



Investir dans l'économie des soins

Une analyse par sexe d'une stimulation
de l'emploi dans sept pays de l'OCDE

Mars 2016



Rapport réalisé par l'organisme britannique indépendant de défense
des droits des femmes Women's Budget Group



Commandé par la Confédération syndicale internationale

Rédigé par Jerome De Henau, Susan Himmelweit, Zofia Łapniewska et Diane Perrons¹

¹ Nous tenons particulièrement à remercier Ruth Pearson et Marcia Beer du Women's Budget Group pour leur contribution à la rédaction de ce rapport. Contact: Jerome De Henau, The Open University, Walton Hall, MK7 6AA, j.de-henau@open.ac.uk. Le contenu du présent rapport relève de la responsabilité exclusive des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue de la CSI.

Table des matières

Synthèse	5
Introduction	7
Raisons économiques en faveur de l'investissement public à l'époque actuelle	9
Les politiques macroéconomiques socialement inclusives qui tiennent compte des besoins des deux sexes ont une logique économique: conclusions issues des éléments de recherche existants	13
Présentation générale des pays étudiés	15
Simulation des effets directs, indirects et induits de l'investissement public sur l'emploi	19
Conclusion	31
Références	32
Annexe 1: Profils des pays	36
Annexe 2: Méthodologie de la simulation	43
Annexe 3: Sources des données et nomenclature des activités économiques	45
Annexe 4: Rémunération de diverses professions du secteur des soins	49

Synthèse

Augmenter l'investissement public permettrait de stimuler l'emploi et la croissance économique, et d'apporter des solutions plus efficaces que les politiques d'austérité actuelles pour sortir de la récession.

Le présent rapport vise à démontrer le bien-fondé de l'investissement public dans les infrastructures sociales et physiques. L'infrastructure sociale désigne l'éducation, les services de soins et de santé et, plus particulièrement dans ce rapport, la prise en charge des personnes dépendantes, c'est-à-dire les personnes âgées ou handicapées et les enfants au stade préscolaire. Cette notion d'infrastructure sociale englobe la main-d'œuvre qui dispense les services de soins et les compétences qui lui sont propres, ainsi que les bâtiments et les installations dans lesquels travaille ce personnel. L'infrastructure physique se rapporte au secteur et aux activités relatifs à la construction de logements, de routes et de chemins de fer, pour lesquels l'investissement public est généralement sollicité en période de récession afin de générer de l'emploi.

L'argument en faveur de l'investissement public en période de chômage élevé et de sous-emploi généralisé découle de la théorie macroéconomique keynésienne, qui part du principe que le chômage et le sous-emploi sont dus à un manque de demande effective dans l'économie et que ce manque de demande décourage l'investissement privé puisqu'il n'y a pas de marché pour les produits. Par conséquent, il conviendrait que le gouvernement comble ce manque en investissant directement dans l'économie afin de stimuler l'emploi et contribuer à la reprise de l'économie. Un tel investissement permettrait non seulement de garantir que les ressources, y compris la main-d'œuvre, soient pleinement exploitées, mais aussi d'accroître la productivité et la croissance.

L'investissement public va créer des emplois directement dans les activités dans lesquelles l'investissement est réalisé (par exemple la construction de maisons ou les services de garde d'enfants). Mais il y aura également des répercussions ou des effets «multiplicateurs» sur d'autres secteurs, car des emplois seront créés dans les secteurs qui fournissent les matières premières et les services nécessaires à l'investissement initial (il s'agit de l'effet indirect sur l'emploi). En outre, le développement de l'emploi dû à ces créations d'emplois entraînera une hausse des revenus des ménages, ce qui entraînera une nouvelle demande en faveur de toute une série de biens et services liés à la consommation des ménages, tels que la nourriture, le logement, les services de soins, le divertissement (il s'agit de l'effet induit sur l'emploi). En bref, la réactivation de la demande dans l'économie, grâce à l'investissement du gouvernement, générera de l'emploi directement et indirectement et aura une incidence expansionniste sur la demande globale. Ainsi, l'investissement public contribuera à accroître la demande et à faire sortir les économies de la récession.

L'avantage de cette stratégie est que l'investissement initial, avec le temps, génère des effets positifs d'une valeur bien plus

importante pour la société que son coût, ce qui justifie la hausse du déficit public et l'emprunt de la phase initiale. Des économies seront réalisées dans les dépenses publiques grâce aux prestations de chômage et de sécurité sociale qui n'auront pas besoin d'être versées; les personnes nouvellement embauchées paieront des impôts et il se produira, à plus long terme, des retours sur investissement. Dans l'exemple de la construction de ponts et des services de soins, ces retours sur investissement proviendraient, respectivement, de la réduction du temps de transport et d'une population plus productive, parce qu'en meilleure santé¹.

Traditionnellement, les gouvernements qui adoptent une stratégie d'investissement public investissent dans l'infrastructure physique, telle que les routes et les ponts, ce qui augmente la richesse de la société dans son ensemble et produit des effets bénéfiques qui s'additionnent au fil du temps. Dans ce rapport, nous montrons qu'il est possible d'obtenir des résultats positifs semblables, mais plus égalitaires entre hommes et femmes, en investissant dans l'infrastructure sociale, et tout particulièrement dans les secteurs des soins. Investir dans l'éducation préscolaire et la petite enfance, de la même manière, bénéficie à l'ensemble de la société et ces avantages, avec le temps, se traduisent par le fait que des «enfants mieux éduqués ont un privilège le bien-être devient des adultes plus productifs et plus épanouis. C'est pourquoi nous plaçons l'investissement dans les secteurs des soins dans la catégorie de l'infrastructure sociale» (Himmelweit, à paraître).

Dans le présent rapport, nous présentons les arguments théoriques, les éléments d'information tirés des études de cas et les résultats issus de notre propre recherche empirique en ce qui concerne les effets sur l'emploi, pour les hommes et les femmes, que peut générer un investissement dans l'infrastructure sociale. Nous plaidons en faveur de l'investissement public en période de faible croissance, de chômage élevé et de sous-emploi généralisé. Nous tenons à rappeler l'importance de l'investissement dans les infrastructures de soins, ainsi que dans les infrastructures physiques; nous passons en revue l'ensemble des éléments de recherche complémentaires et nous présentons de nouvelles observations empiriques issues des sept pays que nous avons étudiés (Allemagne, Australie, Danemark, États-Unis, Italie, Japon et Royaume-Uni) afin de donner une estimation de l'impact sur l'emploi que peut produire un investissement public accru dans les secteurs de la construction et des soins.

Notre analyse montre que l'investissement dans les secteurs de la construction ou des soins permettrait de créer de nombreux emplois. Par exemple, en investissant 2% du PIB dans l'économie des soins, et en admettant qu'il y ait suffisamment de capacités inutilisées pour réaliser ce surcroît d'investissement sans transformer le secteur ni déplacer l'offre de main-d'œuvre vers

¹ Cette stratégie, comme le souligne Paul Krugman (2015), constitue la réaction keynésienne classique à la récession; de nombreux gouvernements l'ont d'ailleurs appliquée dans le passé. Ce fut la réponse initiale du G20 face à la crise de 2008, même si elle apparaît de manière moins évidente dans le Pacte de stabilité et de croissance de l'Union européenne ou dans la poursuite de l'austérité du Royaume-Uni, influencés tous deux par la pensée économique néolibérale.

d'autres secteurs, le nombre total d'emplois pourrait augmenter de 2,4% à 6,1% en fonction des pays. Cela se traduirait par la création de près de 13 millions de nouveaux emplois aux États-Unis, 3,5 millions au Japon, presque 2 millions en Allemagne, 1,5 million au Royaume-Uni, 1 million en Italie, 600.000 en Australie et quasiment 120.000 au Danemark. Par conséquent, le taux d'emploi des femmes augmenterait entre 3,3 et 8,2 points de pourcentage (et entre 1,4 et 4,0 points pour les hommes) et les différences entre hommes et femmes en matière d'emploi diminueraient (de moitié aux États-Unis et d'au moins 10% au Japon et en Italie), les chiffres exacts dépendant des caractéristiques propres à chaque pays. Un niveau d'investissement du même ordre dans le secteur de la construction entraînerait également la création de nouveaux emplois, mais à peu près moitié moins seulement, et accentuerait les différences entre hommes et femmes au niveau de l'emploi au lieu de les réduire (voir tableaux 13, 14 et 15).

En plus de créer de nouveaux emplois, l'investissement dans la petite enfance et la prise en charge des personnes dépendantes permettrait de lutter contre certains problèmes économiques et sociaux fondamentaux auxquels se heurtent les sociétés contemporaines: faible productivité, déficit de soins, changements démographiques et inégalité persistante entre hommes et femmes dans le travail rémunéré et non rémunéré.

Nos observations révèlent que les gouvernements désireux de développer l'emploi devraient augmenter l'investissement public dans l'économie, et que cet investissement devrait être plus important dans les infrastructures de soins qu'il ne l'est actuellement. L'investissement dans l'économie des soins permettrait non seulement de créer davantage d'emplois, mais aussi de lutter contre le manque de soins et de réduire l'inégalité entre hommes et femmes. Une telle politique contribuerait à créer un modèle de développement plus inclusif et à hisser les économies hors de la récession.



Introduction

Augmenter l'investissement public permettrait de stimuler l'emploi et la croissance économique, et d'apporter des solutions plus efficaces que les politiques d'austérité actuelles pour sortir de la récession.

Dans ce rapport, nous cherchons à démontrer le bien-fondé de l'investissement public dans les infrastructures sociales et physiques. L'infrastructure sociale désigne l'éducation, la santé et la prise en charge de la dépendance. L'infrastructure physique se rapporte au secteur et aux activités relatifs à la construction de logements, de routes et de chemins de fer, pour lesquels l'investissement public est plus généralement sollicité en période de récession et de chômage élevé.

Nous commencerons par analyser les arguments théoriques en faveur d'un investissement public accru, et plus particulièrement de l'investissement dans l'infrastructure sociale, dans le contexte d'une croissance économique faible, d'un niveau de chômage élevé et d'une inégalité persistante entre hommes et femmes. Nous étudierons de manière plus générale l'investissement dans l'infrastructure sociale dans la perspective de réduire les différences de taux d'emploi entre les hommes et les femmes et de contribuer à résoudre le problème de la pénurie de soins identifié dans la plupart des pays de l'OCDE. Nous examinerons ensuite diverses études qui ont relevé des incidences positives suite à l'investissement dans l'infrastructure sociale puis nous présenterons les conclusions de nos propres analyses.

Notre étude empirique porte sur sept pays de l'OCDE à revenu élevé: Allemagne, Australie, Danemark, États-Unis, Italie, Japon et Royaume-Uni; ils ont été sélectionnés parce qu'ils reflètent différentes régions du monde et différents systèmes de réglementation économique et sociale, et aussi pour une question de disponibilité des données. Nous avons conçu un outil quantitatif reposant sur des tableaux des entrées-sorties et des statistiques officielles afin d'évaluer les effets directs et indirects sur l'emploi que peut produire une augmentation de l'investissement public, à la fois dans le secteur de la construction et dans le secteur des soins (petite enfance et prise en charge des personnes dépendantes), pour illustrer, respectivement, l'infrastructure physique et l'infrastructure sociale. Nos observations indiquent que l'investissement dans ces deux secteurs pourrait créer de nouveaux emplois, mais que l'investissement dans l'économie des soins générerait à peu près deux fois plus d'emplois que l'investissement dans le secteur de la construction.

Plus particulièrement, nous estimons qu'en investissant 2% du PIB dans l'économie des soins, le nombre total d'emplois pourrait augmenter de 2,4% à 6,1% en fonction des pays. Près de 13 millions de nouveaux emplois seraient créés aux États-Unis, 3,5 millions au Japon, un peu plus de 2 millions en Allemagne, 1,5 million au Royaume-Uni, 1 million en Italie, 600.000 en Australie et quasiment 120.000 au Danemark.

Nous pensons que la majeure partie des emplois créés seraient occupés par des femmes (entre 59% et 70% dans les pays étudiés), ce qui reflète en partie le niveau actuel de concentration de femmes dans l'économie des soins. Toutefois, en raison de l'impact de l'effet multiplicateur, de nombreux emplois créés seraient en dehors du secteur des soins, et l'investissement dans ce secteur entraînerait une hausse des emplois pour les hommes et pour les femmes. Selon nos observations, le taux d'emploi des femmes augmenterait entre 3,3 et 8,2 points de pourcentage et celui des hommes entre 1,4 et 4,0 points; par conséquent, les différences générales entre hommes et femmes en matière d'emploi diminueraient de 1,6 à 4,2 points, en fonction des caractéristiques du marché du travail dans des pays spécifiques.

Nous concluons que les pays qui cherchent à stimuler l'emploi pourraient investir dans l'infrastructure sociale, illustrée par les services de prise en charge de la dépendance (une catégorie d'investissement social que le discours politique tend à négliger par rapport à la santé et à l'éducation), et dans les formes traditionnelles d'infrastructure physique. Un tel investissement permettrait également d'atteindre une meilleure égalité entre hommes et femmes en réduisant les différences au niveau de l'emploi, en améliorant les conditions de travail dans l'économie des soins et en offrant davantage d'options aux aidants informels pour concilier un emploi rémunéré et les soins qu'ils dispensent.

“ **L'expansion, non la récession, est le bon moment pour l'austérité au Trésor** ”

John Maynard Keynes (1937: 390)

Raisons économiques en faveur de l'investissement public à l'époque actuelle

Situation générale

Les économies contemporaines sortent lentement et irrégulièrement de la crise financière de 2008 et de la récession la plus profonde de l'histoire. Pour éviter un effondrement économique général, les pays du G20 ont tout d'abord réagi de manière expansionniste en rendant l'argent disponible pour sauver les banques, et ils ont ensuite essayé de maintenir leurs activités de prêt par le biais d'un assouplissement quantitatif, dans l'espoir de stimuler le secteur privé. Des investissements publics ont par ailleurs été réalisés dans l'infrastructure physique, c'est-à-dire dans le secteur de la construction pour créer de nouvelles routes et de nouveaux ponts, encourager la hausse de l'emploi, en particulier l'emploi des hommes, qui a été le plus touché au début de la récession. Aucune attention n'a été accordée à l'impact sur les sexes ni à l'incidence sociale de cette stratégie ni, par exemple, à la mesure dans laquelle certains groupes sociaux spécifiques risquaient d'être affectés par le soutien aux banques. Le plan européen de relance économique, par exemple, ne mentionne pas les conséquences potentielles sur les hommes et sur les femmes, alors que l'intégration des questions liées aux spécificités des sexes demeure une politique officielle de l'UE (Bettio et al., 2012).

L'année 2010 a enregistré quelques petits signes de reprise. Cependant, les gouvernements se sont préoccupés du niveau élevé des dépenses publiques et de la taille de la dette publique. À partir de 2010 et par la suite, de nombreux gouvernements à travers le globe ont simultanément mis en place, quoique sans coordination, des politiques d'austérité dans l'espoir de réduire le déficit et la dette de leur secteur public. Cette réduction était perçue comme une question de survie économique et il n'a guère été prêté attention aux incidences négatives sur la croissance économique et l'emploi, ni à la manière dont les différents groupes sociaux seraient affectés, ni aux répercussions sur le genre ou toute autre forme d'égalité.

Ensuite, la rigueur des politiques d'austérité a varié d'un pays à un autre; aux États-Unis, le gouvernement a continué d'investir dans l'infrastructure physique pendant cette période, et la réduction de la croissance économique a été moins prononcée qu'au Royaume-Uni, par exemple, mais des réductions ont été opérées ailleurs, notamment au niveau des dépenses sociales (Seguino, 2015). Le gouvernement britannique a continué de privilégier l'austérité ainsi que la suppression du déficit et de la dette du secteur public, bien qu'il ait adopté entre 2012 et 2014 une politique de budget d'équilibre plutôt qu'une politique d'austérité. Il espérait stimuler l'économie en réduisant les impôts sur le revenu des personnes et les impôts sur les sociétés,



Photo: BIT

et en relançant le marché de l'immobilier, mais il a financé ces opérations en diminuant les services gouvernementaux et les paiements de sécurité sociale. Cette stratégie, dont l'efficacité reste à prouver, entraîne des conséquences extrêmement régressives sur la répartition et un impact négatif, spécialement sur les femmes retraitées et les familles monoparentales (WBG, 2015; Krugman, 2015; De Agostini et al., 2015).

Les réductions effectuées dans le secteur public ont eu des effets particulièrement néfastes pour les femmes car, dans de nombreux pays, il arrive plus souvent que les femmes travaillent dans le secteur public que les hommes, qu'elles fassent appel aux services publics et qu'elles soient obligées de pallier elles-mêmes le manque de services lorsque ces derniers sont supprimés. C'est ce que l'association caritative britannique Fawcett considère comme un «triple danger». En Europe, les femmes nées à l'étranger et, aux États-Unis, les «femmes de couleur» sont les plus pénalisées (Seguino, 2015). Au Royaume-Uni, les études réalisées par la bibliothèque de la Chambre des communes et l'organisme Women's Budget Group indiquent que l'incidence des réductions des dépenses publiques et de la sécurité sociale pèse essentiellement sur les femmes; dans le budget de l'été 2015 du parti conservateur, la proportion payée

par les femmes est estimée à 78,9% (conclusions des études de la bibliothèque de la Chambre des communes, 2015).

Ce revirement politique, par lequel le soutien du secteur public à l'économie et aux politiques expansionnistes est passé à l'austérité, est en partie justifié par deux rapports universitaires. L'un deux (Reinart et Rogoff, 2010) prédisait un déclin spectaculaire de la croissance économique si la dette publique excédait 90% du PIB, tandis que l'autre (Rosnik et Baker, 2012) affirmait que la réduction du déficit public et de la dette entraînerait une hausse significative de la « confiance » des entreprises, qui générerait à son tour de nouveaux investissements et une augmentation de la croissance – une notion désormais connue sous le nom de (l'oxymore) « contraction budgétaire expansionniste ». Or, il est ensuite apparu que ces recherches universitaires comportaient plusieurs failles fondamentales (Krugman, 2013; Herndon et al., 2014). En outre, le FMI a reconnu avoir sous-estimé les répercussions très négatives des réductions des dépenses publiques sur l'économie (Blanchard et Leigh, 2013). Certains responsables politiques ont alors entamé une nouvelle réflexion et ont commencé à accorder davantage d'attention aux politiques alternatives qui préconisent les dépenses d'investissement de l'État en période de faible croissance².

Des théories économiques contrastées: privilégier l'investissement public plutôt que l'assouplissement quantitatif ou les réductions d'impôts

Il existe deux approches contrastées pour essayer de stimuler les économies en situation de récession, de faible croissance et de chômage élevé: d'une part, l'assouplissement quantitatif – une forme de politique monétaire – et, d'autre part, l'investissement public direct dans l'économie – une forme de politique budgétaire.

Assouplissement quantitatif: politique monétaire

Les politiques actuellement appliquées par de nombreux pays cherchent à réduire le déficit et la dette afin de maintenir de faibles taux d'intérêt et, ainsi, de restaurer la confiance des investisseurs privés. Ces politiques sont associées au néolibéralisme, qui prône l'efficacité de la libéralisation, l'autorégulation des marchés et les budgets en équilibre, tout en considérant que les problèmes du fonctionnement de l'économie sont plus imputables à l'État qu'au marché et, précisément, que l'État est trop important et inefficace.

C'est pourquoi la politique budgétaire est axée sur la réduction des dépenses publiques (qui, autrement, excluraient l'investissement privé) et sur la réduction de la pression fiscale pour les particuliers et les entreprises, en vue de laisser « plus d'argent dans les poches des citoyens » et de permettre aux entreprises de garder davantage de bénéfices pour les investissements. Or, les réductions d'impôt doivent être compensées par des coupes dans d'autres domaines pour garder le déficit sous contrôle. Par conséquent, les réductions d'impôts ont pour contrepartie des coupes dans les services publics et les prestations de sécurité sociale, ce qui enlève de l'argent des poches des citoyens et se traduit

² Les pays de l'Union européenne sont liés par le Pacte de stabilité et de croissance qui limite le déficit du secteur public à 3% maximum et la dette publique à 60% maximum du PIB. En 2014, douze États membres avaient toujours un déficit supérieur aux directives européennes et 18 une dette qui dépassait le niveau maximum. Eurostat (2015) Statistics Explained. Accessible sur: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Public_balance_and_general_government_debt_2011%E2%80%9314_\(%C2%B9\).\(%25_of_GDP\)_YB15_II.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Public_balance_and_general_government_debt_2011%E2%80%9314_(%C2%B9).(%25_of_GDP)_YB15_II.png). Il est intéressant d'observer que les pays dont la dette est conforme au Pacte de stabilité sont tous de nouveaux États membres.

par des effets négatifs en termes de redistribution et des conséquences inégales selon les sexes, comme mentionné plus haut³.

Dans ce contexte, le seul moyen d'utiliser la politique monétaire pour stimuler l'investissement lorsque les taux d'intérêt sont déjà faibles est de recourir à l'assouplissement quantitatif. Dans la pratique, le gouvernement fait fonctionner la planche à billets et débloque des fonds pour les banques (en achetant leurs obligations), afin de favoriser les prêts bancaires et de relancer l'investissement du secteur privé.

Pour l'instant, ni l'assouplissement quantitatif ni les réductions d'impôt ne se sont révélés très efficaces. Les investisseurs du secteur privé veulent être sûrs que leurs produits seront vendus et pour cela ils ont besoin d'une demande effective (c'est-à-dire une demande de produits compensée par la capacité de les payer). Les personnes qui bénéficient de réductions d'impôts peuvent avoir d'autres difficultés et incertitudes qui entravent leur volonté de dépenser plus d'argent (précarité de l'emploi, suppression des services publics qui leur permettent d'obtenir un emploi, etc.). Ainsi, les personnes et les entreprises ont, dans la pratique, utilisé leurs fonds supplémentaires pour épargner ou pour rembourser leurs dettes en cours, et ont peut-être dû pallier le manque de services publics supprimés en effectuant un travail supplémentaire non rémunéré, ce qui a diminué leur revenu et n'est certainement pas de nature à promouvoir la croissance économique ou l'emploi.

Investissement public direct: politique budgétaire

Cette deuxième approche est celle sur laquelle repose l'analyse présentée dans ce rapport. Le choix de l'investissement public en période de chômage élevé et de faible croissance est issu de la théorie macroéconomique keynésienne, qui part du principe qu'un chômage élevé et une faible croissance sont dus à un manque de demande effective dans l'économie, ce qui décourage l'investissement privé. Le gouvernement doit donc combler ce manque et investir directement dans l'économie pour stimuler l'emploi et favoriser la reprise de l'économie, ce qui pourrait être réalisé sans aggraver l'inflation, à condition qu'il y ait suffisamment de capacités inutilisées dans l'économie.

L'investissement public va créer des emplois directement dans les activités dans lesquelles l'investissement est réalisé (par exemple la construction d'un pont ou les services de garde d'enfants), mais il y aura également des répercussions ou des effets « multiplicateurs » sur d'autres secteurs. Par ailleurs, des emplois seront créés dans les secteurs qui fournissent les matières premières et les services intermédiaires nécessaires à l'investissement initial. Ces effets sur la demande et l'emploi vont se répercuter le long de la chaîne d'approvisionnement, ce qui générera de l'emploi indirect dans de nombreux secteurs (y compris dans le(s) secteur(s) dans le(s)quel(s) l'investissement initial a été réalisé). Il s'agit de l'effet indirect sur l'emploi, qui multiplie l'effet direct de l'investissement d'origine sur l'emploi; en conséquence, le volume global de la création d'emplois, à partir de toute augmentation de l'investissement, sera plus important que l'effet immédiat ou direct du projet d'investissement initial.

En outre, le développement de l'emploi ainsi obtenu va contribuer à accroître le revenu des ménages, donc à relancer la de-

³ Au Royaume-Uni, le gouvernement de coalition de 2010-2015 et les nouveaux gouvernements conservateurs ont réduit simultanément l'impôt sur le revenu des particuliers, les services du secteur public et les prestations de sécurité sociale – des politiques dont les effets sur les hommes et les femmes ont été étudiés par le Women's Budget Group; voir par exemple le rapport du budget de 2013 du WBG sur: <http://wbg.org.uk/2013-a-budget-for-inequality-and-recession/>

mande des ménages en faveur de nombreux biens et services, notamment la nourriture, l'habillement, les services de soins et les loisirs, ce qui va générer d'autres emplois (c'est ce qu'on appelle l'effet induit sur l'emploi). Par le jeu des effets directs, indirects et induits sur l'emploi, cette hausse de la demande dans l'économie, due à l'investissement public, va créer des emplois et produire un impact expansionniste sur la demande globale, contribuant ainsi à sortir l'économie de la récession.

Au fil du temps, l'investissement initial devrait avoir des effets bénéfiques qui rapportent nettement plus à la société que ce qu'il coûte à l'origine, en raison de la demande générée ailleurs dans l'économie. Des économies seront réalisées dans les dépenses publiques du fait de la réduction des paiements qui auraient dû être effectués au titre des allocations de chômage ou des prestations de sécurité sociale; les nouveaux employé(e)s paieront des impôts et, à plus long terme, il se produira un retour sur investissement. Dans les exemples cités plus haut concernant la construction de ponts ou les services de soins, ce retour sur investissement serait dû à la réduction du temps passé dans les transports, ou au fait que la population serait plus productive et en meilleure santé. Si l'on craint que ce retour sur investissement mette trop de temps à se concrétiser et que les répercussions immédiates de l'investissement public entraînent une augmentation trop forte du déficit et de la dette, alors une banque d'investissement soutenue par le gouvernement pourrait être créée pour encourager directement l'investissement privé⁴.

Ces arguments ne sont pas nouveaux: ils datent des années 1930, lorsque John Maynard Keynes proposait une solution à la récession de l'époque. Keynes est connu pour avoir dit que le type d'investissement public importait peu. Pour lui, même si les gens étaient employés pour creuser des trous et les reboucher juste après, il y aurait une incidence positive sur l'économie en raison des effets multiplicateurs, comme expliqué plus haut. Voici d'ailleurs ce qu'en disait Keynes lui-même:

«Si la Trésorerie était disposée à emplir de billets de banque des vieilles bouteilles, à les enfouir à des profondeurs convenables dans des mines désaffectées qui seraient ensuite comblées avec des débris urbains, et à autoriser l'entreprise privée à extraire de nouveau les billets suivant les principes éprouvés du laissez-faire (le droit d'exploiter les terrains billettifères étant, bien entendu, concédé par adjudication), le chômage pourrait disparaître et, compte tenu des répercussions, il est probable que le revenu réel de la communauté de même que sa richesse en capital seraient sensiblement plus élevés qu'ils ne le sont réellement. À vrai dire, il serait plus sensé de construire des maisons ou autre chose d'utile ; mais, si des difficultés politiques et pratiques s'y opposent, le moyen précédent vaut encore mieux que rien». (Keynes, 2007/1936: 129)

Plus récemment, dans le même esprit, Robert Skidelsky et Felix Martin ont noté:

À court terme, peu importe que la hausse de la demande globale consiste à employer des personnes pour creuser des trous et les reboucher, à donner à chaque ménage un bon d'achat limité dans le temps ou à construire une nouvelle voie ferrée. Ce qui compte, c'est de maintenir le ni-

veau global des dépenses dans l'économie – afin que le chômage cesse d'augmenter et, avec un peu de chance, qu'il recommence à diminuer. Mais à long terme, il est préférable d'accroître la demande globale grâce aux dépenses d'investissement parce que cela crée des actifs à venir identifiables qui promettent de s'autofinancer et d'améliorer le potentiel de croissance. (Skidelsky et Martin, 2012)

Par conséquent, des dépenses d'investissement pourraient être réalisées dans les projets d'infrastructure qui apportent des avantages à la société dans son ensemble, ainsi qu'aux usagers directs, et ces avantages s'inscriront dans la durée de telle sorte que ces projets généreront des effets bénéfiques à l'avenir.

