
Écart de rémunération entre femmes et hommes dans le secteur de la santé et des soins

**Une analyse de la situation dans
le monde à l'ère de la COVID-19**



Organisation
internationale
du Travail



Organisation
mondiale de la Santé

Écart de rémunération entre femmes et hommes dans le secteur de la santé et des soins

**Une analyse de la situation dans
le monde à l'ère de la COVID-19**

Écart de rémunération entre femmes et hommes dans le secteur de la santé et des soins : une analyse de la situation dans le monde à l'ère de la COVID-19 [The gender pay gap in the health and care sector : a global analysis in the time of COVID-19]

ISBN (OMS) 978-92-4-005688-6 (version électronique)

ISBN (OMS) 978-92-4-005689-3 (version imprimée)

ISBN (OIT) 9789220379035 (version électronique)

ISBN (OIT) 9789220379028 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé et Organisation internationale du Travail, 2022

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'Organisation internationale du Travail (OIT) approuvent une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du nom ou du logo de l'OMS ou de l'OIT sans autorisation est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'Organisation internationale du Travail (OIT). Ni l'OMS ni l'OIT ne sauraient être tenues pour responsables du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. L'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins : une analyse de la situation dans le monde à l'ère de la COVID-19 [The gender pay gap in the health and care sector : a global analysis in the time of COVID-19]. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Organisation internationale du Travail, 2022. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/publishing-policies/copyright>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS ou de l'OIT aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS ou l'OIT, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS et l'OIT ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ou l'OIT ne sauraient être tenues pour responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et mise en page : Phoenix Design Aid

Table des matières

Avant-propos	v
Remerciements	vii
Abréviations	viii
Résumé d'orientation	ix
1. INTRODUCTION	1
1.1 Pourquoi un rapport sur l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins ?	6
2. LES PERSONNELS DE SANTÉ DANS LE MONDE	9
2.1 Emploi mondial et régional dans le secteur de la santé et des soins	9
2.2 Emploi dans le secteur de la santé et des soins et degré de développement économique	12
3. L'ÉCART DE RÉMUNÉRATION ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SOINS	15
3.1 L'écart salarial brut femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins	15
3.2 Au-delà de l'écart salarial brut : identifier l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au sein des sous-groupes	20
3.3 Analyse pondérée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins	28
3.4 Comparaison entre l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins et dans les autres secteurs économiques	32
4. FACTEURS CONTRIBUANT À L'ÉCART DE RÉMUNÉRATION ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SOINS	34
4.1 L'écart de rémunération entre les femmes et les hommes aux différents points de la répartition des salaires horaires dans le secteur de la santé et des soins	34
4.2 Caractéristiques des hommes et des femmes sur le marché du travail dans le secteur de la santé et des soins aux différents points de la répartition des salaires horaires	41
5. DÉCOMPOSITION DE L'ÉCART DE RÉMUNÉRATION ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SOINS	55
5.1 Décomposition simple : la part expliquée et la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins	55
5.2 Décomposition totale : isoler la contribution de l'âge et de la catégorie professionnelle à la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins	68
5.3 Qu'est-ce qui se cache derrière la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes ?	76
5.3.1 L'écart salarial lié à la maternité dans le secteur de la santé	76
5.3.2 Degré de féminisation et salaires des personnels du secteur de la santé et des soins	82
6. CARACTÉRISTIQUES D'EMPLOI ET ÉCART DE RÉMUNÉRATION ENTRE FEMMES ET HOMMES DANS LE TEMPS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SOINS	88
6.1 Taille et caractéristiques des personnels du secteur de la santé et des soins au fil du temps dans un échantillon de pays	88
6.2 Évolution de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au XXI ^e siècle	97

7. L'EFFET DE LA COVID-19 SUR L'EMPLOI ET LA RÉMUNÉRATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SOINS	103
7.1 Effet de la pandémie de COVID-19 sur l'emploi des salariés dans le secteur de la santé et des soins au Canada, aux États-Unis et au Mexique	105
7.2 Évolution des caractéristiques des salariés du secteur de la santé et des soins sous l'effet de la pandémie de COVID-19 : les cas du Canada, du Mexique et des États-Unis	110
7.3 Effet de la pandémie de COVID-19 sur les gains des salariés dans le secteur de la santé et des soins : les cas du Canada, du Mexique et des États-Unis	121
7.4 La pandémie de COVID-19 et les salaires des travailleurs dans l'emploi formel et informel dans le secteur de la santé et des soins : le cas du Mexique	132
8. LA VOIE À SUIVRE POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SALARIALES ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SOINS	137
8.1 Considérations politiques	138
1. Données ciblées et ventilées par sexe sur les salaires dans le secteur de la santé et des soins	138
2. Emplois décents dans le secteur de la santé et des soins	139
3. Dialogue social	139
4. S'attaquer à la partie expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes en élargissant l'accès à l'enseignement, en favorisant l'expérience et en réduisant la ségrégation professionnelle	140
5. S'attaquer à la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes en contrant la sous-valorisation des secteurs hautement féminisés et en améliorant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée afin de parvenir à la parité des genres au travail	141
6. Élargissement de l'emploi formel dans les pays où l'informalité est largement répandue dans la population active	143
8.2 Vers un emploi plus réceptif aux considérations de genre dans le secteur de la santé et des soins	144
Annexe 1 : Sources de données nationales	145
Annexe 2 : Méthodologie de décomposition de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins	148
Annexe 3 : La crise financière mondiale et l'évolution de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins dans un échantillon de pays	152
Références bibliographiques	155

Avant-propos

La pandémie de COVID-19, et ses effets profonds et dévastateurs en termes de souffrances humaines, de pertes économiques et de perturbations sociales¹, ont mis à nu l'interconnectivité de nos sociétés et l'ampleur des inégalités au sein des pays et d'un pays à l'autre.

Il est crucial de disposer d'un programme commun², comme celui demandé par le Secrétaire général de l'ONU, pour reconstruire le monde sur des bases plus équitables, plus inclusives et plus durables. La déclaration sur la commémoration du soixante-quinzième anniversaire de l'ONU plaide en faveur d'un nouveau contrat social, ancré dans les droits humains.

Pour garantir un relèvement centré sur la personne, il est nécessaire d'accroître les investissements mondiaux dans les protections sociales universelles, d'accélérer la création d'emplois décents et de s'engager à éliminer les inégalités entre les genres. Cela suppose notamment de repenser la valeur que nous accordons au travail des femmes et l'importance relative des secteurs au sein de l'économie. Ce faisant, nous devons octroyer une plus grande valeur à ce qui importe le plus à la population.

Le présent rapport franchit un pas important dans cette direction en fournissant l'analyse la plus approfondie et exhaustive de l'écart salarial femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins – secteur qui emploie majoritairement des femmes. Les bases factuelles montrent que bien qu'omniprésentes, les femmes salariées sont rémunérées environ 20 pour cent de moins que les hommes, et qu'une petite fraction seulement de cet écart est due aux différences entre les

caractéristiques et la dotation en capital humain des femmes et des hommes. La ségrégation professionnelle entre femmes et hommes, la sous-représentation des femmes dans les professions les mieux rémunérées et la « pénalisation de la maternité » semblent jouer un rôle plus important dans les écarts salariaux entre hommes et femmes.

Non seulement l'écart salarial femmes-hommes est important dans le secteur de la santé et des soins, la rémunération est souvent faible dans ce secteur et les conditions de travail y sont très éprouvantes. Cela reflète la sous-valorisation du secteur et explique les difficultés grandissantes que certains pays éprouvent à répondre à la demande croissante de personnels de santé et d'aide à la personne. Cette situation est injuste et intenable. La pandémie de COVID-19 a montré à quel point le secteur et ses travailleurs sont vitaux pour assurer la survie des familles, des sociétés et des économies.

Le moment est venu pour les décideurs et les pouvoirs publics, les partenaires sociaux, le milieu universitaire, la société civile et tout un chacun d'entreprendre des actions efficaces pour faire reconnaître et mieux valoriser la contribution de ces travailleurs à notre santé, à notre bien-être et à notre résilience. L'appel mondial en faveur d'investissements à grande échelle dans l'économie des services à la personne, notamment par la création d'emplois plus nombreux et meilleurs, contribuerait grandement à la réalisation des objectifs de développement durable numéros 3, 5 et 8, tel que reconnu dans les travaux précurseurs de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique.

¹ Voir le tableau de bord de la COVID-19 de l'OMS (<https://covid19.who.int/>) pour un état des lieux de l'impact de la pandémie en termes de causalités, ainsi que les estimations les plus récentes de l'Organisation internationale du Travail (OIT) concernant les pertes d'emploi et de revenu dues à la COVID-19 dans les différentes régions en date de février 2022 ([wcms_806092.pdf \(ilo.org\)](https://www.ilo.org/public/eng/mediacenter/pressreleases/2022020101.pdf)).

² Voir Notre programme commun – Rapport du Secrétaire général (<https://www.un.org/fr/content/common-agenda-report/#:~:text=Introduction,depuis%20la%20Seconde%20Guerre%20mondiale.>).

Nous espérons que les gouvernements, les organisations de travailleurs et d'employeurs et les autres parties prenantes utiliseront les données et les bases factuelles contenues dans ce rapport



Jim Campbell

Directeur

du Département Personnels de santé
Organisation mondiale de la Santé

pour générer le dialogue et les décisions politiques nécessaires pour éliminer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins.



Manuela Tomei

Directrice

du Département des conditions de travail
et de l'égalité
Organisation internationale du Travail

Remerciements

Le présent rapport est le fruit d'une collaboration entre l'Organisation internationale du Travail (OIT) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les principaux auteurs du rapport sont Michelle McIsaac (OMS), Rosalia Vazquez-Alvarez (OIT) et Silas Amo-Agyei (Université de Lausanne). Michelle McIsaac et Rosalia Vazquez-Alvarez ont assuré la coordination générale. Michelle McIsaac a rédigé le résumé et le chapitre 8. Silas Amo-Agyei a rédigé les chapitres 1 et 2 sur la base des données fournies par Umberto Cattaneo (OIT). Rosalia Vazquez-Alvarez a rédigé les chapitres 3 à 7 et élaboré les données empiriques de l'ensemble du rapport, avec le concours de Silas Amo-Agyei. Le présent rapport suit la méthodologie d'estimation des écarts de rémunération entre les femmes et les hommes utilisée dans la sixième édition du *Rapport mondial sur les salaires* de l'OIT (*Rapport mondial sur les salaires : Quelles sont les causes des écarts de rémunération entre les femmes et les hommes ?* (OIT, 2018a)). Cette méthodologie a été mise au point par Patrick Belser (OIT) et Rosalia Vazquez-Alvarez (OIT), qui travaillent tous deux pour le Service des marchés du travail inclusifs, des relations professionnelles et des conditions de travail (INWORK) de l'OIT.

Nous tenons à remercier Manuela Tomei, directrice du Département des conditions de travail et de l'égalité de l'OIT (WORKQUALITY/OIT), Philippe Marcadent, chef du Service des marchés du travail inclusifs, des relations professionnelles et des conditions de travail (INWORK/OIT) et Jim Campbell, directeur du Département Personnels de santé (UHL/OMS) pour leur soutien dans le processus d'élaboration du rapport.

Nous remercions également les personnes suivantes pour leurs apports et commentaires utiles relatifs à la version initiale du rapport : Patrick Belser (OIT), Janine Berg (OIT), Mathieu Boniol (OMS), Florence Bonnet (OIT), Evelyn Boy-Mena (OMS), Umberto Cattaneo (OIT), Giorgio Cometto (OMS), Khasoum Diallo (OMS), Tessa Tan-Torres Edejer (OMS), Philippe Marcadent (OIT), Andrew Mirelman (OMS), Manuela Tomei (OIT), Sher Verick (OIT), Christiane Wiskow (OIT) et Pascal Zurn (OMS).

Une partie du présent rapport repose sur des données issues d'Eurostat. Nous remercions Eurostat pour sa contribution précieuse à la fourniture de données issues de l'enquête sur la structure des salaires dans le cadre du contrat numéro RPP28/2020-EU-SILC-SES-HBS. Les auteurs assument l'entière responsabilité des conclusions tirées de ces données.

L'élaboration du présent document a été rendue possible grâce au soutien financier du Canada et de l'Allemagne.

Abréviations

BMA	British Medical Association
CISP	Classification internationale d'après la situation dans la profession
CITI	Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique
CITP	Classification internationale type des professions
COVID	coronavirus
CPS	Current Population Survey (enquête sur la population active, États-Unis)
EGGE	Groupe d'experts en genre et questions d'emploi (Commission européenne)
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Mexique)
EPA	Enquête sur la population active
Eurofound	Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail
Eurostat	Office statistique de l'Union européenne
FEM	Forum économique mondial
FSESP	Fédération syndicale européenne des services publics
G20	Groupe des vingt
HOSPEEM	Association européenne des employeurs hospitaliers et de santé
ISO	Organisation internationale de normalisation
NACE	Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectifs de développement durable
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
SCIAN	Système de classification des industries de l'Amérique du Nord
STIM	science, technologie, ingénierie, mathématiques
UML	unité monétaire locale
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
WESO	Emploi et questions sociales dans le monde (OIT)

Résumé d'orientation

Le secteur de la santé et des soins constitue une source d'emploi considérable

Le secteur de la santé et des soins constitue une source d'emploi considérable dans le monde, en particulier pour les femmes. Les personnels de santé et d'aide à la personne représentent environ 3,4 % de la population active mondiale, notamment quelque 10 % dans les pays à revenu élevé et un peu plus de 1 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Partout dans le monde, ce secteur est hautement féminisé – les femmes y représentent environ 67 % des travailleurs à l'échelle mondiale – et connaît un degré significatif de ségrégation professionnelle entre femmes et hommes. Cependant, la part des femmes dans la population active du secteur varie selon le degré de développement économique. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les femmes représentent 63,8 % de la population active du secteur, contre 75,3 % dans les pays à revenu élevé. Les estimations figurant dans le présent rapport montrent que le haut degré de féminisation du secteur est universel, à la fois au niveau des pays et des régions. Les pays où une plus grande part de femmes travaille dans le secteur n'ont pas nécessairement des dépenses plus élevées en matière de santé et de soins.

Les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins sont plus importants que dans les autres secteurs

En dépit du haut degré de féminisation, le secteur de la santé et des soins connaît des inégalités de genre, notamment en matière de rémunération. Le présent rapport est le premier du genre, offrant une analyse mondiale des écarts de rémunération entre les femmes et les hommes dans l'ensemble du secteur fondée sur les données de 54 pays représentant ensemble 40 % environ des salariés du secteur dans le monde. En s'appuyant sur les estimations mondiales pondérées, le rapport conclut que l'écart salarial femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins va d'environ 15 % (dans le cas des salaires horaires médians) à approximativement 24 % (en ce qui concerne les salaires mensuels moyens). Compte tenu de la fourchette de valeurs sur quatre configurations d'estimation de l'écart, les femmes salariées gagnent

approximativement 20 % de moins que les hommes dans le secteur de la santé et des soins. Si l'on tient compte des effets de concentration – principalement dus à la ségrégation entre les genres dans l'emploi dans le secteur –, l'écart salarial femmes-hommes se rétrécit dans ce secteur. L'atténuation de l'écart salarial femmes-hommes après correction pour tenir compte des effets de concentration s'explique par le fait que les femmes sont surreprésentées dans les catégories professionnelles inférieures (en termes de rémunération), où l'écart est moindre. Les hommes, en revanche, sont surreprésentés dans les catégories professionnelles supérieures (en termes de rémunération) (les médecins, par exemple), où l'écart salarial femmes-hommes est plus important. Lorsque les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins sont comparés à ceux des autres secteurs économiques (non liés à la santé), le rapport constate que dans le secteur de la santé et des soins, ces écarts tendent à être plus importants que dans les autres secteurs. Cela est particulièrement vrai lorsque l'on compare les catégories professionnelles du secteur de la santé et des soins avec les catégories professionnelles des autres secteurs.

Principaux facteurs à l'origine de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins

Quelle est la nature de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans la répartition des salaires ? Les caractéristiques des femmes et des hommes au regard du marché du travail influencent-elles l'écart salarial entre elles et eux ? La ségrégation entre les genres est courante dans le secteur de la santé et des soins partout dans le monde. Le rapport montre que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes varie de manière significative aux différents niveaux de la répartition des salaires horaires dans l'ensemble des pays, et qu'il tend à augmenter à mesure que l'on se déplace des quantiles inférieurs vers les quantiles supérieurs de l'échelle salariale. En dépit de leur participation relativement faible au secteur de la santé et des soins dans l'ensemble des pays, les hommes sont surreprésentés dans le décile supérieur, en particulier dans le centile supérieur de la répartition des salaires horaires, où l'écart salarial femmes-hommes est plus



© iStock-1189305225

important encore. Les femmes et les hommes ne sont pas fondamentalement différents en termes de caractéristiques professionnelles, que ce soit au sein des déciles ou sur l'ensemble de la répartition des salaires horaires. Cependant, dans certains pays, les hommes présents sur le marché du travail tendent à être plus âgés – et donc à avoir plus d'expérience – et à avoir davantage suivi des études supérieures que les femmes, en particulier au sommet de la répartition des salaires. L'âge, le niveau d'instruction et la ségrégation entre les genres dans les différentes catégories professionnelles sont quelques-uns des facteurs à l'origine de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins.

L'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins est en grande partie inexpliqué par les facteurs déterminant les salaires sur le marché du travail

À partir des données de 54 pays, qui représentent environ 40 % des salariés dans le monde, le rapport décompose l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé

et des soins en deux parties, à savoir celle qui peut être expliquée par les différences au niveau des attributs professionnels des femmes et des hommes, et celle qui demeure inexpliquée par ces différences. La première partie, qui comprend l'âge, le niveau d'instruction, les modalités de temps de travail et les secteurs institutionnels, peut expliquer une petite part des écarts salariaux femmes-hommes observés dans le secteur. Toutefois, la plus grande partie de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes demeure inexpliquée par les données disponibles sur les attributs professionnels.

D'une part, les estimations montrent que dans presque tous les pays et à presque tous les quantiles de la répartition des salaires horaires, la part inexpliquée de l'écart salarial femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins domine et est positive. Cela veut dire que les femmes qui travaillent dans ce secteur sont sous-rémunérées pour leurs attributs par rapport aux hommes dont le profil professionnel est similaire. D'autre part, dans la plupart des régions, la part expliquée de l'écart salarial femmes-hommes est négative, ce qui signifie que, tandis que, de manière générale, les femmes gagnent moins que les hommes pour leurs attributs

professionnels (la composante inexpliquée), elles ont généralement de meilleurs attributs professionnels que les hommes du même quantile de la répartition des salaires. À l'échelle mondiale, la composante expliquée est estimée à -3,5 %, tandis que la composante inexpliquée est de +22 %.

Une partie de l'écart de rémunération inexpliqué entre hommes et femmes peut être attribuée à ce que l'on appelle l'« écart salarial lié à la maternité » (une mesure de l'écart salarial entre mères et femmes sans enfants) et une partie peut être attribuée au fait que le secteur est hautement féminisé. Dans la plupart des économies, les travailleurs des secteurs hautement féminisés sont en moyenne moins bien rémunérés que ceux des secteurs économiques non féminisés. Malgré le nombre grandissant d'hommes qui ont rejoint le secteur de la santé et des soins ces derniers temps, le haut degré de féminisation du secteur contribue à sa sous-évaluation par la société, la rémunération moyenne y étant inférieure à celle des autres secteurs. Cette caractéristique contribue de manière significative à la persistance de l'écart salarial global femmes-hommes dans l'ensemble de l'économie.

Évolution récente de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes et des caractéristiques professionnelles des femmes et des hommes dans le secteur de la santé et des soins

Au cours des deux dernières décennies, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes s'est creusé dans certains pays, tandis que dans d'autres il s'est réduit ou est resté relativement. À partir de données couvrant la période allant du début des années 2000 à 2019, le rapport montre que la part des hommes dans la population active du secteur de la santé et des soins augmente, toutefois à un rythme insuffisant pour réduire le degré significatif de féminisation qui caractérise ce secteur. Les estimations du rapport fournissent des preuves d'un glissement progressif des femmes vers les catégories professionnelles plus élevées dans le secteur, toutefois, dans l'ensemble des pays, les femmes continuent d'être surreprésentées dans les catégories professionnelles associées à l'infirmier et aux fonctions moins qualifiées du secteur de la santé et des soins.

La COVID-19 a eu une incidence sur l'emploi et la rémunération dans le secteur de la santé et des soins

Les pertes d'emplois dues au ralentissement économique associé à la pandémie de COVID-19 ont été moindres dans le secteur de la santé et des

soins que dans les secteurs économiques sans lien avec la santé. Cependant, les conditions de travail dans ce secteur se sont radicalement détériorées, en particulier pour les travailleurs aux premières lignes de la lutte contre la pandémie (qui sont pour la plupart des femmes), dont le risque d'infection est par ailleurs démesurément élevé. Si, en décembre 2020 en moyenne, l'emploi dans le secteur de la santé et des soins s'était pratiquement rétabli, cette reprise était à la traîne pour certains types de travailleurs du secteur, en particulier les femmes au niveau d'instruction peu élevé et ayant un emploi informel. La crise de la COVID-19 a touché de manière disproportionnée les travailleurs du bas de l'échelle salariale, dont la plupart sont des femmes, en conséquence de quoi le salaire horaire moyen (ou la rémunération mensuelle) des travailleurs qui sont restés dans le secteur semblait avoir augmenté fin 2020. Cependant, il s'agit d'un phénomène artificiel et le fait est que la masse salariale totale réelle du secteur a reculé. Compte tenu des effets de composition en termes de caractéristiques des personnels de santé et d'aide à la personne avant et après le début de la pandémie, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes paraît ne s'être que légèrement resserré entre janvier 2019 et décembre 2020.

La voie à suivre : accroître l'emploi et éliminer les écarts salariaux entre hommes et femmes

Le monde est confronté à une pénurie générale de personnels de santé et d'aide à la personne. Une question importante à poser lorsque l'on réfléchit aux manières de remédier à cette pénurie est la suivante : que peut-on faire pour rendre le secteur de la santé et des soins plus résilient et réduire l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes parmi les personnels de santé et d'aide à la personne dans le monde ? Cela réduirait à son tour l'écart salarial global femmes-hommes dans l'économie mondiale. Les conclusions du présent rapport suggèrent que plusieurs stratégies interconnectées sont nécessaires.

- Premièrement, nous devons collecter et analyser des données sur les salaires propres au secteur à une fréquence suffisante pour permettre d'évaluer en temps opportun les conditions de travail des personnels de santé et d'aide à la personne, et notamment de surveiller l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur.
- Deuxièmement, investir dans des emplois décents dans le secteur de la santé et des soins, notamment en vue de formaliser les emplois informels, contribuerait à rendre le secteur plus résilient et à même de répondre

à la demande mondiale croissante de services de santé et d'aide à la personne alimentée par le vieillissement de la population partout dans le monde (mais en particulier dans les pays à revenu élevé).

- Troisièmement, pour nous attaquer à la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, nous devons réduire la ségrégation entre les genres (à la fois horizontale et verticale) dans l'emploi dans le secteur de la santé et des soins. Cela peut se faire de plusieurs manières : en attirant davantage d'hommes dans les catégories professionnelles intermédiaires du secteur de la santé et des soins ; en proposant des formations et des chances égales de mobilité ascendante pour les femmes du secteur de la santé et des soins ; et en sensibilisant les jeunes filles et femmes aux carrières dans les disciplines STIM (science, technologie, ingénierie et mathématiques) en organisant des foires à l'emploi dans ces domaines et en investissant dans des programmes STIM ciblant les femmes et les filles (en particulier par la promotion des stages et de l'orientation professionnelle).

- La normalisation des conditions de travail entre les femmes et les hommes en ce qui concerne les contrats (par exemple, l'octroi de contrats à durée indéterminée plutôt qu'à durée déterminée), la formalisation des emplois informels et la promotion des conventions collectives salariales contribueraient également à réduire la part expliquée de l'écart salarial dans le secteur.
- Enfin, l'instauration de la transparence des rémunérations et d'instruments juridiques permettant de lutter contre la discrimination salariale, ainsi que des efforts visant à changer les normes culturelles en matière de genre et à lutter contre les stéréotypes, peuvent être des outils efficaces pour réduire la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes.

Le comblement de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, la promotion d'opportunités et de conditions de travail décentes et la réalisation de la parité des genres dans le secteur de la santé et des soins sont des facteurs fondamentaux pour garantir que les systèmes de santé et de soins demeurent résilients face à la pandémie de COVID-19 et aux défis futurs.

Introduction

Le présent rapport fournit une analyse de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins à partir de données d'enquête représentatives des salariés de pays de toutes les régions géographiques et de toutes les catégories de revenus³ dans le monde (voir l'encadré 1).

Dans le passé récent, et plus particulièrement au cours des deux dernières décennies, nous avons tous de plus en plus pris conscience de la nécessité d'éradiquer les inégalités de genre dans le monde du travail. Les pays et la communauté internationale ont pris des mesures concrètes et coordonnées dans ce but. La Déclaration de Beijing de 1995 adoptée à la 4e Conférence mondiale sur les femmes et la cible de réduction de l'écart des taux d'activité entre les genres de 25 % d'ici à 2025 fixée en 2014 par les dirigeants du G20 réunis au sommet de Brisbane (Australie) sont des exemples de telles mesures. Dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de l'ONU, la cible ODD 8.5 appelle notamment à un salaire égal pour un travail de valeur égale.

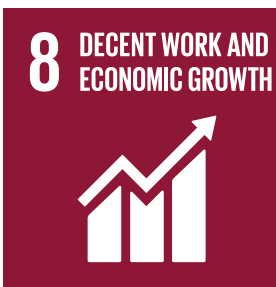
En dépit de ces mesures et d'autres interventions, les inégalités entre hommes et femmes persistent, représentant une des plus grandes injustices sociales de notre époque. Dans un rapport récent, l'Organisation internationale du Travail (OIT) estime qu'en moyenne, les femmes touchent environ 20 % de moins par heure que les hommes dans le monde (OIT, 2018a). En outre, le comblement de l'écart semble être au point mort ces dernières années (FEM, 2020), et la pandémie de COVID-19 sapera vraisemblablement une partie des acquis obtenus depuis le début du XXIe siècle (Observatoire de l'OIT, 2020a).

Il est fondamental de combler l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes et de garantir la parité entre les genres dans le monde du travail pour que les économies et les sociétés puissent être florissantes. L'inclusion totale et égale des femmes et des filles dans toutes les sphères de la société et dans le monde entier devrait être un des principaux piliers de tout plan de relance économique suite aux perturbations économiques et sociales engendrées par la pandémie de COVID-19. L'équité de genre est une condition fondamentale à la fois pour la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de l'ONU et pour parvenir à une croissance économique équitable, soutenue, inclusive et durable, assortie d'un plein emploi productif et de la possibilité de travail décent dans le monde entier (ODD 8).

TARGET **8.5**



**FULL EMPLOYMENT
AND DECENT WORK
WITH EQUAL PAY**



**8 DECENT WORK AND
ECONOMIC GROWTH**

³ Le rapport utilise les six classifications géographiques définies par l'OMS, à savoir : Afrique, Amériques, Méditerranée orientale, Europe, Asie du Sud-Est et Pacifique (voir [OMS | Définition des groupements géographiques](#)). Aux fins des estimations en fonction des groupes économiques, le rapport utilise la classification de la Banque mondiale, à savoir : pays à revenu élevé, pays à revenu intermédiaire et pays à faible revenu (voir [WDI – Classification des pays par revenu](#)).

Définition des principaux termes : salariés, salaire brut, secteur de la santé et des soins, catégories professionnelles

Le présent rapport est axé sur le salaire brut des salariés dans le secteur de la santé et des soins et par catégorie professionnelle. Chacun de ces quatre termes – salaire brut, salariés, secteur de la santé et des soins et catégories professionnelles – doit être clairement défini.

Les **salariés**, également appelés employés salariés ou travailleurs salariés, sont les travailleurs qui occupent un emploi rémunéré, dans le cadre duquel ils disposent d'un contrat de travail explicite (écrit ou verbal) ou implicite leur octroyant une rémunération de base qui ne dépend pas directement des revenus de l'unité pour laquelle ils travaillent (OIT, 1993).⁴ Dans le présent rapport, nous examinons uniquement la situation des salariés (par opposition aux autres modalités d'emploi telles que les employeurs, les personnes travaillant pour leur propre compte ou les travailleurs familiaux non rémunérés). Cette sélection est en phase avec les implications politiques de l'inégalité salariale. Les travailleurs salariés sont soumis à des politiques salariales et à un processus de fixation des salaires qui sont souvent le résultat d'un dialogue social ou des politiques internes des entreprises. Par l'intermédiaire de telles politiques, par exemple la mise en œuvre effective du salaire minimum, la conception et la mise en œuvre de conventions collectives en matière de salaires ou même la désignation de primes non régulières au niveau de l'entreprise, les salaires peuvent être modifiés de manière à agir sur l'inégalité salariale. Les travailleurs non salariés, en particulier les personnes travaillant pour leur propre compte, ne sont pas visés par ces politiques. C'est pourquoi ils n'ont pas été inclus dans l'analyse des inégalités de genre sur le marché du travail.

Par **salaire brut**, on entend la rémunération brute, en espèces et en nature, perçue par les salariés. La rémunération est généralement payée à intervalles réguliers au titre des heures effectuées ou du travail accompli, s'y ajoutant une rémunération pour les heures non prestées, notamment les congés annuels et d'autres types de congés payés ou de vacances. Le salaire comprend les salaires et traitements directs, la rémunération des heures non prestées (à l'exclusion des primes de départ et indemnités pour perte d'emploi), les primes et gratifications, ainsi que les allocations de logement et les allocations familiales payées directement par l'employeur à l'employé. Le salaire ne comprend pas les cotisations versées par l'employeur au régime de sécurité sociale et aux régimes de retraite ni les prestations reçues par les employés au titre de ces régimes. Le salaire exclut également les primes de départ et indemnités pour perte d'emploi (voir *Guide rapide sur les sources et les utilisations des statistiques du travail* [OIT, 2017]⁵). Les enquêtes telles que les enquêtes sur la population active et les enquêtes intégrées auprès des ménages contiennent des questions visant à connaître le salaire brut des salariés. Les répondants indiquent des montants (par heure, par jour, par semaine, par mois ou par an) répondant à cette définition. Les estimations figurant dans le présent rapport visent à identifier l'écart salarial horaire femmes-hommes, ce qui permet de faire la distinction entre rémunération et temps de travail. Néanmoins, le chapitre 3 du rapport complète les écarts salariaux horaires estimés par des estimations de l'écart salarial femmes-hommes fondé sur la rémunération mensuelle. Cet ajout permet une analyse plus large et plus complète de l'inégalité salariale entre les femmes et les hommes dans l'emploi salarié.

L'identification des salariés dans le **secteur de la santé et des soins** suppose de recourir aux normes internationales de classification fournies par les données d'enquête. Dans la plupart des cas, elles reposent sur la Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne (NACE), son équivalent américain (le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN) ou la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI) Rév. 4 sous la lettre Q, correspondant aux codes 86, 87 et 88. Dans les pays pour lesquels des données valables existent aux fins de l'analyse, la classification des répondants selon la NACE, le SCIAN ou la CITI dans les groupes « soins de santé et assistance sociale » ne permet pas de distinguer le secteur de la santé de celui de l'aide à la personne. Cela vaut pour les pays d'Afrique, d'Europe et d'Asie du Sud-Est. Par conséquent, même s'il est possible de ventiler davantage par sous-secteur dans certains pays, nous avons sélectionné dans notre analyse toutes les personnes travaillant dans le « secteur des soins de santé et de l'assistance sociale »

⁴ OIT, 1993, Résolution concernant la Classification internationale d'après la situation dans la profession (CISP), adoptée par la quinzième Conférence internationale des statisticiens du travail (janvier 1993).

⁵ *Guide rapide sur les sources et les utilisations des statistiques du travail* (OIT, 2017).

afin de rendre les pays comparables. Dans le cas de la NACE et de la CITI, cette classification inclut « les activités relatives à la santé », les « activités de soins de santé dispensés en établissement » et les « activités d'assistance sociale sans hébergement ». Cela est équivalent à la désignation du SCIAN qui inclut les « soins de santé ambulatoires », le « travail en hôpital », les « soins infirmiers et pour bénéficiaires internes » et l'« assistance sociale ». Dans les pays pour lesquels il est possible de ventiler davantage le secteur, les estimations montrent que les soins de santé directs (par exemple les activités relatives à la santé qui impliquent des soins de santé ambulatoires et en hôpital) représentent environ 70 % de l'échantillon. Dans le présent rapport, nous n'avons pas tenu compte des personnels de santé travaillant dans un autre secteur économique, par exemple, un médecin qui travaille dans une entreprise du secteur des mines et carrières, un infirmier ou un infirmier ou une infirmière qui travaille dans les écoles ou d'autres secteurs que celui des « soins de santé et de l'assistance sociale ». Dans l'ensemble du rapport, nous qualifions les travailleurs inclus dans notre sélection de travailleurs « du secteur de la santé et des soins » ou tout simplement « du secteur ».

Enfin, dans l'ensemble du rapport, la population des salariés du secteur de la santé et des soins est souvent groupée et comparée entre **catégories professionnelles**. Les données d'enquête identifient les catégories professionnelles selon la classification internationale type des professions (CITP-08) la plus récente. Conformément à la classification CITP-08, dans le présent rapport, les salariés du secteur de la santé et des soins sont classés en six groupes :

- professionnels de la santé relevant des groupes 21 et 22 de la CITP-08 (par ex. médecins, cadres infirmiers, personnel de laboratoire spécialisé) ;
- personnels de santé techniques relevant des groupes 31 et 32 de la CITP-08 (par ex. infirmiers, techniciens de laboratoire, personnel paramédical) ;
- personnels de santé d'appui relevant des groupes 51, 53 et 91 de la CITP-08 (par ex. auxiliaires de santé, soignants, personnel de nettoyage) ;
- professionnels non liés à la santé travaillant dans le secteur de la santé et relevant des groupes 1 et 2 de la CITP-08 (par ex. services juridiques, cadres, spécialistes autres que des médecins) ;
- travailleurs techniques non liés à la santé travaillant dans le secteur de la santé classés dans le groupe 3 à un chiffre (sauf ceux qui ont les codes 31 et 32 basés sur deux chiffres) ; et
- tous les autres travailleurs d'appui (c.-à-d. ceux dont les codes CITP-08 sont supérieurs à 40 selon le code à deux chiffres, sauf ceux qui sont classés 51, 53 et 91).

Le secteur de la santé et des soins n'est pas différent des autres : comme il ressort des données empiriques du présent rapport, les inégalités de genre, notamment les écarts salariaux, persistent dans le secteur dans les différents pays et dans le temps. Une caractéristique de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins à l'échelle mondiale est le fait qu'il s'agit d'un secteur hautement féminisé qui connaît un degré significatif de ségrégation professionnelle entre femmes et hommes. La ségrégation entre les genres est à la fois horizontale à l'intérieur du secteur et verticale si on la compare aux autres secteurs économiques (voir l'encadré 2). Ainsi, par rapport à la proportion de femmes salariées dans l'emploi rémunéré (environ 45 % dans le monde), **les femmes sont surreprésentées dans le secteur de la santé et des soins, où approximativement 7 emplois sur 10 sont occupés par des femmes** (OIT, 2017). Plusieurs études empiriques ont montré que l'on investit souvent moins dans les secteurs hautement féminisés que dans les secteurs où les hommes

sont prédominants, alors que les femmes souffrent davantage des mesures d'austérité instaurées en temps de crise. Par exemple, les importantes coupes budgétaires qui ont suivi la crise financière de 2008-2010 ont affecté les conditions de travail, notamment la rémunération, dans les secteurs féminisés, y compris le secteur de la santé et des soins (Karamessini et Rubery, 2014). De manière générale, il ressort des études que la rémunération dans les professions à prédominance féminine (ségrégation verticale) et les secteurs à prédominance féminine (ségrégation horizontale) demeure sensiblement inférieure à celle des professions et secteurs où les hommes sont prédominants (voir notamment Brynin et Perales, 2016 ; Leuze et Strauss, 2016 ; OIT, 2018b ; Ochsensfeld, 2014). L'ensemble des données probantes indique que le degré élevé de féminisation du secteur de la santé et des soins est un facteur clé à l'origine de la rémunération plus faible à la fois des femmes et des hommes dans le secteur et contribue à l'écart salarial femmes-hommes qui prévaut dans l'économie en général.

Définition des principaux termes : ségrégation entre les genres en matière d'emploi, ségrégation horizontale et ségrégation verticale

La **ségrégation entre les genres en matière d'emploi** s'entend de la tendance selon laquelle les femmes exercent d'autres professions et travaillent dans d'autres secteurs que les hommes. La littérature distingue deux types principaux de ségrégation, à savoir la ségrégation horizontale et la ségrégation verticale. Les deux types sont considérés comme contribuant à l'inégalité de genre et à l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes.

La **ségrégation horizontale** s'entend de la sous-représentation ou la surreprésentation d'un sexe donné dans certaines professions ou certains secteurs sans influence d'un critère quelconque (EGGE, 2009). Elle peut également être décrite comme une situation dans laquelle le personnel d'une industrie ou d'un secteur donné se compose principalement d'un des deux sexes. Un exemple de ségrégation horizontale est l'industrie de la construction, dont le personnel se compose majoritairement d'hommes. Un autre exemple est la prédominance des femmes dans les secteurs publics tels que l'administration publique, la santé, l'éducation et l'économie de l'aide à la personne dans son ensemble.

La **ségrégation verticale** s'entend de la sous-représentation ou la surreprésentation d'un genre donné dans certaines professions ou certains secteurs au sommet d'un classement fondé sur des attributs « désirables » tels qu'une rémunération élevée, le prestige ou la stabilité d'emploi, quel que soit le secteur ou l'activité (EGGE, 2009). Elle dénote également une situation où les chances d'avancement professionnel au sein d'une organisation ou d'un secteur sont limitées pour un genre donné. Dans la littérature, on utilise parfois l'expression « plafond de verre », qui évoque l'existence d'obstacles explicites ou implicites qui font que l'on trouve peu de femmes dans des postes de pouvoir et de décision au sein des organisations et entreprises publiques, ainsi que dans d'autres types d'organisations et de syndicats (Laufer, 2002). Le phénomène des obstacles qui entravent la mobilité ascendante des femmes jusqu'au sommet de la hiérarchie professionnelle est complété par la notion de « plancher collant », qui décrit les forces qui ont tendance à maintenir les femmes aux niveaux inférieurs de la hiérarchie d'une organisation (Maron et Meulders, 2008). Un exemple de ségrégation verticale dans le secteur de la santé est la domination masculine des professions médicales et la domination féminine parmi le personnel infirmier et les sages-femmes.

