Office national d'audit de l'Estonie, consultable à l'adresse <https://www.riigikontroll.ee/DesktopModules/DigiDetail/FileDownloader.aspx?FileId=19686&AuditId=6596>.

de travail montrent que les politiques gouvernementales, y compris les indemnités directes au niveau national, telles que les allocations et les paiements, et les indemnités indirectes telles que les politiques d'allègement fiscal et de crédit d'impôt, peuvent aider les aidants familiaux. En Éthiopie, où les filets de sécurité sociale officiels font défaut, de plus en plus d'initiatives communautaires autochtones portent sur les soins et l'assistance<sup>136</sup>. En Asie, la tendance est à la mise en place d'une aide sociale de proximité fournie au moyen d'une collaboration entre les institutions de soins formelles et les aidants informels, qui jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées à domicile, au sein de leur propre communauté<sup>137</sup>.

42. Le fait que les travailleurs migrants soient de plus en plus visibles et organisés<sup>138</sup> ainsi que les efforts qui sont faits pour leur offrir une formation professionnelle constituent également des évolutions prometteuses<sup>139</sup>. Les travailleurs domestiques migrants qui ont participé à la consultation organisée pour la région de l'Asie et du Pacifique ont souligné les efforts en cours et la nécessité de créer des systèmes de recrutement équitables et éthiques pour protéger les travailleurs domestiques migrants, donnant l'exemple d'un système mis en place en Jordanie qui prévoit la défense des femmes migrantes en tant que bonne pratique. Les « centres de services à guichet unique » qui existent dans de nombreux établissements de santé nationaux à Sri Lanka constituent une bonne pratique en matière de fourniture de soins et d'assistance aux victimes de violences fondées sur le genre<sup>140</sup>. Il existe également des modèles prometteurs de soins et d'assistance communautaires pour les survivantes de violences fondées sur le genre, tels que SASA ! en Ouganda et le programme d'Oxfam Novib au Mozambique, qui travaillent avec des activistes communautaires à l'organisation d'actions de sensibilisation culturellement appropriées sur l'inégalité de genre et la violence, afin de lutter contre les stéréotypes fondés sur le genre et de transformer les rôles des hommes et des femmes<sup>141</sup>. Les études juridiques féministes qui visent à donner une place centrale aux soins dans le droit international constituent également une exploration prometteuse des liens entre l'auto-prise en charge et la prise en charge collective<sup>142</sup>.

## VIII. Conclusions et recommandations

### A. Conclusions

43. **Il est essentiel de transformer les systèmes de soins et d'assistance pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes et des filles et parvenir à une égalité des genres réelle. Les politiques existantes en matière de soins et d'assistance ne sont pas adéquates et les services sont souvent inaccessibles et/ou inabordables, ce qui empêche de nombreuses femmes et de nombreuses filles de jouir de leurs droits humains fondamentaux. Ce déficit structurel découle de l'absence de protection et d'aide sociales universelles dans un contexte de pauvreté persistante, d'inégalités croissantes, de conflits armés, de militarisation et de crises économiques, écologiques et sanitaires récurrentes. Si les conséquences de ces carences touchent tout le monde, les femmes et les filles – qui assument les trois quarts des tâches de soins non rémunérées dans le monde – sont touchées de manière disproportionnée par le déficit de l'offre de soins et d'assistance.**

<sup>136</sup> Contribution écrite de la Commission éthiopienne des droits de l'homme.

<sup>137</sup> Sasakawa Peace Foundation, *Community-based Care for Older Persons* (2019).

<sup>138</sup> Voir <https://medium.com/iom-development-fund-newsletter/raising-the-voices-of-migrant-domestic-workers-in-jordan-a-project-by-migrants-for-migrants-51c143269b21>.

<sup>139</sup> Ces projets particuliers ont été mentionnés lors des consultations organisées pour la région de l'Asie et du Pacifique. Voir <https://thailand.iom.int/promise-programme>.

<sup>140</sup> Contribution écrite de Women's Action Network (Sri Lanka).

<sup>141</sup> Michau (2008), cité dans Kelly Yotebieng, *What we know (and do not know) about persistent social norms that serve as barriers to girls' access, participation and achievement in education in eight sub-Saharan African countries*, p. 9.

<sup>142</sup> Voir <https://www.durham.ac.uk/news-events/latest-news/2024/12/new-project-puts-care-at-the-centre-of-international-law-research/>.