Discrimination liée au genre dans la pensée économique

L'idée selon laquelle l'investissement public devrait financer des projets assurant des retombées positives durables et à grande échelle apparaît dans les réglementations fixées par les États ou par l'Union européenne qui définissent les limites acceptables de dette et de déficit, mais permettent de dépasser ces limites si la dépense est destinée aux dépenses d'investissement plutôt qu'aux dépenses de fonctionnement. La distinction entre ces deux types de dépenses est expliquée dans le Système de comptabilité nationale des Nations Unies. Les dépenses d'investissement représentent le stock de capital, tandis que les dépenses de fonctionnement sont considérées comme des dépenses publiques annuelles courantes, qui font partie du PIB. Cette distinction met en évidence une discrimination liée au genre dans la pensée économique et la comptabilité. En effet, l'investissement dans l'infrastructure physique telle que la construction de ponts, d'écoles, d'hôpitaux ou de crèches serait autorisé et engloberait en même temps le salaire des ouvriers, alors que le financement du fonctionnement des écoles, des hôpitaux et des crèches, comprenant le salaire des enseignant(e)s, des infirmiers/ères et des employé(e)s de la petite enfance, ne serait pas autorisé. La classification du Système de comptabilité nationale ne reconnaît pas la contribution productive à long terme de l'infrastructure sociale qu'offre l'emploi dans les secteurs de l'enseignement et des soins, en créant et en maintenant le stock de «capital humain».

Tout le monde gagne à ce que la population et la société aient accès à une meilleure éducation, à une meilleure santé et à de meilleurs soins, et l'économie continuera de bénéficier encore longtemps des dépenses réalisées aujourd'hui dans l'éducation, la santé et la petite enfance. C'est pourquoi nous avons choisi d'appeler ce type de dépenses «investissement dans l'infrastructure sociale». À partir du milieu des années 2000, les gouvernements ont commencé à reconnaître que les dépenses consacrées à l'éducation et à la santé pouvaient être considérées comme un investissement social parce qu'elles amélioreraient la capacité de production de l'économie, mais ils n'ont pas cherché à changer les règles de comptabilité qui permettraient d'assimiler ces dépenses à des dépenses d'investissement. Ils n'ont pas perçu non plus de cette manière les services de prise en charge des personnes dépendantes, et particulièrement des personnes âgées, pour lesquels le lien entre les dépenses et le renforcement de la capacité de production est moins évident que dans le cas de l'éducation⁵. En outre, ce type de dépenses est

⁴ Robert Skidelsky et Felix Martin (2012) évoquent ici les banques soutenues par les gouvernements, comme la Banque européenne d'investissement, la Banque nordique d'investissement ou la banque allemande Kreditanstalt für Wiederaufbau. La différence entre cette stratégie et l'assouplissement quantitatif réside dans le fait que les fonds seraient tous dépensés (et sur des projets approuvés).

⁵ Toutefois, un système de soins de longue durée pourrait être considéré comme un contrat passé entre les générations et un système d'assurance pour la population comme un tout permettant de prendre en charge tous les soins dont les personnes pourraient avoir besoin dans le futur. Financer ce type de système constituerait alors un investissement dans le bien-être de l'ensemble de la population, qui serait en mesure de continuer de contribuer à la société d'une autre manière, rassurée que ses besoins de soins et ceux de ses proches soient pris en charge.

rarement considéré comme une forme d'investissement adaptée, dans la mesure où les responsables politiques cherchent des manières efficaces de créer de l'emploi en période de récession. C'est même l'inverse qui s'est produit, et de nombreux pays ont diminué les dépenses publiques dans l'éducation, la santé, la petite enfance et la prise en charge de la dépendance dans le cadre de leurs stratégies de réduction du déficit, bien que l'ampleur de ces coupes varie d'un pays à un autre.

Ce manque d'intérêt à l'égard des projets d'infrastructure sociale révèle une discrimination liée au genre dans la pensée économique et provient probablement de la division du travail entre hommes et femmes et de la ségrégation sexuelle en matière d'emploi, les femmes étant surreprésentées dans l'économie des soins et les hommes dans celui de la construction. L'investissement dans l'infrastructure sociale a davantage tendance à créer des emplois pour les femmes, tandis que les emplois générés par l'investissement dans l'infrastructure physique sont largement destinés aux hommes. L'emploi des hommes apparaît souvent comme un problème plus urgent du fait que les hommes sont en principe les soutiens de famille, alors que de plus en plus de foyers à deux ou plusieurs personnes ont besoin de plus d'un seul salaire. Cependant, de nombreux gouvernements sont attachés à l'égalité des sexes et, dans certains cas, ont une obligation légale de réduire les inégalités entre hommes et femmes. Il leur incombe donc, si un projet de création d'emplois implique davantage d'emplois pour les hommes que pour les femmes, de garantir au moins un rééquilibrage des emplois en proposant des projets qui génèrent plus d'emplois pour les femmes que pour les hommes, afin de ne pas aggraver l'écart entre hommes et femmes en matière d'emploi.

L'argument de l'efficacité plaide également en faveur de l'investissement dans l'infrastructure sociale en plus de l'infrastructure physique pour stimuler l'emploi. Notre analyse empirique montre que, pour un volume d'investissement comparable dans le secteur des soins et de la construction, davantage d'emplois sont créés globalement, même en équivalents temps plein, en investissant dans l'économie des soins – et l'écart entre hommes et femmes a plus tendance à se resserrer qu'à s'amplifier en termes d'emploi.

Avant de passer à nos propres observations, nous décrivons brièvement l'intérêt d'investir dans l'infrastructure sociale, et nous présenterons les conclusions d'autres études qui montrent également la valeur relative de l'investissement dans l'infrastructure sociale.

Utilité économique et sociale du secteur des soins

L'investissement public dans l'infrastructure sociale présente un intérêt économique puisque non seulement il crée de l'emploi mais qu'il contribue en outre à l'égalité entre hommes et femmes et au développement humain (Antonopoulos et Kim, 2011).

Les services de soins collectivisés, pour la petite enfance et les personnes âgées, permettent non seulement de créer directement des emplois dans l'économie des soins, mais aussi de libérer les personnes, qui vont pouvoir exercer d'autres tâches. En effet, les systèmes collectivisés de soins, qu'il s'agisse de crèches ou de maisons de retraite, et même de services organisés dispensés au domicile des personnes, sont généralement plus productifs que le soin individualisé prodigué par la famille. En

particulier, un système collectif favorise la présence des femmes sur le marché du travail, sans quoi elles devraient probablement s'occuper elles-mêmes des personnes à charge au domicile.

L'investissement public dans l'économie des soins contribue également à résoudre le problème de déficit de soins qui se pose du fait que les femmes sont plus nombreuses que jamais à avoir des emplois rémunérés, et que la participation des hommes aux tâches domestiques et aux soins n'a pas suffisamment augmenté pour compenser la différence. De plus, du fait d'une plus grande mobilité, les familles sont plus dispersées géographiquement, et il est de plus en plus difficile de compter sur les grands-parents pour garder leurs petits-enfants ou sur les enfants adultes pour s'occuper de leurs parents âgés.

Par ailleurs, à condition qu'ils soient suffisamment financés et réglementés, les systèmes publics de soins contribuent au bien-être des enfants en offrant davantage de possibilités d'apprentissage, de développement social et d'intégration sociale.

Les femmes ont plus tendance que les hommes à occuper les emplois créés dans les services liés aux soins, en raison d'une ségrégation sectorielle et professionnelle persistante. Elles sont généralement plus enclines à accepter tout type d'emploi, dès lors qu'il existe des services de soins abordables et de haute qualité qui allègent leur responsabilité de dispenser des soins non rémunérés, ce qui demeure l'un des principaux obstacles à une présence plus forte des femmes dans l'emploi rémunéré. L'investissement dans les services de soins peut contribuer à diminuer la ségrégation sexuelle, mais tout dépend de la manière dont les hommes sont encouragés à occuper des emplois dans l'économie des soins; l'amélioration des conditions de salaire peut éventuellement les y inciter. Dans tous les cas, l'effet initial de l'investissement dans l'infrastructure sociale contribuerait à réduire l'écart entre hommes et femmes en matière d'emploi, et aussi en termes de différence de temps consacré aux soins non rémunérés.

Potentiellement, les systèmes publics de soins réduiraient également les divisions sociales en permettant aux femmes ayant de faibles revenus de faire partie de la main-d'œuvre ou d'augmenter leur nombre d'heures de travail et, par conséquent, leur revenu. Sans ces systèmes publics, les femmes faiblement rémunérées sont découragées par les tarifs élevés des soins du secteur privé, qui sont accessibles aux femmes dont les revenus sont plus importants (Esping-Andersen, 2009). Les augmentations de salaire et les droits à la retraite en résultant profiteraient ainsi aux femmes tout au long de leur vie et gommèrent les disparités entre hommes et femmes en matière de pauvreté, permettant là encore de réduire les inégalités économiques entre les deux sexes. Des services publics de garde d'enfants de haute qualité peuvent également contribuer à limiter les divisions sociales, si des enfants d'origine différente sont accueillis ensemble dans les mêmes structures.

Ces arguments ont été avancés par des économistes féministes (Elson et al., 2013), des organisations telles que le Women's Budget Group dans le cadre de leur «plan F» féministe en faveur de la reprise, et par des défenseurs de la Purple Economy (Ilk-karacan, 2013), selon lesquels la société a besoin de soins, qui représentent une «composante indispensable du bien-être des humains» (ibid., p.32). L'infrastructure sociale publique est fondamentale pour le développement économique.

Les politiques macroéconomiques socialement inclusives qui tiennent compte des besoins des deux sexes ont une logique économique: conclusions issues des éléments de recherche existants

La notion d'investissement dans l'économie des soins et l'infrastructure sociale est relativement nouvelle, mais la preuve de son efficacité commence à se profiler. En outre, certains gouvernements suivent désormais cette approche.

Depuis 1997, la République de Corée reconnaît qu'il est important d'investir dans la petite enfance en considérant qu'un enseignement préscolaire est «le meilleur investissement pour l'éducation» qu'un pays puisse faire pour «poser les fondations du développement holistique des êtres humains» (Peng, 2009: 16). Les dirigeants coréens pensaient que ce type d'investissement allégerait les charges financières des familles et améliorerait la participation économique et sociale des femmes, et que cette «socialisation des soins destinés aux enfants et aux personnes âgées créerait de nouveaux moteurs de croissance économique» (Ibid.: 34). Ainsi, le gouvernement coréen admet apparemment qu'une harmonie est possible entre les objectifs économiques et les objectifs sociaux.

L'exemple coréen n'est pas isolé; l'Union européenne a maintes fois plaidé en faveur du rôle important de l'État en tant qu'investisseur social, caractérisé par l'investissement dans l'éducation et la santé (et la petite enfance) pour garantir la productivité future des travailleurs/euses et, ainsi, la compétitivité économique. Le Sommet de Barcelone de 2002 a fixé un objectif ambitieux pour les effectifs de la petite enfance, que tous les États membres devaient atteindre en 2010; cette mesure était considérée comme primordiale pour stimuler l'emploi des femmes (voir les profils des pays). L'Allemagne a, en particulier, intensifié ses investissements dans la petite enfance depuis le milieu des années 2000. Le Japon, confronté au problème du vieillissement rapide de sa population et d'une très faible fertilité, a déjà entrepris d'importantes réformes pour dynamiser les services de petite enfance. En revanche, les soins de longue durée ont été laissés de côté dans cette vision de l'investissement social, étant donné que l'argument selon lequel il est efficace de stimuler la productivité de ses bénéficiaires directs ne pouvait pas s'appliquer de la même manière, même à long terme. Toutefois, les services de soins de longue durée de haute qualité pour les adultes contribuent à l'économie en améliorant la santé et



Photo: BIT

l'autonomie, non seulement des bénéficiaires mais aussi des aidants informels. Ces derniers pourraient ainsi être libérés de leurs tâches afin d'effectuer d'autres activités «productives». Les services de soins de haute qualité permettraient à tous les travailleurs d'éviter le stress de devoir s'occuper des membres de la famille âgés ou de se demander si quelqu'un subviendra à leurs propres besoins de soins à l'avenir, ce qui crée un contrat social vertueux entre les groupes et les générations.

Les consultants de la société de conseil ICF GHK (2015) se sont intéressés à l'utilité économique de la prise en charge des adultes dépendants en Angleterre, plus précisément des personnes âgées. Ils ont évalué la valeur économique directe du secteur lui-même, la valeur économique indirecte résultant de la demande de biens et services dans d'autres secteurs et, enfin, la valeur économique induite, imputable au fait que tous ces travailleurs dépensent leur salaire.

Ils ont constaté qu'en tenant compte de tous ces effets, le secteur de la prise en charge de la dépendance atteignait un nombre de 1,5 million de travailleurs/euses (1,3 million d'équivalents temps plein, soit 6,4% de la main-d'œuvre), ce qui génère une valeur ajoutée brute (VAB) de 20 milliards GBP, soit 1,8% de la production nationale totale. Ce nombre global d'employés est légèrement plus élevé que celui qui est généré dans les secteurs de la construction, du transport ou de la fonction publique. De surcroît, la prise en charge de la dépendance produit une VAB supérieure au secteur juridique, aux secteurs de la production et de la distribution d'électricité et de gaz, des arts, du divertissement et des loisirs. L'intérêt de cette analyse, qui a été menée à la demande d'un groupe d'employeurs, était de mettre en évidence l'importance particulière du secteur de la prise en charge des personnes dépendantes.

À l'aide d'un système d'analyse parallèle à nos propres recherches empiriques, Rania Antonopoulos et Kijong Kim (2011) ont étudié les effets de l'investissement dans la prise en charge de la dépendance (à savoir la petite enfance et les personnes âgées) en Afrique du Sud et aux États-Unis. Dans le cadre de leur analyse, ils ont évalué l'impact d'un investissement dans la prise en charge de la dépendance équivalent à 1% du PIB par rapport à un investissement similaire dans l'infrastructure physique; ils ont calculé les effets directs et indirects sur l'emploi (mais non les effets induits), et observé la répartition de ces emplois par sexe et par catégorie de revenus.

Dans ces deux pays, ils ont constaté que le nombre d'emplois créés grâce à l'investissement dans la prise en charge de la dépendance était à peu près le double des emplois générés par un niveau comparable d'investissement dans l'infrastructure physique, ce qui correspond aux résultats que nous avons obtenus pour les États-Unis⁶. Ils ont également noté que la composition hommes-femmes des emplois concordait avec le modèle stéréotypé selon lequel les femmes occupent de manière disproportionnée les emplois créés par l'investissement dans la prise en charge de la dépendance tandis que les hommes sont particulièrement présents dans l'infrastructure physique. Il est plutôt frappant d'observer, pour la simulation réalisée en Afrique du Sud, que les femmes n'occupent que 55% des emplois créés par l'investissement dans la prise en charge de la dépendance – en tenant compte à la fois des emplois créés directement et indirectement. En comparaison, les femmes occupent seulement 18% des emplois générés par l'investissement dans l'infrastructure physique. Ainsi, tandis que la plupart des emplois directement créés dans le secteur de la prise en charge de la dépendance sont occupés par des femmes, un plus grand nombre d'emplois sont également créés chez les hommes suite à un investissement dans le secteur de la prise en charge de la dépendance qu'après un investissement dans l'infrastructure physique⁷.

Le travail d'Hannah Bargawi et Giovanni Cozzi (2014) – au moyen du modèle de macrosimulation Cambridge-Alphametrics Model (CAM) – corrobore ces résultats. Leur étude porte sur la faisabilité des alternatives à l'austérité dans les pays de la zone euro. Ils concluent qu'il est possible de concilier croissance économique, hausse de l'emploi (notamment des emplois féminins) et baisse de la dette et des déficits publics. En effet, d'après ce modèle,

⁶ Plus précisément, leurs résultats sont tirés d'une simulation de politique ex ante. L'analyse du multiplicateur basé sur la matrice de comptabilité sociale et la microsimulation de la propension calculée en fonction du classement révèlent toutes deux que l'augmentation de la prise en charge des personnes dépendantes a une incidence favorable pour les pauvres.

⁷ Pour 100 emplois créés dans l'infrastructure physique (82 pour les hommes), 200 sont créés dans le secteur de la prise en charge de la dépendance (donc $45\% \times 200 = 90$ emplois pour les hommes).

un scénario macroéconomique qui tient compte des besoins des deux sexes, qui s'appuie sur l'accroissement des dépenses et de l'investissement publics, et qui cible l'emploi des femmes, donnerait de meilleurs résultats en termes d'objectifs économiques et sociaux de l'UE que le maintien du statu quo et de l'austérité. Ils constatent par ailleurs que l'investissement axé en particulier sur l'emploi des femmes entraînerait globalement un plus grand nombre d'emplois, une meilleure croissance économique et une plus forte réduction de l'endettement et de l'écart entre les hommes et les femmes en matière d'emploi.

Il apparaît donc de plus en plus clairement que les politiques qui tiennent compte des besoins des deux sexes ne sont pas incompatibles avec la croissance économique. Ces résultats indiquent en effet que des politiques équitables pour les hommes et les femmes et qui favorisent le développement humain ont une logique économique. L'analyse empirique que nous présentons ci-dessous vise à approfondir cette idée en étudiant les différences de l'impact de l'investissement public dans l'infrastructure sociale et dans l'infrastructure physique, dans sept pays de l'OCDE.

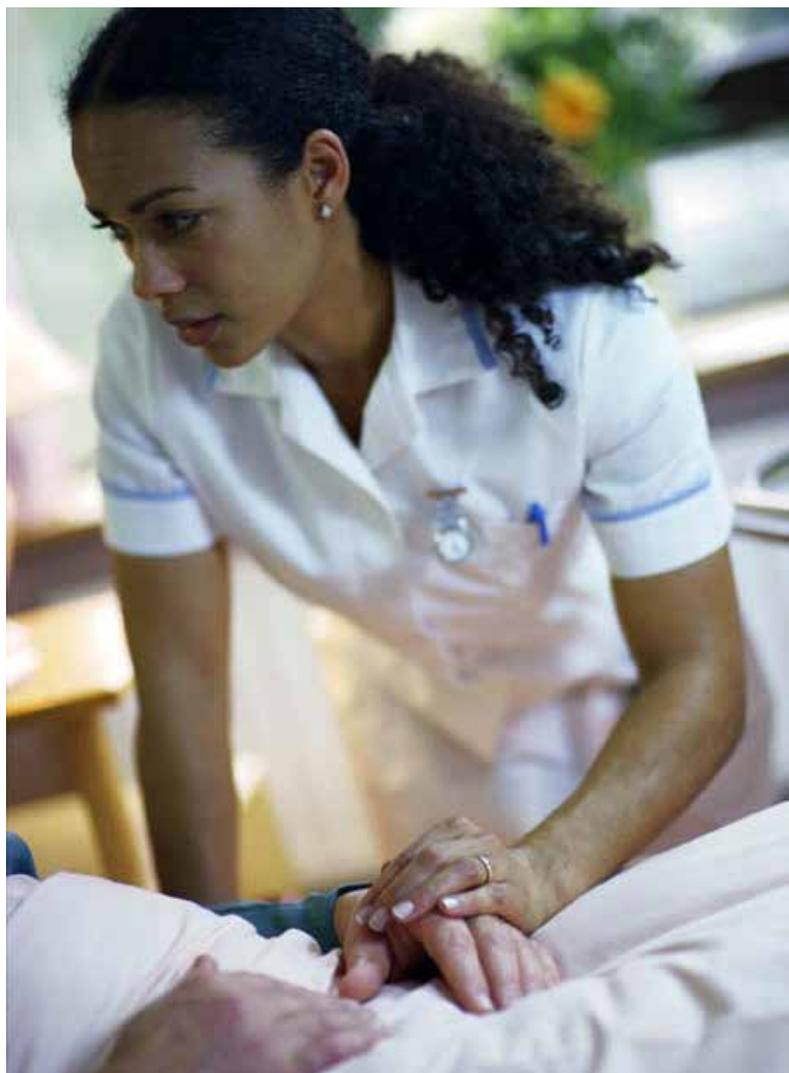


Photo: www.nurses-forum.com

Présentation générale des pays étudiés

Systèmes de soins

Un récapitulatif du régime de soins de chaque pays est proposé en annexe 1. Dans l'ensemble, les sept pays choisis pour cette analyse diffèrent au niveau de l'intervention directe de l'État pour dispenser des services de soins à sa population, qu'il s'agisse d'enfants au stade préscolaire ou d'adultes qui ont besoin d'aide dans leurs activités quotidiennes. Si l'on s'en tient à la typologie traditionnelle des régimes sociaux présentés dans notre étude, le Danemark se distingue des autres par son système de type social-démocrate et ses services de soins développés, abordables, administrés ou subventionnés par le secteur public, d'une haute qualité et très accessibles. Le Royaume-Uni, l'Australie et les États-Unis, généralement considérés comme des régimes libéraux, fournissent peu de services publics et lorsqu'un système de soutien financier existe, les sommes destinées aux familles ou aux destinataires des soins ont tendance à servir à acheter des services sur le marché. L'Allemagne, le Japon et l'Italie – qui ne sont pas toujours pris ensemble dans les analyses des régimes sociaux, selon le type de politiques sociales étudiées – comptent traditionnellement sur les membres de la famille (essentiellement les femmes) pour s'occuper des enfants et des personnes âgées à domicile. Ces aidants informels ne sont pas formés mais sont parfois rémunérés; un soutien financier existe pour les aidants au foyer, notamment en Allemagne. Toutefois, ces dernières années, l'Allemagne et le Japon ont mis en place des systèmes d'assurance sociale pour dispenser les soins de longue durée, tout en investissant directement dans les services de petite enfance, alors que l'Italie demandait seulement davantage de services publics dans le domaine de la petite enfance.

Dans tous les pays, hormis le Danemark, les services de soins demeurent insuffisants et de nombreuses femmes s'occupent encore très largement des adultes dépendants et des enfants. Le coût de ces services et, par conséquent, leur accessibilité, reste le principal problème au Royaume-Uni et aux États-Unis pour les familles à faibles revenus, bien que dans certains cas la préoccupation majeure soit également la disponibilité des services, en particulier dans le secteur de la petite enfance. Dans les autres pays, la disponibilité des places et les heures d'ouverture sont plus problématiques que les tarifs, les services existants étant mieux subventionnés mais assez limités.

Le tableau 1 présente les chiffres des dépenses publiques dans le domaine de la petite enfance et le taux de fréquentation des garderies chez les enfants de moins de 5 ans. Dans tous les pays, les effectifs reflètent la disponibilité des places de garderie compte tenu de la forte demande. Les enfants de 3 à 5 ans sont nettement plus nombreux que les enfants de 0 à 2 ans. Il convient de noter qu'en Australie et au Royaume-Uni, la moyenne d'heures hebdomadaire en garderie pour ces deux tranches d'âge est beaucoup plus basse que dans les autres pays.

Nous n'avons pas de données relatives aux dépenses privées pour la prise en charge des enfants en bas âge, bien que les totaux des deux premières colonnes du tableau 1 fassent apparaître des aides financières publiques (subventions pour la garde d'enfants) versées aux parents pour payer les services de garde d'enfants privés. Les dépenses restant à la charge des parents oscillent entre 0% des revenus nets d'une famille typique dont les deux parents ont un salaire au Danemark et en Allemagne, à 50% aux États-Unis (base de données de l'OCDE sur la famille, 2014).

Tableau 1: Indicateurs synthétiques des services de garde d'enfants

	Éducation préscolaire et petite enfance	Enfants 0-5 ans	Enfants 0-2 ans		Enfants 3-5 ans	
	Dépenses publiques % PIB	Dépenses publiques % PIB	Effectifs % enfants	Nombre d'heures (moyenne)	Effectifs % enfants	Nombre d'heures (moyenne)
Allemagne	0,49	0,49	24	30	94	28
Australie	0,38	0,59	31	22	65	13
Danemark	1,51	1,51	74	35	96	34
États-Unis	0,37	0,37	26	32	70	32
Italie	0,62	0,62	26	31	95	33
Japon	0,13	0,13	26	35	89	25
Royaume-Uni	0,44	0,82	35	14	94	20

Notes: (1) Les chiffres de la base de données de l'OCDE sur la famille concernant les dépenses publiques au Japon (0,45), au Royaume-Uni (1,1) et au Danemark (2,0) sont plus élevés parce qu'ils comprennent les dépenses pour les services sociaux et la protection de l'enfance. (2) Les chiffres relatifs à l'Australie et au Royaume-Uni, dans la deuxième colonne, tiennent compte des dépenses consacrées à l'enseignement primaire pour les enfants âgés de 5 ans.
Source: voir les profils des pays en annexe 1.

Les dépenses de soins de longue durée pour adultes sont plus difficiles à estimer; ainsi, le tableau 2 récapitule les différentes sources et l'estimation cumulée des dépenses publiques pour les services de soins de longue durée. Ces dépenses publiques pour les soins de longue durée constituent une proportion plus importante du PIB que pour les services de garde d'enfants. Notons que les dépenses privées (les dépenses qui restent à la charge des ménages), telles qu'elles sont mesurées dans la base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales et dans la base de données d'Eurostat sur les dépenses de santé, sont inférieures aux dépenses publiques. Comme détaillés dans les profils de pays en annexe 1, la majeure partie des soins de longue durée sont prodigués par des aidants informels non rémunérés, essentiellement le/la conjoint(e) ou les enfants de la personne concernée. Au Danemark, 52% des personnes dépendantes n'ont pas recouru aux services de soins de longue durée conventionnels en 2010, contre 72% en Allemagne, 74% au Royaume-Uni et 76% en Italie (Lipszyc et al., 2012).