En dépit de la surreprésentation des femmes dans le secteur de la santé et des soins, les données empiriques montrent que **les femmes ne sont pas réparties uniformément dans les différentes professions du secteur, en ce sens que l'on observe une surreprésentation dans les catégories professionnelles intermédiaires (ségrégation horizontale) et une tendance marquée à trouver les femmes aux niveaux les plus bas de la pyramide (ségrégation verticale)** (Maron et Mulders, 2008). Il se peut que cette ségrégation professionnelle soit à l'origine de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes observé dans le secteur de la santé et des soins. Mais qu'est-ce qui détermine cette ségrégation entre les genres ? Et pourquoi observe-t-on le même phénomène dans d'autres secteurs (féminisés) ? Les résultats sur le marché du travail

sont souvent la conséquence de règles et normes spécifiques, de stéréotypes ancrés dans la culture qui s'accumulent au fil du temps et influencent les décisions des hommes et des femmes en termes d'offre de personnel, quelle que soit la dotation en capital humain des hommes et des femmes⁶. Plusieurs théories tentent d'expliquer les causes profondes de la ségrégation horizontale ou verticale sur le marché du travail. Le Groupe d'experts en genre et questions d'emploi (EGGE) de la Commission européenne a pour sa part analysé une liste exhaustive de publications en vue de définir six groupes de facteurs (ou causes principales) contribuant à la persistance de la ségrégation entre les genres sur le marché du travail. Ces groupes vont des explications biologiques aux stéréotypes sur les femmes et les hommes, qui sont

⁶ Dans le présent rapport, nous utilisons le terme « dotation en capital humain » en référence au capital humain d'une personne qui peut être exploité à des fins productives, par exemple son éducation, ses aptitudes, ses compétences ou ses connaissances. Le terme « caractéristiques » renvoie aux attributs d'une personne, par exemple son genre, son âge, sa situation familiale, sa situation géographique, etc.

perçus comme ayant hérité de rôles dans la société en matière de revenus et de soins (EGGE, 2009).⁷

La ségrégation entre les genres et le haut degré de féminisation du secteur de la santé et des soins sont deux des causes de l'écart salarial femmes-hommes dans le secteur. Toutefois, dans le cadre d'une analyse mondiale, il est également important de mettre en évidence les différences entre pays, en particulier en ce qui concerne les normes et les règles, ainsi que le contexte économique. Dans les pays à revenu élevé, par exemple, la participation des femmes en tant que salariées sur le marché du travail (global) est plus élevée que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. De ce fait, leur surreprésentation dans le secteur de la santé et des soins est elle aussi plus marquée. Cela n'est pas nécessairement le cas dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les opportunités d'emploi salarié – en particulier d'emploi salarié formel – sont plus faibles que dans les pays à revenu élevé, à la fois pour les femmes et pour les hommes. Ainsi, en Australie, au Canada, dans plusieurs pays européens et aux États-Unis d'Amérique, la part des femmes dans l'ensemble des employés du secteur de la santé et des soins est de 70 % ou davantage. Dans ces pays, la participation des femmes dans l'emploi salarié global est également de 70 % ou plus. En revanche, au Bangladesh, en République démocratique du Congo, en Arabie saoudite et au Yémen, par exemple, la participation des femmes à la population active est inférieure à 30 %. Quant au secteur de la santé et des soins, la part des femmes y est inférieure à 40 % dans ces pays (OIT, 2020a). Cela signifie que la contribution de la ségrégation entre les genres à l'écart salarial femmes-hommes est moins prononcée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire par rapport aux pays à revenu élevé, que ce soit dans le secteur de la santé et des soins ou dans les autres secteurs.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, de nombreux travailleurs relèvent de l'économie informelle – en particulier les femmes qui se trouvent au bas de l'échelle salariale. **Dans le secteur de la santé et des soins des pays à revenu faible ou intermédiaire, l'emploi informel⁸ demeure important, quoique moins répandu que dans**

les autres secteurs. Cela peut sembler contraire aux attentes, étant donné que l'emploi informel est souvent associé aux secteurs où l'on investit moins dans les qualifications et où le niveau d'instruction est moindre⁹. Après tout, dans le secteur de la santé et des soins, les exigences en termes de qualifications et de formation, y compris pour les travailleurs peu qualifiés, sont plus élevées que dans les autres secteurs (Howat et Lawrie, 2015). Cependant, les données du présent rapport montrent que l'informalité est également notable dans le secteur de la santé et des soins des pays à revenu faible ou intermédiaire. De plus, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir un emploi informel dans le secteur. Ainsi, les données d'enquête sur le troisième trimestre 2019 au Mexique montrent que 46 % des salariés avaient un emploi informel. Dans le secteur de la santé et des soins, ce pourcentage n'était que de 20 %. Toutefois, 22 % des femmes salariées du secteur de la santé et des soins avaient un emploi informel, contre 17 % pour les hommes¹⁰. Étant donné que l'informalité est un des principaux facteurs sous-jacents de l'inégalité salariale (voir OIT, 2020b), il convient d'en tenir compte dans l'analyse de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins (ainsi que des autres facteurs liés au contexte économique de chaque pays). Cela vaut également pour la participation relative des femmes et des hommes en général, ainsi que pour les différences entre les conditions de travail des femmes et des hommes.

Dans un contexte plus large – commun à la plupart des pays dans une certaine mesure –, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est une dimension de plus de l'inégalité entre les femmes et les hommes sur le marché du travail, qui se reflète également dans les parts inégales des deux sexes en termes de travail non rémunéré et de responsabilités familiales. Le fardeau disproportionné du travail ménager non rémunéré qui pèse sur les femmes a une incidence négative sur leur participation au marché du travail, en particulier là où les politiques relatives à l'accès aux services de garde d'enfants ou au cadre de travail favorable à la famille font défaut. Cela concerne l'ensemble des

⁷ Les six groupes identifiés par l'EGGE sont i) les avantages comparatifs, ii) le sous-investissement (théorie du capital humain), iii) les préférences et les préjugés, iv) la socialisation et les stéréotypes, v) les obstacles à l'entrée et les pratiques des organisations, et vi) les différents rôles en matière de revenus et de soins. Pour un examen détaillé de l'analyse théorique et des conclusions empiriques au sujet de la ségrégation entre femmes et hommes sur le marché du travail, voir Anker, 1997 ; Bettio, 2008 ; Blau et al., 2014 ; Reskin et Bielby, 2005.

⁸ L'emploi informel dans ce contexte est défini en fonction de la nature des conditions de travail des employés plutôt que du type d'employeur ou d'unité de production. En particulier, les employés salariés sont définis comme informels s'ils travaillent pour un employeur (y compris l'État) sans être enregistrés dans le système de sécurité sociale du territoire dans lequel ils travaillent.

⁹ La mise à niveau des qualifications des travailleurs de l'économie informelle, ainsi que la réduction de l'inadéquation entre les emplois et les compétences dans l'ensemble de l'économie, sont des stratégies essentielles en vue du recrutement direct dans le secteur formel des nouveaux arrivants sur le marché du travail et de la formalisation de l'économie informelle (voir Palmer, 2017).

¹⁰ Les estimations relatives au Mexique reposent sur les données d'enquête de l'ENOE (Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo). Voir l'annexe 1 pour plus de détails sur les données et les sources utilisées aux fins des données empiriques du présent rapport.

travailleuses dans tous les secteurs, y compris celui de la santé et des soins. Bien que l'incidence des facteurs liés à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée soit plus importante chez les femmes en âge d'élever des enfants, l'impact de ces facteurs sur les revenus et l'avancement professionnel des femmes peut être de longue durée. Il ressort ainsi des données de l'enquête sur la population active du Canada (octobre 2019)¹¹ que 65 % des travailleurs à temps partiel du secteur de la santé et des soins sont des femmes. Tous les travailleurs à temps partiel ayant participé à cette enquête étaient invités à indiquer la raison pour laquelle ils travaillaient à temps partiel. Dix-sept pour cent des femmes travaillant à temps partiel ont déclaré que la raison était liée à « la garde des enfants ou à une autre responsabilité personnelle ou familiale », tandis que 3,5 % seulement des hommes travaillaient à temps partiel pour la même raison. En revanche, 39 % des hommes travaillant à temps partiel disaient le faire pour combiner travail et éducation (« aller à l'école »), alors que 29 % des femmes travaillant à temps partiel donnaient l'éducation comme raison. Cet exemple montre que la participation des femmes au secteur de la santé et des soins – et leur progression potentielle au sein du secteur grâce à la poursuite de leur éducation – est influencée par les manières dont les contraintes liées aux décisions sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée n'affectent pas les femmes et les hommes de la même manière.

Nous avons souligné de nombreux facteurs individuels qui expliquent l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins, y compris des facteurs ayant une incidence sur l'écart salarial dans d'autres secteurs économiques. Comment ces facteurs interagissent-ils entre eux dans la détermination de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins d'un pays ? Et en quoi l'écart salarial femmes-hommes diffère-t-il d'un pays à l'autre ? Par ailleurs, les données empiriques peuvent-elles nous aider à situer les principales considérations politiques requises pour combler l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins ? Enfin, quel effet une telle réduction aurait-elle sur l'écart salarial femmes-hommes global au niveau des pays ? Notre intention dans le cadre du présent rapport est d'utiliser les données empiriques pour étudier les déterminants de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes d'un échantillon de pays afin de faire la lumière sur la voie à suivre pour réduire l'écart salarial au sein du secteur de la santé et des soins et entre ce secteur et les autres secteurs de l'économie.

¹¹ Voir l'annexe 1.

1.1 Pourquoi un rapport sur l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins ?

Étant donné que le secteur de la santé et des soins demeure l'un des secteurs les plus féminisés, et compte tenu du fait qu'il s'agit d'un des secteurs d'emploi les plus importants et connaissant la croissance la plus rapide pour les femmes et les hommes du monde entier (voir le chapitre 6), une bonne compréhension de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans ce secteur et l'élaboration de politiques ciblées destinées à le combler réduirait dans une grande mesure les écarts de rémunération globaux entre les femmes et les hommes dans l'ensemble de l'économie. Bien que l'on dispose déjà de données probantes pour certains pays (voir BMA, 2020 ; Boniol et al., 2019 ; Cohen et Kiran, 2020 ; Ganguli et al., 2020 ; Pillinger, 2010), il est nécessaire d'aller plus loin. D'une part, il est intéressant de comparer en quoi les estimations de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes diffèrent selon les différences liées au contexte économique des pays de différentes régions géographiques et catégories de revenu, afin de déduire les implications politiques à partir des analyses comparatives. Par ailleurs, il est nécessaire d'élargir la méthodologie d'estimation de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au-delà de l'écart « brut » classique, afin d'analyser de manière plus approfondie les facteurs à l'origine de l'écart. En particulier, **le présent rapport applique le cadre complet d'analyse des écarts salariaux détaillé dans le Rapport mondial sur les salaires 2018-2019 de l'OIT** (OIT, 2018a). Ce cadre permet d'estimer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes en tenant compte des effets de concentration dans la répartition des salaires (l'écart salarial pondéré femmes-hommes), d'estimer l'écart salarial femmes-hommes à différents quantiles de la répartition des salaires horaires et de décomposer l'écart salarial femmes-hommes entre les parties expliquée et inexpliquée à chaque quantile de la répartition des salaires horaires. Globalement, le cadre permet d'identifier les raisons pour lesquelles l'écart salarial existe et de formuler des politiques susceptibles de contribuer à réduire substantiellement, voire éliminer, les différences de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins.

Aux fins du présent rapport, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins – exprimé dans sa forme la plus simple – s'entend de la différence entre

les salaires moyens des hommes et des femmes occupant un emploi rémunéré dans le secteur. Cette définition est en phase avec la cible 8.5 de l'objectif de développement durable numéro 8 de l'ONU (Travail décent et croissance économique), qui vise à garantir, d'ici 2030, « à toutes les femmes et à tous les hommes un travail décent et un salaire égal pour un travail de valeur égale ». Une des mesures de progrès importantes concernant cet ODD consiste à évaluer la « rémunération horaire moyenne des salariés hommes et femmes, par profession, âge et situation au regard du handicap » (indicateur 8.5.1) (ONU, 2017).

Le principe général de l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale est défini dans le préambule de la Constitution de l'OIT¹² et consacré dans les conventions fondamentales de l'OIT. L'équité salariale entre les femmes et les hommes a été consacrée dès 1951 dans la Convention (n° 100) sur l'égalité de rémunération de l'OIT, qui promeut le principe de l'égalité de rémunération entre les travailleuses et les travailleurs pour un travail de valeur égale dans tous les secteurs de l'économie. Aujourd'hui, 71 ans après sa ratification, cette convention est plus pertinente que jamais, compte tenu des écarts salariaux significatifs qui demeurent un des facteurs sous-jacents d'inégalité de genre dans le monde.

Les personnels du secteur de la santé et des soins apportent une contribution essentielle à la poursuite des cibles mondiales et nationales relatives à diverses priorités en matière de santé, notamment l'ODD 3 visant à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge. **Il est fondamental de garantir des emplois décents dans le secteur de la santé et des soins pour assurer l'efficacité et la résilience des systèmes de santé et pour atteindre l'objectif de l'égalité d'accès à des soins de santé de qualité, qui est devenu crucial dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19 dans le monde entier.** L'inégalité de rémunération peut entraver les contributions des personnels du secteur de la santé et des soins, en particulier des femmes, et, partant, saper les progrès s'agissant de ne « laisser personne pour compte » dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de l'ONU. Le présent rapport est donc en phase avec les différents pactes et stratégies mondiaux, notamment la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour

la santé à l'horizon 2030 (OMS, 2016), le Plan d'action quinquennal pour l'emploi en santé et la croissance économique inclusive (2017-2021) (OMS, 2018), le rapport Travailler pour bâtir un avenir meilleur de la Commission mondiale sur l'avenir du travail (OIT, 2019a) et la Déclaration du centenaire de l'OIT pour l'avenir du travail 2019 (OIT, 2019b). Il aborde en outre un des principaux domaines liés à l'équité de genre au sein des personnels de santé dans le monde (OMS, 2019).

Enfin, la crise de la COVID-19 a montré de manière univoque à quel point le reste de l'économie dépend des secteurs essentiels, notamment des secteurs de la santé, des soins et de l'assistance sociale, et à quel point le travail des personnes qui fournissent ces services est vital, en particulier lorsqu'il s'agit d'atténuer les souffrances et de sauver des vies. En janvier 2022, plus de 360 millions de cas confirmés de COVID-19 et plus de 5,6 millions de décès dus à la maladie avaient été signalés dans le monde¹³. La pandémie de COVID-19 a fait peser une pression énorme sur le secteur de la santé et des soins et ses employés, dont la majorité sont des femmes et dont un nombre disproportionné ont été infectés par le virus¹⁴. À ce titre, cette évaluation empirique des écarts de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins arrive à point nommé. Nous espérons que les données empiriques présentées dans ce rapport appuieront la promotion de politiques menant à une rémunération plus équitable pour tous les travailleurs du secteur, partout dans le monde.

¹² Constitution de l'OIT. Genève : Organisation internationale du Travail, 1919 (http://www.ilo.ch/dyn/normlex/fr/?p=NORMLEXPUB:62:0::NO::P62_LIST_ENTRIE_ID:2453907).

¹³ WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard (<https://covid19.who.int/>).

¹⁴ Par exemple, alors que les personnels de santé représentent moins de 3 % de la population dans la grande majorité des pays et moins de 2 % dans pratiquement tous les pays à revenu faible ou intermédiaire, environ 14 % des cas de COVID-19 signalés à l'OMS concernent des personnels de santé. Dans certains pays, cette proportion atteint 35 % (OMS, 2020a).

Contenu du rapport et nature des données

Le présent rapport a pour principale finalité de fournir une analyse quantitative détaillée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins (c.-à-d. parmi les travailleurs classés sous les codes 86, 87 et 88 de la CITI Rév. 4) suivant le traitement méthodologique appliqué dans le *Rapport mondial sur les salaires 2018-2019* de l'OIT (OIT, 2018a). Ce traitement méthodologique suppose de décomposer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes de manière à identifier comment des facteurs tels que l'âge, le niveau d'instruction ou la profession contribuent aux différences de rémunération à différents points de la répartition des salaires. Les lecteurs constateront que les pays d'une même région peuvent présenter des profils de décomposition très différents sur l'ensemble de la répartition des salaires. La comparaison entre les profils de pays permet d'illustrer les principales considérations politiques présentées dans la dernière section du rapport (chapitre 8). C'est pourquoi le récit et les illustrations correspondantes portent souvent sur des pays spécifiques et contiennent plusieurs exemples à titre de comparaison. Cela étant dit, et comme il se devait dans un rapport mondial, dans la mesure du possible, nous présentons également les totaux régionaux afin de peindre un tableau plus large de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes et de sa décomposition.

Un rapport mondial se doit de couvrir le plus grand nombre de pays possible pour que ses constatations, ses conclusions et ses considérations d'ordre politique puissent être considérées comme ayant une perspective réellement mondiale. Toutes les estimations présentées dans les chapitres 3 à 7 reposent sur des microdonnées collectées au moyen d'enquêtes représentatives, soit des enquêtes sur la population active, soit des enquêtes intégrées auprès des ménages. Dans les chapitres 3 à 5, les estimations reposent sur des données transversales, c'est-à-dire que toutes les estimations prennent en compte la date la plus récente pour laquelle des données ont été collectées (2019 dans la plupart des cas) et illustrent la situation à ce moment (voir l'annexe 1). Les chapitres 6 et 7 reposent sur une analyse des données entre deux moments visant à estimer l'évolution de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes (chapitre 6) et l'effet de la COVID-19 sur le secteur de la santé et des soins (chapitre 7) (voir l'annexe 1 pour la source et le nom des ensembles de données utilisés dans l'analyse). Notre analyse étant axée sur le secteur de la santé et des soins, nous avons sélectionné les données sur les salariés de ce secteur. Par rapport à une analyse incluant tous les répondants aux enquêtes (tous les salariés, quel que soit le secteur économique dans lequel ils travaillent), cette sélection a inévitablement eu un impact sur la taille de nos échantillons. Après avoir examiné toutes les enquêtes disponibles pour ces dernières années (environ 100 pays), il nous est resté une liste de 54 pays répondant à nos critères aux fins d'une analyse empirique solide. Il s'agit des enquêtes les plus récentes au niveau microéconomique couvrant le secteur de la santé et des soins (voir l'encadré 2), comportant un nombre suffisant de salariés pour que l'analyse prévue puisse être réalisée sans problème de taille d'échantillon.

Ces 54 pays (dont la liste complète figure à l'annexe 1) couvrent toutes les régions du monde. Cependant, séparer les pays entre les six régions de l'OMS n'aurait permis, pour certaines régions, de donner que très peu d'exemples. En conséquence, les pays sont répartis en quatre groupes dans nos totaux régionaux : les régions Afrique et Méditerranée orientale rassemblées dans un groupe, l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental également repris dans un groupe, les Amériques et l'Europe. Lorsque deux régions sont affichées ensemble, les estimations montrent la moyenne pondérée pour chacune des six régions séparément. Dans tous les cas, les références aux régions se rapportent à la définition de l'OMS et les catégories de revenu correspondent aux définitions utilisées dans les publications de l'OIT.

Les 54 ensembles de données utilisés pour générer l'analyse empirique présentée dans ce rapport sont des enquêtes collectées et validées par les bureaux nationaux des statistiques et fournies à l'OIT aux fins des données empiriques nécessaires pour formuler des recommandations en matière de politiques. Les données d'enquête relatives aux pays européens ont été harmonisées, validées et fournies par l'Office statistique de l'Union européenne (Eurostat) au titre du contrat RPP_28_2020_EUSILC_SES_HBS_ILO_ID_2013.2018.

Les personnels de santé dans le monde

Ce chapitre fournit des estimations montrant l'importance relative du secteur de la santé et des soins dans le monde, ainsi que le lien entre l'emploi dans le secteur de la santé et des soins et la part globale des femmes dans les personnels. Les estimations, qui reposent sur les comptes nationaux, montrent que le secteur de la santé et des soins constitue une source d'emploi considérable dans la plupart des pays, en particulier pour les femmes. Les statistiques examinées dans ce chapitre corroborent les constatations présentées dans d'autres chapitres du rapport, où les estimations reposent sur des (micro)ensembles de données d'enquête.

Les femmes représentent approximativement 67 % de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins à l'échelle mondiale. Ce pourcentage varie en fonction du degré de développement économique, allant de 63,8 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire à 75,3 % dans les pays à revenu élevé. Le pourcentage inférieur de femmes employées dans le secteur de la santé et des soins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire tient en partie au fait que la participation (totale) des femmes à l'emploi rémunéré est moins élevée dans ces pays que dans les pays à revenu élevé. Globalement, les chiffres présentés dans ce chapitre montrent que le haut degré de féminisation du secteur concerne l'ensemble des pays et des régions. Cependant, les pays où une plus grande part de femmes travaille dans le secteur n'ont pas nécessairement des dépenses sensiblement plus élevées en matière de santé et de soins. Dans le secteur de la santé et des soins, secteur intensif en capital humain, les travailleurs peu rémunérés, dont la plupart sont des femmes, sont surreprésentés.

2.1 Emploi mondial et régional dans le secteur de la santé et des soins

Dans la plupart des pays et territoires du monde, le secteur de la santé et des soins constitue une source d'emploi considérable. Les personnels de santé et d'aide à la personne représentent environ 3,4 % de l'emploi total à l'échelle mondiale¹⁵. Cette proportion varie néanmoins considérablement d'une région à l'autre. La figure 2.1 montre que le secteur de la santé et des soins constitue environ 10 % de l'emploi total dans les pays à revenu élevé, contre moins de 1,0 % dans les pays à faible revenu. Au niveau des régions, c'est en Afrique, en Asie et dans le Pacifique que la proportion de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins par rapport à l'emploi total est la plus faible (1,6 %), et en Europe et en Asie centrale (8,8 %) qu'elle est la plus élevée. Dans les États arabes et les Amériques, l'emploi dans ce secteur représente 3,7 % et 7,4 %, respectivement, de l'emploi total.

La figure 2.2 présente la répartition estimée de l'emploi entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins dans 189 pays et territoires, ventilée par région et par catégorie de

revenu. Il ressort clairement des estimations que le secteur de la santé et des soins est une source d'emploi importante pour les femmes dans les régions où elles représentent 40 % ou plus de la population active. Cependant, la figure montre également qu'il existe des différences significatives entre les pays et les régions. Par exemple, dans les pays de la Méditerranée orientale à revenu élevé, les femmes représentent 41,6 % de l'ensemble des personnels de santé et d'aide à la personne, tandis que dans les pays européens à revenu élevé, elles représentent 77,9 % de ces personnels. **À l'échelle mondiale, environ 67,2 % des travailleurs du secteur étaient des femmes en 2020. Il s'agit d'un léger recul par rapport à l'estimation de 2013, qui était de 70,3 % (voir OIT, 2017). Cette évolution indique que proportionnellement, un nombre accru d'hommes ont rejoint le secteur de la santé et des soins de 2013 à 2020.**

Malgré le fait que les femmes se tournent lentement vers des secteurs moins féminisés, le secteur de la santé et des soins demeure hautement féminisé dans le monde entier. La figure 2.3 illustre ce fait en représentant la part des femmes dans l'emploi au

¹⁵ Dans le chapitre 2, l'emploi englobe toutes les modalités de travail, y compris les employeurs, les indépendants ou les personnes travaillant pour leur propre compte et les salariés. La raison en est que les données des comptes nationaux ne sont pas ventilées par modalité de travail dans tous les pays. Dans tous les autres chapitres du rapport, toutefois, le terme « employés » se rapporte exclusivement aux salariés, tels que définis dans l'encadré 2 (voir l'introduction).

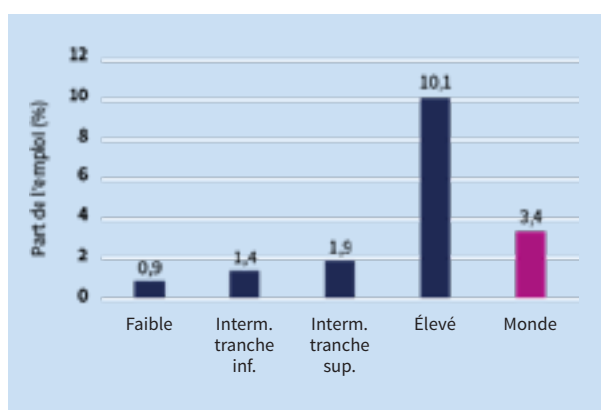
regard de leur présence dans le secteur de la santé et des soins dans les 189 pays et territoires pour lesquels nous disposons de comptes nationaux. À mesure que la proportion des femmes dans la population active augmente, leur part dans le secteur de la santé et des soins augmente au-delà de 50 %, le seuil qui supposerait la parité entre les genres dans le secteur. Dans les pays où la proportion des femmes dans la population active totale est supérieure à 60 %, leur part dans le secteur de la santé et des soins se

situe généralement aussi aux environs de 60-70 % de l'ensemble des travailleurs du secteur. Ce constat est en accord avec le fait qu'historiquement, et en particulier dans les sociétés postindustrielles, les femmes ont assumé des fonctions traditionnellement associées à leur sexe, même tandis que leur participation au marché du travail augmentait, plutôt que d'adopter des positions traditionnellement considérées comme dominées par le sexe masculin (Ballarin et al., 1997).

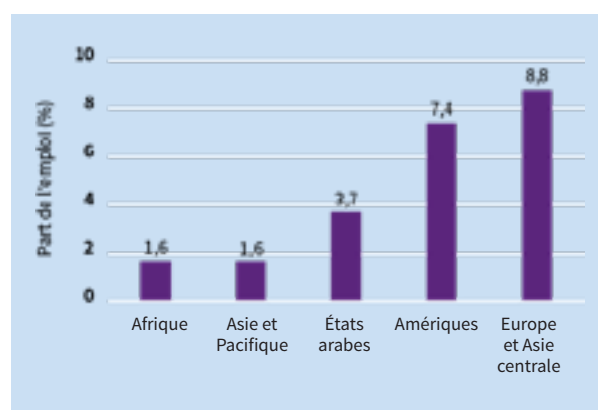
FIGURE 2.1

Part de l'emploi du secteur de la santé et des soins en tant que pourcentage de l'emploi total, par catégorie de revenu et région de l'OIT, 2013

Par catégorie de revenu



Par région de l'OIT



Remarque : Estimations de l'OIT. Les sources de données incluent 174 pays et territoires pour lesquels il existe des données comparables (<https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2015/lang--fr/index.htm>).

Source : Emploi et questions sociales dans le monde – Tendances pour 2015 (base de données WESO de l'OIT, 2015). Directement tiré de l'OIT (2017).

FIGURE 2.2

Parts des femmes et des hommes dans l'ensemble des travailleurs employés dans le secteur de la santé et de l'assistance sociale dans 189 pays, 2020

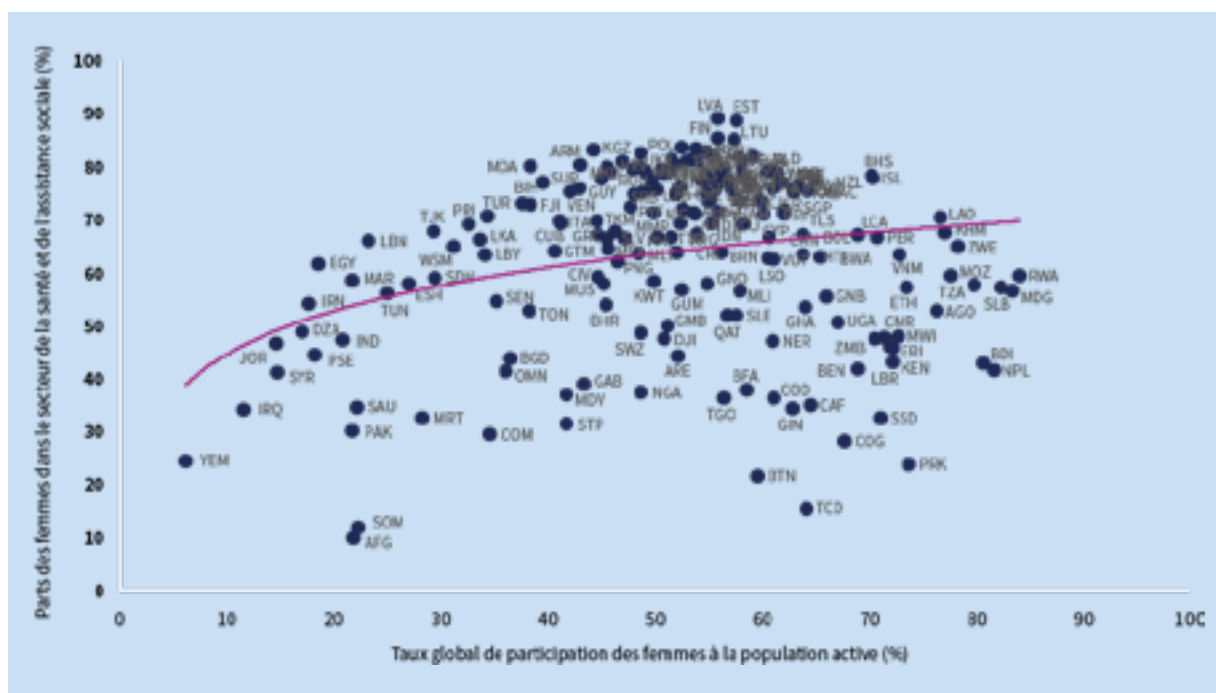


Remarques : Estimations de l'OIT fondées sur les données d'ILOSTAT (2020). Les estimations reposent sur les données de 189 pays et territoires et sont pondérées par le nombre total de salariés dans chaque pays. RAF – Région africaine ; RAM – Région Amériques ; RMO – Région Méditerranée orientale ; REU – Région européenne ; RASE – Région Asie du Sud-Est ; RPO – Région Pacifique occidental.

Source : ILOSTAT, 2020

FIGURE 2.3

Participation des femmes au secteur de la santé et des soins au regard de leur taux de participation global au marché du travail, 2020



Remarque : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données de 189 pays et territoires. Les codes de pays reposent sur le code à 3 lettres de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) (voir [ISO 3166-1 alpha-3](https://www.iso.org/standard/3166-1-alpha-3/)).

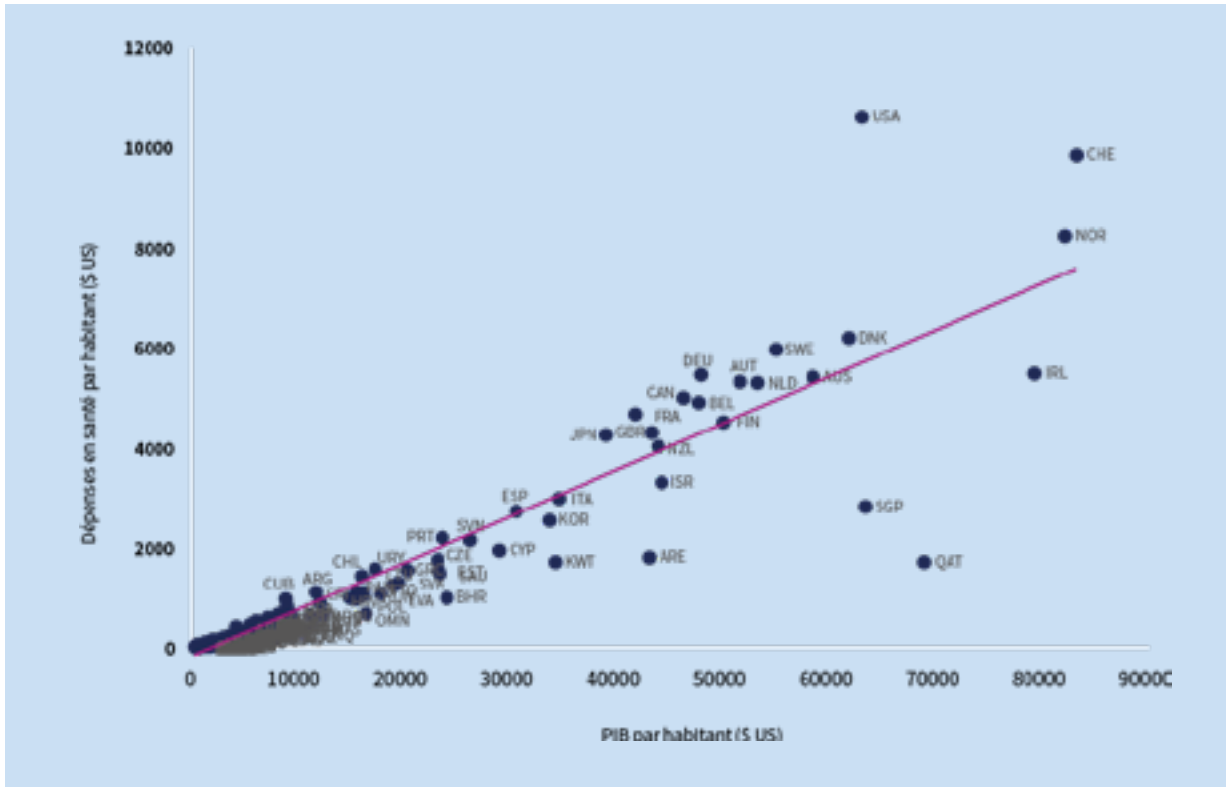
2.2 Emploi dans le secteur de la santé et des soins et degré de développement économique

La figure 2.4 montre qu'il existe un lien positif entre les dépenses dans le secteur de la santé et des soins (en prenant pour mesure les dépenses en santé) et le degré de développement économique des pays, à savoir que des dépenses en santé par habitant plus élevées sont associées à un PIB par habitant plus élevé. Cependant, le lien entre les niveaux d'emploi et les dépenses en santé est plus faible, en particulier lorsque l'on compare l'emploi des femmes avec les mesures des dépenses en santé. Cela ressort clairement dans la figure 2.5, qui représente la part des femmes employées dans le secteur de la santé et des soins au regard de deux mesures des dépenses en santé : a) le pourcentage du PIB et b) les dépenses par habitant. Le graphique a) montre qu'il existe un lien positif bien que plutôt faible entre les dépenses en santé et en soins et la part des femmes travaillant dans le secteur. La Lettonie, le Népal, l'Ouganda et la Pologne, par exemple, ont un niveau semblable de dépenses en santé et en soins en termes de pourcentage du PIB, à savoir environ 6 %. Toutefois, la part des femmes dans les personnels de santé et d'aide à la personne varie grandement entre ces pays, allant de 42 % au Népal à 89 % en Lettonie.

Ce lien positif s'affaiblit davantage dans le graphique b), qui compare la proportion de femmes dans le secteur de la santé et des soins aux dépenses en santé par habitant. **Ces graphiques démontrent qu'une augmentation du nombre de travailleurs dans le secteur de la santé et des soins n'entraîne pas une augmentation égale (ou supérieure) des dépenses. Étant donné que les femmes représentent la grande majorité des travailleurs du secteur, cela indique que le secteur affiche une surreprésentation des travailleurs peu rémunérés, tandis que le haut degré de féminisation du secteur suggère clairement qu'il est probable que la majorité de ces travailleurs peu rémunérés soient des femmes.** Ces deux particularités – secteur hautement féminisé et nombre élevé de travailleurs peu rémunérés – caractérisent le secteur de la santé et des soins dans presque tous les pays. Comme il est clairement confirmé dans les chapitres suivants du présent rapport, il s'agit de caractéristiques clés à l'origine de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins.

FIGURE 2.4

Lien entre le PIB par habitant et les dépenses en santé par habitant, 2018



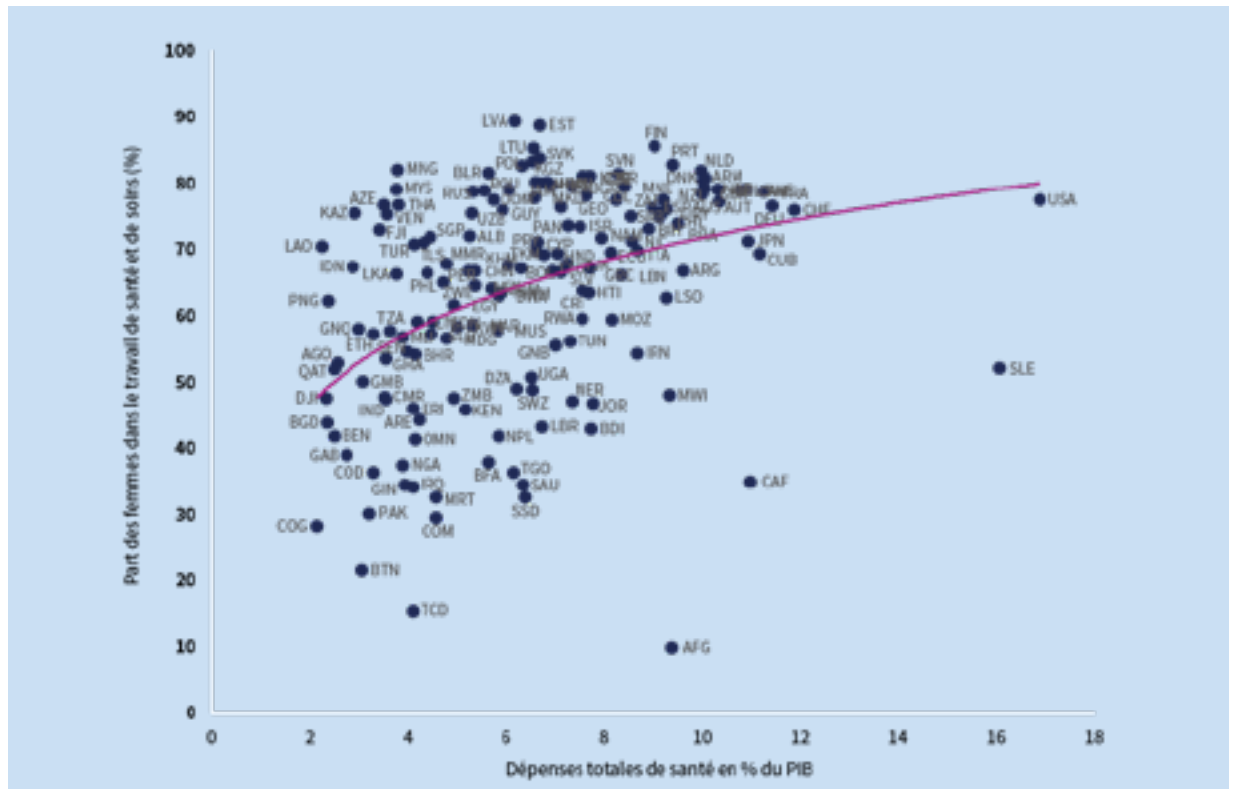
Remarque : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données de 157 pays et territoires. Les codes de pays reposent sur le code à 3 lettres de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) (voir [ISO 3166-1 alpha-3](#)).

Source : Données tirées du rapport Dépenses mondiales de santé (OMS, 2020b) et du rapport Emploi et questions sociales : Tendances 2020 (OIT, 2020c).

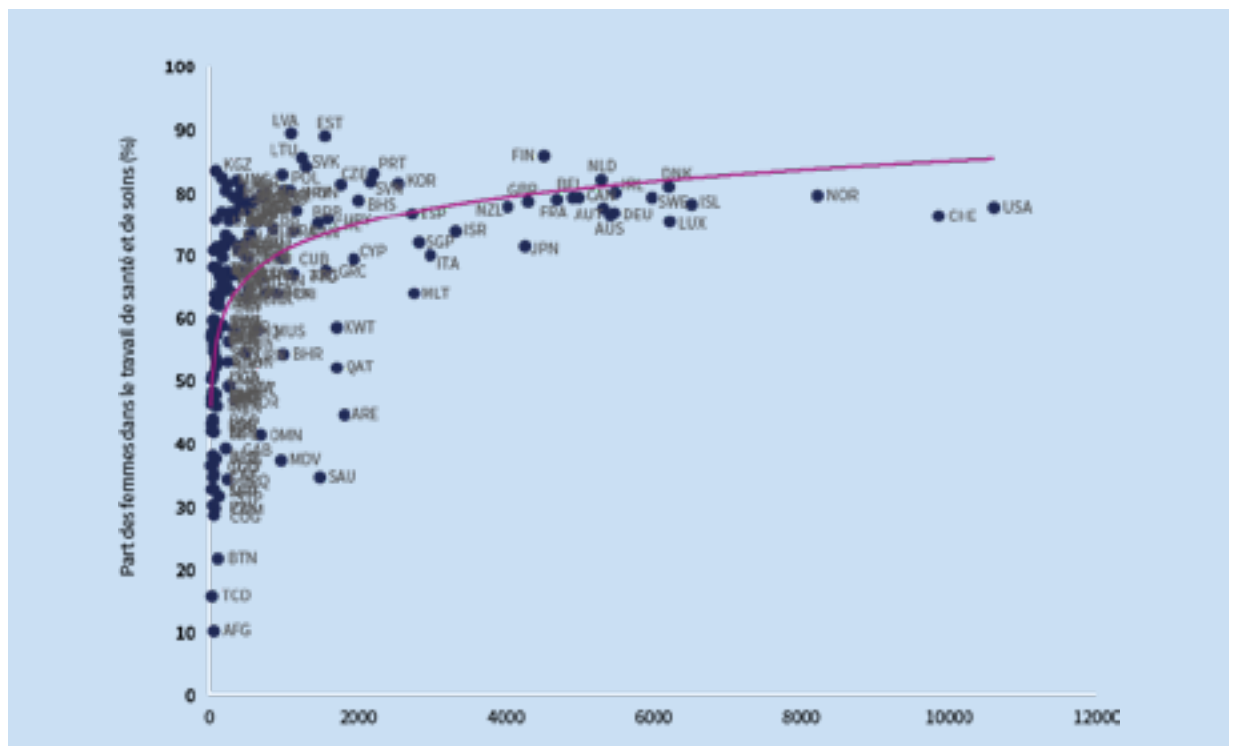
FIGURE 2.5

Part des femmes dans le secteur de la santé et des soins et dépenses de santé, 2018

(a) Part des femmes employées dans le secteur de la santé et des soins et dépenses de santé en tant que pourcentage du PIB



(b) Part des femmes dans le secteur de la santé et des soins et dépenses de santé par habitant, 2018



Remarques : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données de 173 pays (graphique a) et de 157 pays et territoires (graphique b). Les codes de pays reposent sur le code à 3 lettres de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) (voir [ISO 3166-1 alpha-3](#)).