44. Les nouvelles tendances démographiques et politiques, notamment le vieillissement des populations, l'intensification des réactions hostiles à l'égalité des genres et la résurgence des politiques pronatalistes et « axées sur la famille », risquent d'accroître encore la part inégale du travail de soins et d'assistance non rémunéré et les violations des droits humains pour les femmes et les filles, en particulier celles qui connaissent la pauvreté et la marginalisation, notamment les femmes et les filles handicapées, les femmes âgées, les femmes et les filles des zones rurales et celles appartenant à des minorités, ainsi que les travailleuses domestiques migrantes.

45. L'héritage colonial et la violence, ainsi que la discrimination fondée sur la race, la couleur, le genre, l'ascendance et l'origine nationale ou ethnique, continuent d'aggraver le déficit structurel en matière de soins. Ces facteurs façonnent les chaînes de soins mondiales soutenues par le travail des femmes migrantes. Afin de mettre en place des systèmes de soins et d'assistance qui fonctionnent pour tous, il faut remédier à ces injustices et inégalités historiques et structurelles au moyen de solutions et de mesures de réparation appropriées. Le système économique actuel, axé sur l'extraction et le profit, doit être transformé et il faut favoriser un système social centré sur les soins aux personnes et la protection de la planète.

46. Les soins et l'assistance sont fournis par quatre institutions principales : la famille, le marché, le secteur public et les organisations communautaires/à but non lucratif. Dans le contexte des soins et de l'assistance, tout transfert de responsabilité et de coût de l'État et du marché vers les familles se traduit par une charge de travail accrue pour les femmes et les filles. Inversement, il est essentiel, pour que les États respectent leurs obligations au titre du droit international des droits de l'homme, de renforcer l'investissement public dans des systèmes de soins et d'assistance tenant compte des questions de genre, inclusifs et fondés sur les droits humains.

47. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la persistance et l'ampleur des inégalités structurelles et genrées dans les systèmes de soins et d'assistance existants, ainsi que la nature vitale des soins pour le bien-être des sociétés. Toutefois, le monde n'est toujours pas sur la bonne voie pour ce qui est d'atteindre l'égalité des genres d'ici à 2030, notamment en ce qui concerne le travail de soins et le travail domestique non rémunérés, la prise de décisions en matière de santé sexuelle et procréative, et la prise en compte des questions de genre dans le cadre de l'établissement des budgets. Les services de santé pour les femmes continuent d'être mal financés. Les femmes, en tant que travailleuses, rémunérées ou non, du domaine des soins et de l'assistance, et en tant que personnes ayant besoin de soins et d'une assistance, restent terriblement sous-représentées dans le processus décisionnel. Cette situation n'est pas viable et compromet à la fois l'égalité des genres et le bien-être des sociétés. La communauté internationale et les États doivent s'attaquer d'urgence à ces obstacles à l'égalité et éliminer toutes les formes de discrimination, pour que toutes les personnes qui ont besoin de soins et d'une assistance et toutes les personnes qui fournissent des soins et une assistance puissent exercer leurs droits humains. Il est essentiel d'investir dans des infrastructures d'aide sociale, y compris, mais sans s'y limiter, les congés rémunérés pour la prise en charge d'un proche, les services d'aide à domicile, les services de relève et les centres de ressources communautaires, ainsi que dans la fourniture de services publics de soins et d'assistance de grande qualité, et de veiller à ce que les aidants et les personnes qui ont besoin de soins et d'une assistance trouvent le temps, l'énergie et les ressources nécessaires pour s'occuper d'eux-mêmes et de la collectivité.

48. La promotion de l'égalité des genres et la mise en place de systèmes de soins et d'assistance plus solides sont intimement liées et sont essentielles si l'on veut atteindre d'autres objectifs tels que la réduction de la pauvreté et la promotion de la santé, de l'éducation, de la protection sociale et du bien-être de tous. Il est nécessaire d'adopter une approche intersectionnelle féministe et fondée sur les droits humains en matière de soins et d'assistance pour atteindre ces objectifs et combler le déficit structurel en matière de soins. Cette approche repose sur l'idée que les soins sont essentiels au fonctionnement de la société, y compris de l'économie, qui doit elle-même soutenir la dignité humaine, les droits humains et le bien-être de tous. Les stéréotypes fondés sur le genre et les normes culturelles préjudiciables doivent être dépassés, et l'attention

portée aux autres doit être favorisée en tant que valeur fondamentale dissociée du genre. Les politiques doivent intéresser les hommes et les garçons aux rôles d'aidants et encourager le partage des responsabilités en matière de soins au sein des ménages et des communautés.