Tableau 2: Dépenses publiques et privées pour les soins de longue durée (sources diverses)

	SOCX OCDE		Eurostat		Lipszyc et al. 2012		Estimation
	Soins longue durée 2011		Soins longue durée 2011		Soins longue durée 2010		Soins longue durée 2011
	Dépenses	Dépenses	Dépenses	Dépenses	Dépenses	Dépenses	Dépenses
	publiques en nature % PIB	privées en nature % PIB	publiques en nature % PIB	privées en nature % PIB	publiques en nature % PIB	publiques en espèces % PIB	publiques en nature % PIB
Allemagne	1,545	0,524	1,02	0,39	0,98	0,45	1,02
Australie	0,887	0,005	0,10	0,01	-	-	0,80
Danemark	2,300	0,185	2,35	0,19	2,47	2,04	2,35
États-Unis	0,578	0,384	0,57	0,39	-	-	0,57
Italie	-	-	-	-	1,04	0,86	1,04
Japon	0,781	0,129	1,87	0,23	-	-	1,87
Royaume-Uni	-	-	-	-	1,42	0,56	1,42

Source: Voir les profils de pays en annexe 1.

Comme pour les services de garde d'enfants, le Danemark se distingue en dépensant proportionnellement beaucoup plus d'argent dans les soins de longue durée que les autres pays. Il est suivi par le Japon, où une importante proportion des dépenses publiques est affectée à la composante sociale des services de soins de longue durée (c'est-à-dire l'aide aux activités importantes telles que le ménage et la cuisine), par opposition à la composante de santé que comportent les soins médicaux (y compris l'hygiène personnelle), qui représentent la majeure partie des dépenses publiques dans la plupart des pays.



Marchés du travail

Rappelant en partie les différences existant dans les services de soins, les caractéristiques de l'emploi des hommes et des femmes dans les sept pays étudiés indiquent qu'il serait possible d'augmenter à la fois le nombre d'emplois et le nombre d'heures de travail. C'est particulièrement vrai pour les femmes, dont le taux d'emploi est inférieur à celui des hommes, de 6,5 points de pourcentage au Danemark à plus de 20 points en Italie et au Japon (tableau 3). Les femmes ont plus tendance à travailler à temps partiel et à avoir un salaire horaire inférieur à celui de leurs homologues masculins dans tous les pays, avec des variations significatives entre les régimes de soins. Aucun pays ne connaît l'égalité des sexes dans l'emploi, non seulement en ce qui concerne les taux généraux mais aussi la qualité et les conditions de travail.

Tableau 3: Principaux indicateurs du marché du travail

	Taux d'emploi 15-64 ans (4 ^e trimestre 2014)		Fréquence du temps partiel (2014)		Taux de chômage (4 ^e trimestre 2014)		Disparités sala- riales hommes- femmes (2013) (temps plein)	Taux d'emploi des mères 15-64 ans (enfant le plus jeune 0-5ans) (2013)
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Alle- magne	78,1%	69,7%	9,1%	37,5%	5,4%	4,6%	16,6	61,9%
Australie	77,1%	66,1%	14,0%	38,3%	6,3%	6,4%	18,0	51%
Danemark	76,1%	71,0%	14,6%	25,4%	6,6%	6,4%	7,8	77,7%
États-Unis	73,9%	63,3%	8,0%	16,8%	5,9%	5,7%	17,9	58,6%
Italie	64,8%	46,9%	8,6%	32,9%	12,1%	14,4%	11,1	52,2%
Japon	81,6%	64,2%	12,0%	37,2%	3,8%	3,4%	26,6	42,9%
Roy.-Uni	77,0%	67,6%	11,7%	38,1%	6%	5,5%	17,5	60,6%

Notes: Base de données de l'OCDE sur l'emploi et sur la famille. Au Japon, le taux d'emploi des mères concerne les femmes âgées de 25 à 54 ans pour l'année 2010.

Emploi dans le secteur des soins

Le tableau 4 ci-dessous indique le nombre d'équivalents temps plein (ETP) dans les deux secteurs étudiés ici et le nombre total, ainsi que le pourcentage du nombre total d'employé(e)s dans chaque secteur et la proportion de femmes dans chaque secteur.

Tableau 4: Emploi dans le secteur des soins et le secteur de la construction

	Nombre d'équivalents temps plein (en milliers)			% du total (ETP)		% de femmes	
	Total	Constr.	Soins	Constr.	Soins	Constr.	Soins
Allemagne	29747,4	1982,9	1380,9	6,7%	4,6%	13%	75%
Australie	8807,1	703,8	400,9	8,0%	4,6%	11%	79%
Danemark	1752,7	112,4	200,6	6,4%	11,4%	8%	81%
États-Unis	122269,0	5903,0	5116,0	4,8%	4,2%	13%	81%
Italie	15566,1	1135,6	337,7	7,3%	2,2%	6%	85%
Japon	46932,7	4775,0	2224,3	10,2%	4,7%	14%	77%
Roy.-Uni	21580,5	1284,4	1301,1	6,0%	6,0%	11%	80%

Source: Voir annexe 3.

Le tableau 5 présente le salaire par équivalent temps plein pour chaque secteur (proportion du salaire moyen par employé, tous secteurs confondus) et le ratio du salaire moyen dans les deux secteurs. Il apparaît que, dans quatre pays (Allemagne, Australie, Danemark et Italie), les employé(e)s du secteur des soins sont légèrement moins bien payés que dans le secteur de la construction, et qu'ils sont mieux payés au Japon. Toutefois, leur salaire est toujours inférieur à la moyenne nationale, à l'exception de l'Australie. En revanche, au Royaume-Uni et aux États-Unis, le salaire des employés du secteur des soins est deux fois moins élevé que dans le secteur de la construction, et nettement inférieur à la moyenne nationale.

Tableau 5: Salaire des employés par équivalent temps plein (% du salaire moyen)

	Constr.	Soins	Ratio soins/constr.
Alle-magne	79%	70%	88%
Australie	108%	106%	97%
Danemark	90%	85%	94%
États-Unis	70%	38%	54%
Italie	76%	69%	90%
Japon	73%	81%	112%
Roy.-Uni	100%	44%	44%

Source: Voir annexe 3.

L'annexe 3 donne une vue d'ensemble des catégories professionnelles des principaux secteurs des soins de certains pays. Bien que les secteurs des soins, dans la plupart des pays, comportent une grande variété de professions nécessitant des qualifications différentes, les données des États-Unis et du Japon indiquent que les professions relatives aux soins représentent une large majorité des emplois de ce secteur (au-dessus de deux tiers, en comptant les infirmiers/ères et les professionnels de santé).

Le tableau 6 présente le salaire moyen de certaines professions sélectionnées dans le secteur des soins, comparé au salaire des infirmier/ères diplômés et des enseignant(e)s du primaire. Ces données n'ont pu être recueillies que dans quatre pays (voir annexe 4 pour de plus amples informations). Les personnels des secteurs des soins de ces quatre pays ont un salaire nettement inférieur à la moyenne nationale, et les rémunérations varient peu entre les employés de la petite enfance et ceux des soins de longue durée. Il convient de noter que, en Australie, ces deux catégories de travailleurs ont un salaire très inférieur à la moyenne nationale, contrairement à d'autres travailleurs du secteur des soins, comme l'indique le tableau 4 ci-dessus. Il faut également noter que les disparités salariales entre les personnels de soins, les infirmiers diplômés et les enseignants du primaire sont particulièrement importantes aux États-Unis et relativement faibles au Danemark.

Tableau 6: Salaires des professions de soins (% des salaires moyens, toutes professions confondues)

	Infirmiers/ères	Enseignant(e)s (primaire)	Employé(e)s de la petite enfance	Employé(e)s des soins de longue durée
Australie (tous emplois)	103	108	45	57
Danemark (temps plein)	97	99	67	73
États-Unis (temps plein)	138	124	56	55
Roy.-Uni (tous emplois)	104	113	45	55

Source: Voir annexe 4 (salaire hebdomadaire moyen des employés; pour le Danemark, salaires mensuels).

Les conditions de travail dans l'économie des soins, caractérisées par l'imprévisibilité des heures de travail (en particulier pour les soins de longue durée), la pénibilité du travail, des salaires faibles et l'irrégularité du travail, posent des problèmes de recrutement et de maintien du personnel, ce qui exerce une pression sur la qualité générale des services de soins, en dépit du dévouement des travailleurs/euses et de leur volonté de dispenser des services de haute qualité (OCDE, 2011a; CE, 2014).

Simulation des effets directs, indirects et induits de l'investissement public sur l'emploi

L'analyse ci-dessous évalue l'ensemble des effets de l'investissement dans l'infrastructure physique et sociale susceptibles de générer des emplois, et la ventilation de ces effets par sexe. À l'aide de tableaux des entrées-sorties et d'autres statistiques officielles⁸, nous avons calculé⁹ les effets directs, indirects et induits sur l'emploi pour un investissement équivalent à 2% du PIB réalisé dans le secteur des soins ou de la construction¹⁰, en prenant ces deux secteurs comme exemples types des secteurs recevant, respectivement, des investissements dans l'infrastructure sociale et dans l'infrastructure physique. Nous avons également observé la ventilation par sexe de chacun de ces effets sur l'emploi.

Le calcul des effets totaux sur l'emploi, englobant les effets indirects et induits, peut être effectué au moyen de tableaux des entrées-sorties fournis par les bureaux nationaux de statistiques. Ces tableaux indiquent de quelle manière les secteurs d'activité sont liés entre eux dans la chaîne d'approvisionnement des biens et des services qui répondent à la demande finale des ménages, des gouvernements et des exportations. Les tableaux des entrées-sorties font apparaître la quantité de sorties de chaque secteur (et la quantité de ses propres sorties) qui est utilisée comme entrées dans le processus de production des autres secteurs. Il est possible d'ajouter des données sur la quantité de main-d'œuvre utilisée dans le processus de production de chaque secteur, puis d'exprimer toutes les données comme éléments d'entrée requis par unité de sortie pour chacun des secteurs. (Il convient de noter que cette opération part du principe que ces éléments d'entrée requis ne changent pas en fonction de l'importance de la demande relative aux sorties dans un secteur donné).

La proportion d'emplois directs pouvant être créés par l'investissement dans un secteur donné dépend de la quantité de main-d'œuvre que nécessite le processus de production et des frais de personnel relatifs à cette main-d'œuvre (rémunération des employé(e)s, cotisations des employeurs à la sécurité sociale et autres coûts). Les effets indirects sont calculés pour chaque secteur à l'aide des tableaux des entrées-sorties pour déterminer le total des éléments d'entrée requis le long de la chaîne d'approvisionnement (y compris les éléments importés) pour la production d'une unité de sortie pour ce secteur. Les effets totaux directs et indirects sur l'emploi (également appelés de type I) représentent alors le total de ces éléments d'entrée, chacun étant multiplié par l'emploi par unité de sortie dans son processus de production. Nous obtenons ensuite l'effet indirect sur l'emploi dans chaque secteur en soustrayant l'effet direct sur l'emploi, comme indiqué ci-dessus.

Une méthode analogue est utilisée pour calculer les effets induits sur l'emploi, à ceci près que les tableaux des entrées-sorties comportent d'autres informations, notamment sur les caractéristiques des dépenses des ménages. En effet, les ménages sont traités comme un autre secteur, qui utilise les entrées produites par tous les secteurs mais qui ne fournit pas de sortie, et dont le niveau de dépenses varie en fonction des revenus totaux du ménage, à leur tour déterminés par le niveau total d'emploi. Tout emploi supplémentaire génère alors une hausse de revenu des ménages et, ainsi, une demande induite, qui va elle-même passer le long de la chaîne d'approvisionnement et entraîner des effets directs et indirects sur l'emploi. Pour tout investissement supplémentaire, cela produit des effets totaux directs, indirects et induits sur l'emploi (également appelés de type II), dont il est possible d'isoler les effets induits en soustrayant les effets directs et indirects sur l'emploi (type I), comme calculé ci-dessus.

Pour calculer les effets sur l'emploi par sexe, il convient d'utiliser les proportions d'hommes et de femmes dans chaque secteur obtenues dans les récentes études sur l'emploi. Comme dans toutes les étapes de cette analyse, nous partons du principe que les proportions actuelles ne changent pas suite à ces investissements.

Une explication plus détaillée de la méthode utilisée pour notre analyse figure en annexe 2. L'année de référence des tableaux des entrées-sorties est 2010 pour le Royaume-Uni, l'Italie et l'Allemagne, 2011 pour le Danemark et le Japon, 2012 pour l'Australie et 2013 pour les États-Unis.

⁸ Pour en savoir plus sur les sources statistiques: voir annexe 3.

⁹ Pour la méthodologie: voir annexe 2.

¹⁰ La définition exacte de ces deux secteurs varie suivant les pays: voir annexe 3.

Effets directs

Le tableau 7 présente les effets directs sur l'emploi par pays, c'est-à-dire le nombre de nouveaux emplois directement générés par un investissement équivalent dans le secteur de la construction ou dans le secteur des soins. Étant donné que le nombre de personnes en âge de travailler diffère d'un pays à l'autre, le moyen le plus simple de comparer les effets est d'indiquer le pourcentage de personnes nouvellement embauchées par rapport à la population en âge de travailler (15-64 ans) pour chaque pays, c'est-à-dire l'augmentation du taux d'emploi de chaque pays exprimé en points de pourcentage.

Tableau 7: Effets directs sur l'emploi

	Construction			Soins		
	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)	Nombre d'ETP créés	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)	Nombre d'ETP créés
Allemagne	504.181	0,9	476.299	1.402.416	2,6	1.125.163
Australie	74.791	0,5	68.859	356.812	2,3	269.842
Danemark	29.380	0,8	22.989	75.228	2,1	47.359
États-Unis	2.575.090	1,2	2.510.713	7.146.507	3,4	5.511.897
Italie	230.904	0,6	224.297	562.869	1,4	508.276
Japon	1.143.819	1,4	1.052.666	1.612.291	2,0	1.313.488
Roy.-Uni	300.787	0,7	287.436	746.409	1,8	608.320

Il ressort clairement du tableau 7 que les effets directs d'un investissement dans le secteur des soins sur l'emploi sont nettement plus importants que dans le cas d'un investissement équivalent dans le secteur de la construction. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène. En premier lieu, le secteur des soins est beaucoup plus intensif en main-d'œuvre que celui de la construction, qui comporte d'autres entrées que la main-d'œuvre, alors que la majeure partie des frais relatifs aux soins est consacrée au salaire des travailleurs et que les besoins en matériel et en matières premières sont relativement faibles. En deuxième lieu, dans certains pays mais pas tous, les travailleurs/euses du secteur des soins (en particulier ceux qui prodiguent directement des soins) ont un salaire inférieur à celui de nombreux employés de la construction. C'est un peu le cas dans la plupart des pays, à l'exception du Royaume-Uni et des États-Unis, où il existe une grande différence de salaire et où une somme d'argent identique permet d'employer beaucoup plus de travailleurs dans les soins que dans la construction. Pour finir, les travailleurs du secteur des soins ont en moyenne moins d'heures de travail que ceux de la construction, du fait du travail à temps partiel ou des horaires variables (par exemple dans le cas des contrats «zéro heure»).

Pour chaque secteur, la troisième colonne du tableau tient compte de cette différence en indiquant le nombre d'équivalents temps plein (ETP) créés, et en partant du principe que la structure de l'emploi reste inchangée dans chaque secteur. D'après cette hypothèse, même en ce qui concerne les ETP directement créés, l'investissement dans le secteur des soins est toujours largement supérieur à l'investissement dans le secteur de la construction¹¹.

Cependant, dans la pratique, un investissement aussi important dans un secteur a tendance à entraîner des effets considérables sur les conditions de travail (et les salaires) de ce secteur, en particulier s'il rencontre déjà des problèmes pour recruter et retenir son personnel en raison des salaires faibles et des conditions de travail, comme mentionné ci-dessus. Si tel est le cas, le volume total d'emplois générés dans l'économie des soins risque de diminuer, mais les emplois seront de meilleure qualité.

Une augmentation de l'investissement dans l'un ou l'autre secteur peut également se traduire par la substitution de capital à la place de la main-d'œuvre, c'est-à-dire le recours à une technologie qui permet d'économiser la main-d'œuvre. Contrairement à l'importance considérable que revêt la technologie permettant une économie de main-d'œuvre dans le secteur de la construction, son utilisation est foncièrement limitée dans le domaine des soins, encore qu'un investissement accru puisse l'encourager au niveau du suivi et de la communication. Dans ce cas, il est possible que nos résultats surestiment le nombre d'emplois créés, en particulier pour le secteur de la construction. L'investissement dans l'économie des soins continuera de produire un effet direct sur l'emploi beaucoup plus important tant qu'il sera plus intensif en main-d'œuvre que le secteur de la construction, et que le salaire des travailleurs/euses de soins ne dépassera pas celui des employés de la construction, même si les conditions d'emploi dans ces deux secteurs devaient commencer à converger.

Ces effets ont plus ou moins d'ampleur d'un pays à un autre; les effets directs de l'investissement sur l'emploi varient en effet entre un demi-point pour l'Australie et 1,4 point pour le Japon. La différence est encore plus importante dans le secteur des soins, s'élevant à moins de 2 points pour l'Italie et le Royaume-Uni pour atteindre plus de 3 points aux États-Unis. L'effet direct sur l'emploi dépend en partie de la structure contractuelle interne

¹¹ Il convient de préciser que pour procéder aux calculs sur les États-Unis, nous avons utilisé le nombre d'emplois plutôt que le nombre d'employés, ce qui surestime légèrement les effets sur le taux d'emploi. Par ailleurs, les équivalents temps plein ne pouvant être calculés par sexe pour tous les secteurs, seuls les effets directs figurent ici globalement et les autres analyses concernant les États-Unis se basent uniquement sur le nombre d'employés.

d'un secteur; lorsque les travailleurs sont embauchés de manière indirecte dans le cas de la sous-traitance, leur emploi relève de l'effet indirect. Les différences de structure interne des secteurs d'un pays à un autre pourraient entraîner des effets directs plus ou moins significatifs sur le volume d'emplois. La sous-traitance dans un secteur va diminuer les effets directs sur l'emploi mais accroître les effets indirects, comme nous le verrons ci-après en abordant les effets indirects sur l'emploi.

Le tableau 8 indique que les effets directs de l'investissement dans les deux secteurs sur l'emploi des hommes et des femmes sont très différents. Les deux secteurs se caractérisent par une forte ségrégation sexuelle, surtout celui de la construction. Par conséquent, d'après notre simulation, une proportion comprise entre 6 et 14% seulement des emplois directement créés dans le secteur de la construction seraient occupés par des femmes. Il faut toutefois noter que cette simulation présuppose que la prédominance masculine dans le secteur de la construction ne change pas suite à l'augmentation de l'investissement dans ce secteur (voir annexe 2). Tout gouvernement désireux de réduire les inégalités entre hommes et femmes devrait sans doute essayer de modifier cette prédominance masculine en réalisant cet investissement. S'il n'y parvient pas, un investissement dans la construction risque d'amplifier les différences entre hommes et femmes en matière d'emploi, dans l'ensemble de l'économie. C'est ce que révèle le tableau 8, où il apparaît que l'investissement dans le secteur de la construction entraîne une hausse directe du taux d'emploi chez les hommes, comprise entre 0,9 et 2,4 points de pourcentage, alors qu'elle ne dépasse pas une fourchette de 0,1 à 0,4 points chez les femmes.

Tableau 8: Effets directs sur l'emploi par sexe

	Construction			Soins		
	% des emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)	% des emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)
Allemagne	13%	0,2	1,6	75%	3,9	1,3
Australie	11%	0,1	0,9	79%	3,7	1,0
Danemark	8%	0,2	1,5	81%	3,4	0,7
États-Unis	13%	0,3	2,1	81%	5,5	1,3
Italie	6%	0,1	1,1	85%	2,4	0,4
Japon	14%	0,4	2,4	77%	3,1	0,9
Roy.-Uni	11%	0,2	1,3	80%	2,9	0,7

La ségrégation sexuelle est presque aussi forte dans l'économie des soins, mais les proportions sont inversées. L'investissement dans l'économie des soins aurait ainsi pour effet direct de réduire les différences entre hommes et femmes au niveau de l'emploi dans l'ensemble de l'économie. L'investissement dans l'économie des soins entraînerait une augmentation du taux d'emploi des femmes de 2,4 à 5,5 points, alors que pour les hommes cette augmentation comprise entre 0,4 et 1,3 points est nettement inférieure dans tous les pays (bien que toujours supérieure à celle des femmes dans le cas d'un investissement dans le secteur de la construction), ce qui diminue d'au moins 2 points les écarts entre hommes et femmes dans le domaine de l'emploi dans chaque pays. L'effet direct de l'investissement dans l'économie des soins sur le taux d'emploi des femmes dépasse largement celui de l'investissement dans le secteur de la construction sur le taux d'emploi des hommes, ce qui correspond simplement à l'effet direct sur l'emploi plus important dans le secteur des soins, comme discuté plus haut. La lutte contre la ségrégation sexuelle dans chaque secteur contribue considérablement à promouvoir l'égalité de genre, et inciter davantage d'hommes à travailler dans les professions des soins est souhaitable en soi. Toutefois, comme le montrent nos résultats, si la différence entre hommes et femmes persiste, l'investissement dans l'économie des soins restera un moyen très efficace pour réduire l'écart général entre hommes et femmes en matière d'emploi.

Or, il y a de bonnes raisons de penser que si un investissement de cette ampleur était réalisé, la prédominance des femmes dans l'économie des soins pourrait diminuer. La hausse des salaires et l'amélioration des conditions de travail qui seraient nécessaires pour réaliser un tel investissement dans le secteur des soins permettrait d'attirer plus d'hommes dans ce secteur, en particulier s'il y avait des politiques pour encourager et faciliter la participation des hommes. Dans ce cas, l'investissement dans le secteur des soins aurait un effet favorable sur un plus grand nombre d'inégalités entre hommes et femmes: il permettrait de réduire la ségrégation professionnelle entre les sexes et les disparités salariales entre hommes et femmes; il réduirait encore davantage l'écart entre hommes et femmes dans l'emploi, quoique dans une moindre mesure, peut-être, que les estimations des effets directs sur l'emploi par sexe présentées dans le tableau 8.

Effets indirects

L'investissement dans un secteur va générer des effets indirects supplémentaires sur l'emploi étant donné que les produits des fournisseurs sont plus demandés. Cette demande accrue et les effets sur l'emploi se répercuteront le long de la chaîne d'approvisionnement, ce qui entraînera des effets indirects sur l'emploi dans de nombreux secteurs (y compris le(s) secteur(s) dans le(s) quel(s) l'investissement initial a été réalisé). Nous ne présentons pas ici la division entre les effets indirects présents dans chaque secteur, ni les effets extérieurs sur d'autres secteurs mais, comme indiqué ci-dessus, il faut garder à l'esprit que la distinction entre les effets directs et indirects sur l'emploi dans le secteur dépend de la structure contractuelle interne d'un secteur. Toutes choses étant égales par ailleurs, les secteurs qui recourent à davantage de sous-traitance interne obtiendront plus d'effets indirects, et moins d'effets directs, que les secteurs qui ont tendance à employer directement de la main-d'œuvre.

Dans la plupart des pays, les effets indirects de l'investissement dans le secteur de la construction sur l'emploi sont plus importants que dans le secteur des soins, comme on peut s'y attendre du fait que la construction utilise plus d'apports provenant d'autres secteurs d'activité qu'un secteur intensif en main-d'œuvre comme celui des soins. Deux observations extrêmes sont à souligner ici, en ce qui concerne d'une part le secteur des soins au Royaume-Uni et d'autre part le secteur de la construction en Australie.

Tableau 9: Effets indirects sur l'emploi le long de la chaîne d'approvisionnement

	Construction			Soins		
	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)	Nombre d'ETP créés	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)	Nombre d'ETP créés
Allemagne	263.281	0,5	236.188	185.001	0,3	159.437
Australie	180.087	1,2	161.816	40.663	0,3	34.525
Danemark	18.135	0,5	13.873	10.744	0,3	7511
États-Unis	1.426.866	0,7	non disp.	1.326.773	0,6	non disp.
Italie	265.789	0,7	250.276	188.437	0,5	171.133
Japon	598.642	0,7	524.557	378.888	0,5	142.668
Roy.-Uni	231.389	0,6	213.572	509.528	1,2	420.673

Nos calculs indiquent un effet indirect nettement supérieur pour le Royaume-Uni, la quasi-totalité (0,8 points) étant due aux effets indirects sur l'emploi à l'intérieur même du secteur des soins. Les effets indirects sur l'emploi dans le secteur des soins britannique se répercutent sur d'autres secteurs, soit 0,4 points, ce qui est comparable aux autres pays. Il faut donc en déduire qu'au Royaume-Uni, le secteur des soins externalise une plus grande proportion de ses apports à l'intérieur du secteur que dans les autres pays (et, bien sûr, que dans le secteur de la construction dans de nombreux pays). Une explication possible est la forte privatisation opérée récemment dans le secteur des soins britannique – ce qui peut entraîner davantage d'externalisation et de sous-traitance par l'intermédiaire d'agences. Ce phénomène est logique vis-à-vis de l'effet direct sur l'emploi, qui est plus faible au Royaume-Uni que dans la plupart des autres pays; ainsi, l'ensemble de tous les effets (directs et indirects) à l'intérieur d'un même secteur se situe au milieu de sa fourchette par rapport aux pays étudiés. L'ensemble des effets sur l'emploi est analysé ci-dessous.

L'autre observation extrême concerne l'Australie, dont le secteur de la construction résidentielle génère des effets indirects particulièrement importants sur l'emploi (et les effets directs les plus faibles). Ce phénomène serait dû aux récents changements survenus dans le secteur australien de la construction, qui a enregistré une hausse de l'externalisation au profit d'entreprises spécialisées appartenant à d'autres secteurs, et à la sous-traitance entre les entreprises au sein du secteur de la construction (Toner, 2006).

Il faut souligner que l'emploi indirect généré par le secteur de la construction compte toujours une forte prédominance masculine, moins toutefois que pour l'emploi direct. Ce n'est pas le cas dans le secteur des soins; en effet, l'emploi indirect généré a plutôt tendance à favoriser les hommes, hormis au Royaume-Uni, où un important effet indirect survient essentiellement dans le secteur des soins qui, comme nous le savons, se caractérise par une prédominance féminine.

Par conséquent, les effets indirects sur l'emploi de l'investissement dans le secteur de la construction entraînent une hausse du taux d'emploi des hommes plus significative que pour les femmes, ce qui accentue les différences entre hommes et femmes en matière d'emploi. Dans la plupart des pays, l'augmentation des différences entre hommes et femmes dans l'emploi oscille entre 0,3 et 0,7 points, et un point entier en Australie. Il faudrait déployer des efforts pour remédier à la prédominance masculine chez les fournisseurs du secteur de la construction, et dans le secteur de la construction à proprement parler, afin d'atténuer ces effets.

Le tableau 10 présente la ventilation par sexe de ces effets indirects sur l'emploi.