Source : Les données sur la part des femmes proviennent de l'OIT (2020). Les données sur le PIB par habitant sont tirées du rapport *Dépenses mondiales de santé* (OMS, 2020b).

L'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins

À partir des données de 54 pays de toutes les régions géographiques et de toutes les catégories de revenu, le rapport montre que les écarts de rémunération entre hommes et femmes dans le secteur de la santé et des soins sont très majoritairement « positifs » – c'est-à-dire que les hommes gagnent plus que les femmes – et importants. Sur la base d'estimations mondiales pondérées, nous constatons que les écarts salariaux femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins vont d'environ 15 % (dans le cas des salaires horaires médians) à approximativement 24 % (en ce qui concerne les salaires mensuels moyens). Toutefois, cette fourchette de valeurs fait abstraction de la répartition inégale des femmes et des hommes dans les différentes catégories professionnelles du secteur de la santé, ce qui peut mener à des estimations peu fiables de l'écart salarial femmes-hommes. C'est pourquoi ce chapitre du rapport montre également que si l'on tient compte des concentrations de travailleurs dans certaines catégories professionnelles, l'écart salarial femmes-hommes diminue. L'atténuation de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes après correction pour tenir compte des effets de concentration s'explique par le fait que les femmes sont surreprésentées dans les catégories professionnelles inférieures (en termes de rémunération), où l'écart est moindre. Les hommes, en revanche, sont surreprésentés dans les catégories professionnelles supérieures (en termes de rémunération) (les médecins, par exemple), où l'écart est bien plus important. Enfin, ce chapitre fait le constat que dans le secteur de la santé et des soins, les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes tendent à être plus importants que dans les autres secteurs économiques (non liés à la santé) et, en particulier, entre catégories professionnelles.

3.1 L'écart salarial brut femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins

L'écart salarial « brut » femmes-hommes est peut-être l'indicateur le plus largement utilisé de la différence de rémunération entre les femmes et les hommes. Il s'appuie sur une mesure temporelle de la rémunération (par exemple le salaire horaire, hebdomadaire ou mensuel). Étant donné que le fait que les femmes gagnent moins que les hommes sur le marché du travail est pratiquement universel, l'écart salarial brut femmes-hommes mesure dans quelle proportion la rémunération des femmes est inférieure à celle des hommes. Par exemple, si la rémunération des femmes équivaut à 80 % de la rémunération des hommes, on dit que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est de 20 %. Bien entendu, il n'existe pas de taux unique de rémunération des femmes (ni des hommes) – l'indicateur est formulé selon un éventail de valeurs qui, ensemble, définissent la répartition des salaires (ou la structure salariale) des femmes et des hommes dans l'économie. Les estimations de l'écart

de rémunération entre les femmes et les hommes reposent dès lors sur les mesures sommaires de ces répartitions. Les deux mesures les plus couramment utilisées pour résumer les répartitions des salaires sont la mesure *moyenne* (la moyenne de toutes les valeurs de la répartition) et la mesure *médiane* (la valeur située au centre de la répartition). Ainsi, *l'écart salarial moyen* compare la moyenne de la répartition des salaires des femmes avec la moyenne de la répartition des salaires des hommes, tandis que *l'écart salarial médian* compare la valeur située au centre de la répartition des salaires des femmes avec la valeur située au centre de la répartition des salaires des hommes.¹⁶

Les figures 3.1 et 3.2 montrent plusieurs estimations de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins pour 54 pays de toutes les régions du monde. Ensemble, ces pays représentent environ 40 % des salariés du monde, dans tous les secteurs économiques. Chaque figure présente les estimations à la fois des écarts moyens et des écarts médians dans quatre régions géographiques. La figure 3.1 montre les

¹⁶ Alors que la moyenne tient compte de toutes les valeurs de la répartition des salaires, la médiane ne tient pas compte des valeurs situées aux deux extrémités de la répartition des salaires. De ce fait, les deux mesures sont généralement proches l'une de l'autre lorsque la répartition des salaires est compacte, avec très peu de valeurs extrêmes dont l'effet sur la moyenne n'est pas significatif.

écarts salariaux femmes-hommes en termes de salaire horaire, indicateur conforme à l'indicateur 8.5.1 des ODD, ce qui présente l'avantage d'éliminer des gains la dimension du temps de travail. La figure 3.2 montre les estimations des écarts salariaux fondées sur la rémunération mensuelle. Cette mesure, qui peut souvent être obtenue librement auprès des bureaux nationaux des statistiques et est généralement ventilée par sexe, représente la somme de deux écarts, à savoir l'écart au niveau du salaire horaire et l'écart entre le temps de travail des femmes et des hommes. Les deux figures ensemble présentent quatre configurations de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins – écart horaire moyen, écart horaire médian, écart mensuel moyen et écart mensuel médian – et comparent chacun d'entre eux avec l'écart salarial femmes-hommes global estimé au niveau des pays dans les autres secteurs économiques.

La première observation qui se dégage des figures 3.1 et 3.2 est le fait que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes mesuré dans le secteur de la santé et des soins est très majoritairement positif, ce qui indique que globalement et à l'échelle mondiale, les hommes gagnent plus que les femmes dans le secteur de la santé et des soins. Chacune des figures montre les estimations régionales et mondiales fondées sur des valeurs pondérées qui tiennent compte du nombre de salariés dans chacun des pays couverts. Comme on peut le voir dans la figure 3.1, 50 des 54 pays ont un écart salarial femmes-hommes positif en termes de salaire horaire moyen dans le secteur de la santé et des soins. C'est également le cas dans 46 des 54 pays en ce qui concerne l'écart salarial horaire médian. **Les estimations mondiales pondérées de l'écart salarial horaire femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins vont de 15 % environ (dans le cas des salaires horaires médians) à approximativement 24 % (en ce qui concerne les salaires mensuels moyens). Si l'on combine la fourchette de valeurs des quatre configurations, les femmes salariées gagnent approximativement 20 % de moins que les hommes dans le secteur de la santé et des soins.** Il existe cependant des différences considérables et importantes d'un pays à l'autre. L'écart salarial horaire moyen entre femmes et hommes, par exemple, va de 37 % au Chili à -7,5 % en Mongolie. Nous examinons dans la suite du rapport pourquoi certains pays affichent des écarts salariaux bruts négatifs (c'est-à-dire favorables aux femmes). Pour le moment, toutefois, cette constatation serait interprétée comme montrant qu'en Mongolie, les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé gagnent en moyenne 7,5 % de plus que les hommes du secteur.

La deuxième observation qui ressort des figures 3.1 et 3.2 est que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est plus important lorsqu'il est estimé en fonction de la rémunération mensuelle (plutôt que du salaire horaire) pour presque la totalité des 54 pays inclus dans l'analyse. C'est le cas pour 48 pays en ce qui concerne les écarts salariaux moyens, et pour 51 des 54 pays en ce qui concerne les écarts salariaux médians. Cette constatation illustre le fait que le travail à temps partiel est plus répandu chez les femmes que chez les hommes dans le secteur de la santé et des soins de la plupart des pays. C'est du reste le cas dans tous les autres secteurs économiques et dans la plupart des pays (Fagan et al., 2014). En fait, en moyenne dans le secteur de la santé et des soins des 54 pays, 14 % environ des hommes travaillent à temps partiel, contre 20 % des femmes. Dans les pays d'Asie du Sud-Est et d'Afrique, la prévalence des travailleurs à temps partiel dans le secteur de la santé et des soins (et dans l'ensemble des secteurs) est plus faible que dans les autres régions du monde. Toutefois, même dans ces pays, la proportion moyenne de femmes travaillant à temps partiel dans le secteur de la santé et des soins est de 3 points de pourcentage supérieure à celle des hommes. Globalement, les résultats relatifs aux 54 pays suggèrent que l'emploi à temps partiel dans le secteur de la santé et des soins partout dans le monde est plus répandu chez les femmes que chez les hommes. Ce facteur contribue par conséquent à expliquer la différence observée entre les gains mensuels des femmes et des hommes.

Notre troisième observation relative aux figures 3.1 et 3.2 est le fait que, quelle que soit laquelle des quatre configurations que l'on examine, **dans un grand nombre de pays, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins est plus important que dans les autres secteurs de l'économie.** En ce qui concerne l'écart salarial horaire moyen entre femmes et hommes, cela vaut pour 44 des 54 pays. Dans certains de ces pays, la différence entre l'écart salarial femmes-hommes du secteur de la santé et des soins et celui des autres secteurs est marginale. En France et aux Pays-Bas, par exemple, les écarts salariaux horaires moyens dans le secteur de la santé et des soins sont de 14,1 % et 23 % respectivement, tandis que dans le reste de l'économie ils sont estimés à 13,6 % et 20 % respectivement. Cependant, dans 18 des 54 pays, on estime que l'écart salarial horaire moyen dans le secteur de la santé et des soins est au moins deux fois plus important que dans les autres secteurs de l'économie. C'est le cas, notamment, au Bangladesh (14,8 % contre 6,9 %), au Brésil (41 % contre 12,3 %), au Chili (37 % contre 15,3 %), en Italie (29,1 % dans le secteur de la santé

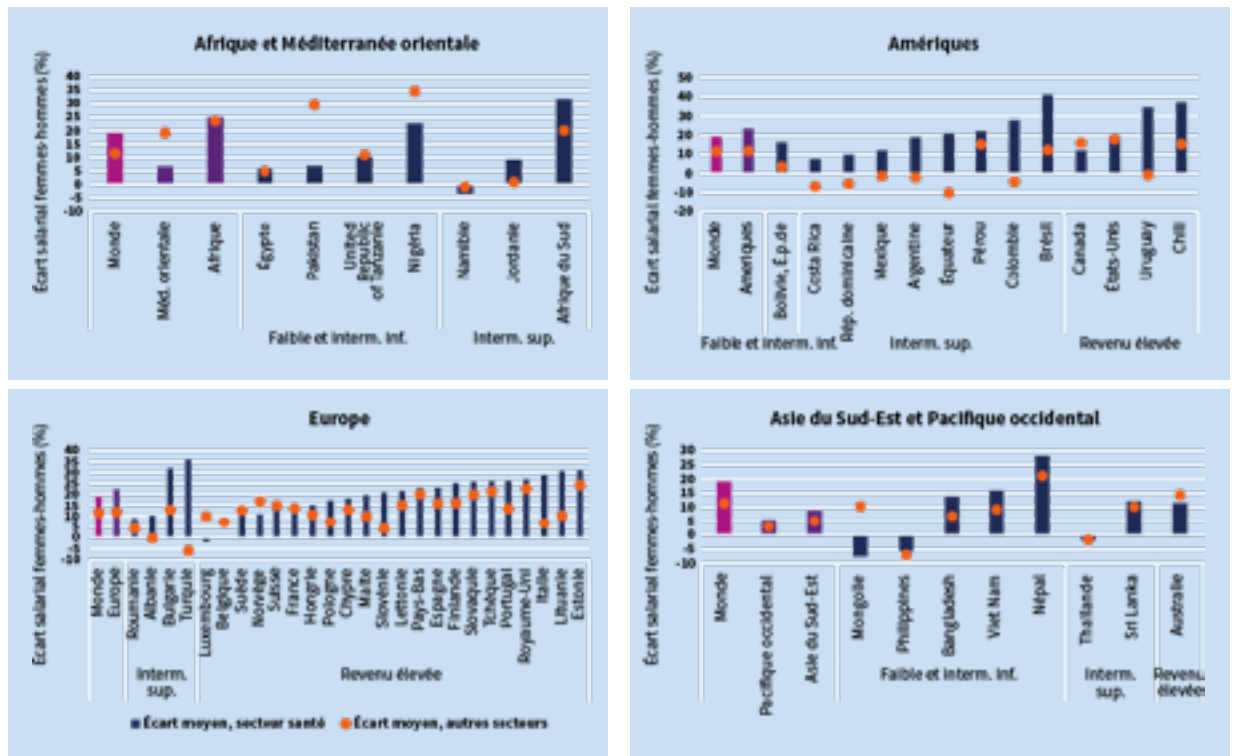
et des soins contre 6,7 % dans les autres secteurs), dans l'État plurinational de Bolivie (12,2 % contre 3,7 %), en Pologne (17,2 % contre 7,2 %) et au Viet Nam (15,9 % contre 9,3 %). **Globalement, si l'on considère la moyenne pondérée mondiale de l'écart salarial horaire moyen femmes-hommes, les femmes du secteur de la santé et des soins touchent 19,2 % de moins que les hommes par heure travaillée. Dans les autres secteurs économiques, selon les estimations, les femmes sont payées 11,5 % de moins que les hommes par heure travaillée**¹⁷ Il est intéressant d'observer que, pour plusieurs pays, l'utilisation des salaires mensuels (plutôt que des salaires horaires) rétrécit les écarts entre le secteur de la santé et des soins et les autres secteurs de l'économie. Cela se produit dans les pays où la prévalence du travail à temps partiel dans les autres secteurs économiques est plus élevée que dans celui de la santé et des soins. Par exemple, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, l'écart salarial horaire moyen femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins s'élève à 26,9 %, contre 22,6 % dans les autres secteurs. Les estimations relatives aux écarts salariaux fondés sur les salaires mensuels sont similaires (36,2 % et 36,4 % respectivement), apparemment du fait de l'incidence supérieure du travail à temps partiel dans les autres secteurs (37 % par rapport au secteur de la santé et des soins (27 %).

¹⁷ Il est probable que ces deux estimations soient en fait les limites inférieures des estimations mondiales. Le *Rapport mondial sur les salaires 2018-2019* (OIT, 2018a) porte sur 73 pays, qui ensemble représentent environ 85 % des salariés du monde. Dans ce rapport, la moyenne pondérée de l'écart salarial horaire moyen entre femmes et hommes pour l'ensemble des pays est de 15,6 %. Comme mentionné précédemment, tous les pays ne présentent pas d'ensembles de données suffisamment denses pour permettre d'identifier le secteur de la santé et des soins de manière utile aux fins de l'analyse politique (voir l'encadré 3).

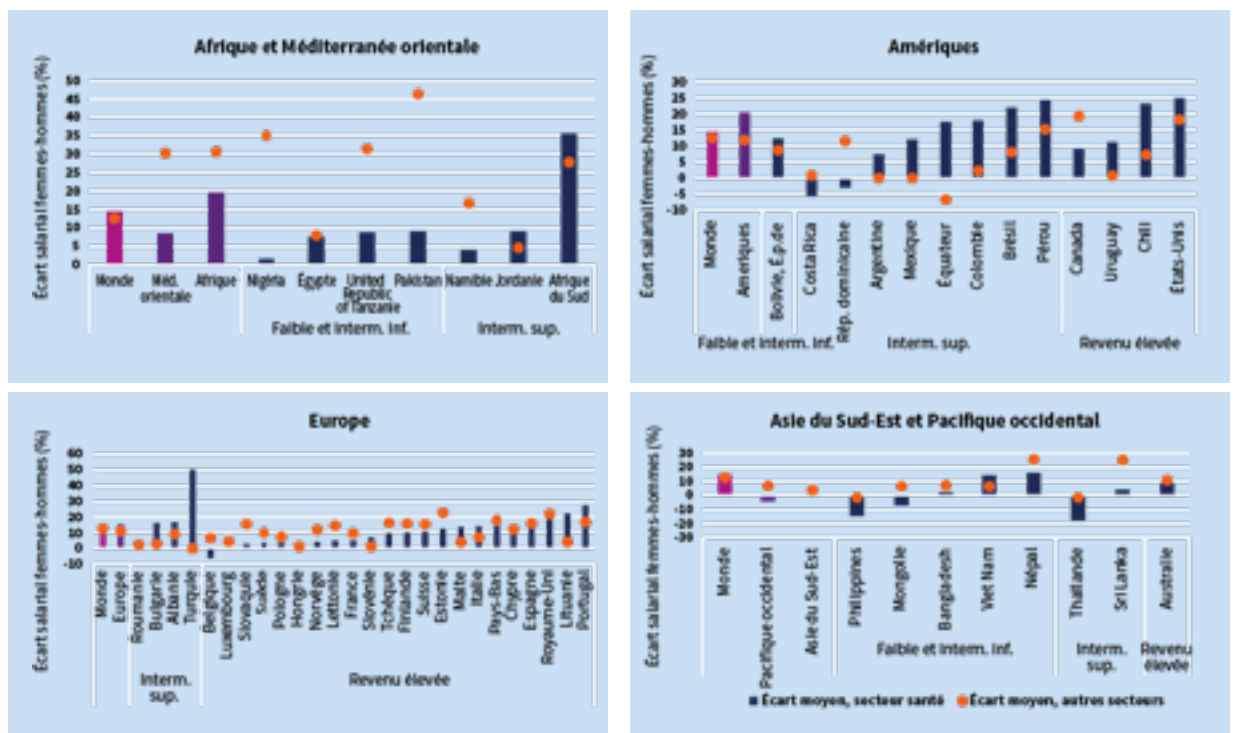
FIGURE 3.1

Écarts salariaux bruts entre femmes et hommes en fonction des salaires horaires

ÉCART SALARIAL MOYEN ENTRE FEMMES ET HOMMES



ÉCART SALARIAL MÉDIAN ENTRE FEMMES ET HOMMES

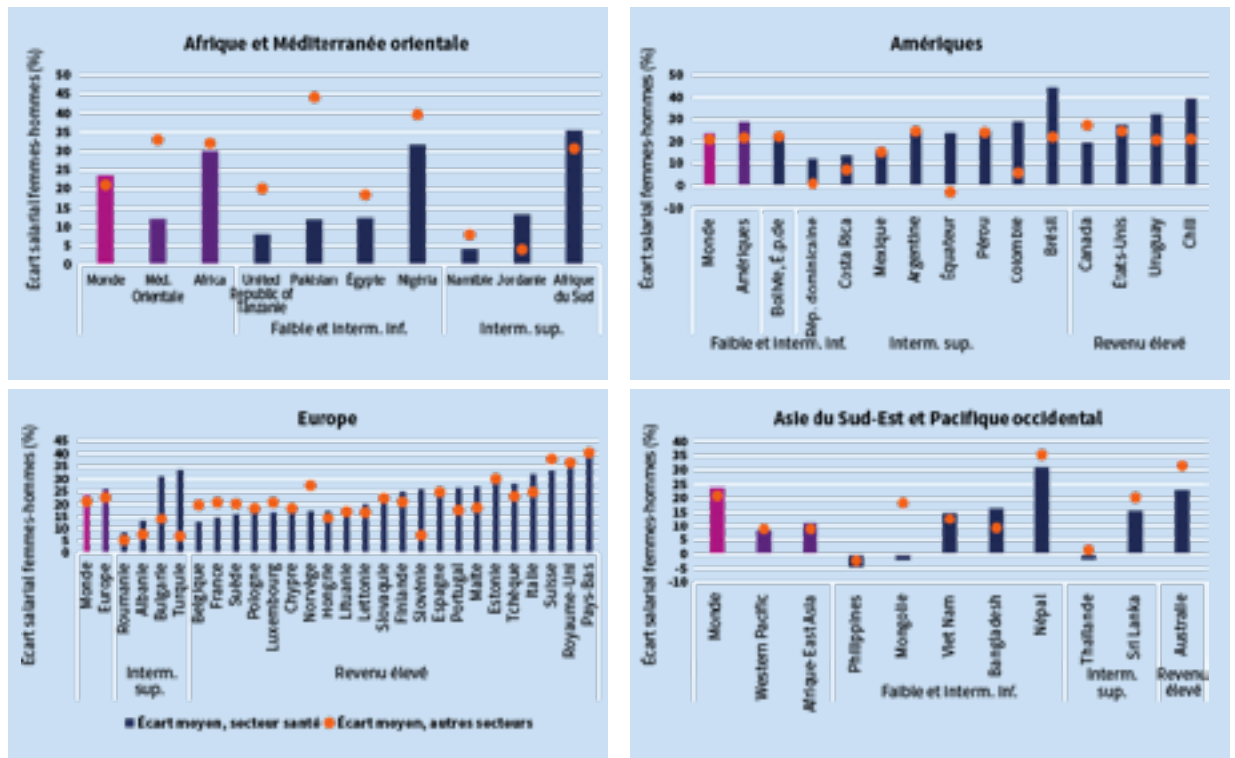


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les sources nationales (voir l'annexe 1).

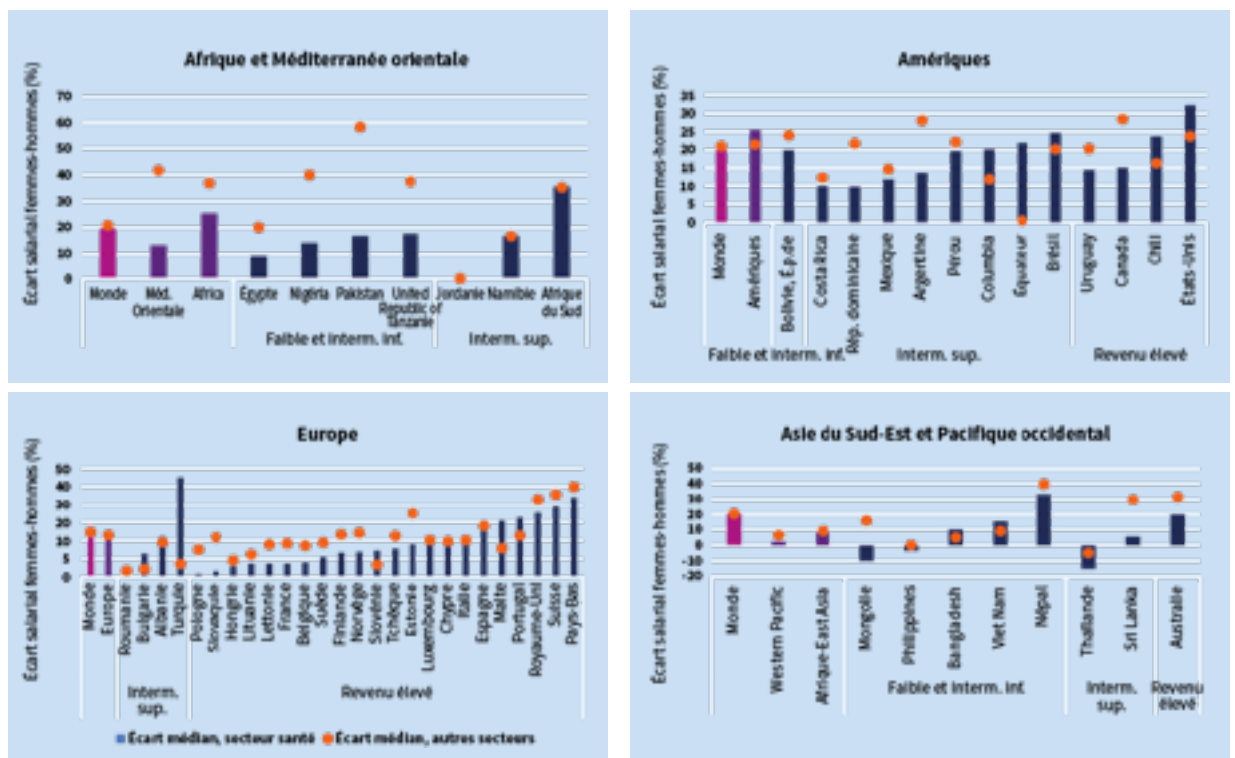
FIGURE 3.2

Écarts salariaux bruts entre femmes et hommes en fonction des salaires mensuels

ÉCART SALARIAL MOYEN ENTRE FEMMES ET HOMMES



ÉCART SALARIAL MÉDIAN ENTRE FEMMES ET HOMMES



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les sources nationales (voir l'annexe 1).

Notre dernière observation relative aux figures 3.1 et 3.2 est le fait que les estimations de l'écart salarial moyen « brut » et de l'écart salarial médian « brut » femmes-hommes peuvent générer des résultats divergents même lorsque l'on utilise la même définition de mesure de la rémunération, c'est-à-dire que les résultats peuvent être très différents selon que l'on considère l'écart salarial horaire moyen par opposition à l'écart salarial horaire médian ou l'écart salarial mensuel moyen par opposition à l'écart salarial mensuel médian. Ainsi, au Costa Rica, l'écart salarial horaire moyen femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins est de +7,6 % et l'écart salarial horaire médian est de -5,5 %. La valeur moyenne implique que les hommes gagnent 7,6 % de plus que les femmes, tandis que la valeur médiane implique que les femmes gagnent 5,5 % de plus que les hommes. Dans d'autres pays, l'ampleur de la différence entre les écarts moyens et médians varie considérablement même si le signe (+ ou -) est le même. Au Nigéria, par exemple, l'écart salarial horaire moyen entre femmes et hommes s'élève à 22,6 %, tandis que l'écart salarial horaire médian est de 1,4 %. Dans le même ordre d'idée, en Thaïlande, le signe est le même (négatif), mais les valeurs absolues diffèrent considérablement : si l'on considère l'écart salarial horaire moyen entre les femmes et les hommes, les estimations suggèrent que les femmes touchent 1,8 % de plus que les hommes, tandis que l'écart salarial horaire médian suggère qu'elles gagnent 18,1 % de plus que les hommes.

Ces différences frappantes entre les écarts salariaux moyens et médians peuvent entraver les progrès vers l'égalité entre les hommes et les femmes lorsque l'on considère les deux mesures également valables en ce qui concerne les implications en matière de politiques. Par exemple, dans le cas du Nigéria, l'écart salarial horaire médian femmes-hommes (1,4 %) pourrait porter les décideurs à conclure qu'il y a pratiquement égalité de rémunération dans le secteur de la santé et des soins. L'écart médian estimé (22,6 %), en revanche, dresse un tableau très différent, suggérant que l'inégalité de rémunération dans le secteur de la santé et des soins du Nigéria est supérieure à la moyenne mondiale estimée. Le Rapport mondial sur les salaires 2018-2019 de l'OIT (OIT, 2018a)¹⁸ s'est penché sur ce problème de mesure, soulignant que la répartition des salaires peut être hautement irrégulière sur les marchés du

travail où la participation des femmes est faible, sur les marchés du travail où les femmes sont concentrées dans des fourchettes spécifiques de rémunération horaire, ou les deux. Cela signifie que les femmes (et parfois également les hommes) ne sont pas réparties uniformément dans la distribution des salaires horaires. Lorsque c'est le cas, les deux mesures (moyenne et médiane) utilisées pour résumer la répartition des salaires sont peu utiles pour estimer correctement la différence de rémunération entre les femmes et les hommes. Les données affichées dans les figures 3.1 et 3.2 tendent à indiquer que, dans un grand nombre des 54 pays pour lesquels nous disposons de données, ces *effets de concentration ou de composition* sont des caractéristiques de la répartition des salaires dans le secteur de la santé. En conséquence, dans bon nombre des 54 pays, les écarts moyen et médian peuvent gravement fausser les évaluations empiriques de l'équité salariale entre les femmes et les hommes.

Le chapitre suivant du rapport examine les raisons de ces effets de concentration (ou de composition) et propose une autre mesure complémentaire permettant d'estimer les écarts salariaux femmes-hommes: *l'écart salarial pondéré femmes-hommes*. Cette mesure contribue à éliminer, ou tout au moins à réduire sensiblement, les effets de concentration lors de l'estimation des écarts salariaux femmes-hommes. La mesure des écarts salariaux qui en résulte peut apporter une contribution significative aux débats politiques sur l'inégalité de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins.

3.2 Au-delà de l'écart salarial brut : identifier l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au sein des sous-groupes

Partout dans le monde, il est courant de constater que la participation des femmes au marché du travail diffère de celle des hommes, en particulier en ce qui concerne le temps de travail, l'expérience (mesurée en fonction de l'âge)¹⁹, la catégorie professionnelle et le secteur institutionnel (à savoir le secteur public ou le secteur privé). Ces différences ne sont pas le fruit de processus aléatoires, mais bien des approches historiquement et culturellement différentes des femmes et des hommes à l'égard de leur part de

¹⁸ Le [Rapport mondial sur les salaires 2018-2019](#) de l'OIT offre une analyse approfondie et détaillée de la répartition des salaires dans le monde pour démontrer le lien entre les mesures sommaires, l'irrégularité de la dispersion des salaires et leur lien avec les fonctions cumulatives de densité respectives.

¹⁹ L'expérience est souvent mesurée en fonction de l'âge dans les études empiriques parce que les instruments d'enquête ne posent pas toujours de questions directes sur le nombre d'années pendant lesquelles le répondant a participé au marché du travail. Cependant, l'âge peut constituer une évaluation imparfaite de l'expérience des femmes sur le marché du travail par rapport aux hommes, celles-ci étant plus susceptibles que les hommes de s'éloigner temporairement du marché du travail pour des motifs liés à la famille et aux soins.

responsabilité parentale et de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. L'OIT estime que 41,6 % des femmes « inactives » ne font pas partie de la population active en raison de responsabilités de soins non rémunérées, contre 5,8 % des hommes. En outre, le rôle joué par les différentes politiques en matière de soins est un facteur clé influençant la participation des femmes à l'emploi rémunéré. Dans les pays où l'on observe des dépenses publiques élevées en matière de politiques de soins, la participation des femmes au marché du travail est elle aussi plus élevée (OIT, 2018c). De telles dynamiques affectent également l'incidence supérieure des femmes dans l'emploi à temps partiel, l'emploi dans le secteur public (qui offre davantage de flexibilité) ou l'incidence supérieure des femmes qui quittent le marché du travail pendant des périodes prolongées.

Les stéréotypes sexistes, comme indiqué dans l'introduction, sont une autre raison pour laquelle les femmes et les hommes participent différemment au marché du travail, qui mène à la ségrégation professionnelle et à la féminisation de certaines professions et de certains secteurs (Grimshaw et Rubery, 2015). Dans de nombreuses régions du monde, la violence et le harcèlement envers les femmes au travail, en particulier dans les secteurs et les professions où elles sont minoritaires, peuvent également les dissuader de se former aux professions dominées par les hommes et mieux rémunérées, d'entrer dans ces professions ou d'y rester (OIT, 2018d ; Pillinger, 2017). S'il est vrai que la ségrégation professionnelle et la recherche d'un équilibre plus flexible entre vie professionnelle et vie privée ou d'un emploi favorable aux obligations familiales constituent un phénomène universel, la faible participation des femmes à l'emploi salarié concerne particulièrement les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans ces pays, le manque d'emploi formel pousse de nombreuses femmes à travailler pour leur propre compte ou comme travailleuses familiales non rémunérées dans l'économie informelle (OIT, 2018c), et très peu de femmes (souvent hautement qualifiées et rémunérées) sont les seules à participer à l'emploi salarié.

La concentration des femmes dans certaines catégories professionnelles, de même que les autres facteurs mentionnés plus haut, suppose que les femmes ne sont pas nécessairement réparties aussi uniformément dans la distribution des salaires que les hommes, en particulier dans les pays où leur participation en tant que salariées est comparativement faible. À moins que l'on en tienne compte, **ces effets de concentration (ou de**

composition) donnent des estimations de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes qui ne représentent pas de manière exacte la différence sous-jacente entre la rémunération des femmes et celle des hommes. La meilleure manière d'illustrer le mécanisme qui se cache derrière l'effet de concentration et son incidence sur les estimations de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes consiste à sélectionner un de ces facteurs, à estimer l'écart salarial parmi les groupes définis par ce facteur et à comparer les résultats avec ceux qui reposent sur l'écart salarial brut classique femmes-hommes. Nous illustrons ce fait au moyen du facteur des catégories professionnelles dans le secteur de la santé. Le tableau 3.1 analyse six pays qui, ensemble, couvrent la plupart des configurations combinées (en termes de signe et d'ampleur de l'écart salarial moyen brut et de l'écart salarial médian brut) observées dans la figure 3.1²⁰. Pour chaque pays, et en faisant la distinction entre les écarts moyens et médians, les lignes montrent la répartition des travailleurs dans le secteur de la santé au moyen des six catégories professionnelles décrites dans l'encadré 1. Les colonnes montrent les salaires moyens (ou médians) des femmes et des hommes pour chaque sous-groupe professionnel et la part correspondante de chaque sous-groupe dans la population des personnels de santé et d'aide à la personne.

En examinant le tableau 3.1, on peut observer qu'en Thaïlande, les femmes exerçant des professions libérales en lien avec la santé représentent 36 % des personnels féminins du secteur et gagnent en moyenne 171,2 bahts thaïlandais par heure. Dans le cas de la Thaïlande, l'écart salarial horaire moyen brut femmes-hommes (-1,8 %) tend à indiquer que les femmes gagnent en moyenne 1,8 % de plus par heure travaillée que les hommes. Cependant, les estimations détaillées du tableau montrent que les salaires moyens supérieurs de l'ensemble des femmes du secteur de la santé et des soins (114,5 bahts par heure) découlent de l'effet de hausse que la concentration de femmes hautement rémunérées dans la catégorie des professions libérales liées à la santé (36 %) exerce sur la moyenne estimée. En revanche, la majorité (57 %) des Thaïlandaises du secteur de la santé et des soins gagnent sensiblement moins que la moyenne de 114,5 bahts. En même temps, si l'on compare le salaire horaire moyen des hommes dans la catégorie des professions libérales liées à la santé (225,6 bahts par heure) à celui des femmes (171,2 bahts par heure), on constate que les hommes de la même catégorie gagnent 24,1 % de plus que les femmes par heure

²⁰ Une analyse similaire pourrait être présentée au moyen des salaires mensuels. Par souci de simplicité, nous indiquons les estimations basées uniquement sur les salaires horaires.

travaillée (voir la colonne intitulée « Écart salarial »). En fait, en moyenne, les hommes thaïlandais gagnent plus que les femmes thaïlandaises dans quatre des six catégories professionnelles du secteur de la santé et des soins. Dix-neuf pour cent seulement des Thaïlandaises du secteur de la santé et des soins (principalement celles qui occupent une profession semi-qualifiée ou peu qualifiée non liée à la santé dans le secteur de la santé et des soins) semblent toucher un salaire horaire supérieur à celui des hommes de la même catégorie professionnelle.

Ce cas illustre comment les moyennes estimées – aussi bien pour les femmes que pour les hommes – sont influencées par les effets de concentration, tandis que l'écart salarial horaire moyen brut femmes-hommes ne reflète pas la réelle différence de rémunération sous-jacente entre les femmes et les hommes. L'écart salarial moyen brut entre hommes et femmes, qui suggère que les femmes gagnent en moyenne 1,8 % de plus que les hommes, n'est pas pertinent lorsqu'en réalité, une moyenne de 81 % des femmes du secteur de la santé et des soins de la Thaïlande ont un salaire horaire inférieur par rapport aux catégories contrefactuelles respectives des hommes. Une analyse semblable peut être effectuée en ce qui concerne l'écart médian. Parmi les Thaïlandaises qui travaillent dans le secteur de la santé et des soins, le salaire médian est estimé à 93,4 bahts par heure – ce qui est également dû à l'effet d'entraînement de la médiane vers le haut exercé par les 36 % de femmes exerçant une profession libérale liée à la santé. Dans quatre des six groupes professionnels, toutefois, l'homme se situant au centre de la répartition des salaires touche davantage par heure que la femme se situant au centre de la répartition des salaires de la même catégorie professionnelle. En conclusion, le salaire horaire moyen et le salaire horaire médian dans le secteur thaïlandais de la santé et des soins s'avèrent tous deux des mesures sommaires inadéquates de la structure des salaires des femmes et des hommes du secteur.

Une manière de régler ce problème des estimations brutes consiste à estimer avec précision l'écart salarial au sein des catégories professionnelles – où les femmes et les hommes ont des attributs professionnels bien plus homogènes dans le processus de détermination des salaires – puis à prendre une moyenne pondérée des écarts salariaux femmes-hommes propres aux différentes catégories professionnelles, où les coefficients de pondération sont déterminés par la taille de chaque catégorie professionnelle dans la population active du secteur. C'est exactement ce qui a été fait dans le tableau 3.1 pour chacun des pays et pour chacune des deux mesures (écarts de rémunération moyen et médian entre hommes et femmes). Dans le cas de la Thaïlande, si l'on utilise le facteur « catégorie professionnelle », l'écart salarial pondéré moyen

entre hommes et femmes est de 11,8 %, ce qui signifie qu'en moyenne, les femmes sont rémunérées 11,8 % de moins que les hommes. L'écart salarial médian pondéré entre femmes et hommes est de 7,2 %, ce qui signifie que, compte tenu des salariés médians des différentes catégories professionnelles, la femme intermédiaire travaillant dans le secteur thaïlandais de la santé gagne 7,2 % de moins que l'homme intermédiaire du secteur.

L'exemple du Costa Rica, également présenté dans le tableau 3.1, est particulièrement intéressant en ce sens que même les écarts salariaux bruts entre hommes et femmes susciteraient la controverse en termes d'évaluation des politiques : la moyenne brute suggère que les hommes gagnent 7,7 % de plus que les femmes, toutefois la médiane suggère que les femmes touchent 5,5 % de plus que les hommes. En revanche, si l'on utilise le facteur de la « catégorie professionnelle » pour corriger les effets de concentration lors de l'estimation de l'écart salarial, on obtient deux estimations cohérentes entre elles en termes de signe des mesures. Dans le cas du Costa Rica, aussi bien l'écart salarial pondéré moyen (7,0 %) que l'écart salarial pondéré médian (3,1 %) femmes-hommes indiquent que les femmes gagnent moins que les hommes dans l'ensemble des groupes professionnels.