49. Compte tenu de la relation entre les inégalités de genre existantes et le travail disproportionné des femmes et des filles dans le domaine des soins, tel que décrit dans le présent rapport, l'égalité de traitement devant la loi n'est pas suffisante pour répondre aux besoins essentiels des personnes qui ont besoin de soins et qui prodiguent des soins. Les mécanismes internationaux et régionaux chargés des droits de l'homme doivent être renforcés afin que les États soient tenus de rendre des comptes quant au respect de leurs obligations en matière d'élimination de la discrimination et de mise en place de systèmes de soins tenant compte des questions de genre et inclusifs. Il est nécessaire d'adopter des approches holistiques pour garantir des systèmes de soins et d'assistance économiquement, socialement et écologiquement durables. Le cadre CREATE mentionné plus haut peut fournir aux États des lignes directrices complètes et applicables à cet égard<sup>143</sup>.

## B. Recommandations

50. Les États devraient prendre des mesures pour mettre en place des systèmes de soins et d'assistance tenant compte des questions de genre, inclusifs, fondés sur les droits humains et durables, afin de réaliser les droits humains de tous et de parvenir à l'égalité des genres, notamment :

a) En reconnaissant que le travail de soins et d'assistance est vital pour la durabilité des sociétés, des économies et de la planète et qu'il est essentiel à la réalisation de l'égalité des genres et à l'exercice de tous les autres droits humains internationalement reconnus ;

b) En respectant, protégeant et réalisant les droits de ceux qui fournissent des soins et une assistance et ont besoin de soins et d'une assistance et en reconnaissant pleinement leur dignité, leur autonomie et leur pouvoir d'action, et en garantissant une égalité des genres réelle dans les systèmes de soins et d'assistance, conformément à toutes les normes internationales pertinentes en matière de droits humains et de travail applicables à chaque pays ;

c) En rendant visible et en valorisant le travail de soins et d'assistance en tant que pilier central de l'économie globale, et en répondant aux besoins des femmes et des filles en tant que personnes fournissant et recevant des soins, ainsi qu'à leurs besoins en matière d'auto-prise en charge ;

d) En prenant des mesures appropriées pour appliquer le cadre des 5R qui reconnaît la valeur du travail de soins et d'assistance et les droits des personnes qui fournissent des soins et une assistance et en ont besoin elles-mêmes ; en réduisant le travail de soin et d'assistance non rémunéré, sans que cela compromette la fourniture de soins et d'une assistance aux personnes qui en ont besoin ; en revoyant la répartition du travail de soins et d'assistance non rémunéré entre, d'une part, les ménages et, d'autre part, l'État, les entreprises et la communauté, ainsi qu'entre les genres ; en récompensant les travailleurs du domaine des soins et de l'assistance ; en garantissant la représentation et la participation des personnes qui fournissent des soins et une assistance, des personnes qui ont besoin de soins et d'une assistance, ainsi que des organisations qui les représentent ;

e) En dépassant les stéréotypes liés au genre préjudiciables qui renforcent les rôles restrictifs et contribuent à la discrimination à l'égard des femmes et des filles ;

f) En favorisant la participation égale des garçons et des hommes au travail de soins et d'assistance, rémunéré ou non ;

<sup>143</sup> A/HRC/WG.11/42/1.

g) En reconnaissant les besoins distincts en matière de soins et d'assistance des différents groupes, notamment les filles, les femmes âgées, les femmes et les filles handicapées et celles atteintes de maladies rares, et en garantissant leur dignité, leur autonomie et leur pouvoir d'action ;

h) En assurant la participation des femmes et des filles confrontées à des formes de discrimination croisée – en particulier les femmes handicapées, les femmes rurales, les femmes âgées, les migrantes et les réfugiées – à la conception, à la mise en place et au suivi des systèmes de soins et d'assistance, ainsi que la collecte permanente de données et la réalisation de travaux de recherche sur les besoins en matière de soins et d'assistance.

51. Les États devraient renforcer les protections juridiques, professionnelles et économiques des travailleurs du domaine des soins et de l'assistance, qu'ils soient rémunérés ou non, notamment :

a) En garantissant les droits des travailleurs du domaine des soins qui sont rémunérés, y compris des salaires décents, des conditions de travail sûres, une protection sociale et des négociations collectives, conformément à toutes les normes internationales en matière de droits humains et de travail applicables à chaque pays ;

b) En assurant la représentation et la participation des organisations de travailleurs du domaine des soins, y compris les organisations de travailleurs domestiques, de travailleurs communautaires de la santé et des soins, et de travailleurs migrants, dans le cadre de l'élaboration des politiques, et en garantissant leur égalité de traitement et leur protection conformément aux normes internationales en matière de droits humains et de travail ;

c) En favorisant des politiques d'emploi et des politiques macroéconomiques tenant compte des questions de genre qui créent des emplois décents, notamment en transformant les emplois et entreprises de soins informels en emplois et entreprises formels et en empêchant que les entreprises et emplois formels ne deviennent informels.