Tableau 10: Effets indirects sur l'emploi par sexe

	Construction			Soins		
	% des emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)	% des emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)
Allemagne	33%	0,3	0,6	50%	0,3	0,3
Australie	30%	0,7	1,7	42%	0,3	0,3
Danemark	31%	0,3	0,7	42%	0,3	0,3
États-Unis	37%	0,5	0,9	43%	0,6	0,7
Italie	24%	0,3	1,0	53%	0,5	0,4
Japon	34%	0,5	1,0	42%	0,5	0,5
Roy.-Uni	23%	0,2	0,9	67%	1,2	0,8

Effets induits

Les effets induits sur l'emploi, qui viennent s'ajouter aux effets indirects, découlent des revenus supplémentaires des ménages générés par le travail additionnel. Une partie de ces revenus supplémentaires sera dépensée et deviendra à son tour une source de demande accrue au sein de l'économie, qui produira des emplois dans les secteurs dans lesquels les ménages dépensent leurs revenus.

Le tableau 11 présente ces effets induits. Il convient de noter qu'ils sont plus discutables et que certaines agences nationales de statistiques ne les calculent pas. Lorsqu'ils sont calculés, ils se révèlent souvent conséquents; c'est pourquoi nous les indiquons ici, en précisant toutefois que leur importance doit être considérée comme approximative. En effet, nous formulons cette réserve parce que nous avons dû partir du principe que les revenus de tous les ménages étaient dépensés de la même manière, comme le font généralement les agences de statistiques lorsqu'elles prennent en compte les effets induits¹². Idéalement, pour comparer les effets de l'investissement dans deux secteurs différents, nous aurions préféré être en mesure d'étudier les propensions à dépenser de différents types de ménages et la répartition probable des travailleurs/euses des secteurs de la construction et des soins (et des travailleurs employés indirectement) parmi ces ménages. Or, cette comparaison aurait nécessité l'analyse des dépenses des ménages à petite échelle, ce qui dépassait les questions abordées dans le présent rapport; nous pouvons cependant commenter la direction qu'auraient probablement prise, d'après nos estimations, les effets induits sur l'emploi si cette analyse à petite échelle avait été réalisée.

Les effets induits de l'investissement dans le secteur des soins sont plus importants que dans le secteur de la construction simplement parce que le secteur des soins fait augmenter davantage le revenu total des ménages, dans la mesure où, dans l'ensemble, ces effets plus importants sur l'emploi doivent excéder le salaire, plus faible, du secteur des soins. Une autre façon d'interpréter la hausse relative du revenu total des ménages est de considérer qu'elle montre que le secteur des soins utilise moins d'imports directement et indirectement que le secteur de la construction, donc qu'une forte proportion des emplois créés grâce à l'investissement dans le secteur de la santé reste dans l'économie nationale.

Tableau 11: Effets induits sur l'emploi en fonction des dépenses des ménages

	Construction			Soins		
	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)	Nombre d'ETP créés	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)	Nombre d'ETP créés
Allemagne	272.570	0,5	232.887	432.368	0,8	369.420
Australie	132.574	0,9	109.626	216.122	1,4	178.713
Danemark	20.896	0,6	13.745	31.153	0,9	20.491
États-Unis	3.444.418	1,6	non disp.	4.438.219	2,1	non disp.
Italie	123.880	0,3	112.332	194.350	0,5	176.233
Japon	1.350.489	1,7	1.140.271	1.478.403	1,8	1.242.336
Roy.-Uni	212.468	0,5	181.581	292.151	0,7	249.680

¹² Nous avons largement suivi la méthodologie de l'agence écossaise National Statistics Scotland, en l'adaptant lorsque nécessaire aux limites imposées par les données, pour certains pays. Pour plus de détails, voir annexe 2: Méthodologie de la simulation.

Étant donné que les ménages à plus faible revenu ont davantage tendance à dépenser tout revenu supplémentaire, notre méthodologie, qui considère que les revenus de tous les ménages sont dépensés de la même manière, sous-estime dans la pratique les effets générateurs d'emplois de l'investissement, qui se traduisent par une augmentation des salaires pour les foyers à plus faible revenu. Comme l'indique le tableau 5, seuls les travailleurs/euses australiens des secteurs des soins et de la construction ont un salaire supérieur à la moyenne, et les travailleurs britanniques du secteur de la construction ont un salaire moyen. Dans tous les autres pays, les employés de ces deux secteurs perçoivent des salaires inférieurs à la moyenne et, aux États-Unis et au Royaume-Uni, les travailleurs du secteur des soins sont particulièrement mal payés en moyenne et sont donc plus à même de faire partie des ménages à plus faible revenu, toutes choses étant égales par ailleurs. Par conséquent, nous pouvons supposer que la propension à consommer et que les effets induits sur l'emploi peuvent généralement être supérieurs aux données figurant dans le tableau 11, en particulier en ce qui concerne l'emploi créé grâce à l'investissement dans le secteur des soins, aux États-Unis et au Royaume-Uni.

Le tableau 12 indique clairement que les effets induits n'ont pas de spécificité sexuelle notable; seule la répartition approximative de l'emploi par sexe apparaît, dans les secteurs qui produisent les biens et les services que les ménages achètent.

Ces données révèlent également que la seule différence existant dans les effets induits de l'investissement entre les deux secteurs que notre méthodologie peut percevoir est une différence d'échelle. Les effets induits, tels que calculés ici, sont simplement proportionnels à la masse salariale supplémentaire totale payée par les effets directs et indirects sur l'emploi. Toutefois, en réalité, tout porte à croire que les effets induits pourraient ne pas être proportionnels, si nous tenons compte du fait que la plupart des travailleurs/euses des soins sont des femmes et que, dans la pratique, elles ont plus tendance que les employés de la construction à devoir dépenser de l'argent pour payer le travail de soins qu'elles réalisaient avant sans rémunération, à partir du moment où elles travaillent à l'extérieur ou effectuent un plus grand nombre d'heures de travail. Plus précisément, lorsque le travail non rémunéré est remplacé par des services, ce qui est nécessaire pour faire face aux responsabilités liées aux soins à domicile, l'argent sera dépensé d'une manière qui générera de l'emploi au niveau local. Ce sera sans doute plus vraisemblablement le cas dans les pays où le secteur des soins est faiblement subventionné et demeure cher pour les usagers, comme au Royaume-Uni et aux États-Unis (au moins dans le secteur de la petite enfance, comme le montrent les profils des pays).

C'est pourquoi les effets induits de l'investissement ont tendance à être légèrement sous-estimés dans le secteur des soins, et particulièrement sous-estimés dans celui de la construction.

Tableau 12: Effets induits sur l'emploi par sexe

	Construction			Soins		
	% des emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)	% des emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)
Allemagne	51%	0,5	0,5	51%	0,8	0,8
Australie	49%	0,9	0,9	49%	1,4	1,5
Danemark	47%	0,5	0,6	47%	0,8	0,9
États-Unis	52%	1,7	1,6	52%	2,1	2,0
Italie	44%	0,3	0,3	44%	0,5	0,5
Japon	43%	1,4	1,9	44%	1,8	2,0
Roy.-Uni	46%	0,5	0,6	46%	0,7	0,8

Ensemble des effets

C'est l'ensemble des effets sur l'emploi qui compte pour comprendre comment l'investissement peut être utilisé pour créer de l'emploi, comme l'indique le tableau 13 en récapitulant les effets directs, indirects et induits sur l'emploi.

Nous observons que, dans tous les pays, l'effet générateur d'emplois d'un investissement dans le secteur des soins est plus élevé que pour un investissement équivalent dans le secteur de la construction; il est supérieur d'au moins 50% dans tous les pays, à l'exception du Japon, où le secteur de la construction connaît des effets générateurs d'emploi (directs et indirects) exceptionnellement importants. En Italie, les effets sont plus faibles pour ces deux secteurs (en particulier celui des soins) que dans les autres pays, les effets directs et induits étant parmi les plus bas. Ce phénomène est en partie dû à une proportion plus élevée d'emplois à temps plein que dans d'autres pays. En équivalents temps plein, le Danemark présente une hausse générale du taux d'emploi plus faible qu'en Italie, par exemple (2,1 contre 2,2). Une autre raison peut être que, comme la prise en charge des personnes dépendantes en Italie est très peu développée, et que les soins dispensés de manière officielle à domicile sont pratiquement inexistantes, les soins résidentiels, à plus forte intensité de capital, apparaissent plus visiblement en termes relatifs dans les statistiques officielles et, en conséquence, l'effet sur l'emploi est plus faible en Italie qu'en Allemagne, par exemple, où les salaires relatifs sont du même ordre (tableau 5). Les tableaux des entrées-sorties risquent de ne pas rendre compte de la contribution de l'économie grise qui est largement développée en Italie dans le système de prise en charge des personnes dépendantes¹³.

Tableau 13: Ensemble des effets sur l'emploi

	Construction			Soins		
	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)	Nombre d'ETP créés	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)	Nombre d'ETP créés
Allemagne	1.040.031	1,9	945.373	2.019.786	3,7+	1.654.019
Australie	387.452	2,5	340.300	613.597	4,0	483.080
Danemark	68.412	1,9	50.607	117.124	3,2	75.361
États-Unis	7.446.375	3,5	non disp.	12.911.500	6,1	non disp.
Italie	620.573	1,6	586.905	945.655	2,4	855.642
Japon	3.092.950	3,8	2.717.494	3.469.582	4,3	2.877.691
Roy.-Uni	744.644	1,8	682.588	1.548.087	3,7	1.278.673

Quoi qu'il en soit, il convient de souligner que ces effets sont importants, et le sont bien plus dans le secteur des soins que de la construction, un des secteurs auxquels on a tendance à penser en premier lieu lorsqu'il s'agit de stimuler l'emploi.

¹³ Plus de détails et de sources dans le profil des pays en annexe 1.

Comme l'indique par ailleurs le tableau 14, non seulement les effets de l'investissement dans le secteur des soins seraient nettement plus significatifs sur l'emploi que dans le secteur de la construction, mais ils permettraient en outre de réduire la différence entre hommes et femmes en matière d'emploi en produisant davantage d'effet sur le taux d'emploi des femmes que sur celui des hommes. Le tableau 15 montre qu'il existe des différences au niveau de l'emploi dans chaque pays et comment chaque type d'investissement peut contribuer à réduire ou accroître ces différences

Tableau 14: Ensemble des effets sur l'emploi par sexe

	Construction			Soins		
	% des emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)	% des emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)
Allemagne	28%	1,1	2,8	68%	5,1	2,4
Australie	33%	1,7	3,4	66%	5,3	2,8
Danemark	27%	1,0	2,7	69%	4,5	2,0
États-Unis	35%	2,5	4,6	67%	8,2	4,0
Italie	21%	0,7	2,5	70%	3,3	1,4
Japon	30%	2,3	5,3	59%	5,1	3,4
Roy.-Uni	24%	0,9	2,7	69%	5,1	2,3

Tableau 15: Différences entre hommes et femmes en matière d'emploi et effets sur l'emploi d'un investissement de 2% du PIB dans les secteurs de la construction et des soins

	Différences actuelles hommes-femmes dans l'emploi	Construction		Soins	
		Évolution de la différence hommes-femmes dans l'emploi (en points de %)	En % des différences actuelles hommes-femmes dans l'emploi	Évolution de la différence hommes-femmes dans l'emploi (en points de %)	En % des différences actuelles hommes-femmes dans l'emploi
Allemagne	9,4	1,7	18%	-2,7	-29%
Australie	12,2	1,8	15%	-2,6	-21%
Danemark	6,5	1,7	26%	-2,5	-38%
États-Unis	8,7	2,1	24%	-4,2	-48%
Italie	21,1	1,8	9%	-1,9	-9%
Japon	23,1	2,9	13%	-1,6	-7%
Roy.-Uni	9,9	1,8	18%	-2,8	-28%

Tandis que l'investissement dans le secteur de la construction accentue les différences entre hommes et femmes au niveau de l'emploi, l'investissement dans le secteur des soins le réduit sensiblement, tout en augmentant les taux d'emploi des hommes et des femmes. La baisse relative de ces différences est la plus forte aux États-Unis et au Danemark, où les disparités existantes en matière d'emploi sont les plus faibles, et la diminution la plus minime est à noter en Italie et au Japon, où les différences sont les plus importantes des sept pays étudiés.

Cette analyse ne cherche pas à montrer que l'investissement dans le secteur de la construction n'est pas valable. Plutôt, étant donné que l'investissement dans le secteur des soins produit des effets sur l'emploi au moins aussi importants, et qu'il a une incidence particulièrement bénéfique sur l'égalité, le choix du type d'investissement à réaliser doit se fonder sur les avantages que chaque type d'investissement en soi va apporter à la société. Ce choix ne peut plus reposer sur l'idée que l'investissement dans l'infrastructure physique est le meilleur moyen de stimuler l'emploi.

La diminution des différences dans le domaine de l'emploi n'est pas la seule inégalité entre hommes et femmes que l'investissement dans le secteur des soins permettrait d'atténuer. Pour que cet investissement soit fructueux, il faudrait améliorer considérablement les salaires et les conditions de travail dans le secteur des soins, compte tenu des problèmes actuels pour recruter et retenir le personnel de ce secteur. Un tel investissement devrait par conséquent comporter des stages de formation et de professionnalisation, qui profiteraient non seulement aux travailleurs/euses du secteur des soins, mais aussi aux personnes qui bénéficient des soins. Un système de soins de haute qualité est une question de genre en tant que telle, dans la mesure où les femmes occupent une place prédominante dans une importante partie des bénéficiaires des soins, les personnes âgées.

Une fois que les besoins de base sont satisfaits, il se peut que l'investissement dans le secteur des soins entraîne plus de créations d'emplois pour augmenter le nombre d'heures de soins, élever le ratio effectifs/clients et améliorer la formation. Une meilleure formation favoriserait également une hausse des salaires, ce qui améliorerait en même temps le niveau de soins, notamment pour les personnes qui ont besoin de soins spécifiques. Même au Danemark, où cet exercice peut sembler sans intérêt, puisque la prise en charge des personnes dépendantes et de la petite enfance est en grande partie assurée (au moins en ce qui concerne le nombre d'enfants et d'adultes dépendants pris en charge dans des structures conventionnelles), la situation peut encore être améliorée. Nous pourrions donc nous attendre à ce que tout emploi supplémentaire créé par un investissement dans le secteur danois des soins améliore davantage la qualité que le champ d'application, et se traduise par une hausse du ratio effectifs/clients et de meilleures conditions de travail. Tout particulièrement au Danemark, la prise en charge des personnes dépendantes se heurte à une forte rotation de personnel due à la difficulté des conditions de travail, comme dans les autres pays, malgré son système bien développé qui semble pouvoir à tous les besoins essentiels (Schultz, 2014).

Les avantages des services de soins à proprement parler sont étudiés dans une autre partie de ce rapport, et cela montre à quel point il est souhaitable d'investir dans le secteur des soins. Par ailleurs, les effets sur l'emploi sont également considérables, tout comme les répercussions positives sur l'égalité entre hommes et femmes. S'il s'agit de justifier l'investissement dans l'infrastructure physique, il faut également en étudier la nécessité, ainsi que ses effets négatifs sur l'égalité des sexes qu'il convient d'atténuer à l'aide d'autres types d'investissement. En ce qui concerne la création d'emplois et les effets permettant de limiter les inégalités entre hommes et femmes, l'investissement dans le secteur des soins est toujours plus efficace.

Synthèse des effets sur l'emploi et la croissance

Les figures 1 et 2 ci-dessous récapitulent les effets sur l'emploi abordés en détail ci-dessus.

Figure 1: Contribution de l'emploi des hommes et des femmes à l'augmentation des taux d'emploi par secteur et par pays

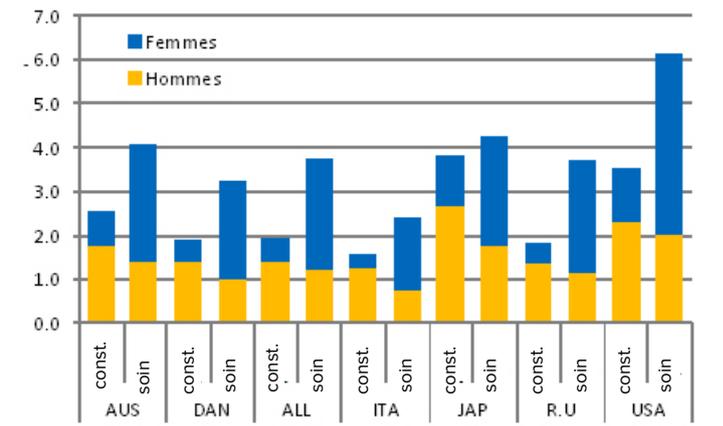
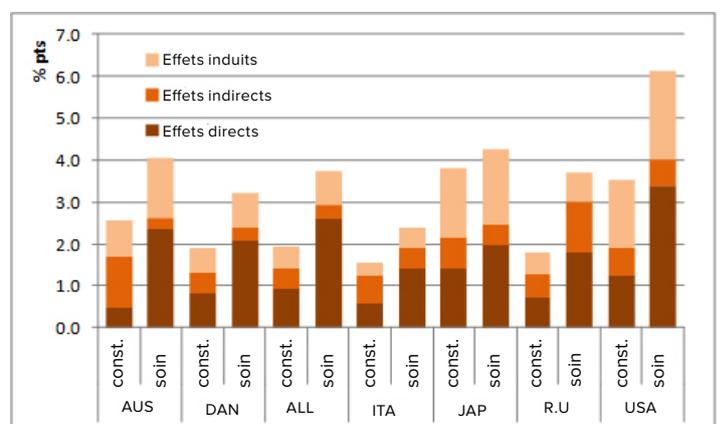


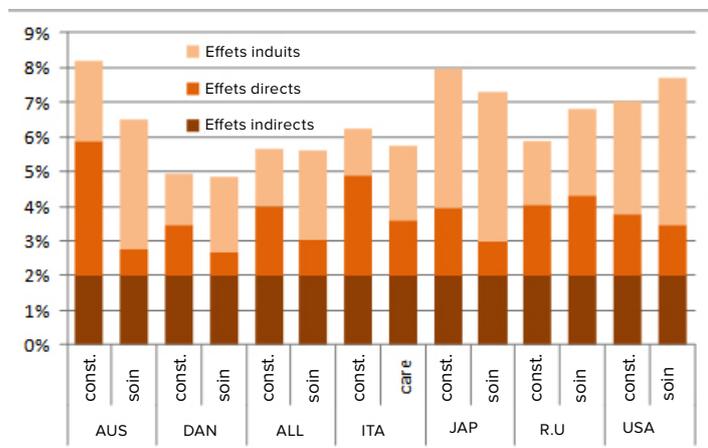
Figure 2: Contribution des effets directs, indirects et induits à l'augmentation des taux d'emploi par secteur et par pays



Les effets de l'investissement dans le secteur des soins ou de la construction peuvent également être analysés sous l'angle de la croissance de la production et du PIB. La figure 3 indique l'effet sur la production (PIB) du même investissement de 2% du PIB dans chacun des deux secteurs. Dans ce cas, l'effet direct équivaut simplement au pourcentage de 2% correspondant à l'investissement initial injecté dans l'économie. Les effets indirects et induits sur la production varient entre les pays: en Australie et au Japon, l'ensemble des effets est plus important pour l'investissement dans le secteur de la construction que dans celui des soins, mais c'est l'inverse au Royaume-Uni et aux États-Unis, tandis qu'aucune différence significative globale n'est observée en Italie, en Allemagne et au Danemark. En Australie, au Japon et aux États-Unis, le PIB affiche une hausse d'environ 7%, soit 5 points au-dessus de la somme initialement injectée, ce qui met en évidence un effet multiplicateur sur la production, c'est-à-dire le rapport entre les effets totaux et les effets directs, d'en-

viron 3,5 et 4 dans les deux secteurs. C'est au Danemark que les effets sont les moins notables.

Figure 3: Contribution des effets directs, indirects et induits à la croissance du PIB



L'investissement dans le secteur des soins produit des effets plus marqués sur l'emploi, du fait du caractère intensif en main-d'œuvre de ce secteur, mais cela n'entraîne pas d'effets plus importants sur la production que dans le secteur de la construction (au moins en Australie, en Italie et au Japon). Cela changerait si le secteur des soins était plus valorisé et si les travailleurs/euses étaient mieux rémunérés mais, dans ce cas, les effets sur l'emploi seraient plus faibles aussi. L'argument selon lequel l'investissement dans le secteur des soins offre une stimulation plus efficace que celui de la construction ne se vérifie pas dans tous les pays étudiés si l'on tient compte des effets du point de vue du PIB. Les deux types d'investissement provoquent une stimulation qui génère de bons résultats en termes d'emploi et de production. En optant pour l'un ou l'autre type d'investissement, il faut probablement avant tout réfléchir aux avantages de l'investissement lui-même, sans perdre de vue toutefois que l'investissement dans le secteur des soins est toujours plus avantageux pour l'égalité entre hommes et femmes.

Autres simulations de projections à long terme

À l'aide d'un autre outil de simulation, le Cambridge-Alphame-trics Model (CAM), nous avons également établi une projection des résultats possibles sur l'emploi à moyen et long terme selon différents scénarios d'investissement, dont l'objectif est comparable aux scénarios présentés ci-dessus, mais avec des hypothèses et des paramètres légèrement différents. Le CAM est un modèle macroéconomique mondial déterminé par la demande, qui peut être utilisé pour établir des projections à moyen et long terme sur les tendances historiques de l'économie mondiale, les principaux blocs de pays et les pays dominants (Cripps et Kurasee, 2010).

Dans cette analyse, le modèle est utilisé pour prévoir les effets des différents scénarios politiques sur l'emploi et le PIB en 2030. Trois scénarios sont étudiés: (1) scénario de statu quo, dans lequel les politiques économiques actuelles se poursuivent dans un avenir prévisible, telles que la consolidation budgétaire et les plans d'investissement modestes dans les limites des restrictions budgétaires; (2) scénario de stimulation général par l'invest-

tissement, comprenant une augmentation des dépenses et des investissements privés et publics au-delà du scénario (1) de statu quo, mais sans concerner un secteur particulier; (3) scénario de stimulation par l'investissement en fonction des sexes, auquel s'applique le scénario (2), à ceci près que l'investissement est organisé de sorte à privilégier l'augmentation de l'emploi chez les femmes, en visant implicitement à accroître davantage les taux d'emploi des femmes que les taux d'emploi généraux.

Ce modèle est utilisé pour différents groupes ou blocs de pays qui représentent les pays de l'OCDE que nous avons choisis dans notre analyse principale. Les pays ne sont pas tous identifiables individuellement dans le CAM. Par exemple, l'Italie fait partie du bloc «périphérie de la zone euro», comme l'Espagne, la Grèce et le Portugal; l'Australie est associée au Canada et à la Nouvelle-Zélande, et le Japon figure dans le bloc des pays à revenu élevé d'Asie orientale, au même titre que la Corée du Sud. Le Danemark peut difficilement être analysé seul, dans la mesure où les pays scandinaves sont regroupés avec les pays d'Europe de l'Est, tels que la Pologne et la République tchèque, ce qui rend leurs résultats difficiles à interpréter séparément. C'est pourquoi nous avons décidé d'exclure de cette analyse le Danemark et son bloc.

Comme ce modèle repose sur un autre ensemble de relations économiques¹⁴, les résultats ne sont pas directement comparables à l'analyse des entrées et sorties décrite précédemment. Cependant, des comparaisons qualitatives peuvent être établies, en particulier entre le scénario d'investissement général et le scénario d'investissement en fonction des sexes, ou «sexospécifique».

Le scénario de statu quo de référence concerne des projets actuels qui diffèrent entre les pays/blocs étudiés. Par exemple, le scénario de statu quo pour les pays de l'UE prend en compte les 315 milliards EUR du Plan d'investissement Juncker, donc il ne s'agit pas d'un plan d'austérité à proprement parler, bien qu'il prenne en charge la consolidation budgétaire des dépenses publiques actuelles à court terme. Le tableau 16 indique les hypothèses spécifiques aux blocs relatives aux scénarios de stimulation (généraux et sexospécifiques) pour l'investissement privé et les dépenses publiques, indépendamment de celles qui ont été établies pour le scénario de statu quo de référence. Dans la mesure où le modèle fixe un objectif à moyen terme, ces chiffres ne doivent pas être considérés comme des chocs exogènes de la demande dans l'économie (comme dans l'analyse effectuée précédemment) mais assimilés aux résultats produits à la fois par une stimulation d'investissement initial réalisée année après année, et par les réactions en chaîne sur la croissance, donc sur les dépenses publiques et l'investissement privé. Par conséquent, en 2030, la part totale de l'investissement privé et des dépenses publiques, en pourcentage du PIB, sera supérieure à 2% par rapport au scénario de statu quo, ce qui reflète bien les effets cumulatifs au fil des années¹⁵.

¹⁴ Contrairement aux modèles d'équilibre général, le CAM est un système d'instabilité ouvert qui ne repose sur aucun mécanisme d'équilibre auquel l'économie mondiale a tendance à revenir à moyen et long terme (à la différence des modèles d'entrées et sorties, implicitement), ce qui signifie qu'il peut simuler une grande variété de résultats, avec des taux de croissance et des paramètres différents (Cripps, 2014). Avec le CAM, l'économie mondiale est envisagée comme un système intégré dans lequel les variables sociales et économiques changent en fonction des pays et des blocs. Les données des séries chronologiques obtenues auprès du Service des statistiques des Nations Unies et du FMI sont intégrées à ce modèle et sont régulièrement mises à jour (actuellement 1970-2015).
¹⁵ Le CAM ne tient pas compte des chocs initiaux à intégrer au modèle mais fixe plutôt des objectifs à atteindre (pour l'investissement et les dépenses du gouvernement, par exemple); ainsi, il n'y a pas de distinction entre les dépenses exogènes (notre 2% de PIB réalisé d'année en année) et les dépenses endogènes.

Tableau 16: Investissement privé et dépenses publiques en 2030 – scénarios de stimulation avec maintien du statu quo

	Objectif pour 2030 (% du PIB)	
	Investissement privé	Dépenses publiques
Allemagne	2,92	1,00
Roy.-Uni	2,94	2,00
Périphérie de la zone euro	2,93	2,48
États-Unis	3,68	0,95
Australie / Can.	0,67	0,54
Revenu élevé Asie orientale	0,11	-0,62

Source: Calculs réalisés par Giovanni Cozzi en appliquant le CAM (2015).

Le tableau 17 présente les résultats des différents scénarios de stimulation sur les taux d'emploi. Ces chiffres coïncident avec l'analyse des entrées et sorties ci-dessus, étant donné que le scénario d'investissement sexospécifique semble produire de meilleurs résultats en termes de taux d'emploi totaux et de réduction des différences entre hommes et femmes en matière d'emploi que le scénario d'investissement «général». Il convient toutefois de noter que les hausses d'emploi observées en 2030 sont beaucoup plus faibles que dans l'analyse des entrées et sorties parce que le CAM est associé à une dimension d'offre qui risque de limiter la hausse de la demande effective de main-d'œuvre. En revanche, le modèle des entrées et sorties donne seulement les estimations relatives à la demande de main-d'œuvre, ce qui suppose implicitement que tout emploi créé sera occupé par une personne disponible disposant des compétences appropriées (voir annexe 2).