Nous avons inclus l'exemple du Nigéria dans le tableau 3.1, car, bien que les écarts moyen brut et médian brut aient tous deux le même signe – à savoir positif –, leur valeur absolue diffère grandement. Alors que l'écart salarial moyen brut femmes-hommes suggère que les femmes gagnent 22,6 % de moins que les hommes, l'écart salarial médian brut porte à croire à une parité presque totale entre les genres dans le secteur de la santé. Si l'on utilise les catégories professionnelles comme facteur de correction des effets de concentration, on obtient des estimations moyenne et médiane bien plus proches en termes d'ampleur – qui suggèrent un écart salarial femmes-hommes à deux chiffres dans le secteur de la santé nigérian. Le cas de la Belgique est également intéressant dans la mesure où l'écart moyen brut et l'écart médian brut sont tous deux négatifs, et où les deux écarts pondérés restent négatifs après correction pour tenir compte des effets de concentration dans les catégories professionnelles. En Belgique, 58 % des travailleurs du secteur de la santé exercent des professions où les femmes sont mieux rémunérées que les hommes (les deux catégories de professions semi-qualifiées ou peu qualifiées). Dans les professions techniques liées à la santé, qui représentent 23 % supplémentaires des personnels du secteur de la santé, l'écart salarial femmes-hommes est assez réduit, les hommes ne touchant que 2,4 % de plus que les femmes. Par conséquent, dans le cas de la Belgique,

il est indiqué de parler d'un écart salarial négatif femmes-hommes, étant donné qu'un plus grand pourcentage de femmes, catégorie par catégorie, gagnent plus que les hommes. C'est pourquoi l'écart salarial pondéré de la Belgique obtenu à partir des catégories professionnelles donne une estimation de la différence de rémunération négative et d'ampleur semblable pour l'écart moyen et l'écart médian.

Les deux autres exemples du tableau 3.1, la Finlande et l'Uruguay, sont des pays où l'écart salarial pondéré moyen et l'écart salarial pondéré médian entre hommes et femmes débouchent tous deux sur une réduction substantielle de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes par rapport aux écarts bruts moyen et médian initiaux. Dans le cas de la Finlande, l'écart salarial moyen brut entre hommes et femmes est de 25,2 %. Après correction pour tenir compte des concentrations dues aux catégories professionnelles, l'écart (pondéré) n'est plus que de 7,8 %. À quoi cela est-il dû ? En Finlande, une proportion relativement élevée (46 %) des travailleuses est concentrée dans des emplois semi-qualifiés et peu qualifiés (auxiliaires de santé, personnels de soutien semi-qualifiés ou peu qualifiés, etc.). L'écart salarial brut (moyen et médian) entre hommes et femmes est entraîné vers le bas sous l'effet de la rémunération horaire relativement faible de ces catégories. Une fois l'écart salarial corrigé pour tenir compte de cette concentration, l'écart pondéré se situe à 7,8 %, ce qui reflète mieux le fait que la majorité (72 %) de l'échantillon se situe dans des catégories professionnelles où la différence entre la rémunération des femmes et celle des hommes est relativement faible (moins de 5 %). Enfin, le cas de l'Uruguay est similaire à celui de la Finlande. La correction pour tenir compte des concentrations mène également à un écart salarial plus petit par rapport à l'écart salarial moyen brut ou l'écart salarial médian brut femmes-hommes. Cependant, dans le cas de l'Uruguay, les répartitions des femmes et des hommes dans les différentes catégories professionnelles sont relativement similaires, sauf qu'un pourcentage légèrement plus élevé d'hommes semi-qualifiés ou peu qualifiés fait baisser la moyenne pondérée. Autrement, la ségrégation professionnelle en Uruguay n'explique pas vraiment l'écart salarial observé entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins.

Le tableau 3.1 fournit une application simplifiée de la méthodologie utilisée dans l'écart salarial pondéré entre hommes et femmes élaborée et détaillée dans le *Rapport mondial sur les salaires 2018-2019* de l'OIT

(OIT, 2018a). Dans ce rapport, l'OIT propose d'utiliser plusieurs facteurs pour former des sous-groupes de femmes et d'hommes homogènes en termes de dotation en capital humain et de caractéristiques clés dans le processus de détermination des salaires – en particulier en ce qui concerne le temps de travail, la catégorie professionnelle, l'âge et le secteur institutionnel. Alors que l'âge et le niveau d'instruction sont les deux principaux facteurs sur lesquels repose le modèle du capital humain (Mincer, 1974), les facteurs du « temps de travail » et du « secteur institutionnel » sont clairement indiqués pour refléter les dimensions de genre dans les comportements sélectifs des femmes et des hommes sur le marché du travail²¹. L'analyse figurant dans le tableau 3.1 utilise la « profession » plutôt que le « niveau d'instruction », car il existe une corrélation étroite entre ces deux variables dans les secteurs où les fonctions sont bien établies conformément aux qualifications acquises dans l'enseignement formel, comme c'est le cas dans le secteur de la santé et des soins. Il semble donc raisonnable d'utiliser les données disponibles pour mieux comparer les individus occupant des emplois similaires même s'il y a des différences au niveau de leur niveau d'instruction. Le chapitre suivant applique la méthodologie des écarts salariaux pondérés entre hommes et femmes pour mieux identifier et mesurer l'écart de rémunération dans le secteur de la santé à l'échelle mondiale.

²¹ Il est important de souligner que l'écart salarial pondéré proposé n'est pas équivalent à l'« écart salarial ajusté » mentionné dans d'autres ouvrages empiriques. Ce dernier requiert des techniques permettant d'identifier et d'exclure la partie de l'écart résultant des différences de caractéristiques et de dotation en capital humain entre les femmes et les hommes sur le marché du travail. Cette question est abordée dans les chapitres 4 et 5.

TABLEAU 3.1

D'un écart salarial BRUT à un écart salarial PONDÉRÉ entre femmes et hommes

BELGIQUE (ÉCART MOYEN)		Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
Catégorie professionnelle	PROF. LIB. santé	28,1	0,15	32,0	0,15	0,15	12,0
	TECH. santé	21,6	0,23	22,1	0,16	0,21	2,4
	Semi/faible santé	17,1	0,44	16,8	0,21	0,39	-1,8
	PROF. LIB. hors santé	26,6	0,02	31,2	0,05	0,03	14,8
	TECH. hors santé	21,2	0,02	22,5	0,02	0,02	6,1
	Semi/faible hors santé	17,5	0,14	15,2	0,41	0,21	-15,5
Toutes cat. (écart brut)		20,1	0,77	20,1	0,23		-0,1
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES							-1,1
Belgique (MEDIAN GPG)		Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
Catégorie professionnelle	PROF. LIB. santé	27,2	0,15	29,5	0,15	0,15	7,6
	TECH. santé	21,6	0,23	21,8	0,16	0,21	0,9
	Semi/faible santé	16,6	0,44	16,5	0,21	0,39	-0,7
	PROF. LIB. hors santé	25,5	0,02	28,9	0,05	0,03	11,8
	TECH. hors santé	21,1	0,02	23,1	0,02	0,02	8,4
	Semi/faible hors santé	17,3	0,14	14,0	0,41	0,21	-24,0
Toutes cat. (écart brut)		18,7	0,77	17,6	0,23		-6,2
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES							-3,4
COSTA RICA (ÉCART MOYEN)		Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
PROF. LIB. santé		7676,1	0,25	8590,9	0,25	0,25	10,7
TECH. santé		3551,5	0,13	3075,5	0,15	0,14	-15,5
Semi/faible santé		2238,2	0,32	2450,3	0,18	0,27	8,7
PROF. LIB. hors santé		5766,9	0,08	8100,3	0,04	0,06	28,8
TECH. hors santé		3346,7	0,03	3747,4	0,06	0,04	10,7
Semi/faible hors santé		2166,0	0,21	2343,2	0,31	0,24	7,6
Toutes cat. (écart brut)		4006,2	0,63	4335,2	0,37		7,7
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES							7,0

COSTA RICA (ÉCART MEDIAN)	Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
PROF. LIB. santé	7211,5	0,25	7692,3	0,25	0,25	6,3
TECH. santé	3484,8	0,13	3004,8	0,15	0,14	-16,0
Semi/faible santé	1979,2	0,32	2227,9	0,18	0,27	11,2
PROF. LIB. hors santé	4675,1	0,08	5741,2	0,04	0,06	18,6
TECH. hors santé	3125,0	0,03	3461,5	0,06	0,04	9,7
Semi/faible hors santé	2156,5	0,21	2083,3	0,31	0,24	-3,5
Toutes cat. (écart brut)	2987,8	0,63	2831,9	0,37		-5,5
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES						3,1

FinlandeE (ÉCART MOYEN)	Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
PROF. LIB. santé	33,3	0,07	44,7	0,21	0,08	25,5
TECH. santé	18,7	0,25	19,5	0,20	0,24	4,1
Semi/faible santé	15,2	0,46	15,8	0,29	0,44	3,6
PROF. LIB. hors santé	19,4	0,10	27,0	0,09	0,10	28,2
TECH. hors santé	16,9	0,09	17,6	0,13	0,09	4,3
Semi/faible hors santé	14,9	0,03	14,4	0,08	0,04	-3,5
Toutes cat. (écart brut)	17,9	0,89	23,8	0,11		25,2
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES						7,8

FinlandeE (ÉCART MÉDIAN)	Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
PROF. LIB. santé	30,2	0,07	43,4	0,21	0,08	30,3
TECH. santé	18,0	0,25	19,2	0,20	0,24	6,1
Semi/faible santé	14,9	0,46	15,5	0,29	0,44	3,7
PROF. LIB. hors santé	17,5	0,10	22,9	0,09	0,10	23,5
TECH. hors santé	16,2	0,09	16,9	0,13	0,09	4,4
Semi/faible hors santé	14,7	0,03	14,3	0,08	0,04	-3,1
Toutes cat. (écart brut)	16,5	0,89	18,4	0,11		10,3
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES						8,3

NIGÉRIA (ÉCART MOYEN)	Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
PROF. LIB. santé	428,0	0,59	693,9	0,40	0,52	38,3
TECH. santé	261,3	0,22	234,1	0,14	0,19	-11,6
Semi/faible santé	147,8	0,11	247,2	0,04	0,08	40,2
PROF. LIB. hors santé	182,1	0,04	285,1	0,31	0,15	36,1
TECH. hors santé	72,2	0,02	191,6	0,02	0,02	62,3
Semi/faible hors santé	176,8	0,01	262,0	0,09	0,04	32,5
Toutes cat. (écart brut)	338,1	0,61	436,8	0,39		22,6
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES						28,8
NIGÉRIA (MEDIAN GPG)	Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
PROF. LIB. santé	288,5	0,59	576,9	0,40	0,52	50,0
TECH. santé	256,4	0,22	213,7	0,14	0,19	-20,0
Semi/faible santé	85,7	0,11	141,3	0,04	0,08	39,3
PROF. LIB. hors santé	131,9	0,04	230,8	0,31	0,15	42,9
TECH. hors santé	73,4	0,02	230,8	0,02	0,02	68,2
Semi/faible hors santé	230,8	0,01	221,9	0,09	0,04	-4,0
Toutes cat. (écart brut)	247,3	0,61	250,8	0,39		1,4
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES						32,6

THAÏLANDE (ÉCART MOYEN)	Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
PROF. LIB. santé	171,2	0,36	225,6	0,19	0,32	24,1
TECH. santé	83,6	0,19	101,0	0,15	0,18	17,2
Semi/faible santé	60,9	0,23	65,8	0,24	0,23	7,4
PROF. LIB. hors santé	135,3	0,08	190,3	0,07	0,07	28,9
TECH. hors santé	109,1	0,04	100,3	0,04	0,04	-8,8
Semi/faible hors santé	82,2	0,11	70,0	0,31	0,15	-17,3
Toutes cat. (écart brut)	114,5	0,78	112,5	0,22		-1,8
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES						11,8

THAÏLANDE (MEDIAN GPG)	Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
PROF. LIB. santé	154,9	0,36	173,1	0,19	0,32	10,5
TECH. santé	69,2	0,19	82,4	0,15	0,18	16,0
Semi/faible santé	54,4	0,23	57,7	0,24	0,23	5,7
PROF. LIB. hors santé	112,1	0,08	178,0	0,07	0,07	37,0
TECH. hors santé	98,9	0,04	86,5	0,04	0,04	-14,3
Semi/faible hors santé	72,1	0,11	61,3	0,31	0,15	-17,6
Toutes cat. (écart brut)	93,4	0,78	79,1	0,22		-18,1
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES						7,2

URUGUAY (ÉCART MOYEN)	Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
PROF. LIB. santé	428,0	0,59	693,9	0,40	0,52	38,3
TECH. santé	261,3	0,22	234,1	0,14	0,19	-11,6
Semi/faible santé	147,8	0,11	247,2	0,04	0,08	40,2
PROF. LIB. hors santé	182,1	0,04	285,1	0,31	0,15	36,1
TECH. hors santé	72,2	0,02	191,6	0,02	0,02	62,3
Semi/faible hors santé	176,8	0,01	262,0	0,09	0,04	32,5
Toutes cat. (écart brut)	338,1	0,61	436,8	0,39		22,6
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES						28,8

URUGUAY (ÉCART MÉDIAN)	Salaire horaire moyen des femmes (UML)	Part des FEMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Salaire horaire moyen des hommes (UML)	Part des HOMMES parmi l'ensemble des femmes dans le secteur de la santé et des soins	Part des salariés par profession dans le secteur de la santé et des soins (poids)	ÉCART SALARIAL (%)
PROF. LIB. santé	388,1	0,16	664,2	0,21	0,17	41,6
TECH. santé	230,9	0,17	243,4	0,13	0,16	5,1
Semi/faible santé	167,7	0,36	187,3	0,20	0,32	10,5
PROF. LIB. hors santé	325,2	0,06	399,3	0,06	0,06	18,6
TECH. hors santé	236,3	0,04	298,2	0,08	0,05	20,8
Semi/faible hors santé	203,2	0,20	153,4	0,32	0,23	-32,4
Toutes cat. (écart brut)	212,2	0,78	238,9	0,22		11,1
ÉCART SALARIAL PONDÉRÉ ENTRE FEMMES ET HOMMES						6,2

Remarques : Les six catégories professionnelles reposent sur la classification CIP-08 décrite dans l'encadré 1. Les estimations des salaires sont indiquées en unité monétaire locale (UML).

Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les sources nationales (voir l'annexe 1).

3.3 Analyse pondérée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins

L'utilisation de quatre facteurs, comme le suggère le Rapport mondial sur les salaires 2018-2019 de l'OIT, suppose de répartir les données en un plus grand nombre de sous-groupes que les six catégories professionnelles utilisées à titre d'illustration dans le tableau 3.1. Par exemple, la variable « âge » peut être utilisée pour subdiviser l'échantillon en quatre catégories, et les variables « travailleurs à temps plein ou à temps partiel » et « secteur public ou privé » définissent deux catégories chacune. Parallèlement aux catégories professionnelles décrites dans l'encadré 1, les quatre facteurs génèrent un total (maximum) de 96 divisions (résultat de l'intégration de 6 x 4 x 2 x 2 sous-groupes principaux). En général, il est préférable d'utiliser un nombre relativement réduit de divisions pour que chaque sous-groupe contienne un échantillon suffisamment grand pour éviter le problème du biais de petit échantillon (c'est-à-dire pour éviter l'effet de biais d'un petit nombre d'individus dont les gains ne sont pas représentatifs du sous-groupe concerné). Lorsque l'écart salarial pondéré entre femmes et hommes s'applique à l'ensemble des travailleurs du marché du travail (plutôt qu'uniquement aux personnels de santé), le recours aux quatre facteurs susmentionnés peut donner des sous-groupes de taille suffisante pour éviter les effets de petit échantillon. Toutefois, l'examen des données révèle que pour 23 des 54 pays de notre base de données, la sélection des personnels de santé réduit considérablement les échantillons, au point que l'utilisation des quatre facteurs (la division de l'échantillon en 96 sous-groupes) mène à des estimations des écarts salariaux femmes-hommes qui sont faussées par des sous-groupes de très petite taille. Pour éviter ce problème, nous présentons des estimations de l'écart salarial pondéré entre femmes et hommes reposant uniquement sur le facteur des catégories professionnelles dans les 54 pays. Après tout, le tableau 3.1 montre que ce facteur à lui seul peut servir à tenir compte de certains effets de concentration importants dans la répartition des salaires des personnels de santé et de soins.

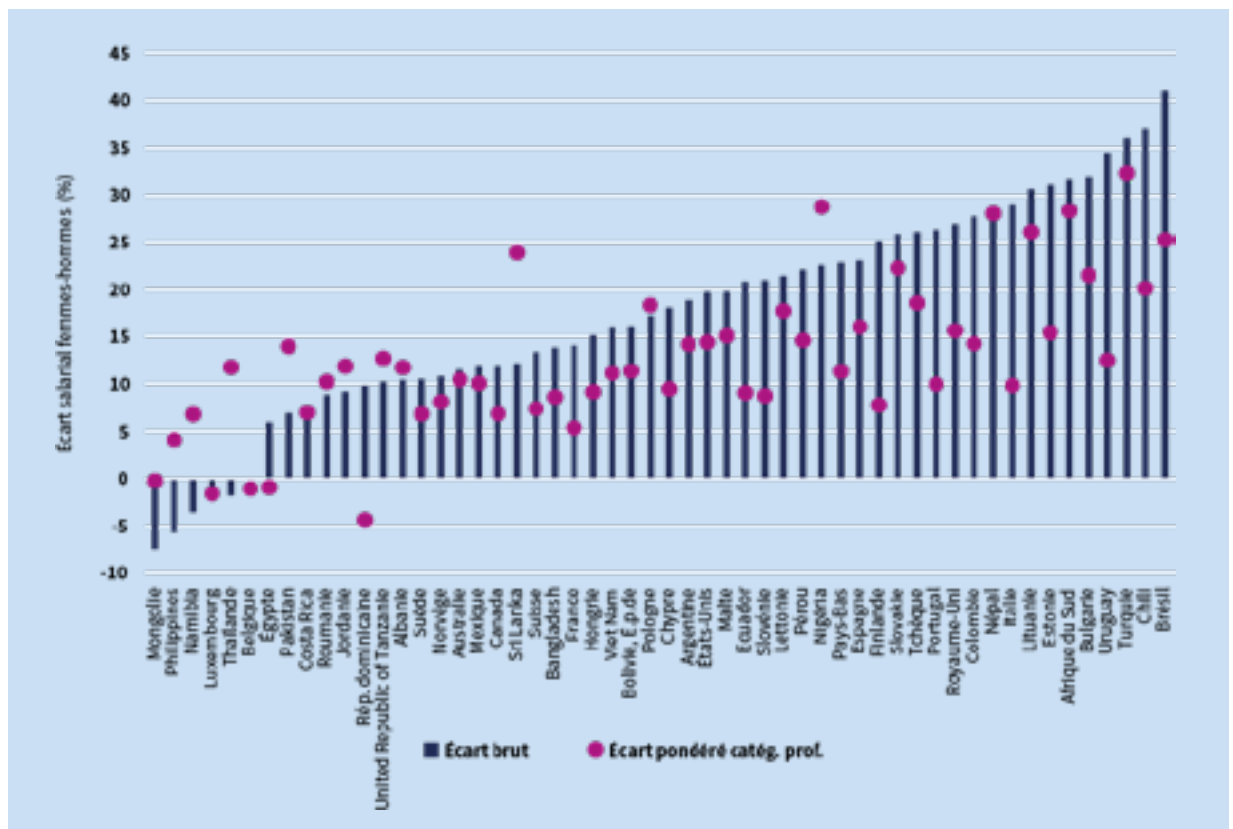
Il est important de souligner qu'à partir d'ici, toutes les estimations présentées dans la suite du rapport reposent sur les salaires horaires (plutôt que sur les salaires mensuels). Les salaires horaires comparent des unités indépendantes du temps de travail, et le salaire horaire est en outre l'indicateur utilisé pour la cible 8.5 des ODD relative à un salaire égal pour un travail de valeur égale.

La figure 3.3 représente l'« écart salarial moyen brut entre femmes et hommes » (illustré pour la première fois dans la figure 3.2) au regard de l'écart salarial pondéré en fonction des catégories professionnelles présenté dans le tableau 3.1. Dans la figure 3.3, les 54 pays sont classés du plus petit écart salarial à l'écart le plus important en fonction de l'estimation moyenne brute. La figure montre que dans 12 des 54 pays, l'écart salarial pondéré entre femmes et hommes est plus élevé que l'écart salarial moyen brut femmes-hommes. Ces 12 pays – dont trois situés en Europe (Albanie, Pologne et Roumanie) – sont tous des pays à revenu faible ou intermédiaire, où la proportion de salariées par rapport au nombre de femmes en âge de travailler est relativement faible. Par exemple, dans 4 de ces 12 pays (Albanie, Jordanie, Nigéria et Thaïlande), les données montrent que seulement 16 %, 12 %, 7 % et 28 % des femmes en âge de travailler parmi leur population respective sont salariées – contre 70 %, 54 %, 61 % et 78 % respectivement des hommes en âge de travailler. Ces 12 pays ont des caractéristiques similaires aux caractéristiques de la Thaïlande illustrées dans le tableau 3.1, à savoir que les salariées du secteur de la santé ne sont pas réparties uniformément dans la distribution des salaires. Une minorité de femmes hautement rémunérées tire le salaire horaire moyen estimé vers le haut, toutefois cette moyenne ne représente pas les gains de la plus grande partie des femmes qui travaillent dans le secteur de la santé et des soins, qui sont en réalité concentrées dans des emplois peu rémunérés. La correction des effets de concentration dans ces 12 pays mène à des estimations plus élevées de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes par rapport à l'estimation de l'écart salarial moyen brut, et reflète par conséquent mieux la réelle différence sous-jacente entre la rémunération des femmes et des hommes dans le secteur de la santé et des soins.

Dans trois pays en particulier – la Namibie, les Philippines et la Thaïlande – l'écart salarial moyen brut entre femmes et hommes était négatif, néanmoins il s'avère positif lorsque l'on utilise l'option pondérée. Dès lors, la correction des effets de concentration au moyen des catégories professionnelles permet d'identifier qu'en Namibie, aux Philippines et en Thaïlande, dans le secteur de la santé de manière globale, les femmes sont payées respectivement 6,8 %, 4,1 % et 11,8 % de moins que les hommes. Dans le cas de la Mongolie, qui affiche également un écart salarial moyen brut entre femmes et hommes négatif (-7,5 %), l'écart pondéré augmente par rapport à l'estimation brute à -0,2 % (révélant une parité presque parfaite en matière de rémunération si aucun autre facteur n'est pris en compte). D'autres estimations présentées dans la figure 3.3 montrent que dans 5 des 54 pays (Australie,

FIGURE 3.3

Écart salarial brut entre femmes et hommes au regard de l'écart salarial pondéré en fonction des catégories professionnelles



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les sources nationales (voir l'annexe 1).

Belgique, Costa Rica, Luxembourg et Népal), il existe des différences pratiquement imperceptibles entre l'écart salarial moyen brut et l'écart salarial pondéré moyen entre femmes et hommes. En Belgique et au Luxembourg, les estimations pondérées sont proches de zéro et négatives (-1,1 % dans le cas de la Belgique et -1,6 % en ce qui concerne le Luxembourg), alors qu'en Australie, au Costa Rica et au Népal, la mesure pondérée révèle que les femmes sont rémunérées respectivement 7,0 %, 11,0 % et 28,0 % de moins que les hommes.

Enfin, le constat le plus frappant de la figure 3.3 est le fait que dans une majorité de pays (35 des 54), l'estimation pondérée est inférieure à l'écart salarial moyen brut entre femmes et hommes. Dans certains cas, la différence entre les mesures brute et pondérée est réduite, notamment dans le cas de la Norvège, où le pourcentage passe de 11,8 % à 8,1 %. Dans d'autres cas, en revanche, la différence représente une diminution de plus de la moitié, comme c'est le cas de l'Italie, où l'écart salarial brut entre femmes et hommes est de 29,0 % et tombe à 9,8 % après correction pour tenir compte des effets de concentration. Ce groupe contient également un pays – la République dominicaine – où la mesure

devient négative, passant d'une estimation positive de 10 % de l'écart salarial brut femmes-hommes à -5,0 % après correction pour tenir compte des concentrations au sein des professions.

Suivant les exemples détaillés de la Finlande et de l'Uruguay dans le tableau 3.1, il semble que ces 35 pays se caractérisent peut-être par la surreprésentation des femmes dans les professions peu rémunérées du secteur de la santé, à quoi s'ajoute le fait que les écarts salariaux estimés entre hommes et femmes augmentent à mesure que l'on se déplace des catégories professionnelles inférieures vers les catégories supérieures. Étant donné que l'estimateur classique de l'écart salarial brut femmes-hommes ignore la surreprésentation des femmes dans les professions peu rémunérées, l'estimation « brute » qui en résulte est une surestimation de l'écart réel. L'écart salarial pondéré entre hommes et femmes, en revanche, tient compte de la surreprésentation des femmes dans les catégories professionnelles inférieures et corrige ces effets de concentration lors de l'estimation des différences de rémunération entre les femmes et les hommes. La constatation selon laquelle, dans 35 des 54 pays, l'écart salarial pondéré entre femmes et

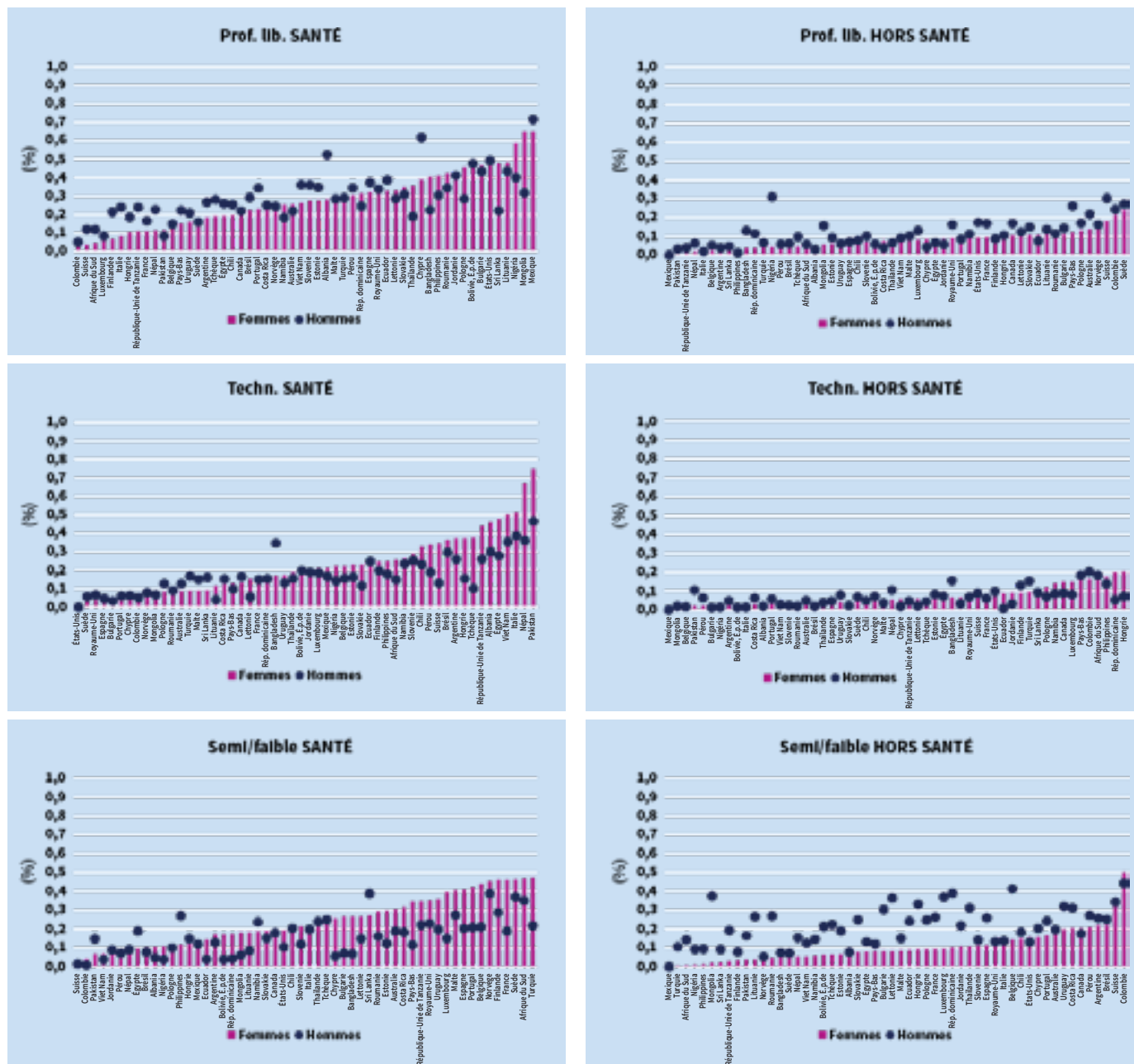
hommes est plus petit que l'écart salarial brut illustre donc le fait que les femmes sont surreprésentées dans les catégories professionnelles inférieures où l'écart salarial est moins important.

La surreprésentation des femmes dans les professions de niveau inférieur est illustrée dans la figure 3.4, qui compare la part des femmes dans une catégorie donnée (parmi l'ensemble des femmes) à la part des hommes dans une catégorie donnée (parmi l'ensemble des hommes) par catégorie professionnelle, en tenant compte, dans les deux cas, des salariés du secteur de la santé uniquement. Les six graphiques de la figure 3.4 sont présentés avec les mêmes valeurs dans l'axe vertical pour souligner et mettre en contraste l'importance de chaque catégorie professionnelle dans le secteur de la santé. Il ressort clairement de cette figure que dans la grande majorité des pays, les hommes sont surreprésentés dans la catégorie des professions libérales liées à la santé (par ex. les médecins) et dans les catégories semi-qualifiées et peu qualifiées non liées à la santé (par ex. les chauffeurs, les travailleurs affectés aux déchets ou à la préparation des aliments). En revanche, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'occuper des emplois semi-qualifiés ou peu qualifiés en lien avec la santé (par ex. les agents de santé auxiliaires et d'aide à la

personne, les employés de nettoyage). Dans 38 des 54 pays, les femmes sont davantage représentées que les hommes dans les emplois techniques liés à la santé (par ex. analyse de laboratoire, sages-femmes, infirmières auxiliaires). Dans certains de ces 38 pays, la différence est négligeable (en France, par exemple, la part des femmes [sur l'ensemble des femmes] n'est que de 1,0 % supérieure à celle des hommes [sur l'ensemble des hommes] dans cette catégorie). Cependant, dans d'autres pays, la représentation des femmes est supérieure de plus de 15 points de pourcentage à celle des hommes (notamment en Italie, au Népal et au Pakistan). La catégorie professionnelle technique non liée à la santé (par exemple les agents de vente, les bibliothécaires, les techniciens de télécommunications et de radiodiffusion) semble représenter une part relativement réduite des emplois dans le secteur de la santé, et tandis que, dans 26 des 54 pays, la représentation des hommes (sur l'ensemble des hommes) y est plus élevée que celle des femmes (sur l'ensemble des femmes), la différence est presque nulle hormis au Pakistan et au Bangladesh (où la représentation des hommes dans les professions techniques non liées à la santé est d'environ 8 % supérieure à celles des femmes). Toutefois, dans ces deux pays, la participation globale des femmes à l'emploi rémunéré est relativement faible.

FIGURE 3.4

Part des femmes dans une catégorie donnée (sur l'ensemble des femmes) et part des hommes dans une catégorie donnée (sur l'ensemble des hommes) par catégorie professionnelle – pays classés de la proportion de femmes la plus faible à la plus élevée dans la catégorie professionnelle donnée dans le secteur de la santé



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les sources nationales (voir l'annexe 1).

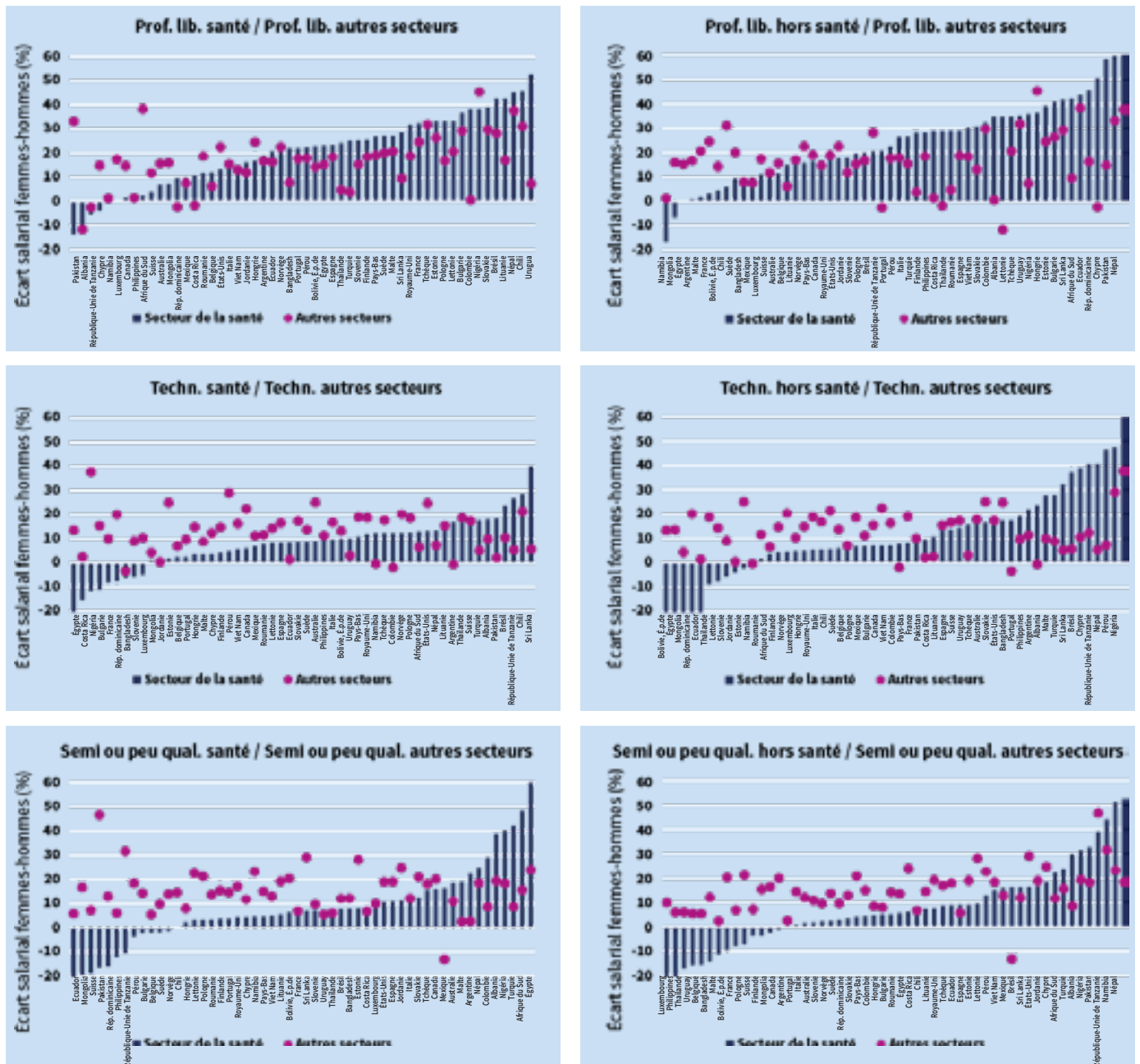
3.4 Comparaison entre l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins et dans les autres secteurs économiques

Enfin, nous ne pouvons clore ce chapitre sans comparer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins avec celui des autres secteurs de l'économie, en tenant compte des catégories professionnelles.

La figure 3.5 présente l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans chaque catégorie professionnelle du secteur de la santé et le compare à l'écart salarial observé dans des catégories professionnelles similaires dans d'autres secteurs économiques, en classant les pays de l'écart le plus faible à l'écart le plus élevé dans le secteur de la santé et des soins. Notre première observation découlant de cette analyse est le fait que, dans un grand nombre de pays, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans

FIGURE 3.5

Écarts de rémunération entre les femmes et les hommes par catégorie professionnelle dans le secteur de la santé et des soins au regard des autres secteurs économiques



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les sources nationales (voir l'annexe 1).

les catégories professionnelles du secteur de la santé et des soins est plus élevé que dans les catégories professionnelles des autres secteurs économiques. Au niveau des professions libérales liées à la santé (par exemple les médecins), c'est le cas dans 40 des 54 pays, tandis qu'en ce qui concerne les professions libérales non liées à la santé (par exemple les directeurs d'hôpital), c'est le cas dans 37 des 54 pays. Cette constatation ne semble néanmoins pas s'appliquer aux emplois dans les autres catégories professionnelles (emplois techniques, semi-qualifiés ou peu qualifiés), où l'écart salarial femmes-hommes est bien souvent plus important dans les autres secteurs économiques que dans le secteur de la santé.

Si l'on se penche uniquement sur le secteur de la santé et des soins, on peut voir dans la figure 3.5 que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est bien plus prononcé dans les professions libérales que dans les autres catégories professionnelles, et qu'il est plus important dans les professions techniques que dans les emplois semi-qualifiés ou peu qualifiés. Le fait que les femmes sont plus susceptibles d'occuper des emplois, dans le secteur de la santé, où l'écart salarial femmes-hommes est plus faible (en particulier des emplois techniques, semi-qualifiés et peu qualifiés liés à la santé), comme on pouvait le voir dans la figure 3.4, et que les hommes sont surreprésentés dans les emplois peu qualifiés et semi-qualifiés non liés à la santé (où l'écart salarial tend à être moins important) explique que l'écart salarial pondéré en fonction de la profession est plus faible que l'écart salarial moyen brut entre femmes et hommes dans un nombre significatif de pays, comme illustré dans le sous-chapitre 3.3.

Les figures 3.3 à 3.5 montrent que dans le cas du secteur de la santé et des soins, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes

est plus important au sommet de la répartition des salaires (dans les catégories professionnelles supérieures) dans pratiquement tous les pays pour lesquels nous disposons de données. Dans ces pays, l'écart salarial pondéré entre femmes et hommes corrige l'écart moyen brut à la baisse, car il réduit le poids des écarts plus importants dans les catégories professionnelles supérieures, où les femmes sont moins représentées. Si les femmes et les hommes étaient représentés de façon égale dans les six classifications professionnelles, l'écart salarial pondéré observé augmenterait en réalité dans pratiquement tous les pays, car il donnerait davantage de poids aux écarts salariaux plus importants. En d'autres termes, à moins que l'on ne tienne compte des écarts salariaux au sein des catégories professionnelles, la ségrégation professionnelle fondée sur le genre dans le secteur de la santé et des soins fait augmenter – et non réduire – l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes. S'il est souvent suggéré qu'une réduction de la ségrégation professionnelle fondée sur le genre contribuerait à réduire l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, les estimations des figures ci-devant montrent qu'il ne s'agit pas uniquement de s'attaquer à des inégalités données de genre (par exemple la ségrégation) sur le marché du travail pour lutter contre les écarts salariaux femmes-hommes. Il s'agit plutôt de s'attaquer à de nombreuses facettes étroitement liées qui, ensemble, déterminent les inégalités de rémunération entre les femmes et les hommes, notamment dans le secteur de la santé et des soins. Cette question est abordée de manière plus approfondie dans les chapitres 4 et 5, dans lesquels l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est examiné à chaque décile de la répartition des salaires et au regard des autres attributs qui ont une incidence décisive sur les processus de détermination des salaires.