52. Les États devraient fournir à leurs populations des soins et une assistance de base universels et tenant compte des questions de genre, y compris des soins de santé, une éducation et une protection sociale, notamment :

a) En permettant aux femmes de prendre des décisions en matière de grossesse qui amélioreront leurs choix de vie et leur capacité d'exercer leurs droits ;

b) En garantissant une protection sociale universelle et tenant compte des questions de genre, y compris des prestations pour enfant à charge, des prestations de maternité/de paternité, des prestations parentales et des prestations de retraites universelles ; en prenant en considération les coûts supplémentaires liés au handicap et en étendant la couverture aux travailleurs du secteur informel et aux travailleurs migrants ;

c) En soutenant les responsabilités et les besoins des femmes rurales en matière de soins, y compris dans les secteurs agricoles, en investissant dans les infrastructures rurales, les transports, les services de garde d'enfants et les services de santé, afin de réduire la pauvreté et d'assurer l'accès à l'éducation et à des possibilités de travail décent ;

d) En associant les organisations communautaires et les organisations de femmes à l'établissement de budgets tenant compte des questions de genre pour les services publics, les infrastructures et la protection sociale.

53. Les États devraient œuvrer activement à un changement systémique afin de mettre en place une administration, une économie et une communauté axées sur les soins, notamment :

a) En respectant le droit international humanitaire, afin que les civils ne subissent pas de préjudices et que le personnel de santé et les travailleurs humanitaires ainsi que les infrastructures de soins civiles ne soient pas pris pour cible dans les conflits armés ;

b) En réorientant les ressources publiques allouées à la militarisation vers la construction de sociétés ancrées dans les droits humains et la durabilité écologique ;

c) En adoptant un point de vue holistique et systémique qui lie la reproduction sociale, la production économique et la régénération écologique ;

d) En soutenant les initiatives d'auto-prise en charge et de prise en charge collective au moyen de lois et de services publics permettant aux personnes qui fournissent des soins et une assistance et qui ont besoin de soins et d'une assistance d'exercer leurs droits aux loisirs, au repos, à la santé, à l'inclusion dans la communauté et à une participation égale à la vie publique, sociale et culturelle ;

e) En protégeant les défenseurs et défenseuses des droits humains, y compris les défenseurs et défenseuses des droits des femmes et les écologistes dont le travail consiste à prendre soin des personnes et de la planète ;

f) En réformant les budgets publics et la fiscalité pour financer des systèmes de soins et d'assistance qui soient économiquement, écologiquement et socialement durables, en mettant l'accent sur la justice distributive et des politiques budgétaires équitables, y compris une fiscalité proportionnelle et progressive pour les personnes à hauts revenus et les entreprises ;

g) En intégrant les soins et l'assistance dans les stratégies nationales de développement durable et de lutte contre les changements climatiques ;

h) En recueillant et en diffusant des données sur le travail de soins et d'assistance, ventilées selon le revenu, le sexe, l'âge, la race, l'origine ethnique, la migration, le statut d'autochtone et de minorité, le handicap, la zone géographique et d'autres caractéristiques pertinentes, afin d'évaluer l'ampleur et la valeur du travail de soins et d'assistance, rémunéré ou non, et les besoins en la matière, et d'éclairer l'élaboration des politiques et des lois.

54. La communauté internationale, y compris les institutions financières internationales, devrait :

a) Promouvoir des politiques commerciales et des politiques d'investissement équitables, ainsi que l'annulation ou l'allègement de la dette, afin de donner la priorité à la redistribution des ressources, aux droits humains et au bien-être en tenant compte des questions de genre ;

b) Garantir la responsabilité des entreprises en matière de pollution de l'environnement et d'évasion fiscale, entre autres.