Certes, il existe une variation entre les pays qui correspond à la structure de leur marché du travail et à leurs priorités de politique économique, mais le scénario de stimulation sexospécifique par l'investissement affiche un effet total sur l'emploi supérieur au scénario de stimulation général (jusqu'à deux fois plus important dans la périphérie de la zone euro). Il est intéressant de constater que non seulement les taux d'emploi des femmes sont beaucoup plus élevés dans le scénario de stimulation sexospécifique que dans le scénario de stimulation général, mais aussi que les taux d'emploi des hommes augmentent dans tous les blocs de pays de la même manière que dans le scénario de stimulation général.



Tableau 17: Augmentation des taux d'emploi (en points de pourcentage) de deux scénarios d'investissement (2030)

	Total		Femmes		Hommes	
	Général	Sexospécifique	Général	Sexospécifique	Général	Sexospécifique
Allemagne	0,47	0,73	0,21	0,74	0,73	0,72
Roy.-Uni	0,65	0,91	0,31	0,82	1,01	1,02
Périphérie de la zone euro	0,95	1,94	0,84	2,93	1,04	0,94
États-Unis	0,37	0,69	-0,11	0,53	0,86	0,86
Australie / Can.	0,39	0,76	-0,02	0,73	0,81	0,81
Revenu élevé Asie orientale	0,31	0,32	0,11	0,13	0,5	0,51

Source: Calculs réalisés par Giovanni Cozzi en appliquant le CAM (2015).

Le CAM donne également des estimations de la croissance économique et de la dette publique à long terme. Le tableau 18 compare les chiffres du scénario de statu quo et des scénarios d'investissement pour 2015 et 2030. Les deux premières colonnes indiquent les effets cumulés du PIB en 2030 pour les deux scénarios d'investissement, qui dépassent l'effet du scénario de statu quo. Par exemple, en Allemagne, le scénario d'investissement sexospécifique génère un pourcentage de PIB supérieur de 32% à la fin de la période 2015-2030 au pourcentage obtenu avec le scénario de statu quo. Les deux scénarios de stimulation par l'investissement donnent des résultats positifs du même type dans tous les blocs de pays comme prévu, avec des variations de la stimulation entre les pays allant de 26% au Royaume-Uni à 56% aux États-Unis. Les différences au niveau de la croissance cumulée entre les scénarios de stimulation sont notables uniquement dans la périphérie de la zone euro, où le scénario sexospécifique augmente le PIB de 5 points de plus que dans le scénario de stimulation général. La dette publique diminue davantage en tant que pourcentage du PIB en 2030 dans le cas du scénario de stimulation (les chiffres sont similaires dans les deux scénarios) que dans le cas du scénario de statu quo. En d'autres termes, les investissements qui caractérisent les deux scénarios de stimulation sont très avantageux, même en utilisant le critère précis de l'effet qu'ils produisent sur les finances publiques.

Tableau 18: Effets cumulés sur le PIB et la dette publique (2015-2030)

	Croissance du PIB (% cumulé)		Dette (% du PIB)		
	Général	Sexospécifique	2015	Statu quo 2030	Stimulation 2030
Allemagne	31,76	32,37	71,6	66,6	57,7
Roy.-Uni	26,13	26,19	78,6	75,9	59,0
Périphérie de la zone euro	27,76	32,68	120,1	105,3	83,4
États-Unis	56,01	55,94	93,4	93,2	70,1
Australie / Can.	34,72	34,78	66,9	73,2	56,3
Revenu élevé Asie orientale	29,20	29,50	46,3	43,6	35,4

Source: Calculs réalisés par Giovanni Cozzi en appliquant le CAM (2015).

Les résultats de cette série indépendante de simulations confirment les hypothèses exposées plus haut, selon lesquelles l'investissement dans l'économie produit des résultats positifs en matière de croissance économique et de dette publique, même si cela nécessite initialement des dépenses publiques supplémentaires, et contredit ceux qui affirment que les politiques d'austérité consistant à réduire les dépenses publiques génèrent la croissance de l'emploi et du PIB ainsi qu'une certaine discipline budgétaire. En outre, les stratégies d'investissement sexospécifiques contribuent à augmenter l'emploi total plus fortement et l'emploi des hommes de la même manière que les stratégies non sexospécifiques mais, en même temps, elles se montrent plus efficaces pour réduire les différences entre hommes et femmes en matière d'emploi.

Conclusion

Le présent rapport montre que les politiques qui se révèlent efficaces pour promouvoir la croissance économique et l'emploi sont probablement celles qui comportent un investissement public dans l'infrastructure plutôt que celles qui reposent sur l'austérité et les réductions des dépenses publiques. Cependant, il est nécessaire d'étudier l'infrastructure sous un angle plus général que ce qui est habituellement décrit dans les rapports sur les plans d'intervention keynésiens. L'infrastructure sociale, c'est-à-dire les activités liées aux soins de santé, à l'éducation, à la petite enfance et aux soins de longue durée pour adultes, sont indispensables pour maintenir et améliorer la capacité de production d'une économie, et constituent des moyens essentiels pour développer la qualité de vie des citoyens et des citoyennes.

À court terme, nos simulations indiquent que le fait d'investir l'équivalent de 2% du PIB dans le secteur des soins ou dans celui de la construction génère des effets positifs considérables sur l'emploi et la production. Toutefois, l'investissement dans le secteur des soins produit des effets plus importants sur l'emploi dans tous les pays. Non seulement un plus grand nombre d'emplois sont créés par le biais des effets directs, indirects et induits qu'avec un investissement dans le secteur de la construction, mais aussi, étant donné qu'une plus grande quantité d'emplois générés ont tendance à être occupés par des femmes, cet investissement contribue à réduire les inégalités entre hommes et femmes dans l'emploi. Nous estimons par ailleurs que les conditions de travail s'amélioreront à mesure que davantage d'emplois seront créés dans les services liés aux soins.

Nous observons des différences de niveau entre les pays qui sont en partie dues à des différences de structure des marchés du travail (rémunération des travailleurs/euses du secteur des soins) et d'organisation du secteur (externalisation et intensité en main-d'œuvre, dépendant du degré de combinaison entre la prise en charge en établissement ou en centre de soins et les soins dispensés par les membres de la famille ou à domicile). Même dans les pays où la rémunération moyenne des employé(e)s du secteur des soins est proche de celle du secteur de la construction (à savoir dans tous les pays, hormis le Royaume-Uni et les États-Unis), les effets sur l'emploi sont plus importants du fait de la baisse des importations et de la plus forte intensité en main-d'œuvre dans les services de soins).

À long terme, une partie de l'investissement initial sera probablement récupérée grâce à l'amélioration de la productivité, mais le caractère permanent des services de soins (paiement annuel des salaires des travailleurs/euses) nécessitera sans doute un modèle de financement différent des projets ponctuels, comme la construction de routes ou de maisons. Cependant, de longues périodes ont tendance à s'écouler pour certains grands projets d'infrastructure avant leur achèvement, ce qui risque de nécessiter des flux ininterrompus de financement aussi. L'imposition doit par conséquent constituer un instrument fondamental pour élaborer et mettre en œuvre ces politiques, purement et sim-

plement. En ce qui concerne les services de soins, et pour une infrastructure respectueuse de l'environnement, il conviendrait de recourir à l'imposition générale sous la forme d'un contrat social entre les générations.

Une analyse supplémentaire utilisant le CAM confirme que les politiques économiques visant à accroître l'investissement privé et les dépenses publiques sont bénéfiques à long terme, pour l'emploi, la croissance économique et la réduction de la dette publique. En outre, les politiques d'investissement qui privilégient l'emploi des femmes en particulier, telles que l'investissement dans le secteur des soins, obtiennent des résultats légèrement meilleurs sur l'emploi général et sur la réduction des différences entre hommes et femmes que les stratégies qui tiennent moins compte de ces différences, tout en augmentant dans une même proportion l'emploi des hommes.

En approfondissant cette recherche, il serait utile d'affiner les hypothèses pour calculer les effets induits, comme peuvent le faire les matrices de comptabilité sociale plus détaillées, ou d'utiliser un véritable modèle de microsimulation pour évaluer les comportements en termes de consommation et d'emploi qui découlent de l'investissement initial. De plus, au lieu de comparer des volumes d'investissement similaires entre les pays (dans notre cas, 2% du PIB), d'autres recherches pourraient viser à donner un aperçu plus précis des besoins de soins qui n'ont pas été satisfaits dans plusieurs pays où le financement et l'investissement sont nécessaires, car certains pays répondent probablement beaucoup moins que d'autres aux besoins de leur population au niveau des soins (comparer l'Italie et le Danemark, par exemple).

En fin de compte, il apparaît que l'investissement dans le secteur des soins permet d'aller au-delà des bienfaits sur l'économie et l'emploi, comme le fait l'investissement dans l'infrastructure physique durable et respectueuse de l'environnement. Dispenser des soins de haute qualité qui pourvoient aux besoins des citoyens et des citoyennes est propre à une société civilisée et en bonne santé et constitue en soi une condition suffisante pour plaider en faveur de l'investissement public dans des services de soins de haute qualité. En outre, investir dans des services de soins ainsi que dans des projets de construction répondant à des critères renouvelables et respectueux de l'environnement représente une étape incontournable pour permettre aux sociétés d'être plus durables. Il convient d'étudier ensemble les deux types d'investissement. Ce rapport suggère que l'investissement dans l'infrastructure sociale est une priorité pour faire face au besoin urgent de résoudre la crise des soins et le problème des inégalités entre hommes et femmes. Quoi qu'il en soit, les résultats de cette analyse et d'autres études montrent que, en tant qu'alternative efficace à l'austérité, l'investissement dans l'infrastructure physique ne peut être présenté comme la seule forme d'investissement susceptible de stimuler l'emploi et l'activité économique.

Références

- ABS, 2013. 6523.0 - Household Income and Income Distribution, Australia, 2009-10. Canberra: Australian Bureau of Statistics.
- Antonopoulos, Rania and Kijong Kim, 2011. «Public-Job Creation Programs. The Economic Benefits of Investing in Social Care. Case Studies in the US and South Africa», Levy Economics Institute of Bard College, WP 671.
- Arts, Wil and John Gelissen, 2002. «Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report». *Journal of European Social Policy* 12(2): 137-158.
- Bargawi, H. and Cozzi, G. (2014) «Engendering recovery for Europe: Modelling alternatives to austerity», Foundation for Progressive Economic Research, Policy Brief 1B. Accessible sur: <http://www.feps-europe.eu/assets/142f7bf4-baea-46c6-bcb7-15583a23fee5/policy-brief-1b-2014pdf.pdf>.
- Base de données de l'OCDE sur la famille, 2014. [en ligne] <http://www.oecd.org/fr/els/famille/basededonnees.htm>.
- Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales (SOCX), 2015. OCDE (en ligne) <http://www.oecd.org/fr/social/depenses.htm> (consultée le 16/09/2015).
- Bauernschuster, Stefan, Timo Hener and Helmut Rainer, 2014. «Children of a (Policy) revolution: The Introduction of Universal Child Care and its Effect on Fertility». CESifo Working Paper 4776.
- Bettio, Francesca, Marcella Corsi, Carlo D'Ippoliti, Antigone Lyberaki, Manuela Lodovici and Alina Verashchagina (2012). The impact of the economic crisis on the situation of women and men and on gender equality policies. Luxembourg: European Commission, http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/documents/130410_crisis_report_en.pdf.
- Blanchard, Oliver and Daniel Leigh (2013) «Growth Forecast Errors and Fiscal Multipliers», IMF Working Paper, 13/1, <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2013/wp1301.pdf> (dernière consultation le 10/04/2015).
- Blank, Rebecca M., 2002. «Evaluating welfare reform in the United States». *Journal of Economic Literature* 40(4): 1104–1166.
- Blau, David and Erdal Tekin, 2005. «The determinants and consequences of child care subsidies for single mothers in the USA». *Journal of Population Economics* 20:719–741.
- Borchorst, Anette, 2002. «Danish Child Care Policy: Continuity Rather than Radical Change». In *Child Care Policy at the Crossroads: Gender and Welfare State Restructuring*, ed. Rianne Mahon and Sonya Michel. New York: Routledge.
- Borchorst, Anette, and Birte Siim, 1987. «Women and the Advanced Welfare State—A New Kind of Patriarchal Power?» In *Women and the State*, ed. Anne Showstack Sassoon. London: Hutchinson.
- Brennan, Deborah, 2007. «Babies, Budgets and Birthrates: Work/Family Policy in Australia 1996–2006». *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society* 14(1): 31–57.
- Castles, Francis G., 1998. *Comparative Public Policy: Patterns of Post-war Transformation*. Cheltenham: Edward Elgar.
- CBO, 2011. CBO's 2011 Long-Term Budget Outlook. Pub. No. 4277. The Congress of the United States. Congressional Budget Office.
- CLASS, 2010. «Health Care Reform and LTC: CLASS Provisions». *LTC Newslink* 1681: 1-5.
- Committee on Ways and Means, 2000. *Green Book*. Washington, DC: US House of Representatives.
- Countrymeters.info, 2015. Population mondiale (en ligne) <http://countrymeters.info/fr/> (consulté le 16/09/2015).
- Cripps, F., 2014. «Macro-model scenarios and implications for European policy». In *Challenges for Europe in the World of 2030*. Eatwell, J., T. McKinley, and P. Petit (eds). Farnham, Surrey: Ashgate Publishing.
- Cripps, F. and Khurasee, N. 2010. «Introduction to the CAM databank and model. AUGUR, Challenges for Europe in the world in 2030». Rapport 1.1, accessible sur <http://www.augurproject.eu/>, (consulté le 10/10/2015).

De Agostini, P., Hills, J. and Sutherland, H., 2015. «Were we really all in it together? The distributional effects of the UK Coalition government's tax-benefit policy changes, Social Spending in Cold Climate», Research Report 5. Accessible sur: <http://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/spcc/WP10.pdf>.

DEEWR, 2013. «Childcare in Australia», Department of Education, Employment and Workplace Relations, Government of Australia, August, Canberra, [en ligne] accessible sur: http://www.mychild.gov.au/sites/default/files/documents/04-2015/child_care_in_australia.pdf (consulté le 09/10/2015).

Degavre, Florence, et Marthe Nyssens, 2012. Care Regimes on the Move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy. Charleroi: Centre interdisciplinaire de recherche Travail, État et Société, Université catholique de Louvain, Belgique. https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/cirtes/documents/RAPPORT_CROME_FINAL_8_mai_2012.pdf.

Del Boca, Daniela, Marilena Locatelli and Daniela Vuri. 2005. «Child-Care Choices by Working Mothers: The Case of Italy». *Review of Economics of the Household* 3: 453-477.

Duncan, Alan and Christopher Giles, 1996. «Should we subsidise pre-school childcare, and if so, how?» *Fiscal Studies* 17(3):39–61.

EC, 2014. «Key Data on Early Education and Childcare in Europe. 2014 Edition». Eurydice and Eurostat Report, [en ligne] http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/key_data_series/166en.pdf, consulté le 23/09/2015.

Elson, Diane, Jim Campbell, and Alisa McKay, 2013. «The Economic Case for Investing in High Quality Childcare and Early Years Education», WISE (Women in Scotland's Economy). Accessible sur: http://www.scottish.parliament.uk/S4_EducationandCultureCommittee/Scotlands%20educational%20and%20cultural%20future/51.WomeninScotlandsEconomy.pdf.

Emmerson, Carl, Paul Johnson and Robert Joyce (eds.), 2015. IFS Green Budget 2015. London: Institute for Fiscal Studies.

Esping-Andersen, Gosta, 2009. *The Incomplete Revolution: Adapting to Women's New Roles*, Cambridge: Polity.

Esping-Andersen, Gøsta, 1990. *Les trois mondes de l'État-providence*. Presses universitaires de France, 1999.

Families Package, 2015. Budget 2015-2016. Families Package. Commonwealth of Australia, [en ligne] www.budget.gov.au/2015-16/content/glossy/families/download/Budget-2015-Families-Package.pdf, consulté le 23/09/2015.

Ferragina, Emanuele and Martin Seeleib-Kaiser, 2011. «Welfare Regime Debate: Past, Present, Futures?» *Policy & Politics* 39(4): 583–611.

Goerres, Achim and Markus Tepe, 2012. «Doing It for the Kids? The Determinants of Attitudes towards Public Childcare in Unified Germany». *Journal of Social Policy* 41(2): 349–372.

Gouvernement écossais, 2015. Input-Output Methodology Guide [en ligne], accessible sur: <http://www.gov.scot/Topics/Statistics/Browse/Economy/Input-Output/MultiplierMethodology> (consulté le 04/08/2015).

Gretton, P., 2013. «On input-output tables: uses and abuses». Australian Productivity Commission Staff Research Note [en ligne] <http://www.pc.gov.au/research/completed/input-output-tables> (consulté le 04/08/2015).

Hanaoka, Chie, and Edward C. Norton, 2008. «Informal and formal care for elderly persons: How adult children's characteristics affect the use of formal care in Japan». *Social Science & Medicine* 67(6): 1002-1008.

Herndon, T., Ash, M. and Pollin, R., 2014. «Does High Public Debt Consistently Stifle Economic Growth? A Critique of Reinhart and Rogoff». *Cambridge Journal of Economics* 38 (2): 257–279. doi:10.1093/cje/bet075.

Himmelweit, Susan, à paraître. «Childcare as an investment in infrastructure» in Morag Gillespie and Jim Campbell (rédacteurs) *Feminist Economics and Public Policy: Reflections on the Work and Impact of Ailsa McKay*, Abingdon: Routledge.

House of Commons Library Research Findings, 2015. Réponse à une question soulevée au Parlement britannique. Accessible sur: https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fd3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net%2Fyvetteforlabour%2Fpages%2F271%2Fattachments%2Foriginal%2F1436391954%2FGender_analysis_emergency_budget_2015.xlsx%3F1436391954.

ICF GFK, 2015. «The economic value of the adult social care sector in England», Final Report, London: Skills for Care, accessible en ligne sur: http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_114055-9.pdf.

Ilkharacan, Ipek, 2013. «The Purple Economy: A Call for a New Economic Order Beyond the Green Economy», in *Sustainable Economy and green Growth: Who cares?* International Workshop Linking Livelihood and Sustainable Economy, Berlin: Genanet. Accessible en ligne sur: <http://www.wedo.org/library/new-report-sustainable-economy-and-green-growth-who-cares>.

JHI, 2015. «Daycare and kindergarten/preschool», Japan Health Info [en ligne] <http://japanhealthinfo.com/child-health-and-child-care/daycare-and-kindergardenpreschool/> (consulté le 10/10/2015).

Keynes, John Maynard, 1936. *Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie*, Livre III, La propension à consommer, chapitre X: La propension marginale à consommer et le multiplicateur.

Keynes, John Maynard, 1937. *The Collected Writing Volume XXI. Activities 1931-39. World Crises and Politics in Britain and America* p. 390 (edited Donald Moggridge, Cambridge: Macmillan and Cambridge University Press).

Knijin, Trudie, and Chiara Saraceno, 2009. «Family law and family policy reforms in Italy and the Netherlands: Different timings, increasingly different focuses». Rapport présenté lors de la séance de la 7e Conférence ESPAnet 2009: n°21 - Explaining Recent Shifts in Family Policy.

Kremer, Monique, 2006. «The Politics of Ideals of Care: Danish and Flemish Child Care Policy Compared». *Social Politics* 13(2): 261-285. <http://www.moniquekremer.nl/wp-content/uploads/2015/07/13.2kremer.pdf>.

Krugman, Paul, 2013. «How the Case for Austerity Has Crumbled», *New York Times*, June 6th, <http://www.nybooks.com/articles/archives/2013/jun/06/how-case-austerity-has-crumbled/>.

Krugman, Paul, 2015. *The Austerity Delusion*, *Guardian Newspaper*. Accessible en ligne sur: <http://www.theguardian.com/business/ng-interactive/2015/apr/29/the-austerity-delusion>.

Lewis J., Hobson B. 1997. «Introduction» In *Lone mothers in European Welfare regimes: shifting policy logics*, Lewis J. (ed.), pp. 1-20. London: J. Kingsley Publishers.

Lipszyc, Barbara, Etienne Sail and Ana Xavier, 2012. «Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27». *EUROPEAN ECONOMY, Economic Papers* 469. Bruxelles: Commission européenne. Accessible sur: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf.

Malley, Juliette, Jose-Luis Fernández, Benedict Anigbogu, 2010. «Care Regimes on the Move in Europe (CROMES). Axis 1: Plural economy and welfare mix. Report for England», PSSRU Discussion Paper 2742. London: London School of Economics and Political Science.

Michel, Sonya, 1999. *Children's Interests/Mothers' Rights: The Shaping of America's Child Care Policy*. New Haven: Yale University Press.

Ministère des Finances allemand, 2010. «Entwurf des Bundeshaushalts 2010 und der Finanzplan des Bundes 2009 bis 2013», [en ligne] http://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Monatsberichte/Standardartikel_Migration/2009/07/analysen-und-berichte/b01-bundeshaushalt2010-2013/bundeshaushalt2010-2013.html, consulté le 20/08/2015.

Miyamoto, Taro, 2003. «Dynamics of the Japanese Welfare State in Comparative Perspective: Between 'Three Worlds' and the Developmental State». *The Japanese Journal of Social Security Policy* 2(2): 12-24.

Myles, John, 1998. «How to Design a 'Liberal' Welfare State: A Comparison of Canada and the United States». *Social Policy & Administration* 32(4): 341-364.

NIER, 2011. «Preschool Education and Care in Japan», National Institute for Educational Policy Research, [en ligne] <https://www.nier.go.jp/English/educationjapan/pdf/201109ECEC.pdf> (consulté le 13/10/2015).

OCDE, 2008. «More LTC users receive care at home than in institutions», [en ligne] dx.doi.org/10.1787/888932400608, consulté le 17/08/2016.

OCDE, 2011a. «Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance». OCDE: Paris, 366 pp. Accessible sur <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/besoin-d-aide.htm> (consulté le 24/08/2015).

OCDE, 2011b. *Assurer le bien-être des familles. Annexe 2.A3 Profils de dépenses par âge*, 2007. Paris: OCDE.

Ortiz, Isabel et Matthew Cummins, 2013. «L'ère de l'austérité: Un examen des dépenses publiques et des mesures d'ajustement dans 181 pays», document de travail de l'Initiative for Policy Dialogue et de South Centre http://policydialogue.org/files/publications/ERE_DE_AUSTERITE_Ortiz_Cummins.pdf (dernière consultation le 10/04/2015).

Pavolini, Emmanuele, and Costanzo Ranci, 2008. «Restructuring the Welfare State: Reforms in Long-Term Care in Western European Countries», *Journal of European Social Policy* 18(3): 246-259.

Peng, Ito, 2009. «The Political and Social Economy of Care: Republic of Korea», Research Report 3, Geneva: UNRISD. Accessible sur: [http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/\(httpPublications\)/1EF2AE4F5E388259C125756100541F68?OpenDocument](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/(httpPublications)/1EF2AE4F5E388259C125756100541F68?OpenDocument).

Plunkett, J., 2011. The Missing Million-Potential for female employment to raise living standards in low to middle income Britain, London: Resolution Foundation. Accessible sur: <http://www.resolutionfoundation.org/publications/missing-million-potential-female-employment-raise-living-standards-low-middle-income-britain/>.

Reinhart, Carmen and Kenneth Rogoff, 2010. «Growth in a Time of Debt», *American Economic Review* 100 (May): 573-578.

Rindfuss, R. R., Guilkey, D. K., Morgan, S. P. and Kravdal, Ø., 2010. «Child-Care Availability and Fertility in Norway», *Population and Development Review*, 36 (4), pp. 725–748.

Rosnick, David and Dean Baker, 2012. «Missing the Story. The OECD's Analysis of Inequality», Washington: Centre for Economic Policy Research.

Rostgaard, Tine, 2011. LIVINDHOME. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries. Copenhagen: Institut national danois de recherche sociale. Accessible sur: <http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/LIVINDHOME/LIVINDHOME.pdf>

Schulz, Erika, 2014. «Impact of ageing on long-term care workforce in Denmark», supplement A to NEUJOBS Working Paper D12.2, January, [en ligne] www.neujobs.eu/sites/default/files/publication/2014/02/NEUJOBS%20Working%20Paper-D12.2-Denmark-2.pdf, consulté le 23/09/2015.

Seguino, Stephanie, 2015. «Inequality Matters: austerity policies, gender and race», conférence publique au LSE, 14 mai, coordonnées et podcast sur: <http://www.lse.ac.uk/publicEvents/events/2015/05/20150514t1830vOT.aspx>.

Skidelsky, R. and Martin, F., 2012. «Printing money and tax cuts aren't enough. We need real investment», London: New Statesman, March 1. Accessible sur: <http://www.newstatesman.com/economy/2012/03/investment-government-policy>.

SCRGSP (Steering Committee for the Review of Government Service Provision) 2013. Report on Government services 2013. Canberra: Productivity Commission. Accessible sur: <http://www.pc.gov.au/research/ongoing/report-on-government-services> (consulté le 12/10/2015).

Soma, Naoko, and Junko Yamashita, 2011. «Child care and elder care regimes in Japan». *Journal of Comparative Social Welfare* 27(2): 133–142.

Toner, P., 2006. «Restructuring the Australian construction industry and workforce: implications for a sustainable labour supply», *Economic and Labour Relations Review*, 17(1), [en ligne] accessible sur: <http://www.freepatentsonline.com/article/Economic-Labour-Relations-Review/240859031.html> (consulté le 16/10/2015).

UE, 2015. «Danemark: une action directe à travers des politiques de soutien des enfants et des familles vulnérables», Plateforme européenne pour l'investissement dans l'enfance, [en ligne] http://europa.eu/epic/countries/denmark/index_fr.htm, consulté le 23/09/2015.

US Census Bureau, 2015. «Childcare, an Important Part of American Life», How Do We Know? US Census Bureau, Department of Commerce [en ligne] https://www.census.gov/how/pdf/child_care.pdf (consulté le 10/10/2015).

Van Lancker, W., 2013. «Putting the child-centred investment strategy to the test: Evidence for the EU-27», *Journal of Social Security*, 15(1), pp. 4-27

WBG, 2015. «The impact on women of July Budget 2015». Women's Budget Group analysis, accessible sur: <http://wbg.org.uk/wbg-response-to-the-budget-now-available-online/>.