Facteurs contribuant à l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins

Nous avons vu dans le chapitre 3 que, en moyenne à l'échelle mondiale et dans la majorité des pays, les femmes gagnent moins que les hommes dans le secteur de la santé et des soins, les écarts étant plus importants dans les catégories professionnelles techniques et des professions libérales. Comment expliquer ces écarts salariaux femmes-hommes? Pour répondre à cette question, ce chapitre mesure les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes et compare les caractéristiques des femmes et des hommes à chaque quantile de la répartition des salaires horaires²². Cette analyse a pour objectif de comprendre si les facteurs qui déterminent les salaires (tels que l'âge, le niveau d'instruction et les modalités de temps de travail) sont semblables entre les femmes et les hommes qui se situent au même niveau de la répartition des salaires horaires de leur sexe respectif. Par ailleurs, étant donné que les politiques en matière de salaires (comme les politiques sur le salaire minimum ou les conventions collectives) ont différents effets aux différents niveaux de la répartition des salaires, estimer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes aux différents quantiles peut donner des indications sur l'impact potentiel des politiques salariales sur l'écart salarial global femmes-hommes. Les résultats présentés dans ce chapitre montrent que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes varie de manière significative aux différents points de la répartition des salaires horaires dans l'ensemble des pays, et tend à augmenter à mesure que l'on se déplace des quantiles inférieurs vers les quantiles supérieurs de la distribution des salaires. Notre analyse montre en outre qu'en dépit de leur participation relativement faible au secteur de la santé et des soins dans l'ensemble des pays, les hommes sont surreprésentés dans le décile supérieur – et plus encore dans le centile supérieur – de la distribution des salaires horaires, où l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est bien plus important. En ce qui concerne les caractéristiques sur le marché du travail, les femmes et les hommes ne sont pas fondamentalement différents, que ce soit au sein des déciles ou sur l'ensemble de la répartition des salaires horaires. Cependant, dans certains pays, les hommes tendent à être plus âgés (et donc à avoir plus d'expérience) et à avoir un niveau d'instruction plus élevé que les femmes, là encore, en particulier au sommet de la distribution des salaires. La ségrégation fondée sur le genre semble répandue dans le secteur de la santé et des soins partout dans le monde. Nous constatons que l'âge, le niveau d'instruction et la ségrégation en fonction du genre dans les différentes catégories professionnelles sont quelques-uns des facteurs à l'origine de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins.

4.1 L'écart de rémunération entre les femmes et les hommes aux différents points de la répartition des salaires horaires dans le secteur de la santé et des soins

La figure 4.1 montre l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes à chaque quantile (Q1 à Q9) de la répartition des salaires horaires dans un

échantillon de pays qui, ensemble, couvrent les six régions géographiques et les différentes catégories de revenu²³. Le premier constat à signaler est le fait que **l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes varie aux différents points de la répartition des salaires horaires dans l'ensemble des pays, et tend à augmenter à mesure que l'on se déplace des quantiles inférieurs vers les quantiles supérieurs**. Cette observation vaut pour tous les pays

²² Dans le présent rapport, les estimations au niveau des quantiles, des déciles ou des centiles se rapportent toujours aux valeurs seuils par opposition aux valeurs moyennes. Nous utilisons le terme quantile (au lieu de décile) pour désigner chacun des seuils divisant les données en dix groupes de même taille. Cela évite la confusion avec le terme « décile », qui est plus souvent utilisé pour estimer la valeur moyenne entre deux des neuf seuils divisant une répartition en dix parties.

²³ Les chapitres 4 et 5 montrent les estimations et les décompositions pour un échantillon de 54 pays pour lesquels nous disposons de données d'enquête. Ces échantillons visent à illustrer les configurations et les différents aspects de l'écart salarial entre femmes et hommes, tout en donnant des exemples issus de toutes les régions géographiques et de toutes les catégories de revenu. Des estimations similaires pour les pays qui ne figurent pas dans les illustrations dans les chapitres 4 et 5 sont disponibles sur demande auprès des auteurs du rapport.

à revenu élevé à l'exception du Canada, où l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est plus important dans les quantiles intermédiaires par rapport aux quantiles situés aux extrémités de la répartition des salaires. Dans plusieurs de ces pays à revenu élevé, l'écart est négatif au quantile le plus bas, mais devient positif à partir du deuxième ou troisième quantile. En France, par exemple, les femmes se situant dans les deux quantiles inférieurs gagnent 10 % et 1 % de plus que les hommes se situant dans les mêmes quantiles. L'écart salarial devient positif à partir du troisième quantile, et atteint 35 % dans le quantile supérieur, ce qui signifie que les femmes se situant dans le quantile supérieur du secteur de la santé gagnent 35 % de moins par heure que les hommes se trouvant dans le même quantile en France. Dans d'autres pays à revenu élevé, notamment en Argentine, au Canada, en Italie et aux États-Unis, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est positif dans tous les quantiles, et certains pays affichent des différences de rémunération particulièrement importantes entre les femmes et les hommes du même quantile. En Italie, dans le quantile supérieur, par exemple, les hommes gagnent 70 % de plus que les femmes.

Dans les régions géographiques comprenant une plus grande proportion de pays à revenu faible ou intermédiaire, la forme de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes d'un quantile à l'autre illustre des variations plus importantes. Toutefois, dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire (à l'exception de l'Afrique du Sud, du Bangladesh et du Sri Lanka), nous observons que dans une grande mesure, les écarts salariaux augmentent également à mesure que l'on se déplace des quantiles inférieurs vers les quantiles supérieurs de la répartition des salaires. Cela contraste quelque peu avec les estimations de l'écart salarial portant sur tous les secteurs économiques, telles qu'illustrées dans le Rapport mondial sur les salaires 2018-2019 de l'OIT (OIT, 2018a). Cette analyse révélait que dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes était plus important aux niveaux inférieurs et diminuait à mesure que l'on se déplaçait vers le haut de la répartition des salaires. Au Pérou, par exemple, les écarts salariaux dans les quantiles inférieurs et supérieurs de la répartition des salaires pour tous les secteurs économiques étaient d'environ 24 % et 6 % respectivement. La figure 4.1 montre

que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins du Pérou est de 15 % au bas de la répartition des salaires et atteint 38 % dans le quantile supérieur.

Une raison à l'origine de cette différence entre les chiffres pourrait être la moindre proportion d'emplois informels dans le secteur de la santé et des soins par rapport à l'ensemble de l'économie. L'emploi informel est associé à une plus grande probabilité de non-respect du salaire minimum, alors que le respect de celui-ci peut s'avérer efficace pour réduire les inégalités de rémunération dans le décile inférieur, notamment l'inégalité salariale liée au genre (OIT, 2020b). Étant donné que l'emploi informel est plus répandu dans l'économie dans son ensemble que dans le secteur de la santé et des soins, en particulier dans des pays comme le Pérou, où l'emploi informel est significatif, il est probable que cette moindre proportion d'emploi informel dans le secteur de la santé et des soins contribue à réduire l'écart salarial femmes-hommes au bas de la répartition des salaires par rapport à l'écart au niveau de l'ensemble des salariés. Les données montrent que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la proportion de travailleurs ayant un emploi informel – et qui, par conséquent, sont susceptibles de toucher moins que le salaire minimum – est inférieure dans le secteur de la santé et des soins par rapport à la population totale. Ainsi, en Colombie, au Mexique et au Pérou, la proportion de salariés ayant un emploi informel dans l'ensemble de l'économie est estimée à 36 %, 45 % et 44 % respectivement. Dans le secteur de la santé et des soins de ces pays, cette proportion n'est que de 9 %, 20 % et 18 % respectivement²⁴.

Il n'en demeure pas moins que dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins aux échelons inférieurs de la répartition des salaires est relativement important par rapport aux autres quantiles, notamment en Égypte et au Sri Lanka, où il est de 22 % et 40 % respectivement dans le quantile inférieur. Dans certains pays, les irrégularités observées sont dues à la représentation relativement limitée des hommes dans le secteur de la santé et des soins et, de ce fait, dans l'ensemble des quantiles. Le secteur de la santé et des soins est hautement féminisé, les hommes représentant

²⁴ L'emploi informel, en particulier dans les économies où ce phénomène est important (notamment en Amérique latine, en Afrique ou en Asie du Sud-Est), tend à être plus élevé dans les petites entreprises, qui se caractérisent par de faibles investissements dans le capital humain et dont la survie est beaucoup plus tributaire de l'incidence des cycles économiques. Cela concerne notamment les secteurs du commerce, de l'agriculture et de la construction (OIT, 2018d ; OIT, 2020d ([wcms_759551.pdf](https://www.wcms_759551.pdf) (ilo.org))). Le secteur de la santé et des soins, en revanche, se caractérise par les moyennes et grandes entreprises, dont les activités sont moins tributaires du cycle économique et dont l'investissement dans le capital humain est relativement élevé par rapport aux autres secteurs. Cela peut contribuer à expliquer pourquoi l'incidence de l'emploi informel dans ce secteur est plus faible que dans les autres secteurs économiques, en particulier dans les pays où l'emploi informel est répandu de manière générale.

moins de 50 % des travailleurs dans la plupart des pays. Cela est visible dans la figure 4.2, qui montre la part des femmes et des hommes à différents points de la répartition des salaires (dans le même échantillon de pays que pour la figure 4.1). En reprenant l'exemple de l'Égypte et du Sri Lanka, nous observons que la proportion d'hommes au bas de la répartition des salaires est relativement réduite. Dans ces pays – et dans d'autres où la part d'hommes dans le secteur de la santé et des soins du même ordre –, les estimations plus élevées de l'écart salarial femmes-hommes observé aux échelons inférieurs peuvent être le résultat d'effets de petit échantillon.

Globalement, la figure 4.2 montre **un schéma clair qui se retrouve dans l'ensemble des pays, à savoir que la part des hommes travaillant dans le secteur de la santé et des soins est considérablement inférieure à celle des femmes**²⁵. C'est le cas dans tous les pays inclus dans la figure 4.2 sauf quatre. (Les quatre exceptions – le Bangladesh, la Jordanie, le Népal et le Pakistan – sont des pays à faible revenu où, en règle générale, la participation des femmes en âge de travailler dans l'ensemble de l'emploi rémunéré est inférieure à 20 %.) La figure 4.2 montre en outre qu'**en dépit de la faible participation des hommes au secteur de la santé et des soins, dans l'ensemble des pays sauf deux** (Australie et Philippines), **les hommes sont surreprésentés dans le décile supérieur et significativement surreprésentés dans le centile supérieur de la répartition des salaires horaires**²⁶. Par exemple, les hommes ne représentent que 30 % de l'ensemble des travailleurs du secteur de la santé en Italie, mais ils représentent 57 % des travailleurs situés dans le décile supérieur et 80 % de ceux du centile supérieur de la répartition des salaires. En Suisse, aux États-Unis et en République-Unie de Tanzanie, par exemple, les hommes représentent 28 %, 21 % et 40 % respectivement des personnels du secteur de la santé et des soins, toutefois ils représentent 40 %, 60 % et 50 % des travailleurs situés dans le décile supérieur. **Dans le monde, les hommes sont surreprésentés dans les déciles du secteur de la santé et des soins où l'écart salarial femmes-hommes est plus important**, comme illustré dans la figure 4.1. D'autres exemples de cette situation incluent la Colombie, le Mexique et le Pérou, où – à la différence des écarts salariaux dans les déciles supérieurs de la population globale (OIT, 2018a) – l'écart de rémunération entre

les femmes et les hommes augmente à mesure que l'on se déplace vers le haut de la répartition des salaires. Il est également intéressant de constater que, pour plusieurs de ces pays, la représentation des hommes est également supérieure à la moyenne dans les centiles inférieurs. Ainsi, en Belgique, au Mexique et au Pérou, la part des hommes dans le secteur de la santé et des soins est de 22 %, 30 % et 20 % respectivement, alors que, dans les trois pays, leur représentation dans les déciles inférieurs dépasse les 40 %.

Prises globalement, les données probantes des pays inclus dans la figure 4.2 suggèrent que la présence des **hommes dans le secteur de la santé et des soins se caractérise par une distribution en U, à savoir que dans presque tous les pays, on observe une surreprésentation des hommes aux extrémités de la répartition des salaires, et en particulier à l'extrémité supérieure**. Par ailleurs, comme illustré dans la figure 4.1, bien que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes soit presque toujours positif à tous les quantiles, il est sensiblement plus important au sommet.

Cela soulève la question de savoir si les femmes et les hommes du secteur de la santé et des soins diffèrent à des égards permettant d'expliquer plus avant les constatations des figures 4.1 et 4.2. Le chapitre 3 a déjà décrit des données factuelles indiquant que les hommes occupent les catégories professionnelles supérieures dans le secteur de la santé et des soins. Cependant, dans quelle mesure les facteurs tels que l'âge (ancienneté), le niveau d'instruction ou la ségrégation professionnelle expliquent-ils les écarts salariaux observés entre les femmes et les hommes aux différents points de la répartition des salaires ? Les hommes salariés du secteur de la santé et des soins des quantiles supérieurs de la répartition des salaires ont-ils un niveau d'instruction plus élevé que les femmes ? Les hommes qui se trouvent dans les quantiles supérieurs de la répartition des salaires du secteur sont-ils plus âgés que leurs homologues féminins et, de ce fait, plus susceptibles d'avoir accumulé une plus longue expérience sur le marché du travail ? Le chapitre 4.2 se penche sur ces questions en comparant les caractéristiques des femmes et des hommes à chaque décile de la répartition des salaires horaires en vue d'identifier les différences possibles susceptibles d'expliquer les écarts de rémunération qui se dégagent de la figure 4.1.

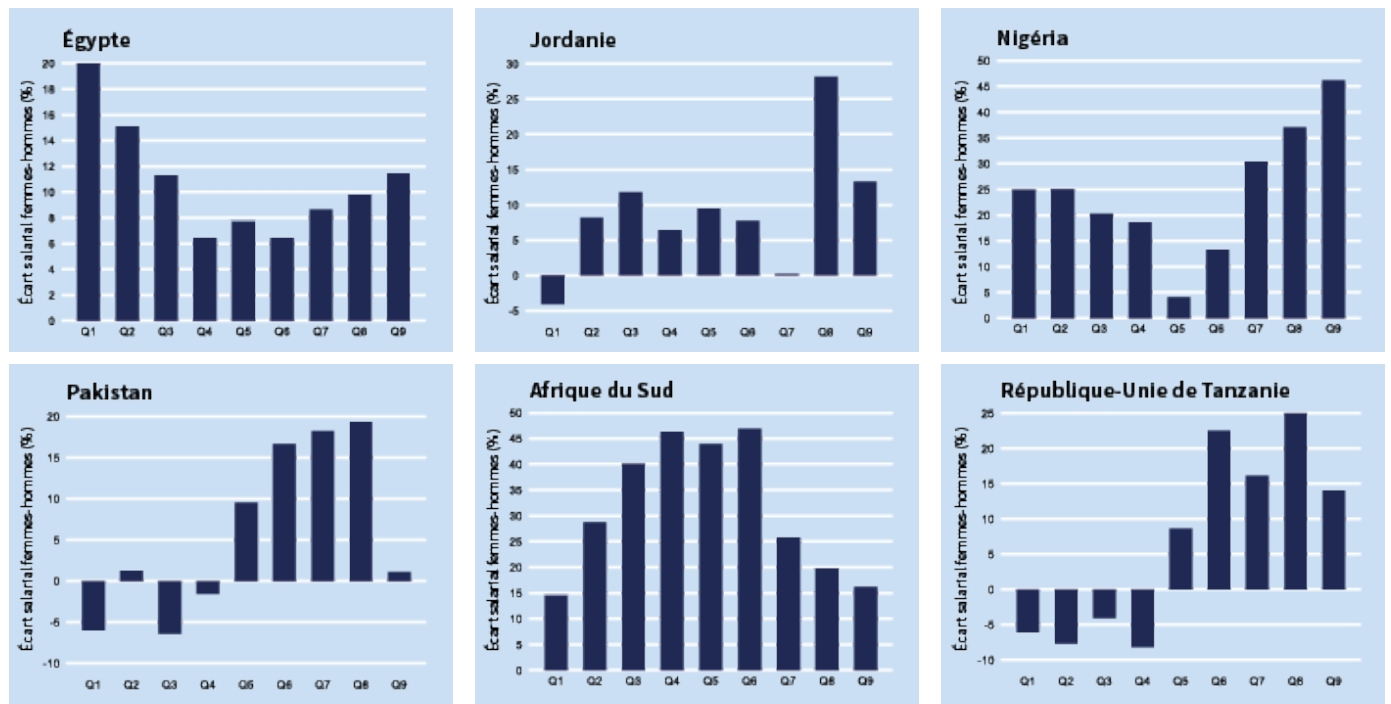
²⁵ Tandis que les estimations de la figure 4.1 montraient les écarts salariaux à chaque quantile q de la répartition des salaires (c.-à-d. au seuil divisant les données en dix groupes de même taille), les figures 4.2 à 4.7 montrent les estimations au sein des déciles d . Autrement dit, elles présentent les parts (en termes de sexe, de tranches d'âge, de catégories professionnelles, etc.) entre deux des neuf seuils qui divisent la répartition des salaires en dix segments. En particulier, la figure 4.2 montre les centiles situés aux extrémités inférieure et supérieure de la répartition des salaires pour souligner la répartition des sexes parmi les salariés des centiles inférieur et supérieur.

²⁶ Cette constatation est conforme aux données d'une publication antérieure – *Delivered by women, led by men* (OMS, 2019) – qui révélaient qu'alors que les femmes représentent 70 % des personnels de santé, 25 % seulement d'entre elles occupent des postes de haute responsabilité.

FIGURE 4.1

Écart salarial entre femmes et hommes aux différents points de la répartition des salaires horaires dans le secteur de la santé et des soins d'un échantillon de pays, dernières années de données disponibles

Afrique et Méditerranée orientale



Amériques

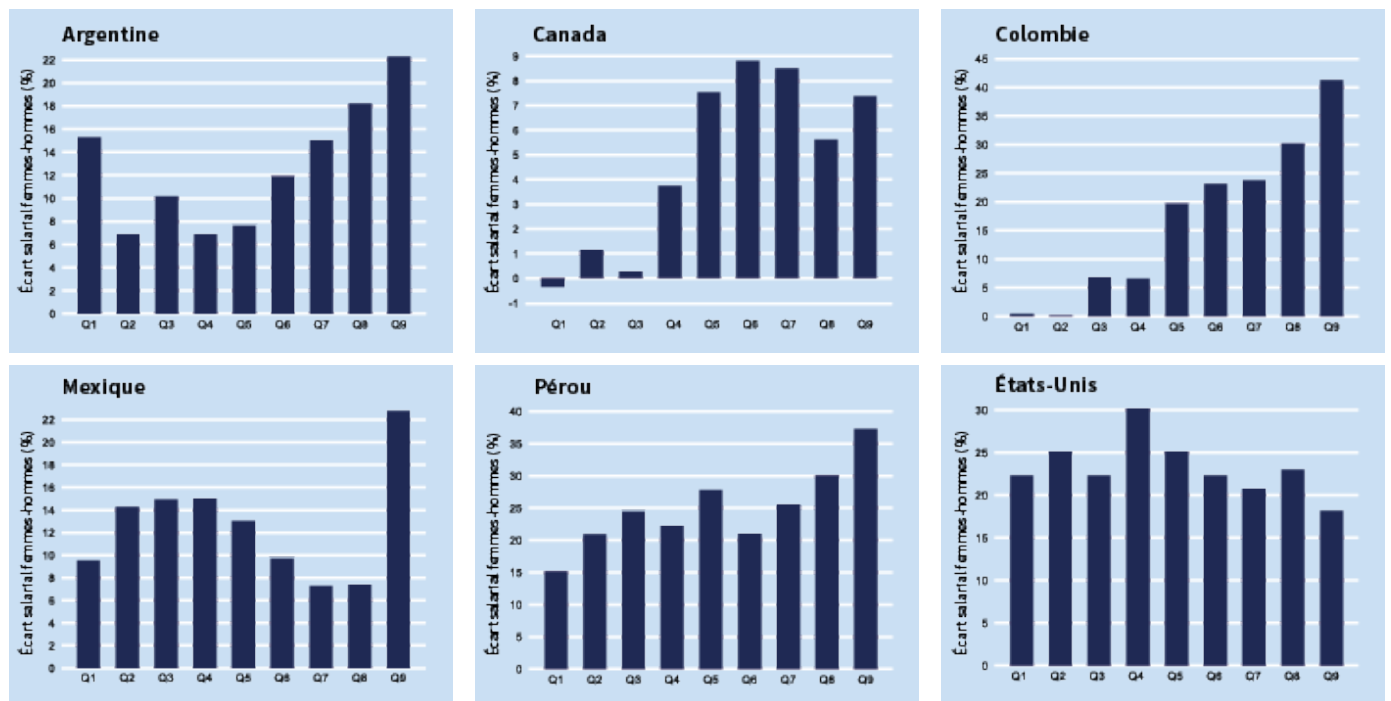
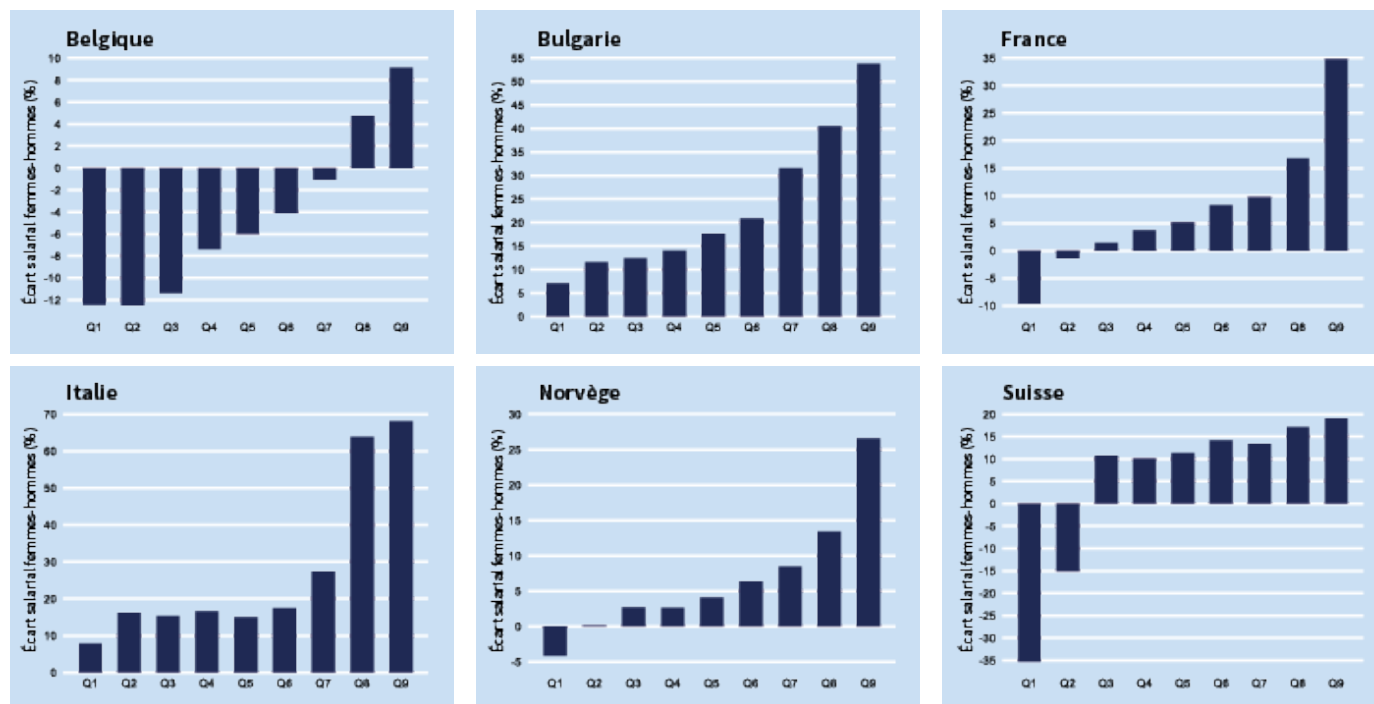
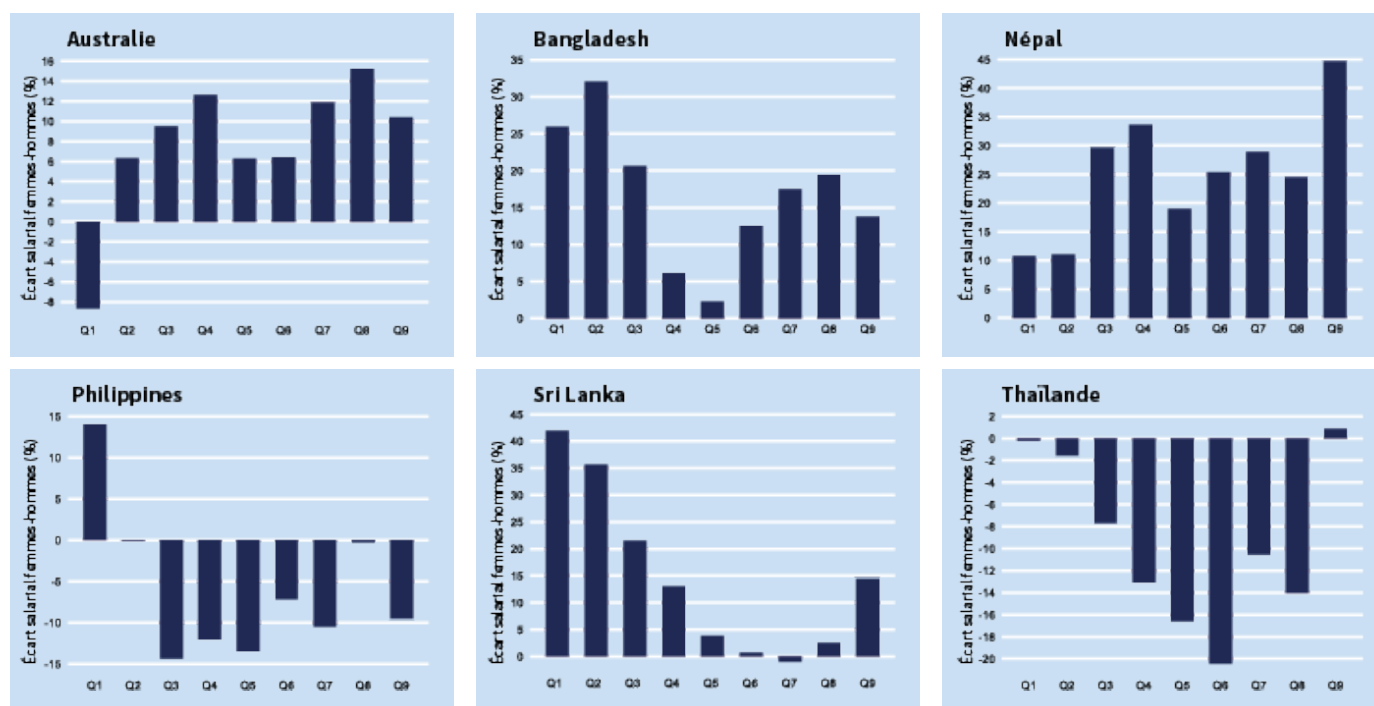


FIGURE 4.1 CONT.

Europe



Asie du Sud-Est et Pacifique occidental

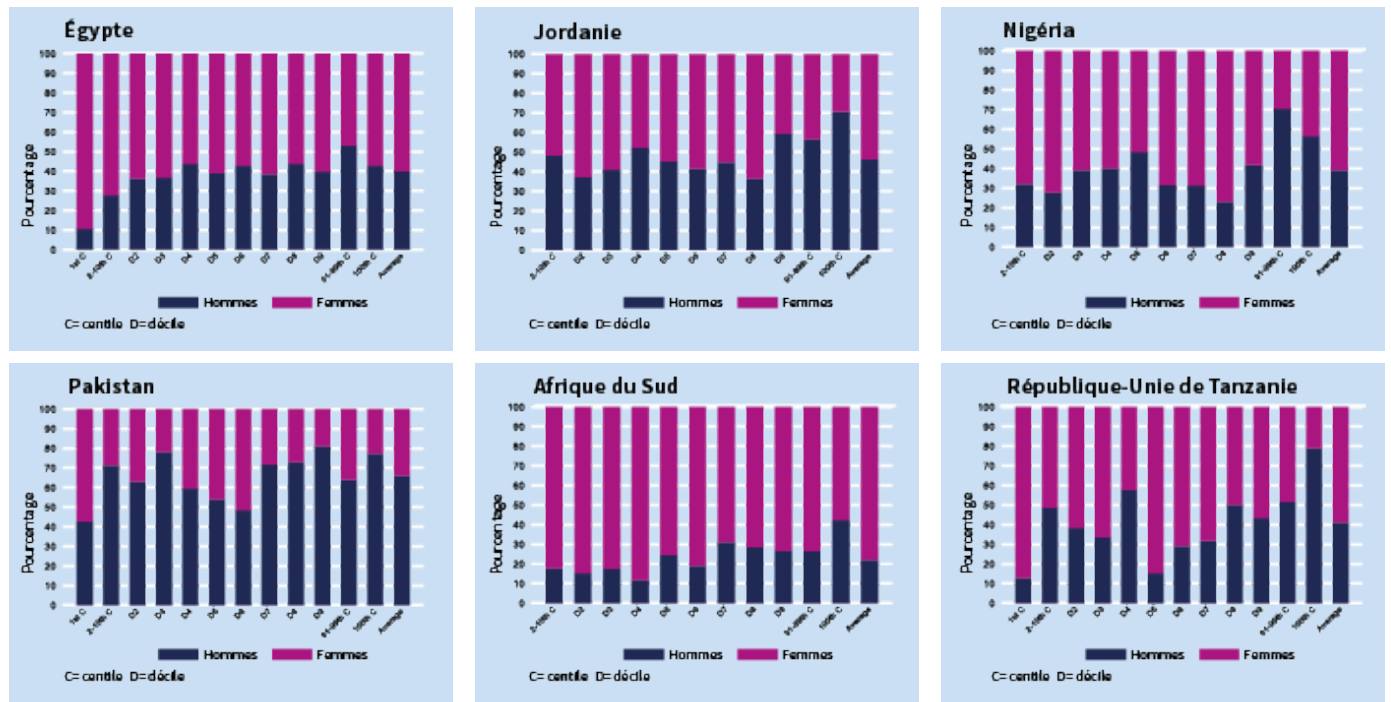


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

FIGURE 4.2

Part des femmes et des hommes par centiles supérieur et inférieur, déciles intermédiaires et moyenne de la répartition des salaires horaires dans le secteur de la santé et des soins d'un échantillon pays, dernières années de données disponibles

Afrique et Méditerranée orientale



Amériques

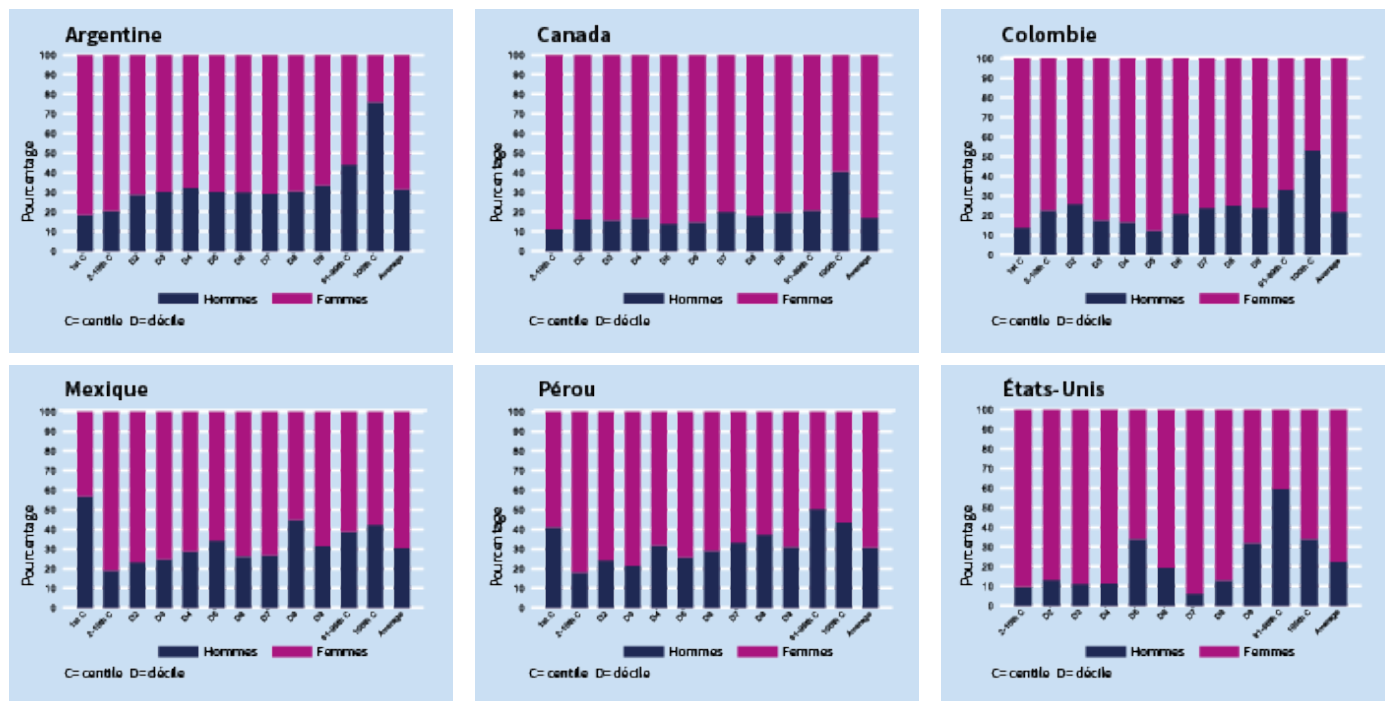
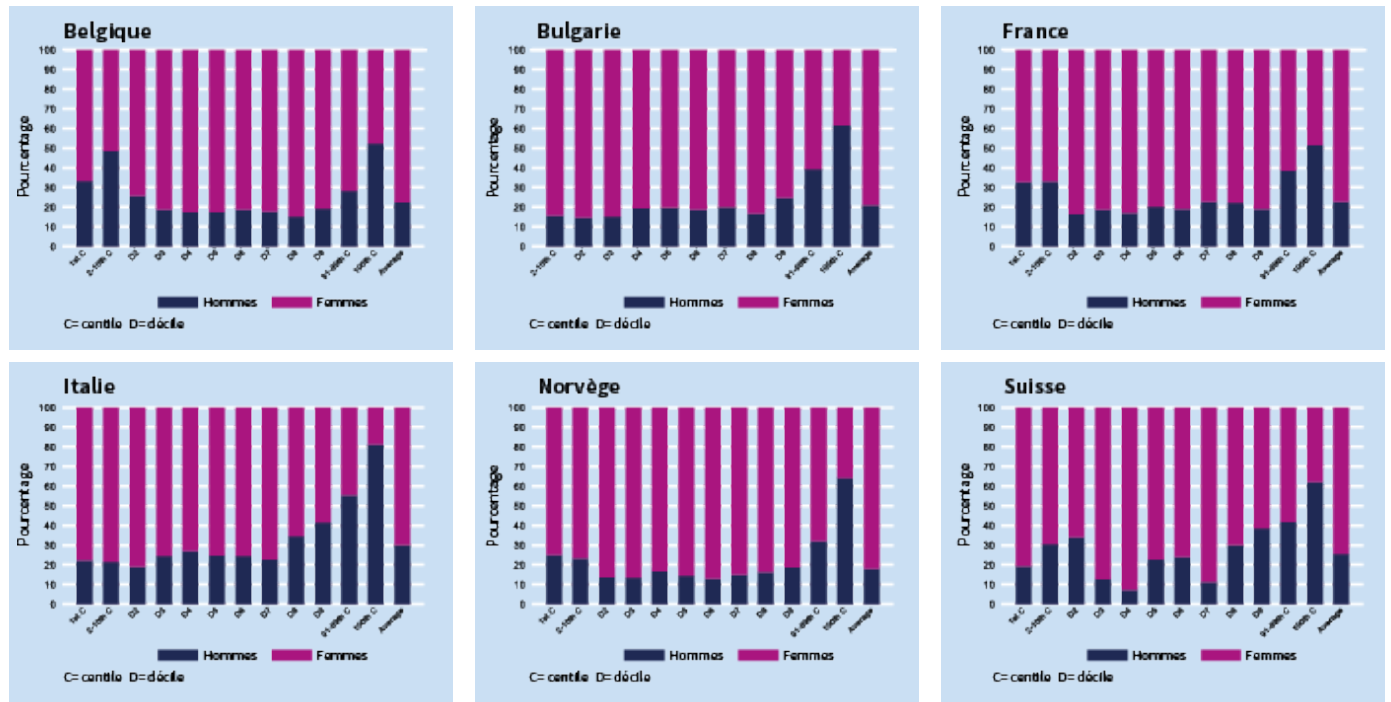
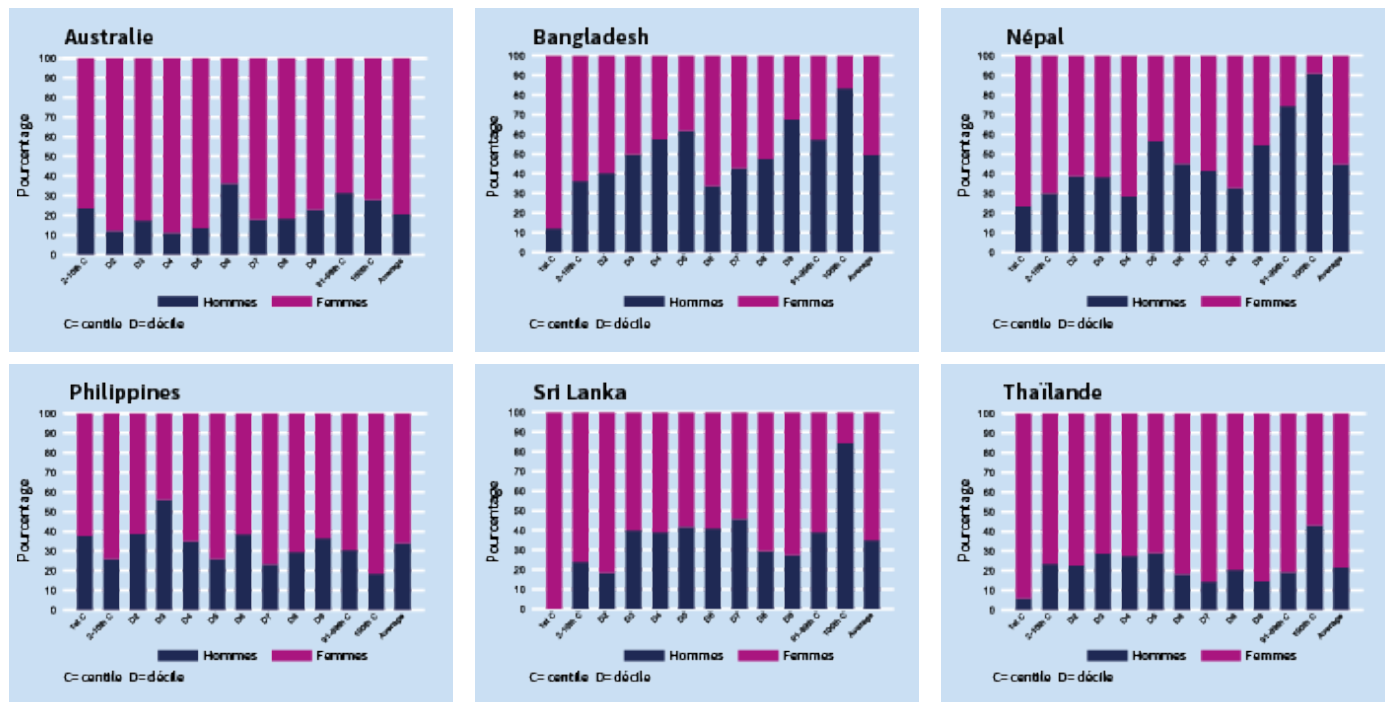


FIGURE 4.2 CONT.