55. Les entreprises, ainsi que les États et les organisations internationales et régionales qui exercent une compétence et un contrôle à leur égard, devraient :

a) Appliquer la résolution concernant le travail décent et l'économie du soin adoptée en 2024 par l'Organisation internationale du Travail (OIT) pour garantir la réalisation des droits humains, notamment en s'employant activement à mettre fin à la discrimination à l'égard des femmes et des filles ;

b) Créer des cultures et des pratiques sur le lieu de travail, y compris le travail à distance et des modalités de travail hybrides, ainsi que des semaines de travail plus courtes, qui permettent d'équilibrer la vie professionnelle et la vie privée, en reconnaissant que les dispositions relatives au « temps de travail flexible » ne profitent pas nécessairement aux travailleuses ou à l'égalité des genres, mais doivent être conçues intentionnellement en vue de ces résultats ;

c) Reconnaître, dans les politiques de recrutement, la valeur des compétences acquises dans le cadre du travail de soins et d'assistance ;

d) Collaborer avec les autres employeurs et les autorités locales pour développer des services de soins et d'assistance pour les travailleurs, les familles et les communautés.

## Annexe

### Main Activities of the Working Group (May 2024–April 2025)

#### I. Sessions

1. At its fortieth session, held in New York from 29 April to 3 May 2024, the Working Group met with the UN Secretary-General, the Assistant Secretary-General for Human Rights, academics, civil society organizations, and the private sector. It also met with representatives of the United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN-Women), the Expert Mechanism on the Right to Development (EMRTD), and Member States. The third annual session of the Working Group in 2024 was cancelled due to the UN liquidity crisis.

2. From 14 to 18 October 2024, the Working Group held a regional convening for Southern Africa. During the convening, it met with judges, academics, civil society representatives, and girls' organizations, as well as representatives of the South African Commission for Gender Equality, the UN Resident Coordinator's Offices in Southern Africa, and African regional institutions. The Working Group also held a hybrid discussion with Afghan women human rights defenders on the codification of gender apartheid.<sup>1</sup>

3. At its forty-first session, held in Geneva from 13 to 17 January 2025, the Working Group held meetings with Member States, the High Commissioner for Human Rights, the President of the Human Rights Council (HRC), the Committee on the Rights of the Child, civil society organizations, and girls from various regions. It also organized a launch event for its guidance document on conscientious objection to abortion,<sup>2</sup> as well as consultations on care and support with UN agencies and OHCHR representatives. On this occasion it also published a guidance document on gender equality and gender backlash.<sup>3</sup> In April 2025, it further published a guidance document on substantive gender equality, which introduces the CREATE Framework – a comprehensive and actionable road map to guide States and other relevant actors, including international economic institutions and business enterprises, in achieving transformative substantive gender equality.<sup>4</sup>

#### II. Country visits

4. The Working Group visited the Dominican Republic from 22 to 31 July 2024 and Thailand from 2 to 13 December 2024. It thanks the Governments for their cooperation and encourages States to respond positively to its requests for visits.

#### III. Communications and press releases

5. The Working Group addressed several communications to Governments and other stakeholders, individually or jointly with other mandate holders. The communications concerned discriminatory laws and practices; the rights of women human rights defenders; women deprived of liberty; women and girls affected by armed conflict; gender-based violence, both online and off-line; violations of sexual and reproductive health rights; and gendered impact of fiscal policies mandated by international financial institutions, among

<sup>1</sup> [A/HRC/WG.11/40/1](#).

<sup>2</sup> [A/HRC/WG.11/41/1](#).

<sup>3</sup> [A/HRC/WG.11/41/2](#).

<sup>4</sup> [A/HRC/WG.11/42/1](#).

others. The Working Group issued press releases, both individually and jointly with other mandate holders, the human rights treaty bodies and regional mechanisms.<sup>5</sup>

#### **IV. Other activities**

6. Members of the Working Group undertook numerous other activities in their official capacity. In particular, the Chair presented an oral report to the General Assembly at its seventy-ninth session, addressed the Commission on the Status of Women at its sixty-ninth session and participated in a panel discussion on violence against children at the forty-fifth ordinary session of the African Committee of Experts on the Rights and Welfare of the Child (ACERWG). Moreover, members of the Working Group participated in meetings of the HRC President's Advisory Board on Gender Equality, the High-Level Political Forum 2025 Expert Group Meeting on SDG 5, meetings organized by the United Nations Convention Against Corruption (UNCAC) Coalition, an expert meeting on the situation of Afghan women and girls convened by UN-Women Afghanistan, and the HRC Panel discussion on States' obligations concerning the role of the family in supporting the human rights of its members. The Working Group continued to actively participate in the Platform of Independent Expert Mechanisms on the Elimination of Discrimination and Violence against Women.

---

---

<sup>5</sup> All communications are available at <https://spcommreports.ohchr.org/TmSearch/TMDocuments>, and press releases at [Latest | OHCHR](#).