Annexe 1: Profils des pays

Allemagne

Système de soins (régime des soins)

L'Allemagne dispose d'un régime social «conservateur corporatiste» (Esping-Andersen, 1990; Ferragina et Seeleib-Kaiser, 2011), dans lequel les sources de soins sont diversifiées, car elles font intervenir différents acteurs et attribuent un rôle plus important au marché et à l'assurance sociale en fonction des catégories professionnelles (Degavre et Nyssens, 2012: 23).

Soins de longue durée

En 1995, l'Allemagne a inauguré un nouveau système de financement des soins de longue durée en instaurant une assurance obligatoire pour les personnes ayant un revenu familial inférieur à un niveau défini, ce qui élargit la couverture universelle des risques pour les soins de longue durée et propose des prestations supérieures à l'aide sociale sous condition de ressources (OCDE, 2011a). Après l'évaluation des besoins réalisée par le Comité d'évaluation médical, les bénéficiaires assurés peuvent choisir entre des prestations en espèces ou en nature, ou une combinaison des deux. Bien que la valeur des paiements en espèces ne représente que la moitié environ de celle des services en nature, la majeure partie des usagers optent pour les prestations en espèces, ou un ensemble de services et d'argent, pour indemniser les membres de la famille qui prodiguent des soins de manière informelle. Les services de soins en nature sont presque entièrement (97%) dispensés par des sociétés privées et des organisations non gouvernementales, dans le cadre de contrats conclus par des caisses d'assurance de soins de longue durée. De même, les prestataires de soins à domicile semi-résidentiels (centres de jour et structures d'hébergement temporaire) sont privés ou administrés par des organisations à but non lucratif (plus de la moitié de tous les foyers) (OCDE, 2011a).

En Allemagne, l'ensemble des prestations en nature et en espèces pour les soins de longue durée s'élevaient à 1,43% du PIB en 2010 (Lipszyc et al., 2012: 11). Le droit aux prestations est calculé à partir des contributions à l'assurance des soins de longue durée versées par les employé(e)s et les employeurs depuis au moins deux ans, sur une période de 10 années précédant la demande. Environ 90% de la population active adulte est couverte.

Or, très souvent, l'assurance ne prend pas entièrement en charge la formule de soins suggérée, auquel cas soit des dispositifs d'aide sociale procèdent à des virements calculés en fonction des ressources, soit les bénéficiaires et leur famille paient la différence (OCDE, 2011a). En outre, la formule proposée par les caisses d'assurance est davantage axée sur les soins paramédicaux que sur l'aide à domicile, qui a tendance à être faiblement prise en charge. Comme dans d'autres pays, tels que l'Italie et l'Espagne, les bénéficiaires des prestations en espèces embauchent souvent des travailleurs/euses à domicile appartenant

à l'économie grise. Pour régulariser la situation, en 2009, le gouvernement a pris des mesures financières incitatives en faveur d'emplois sûrs et réguliers, sous la forme de déductions fiscales de 20% des dépenses de soins allant jusqu'à 4000 EUR par an. Certaines déductions fiscales sont également proposées pour les emplois moins sûrs (dénommés «mini-jobs») et pour l'emploi d'immigrant(e)s dans le cadre de contrats de 24 heures sur une période de trois mois maximum (Degavre et Nyssens, 2012: 40).

Par ailleurs, il existe sur le marché un système d'assurance privée pour la prise en charge complémentaire des soins de longue durée et, selon les estimations, 1,58 million de personnes ont une assurance spécifique pour couvrir le reste des frais de soins de longue durée, ou une assurance qui verse une somme complémentaire définie pour les soins de longue durée, indépendamment du coût réel, ou une assurance vie (OCDE, 2011a).

Éducation préscolaire et petite enfance

En Allemagne, jusqu'à il y a peu, les services de garde d'enfants reflétaient la tradition conservatrice de la protection sociale, c'est-à-dire que la responsabilité de la garde d'enfants incombe essentiellement à la famille, et que le rôle des services de garde conventionnels était considéré comme complémentaire. En ce sens, ce modèle familialiste «résiduel» de la garde d'enfants diffère du modèle des soins de longue durée qui a évolué vers un système d'assurance sociale. Cela étant, suite au Sommet de Barcelone en 2002, lors duquel l'Union européenne a fixé pour 2010 un objectif de 33% de prise en charge en structure conventionnelle des enfants de 0 à 3 ans, et de 90% pour les 3-6 ans, les systèmes publics de garderie se sont considérablement développés, avec un important investissement direct de la part du gouvernement fédéral pour de nouvelles places en garderie, en particulier pour les enfants de moins de 2 ans (Goerres et Tepe, 2012). En conséquence, 24% des enfants de 0 à 2 ans ont fréquenté des garderies conventionnelles en 2011, alors que ce chiffre s'élevait à 10% dix ans plus tôt (base de données de l'OCDE sur la famille, 2014). Dans sa logique, le gouvernement estimait qu'une meilleure capacité d'accueil des enfants dans les structures publiques permettrait de développer l'emploi des femmes et d'augmenter les taux de fertilité. Depuis le 1er août 2013, tous les enfants ayant entre un an et l'âge d'aller à l'école bénéficient de l'aide à la petite enfance en garderie ou en crèche, et la subvention publique couvre environ 80% du coût d'une place. Toutefois, l'objectif de 2013 qui visait à atteindre une prise en charge de 35% n'a pas été atteint, et la prise en charge moyenne est restée à 10 points de pourcentage en dessous de l'objectif, avec d'importantes fluctuations entre les régions. De récents éléments empiriques ont révélé que les taux de fertilité augmentaient dans les régions occidentales de l'Allemagne qui affichaient une forte augmentation de la prise en charge de la garde d'enfants (Bauernschuster et al., 2014). Les parents peuvent également récupérer une partie de leurs dépenses de garde sous la forme de réduction fiscale, à laquelle tout le monde peut prétendre. En outre, depuis 2013, des aides en espèces ont été proposées pour les services de garde d'en-

fants, notamment une petite allocation mensuelle versée aux parents qui gardent leur enfant chez eux jusqu'à 36 mois (CE, 2014). Au total, les dépenses publiques de l'Allemagne pour l'éducation préscolaire et la petite enfance s'élevaient à 0,5% du PIB en 2011 (OCDE SOCX, 2015).

Australie

Systeme de soins (régime des soins)

L'Australie, qui dispose d'un régime social de type «libéral» (Esping-Andersen, 1990; Ferragina et Seeleib-Kaiser, 2011), fournit peu de services publics, et toutes les prestations sont accordées en fonction des ressources. Néanmoins, son système de protection sociale est plus global et universel que celui d'autres États libéraux (Castles, 1998; Arts et Gelissen, 2002). Les seuils étant relativement élevés, une proportion considérable de la population perçoit des prestations sous condition de ressources. En matière de redistribution, l'État donne plus d'importance à la garantie du revenu, à la sécurité de l'emploi et au contrôle des salaires qu'aux services sociaux.

Soins de longue durée

Le gouvernement fédéral a la responsabilité de mettre au point et de financer les soins de longue durée pour les personnes âgées de plus de 65 ans (généralement dénommés «aged care» en Australie: soins aux personnes âgées), et les États et les territoires sont chargés de planifier et de surveiller les services aux personnes de moins de 65 ans, aux termes du National Disability Agreement (Accord national sur les incapacités – OCDE, 2011a). Selon les estimations, 2,3% de la population totale recourt aux soins de longue durée (1,6 au domicile et 0,7 dans des institutions (OCDE, 2008)). Presque tous les services financés par le secteur public sont dispensés par le secteur privé, souvent par des organisations à but non lucratif. Tous les programmes sont financés par les impôts, mais certains nécessitent l'utilisation de tickets modérateurs.

Plusieurs dispositifs ont été mis en place pour répondre aux besoins des personnes nécessitant des soins. En premier lieu, le financement public des soins résidentiels dépend des ressources, et les tickets modérateurs à la charge des bénéficiaires représentent environ 30% du financement. Le droit d'en bénéficier est évalué par les équipes d'évaluation des soins aux personnes âgées (ACAT) et l'allocation moyenne par personne s'élevait en 2009 à 20.000 AUD pour les personnes ayant de faibles besoins de soins et à 52.000 AUD pour celles qui avaient d'importants besoins (OCDE, 2011a). En comparaison, le revenu moyen disponible d'un foyer en 2009-2010 était de 44.096 AUD (30.836 USD) par an (ABS, 2013).

En second lieu, les soins non résidentiels (soins à domicile et soins non hospitaliers) s'inscrivent dans un programme financé par le gouvernement fédéral (à un peu moins de 60%) et par l'État, les autorités territoriales ou locales (à presque 40%), les tickets modérateurs couvrant jusqu'à 5% du financement. Ce programme comprend les soins infirmiers de proximité, l'hébergement temporaire de proximité, l'aide ménagère et les soins personnels, ainsi que le transport et les repas. Les soins à domicile et non hospitaliers comportent d'autres formules: les

Community Aged Care Packages (formules pour les personnes âgées – CACP), également accessibles aux personnes âgées désignées par les équipes d'évaluation et modulées en fonction des ressources, représentent une alternative au faible niveau de soins résidentiels et consistent à fournir des services à domicile pour les personnes âgées (environ 5-6 heures d'aide directe par semaine). L'allocation moyenne s'élevait à 12.000 AUD par personne en 2009 et 10% étaient financés par les tickets modérateurs. L'alternative pour les personnes ayant d'importants besoins en matière de soins est dénommée Extended Aged Care at Home (soins à domicile renforcés pour les personnes âgées – EACH); ce programme est financé par le gouvernement fédéral. L'aide proposée va au-delà des CACP et l'allocation s'élevait à 39.000 AUD par personne en 2009. En dernier lieu, il existe une aide spéciale pour les personnes souffrant de démence, Extended Aged Care at Home Dementia (soins à domicile renforcés pour les personnes âgées atteintes de démence – EACHD), qui est semblable à l'EACH mais qui offre des services spécialisés en plus. L'aide directe de 15-20 heures par semaine suppose une allocation annuelle plus élevée par personne.

Indépendamment de la formule accordée, le gouvernement fédéral fixe le paiement maximum quotidien des prestataires de service. Si les dépenses par personne dépassent le seuil annuel, le bénéficiaire peut prétendre à une déduction fiscale de 20% (OCDE, 2011a). Globalement, les dépenses publiques destinées à tous les programmes de soins de longue durée pour les personnes âgées représentaient 0,85% du PIB en 2011-2012, dont 70% étaient consacrés aux soins résidentiels (SGRGSP, 2013).

Tout prestataire de soins doit respecter les normes de qualité supervisées et contrôlées par l'Aged Care Standards and Accreditation Agency (Agence pour l'accréditation et les normes concernant les soins aux personnes âgées), qui dispose d'un mécanisme officiel de recherche sur les plaintes. En 2007, près de 2% de la main-d'œuvre australienne travaillait dans le secteur des soins résidentiels et non résidentiels, mais la majorité des soins de longue durée (plus de 83% en 2003) sont encore prodigués de manière non officielle par la famille, des partenaires ou d'autres aidants personnels, dont certains reçoivent des allocations en espèces de la part du gouvernement. Compte tenu de la hausse de la demande de travailleurs/euses dans le secteur des soins de longue durée – jusqu'à 140% d'ici à 2050 (OCDE, 2011a) – l'Australie a mis en place des programmes d'immigration pour les travailleurs dans le domaine des soins de longue durée ainsi que des mesures visant à améliorer les compétences, notamment des financements publics pour les travailleurs du secteur des soins qui souhaiteraient se former à la profession d'infirmier/ère.

Éducation préscolaire et petite enfance

En Australie, la loi du marché est également visible dans le mode de financement des services de petite enfance à but lucratif. Les parents d'enfants en âge préscolaire bénéficiant de ces services ont le choix entre les garderies ou les assistantes maternelles pour recevoir une allocation de garde d'enfant sous condition de ressources. Il existe aussi un dégrèvement sans condition de ressources, qui réduit de 50% les dépenses à la charge des familles (en plus de l'allocation de garde d'enfant), à concurrence d'un plafond déterminé. Le budget de 2015 a récemment réformé le système de financement en offrant, à partir de 2017, un paiement unique modulé en fonction des ressources, consistant

en une subvention de garde d'enfant (versée au prestataire), qui pourra représenter jusqu'à 85% des frais de garde pour les familles à faible revenu et 50% pour les familles à revenu moyen (formule familles 2015). Pour prétendre à cette aide, les parents doivent travailler ou rechercher un emploi, être en formation ou avoir une activité bénévole comptant un nombre minimum déterminé d'heures par semaine. Une aide supplémentaire est prévue pour les parents dont les enfants ont des besoins plus importants et/ou dans les communautés défavorisées. Grâce au seuil élevé des conditions de ressources (et au dégrèvement sans condition de ressources), la subvention allouée est supérieure à 50% du tarif pour 95% des enfants en garde. En 2013, environ un tiers des enfants âgés de 0 à 2 ans étaient confiés à des structures conventionnelles, et deux tiers des enfants de 3 à 5 ans (base de données de l'OCDE sur la famille, 2014). En Australie, l'enseignement primaire commence à l'âge de 5 ans.

Le financement relève d'une responsabilité partagée entre le gouvernement fédéral, les États et les autorités locales, le gouvernement fédéral contribuant à hauteur de 81% du total. Selon les estimations, les subventions des frais liés à l'éducation préscolaire et à la petite enfance (y compris la garde périscolaire) s'élevaient à près de 9 milliards AUD en 2011. Ce chiffre, qui comprend le coût du financement de l'enseignement primaire pour les enfants de 5 ans, représente 0,59% du PIB (OCDE SOCX, 2015).

Danemark

Systeme de soins (régime des soins)

Le Danemark, caractérisé par un régime social nordique de type «social-démocrate» (Esping-Andersen, 1999), offre d'importants droits sociaux et marginalise le rôle des prestataires privés conventionnels. L'approche fondée sur les droits universels privilégie l'égalité entre tous les citoyen(ne)s, et accorde donc un intérêt primordial à un niveau élevé de sécurité. Un ensemble de prestations en nature et en espèces offre des emplois et des services de soins qui permettent aussi bien aux femmes qu'aux hommes de participer pleinement au marché du travail (Myles, 1998: 344).

Soins de longue durée

Les soins de longue durée sont dispensés et financés par des conseils locaux (régis par la loi codifiée sur les services sociaux). Leur accès est le même pour tous et ils sont gratuits pour tous les résident(e)s légaux au Danemark indépendamment de l'âge, de la richesse ou des revenus. Les services de soins sont financés par les impôts locaux et les dotations générales de l'État (Schulz, 2010). Les services offerts comprennent des maisons de retraite conventionnelles (dont le loyer est calculé en fonction des revenus du résident), des logements subventionnés pour personnes âgées avec des équipements et des personnels de soins, des soins au domicile du bénéficiaire (les soins temporaires doivent être payés par le bénéficiaire, les soins permanents sont gratuits). Le gouvernement donne explicitement la priorité aux soins de proximité et à l'aide aux personnes âgées à leur domicile plutôt qu'aux soins résidentiels, en proposant des soins personnels et des aides ménagères – courses, ménage, etc. L'objectif d'apporter une aide à caractère officiel à toutes

les personnes qui ont des besoins essentiels est atteint; en effet, d'après les estimations, presque chaque personne qui souffre de graves déficiences reçoit des soins conventionnels, et les autres soit n'ont pas besoin d'aide, soit en reçoivent de leurs proches ou de leurs amis. Chez les personnes de plus de 65 ans, 94% des 125.000 citoyens identifiés comme souffrant de graves déficiences bénéficiaient d'une aide officielle en 2010, selon l'enquête européenne SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite (Schulz, 2014).

En 2003, suite à la «réforme sur le libre choix», les prestataires de soins privés ont fait leur apparition dans le secteur. Par conséquent, les particuliers et les entreprises privées qui répondent aux normes de qualité et aux exigences de prix des municipalités peuvent obtenir des usagers une attestation de service qui permet à la municipalité de les employer. Toutefois, leur nombre est encore limité et dans l'immense majorité des cas, ils apportent une aide pratique pour les activités quotidiennes importantes que sont le ménage et les courses (Schulz, 2014). Les autorités locales peuvent également accorder des prestations en espèces aux personnes qui ont besoin de soins (OCDE, 2011a). Au total, l'ensemble des prestations en nature et en espèces pour les soins de longue durée représentaient 4,5% du PIB du Danemark en 2010 (2,5% pour les services et 2% pour les virements d'espèces), c'est-à-dire le pourcentage le plus élevé des pays de l'OCDE (Lipszyc et al., 2012: 11).

Néanmoins, comme dans tous les autres pays, la majeure partie des soins est encore dispensée gratuitement par la famille. Les soins de longue durée étant très largement institutionnalisés, financés par le public, disponibles et garantis, le Danemark enregistre un des taux les plus faibles d'Europe de soins dispensés par des personnes non rémunérées. Les aidants proches sont malgré tout correctement soutenus et peuvent prétendre à une allocation pour compenser la perte de salaire (OCDE, 2011a).

Éducation préscolaire et petite enfance

L'approche «social-démocrate» universaliste du Danemark s'applique également aux services de petite enfance. Le Danemark détient l'une des plus fortes proportions d'Europe d'enfants qui fréquentent des garderies subventionnées par l'État. Comme Wolfe (1989) le fait remarquer, la famille a une dimension «publique» au Danemark et la plupart des petits Danois passent une partie de leur vie dans les garderies. Ces services de garde universels ont été mis en place au moment où une alliance entre le mouvement des femmes et d'autres puissantes organisations (de pédagogie sociale, par exemple), qui défendaient l'idéal du professionnalisme pour la petite enfance, a pris le dessus sur l'idée qui prévalait jusque là selon laquelle il existait une opposition entre les intérêts des enfants et ceux des femmes (Kremer, 2006).

Le développement dynamique des garderies dans les années 1960 au Danemark a par ailleurs permis de répondre à une demande accrue d'emplois en phase avec les visions émancipatrices des Danoises, qui aspiraient à devenir financièrement indépendantes de leurs partenaires masculins. Au lieu de recourir à l'immigration, comme l'ont fait la plupart des pays d'Europe occidentale pour augmenter leur main-d'œuvre, le Danemark a embauché les femmes déjà sur place dans le pays pour faire face à la demande (Borchorst et Siim, 1987).

Aujourd'hui, le Danemark dispose des travailleurs/euses les mieux formés d'Europe dans les services de petite enfance (Siim, 2000; Borchorst, 2002). Le pays affirme que la prise en charge professionnelle des jeunes enfants leur apporte l'attention «sociopédagogique» qu'ils n'ont pas à la maison et «favorise non seulement le développement individuel mais les aide en outre à devenir des êtres humains sociaux» (Kremer 2006: 266). Les services de garde d'enfants sont assurés par les municipalités, et tous les enfants de 26 semaines à 6 ans bénéficient d'une place à plein temps en garderie. En 2011 au Danemark, 91% des enfants de 1 à 2 ans (74% des 0-2 ans) et 97% des enfants de 3 à 5 ans ont fréquenté les garderies (CE, 2014). Les sommes à la charge des parents sont calculées en fonction de leurs revenus mais sont plafonnées à 25% des frais de fonctionnement (UE, 2015). Au total, les dépenses publiques du Danemark pour l'éducation préscolaire et la petite enfance s'élèvent à pratiquement 1,5% du PIB, le pourcentage le plus élevé de tous les pays de l'OCDE (OCDE SOCX, 2015).

États-Unis

Système de soins (régime des soins)

Le système social des États-Unis est «libéral» (Esping-Andersen, 1990; Ferragina et Seeleib-Kaiser, 2011). Depuis les années 1970, il est qualifié de système «workfare», dans lequel les prestations sociales sont modestes et accordées en fonction des ressources, et les citoyen(ne)s doivent subvenir à leurs propres besoins sur le marché, en payant des assurances privées ou des prestations proposées par l'employeur avec leurs propres revenus et salaires (Myles, 1998: 344).

Soins de longue durée

Les soins de longue durée financés par le secteur public sont destinés, comme au Royaume-Uni, aux personnes ayant un faible revenu. Ils s'inscrivent dans un programme de protection sociale qui dépend de Medicaid. Les soins de longue durée sont d'ailleurs principalement financés par Medicaid, qui est organisé par le gouvernement fédéral, mais les États sont responsables de sa mise en œuvre. Étant calculé en fonction des ressources, ce programme entend aider les personnes aux revenus limités à payer les frais médicaux. Medicaid permet aux bénéficiaires de choisir un prestataire de soins de santé à domicile ou un médecin et prévoit des services infirmiers en établissement. Seuls des programmes limités en établissement sont accessibles pour les personnes qui ont besoin d'aide à domicile pour vivre de manière autonome. Les programmes de Medicaid sont uniquement accordés en dernier recours. Pour pouvoir en bénéficier, une personne doit d'abord avoir épuisé ou dépensé toutes ses ressources personnelles. Dans certains États, les bénéficiaires doivent participer en réglant un ticket modérateur peu élevé (OCDE, 2011a). Un autre programme, Medicare, qui est administré par le gouvernement fédéral, est réservé aux personnes plus âgées et prend en charge les visites à l'hôpital, les rendez-vous avec des spécialistes et les frais de santé, c'est-à-dire les soins médicaux et les visites des médecins pendant l'hospitalisation. Medicare ne prend pas en charge les soins de longue durée.

Parallèlement, les États-Unis disposent d'un des marchés les plus développés en matière d'assurances privées pour les personnes qui ont des revenus plus élevés et des actifs accumulés.

Bien que seulement 5% des citoyens de plus de 40 ans soient couverts, ce sont majoritairement les contributions privées et les paiements à la charge des personnes qui financent les soins de longue durée. Les soins résidentiels de longue durée sont répartis entre les structures qui acceptent les bénéficiaires de Medicaid et les structures financées par le secteur privé qui ne les acceptent pas. Ces deux types de prestataires doivent respecter les normes juridiques pour fonctionner. Il existe de grandes différences au niveau de l'intensité des soins dispensés, de leur nature (certains ne prévoient pas d'aide médicale) et de leur prix. En revanche, les services à domicile ou de proximité sont le plus souvent assurés par la famille ou les amis, avec l'intervention d'un médecin pour les soins médicaux supplémentaires. Dans certaines localités, des centres de jour pour adultes ont été mis en place pour accueillir les personnes âgées pendant la journée. Les travailleurs/euses sociaux apportent leur aide pour les besoins du quotidien, mais les repas et le transport des personnes sont assurés par des agences privées (OCDE, 2011a).

La mise en place d'un nouveau programme d'assurance volontaire géré par le secteur public pour les soins de longue durée, appelé Community Living Assistance Services and Supports (services et soutiens de proximité à l'assistance de vie – CLASS), est en discussion depuis plusieurs années. Il s'agirait de déduire chaque mois une somme de la masse salariale des personnes participant au programme pour fournir une couverture garantie. Ces personnes bénéficieraient de prestations en espèces toute leur vie, à condition qu'elles répondent aux critères requis pour y avoir droit (fondés sur le degré de déficience), qu'elles aient contribué cinq ans au système et qu'elles aient travaillé au moins trois ans sur ces cinq années (CLASS, 2010). Cependant, en octobre 2011, le gouvernement américain a décidé d'abandonner ce programme, le qualifiant «d'irréalisable». En 2010, le Patient Protection and Affordable Care Act (loi sur la protection des patients et le prix abordable des soins – ACA, ou Obamacare) a été proposé dans le but d'améliorer la qualité de l'assurance de santé, de la rendre plus abordable, et de réduire le nombre de personnes non assurées (qui avoisinait les 17% de la population en 2006). Le Bureau du budget du congrès américain estimait que l'ACA permettrait de réduire les dépenses de Medicare à l'avenir (CBO, 2011) et, ainsi, d'augmenter les possibilités de mettre en œuvre le programme CLASS.

Éducation préscolaire et petite enfance

Aux États-Unis, l'approche «libérale» des services de petite enfance peut être observée dans les arguments du gouvernement pour justifier ses subventions et programmes de protection sociale. Ils reposent sur trois principes: améliorer l'équité (pour donner aux enfants les mêmes opportunités de s'épanouir pleinement, dans l'esprit du «rêve américain»); encourager les parents à travailler (pour en faire des employés financièrement autonomes et non des personnes dépendantes de la protection sociale); remédier aux imperfections du marché de la petite enfance (si le développement social et intellectuel d'un enfant peut être amélioré et qu'il peut bénéficier à la société à l'avenir, les subventions sont justifiées) (Duncan et Giles, 1996).

En 1996, quatre programmes différents de subvention dédiés à la petite enfance pour les familles à faible revenu ont été remplacés par une dotation générale, le Child Care and Development Fund (fonds pour la petite enfance et le développement – CCDF). La loi commune sur la responsabilité personnelle et les

opportunités de travail a permis d'augmenter le financement de la petite enfance, d'autoriser les États à fixer les règles des programmes de subvention, de leur donner le choix de transférer jusqu'à 30% des fonds du programme de protection sociale d'allocation en espèces, la Temporary Assistance for Needy Families (aide temporaire pour les familles en difficulté – TANF), vers le CCDF, et de dépenser directement cet argent pour les services de garde d'enfants (Blau et Tekin, 2005). En 1999, la totalité du CCDF, soit environ 5 milliards USD, plus la dotation générale de la TANF de 4 milliards USD, ont été dépensées dans la petite enfance (Blank, 2002). Pour prétendre à la subvention, les parents doivent être employés, suivre un enseignement ou une formation, et leurs enfants doivent être âgés de moins de 13 ans (âge limite pour avoir droit aux subventions du CCDF). La priorité des fonds est accordée aux familles à très faible revenu non bénéficiaires d'une aide sociale – récente, actuelle ou éventuellement future – et aux familles dont les enfants ont des besoins spécifiques. Cependant, la plupart des foyers qui reçoivent des versements d'espèces dans le cadre des programmes d'aide publics sont composés de mères célibataires (plus de 90% des aides de la TANF comprenant un bénéficiaire adulte en 1998) (Committee on Ways and Means, 2000: 437; Blau et Tekin, 2005).

En 2012, 26% des enfants de moins de 3 ans et 70% des 3-5 ans ont été confiés à structures conventionnelles de garde d'enfants (Bureau de recensement des États-Unis, 2015). Généralement, les tarifs des services de garderie sont parmi les plus élevés des pays de l'OCDE, même en tenant compte des subventions en espèces ou à caractère fiscal (pratiquement inexistantes aux États-Unis) (base de données de l'OCDE sur la famille, 2014). Au total, les dépenses publiques des États-Unis pour l'éducation préscolaire et la petite enfance s'élevaient à 0,37% du PIB en 2011 (OCDE SOCX, 2015).

Italie

Système de soins (régime des soins)

L'Italie, dont le régime social est qualifié de «familialiste» (Esping-Andersen, 1990; Ferragina and Seeleib-Kaiser, 2011), repose essentiellement sur les soins prodigués par la famille et les transferts financiers pour les services de soins. Le système officiel de services de soins à domicile étant relativement peu développé, la majeure partie de l'aide aux personnes est octroyée sous la forme d'allocations en espèces.