Europe



Asie du Sud-Est et Pacifique occidental



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

4.2 Caractéristiques des hommes et des femmes sur le marché du travail dans le secteur de la santé et des soins aux différents points de la répartition des salaires horaires

Depuis que Jacob Mincer a décrit pour la première fois le modèle du capital humain dans les années 1970 (Mincer, 1974), la littérature empirique soutient que l'expérience (généralement mesurée en fonction de l'âge) et le niveau d'instruction (formelle) sont peut-être les deux facteurs les plus importants dans le processus de détermination des salaires. Parmi les autres facteurs pouvant également jouer un rôle important dans la détermination de la rémunération des salariés figurent les modalités de temps de travail, les conditions contractuelles, le caractère formel ou informel de l'emploi, le secteur institutionnel et l'effet des relations professionnelles, celles-ci comprenant souvent des conventions salariales collectives au niveau national, régional ou de l'entreprise (Vaughan-Whitehead, 2010). Dans ce chapitre, nous examinons les caractéristiques professionnelles des hommes et des femmes dans le secteur de la santé et des soins à chaque décile de la répartition des salaires horaires à la recherche de différences susceptibles d'éclaircir certains des constats présentés dans le chapitre 4.1. Les attributs et caractéristiques examinés sont ceux qui sont disponibles dans les données et qui correspondent au modèle du capital humain (âge et niveau d'instruction), ainsi que d'autres attributs et caractéristiques, tels que des facteurs pouvant être liés à la valeur ajoutée par travailleur dans la production (distribution professionnelle) ou les facteurs pouvant être différents chez les femmes et chez les hommes (par exemple l'emploi à temps partiel ou à plein temps, ou dans le secteur public ou privé). Ces facteurs, certes essentiels et importants dans le processus de détermination des salaires, ne sont pas nécessairement tous les facteurs pertinents. Ces cinq caractéristiques (âge, niveau d'instruction, distribution professionnelle, type d'emploi et secteur institutionnel) sont néanmoins disponibles pour les 54 pays de l'ensemble de données.

Les figures 4.3 à 4.7 établissent une comparaison entre les femmes et les hommes à chaque décile de la répartition des salaires horaires en ce qui concerne

l'âge (figure 4.3), le niveau d'instruction (figure 4.4), la profession (figure 4.5), l'emploi à temps partiel ou à plein temps (figure 4.6) et le secteur public ou privé (figure 4.7). Tout comme les figures précédentes, celles-ci concernent un échantillon de pays²⁷. Il s'avèrerait difficile de tirer une conclusion globale unique de la répartition présentée par chaque graphique de ces cinq figures, mais un examen rapide révèle qu'**à quelques rares exceptions près, les femmes ne sont pas fondamentalement différentes des hommes au sein des déciles et aux différents points de la répartition des salaires.** Pour clarifier ce constat, nous examinons quelques caractéristiques importantes des graphiques de ces cinq figures, qui contribuent à expliquer l'existence des écarts de rémunération, comme observé dans la figure 4.1, ou portent à conclure que l'écart salarial femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins dans le monde demeure dans une large mesure inexplicable.

La figure 4.3 montre qu'au sein de chaque pays, la répartition des tranches d'âge au sein des déciles est semblable pour les femmes et les hommes. Par exemple, en Égypte, aussi bien pour les femmes que pour les hommes, la tranche d'âge 20-29 ans domine les déciles inférieurs, augmente dans les déciles intermédiaires et commence à reculer dans les déciles supérieurs. Les autres tranches d'âge ont une représentation constante, bien que dans les déciles supérieurs, la part des travailleurs âgés augmente. La figure 4.3 montre également que dans quatre pays seulement (Mexique, Népal, Pakistan, Suisse) les hommes sont plus jeunes que les femmes dans le premier ou le deuxième décile, tandis que dans plusieurs pays (Argentine, Bangladesh, Belgique, Égypte, France, Italie, Jordanie), les hommes sont plus âgés au sommet de la répartition des salaires, et en particulier dans le décile supérieur. Par conséquent, **dans certains de ces pays, l'ancienneté des hommes vis-à-vis des femmes est peut-être un des facteurs à l'origine des écarts de rémunération. Globalement, toutefois, les femmes et les hommes aux différents points de la répartition des salaires horaires ne semblent pas différer beaucoup en termes d'âge dans les pays illustrés.**

La figure 4.4 montre la répartition des femmes et des hommes en termes de niveau d'instruction²⁸. Là

²⁷ Dans le chapitre 4.2, nous parlons de « décile » plutôt que de « quantile », car toutes les estimations présentées ici sont des valeurs moyennes au sein du décile, par opposition à des valeurs seuils. Toutes les figures du chapitre 4.2 (4.3 à 4.7) ont été élaborées en séparant dans un premier temps les femmes et les hommes, puis en classant séparément chacun des deux groupes en fonction du salaire horaire. Les estimations permettent d'établir une comparaison entre les attributs des femmes et des hommes du même décile. La même procédure a été suivie pour la figure 4.1. La figure 4.2, en revanche, repose sur le classement des salaires horaires des femmes et des hommes ensemble, suivi de l'estimation de la part des femmes et des hommes aux centiles inférieur et supérieur et à chaque décile de la répartition des salaires horaires.

²⁸ Les salariés sont groupés en quatre catégories de niveau d'instruction : « primaire » inclut l'enseignement primaire et, dans certains pays, l'enseignement secondaire inférieur ; « élémentaire » va jusqu'au secondaire, mais sans obtention d'un diplôme d'enseignement secondaire ; « secondaire » inclut l'obtention d'un diplôme d'enseignement secondaire et/ou une formation professionnelle, y compris, dans certains pays, un certain niveau d'enseignement supérieur, mais sans obtention d'un diplôme de bachelier ou d'une licence ; et enfin « avancé », qui inclut l'obtention d'un diplôme universitaire et au-delà. Les données relatives à la plupart des pays présentent les informations groupées selon ces quatre catégories suivant les codes CITE-97 ou CITE-11 de la Classification internationale type de l'éducation.

encore, tout comme pour l'âge, au sein de chaque pays, le schéma des parts par niveau d'instruction au sein des déciles est semblable pour les femmes et les hommes. Dans le cas de la Suisse, par exemple, nous observons qu'aussi bien en ce qui concerne les femmes que les hommes, les personnes ayant un faible niveau d'instruction (primaire et élémentaire) sont concentrées dans le premier décile, tandis que la plus grande partie de la population a terminé l'enseignement secondaire ou suivi des études supérieures. Les personnes ayant suivi des études supérieures sont réparties de telle manière que l'on en trouve très peu dans le premier décile et qu'elles deviennent la catégorie prédominante au sommet de la répartition. Cependant, **dans le cas du niveau d'instruction, on observe que dans la majorité des pays (Belgique, Canada, Colombie, États-Unis, Norvège, République-Unie de Tanzanie, etc.), dans les déciles supérieurs, les hommes sont plus susceptibles de posséder un diplôme universitaire que les femmes.** Dans quatre pays (Nigéria, Pérou, Philippines et Thaïlande), c'est le contraire qui vaut.

La figure 4.5 montre la répartition des professions par décile et par sexe. Parmi les cinq facteurs examinés, celui-ci semble être celui qui présente le moins de points communs entre les femmes et les hommes. **Il ressort de la figure que la ségrégation professionnelle fondée sur le genre est courante dans le secteur de la santé et des soins dans l'ensemble des pays.** À l'exception de quatre pays seulement (Australie, Bangladesh, Canada et Sri Lanka), les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être représentées dans les professions techniques, en particulier celles qui sont en lien direct avec la santé (comme les infirmières, les sages-femmes, les techniciennes de laboratoire, etc.) et dans l'ensemble des déciles. **Les hommes, en revanche, sont plus susceptibles que les femmes d'occuper des postes classés parmi les « professions libérales », soit en lien avec la santé (médecins ou infirmiers spécialisés, par exemple) soit sans lien avec la santé (directeurs d'hôpital, professions commerciales ou juridiques, etc.), où les emplois correspondant aux professions libérales se situent principalement au sommet de la répartition des salaires.** Les hommes sont également plus susceptibles que les femmes d'occuper des emplois non liés à la santé considérés comme semi-qualifiés ou peu qualifiés et se situant au bas de la répartition des salaires (par exemple, chauffeurs, employés chargés des déchets ou cuisiniers). Les femmes, par contre, sont plus susceptibles d'occuper des postes liés à la santé considérés comme semi-qualifiés ou peu qualifiés (par exemple, auxiliaires de santé, employées de nettoyage, etc.). Si la figure 4.5 montre des preuves claires de ségrégation professionnelle entre les

genres dans le secteur de la santé et des soins, elle révèle également que dans certains pays, au sein des déciles, l'allocation des professions varie entre les femmes et les hommes. Par exemple, en ce qui concerne la Thaïlande, la figure 4.5 montre que les femmes de la catégorie des professions libérales sont présentes tout au bas de la répartition (dans une certaine mesure dans les déciles D1 et D2 et de manière significative dans les déciles D3, D4 et D5), alors que les hommes de la même catégorie professionnelle semblent être présents uniquement dans les déciles supérieurs, de D6 à D10. Par conséquent, les femmes de la catégorie des professions libérales liées à la santé sont moins rémunérées que les hommes de la même catégorie professionnelle. Si l'on examine à nouveau la figure 4.1, on constate un écart salarial négatif dans l'ensemble des déciles de la Thaïlande, hormis dans le décile supérieur. Cela peut désormais être expliqué par la dynamique qui se dégage de la figure 4.5 : à chaque décile de la répartition des salaires du secteur de la santé et des soins, les Thaïlandaises occupent des catégories professionnelles plus élevées que les hommes du même décile, et touchent donc des salaires plus élevés, car elles possèdent un meilleur capital humain que les hommes de ces déciles. Si les femmes se situant dans les déciles inférieurs recevaient la même rémunération que les hommes aux caractéristiques similaires, elles apparaîtraient dans les déciles supérieurs et ce glissement éliminerait les valeurs négatives des écarts salariaux femmes-hommes en Thaïlande.

Des observations similaires s'appliquent à d'autres pays affichant des écarts salariaux négatifs dans la figure 4.1 (Belgique, France, Jordanie, Norvège, Pakistan, Philippines, République-Unie de Tanzanie et Suisse, notamment). Dans certains de ces pays, les hommes se situant au bas de la répartition sont « non qualifiés », mais se partagent les déciles avec des femmes appartenant à des catégories professionnelles plus élevées, mais qui se situent au bas de la répartition des salaires. Les hommes ayant des qualifications similaires à celles des femmes se trouvent plus haut dans la répartition des salaires. Cet exemple montre que l'interprétation des écarts salariaux femmes-hommes aux différents quantiles (comme dans la figure 4.1) peut être trompeuse, car les femmes et les hommes au sein des quantiles n'ont pas nécessairement des caractéristiques similaires. L'identification des écarts salariaux femmes-hommes au sein des quantiles n'est qu'une étape du processus. Nous devons examiner plus avant les comparaisons parmi les contrefactuels (entre égaux) à chaque quantile (voir le chapitre 5).

La figure 4.6 illustre la répartition de l'emploi à temps partiel au regard de l'emploi à temps plein,

par décile et par sexe. Globalement, il semble que l'emploi à temps partiel ne soit pas une caractéristique importante dans le secteur de la santé. La plupart des pays ont une proportion relativement faible de travailleurs à temps partiel sur l'ensemble des déciles, à la fois en ce qui concerne les femmes et les hommes. Lorsqu'il y a travail à temps partiel, il est plus susceptible d'avoir lieu dans les pays à revenu élevé (par exemple en Australie, en Belgique, au Canada, aux États-Unis, en France et en Suisse). Lorsque c'est le cas, cependant, les femmes, en particulier celles qui se situent au bas de la répartition des salaires, sont plus susceptibles de travailler à temps partiel que les hommes.

Enfin, la figure 4.7 montre la répartition de l'emploi entre le secteur public et le secteur privé, par décile et par sexe. Tout comme pour les facteurs de l'âge, du niveau d'instruction et de la modalité de temps de travail, le schéma est semblable pour les femmes et les hommes au sein de chaque pays. Fait intéressant, les graphiques suggèrent que pour presque la totalité des 54 pays, on observe une incidence beaucoup plus élevée d'emploi dans le secteur privé au bas de la répartition des salaires, tandis que le secteur public devient plus visible dans les déciles supérieurs. Cela vaut aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Une explication possible est que le secteur public investit davantage dans les emplois techniques et relevant des professions libérales que le secteur privé. Cependant, une autre raison pourrait être que les secteurs de la santé public et privé externalisent tous deux une part significative des emplois peu qualifiés (peu rémunérés) au secteur privé. Si c'est le cas, de nombreux travailleurs peu rémunérés qui figurent dans le registre de paye d'une entreprise du secteur privé – et apparaissent donc comme des travailleurs du secteur privé dans nos données – peuvent en réalité travailler dans un hôpital ou un établissement de santé public. La probabilité d'externalisation d'emplois aux niveaux supérieurs de la répartition des salaires est quant à elle beaucoup plus réduite, à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. En fait, certaines données empiriques portent à croire que l'externalisation est une pratique plus courante dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs économiques (voir, par exemple, Machado Guimarães et Crespo de Carvalho, 2011).

Cela est en soi un facteur important dans la détermination des salaires, en ce sens que les pratiques d'externalisation ont augmenté ces dernières années dans le secteur public, en particulier pour les travailleurs peu qualifiés comme

les personnels de nettoyage ou les auxiliaires d'infirmier, et les données empiriques indiquent que les salariés occupant un emploi externalisé touchent moins que les travailleurs analogues qui ne travaillent pas pour une entreprise externalisatrice. Cela tient en partie au fait que les salariés externalisés ont moins de pouvoir de négociation de leur salaire et de leurs autres conditions de travail. Ils n'ont pas nécessairement une voix au sein de l'entreprise dans laquelle ils travaillent au quotidien. En outre, les travailleurs employés par des entreprises externalisatrices sont moins susceptibles d'avoir accès aux informations qui leur permettraient de négocier leurs conditions de travail (le caractère asymétrique de l'information entre les employeurs et les travailleurs mène à des résultats caractéristiques des monopsones)²⁹. Globalement, la figure 4.7 suggère que la prévalence des femmes et des hommes est similaire au sein des déciles. Cela suggère que le secteur institutionnel n'est pas, en soi, une variable explicative solide des écarts salariaux femmes-hommes illustrés dans la figure 4.1 et à chaque décile de la répartition des salaires horaires.

Globalement, les bases factuelles qui ressortent des figures 4.3 à 4.7 portent à croire que les femmes et les hommes ne diffèrent pas systématiquement en fonction des facteurs clés du processus de détermination des salaires, sauf aux extrémités de la répartition des salaires. Les hommes semblent effectivement être plus âgés et plus susceptibles d'avoir atteint le niveau de l'enseignement supérieur tertiaire que les femmes au sommet de la répartition des salaires. Dans quelques pays, les jeunes hommes n'ayant pas terminé l'enseignement primaire sont plus susceptibles d'apparaître dans les déciles inférieurs. Les femmes sont plus susceptibles d'occuper des postes classés comme des professions techniques, semi-qualifiées ou peu qualifiées liées à la santé, tandis que les hommes sont plus susceptibles d'exercer des professions libérales ou d'occuper des postes semi-qualifiés ou peu qualifiés non directement liés à la santé. Cependant, un examen pays par pays révèle que ces facteurs n'expliquent que pour très peu de pays les écarts salariaux observés dans la figure 4.1.

Une des exceptions est peut-être l'Italie, où les écarts de rémunération dans les quantiles supérieurs (Q8 et Q9) sont de 60 % et 70 % respectivement. Autrement dit, les femmes gagnent 60 % et 70 % de moins que les hommes aux niveaux supérieurs. Si l'on réexamine le cas de l'Italie dans les figures 4.3 à 4.7, on constate qu'à ces niveaux supérieurs, les hommes sont plus

²⁹ Nous remercions Janine Berg pour ces informations sur le lien possible entre les pratiques d'externalisation et l'incidence de l'emploi dans le secteur privé au bas de la répartition des salaires. Voir Berg (2015) pour de plus amples détails sur les institutions et les inégalités du marché du travail.

âgés que les femmes (c.-à-d. plus susceptibles d'avoir passé plus de temps sur le marché du travail), plus susceptibles que les femmes de posséder un titre universitaire et plus susceptibles d'exercer une profession libérale (tandis que les femmes sont plus susceptibles d'exercer des professions techniques dans ces mêmes catégories supérieures). La combinaison de tous ces facteurs pourrait expliquer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes observé au sommet de la répartition des salaires. Cependant, la figure 4.1 montre par ailleurs que l'écart salarial au bas de la répartition est également substantiel en Italie, à savoir 8 % et 17 % dans le Q1 et le Q2 respectivement. Toutefois, au bas de l'échelle salariale, il n'y a pas de différence d'âge entre les femmes et les hommes, les femmes sont plus susceptibles d'occuper des postes techniques liés à la santé, tandis que les hommes sont plus susceptibles d'occuper des postes semi-qualifiés ou peu qualifiés non directement liés à la santé. En effet, au bas de la répartition des salaires, les femmes du secteur de la santé italien sont plus susceptibles d'être employées à temps partiel, 60 % et 54 % d'entre elles respectivement travaillant à temps partiel dans le premier et le deuxième déciles, contre 40 % et 20 % respectivement des hommes travaillant à temps partiel. En Italie, les femmes des premier et deuxième déciles sont également plus susceptibles de travailler dans le secteur privé que les hommes de ces déciles, qui sont plus susceptibles de relever du secteur public. Ces autres facteurs – modalités contractuelles et secteur institutionnel – pourraient être à l'origine de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au bas de la répartition des salaires dans le secteur italien de la santé et des soins.

Le cas de l'Italie sert d'exemple d'écarts salariaux pouvant en partie être expliqués par les différences entre les femmes et les hommes au niveau des facteurs au sein des déciles³⁰. Toutefois, si l'on examine les autres pays de la même manière, on constate que seule la République-Unie de Tanzanie affiche des écarts salariaux dans toute la répartition des salaires pouvant en partie être expliqués par des différences au niveau des facteurs entre les femmes et les hommes sur l'ensemble des déciles. Pour les 23 autres pays inclus dans les figures 4.1 à 4.7, ainsi que pour la grande majorité des 30 autres

pays pour lesquels nous disposons de données, les facteurs du marché du travail qui sont fondamentaux dans le processus de détermination des salaires, s'ils diffèrent quelque peu entre les femmes et les hommes sur l'ensemble de la répartition des salaires, ne sont certes pas suffisamment différents pour expliquer l'écart salarial femmes-hommes à chacun des quantiles de la répartition des salaires. En même temps, l'exemple de la Thaïlande met en évidence le fait que les différences entre les caractéristiques des femmes et des hommes au sein des quantiles peuvent rendre la comparaison entre les gains des femmes et des hommes discutable. Après tout, si les femmes médecins touchent le salaire médian en Thaïlande, elles peuvent être mieux rémunérées que les hommes se situant au centre de la répartition des salaires qui sont semi-qualifiés ou peu qualifiés. Le résultat est un écart salarial négatif entre femmes et hommes à la médiane. Cependant, cela masque le fait qu'en Thaïlande, les femmes médecins touchent moins que les hommes médecins, qui se situent au sommet de la répartition des salaires. En outre, d'autres facteurs peuvent également intervenir – peut-être les hommes médecins thaïlandais ont-ils un plus grand nombre d'années d'expérience que les femmes médecins, ce qui pourrait expliquer pourquoi celles-ci touchent le salaire moyen.

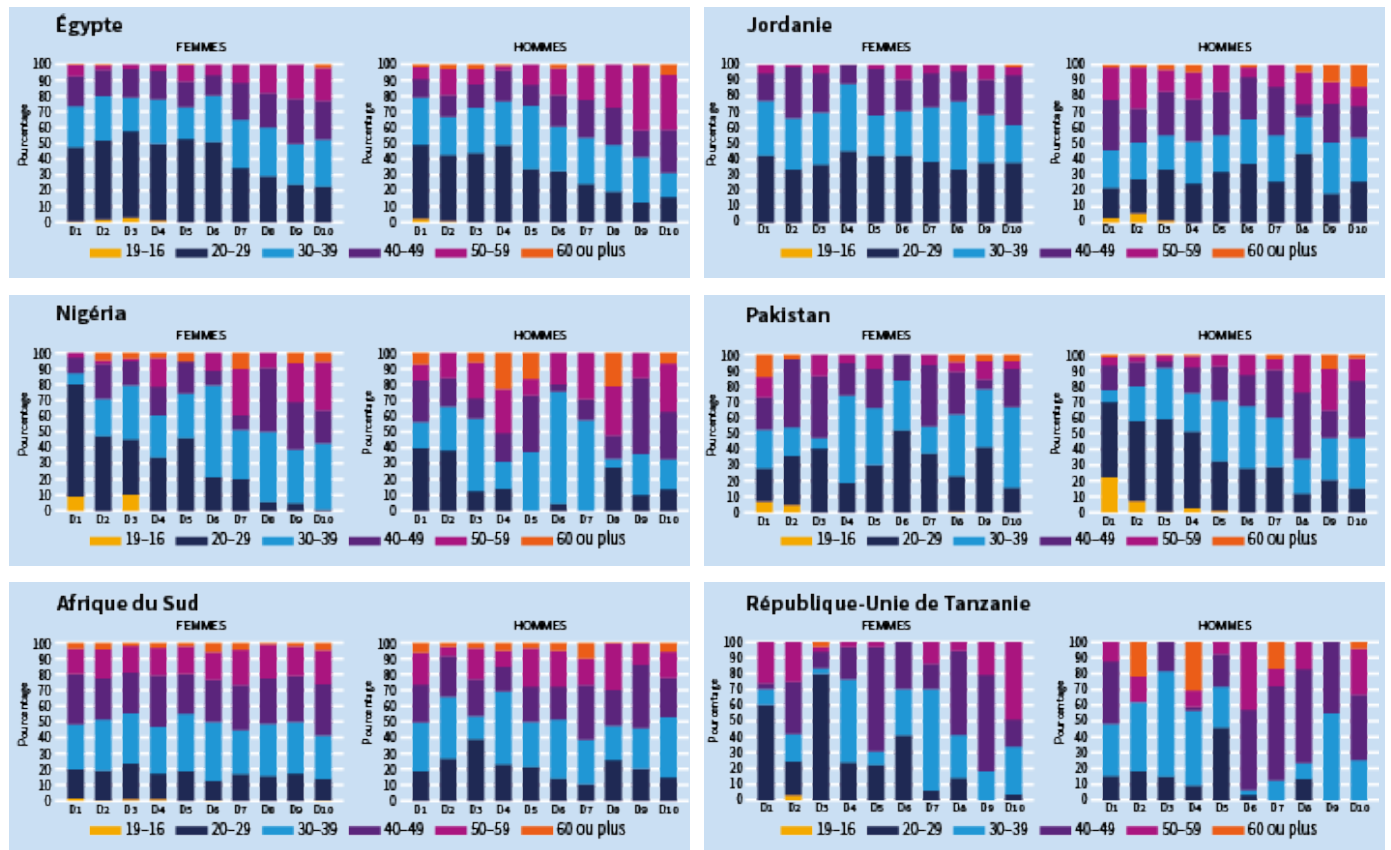
Ces exemples mettent en évidence un possible inconvénient des analyses ci-devant qui examinent les différents facteurs séparément. Si l'on faisait interagir ces facteurs dans une analyse empirique, deviendraient-ils bien plus déterminants au regard de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au sein des déciles ? Par exemple, se pourrait-il que les femmes travaillant à temps partiel soient plus jeunes que les hommes travaillant à temps partiel ? Dans ce cas, l'interaction entre le temps de travail et l'âge devient un autre facteur susceptible d'expliquer l'écart salarial femmes-hommes d'un décile à l'autre. Le chapitre 5 du présent rapport montre comment l'application de techniques économétriques permet d'envisager une telle interaction. Cela offre une manière plus précise de comparer les femmes et les hommes, ce qui à son tour facilite l'estimation des parts expliquée et inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes à chaque quantile de la répartition des salaires horaires.

³⁰ Il est important de souligner que les facteurs peuvent expliquer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, mais ne le justifient pas nécessairement. Par exemple, les femmes peuvent être plus enclines à travailler à temps partiel, travail qui peut être assorti d'une rémunération horaire moindre que le travail à temps plein, pas forcément parce qu'elles préfèrent travailler à temps partiel, mais parce qu'elles sont plus susceptibles de rechercher des modalités de travail compatibles avec leur tâches non rémunérées au foyer. De même, le fait que les hommes des déciles supérieurs sont plus âgés que les femmes, ainsi que le fait que les hommes sont plus susceptibles d'exercer des professions libérales – tandis que les femmes sont plus susceptibles d'occuper des postes techniques – pourrait simplement refléter la différence générationnelle : le secteur de la santé et des soins est plutôt professionnel, les hommes y sont surreprésentés dans les générations plus âgées, en particulier dans les professions médicales. Cela est en partie dû aux clichés historiques selon lesquels les femmes et les hommes suivent des parcours éducatifs particuliers, ce qui mène à la ségrégation professionnelle observée. C'est pourquoi, bien que certains facteurs puissent expliquer objectivement la différence entre les femmes et les hommes sur le marché du travail – ainsi que l'écart salarial femmes-hommes existant – il existe d'autres facteurs préalables pour atteindre le statut réel et qui impliquent un degré de discrimination, même si celui-ci peut être expliqué.

FIGURE 4.3

Distribution de l'âge des femmes et des hommes dans les différents déciles de la répartition des salaires horaires d'un échantillon de pays, dernières années pour lesquelles des données sont disponibles

Afrique et Méditerranée orientale



Amériques

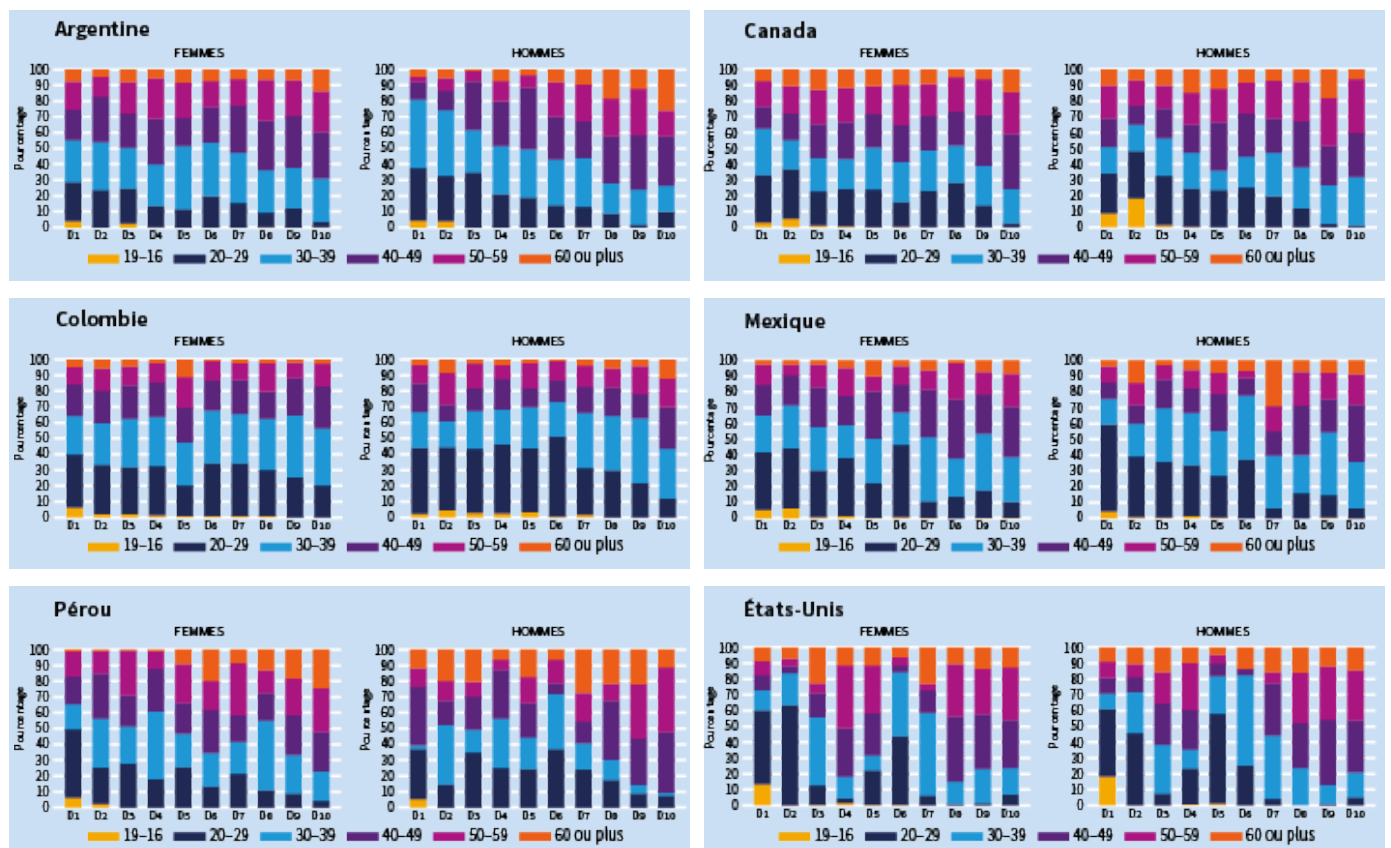
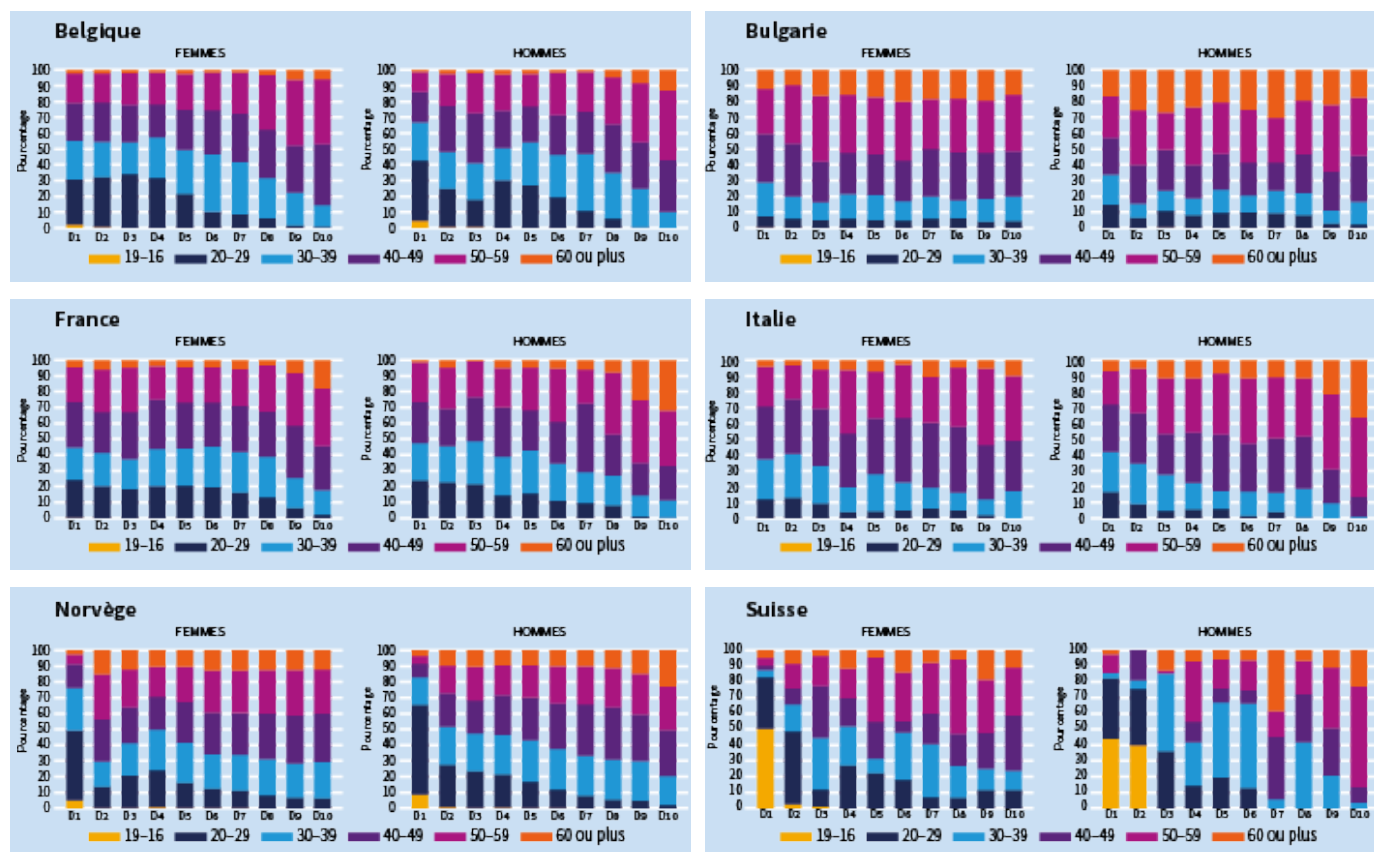
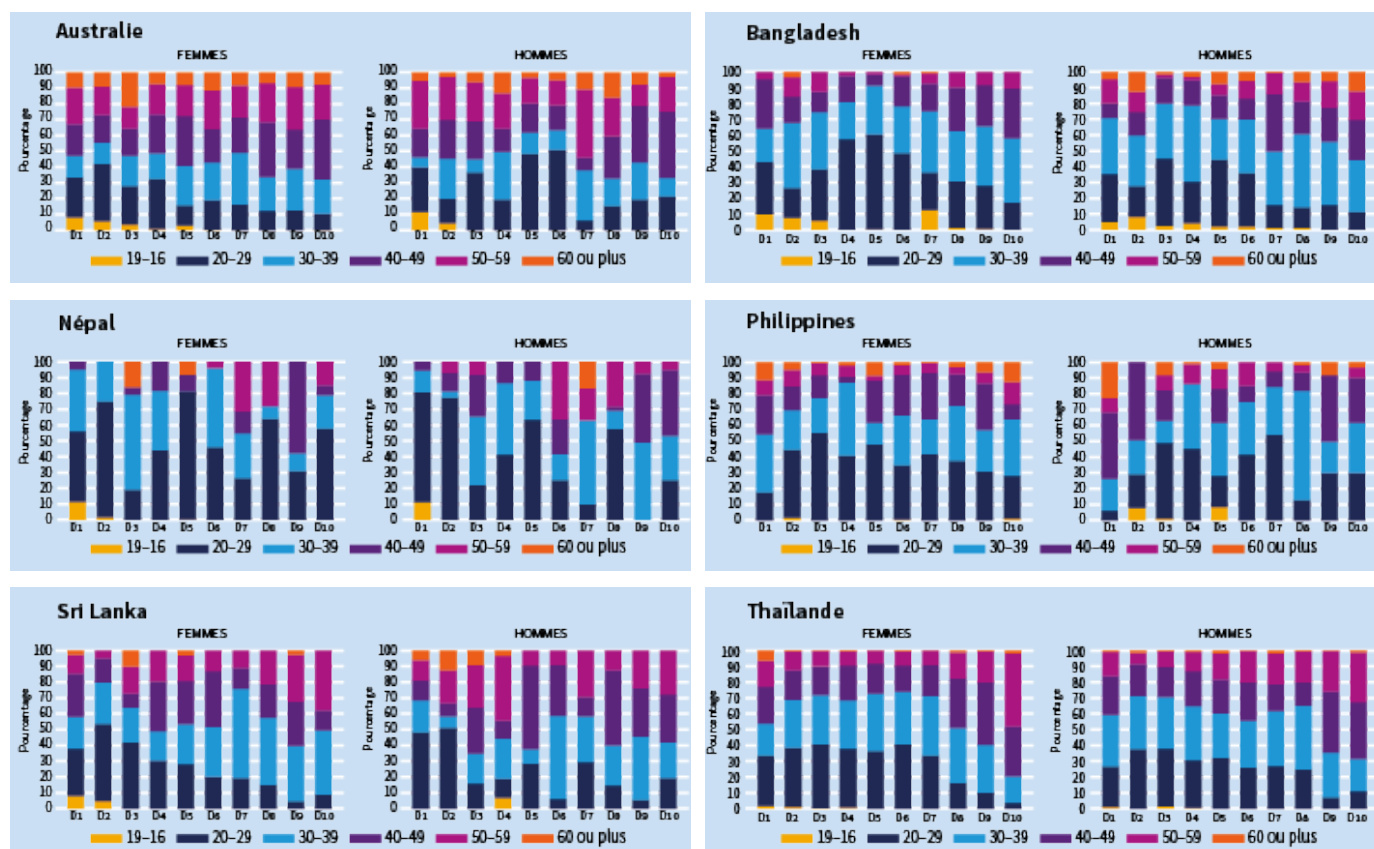


FIGURE 4.3 CONT.

Europe



Asie du Sud-Est et Pacifique occidental

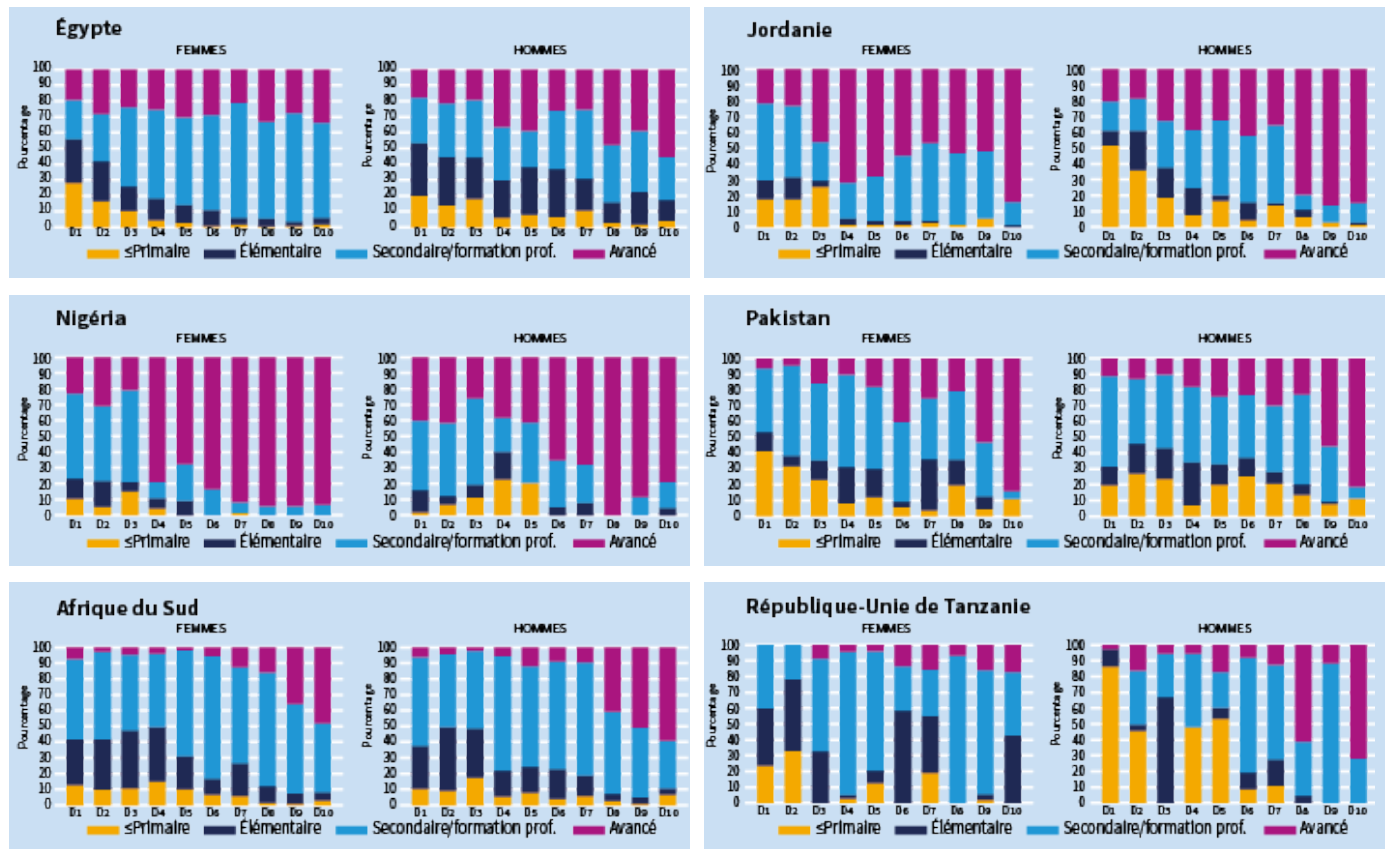


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

FIGURE 4.4

Distribution du *niveau d'instruction* des femmes et des hommes dans les différents déciles de la répartition des salaires horaires d'un échantillon de pays, dernières années pour lesquelles des données sont disponibles

Afrique et Méditerranée orientale



Amériques

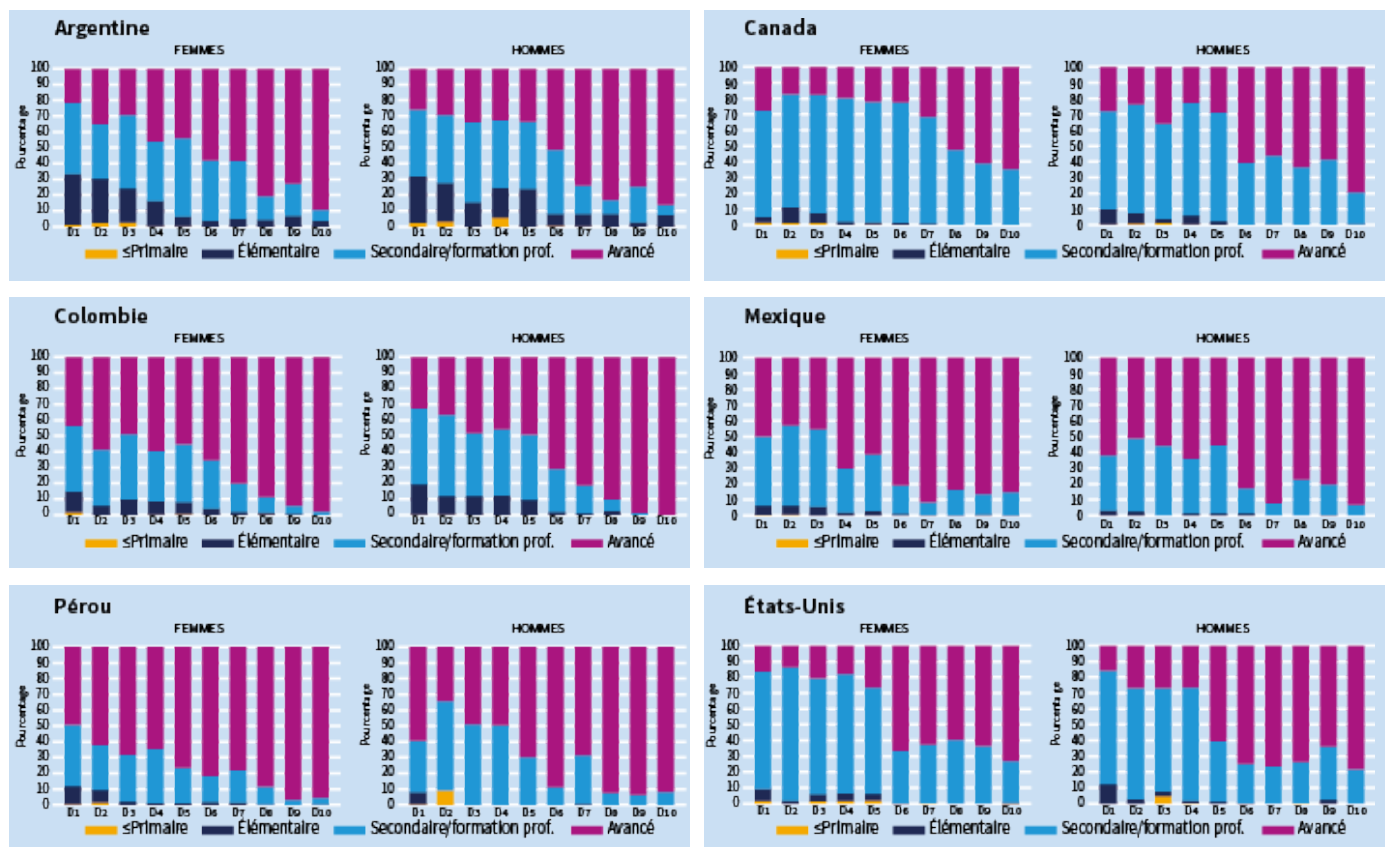
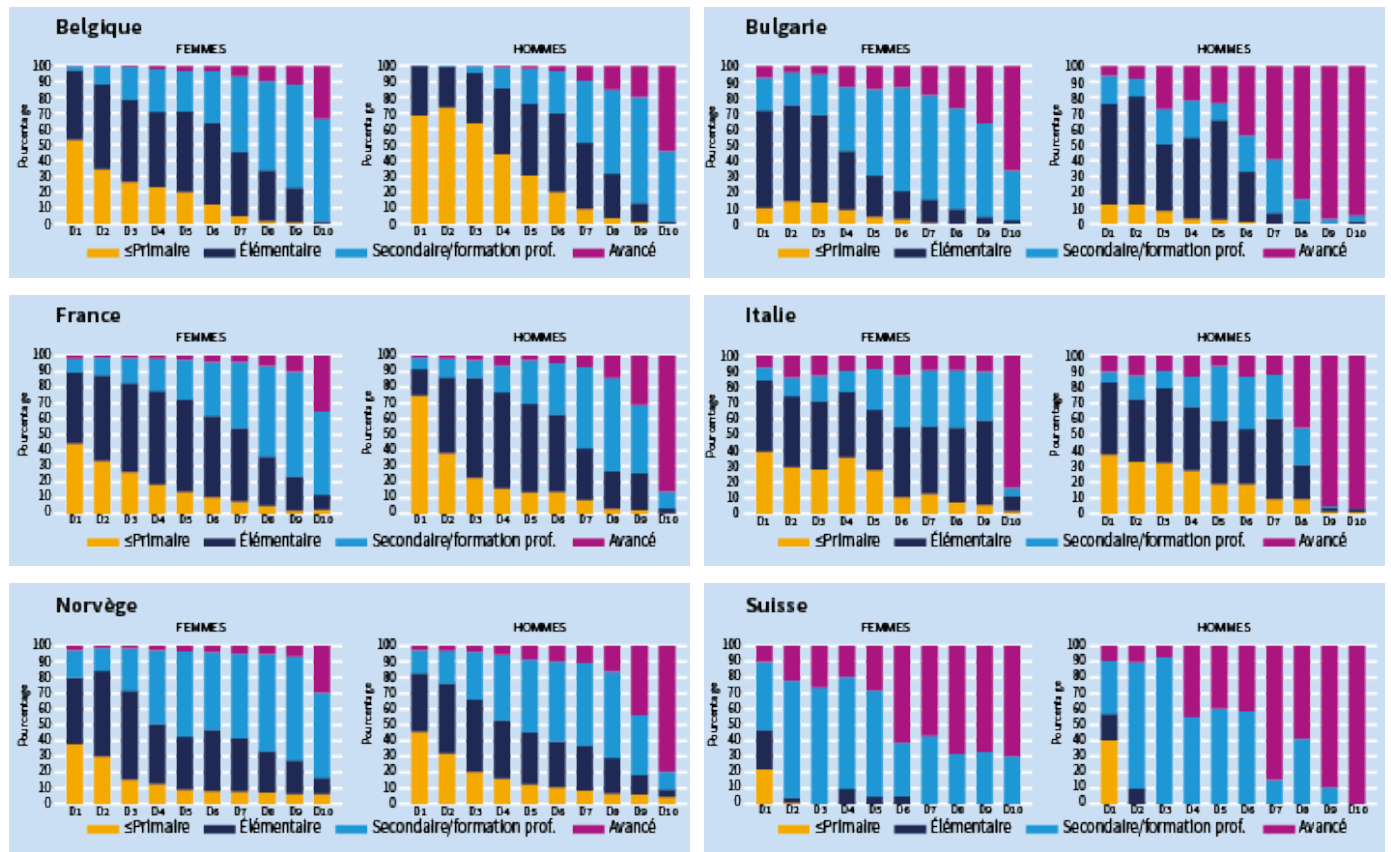
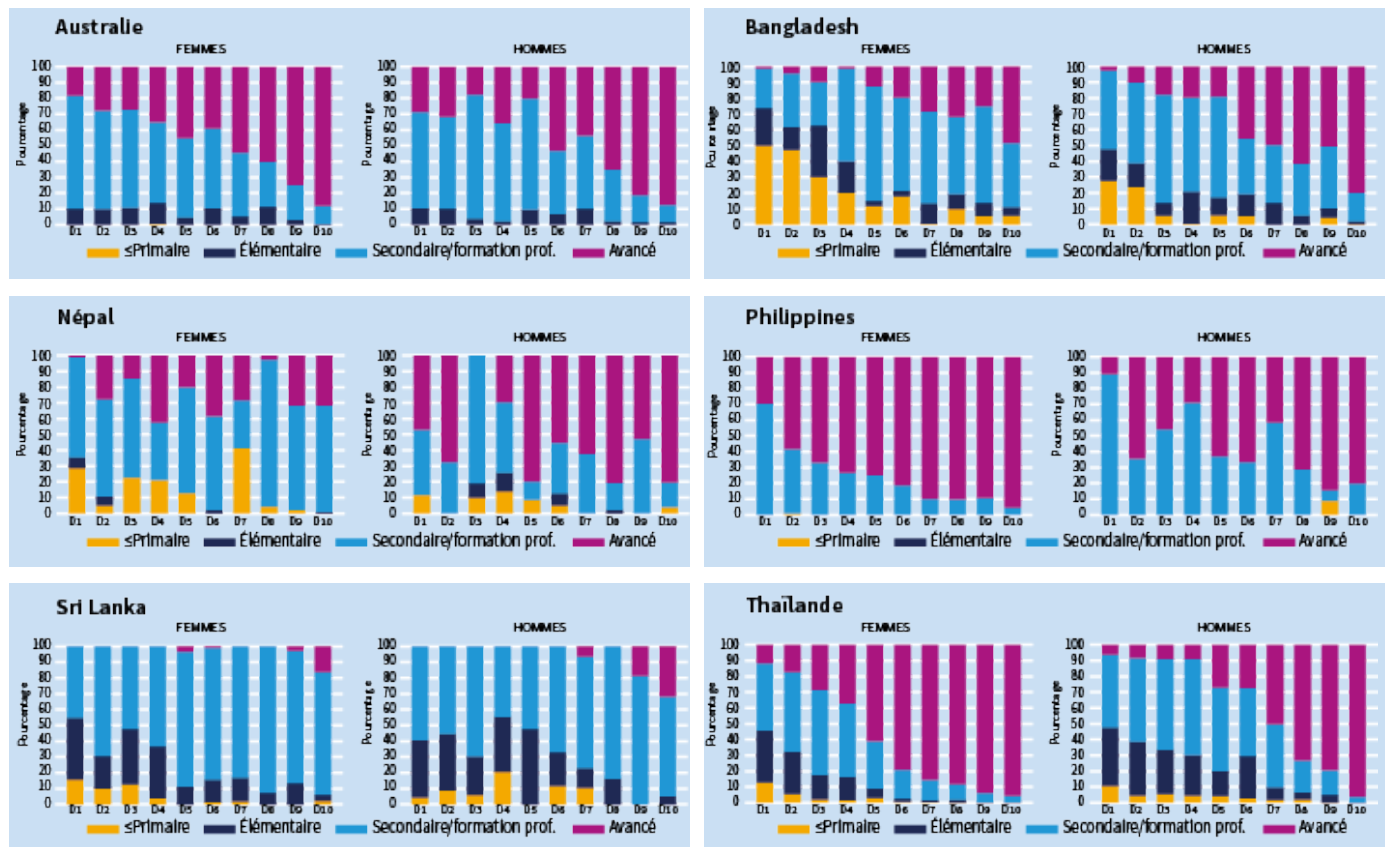


FIGURE 4.4 CONT.

Europe



Asie du Sud-Est et Pacifique occidentale

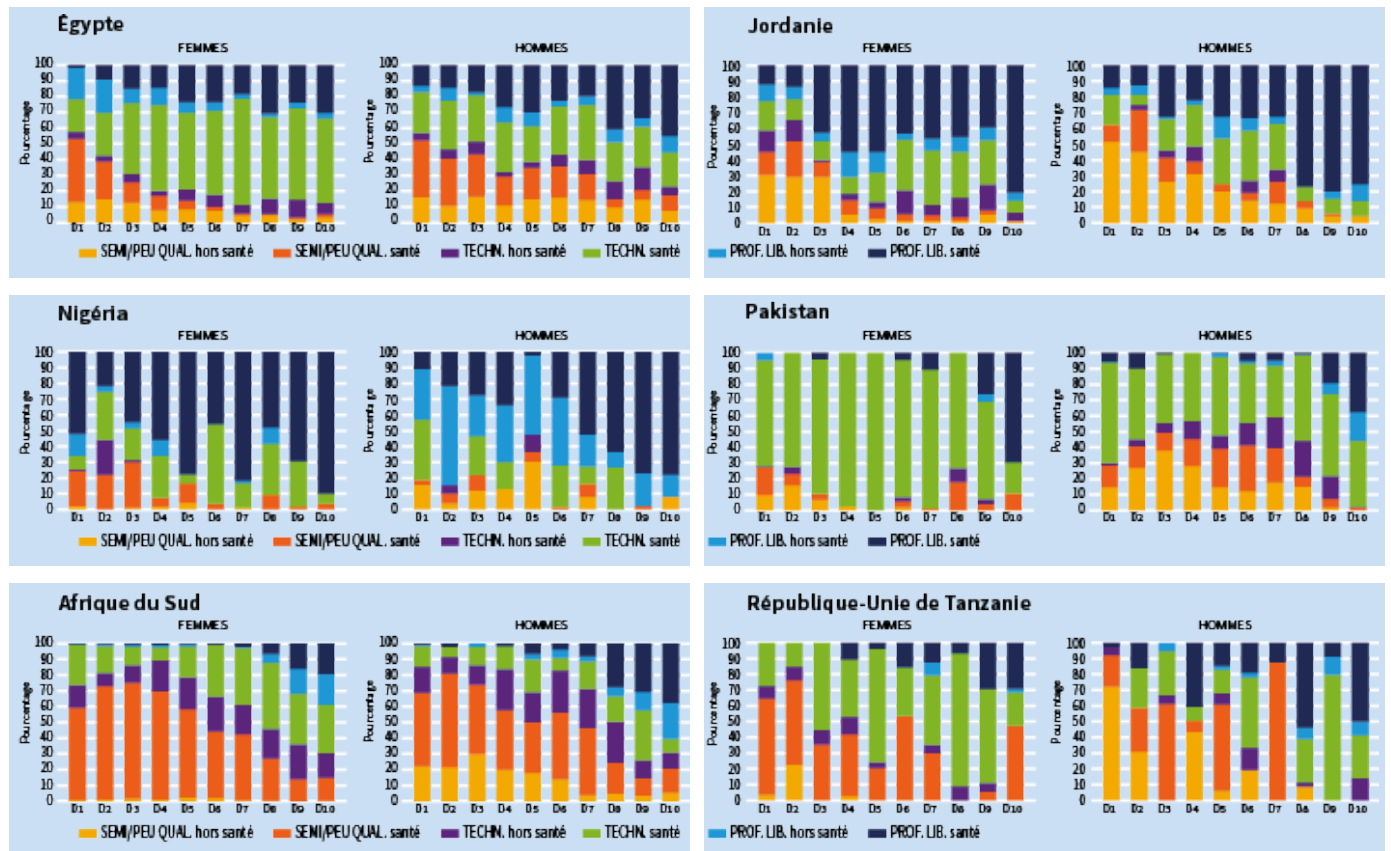


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

FIGURE 4.5

Distribution des *catégories professionnelles* des femmes et des hommes dans les différents déciles de la répartition des salaires horaires d'un échantillon de pays, dernières années pour lesquelles des données sont disponibles

Afrique et Méditerranée orientale



Amériques

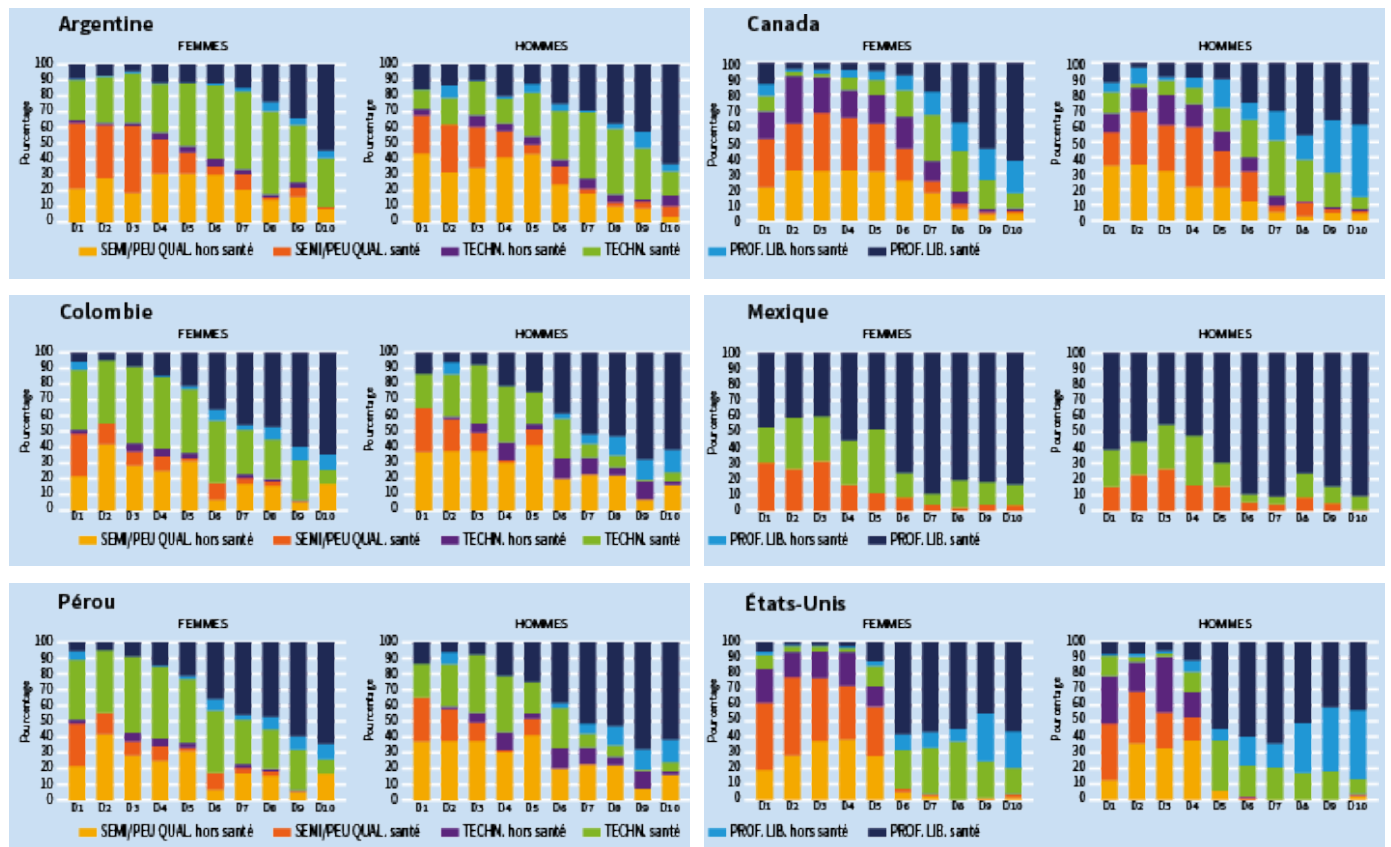
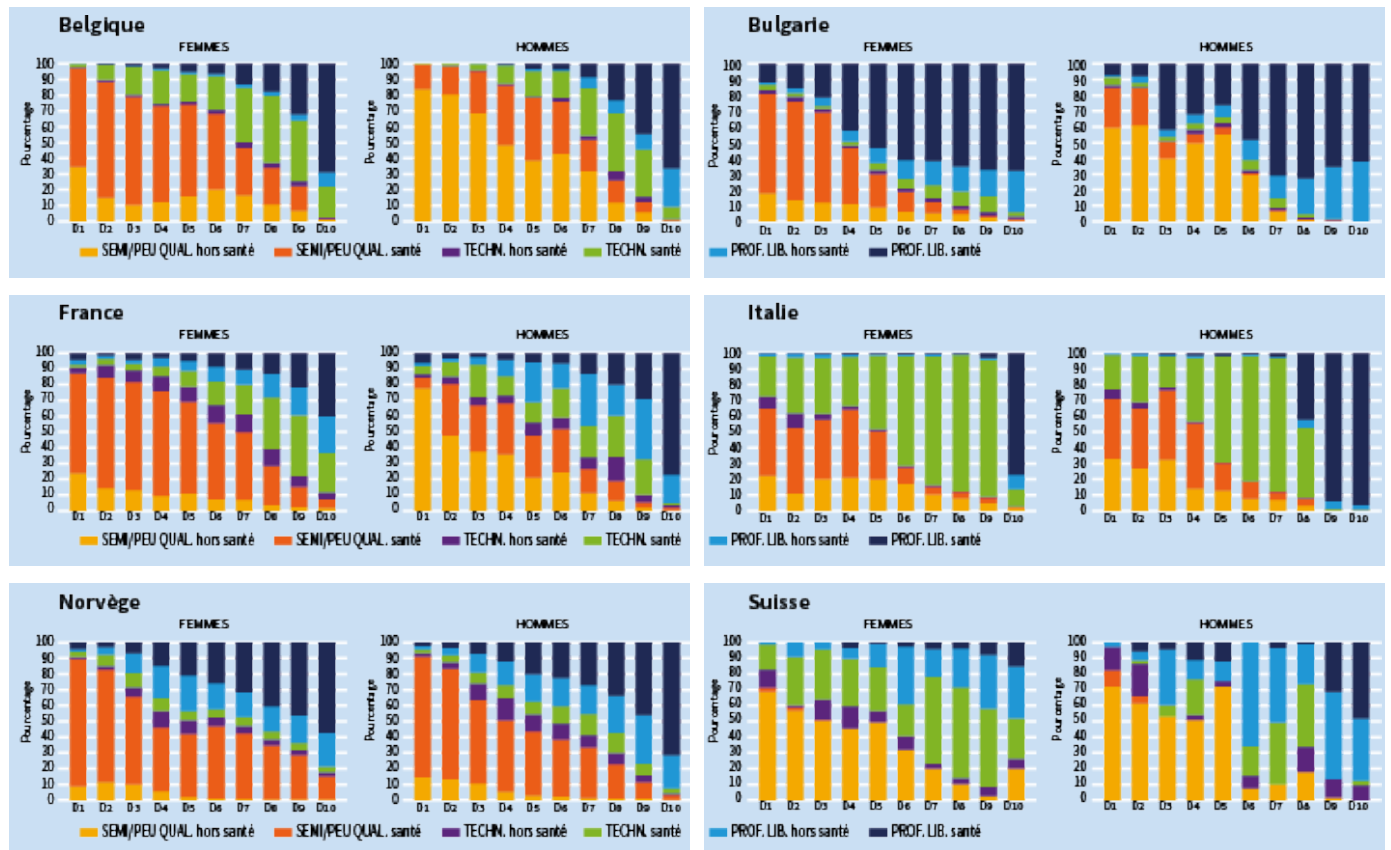
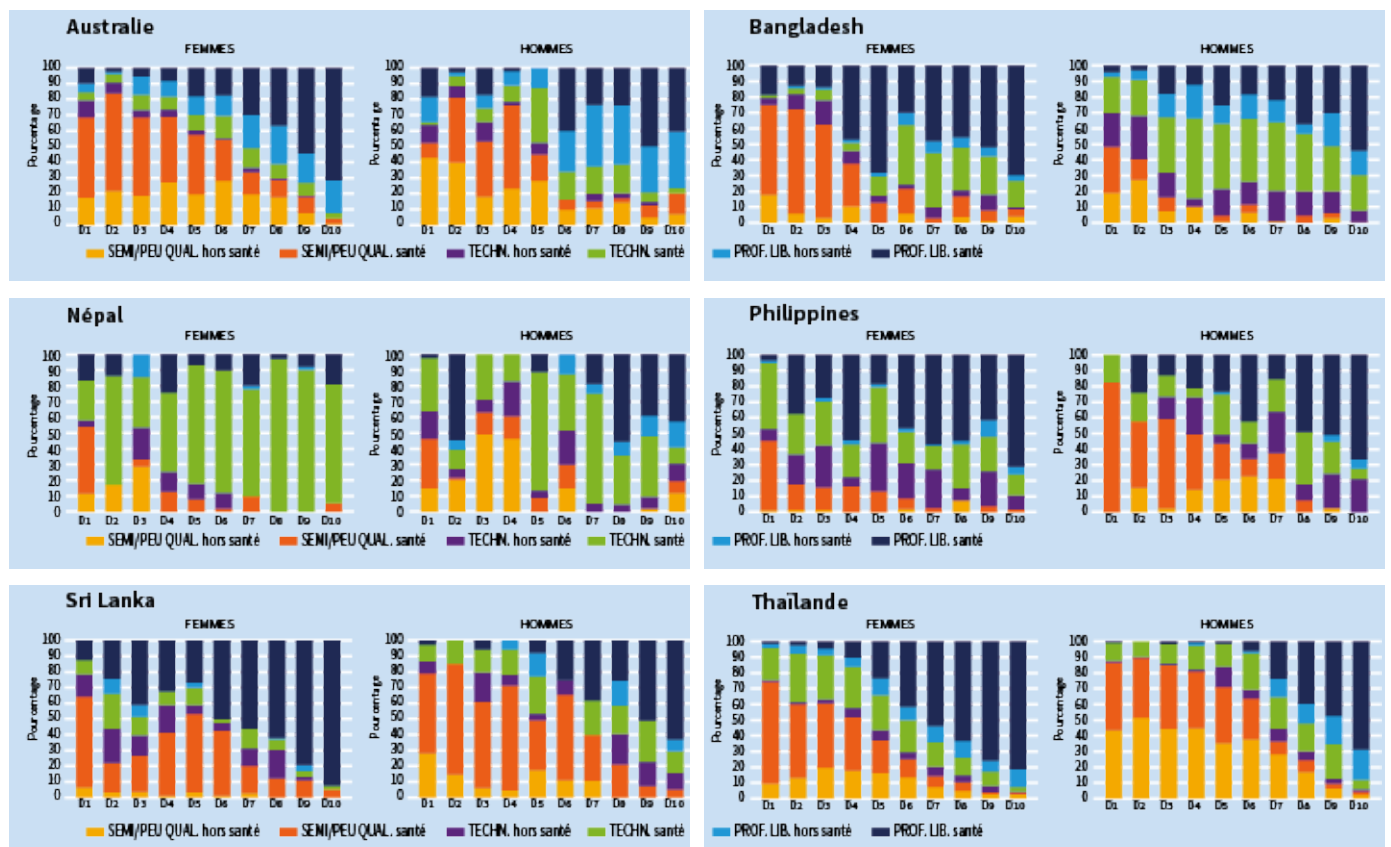


FIGURE 4.5 CONT.

Europe



Asie du Sud-Est et Pacifique occidental

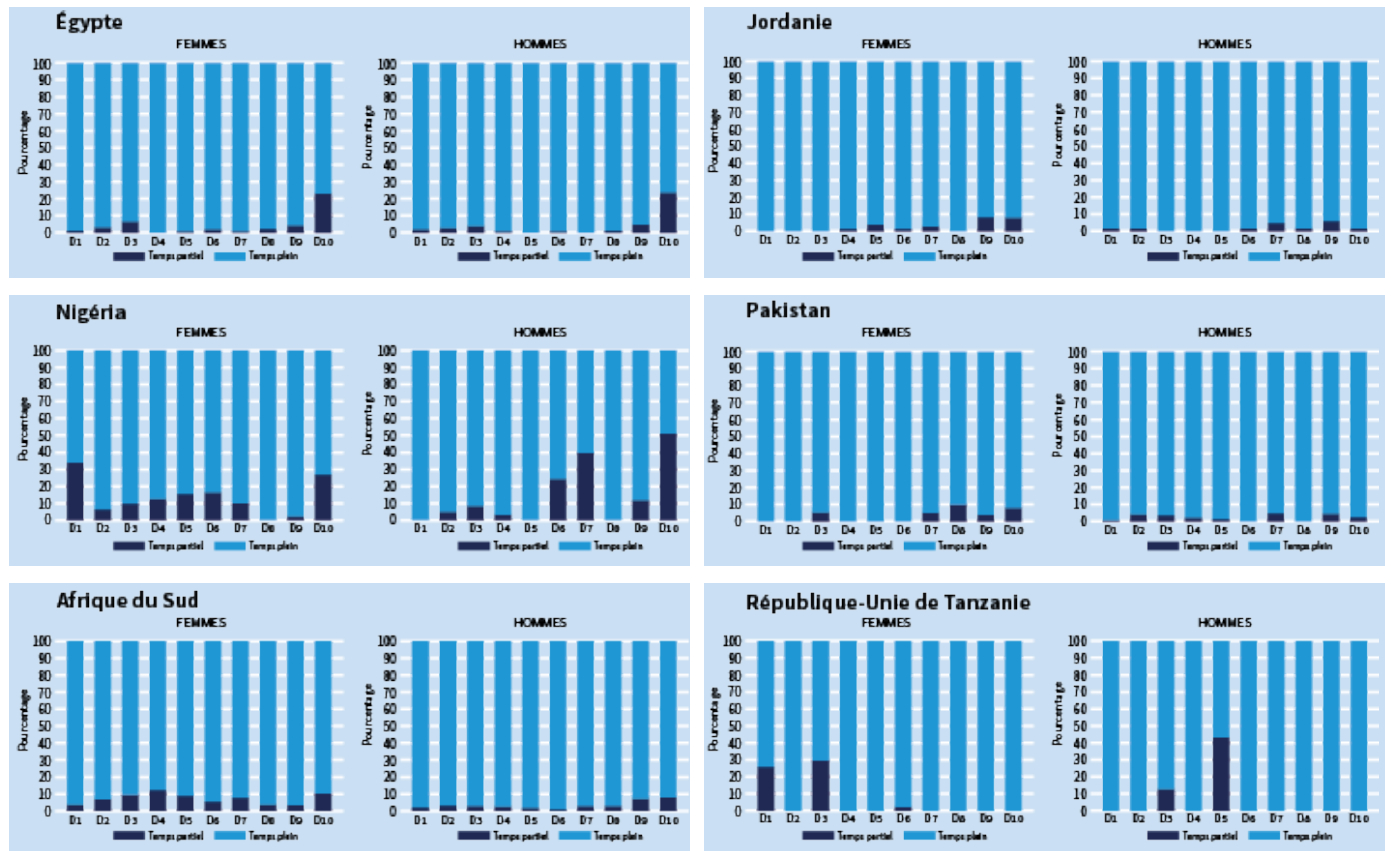


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

FIGURE 4.6

Distribution des modalités d'emploi à temps partiel et à temps plein des femmes et des hommes dans les différents déciles de la répartition des salaires horaires d'un échantillon de pays, dernières années pour lesquelles des données sont disponibles

Afrique et Méditerranée orientale



Amériques

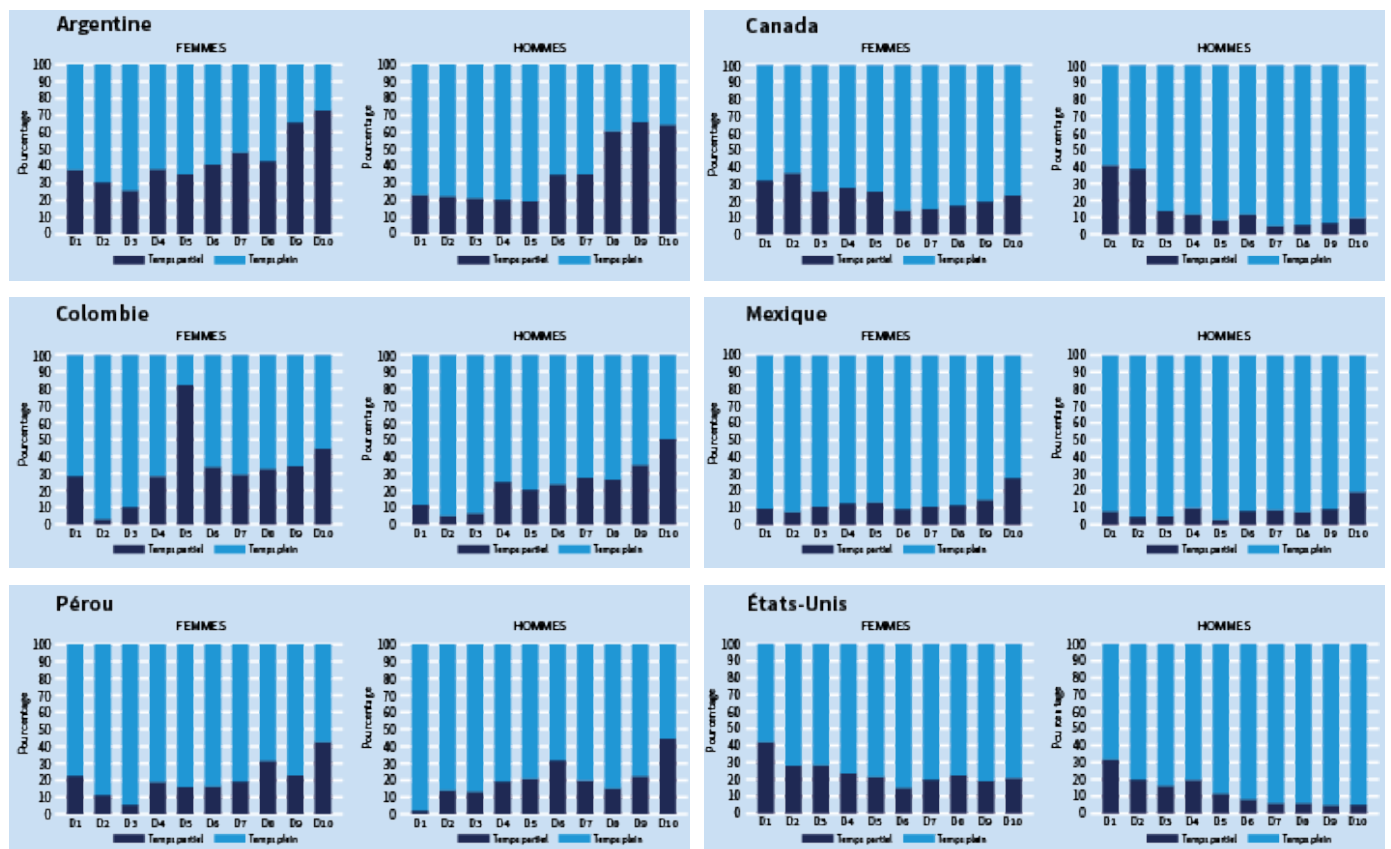
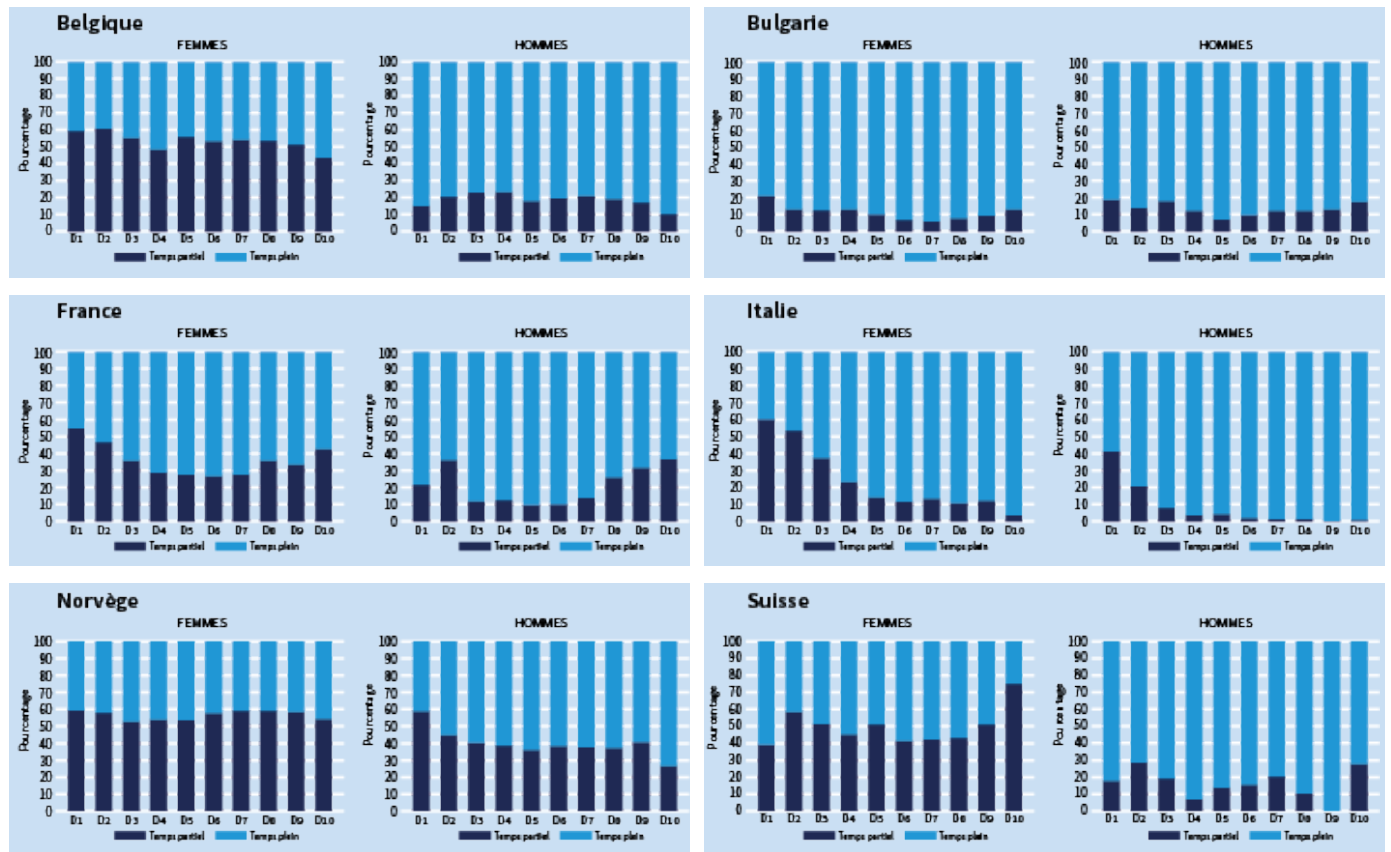
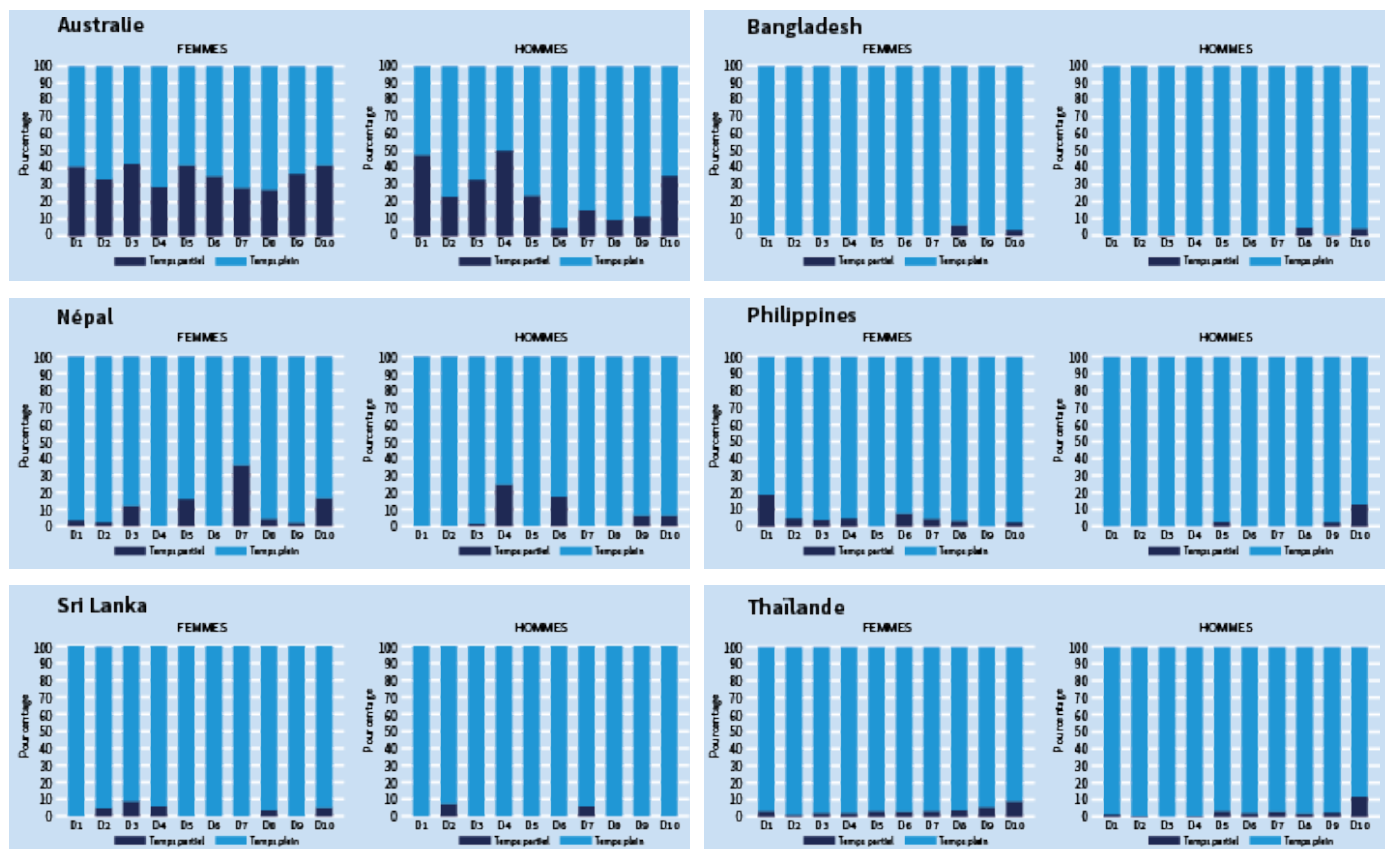


FIGURE 4.6 CONT.