Soins de longue durée

La principale forme d'aide sociale pour les soins de longue durée consiste en une prestation nationale en espèces pour incapacité (appelée allocation d'aide) versée par l'Institut national de sécurité sociale à tous les citoyen(ne)s définis comme incapables d'exercer les activités simples du quotidien¹⁶. Il s'agit d'un versement mensuel, universel, sans limite d'âge, sans condition de ressources ni lié aux contributions de sécurité sociale. Il n'est pas nécessaire «d'acheter» des services de soins de longue durée pour percevoir la prestation, et les bénéficiaires sont libres de dépenser l'argent comme ils l'entendent (OCDE, 2011a). Toutefois, les soins conventionnels en nature à domicile

¹⁶ Les besoins sont évalués par les Autorités de santé locales (ASL) et le Service de santé national (SSN) composé d'équipes multidisciplinaires. Le système de classification diffère d'une région à une autre, ce qui explique pourquoi le nombre de bénéficiaires varie. La décision finale d'accorder une allocation est rendue par l'Institut national de sécurité sociale (INPS) (OCDE, 2011a).

sont pratiquement inexistantes (et ceux qui existent concernent principalement les soins infirmiers résidentiels). Compte tenu du changement de la structure familiale et de la mobilité croissante, les familles se sont efforcées de prodiguer des soins adaptés à leurs proches, de manière informelle. En conséquence, l'Italie a assisté à une hausse des soins faiblement rémunérés dispensés par des immigrant(e)s (aussi bien légaux qu'illégaux, souvent en situation irrégulière), un phénomène aujourd'hui connu sous le nom de «migrant de la famille» (Knijn et Saraceno, 2009). D'après une estimation (autour de 2010), la proportion d'aidant(e) né(e) à l'étranger s'élève à près de 72% (OCDE, 2011a). Le gouvernement italien a essayé de réglementer cette économie grise en instaurant en 2005 des avantages fiscaux pour les employeurs (19% du salaire de l'aidant, mais seulement jusqu'à 399 EUR par an) et une déduction fiscale de leurs contributions de sécurité sociale (entre 356 EUR et 666 EUR par an). Les avantages sont limités aux familles imposables dont les revenus conjoints sont inférieurs à 40.000 EUR par an (Degavre et Nyssens, 2012).

Une deuxième allocation, l'allocation de soins, est financée par les régions et les municipalités et revêt la forme d'un versement en espèces ou de chèques-service pour les soins à domicile. Cette allocation a été mise en place en 2000 et a permis de créer des programmes de soins individuels pour tous les bénéficiaires de soins. Cependant, en raison des systèmes insuffisants d'évaluation des besoins et du dysfonctionnement de la mise en œuvre et du suivi des programmes de soins, l'efficacité de cette allocation est actuellement contestée (Degavre et Nyssens, 2012). Elle a néanmoins eu pour effet que le gouvernement privilégie les «subventions monétaires conditionnelles» liées à l'utilisation d'un service.

L'ensemble du financement public des prestations en nature et en espèces pour les soins de longue durée s'élevait en 2010 à 1,9% du PIB (Lipszyc et al., 2012: 11).

Éducation préscolaire et petite enfance

En Italie, le système de protection sociale «familialiste» se manifeste également au niveau de la garde des enfants, essentiellement assurée au sein de la famille de manière informelle. Il s'agit d'une pratique courante, en particulier pour les tout-petits, lorsque la grand-mère est en bonne santé et qu'elle vit à proximité. Traditionnellement, la fréquentation des garderies conventionnelles est très faible pour les enfants de moins de 3 ans – bien qu'il existe d'importantes fluctuations en fonction des régions (Del Boca et al., 2005). Depuis 2007, le gouvernement s'attache à augmenter considérablement le financement des garderies conventionnelles pour respecter les recommandations du Sommet de Barcelone de 2002. En 2011, autour de 26% d'enfants de 0 à 2 ans ont fréquenté les garderies (CE, 2014). La proportion d'enfants âgés de 3 à 5 ans a toujours été beaucoup plus élevée, avoisinant les 100%, mais s'inscrit dans le système scolaire gratuit de l'école maternelle (scuola materna) (CE, 2014). Les services publics existants de garde d'enfants sont bien subventionnés et de bonne qualité, semblables à ceux de la plupart des pays du nord de l'Europe. Ces services sont fortement réglementés en termes d'heures d'ouverture et de durée (limités à 7-7,5 heures par jour), en particulier pour les enfants de moins de 3 ans. Au total, les dépenses publiques de l'Italie pour l'éducation préscolaire et la petite enfance s'élevaient à 0,6% du PIB en 2011 (OCDE SOCX, 2015).

Japon

Système de soins (régime des soins)

Le Japon, dont le régime social est de type «conservateur» d'Asie de l'Est (Esping-Andersen, 1990; Ferragina et Seeleib-Kaiser 2011; Miyamoto, 2003), se caractérise par des dépenses sociales limitées et compte sur la famille et l'entourage pour dispenser les soins primaires. Ce système comporte également des éléments du régime social «libéral» qui donne la priorité aux mécanismes du marché (Esping-Andersen, 1999).

Soins de longue durée

Au Japon, le secteur des soins de longue durée rencontre de plus en plus de difficultés, en raison du vieillissement rapide de la population. Le Japon détient déjà le nombre le plus élevé de personnes de plus de 80 ans parmi les pays de l'OCDE, et la demande de soins de longue durée devrait doubler d'ici à 2050, tandis que la main-d'œuvre potentielle devrait diminuer (OCDE, 2011a). Pour faire face à ces changements, le gouvernement a mis en place en 2000 un programme d'assurance pour les soins de longue durée, en plus du système de santé national obligatoire. Ce programme était conçu pour favoriser l'autonomie des bénéficiaires et décharger les familles des soins à prodiguer à leurs proches. Ce système a permis aux organisations à but lucratif d'être subventionnées pour proposer des services de soins à domicile, en plus des organisations à but non lucratif existantes. Le système de soins résidentiels est resté essentiellement à but non lucratif.

Malgré les changements mentionnés ci-dessus, les dépenses de soins de longue durée au Japon restent plus faibles que dans les pays nordiques: le Japon a dépensé 0,91% de son PIB en soins infirmiers de longue durée en 2011 (0,78% pour les services de soins publics et 0,13% pour les services de soins privés) (OCDE SOCX, 2015). Tous les services de soins de longue durée sont financés par les impôts prélevés à divers niveaux du gouvernement (45% du total), par les contributions sociales que versent les personnes de plus de 40 ans en fonction de leur revenu (45%), et par les sommes que paient directement les bénéficiaires (10%) (OCDE, 2011a).

Les services de soins de longue durée sont accessibles à tous les citoyen(ne)s de plus de 65 ans et aux personnes entre 40 et 64 ans souffrant par exemple de la maladie de Parkinson, de démence pré-sénile ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Ce sont les autorités locales qui évaluent les besoins de soins d'une personne et qui prévoient un programme personnel de soins de longue durée élaboré et organisé par un «responsable de soins». L'assurance des soins de longue durée prend en charge 90% du coût des services, quel que soit le type de prestataire (institution, centre de proximité ou domicile), à condition qu'il soit agréé (OCDE, 2011a). Pour obtenir cet agrément, les travailleurs/euses qui dispensent des soins de longue durée doivent avoir un minimum de qualifications et de formation, selon le service fourni. Les personnels officiellement reconnus sont protégés par la loi sur les normes du travail, et ils peuvent prétendre à certains avantages, tels que les congés payés annuels, les congés de maternité, les congés parentaux, et les indemnités d'accident du travail. En outre, les municipalités leur proposent des stages de formation, des conseils et une aide à l'emploi après leur mission dans le secteur des soins.

Éducation préscolaire et petite enfance

Les taux de fertilité du Japon sont parmi les plus faibles du monde (1,37 en 2009). Pour remédier à ce problème, le gouvernement s'est efforcé, au cours de la dernière décennie, de «dé-familialiser» le système de garde des enfants et a mis au point des réformes politiques natalistes (Soma et Yamashita, 2011).

Le Japon offre deux sortes de structures officielles de garde d'enfants: les jardins d'enfants (comparables à des écoles maternelles et généralement destinés aux 3-5 ans) et les garderies (basées sur la protection sociale et destinées aux 0-5 ans). Au total, 9 enfants sur 10 entre 3 et 5 ans ont fréquenté des structures d'accueil (Soma et Yamashita, 2011). Les jardins d'enfants ont accueilli 56% des enfants inscrits dans des structures conventionnelles de garde en 2008, dont 80% dans des structures privées (NIER, 2011). Les garderies peuvent être agréées et administrées par des organisations du secteur public ou privé, ou non agréées et établies à domicile. Elles proposent également des services de garde pour les enfants de moins de 3 ans (ce qui représentait 26% en 2011). En 2008, 54% des enfants entre 0 et 5 ans inscrits dans des garderies ont été confiés à des structures privées (NIER, 2011). En 2000, le gouvernement a présenté une loi sur la protection sociale pour déréglementer les services de garde d'enfants et permettre aux structures privées de se développer. Certaines autorités locales ont réduit leur budget de garde d'enfants ou privatisé leurs garderies, dans le but de pallier leurs déficits budgétaires. Les observateurs ont vu dans ce changement un désengagement du secteur public vis-à-vis des services essentiels de protection sociale et une baisse de la qualité des soins. Depuis lors, les centres d'accueil qui n'étaient pas précédemment reconnus par les autorités comme prestataires, ainsi que les organisations à but non lucratif, constituent désormais une alternative viable. Ce passage «de service de l'État à l'économie de marché» rapproche le Japon des régimes de protection sociale «libéraux». En 2011, les dépenses publiques totales pour l'éducation préscolaire et la petite enfance représentaient 0,13% du PIB, le taux le plus bas des pays de l'OCDE étudiés (OCDE SOCX, 2015).

Royaume-Uni

Système de soins (régime des soins)

Le régime social britannique est un régime «libéral» (Esping-Andersen, 1990; Ferragina et Seeleib-Kaiser, 2011) qui, selon cette typologie, reconnaît la dominance du marché, ne participe pas de manière significative à la protection sociale publique, et pourvoit aux besoins essentiels en fonction des ressources. Le Royaume-Uni est souvent désigné comme un «État-providence libéral» dans lequel les prestations se situent au niveau intermédiaire de la stratification sociale, essentiellement en raison de son système de santé, le National Health Service (NHS), qui procède à des transferts en nature gratuits sur le lieu où les soins sont dispensés (Arts et Gelissen, 2002: 146). La gestion et une partie du financement des soins de longue durée et des services de petite enfance sont déléguées aux quatre nations du Royaume-Uni, à des niveaux légèrement différents de financement public, en particulier en Écosse.

Soins de longue durée

Depuis une vingtaine d'années, le Royaume-Uni met en place d'importantes réformes en ce qui concerne les soins de longue durée afin de maîtriser les coûts occasionnés par les besoins croissants et en pleine évolution de la population. Depuis 1993, au moment des grandes réformes de la prise en charge des personnes dépendantes en Angleterre, ce sont les services locaux spécialisés qui subviennent aux besoins des personnes âgées dépendantes en fonction de leurs ressources, ainsi que les prestations de sécurité sociale liées à l'incapacité et gérées à un niveau central (Degavre et Nyssens, 2012: 34). Le rôle principal des autorités locales est d'évaluer les besoins des individus, d'organiser des services et de surveiller le travail des quasi-marchés locaux des soins (Malley et al., 2010). Ces marchés sont très concurrentiels (et avec la concurrence des prix, les multiples prestataires risquent de se lancer dans une «spirale infernale» en termes de qualité, en réduisant la rémunération des travailleurs/euses) et, en même temps, fortement réglementés, normalisés et supervisés par des organismes nationaux tels que la Care Quality Commission (Commission de la qualité des soins).

Il existe une tendance très marquée en faveur d'un «programme de personnalisation» caractérisé par un modèle de soins centré sur le consommateur (Fernández et al., 2007) et par des prestations en espèces sous condition de ressources pour payer des services de prise en charge personnalisés (système de paiement direct mis en place en 1997). Actuellement, ces prestations s'ajoutent aux services de soins en nature restants (principalement les soins infirmiers de santé) mais le système de paiement direct devrait intervenir davantage à l'avenir dans le service national de santé. Les budgets personnels deviennent universels, mais les personnes qui ne souhaitent pas gérer leur propre budget peuvent confier cette tâche à un tiers (famille, ami ou autorité locale). Ces paiements contribuent à délaissier les prestataires de soins professionnels réglementés et à caractère officiel pour se tourner vers des soignants non réglementés et informels, rémunérés ou non, qui risquent de ne pas avoir les compétences nécessaires, en dépit de leur dévouement affectif (Lewis et Hobson, 1997; Pavolini et Ranci, 2008; Rostgaard, 2011).

En Écosse, la prise en charge des personnes dépendantes est gratuite pour les plus de 65 ans qui en ont besoin (en plus des prestations en espèces existantes). Les soins résidentiels sont également gratuits mais les bénéficiaires doivent payer l'hébergement (en fonction des ressources dans le cas des personnes ayant un faible revenu).

Une aide aux revenus est également disponible dans toutes les nations du Royaume-Uni pour les personnes qui ont besoin de soins de longue durée ou pour celles qui s'en occupent. L'allocation d'aide (réservée aux plus de 65 ans) ou le paiement d'autonomie personnelle (réservé aux 16-64 ans et comportant des conditions d'accès de plus en plus strictes pour les personnes qui peuvent prouver qu'elles ne sont pas aptes à travailler) sont toutes les deux des prestations universelles forfaitaires. Une prime d'invalidité grave, qui vient compléter le «crédit de pension» calculé en fonction des ressources est également accessible aux personnes lourdement handicapées, tout comme l'allocation de l'aidant, pour les personnes qui s'occupent à plein temps d'un membre de leur famille. Hormis en Écosse, ces allocations mettent en évidence une préférence pour les virements directs en espèces pour payer les soins privés choisis par le bénéficiaire, au lieu de subventionner directement la prestation

de service (Degavre et Nyssens, 2012: 35). Pour l'ensemble du Royaume-Uni, les soins publics de longue durée en nature s'élevaient à 1,42% du PIB et les prestations en espèces à 0,56% du PIB en 2010 (Lipszyc et al., 2012: 11).

Éducation préscolaire et petite enfance

Conformément à sa tradition libérale, le Royaume-Uni promeut les services de garde d'enfants privés, soit par la famille ou par le marché (à but lucratif ou non). Cela étant, au cours des 15 années passées, les gouvernements successifs ont augmenté l'aide financière pour les parents des enfants au niveau préscolaire, en mettant en place en 2003 des crédits d'impôts pour les familles à faible revenu et la gratuité des services de garde pour les enfants de 3 et 4 ans (des services qui ont été allongés par la suite à 15 heures par semaine, et valables aussi pour les enfants de 2 ans issus de familles défavorisées, avec le projet récemment annoncé de passer à 30 heures). Malgré cela, les services de garde restent inférieurs à la demande et les coûts sont en hausse constante, une tendance qui ne semble pas près de fléchir, étant donné qu'une hausse de l'attribution des subventions stimule la demande. C'est ce qui a entraîné une hausse des prix sans générer plus de prestation de services, parce que les subventions n'ont pas augmenté proportionnellement aux frais de fonctionnement réels. L'utilisation des services de garde est également très inégale suivant les revenus: les familles à revenu faible et moyen ont eu le moins accès aux structures de garde abordables (Van Lancker, 2013). Bien qu'il y ait davantage d'enfants en bas âge dans les garderies conventionnelles, la plupart d'entre eux y passent assez peu de temps, ce qui s'explique par la forte proportion de mères qui travaillent à temps partiel. En 2011, environ 35% des enfants de moins de 3 ans étaient confiés à des structures officielles de garde, mais en moyenne 14 heures par semaine seulement. Il en est de même pour les enfants plus âgés: bien que 90% des 3-5 ans aient été accueillis dans des garderies conventionnelles, le temps moyen passé dans les structures d'éducation préscolaire et de petite enfance se limitait à 20 heures par semaine (CE, 2014).

Les familles paient directement le prestataire. Une réforme récente compte instaurer un système de garde d'enfants «exempt d'impôts» qui remplacerait le dispositif actuel de chèques-service fourni par l'employeur pour la garde d'enfants. Ce mécanisme prévu à partir de 2017 prendra en charge 20% des frais de garde, à concurrence d'une limite annuelle par enfant, et concernera les parents employés qui ne bénéficient pas de crédits d'impôt.

Au total, les dépenses publiques du Royaume-Uni pour l'éducation préscolaire et la petite enfance s'élèvent à près de 0,4% du PIB, sous la forme de trois subventions principales (crédit d'impôt pour la garde d'enfants, chèques-service pour la garde d'enfants exempts d'impôts, et accès gratuit à l'éducation préscolaire), et n'ont pas beaucoup changé depuis 2010 (CE, 2014; Emmerson et al., 2015). Cependant, étant donné que les enfants entrent à l'école élémentaire à 5 ans, les dépenses publiques totales consacrées à l'éducation préscolaire et à la petite enfance comprennent leur première année et représentaient, selon les estimations, 0,8% du PIB en 2011 (OCDE SOCX, 2015).

Annexe 2: Méthodologie de la simulation

Méthode générale

Cette analyse utilise les tableaux officiels des entrées-sorties réalisés par les bureaux nationaux de statistiques pour calculer l'ensemble des effets sur l'emploi que peut avoir la demande supplémentaire, créée par exemple par les dépenses publiques, en faveur des produits d'un secteur particulier. La méthodologie utilisée est bien connue. Dans la présente analyse, nous avons suivi rigoureusement les méthodes du bureau de statistiques du gouvernement écossais (2015), appelées ci-après «notes de la méthodologie écossaise».

Voici comment sont expliquées les différentes manières de générer de l'emploi:

S'il y a une augmentation de la demande finale d'un produit particulier, nous pouvons supposer qu'il y aura une augmentation de la production de ce produit, étant donné que les personnes qui le fabriquent vont réagir pour satisfaire cette demande accrue; il s'agit de l'effet direct. Comme ces fabricants accroissent leur production, il y aura également une hausse de la demande du côté de leurs fournisseurs et ainsi de suite tout au long de la chaîne d'approvisionnement; c'est ce qu'on appelle l'effet indirect (ou de type I). En raison des effets directs et indirects, le niveau de revenus des ménages dans l'ensemble de l'économie va augmenter, grâce à la hausse de l'emploi. Une proportion de cette augmentation des revenus sera dépensée dans les biens et services finaux: il s'agit de l'effet induit (ou de type II).

[<http://www.gov.scot/Topics/Statistics/Browse/Economy/Input-Output/Multipliers>] (précisions entre parenthèses ajoutées)

Dans la présente étude, nous nous sommes intéressés aux effets sur l'emploi, en calculant l'ensemble des changements directs, indirects et induits sur l'emploi dus à une hausse d'une unité au niveau de la demande finale. Nous avons également calculé séparément les effets directs, indirects et induits sur l'emploi. Nous avons ainsi pu multiplier toute demande supplémentaire par l'effet total sur l'emploi, ou par une de ses composantes, pour calculer le volume d'emplois supplémentaires générés.

Effets sur l'emploi de type I (indirects)

1) Le processus commence par les tableaux symétriques publiés, qui indiquent le volume de la production du secteur utilisé directement dans le secteur (et étant, respectivement, les lignes et les colonnes du secteur, en sachant que les lignes correspondent à l'offre et les colonnes à l'utilisation):

1. Ces tableaux comprennent également des lignes pour les importations et pour la valeur brute ajoutée par secteur; ainsi, les totaux de la colonne indiquent la production totale de chaque secteur;
2. Les tableaux comportent par ailleurs des colonnes pour indiquer la composition de la demande finale, provenant du gouvernement, des consommateurs (ménages), de la formation brute de capital et des exportations;

3. Ces tableaux sont réalisés par les bureaux nationaux de statistiques, mais certains bureaux élaborent des tableaux produit par produit (P x P) et non secteur par secteur (S x S). La méthodologie utilisée ensuite reste inchangée, mais les résultats doivent être interprétés en termes de produits plutôt qu'en termes de secteur;

4. Voir les notes de la méthodologie écossaise pour en savoir plus sur la réalisation des tableaux symétriques, qui peut paraître un peu compliquée. Chaque bureau de statistiques émet des hypothèses légèrement différentes.

2) On peut réaliser les calculs à partir du tableau symétrique, ou demander au bureau de statistiques, la matrice des besoins directs, A, dont les cellules indiquent le volume de produit du secteur i directement nécessaire pour obtenir une unité du produit du secteur j .

- W_j la production totale du secteur j , correspond au total de la colonne $j^{\text{ème}}$ du tableau symétrique.
- La matrice des besoins directs, A, est calculée à partir du tableau symétrique en divisant chaque cellule par le total de sa colonne.

3) On peut réaliser les calculs à partir de la matrice des besoins directs, ou demander au bureau de statistiques, la matrice inverse de Leontief, ou matrice «des besoins totaux», L, dont les éléments prennent en compte l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement et indiquent le volume total du produit du secteur nécessaire directement et indirectement pour obtenir une unité du produit du secteur j .

- La matrice des besoins totaux, L, est calculée à partir de la matrice des besoins directs, soit $L = I + A + A^2 + A^3 + \dots = (I - A)^{-1}$, dans laquelle I est la matrice identité.
- L'effet multiplicateur de type I pour le secteur j est égal à $\sum_i L_{ij}$.

4) À partir des chiffres publiés sur l'emploi par secteur, on peut calculer le vecteur de l'emploi direct, w, dont les composantes indiquent l'emploi directement nécessaire pour obtenir une unité du produit du secteur j .

- w_j correspond à l'emploi dans le secteur j divisé par sa production totale Y. Il peut s'agir de l'effectif ou des ETP.
- De même, un vecteur représentant l'emploi par sexe et par secteur peut être calculé (nous avons utilisé les données relatives à la proportion de femmes étant employées). Il peut également s'agir de l'effectif ou des ETP.
- Il convient de noter que les chiffres relatifs aux ETP et la répartition de l'emploi entre les hommes et les femmes n'étaient pas toujours disponibles dans les secteurs figurant dans les tableaux des entrées-sorties. Lorsque les données sur l'emploi étaient moins ventilées, comme dans le cas de l'Australie, la même répartition entre hommes et femmes a été appliquée à toutes les subdivisions. Quand les données sur l'emploi étaient plus ventilées, ou ventilées différemment, comme pour les secteurs gouvernementaux des États-Unis, la répartition

entre hommes et femmes a été minutieusement ajustée pour chaque secteur en utilisant d'autres sources au cas par cas.

5) Les effets sur l'emploi (et les effets correspondants sur l'emploi pour chaque sexe) dans chacun des secteurs j sont calculés comme suit:

- L'effet direct w_j correspond à la main-d'œuvre directe nécessaire pour obtenir une unité de production dans le secteur j .
- L'effet total de type I (effet direct plus effet indirect) $\sum_i w_i L_{ij}$ correspond à la somme de l'ensemble de la main-d'œuvre nécessaire directement et indirectement pour obtenir une unité supplémentaire de production dans le secteur j .
- L'effet indirect $\sum_i w_i L_{ij} - w_j$ correspond à la différence entre l'effet total de type I et l'effet direct, et indique la main-d'œuvre nécessaire indirectement pour obtenir une unité de production dans le secteur j .

6) Le(s) multiplicateur(s) de l'emploi, le ratio entre les effets indirects et les effets directs, peut alors être calculé (notamment par sexe, ETP, etc.).

7) Les effets sur le(s) taux d'emploi peuvent également être calculés.

- L'augmentation des points de pourcentage du taux d'emploi (par sexe) égale l'effet total sur l'emploi divisé par la population en âge de travailler (pour ce sexe).

Effets sur l'emploi de type II (induits)

1) Pour les effets de type II, nous avons augmenté la matrice des besoins directs A en ajoutant le secteur des ménages. En utilisant les données du tableau symétrique, nous avons ajouté une colonne à la matrice A qui indique la composition de la demande des consommateurs par secteur et par unité de revenu des ménages, et une ligne qui indique la rémunération des employé(e)s (et qui comporte aussi, idéalement, le revenu des travailleurs/euses indépendants, mais pas les bénéficiaires) par unité de production dans chaque secteur.

2) La colonne supplémentaire pour la demande des consommateurs par secteur est établie à partir de la colonne correspondante du tableau symétrique divisé par le revenu total des ménages, qui figure généralement dans les comptes nationaux (secteur des ménages). Lorsque le revenu des ménages n'était pas disponible directement, nous avons utilisé le total des dépenses des ménages divisé par $(1 - \text{taux d'épargne brute})$.

- Le secteur des ménages englobe en général les institutions à but non lucratif qui rendent service aux ménages (non séparés) et aucun ajustement n'a été effectué pour prendre en compte cette catégorie.

3) Par conséquent, les calculs sont les mêmes que précédemment, ce qui crée une matrice augmentée inverse de Leontief de type II, L' et permet les calculs suivants:

- L'effet total de type II (effet direct plus effet indirect plus effet induit) $\sum_i w_i L'_{ij}$ correspond à la somme de toute la main-d'œuvre supplémentaire nécessaire directement, indirectement et de manière induite, pour une unité supplémentaire de production dans le secteur j .
- L'effet induit $\sum_i w_i L'_{ij} - \sum_i w_i L_{ij}$ correspond à la différence entre l'effet total de type II et l'effet total de type I, ce qui donne l'emploi induit par la consommation supplémentaire des ménages pour une unité supplémentaire de production dans le secteur j .

Quelques remarques

Certains bureaux de statistiques calculent ces effets sur l'emploi eux-mêmes, mais de nombreux bureaux ne le font pas, bien qu'ils fournissent les tableaux des entrées-sorties et d'autres données nécessaires pour les calculer. Une des raisons pour lesquelles ils ne procèdent pas eux-mêmes au calcul s'explique par le fait que le calcul des effets sur l'emploi repose sur d'importantes hypothèses.

Nous proposons ci-dessous une liste des hypothèses les plus pertinentes pour notre analyse et nous précisons, lorsque c'est possible, les effets probables si ces hypothèses ne se réalisent pas.

1. Offre disponible. Nous partons du principe que l'économie n'a pas de contraintes au niveau de l'offre, c'est-à-dire que toute entrée supplémentaire nécessaire, y compris la main-d'œuvre, peut être présente ou produite sans enlever de ressources aux activités existantes. Si ce n'est pas le cas, les effets sur l'emploi sont surévalués. Les effets réels sur l'emploi vont probablement dépendre de la mesure dans laquelle l'économie fonctionne à pleine capacité ou presque, ou du niveau de chômage.
2. Pas d'effets sur les niveaux de salaire ou de prix. S'il existe des contraintes sur la disponibilité des entrées, telles que la main-d'œuvre qualifiée, les salaires et les prix devraient logiquement augmenter et, ainsi, réduire la quantité que tout volume donné de dépenses peut acheter. Nous supposons que ces effets «d'éviction» ne se produisent pas. C'est pourquoi, en particulier lorsqu'il y a des pénuries de main-d'œuvre qualifiée ou autre, les effets sur l'emploi peuvent être surestimés.
3. Pas de changement des méthodes de production. Nous partons du principe que la demande supplémentaire n'entraîne pas de changement du mode de production des entreprises donc, de leurs impératifs d'entrée (et de leur approvisionnement). Il se peut que cette hypothèse ne tienne pas lorsqu'il y a des besoins de capital fixe, des économies d'échelle ou diverses manières d'obtenir la même production. Si cette hypothèse ne se réalise pas, mais que les deux précédentes se réalisent tout de même, les effets sur l'emploi peuvent être surestimés ou sous-estimés.
4. Tous les ménages dépensent et continuent de dépenser de la même manière. En calculant les effets induits, la demande finale des ménages devrait conserver sa composition existante et simplement augmenter ou diminuer proportionnellement au revenu des ménages. Si l'emploi supplémentaire conduit les ménages à économiser plus, cette hypothèse ne tient pas et les effets sur l'emploi risquent d'être légèrement exagérés. Cette hypothèse ne pourra pas se réaliser non plus si les revenus supplémentaires générés grâce à l'emploi vont aux ménages dont les modes de dépenses diffèrent systématiquement de la moyenne; sans enquêter sur le mode de dépenses de différents types de ménages, nous ne pouvons pas savoir si cela surestimerait ou sous-estimerait les effets sur l'emploi.

Voir Paul Gretton (2013) pour une analyse plus détaillée des hypothèses et des pièges que peut éventuellement présenter ce type d'analyse.

Annexe 3: Sources des données et nomenclature des activités économiques

Sources des données

Allemagne	Eurostat
Australie	Australian Bureau of Statistics
Danemark	Base de données de Statistics Denmark
États-Unis	Bureau of Economic Analysis Bureau of Labor Statistics
Italie	Eurostat
Japon	Statistics Japan
Royaume-Uni	Eurostat ONS

Nomenclature des activités économiques

La nomenclature des branches d'activité par pays utilisée dans les tableaux des entrées-sorties diffère entre les pays mais correspond globalement à la classification internationale type (NACE Rév. 2) figurant dans les tableaux d'Eurostat (et du Danemark)¹⁷.

Europe

Les différences entre le Danemark et les trois autres pays européens sont principalement dues au niveau d'agrégation des activités. Le Danemark utilise des tableaux comportant 117 divisions d'activités (NACE à trois chiffres) tandis que les tableaux d'Eurostat ne comprennent que 64 activités (NACE à 2 chiffres).

Statistics Denmark établit une distinction entre l'activité 87 et l'activité 88 alors qu'Eurostat n'en établit pas (pour l'Italie, l'Allemagne et le Royaume-Uni).

La division 87, «Hébergement médico-social et social» de la NACE Rév. 2, comporte les catégories suivantes:

87.1	Hébergement médicalisé	Établissements de soins infirmiers
87.2	Hébergement social pour personnes handicapées mentales, malades mentales et toxicomanes	Soins résidentiels et traitement prodigués par du personnel paramédical et des travailleurs sociaux aux patients souffrant d'une maladie mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie
87.3	Hébergement social pour personnes âgées ou handicapées physiques	Services de soins résidentiels et personnels dispensés aux personnes âgées et handicapées par du personnel paramédical et des travailleurs sociaux
87.9	Autres activités d'hébergement social	Activités exercées 24 heures sur 24 et visant à fournir une assistance sociale aux enfants et à des catégories particulières de personnes dont l'autonomie est limitée (sauf personnes âgées, personnes handicapées et personnes souffrant de retard mental)

La division 88, «Action sociale sans hébergement» comporte les catégories suivantes:

88.1	Action sociale sans hébergement pour personnes âgées et pour personnes handicapées	Services sociaux, de consultation, de protection sociale, d'orientation et autres services similaires destinés aux personnes âgées et handicapées à leur domicile ou dans d'autres lieux
88.91	Action sociale sans hébergement pour jeunes enfants	Activités des garderies
88.99	Autre action sociale sans hébergement n.c.a.	Autre action sociale sans hébergement n.c.a. Activités de bienfaisance telles que la collecte de fonds ou d'autres activités apparentées relevant des œuvres sociales

Dans le secteur de la construction (secteur F de la NACE à 1 chiffre), Statistics Danemark distingue trois divisions différentes, alors qu'Eurostat les regroupe toutes. Le secteur F englobe l'ensemble de la construction de bâtiments, résidentiels et non résidentiels (division 41), l'ensemble des constructions de génie civil (division 42), ainsi que les travaux de construction spécialisés,

¹⁷ Voir les notes explicatives et la liste des branches d'activité de manière plus détaillée sur: http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST_NOM_DTL_LI-NEAR&IntCurrentPage=23&StrNom=NACE_REV2&StrLanguageCode=FR

qui représentent seulement une partie de l'ensemble du processus de construction (division 43), notamment l'entretien et la réparation (par exemple les travaux de plomberie, plâtrerie, etc.). C'est la division 41 qui est utilisée dans nos simulations.

États-Unis

Pour les États-Unis, les catégories sont celles qui figurent dans la nomenclature des activités économiques d'Amérique du Nord, le North American Industry Classification System (NAICS).

Pour plus de détails: https://www.census.gov/eos/www/naics/2012NAICS/2012_Definition_File.pdf

Le secteur de la construction (secteur 23) regroupe les catégories suivantes:

230301	Entretien et réparation des bâtiments non résidentiels
230302	Entretien et réparation des bâtiments résidentiels
233210	Structures de soins de santé
233230	Structures industrielles de fabrication
233240	Structures d'électricité et de communication
233262	Structures éducatives et professionnelles
233293	Routes et autoroutes
2332A0	Structures commerciales, y compris agricoles
2332B0	Autres structures non résidentielles
233411	Structures résidentielles unifamiliales
233412	Structures résidentielles multifamiliales
2334A0	Autres structures résidentielles

Le secteur des établissements de soins infirmiers et résidentiels (623) regroupe les catégories suivantes:

6231	Établissements de soins infirmiers (soins infirmiers spécialisés)
6232	Établissements résidentiels pour les personnes souffrant de déficience intellectuelle, de troubles du développement, d'une maladie mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie
6233	Centres de soins de longue durée pour retraités et logements avec assistance pour personnes âgées
6239	Autres établissements de soins résidentiels

Le secteur de l'aide sociale (624) comprend les catégories suivantes:

6241	Services individuels et familiaux
6242	Services locaux pour l'alimentation et le logement, services d'urgence et autres services d'aide
6243	Services de réadaptation professionnelle
6244	Services de garde d'enfants

Il convient de noter toutefois que les services apportés aux personnes dépendantes à leur domicile, qui figurent ci-dessus à la division 88 de la NACE Rév. 2 pour les pays européens, n'appartiennent pas à la même classification aux États-Unis car ils relèvent des «services médicaux ambulatoires». En effet, les

soins de santé prodigués à domicile (6216), qui dépendent du secteur 621 (services de santé ambulatoires) dans les tableaux des entrées-sorties, apparaissent à côté d'autres services médicaux dispensés en dehors des hôpitaux, selon la description suivante:

Ce secteur englobe les établissements qui offrent essentiellement des services infirmiers spécialisés à domicile, ainsi que divers autres services: soins personnels; aide ménagère et accompagnement; kinésithérapie; services médico-sociaux; médicaments; matériel médical et fournitures médicales; conseil; soins à domicile 24 heures sur 24; ergothérapie; diététique et nutrition; orthophonie; audiologie; soins de haute technologie, tels que les dispositifs intraveineux.

Japon

Pour plus de détails: http://www.soumu.go.jp/english/dgpp_ss/seido/sangyo/san07-3.htm

Pour les besoins de l'analyse des entrées et sorties, le Japon utilise une nomenclature différente de la classification type des activités économiques du Japon; les principales catégories sont présentées ci-dessous.

Secteur de la construction:

4111	-011	Construction de bâtiments résidentiels (en bois)	411	Construction de bâtiments
4111	-021	Construction de bâtiments résidentiels (autres qu'en bois)		
4112	-011	Construction de bâtiments non résidentiels (en bois)		
4112	-021	Construction de bâtiments non résidentiels (autres qu'en bois)		
4121	-011	Réparation de bâtiments	412	Réparation de bâtiments
4131	-011	Construction publique de routes	413	Construction publique
4131	-021	Construction publique d'ouvrages fluviaux, de systèmes de drainage et diverses constructions publiques		
4131	-031	Construction publique pour l'agriculture		
4191	-011	Construction de voies ferrées	419	Autres ouvrages de génie civil et constructions
4191	-021	Construction d'installations électriques		
4191	-031	Construction de réseaux de télécommunications		
4191	-099	Autres ouvrages de génie civil et constructions		

Il n'y a pas de données explicites qui indiquent comment les deux secteurs de l'assurance et de la protection sociale et des soins infirmiers figurant dans les tableaux des entrées-sorties ont été mis en place à partir de la classification type présentée ci-dessous sous forme de liste. Il faudrait sans doute intégrer les secteurs 851-53 à l'assurance et à la protection sociale (643) et le secteur 854 pourrait englober les soins infirmiers (644). Toutefois, il n'est pas facile d'établir une correspondance entre les soins résidentiels et les soins non résidentiels étant donné que le secteur 854 mentionne également dans la subdivision 8544 les «services de soins à domicile», par exemple. La principale distinction se fait entre le secteur 853, relatif aux services de protection infantile, et les secteurs 854 et 855 concernant les soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées, respectivement, qu'il s'agisse de soins résidentiels ou non.

Pour une explication plus détaillée: http://www.soumu.go.jp/main_content/000323828.pdf

85 SERVICES D'ASSURANCE SOCIALE, DE PROTECTION SOCIALE ET DE SOINS

850 ÉTABLISSEMENTS AYANT DES ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES ADMINISTRATIVES OU AUXILIAIRES

8500 Sièges sociaux exerçant essentiellement des activités administratives

8509 Autres établissements exerçant des activités économiques administratives ou auxiliaires

851 ORGANISMES D'ASSURANCE SOCIALE

852 BUREAUX DE PROTECTION SOCIALE

853 SERVICES DE PROTECTION INFANTILE

8531 Garderies

8539 Autres services de protection infantile

854 SERVICES SOCIAUX POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET SERVICES DE SOINS

8541 Maisons de retraite médicalisées pour les personnes âgées

8542 Infrastructures de soins de santé pour les personnes âgées nécessitant des soins de longue durée

8543 Services de soins de courte durée en centre de jour pour les personnes âgées

8544 Services de soins à domicile

8545 Logements collectifs pour les personnes âgées atteintes de démence

8546 Logements payants pour les personnes âgées

8549 Autres services sociaux pour les personnes âgées et services de soins

855 SERVICES DE PROTECTION SOCIALE POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

8551 Services de soutien résidentiels

8559 Autres services de protection sociale pour les personnes handicapées

859 AUTRES SERVICES D'ASSURANCE SOCIALE, DE PROTECTION SOCIALE ET DE SOINS

8591 Services de réhabilitation pour les délinquants

8599 Autres services d'assurance sociale, de protection sociale et de soins

Source: http://www.soumu.go.jp/english/dgpp_ss/seido/sangyo/san13-3a.htm#p

Australie

L'Australie utilise la nomenclature type des activités économiques pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande, Australian and New Zealand Standard Industrial Classification (ANZSIC), révisée en 2006.

Le secteur de la construction distingue quatre groupes qui correspondent aux divisions de la NACE révisée concernant les bâtiments résidentiels (bien qu'ils soient différenciés des bâtiments non résidentiels dans la classification australienne), les gros travaux d'ingénierie et de construction civile, ainsi que les services de construction, qui comprennent tous les travaux préparatoires, l'installation (plomberie, etc.) et la réparation, comme dans la division 43 de la NACE.

En ce qui concerne les services de santé et d'aide sociale (division Q), les tableaux des entrées-sorties australiens indiquent les subdivisions suivantes:

Services de soins de santé (subdivision 84, hôpitaux, et 85, services médicaux).

Soins résidentiels et aide sociale (subdivision 86, soins résidentiels, et 87, aide sociale, dont 8701, services de garderie, qui ne comprennent pas l'éducation préscolaire et qui sont comparables à ceux des autres pays).

Pour plus de détails: [http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/5718D13F2E345B57CA257B9500176C8F/\\$-File/12920_2006.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/5718D13F2E345B57CA257B9500176C8F/$-File/12920_2006.pdf)

Éléments principaux de la composition des professions des services de soins

Japon

Le secteur de l'assurance sociale et de la protection sociale est dominé par cinq professions (97% du total):

Travailleurs du secteur de la petite enfance (34%)

0527102 Personnels de soins à domicile (27%)

0527101 Personnels de soins des structures médicales et de protection sociale (16%)

Employés de bureau généraux (14%)

Autres spécialistes de la protection sociale (autres que les travailleurs du secteur de la petite enfance) (8%)

Le secteur des soins infirmiers se compose comme suit:

0206000 Professionnels de la santé (34%) dont plus de la moitié d'infirmiers 0206026 (20% du total)

0207037 Professionnels spécialistes de la protection sociale (autres que la petite enfance) (8%)

0527101 Personnels de soins des structures médicales et de protection sociale (44%)

Il convient de noter que, dans la classification japonaise des pro-

fessions, les travailleurs/euses du secteur de la petite enfance et les enseignants des jardins d'enfants sont assimilés à des professionnels, tandis que les personnels de soins, à domicile ou non, relèvent du secteur des services (au même titre que les coiffeurs, les serveurs et les guides touristiques) (SOC Rév. 5 2009).

États-Unis

623 – Les soins résidentiels se composent essentiellement des professions suivantes:

21 Professions des services sociaux et de proximité (travailleurs sociaux, conseillers, etc.) (6%)

29 Professionnels de la santé et agents de santé (17%)

291141 Infirmiers diplômés (6%)

292061 Personnel infirmier (8%)

31 Aide aux soins de santé (34%)

311011 Aides de soins de santé à domicile (7%)

311014 Aides-soignants (25%)

35 Préparation des repas et services connexes (10%)

39 Services à la personne et services de soins (14%)

399021 Aides de soins personnels (9%)

624 – L'aide sociale se compose essentiellement des professions suivantes:

21 Professions des services sociaux et de proximité (16%)

25 Professions éducatives (16%)

252010 Enseignants en écoles maternelles et jardins d'enfants (9%)

31 Aide aux soins de santé (7%)

311011 Aides de soins de santé à domicile (5%)

39 Services à la personne et services de soins (35%)

399011 Travailleurs du secteur de la petite enfance (11%)

399021 Aides de soins personnels (20%)

Australie

En Australie, les trois principales professions des services de soins sont les suivantes:

4211 Travailleurs du secteur de la petite enfance: garde et surveillance d'enfants à domicile ou dans des garderies

4231 Aides pour personnes âgées ou handicapées: aide ménagère générale, soutien émotionnel, soins et accompagnement des personnes âgées ou handicapées à leur domicile

4233 Travailleurs du secteur des soins infirmiers et des soins personnels: aide, soutien et soins directs aux patients dans divers types de structures de santé, de protection sociale et de proximité

(Absence de statistiques sur la répartition de ces professions par secteur)

Europe

Les principales professions de soins figurant dans la Classification internationale type des professions (CITP) de 2008 sont re-

groupées dans la catégorie 53 (CITP à deux chiffres) du groupe 5 à un chiffre de la CITP se rapportant aux travailleurs/euses des services et des ventes, au même titre que les travailleurs des services à la personne (51), tels que les serveurs, les coiffeurs et les vendeurs (52), et les travailleurs des services de protection (54).

La catégorie 53 se compose des sous-groupes suivants:

- 531 Gardes d'enfants et aides-enseignants
- 5311 Gardes d'enfants
- 5312 Aides-enseignants
- 532 Aides-soignants
- 5321 Aides-soignants en institution
- 5322 Aides-soignants à domicile
- 5329 Personnel soignant et assimilé, non classé ailleurs

Le Danemark indique les données relatives à l'emploi et aux revenus pour chacune de ces professions détaillées. L'Italie et l'Allemagne ne les indiquent pas.

Le Royaume-Uni ne présente pas non plus ces données lorsqu'il utilise la CITP, mais emploie une classification différente pour ses données nationales plus détaillées sur l'emploi et les revenus.

Royaume-Uni

Le Royaume-Uni utilise un système de classification légèrement différent (SOC 2010) pour ses données nationales sur l'emploi et les revenus, à partir des catégories indiquées ci-dessous.

La principale catégorie 6 pour les professions relatives aux soins, aux loisirs et aux autres professions de service comporte notamment les professions suivantes:

612 Services de garde d'enfants et services à la personne y afférents

6121 Puéricultrices et auxiliaires de puériculture

6122 Assistantes maternelles et professions connexes

6123 Animateurs

6125 Assistants d'enseignement

6126 Assistants au soutien éducatif

Et:

614 Services de soins à la personne

6141 Aides-soignants et personnels soignants

6142 Ambulanciers (sauf auxiliaires médicaux)

6143 Assistants dentaires

6144 Personnels et gardiens d'institutions

6145 Personnels de soins et aides à domicile

6146 Personnels de soins pour personnes âgées

6147 Accompagnateurs dans les services de soins

6148 Entrepreneurs de pompes funèbres, assistants de morgues et de crématoriums

Annexe 4: Rémunération de diverses professions du secteur des soins

Royaume-Uni (2014)

	Total	Hommes			Femmes		
	Nombre total de personnes occupant un emploi (en milliers)	Nombre (en milliers)	% Temps plein	Salaire hebdomadaire moyen (GBP)	Nombre (en milliers)	% Temps plein	Salaire hebdomadaire moyen (GBP)
Total ²	30.537	16.347	12,7%	605,20	14.190	42,4%	394,80
Référence							
2231 Infirmiers	590	68	13,3%	622,70	522	34,1%	515,00
2315 Professionnels de l'enseignement primaire et préscolaire	431	51	10,5%	639,60	381	28,9%	566,20
Professions de soins							
612 Services de garde d'enfants et services à la personne y afférents	829	46	28,1%	243,90	783	47,8%	224,80
6121 Puéricultrices et auxiliaires de puériculture	174	0	-	291,00	171	41,8%	232,20
6122 Assistantes maternelles et professions connexes	129	0	-	139,20	129	38,4%	254,00
6123 animateurs	34	0	-	127,90	30	77,7%	138,30
6125 Assistants d'enseignement	356	28	31,9%	255,80	328	52,2%	230,80
6126 Assistants au soutien éducatif	136	11	0,0%	255,10	125	44,9%	220,90
614 Services de soins à la personne	1309	242	21,5%	323,20	1067	43,8%	266,90
6141 Aides-soignants et personnels soignants	300	62	15,3%	341,70	238	44,7%	295,40
6145 Personnels de soins et aides à domicile	792	132	27,5%	294,70	660	44,8%	245,00
6146 Personnels de soins pour personnes âgées	72	13	0,0%	377,90	59	28,0%	323,90

Note: Les salaires moyens s'entendent pour les employé(e)s uniquement (données issues de l'enquête annuelle sur les heures de travail et les salaires, ASHE, 2014). Les salaires médians ne sont pas représentatifs pour les emplois secondaires. La catégorie des personnes qui occupent un emploi englobe les employés et les travailleurs indépendants (enquête de 2014 sur la main-d'œuvre du Bureau britannique des statistiques nationales, l'ONS).

Danemark (2013)

	Total			Hommes			Femmes		
	Salaire horaire (DKK)	Salaire mensuel (DKK)	Employé(e)s à temps plein	Salaire horaire (DKK)	Salaire mensuel (DKK)	Employés à temps plein	Salaire horaire (DKK)	Salaire mensuel (DKK)	Employées à temps plein
Ensemble des professions	290,87	38.525	1.428.117	309,21	41.400	704.568	270,72	35.368	723.548
Référence									
2221 Cadres infirmiers	293,11	37.529	49.063	306,75	40.288	2134	292,46	37.397	46.929
2341 Instituteurs, enseignement primaire	292,7	38.146	57.908	294,97	38.963	18.560	291,57	37.742	39.348
Professions de soins									
53 Personnel de soins à la personne	219,03	28.138	141.501	206,76	27.016	21.285	221,31	28.347	120.216
531 Gardes d'enfants et aides-enseignants	199,51	25.688	44.352	189,15	24.689	9279	202,38	25.965	35.073
5311 Gardes d'enfants	199,45	25.680	44.319	188,95	24.662	9256	202,35	25.961	35.064
532 Personnel soignant des services de santé	228,12	29.280	97.149	220,57	28.841	12.006	229,24	29.344	85.143
5321 Aides-soignants	241,39	30.924	45.009	235,32	30.696	6761	242,51	30.966	38.248
5322 Aides-soignants à domicile	219,14	28.153	45.329	204,63	26.910	4381	220,8	28.295	40.949
5329 Personnel soignant des services de santé, non classé ailleurs	237,28	31.561	1384	210,66	28.302	180	241,77	32.111	1204

Note: Ces données concernent uniquement les employé(e)s à temps plein (source: banque de données statistiques de Statistics Denmark <http://www.statbank.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>).

Australie (2014)

	Hommes	Femmes	Total
	SALAIRE HEBDOMADAIRE MOYEN EN ESPÈCES (AUD)		
Ensemble des professions	1429,80	940,20	1182,40
Référence			
2411 Enseignants de l'éducation préscolaire (école maternelle)	797,50	1073,00	1070,20
2412 Enseignants de l'école primaire	1378,00	1263,80	1279,20
2544 Infirmiers diplômés	1553,00	1191,40	1220,10
Professions de soins			
4211 Travailleurs du secteur de la petite enfance	397,50	543,30	536,90
4231 Aides pour personnes âgées ou handicapées	728,40	667,50	679,00
4233 Personnel de soins à la per- sonne et aides-soignants	856,10	651,20	695,80

Ensemble des employé(e)s, 2014.

Source: Australian Bureau of Statistics - 63060DO011_201405 Employee Earnings and Hours (salaires et heures de travail des employés), Australie, mai 2014.

États-Unis (2014)

	Ensemble des secteurs		61 Enseignement		623 Soins résidentiels		624 Aide sociale	
	Emplois (en milliers)	Salaire horaire médian (USD)	Emplois (en milliers)	Salaire horaire médian (USD)	Emplois (en milliers)	Salaire horaire médian (USD)	Emplois (en milliers)	Salaire horaire médian (USD)
Ensemble des professions	135.128	17,09	12.759	21,51	3258	12,7	2768	11,61
Référence								
Enseignants de l'école élémentaire et du collège (252020)	1998	27,44	1983	27,46	-	-	1	20,51
Infirmiers diplômés (291141)	2687	32,04	73	27,72	195	28,77	22	27,97
Professions de soins								
Enseignants de maternelle et jardin d'enfants (252010)	511	16,39	228	23,23	-	-	252	12,51
Aides de soins de santé à domicile (311011)	799	10,28	0	10,75	238	10,41	151	10,05
Aides-soignants (311014)	1428	12,07	8	13,42	804	11,55	26	10,51
Travailleurs du secteur de la petite enfance (399011)	583	9,48	132	11	28	11,34	316	9,19
Aides de soins à la personne (399021)	1257	9,83	4	11,9	295	10,26	550	9,98

Notes: Seuls les salaires annuels des enseignants sont connus, par conséquent ces chiffres indiquent le salaire horaire moyen pour une rémunération annuelle basée sur 2080 heures de travail (40 heures par semaine).
Source: Bureau of Labor Statistics, mai 2014, pour l'ensemble des employé(e)s.

(États-Unis – suite) Rémunération des employés à temps plein par sexe (2014)

	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre d'employé(e)s (en milliers)	Salaire hebdomadaire médian (USD)	Nombre d'employés (en milliers)	Salaire hebdomadaire médian (USD)	Nombre d'employées (en milliers)	Salaire hebdomadaire médian (USD)
Ensemble des travailleurs salariés à temps plein	106.526	\$791	59.450	871	47.076	\$719
Référence						
Enseignants de l'école élémentaire et du collège	2730	980	534	1096	2196	956
Infirmiers diplômés	2309	1090	245	1190	2064	1076
Professions de soins						
Enseignants de maternelle et jardin d'enfants	499	634	13	-	486	625
Aides-soignants et aides de soins de santé à domicile	1364	472	164	528	1200	466
Travailleurs du secteur de la petite enfance	406	442	21	-	385	444
Aides de soins à la personne	667	434	133	465	534	425

Source: Bureau of Labor Statistics, mai 2014, pour les employé(e)s à temps plein.

Europe (2010)

Données d'Eurostat issues de l'enquête de l'Union européenne sur la structure des salaires (uniquement pour les établissements de 10 employé(e)s minimum).

Répartition des salaires et des employé(e)s par profession pour le secteur «Santé humaine et action sociale»

Salaire mensuel (EUR)	Danemark		Allemagne		Italie		Royaume-Uni	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	Total	4018	3389	3383	2527	3347	2350	3895
Cadres	6172	5188	5727	3979	6036	5438	4659	3513
Spécialistes	4939	3889	5840	3704	6326	4855	5622	3490
Techniciens et assimilés	4297	3629	2629	2483	2445	2269	2943	2390
Employés de bureau	3185	3189	2178	2310	1996	2010	2295	1885
Employés des services et de la vente	2888	2936	2052	1985	1790	1587	1904	1727
Ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche			2112	1818	1798	2246	1593	1822
Artisans et assimilés	:	:	2567	1940	2039	1405	2649	2064
Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage	:	:	1697	1781	2150	1830	1817	1752
Ouvriers et employés non qualifiés	2957	2655	1759	1762	1821	1547	1784	1553

Nombres d'employé(e)s (en milliers)	Danemark		Allemagne		Italie		Royaume-Uni	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	Total	114.088	517.297	683.005	2.259.498	349.778	733.724	774.435
Cadres	4982	8739	18.315	21.936	15.628	10.885	57.394	117.071
Spécialistes	49.255	197.553	176.855	321.247	84.089	70.679	341.061	940.033
Techniciens et assimilés	6501	41.940	296.311	1.257.104	123.889	364.935	95.621	280.128
Employés de bureau	2137	15.715	27.945	143.592	49.009	95.158	40.166	300.239
Employés des services et de la vente	45.027	229.048	95.354	308.880	37.953	144.069	168.743	800.602
Ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche	:	:	4645	1160	:	:	:	:
Artisans et assimilés	:	:	21.033	6221	8948	5619	10.813	2173
Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage	:	:	18.751	13.198	7442	1095	8005	1904
Ouvriers et employés non qualifiés	4744	24.147	21.225	184.509	22.190	41.234	34.725	103.391

Éditrice - responsable:
Sharan Burrow, secrétaire générale

CSI
5 Bd du Roi Albert II, Bte 1
1210 Bruxelles, Belgique
Tél : +32 2 224 0211 Fax : +32 2 201 5815
Courriel: press@ituc-csi.org Web: www.ituc-csi.org

D/2016/11.962/6