Europe



Asie du Sud-Est et Pacifique occidental

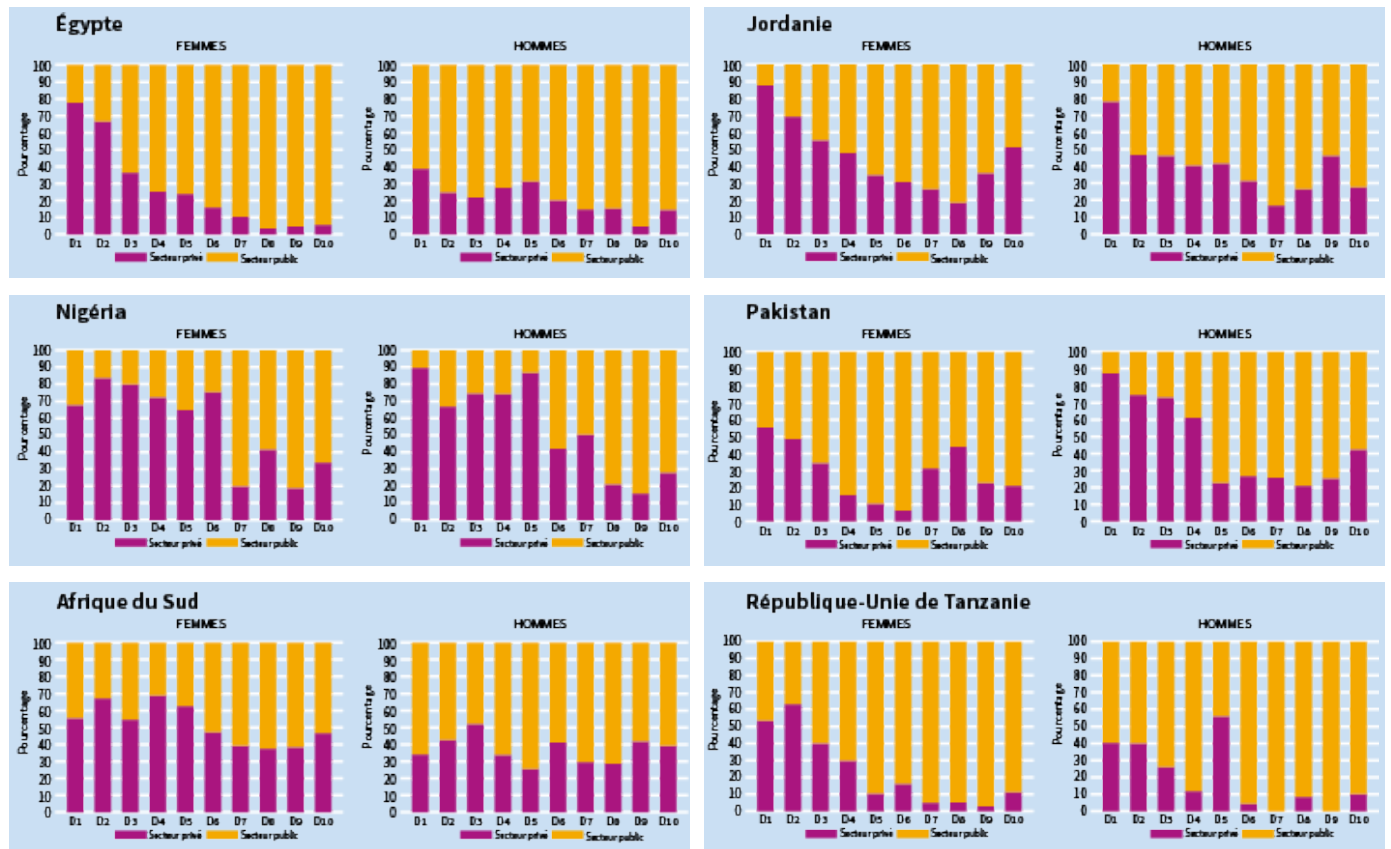


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

FIGURE 4.7

Distribution de l'emploi dans le secteur public et dans le secteur privé des femmes et des hommes dans les différents déciles de la répartition des salaires horaires d'un échantillon de pays, dernières années pour lesquelles des données sont disponibles

Afrique et Méditerranée orientale



Amériques

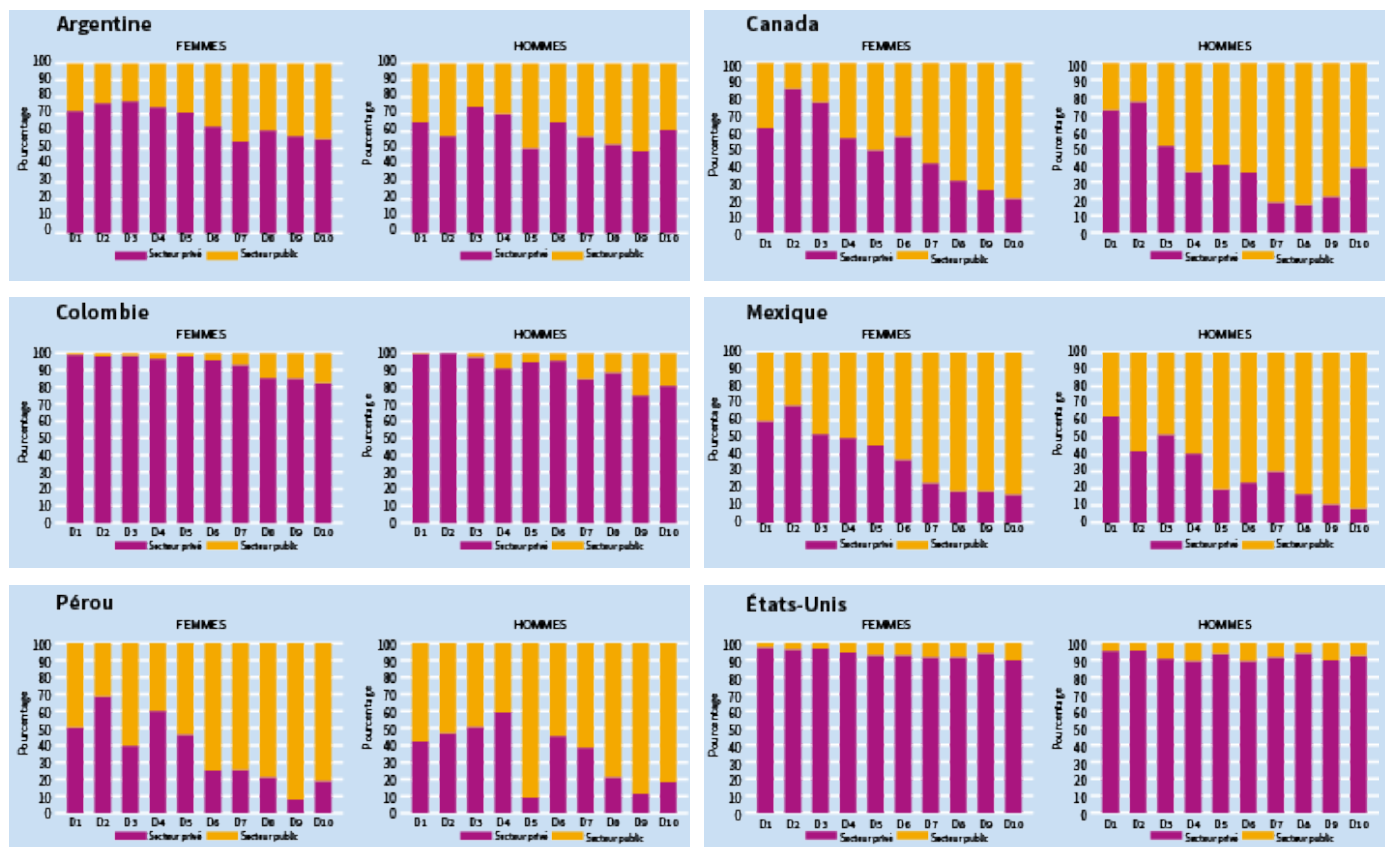
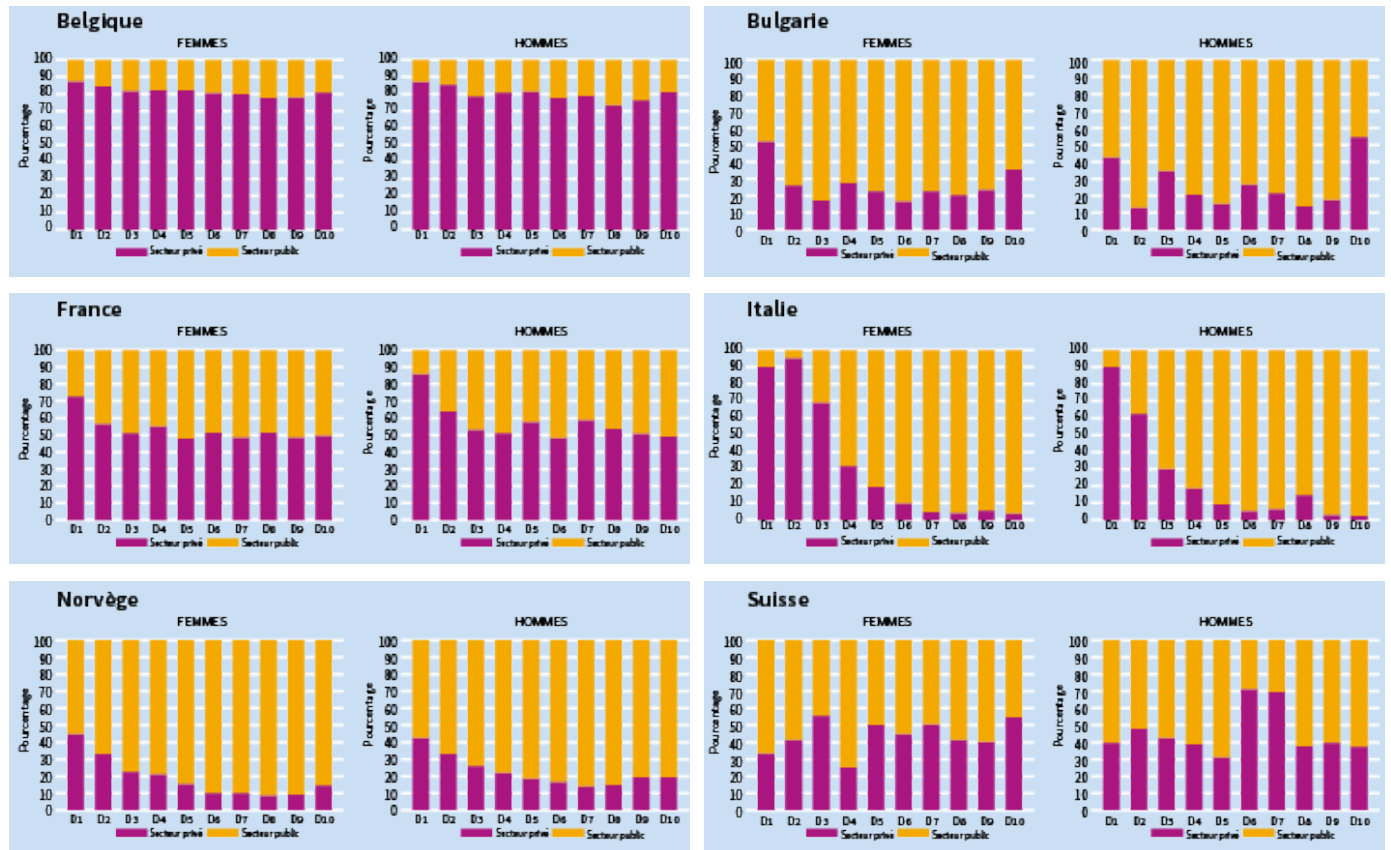
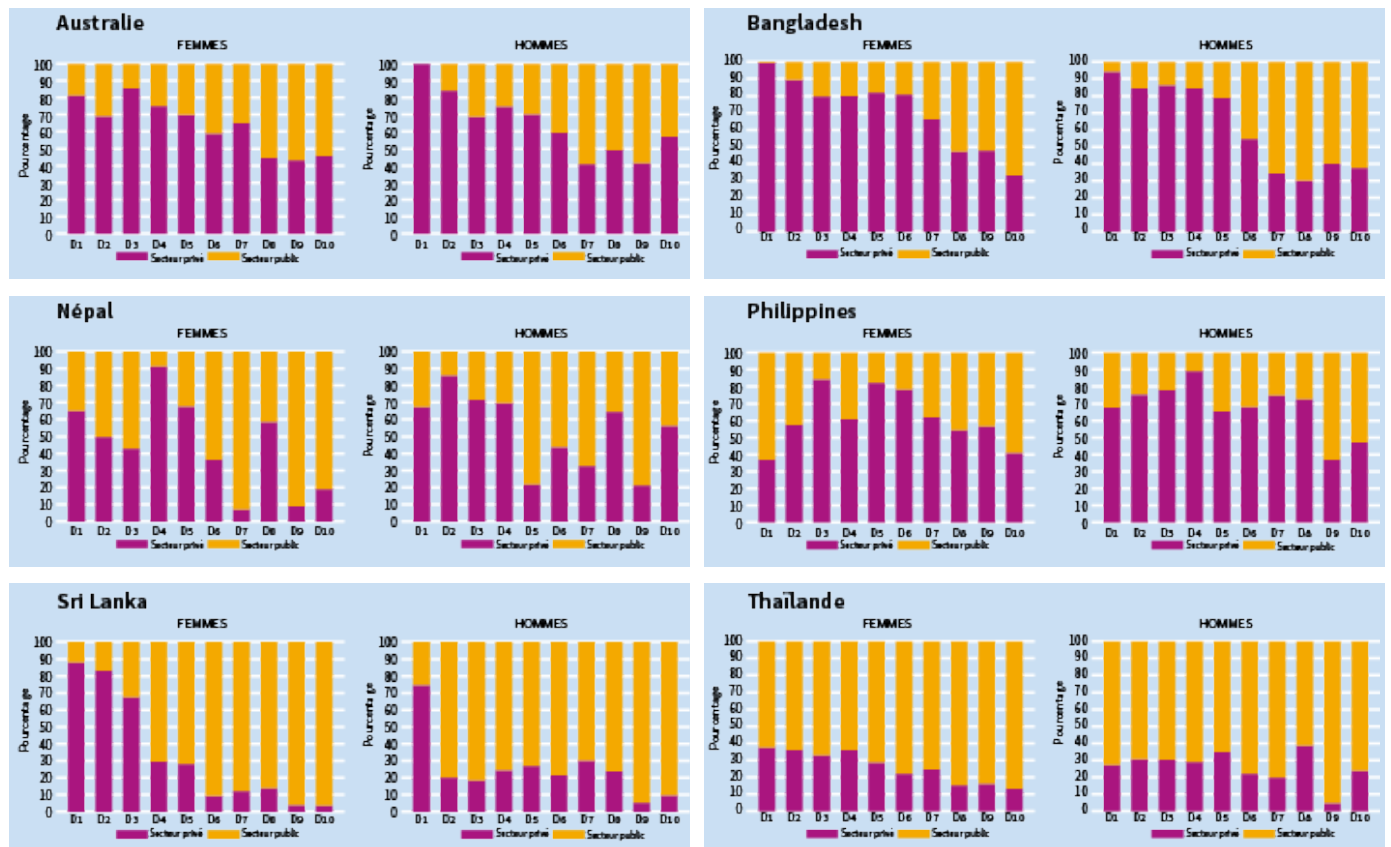


FIGURE 4.7 CONT.

Europe



Asie du Sud-Est et Pacifique occidentale



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

Décomposition de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins

Le chapitre 5 approfondit l'examen du chapitre précédent des facteurs qui contribuent à expliquer une partie de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes en utilisant ces facteurs pour identifier et estimer les parts expliquée et inexpliquée de l'écart de rémunération dans le secteur de la santé et des soins. Tandis que l'analyse présentée dans le chapitre 4 envisage les différents facteurs séparément, le chapitre 5 utilise des techniques de décomposition de manière à ce que les interactions entre ces facteurs du marché du travail permettent d'identifier la part expliquée de l'écart salarial et de l'isoler de la part inexpliquée. L'analyse montre que pour presque tous les pays et à presque tous les quantiles de la répartition des salaires, la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins domine et est positive. Cela signifie que dans ce secteur, les femmes sont sous-payées pour leurs attributs professionnels par rapport à leurs homologues masculins dont le profil professionnel est comparable. De plus, dans la plupart des régions, la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est négative. Cela veut dire que, tandis que de manière générale les femmes gagnent moins que les hommes pour leurs attributs professionnels (la composante inexpliquée), elles ont généralement de meilleurs attributs professionnels que les hommes du même quantile de la répartition des salaires. À l'échelle mondiale, la composante expliquée est estimée à -3,5 %, la part inexpliquée s'élevant quant à elle à +22,0 %. Une partie de l'écart salarial inexpliqué entre femmes et hommes peut être attribuée à ce que l'on appelle l'« écart salarial lié à la maternité ». Une autre partie peut être attribuée au fait que le secteur est hautement féminisé. En général, les travailleurs des secteurs hautement féminisés sont en moyenne moins rémunérés que les travailleurs des secteurs économiques non féminisés.

5.1 Décomposition simple : la part expliquée et la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins

Les premières techniques de décomposition des salaires ont été mises au point par Alan Blinder et Ronald Oaxaca au début des années 1970. Ces derniers proposaient d'estimer des équations linéaires de gains séparément pour les femmes et les hommes et de comparer ces estimations afin de mesurer la contribution de chaque facteur (ou variable) à l'explication de l'écart salarial femmes-hommes. Leur méthode est connue sous le nom de technique de décomposition d'Oaxaca-Blinder. L'approche Oaxaca-Blinder demeure populaire en raison de sa simplicité et de sa facilité d'application.

Toutefois, elle comporte plusieurs problèmes pouvant affecter gravement les estimations et fausser les interprétations des résultats aux fins des politiques³¹. C'est pourquoi le présent rapport n'a pas recours à la technique de décomposition d'Oaxaca-Blinder.

Dans le présent rapport, nous adoptons les solutions plus récentes qui combinent les méthodes d'appariement par score de propension avec l'estimation de la régression de quantiles inconditionnels (voir Fortin et al., 2011) pour décomposer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes à chaque quantile de la répartition des salaires horaires. La décomposition est effectuée de manière indépendante pour chacun des 54 pays de notre base de données. Dans sa forme la plus simple, la technique de décomposition identifie les parts expliquée et

³¹ Voir Rubin (1977) et Manski (1995) pour une description détaillée de la manière dont l'analyse de régression peut manquer d'identifier des traitements (ou politiques) en sciences sociales. Depuis la proposition initiale de Blinder (1973) et Oaxaca (1973), plusieurs autres propositions ont été formulées pour surmonter les problèmes associés à la technique de décomposition d'Oaxaca-Blinder. Il s'agit notamment des approches proposées par Machado et Mata (2005), de la méthode d'appariement proposée par Nopo (2008) et, plus récemment, de travaux réalisés par Fortin et al. (2011).

inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes à chaque quantile de la répartition des salaires horaires (voir OIT, 2014). Une version plus détaillée de la décomposition permet de mesurer la contribution de chaque facteur à la part expliquée. Une telle décomposition détaillée a été appliquée aux données de 65 pays dans le Rapport mondial sur les salaires 2018-2019 de l'OIT (OIT, 2018a). Cependant, comme c'était le cas avec la méthodologie de l'écart salarial pondéré entre femmes et hommes, la version plus détaillée de la décomposition requiert de disposer d'un échantillon de grande taille. Pour un grand nombre des 54 pays pour lesquels nous disposons de données, la sélection des salariés du secteur de la santé et des soins donne un échantillon trop réduit pour pouvoir appliquer la version plus détaillée de la décomposition, notamment compte tenu du fait qu'il est nécessaire de subdiviser l'échantillon en quantiles. Les résultats, dans ces cas, peuvent être trompeurs s'ils reposent sur les observations très peu nombreuses et potentiellement non représentatives au sein des quantiles. Pour d'autres pays de notre ensemble de données de 54 pays, la sélection des salariés du secteur de la santé et des soins donne des échantillons suffisamment grands aussi bien pour la décomposition simple que pour la décomposition plus détaillée. La suite du présent chapitre, et les estimations empiriques qui en résultent, sont soumises à ces restrictions.

En substance, la technique de décomposition que nous utilisons comporte trois étapes. La première consiste à sélectionner un ensemble d'attributs et de caractéristiques qui sont associés au processus de détermination des salaires et expliquent les différences observées entre les salaires des femmes et ceux des hommes. Le tableau 5.1 présente les variables qui reflètent ces attributs et caractéristiques. La deuxième étape consiste à utiliser ces variables pour construire une distribution contrefactuelle pour les femmes, qui représente les salaires que celles-ci auraient perçus si leurs

attributs et caractéristiques professionnels leur avaient procuré un rendement identique à celui des hommes³². La troisième étape consiste à combiner les trois distributions (celle des hommes, celle des femmes et la distribution contrefactuelle pour les femmes) pour décomposer l'écart salarial à chaque quantile (décomposition simple). Le fonctionnement de ces trois étapes dans la pratique est illustré dans l'encadré 4, et la méthodologie est présentée de manière plus détaillée à l'annexe 2.

³² À ce stade, les techniques que nous avons appliquées aux fins du présent rapport diffèrent légèrement de celles appliquées dans le *Rapport mondial sur les salaires 2018-2019* (OIT, 2018a). Dans le rapport 2018-2019, la construction de la distribution contrefactuelle suivait une technique connue sous le nom de « fonction de repondération ». Cela consiste à construire un poids pour chaque individu de l'échantillon qui reflète la probabilité qu'il s'agisse de femmes (pour les hommes) ou d'hommes (pour les femmes). Lorsque le poids est appliqué à la distribution des hommes, cela mène à une distribution contrefactuelle dans laquelle un poids plus élevé est attribué aux hommes qui sont plus proches des femmes. Lorsque les poids sont appliqués à la distribution des femmes, cela mène à une distribution contrefactuelle dans laquelle un poids plus élevé est attribué aux femmes qui sont plus proches des hommes. Sur les marchés du travail où une proportion substantielle des femmes n'ont pas d'élément contrefactuel masculin, par exemple dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où certains secteurs, comme celui des travailleurs domestiques, se composent principalement de femmes, l'utilisation des fonctions de repondération des distributions des hommes mène à une distribution contrefactuelle des salaires qui reflète un résultat biaisé pour une part substantielle des femmes, qui ne sont pas bien représentées dans la répartition des salaires des hommes (problème de soutien commun, comme souligné par Nopo (2008)). Dans le cas du secteur de la santé, ce problème serait amplifié en raison de la ségrégation professionnelle observée entre les femmes et les hommes : l'utilisation des fonctions de repondération sur la distribution des hommes pourrait réduire substantiellement la part inexpliquée, ce qui mènerait à des valeurs négatives reflétant simplement un faible soutien commun. Une autre solution consiste à appliquer les techniques d'appariement pour trouver un homme « synthétique » ou « jumeau » pour chaque femme de l'échantillon. Ainsi, dans notre unique divergence par rapport à la méthode appliquée dans le *Rapport mondial sur les salaires 2018-2019*, nous appliquons les techniques d'appariement par score de propension, en particulier le « voisin le plus proche », pour construire la distribution contrefactuelle pour les femmes. À part cette différence, toutes les autres étapes sont identiques à celles appliquées dans le *Rapport mondial sur les salaires 2018-2019* (OIT, 2018a) (voir l'annexe 2 pour de plus amples détails sur la procédure complète).

TABLEAU 5.1

Attributs et caractéristiques professionnels (c.-à-d. facteurs) pour la décomposition de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes

Groupe de facteurs	Variabes	Remarques
Dotation en capital humain	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Niveau d'instruction (catégories) • Ancienneté 	<ul style="list-style-type: none"> • L'ancienneté est disponible uniquement pour les pays d'Europe.
Caractéristiques d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de travail • Type de contrat • Catégories professionnelles au sein du secteur de la santé et des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Le temps de travail peut figurer dans l'analyse sous forme d'heures travaillées par semaine (heures contractuelles ou habituelles). • Les conditions contractuelles font la distinction entre un contrat « à durée indéterminée » et un contrat « à durée déterminée ». Dans certains cas, la réponse est « autre » ou « apprenti ». Ces deux conditions sont incluses dans la catégorie « à durée déterminée », car il existe trop peu de cas pour créer un groupe significatif séparé. • Les catégories professionnelles suivent les six options affichées dans la figure 4.5, groupées en trois niveaux : professions libérales, techniciens et travailleurs semi-qualifiés ou peu qualifiés.
Caractéristiques du lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'entreprise • Secteur institutionnel (public ou privé) • Localisation géographique (zone urbaine ou rurale) • Type de convention collective sur les salaires 	<ul style="list-style-type: none"> • La taille de l'entreprise est divisée en trois catégories : jusqu'à 10 employés, de 11 à 49 employés et 50 employés ou plus. • Le « type de convention collective sur les salaires » est disponible uniquement pour les pays européens. Les réponses sont groupées en quatre catégories : au niveau national, par secteur économique, au niveau de l'entreprise et absence de convention collective sur les salaires dans l'entreprise.
Caractéristiques personnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Syndiqué • Migrant • Emploi formel ou informel • Appartenance ethnique 	<ul style="list-style-type: none"> • Les données sur l'appartenance à un syndicat sont disponibles pour certains pays d'Amérique latine, l'Afrique du Sud et la Thaïlande. • Le statut migratoire est disponible pour certains pays d'Amérique latine et la Namibie. • L'information sur l'emploi formel ou informel est disponible uniquement pour les pays d'Amérique latine. • L'appartenance ethnique (« blanc » par opposition à toutes les autres races) est uniquement disponible pour les données des États-Unis.

Remarques : Voir l'annexe 1 pour de plus amples détails sur les sources de données. Les facteurs suivants sont identifiés pour l'ensemble des 54 pays : âge, niveau d'instruction, temps de travail (heures par semaine), catégories professionnelles au sein du secteur de la santé et des soins, secteur public ou privé, type de contrat et taille de l'entreprise.

Décomposition de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes : illustration de la démarche

La décomposition de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes comporte trois étapes. Premièrement, nous retenons un ensemble d'attributs ou caractéristiques (tels que les indicateurs observés dans nos données d'enquête) qui ont une incidence sur le processus de détermination des salaires. Le tableau 5.1 répertorie ceux que nous avons sélectionnés. Dans un deuxième temps, nous appliquons les techniques d'appariement par score de propension, à partir des attributs ou caractéristiques observés, pour générer une répartition contrefactuelle des salaires. Ainsi, pour les femmes de notre échantillon, nous avons identifié les hommes de l'échantillon qui présentent des attributs identiques (ou les plus proches) (âge, expérience, catégorie professionnelle, niveau d'instruction, taille de l'entreprise, temps de travail, etc.). Plus il y a de caractéristiques disponibles dans les données, et plus nous utilisons d'interactions entre ces caractéristiques, plus la correspondance entre chaque femme et son « jumeau » masculin dans l'échantillon est étroite. Étant donné que les femmes et leurs « jumeaux » sont identiques quant à leurs caractéristiques professionnelles observables, le salaire perçu par un homme qui est le jumeau d'une femme donnée est une approximation de ce que cette femme aurait touché si elle avait été un homme sur le marché du travail. Ainsi, en Thaïlande (voir les figures 4.1 à 4.7 dans le chapitre 4), nous observons que les femmes exerçant une profession libérale en lien avec la santé se situent dans les quantiles inférieurs de la répartition des salaires. En l'occurrence, il est probable que le salaire du « jumeau » masculin de ces femmes se situe dans les quantiles supérieurs. Dès lors, dans cet exemple, le salaire contrefactuel des femmes est probablement plus élevé que celui qu'elles touchent en réalité. Cependant, si la sélection d'un seul homme sur lequel baser un salaire contrefactuel pour chaque femme peut réduire les différences, en revanche elle risque d'introduire un biais, étant donné que toute observation unique pourrait être une aberration. Une autre technique, du reste utilisée dans le présent rapport, consiste à sélectionner un nombre n d'hommes (le groupe de référence) équivalents d'un point de vue observable à chaque femme (le groupe ajusté), et à utiliser le salaire moyen parmi le nombre n d'hommes sélectionnés pour construire le salaire contrefactuel de chaque femme de l'échantillon.

Une fois la distribution contrefactuelle calculée économétriquement au moyen des techniques d'appariement par score de propension, nous obtenons trois distributions de salaires : celle des hommes, celle des femmes et la distribution contrefactuelle des femmes. Les trois distributions peuvent ensuite être comparées à n'importe quel quantile. À titre d'exemple, prenons la médiane (q_v). Supposons qu'à la médiane, le salaire horaire est de 10 unités pour les hommes ($q_v^m = 10$) et de 6 unités pour les femmes ($q_v^w = 6$). Cela signifie qu'à la médiane, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est de 40 %. Supposons par ailleurs qu'à la médiane, le salaire horaire contrefactuel (pour la femme située au milieu) équivaut à 9 unités ($q_v^c = 9$) : cela représente le salaire que les femmes situées au milieu de la répartition des salaires toucheraient si, pour leur dotation en capital humain et leurs attributs réels (ou « moyens »), elles percevaient le même salaire que les hommes situés au milieu. Par conséquent, la distance, au milieu de la répartition des salaires, entre ce que les hommes gagnent (10 unités) et ce que les femmes auraient gagné compte tenu de leurs caractéristiques professionnelles si elles avaient été des hommes (9 unités) s'explique par la différence entre les attributs des hommes et des femmes. C'est-à-dire que ($q_v^m - q_v^c = 1$), soit 10 %, est la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes.

Le reste de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, à savoir la différence entre ce que les femmes auraient gagné compte tenu de leurs caractéristiques professionnelles si elles avaient été des hommes (9 unités ($q_v^c = 9$)) et ce qu'elles gagnent en réalité (6 unités, ($q_v^w = 6$)) ne peut s'expliquer par les attributs ou la dotation en capital humain. Par conséquent, une telle différence, ($q_v^c - q_v^w = 3$) est attribuable au fait que les femmes rentabilisent moins leur dotation en capital humain et leurs caractéristiques à la médiane. Cette différence est la part inexpliquée ou « structurelle » de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes. Dans ce cas hypothétique, la différence équivaut à 30 %. La construction de la répartition contrefactuelle nous permet de démontrer que les femmes peuvent avoir une structure des salaires différente de celle des hommes – non pas parce qu'elles ont une dotation en capital humain différente, mais parce que cette dotation ne leur rapporte pas la même chose. C'est la raison pour laquelle on utilise parfois le terme « structurel » pour évoquer la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes.

Jusqu'ici, cette illustration reflète l'approche plus simple de décomposition de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes par une répartition contrefactuelle. Selon cette méthode, à chaque quantile de la répartition des salaires, nous identifions les parts expliquée et inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes en estimant :

$$\text{Écart salarial femmes-hommes} = (q_v^m - q_v^w) = (q_v^m - q_v^c) + (q_v^c - q_v^w) \quad (1)$$

Dans l'expression (1), l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes montre la somme des composantes expliquée et inexpliquée. À partir de là, nous constatons que les deux parts situées à droite de (1) peuvent être positives, négatives ou nulles. Lorsque $(q_v^m - q_v^c) > 0$ cela signifie que les hommes ont plus d'attributs et de dotation en capital humain que les femmes du même quantile, différence qui explique l'écart positif. Par exemple, prenons q_v^m comme quantile central (Q5) et supposons que les femmes de la médiane sont plus proches, en termes d'attributs, des hommes des quantiles inférieurs (par exemple Q3). Les gains de leur élément contrefactuel dans la population sont donc déterminés à partir du Q3, quantile dans lequel nous assumons que les hommes sont plus jeunes, mettons, que les hommes du Q5. Lorsque $(q_v^m - q_v^c) < 0$, le contraire s'applique : il se peut que les femmes situées au milieu de la répartition aient des attributs qui ressemblent à ceux des hommes de quantiles supérieurs, et donc que les gains de leur élément contrefactuel dans la population soient déterminés à partir des quantiles supérieurs au Q5, par exemple du Q7, où les hommes sont potentiellement plus âgés ou plus qualifiés. Cela signifie que lorsque nous observons un écart salarial « expliqué » négatif, nous estimons en réalité « la différence par laquelle les gains des femmes devraient être majorés si elles étaient rémunérées de la même manière que les hommes pour leur dotation en capital humain » dans le secteur de la santé et des soins.

L'analyse de la part inexpliquée est un peu différente : lorsque $(q_v^c - q_v^w) > 0$, les hommes obtiennent un meilleur rendement pour leurs attributs et dotation en capital humain à ce quantile. Par exemple, si les femmes à la médiane obtiennent q_v^w , mais ont une dotation en capital humain et des attributs semblables à ceux des hommes du plus haut quantile, Q9, le contrefactuel des femmes à la médiane (q_v^c) est construit avec les gains des hommes au Q9 – en général selon la structure des gains des hommes dans la population. Compte tenu du fait que les hommes du Q9 qui ont servi à construire q_v^c sont équivalents sur le plan observationnel (pour les questions de productivité) aux femmes de la médiane (Q5), il n'y a pas de raison que ces femmes ne se situent pas elles aussi dans le Q9 – en d'autres termes, les rendements supérieurs des hommes à ce quantile sont dus à la différence de structure des salaires pour une dotation en capital humain donnée, et sont donc inexpliqués. Lorsque $(q_v^c - q_v^w) < 0$, c'est le contraire qui vaut : les femmes du Q5, par exemple, sont semblables aux hommes des quantiles inférieurs, et obtiennent donc des rendements plus élevés que ceux de leurs hommes contrefactuels dans la population.

Enfin, en présence d'un écart salarial femmes-hommes non nul, il se peut également que la part expliquée ($q_v^m - q_v^c$) ou la part inexpliquée ($q_v^c - q_v^w$) soit nulle. Si c'est le cas, le résultat montrerait que l'écart salarial est soit totalement inexpliqué, soit totalement expliqué, respectivement.

La figure 5.1 montre, à chaque quantile de la répartition des salaires horaires, la décomposition de l'écart salarial femmes-hommes entre les parts expliquée et inexpliquée déterminées selon la procédure décrite dans l'encadré 4. L'échantillon de pays est le même que dans les figures 4.1 à 4.7³³. Pour chaque pays et à chaque quantile, la somme des deux parts dans la figure 5.1 représente l'écart salarial femmes-hommes à ce quantile. Il convient de souligner ici que, pour chaque pays et à chaque

quantile, la somme des deux parts est équivalente à la hauteur des barres dans la figure 4.1. Afin de mieux comprendre comment interpréter les résultats détaillés dans la figure 5.1, l'encadré 5 fournit des exemples détaillés, utilisant le premier quantile dans le cas des États-Unis, le quantile supérieur dans le cas de la Suisse et un quantile intermédiaire dans le cas de la Belgique.

³³ Tout comme la figure 4.1, la figure 5.1 montre l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes à chacun des neuf seuils qui divisent la répartition en dix régions équidistantes. Dans chaque région, le quantile correspond à la valeur seuil (la valeur la plus élevée dans chaque région). Dans la pratique, il serait possible d'estimer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes à la valeur maximale de la répartition des salaires. Cela reviendrait à estimer l'écart au D10. Cependant, la frange à l'extrémité supérieure de la répartition des salaires contient très peu d'observations, ce qui peut donner des estimations très anormales lorsque l'on décompose l'écart salarial à chaque quantile. C'est pourquoi, comme cela se fait souvent dans les analyses de quantiles, nous évitons d'analyser l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes à la valeur maximale dans les figures 5.1 et 5.2.

Encadré 5 Exemples illustrant l'interprétation des parts expliquée et inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, telles que décrites dans les figures 5.1 et 5.2

Cette illustration prend deux exemples, un où la part expliquée est positive et l'autre où elle est négative : dans l'exemple des États-Unis, nous examinons un quantile où la part expliquée est négative, tandis que l'exemple de la Suisse illustre l'interprétation de la part expliquée lorsque celle-ci est positive.

Dans la figure 4.1, le graphique des États-Unis montre que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le premier quantile (Q1) est de 22 %. Par rapport aux hommes dont le salaire horaire relève du Q1 dans ce pays, les femmes du Q1 gagnent 22 % de moins par heure. Une fois l'écart salarial au Q1 décomposé (comme illustré dans la figure 5.1), nous constatons que la part expliquée est négative (-20 %), et que la part inexpliquée est positive (42 %). La part expliquée négative signifie que dans le premier quantile de la répartition des salaires horaires dans le secteur de la santé des États-Unis, les caractéristiques et attributs professionnels des femmes ressemblent à ceux des hommes de quantiles plus élevés. Autrement dit, la partie expliquée négative indique que les hommes de la population qui sont contrefactuels des femmes du Q1 en termes d'attributs professionnels touchent en moyenne plus que les hommes se situant réellement dans le Q1. Le résultat est dès lors que $(q^m - q^f) < 0$.

En général, lorsque la part expliquée de l'écart dans un quantile est négative, cela indique que les femmes de ce quantile ne sont pas placées au bon endroit dans la répartition des salaires par rapport à leurs attributs professionnels si on les compare à l'endroit où se situent les hommes qui ont des attributs similaires. Dans l'exemple du Q1 des États-Unis, si toutes les femmes du Q1 étaient payées au même niveau que les hommes pour les attributs qu'elles utilisent dans leur travail quotidien, le salaire moyen des femmes du Q1 augmenterait de 20 % par heure. En outre, il est probable que bon nombre de ces femmes (voire toutes) apparaîtraient alors dans des quantiles plus élevés de la répartition des salaires.

La partie inexpliquée positive signifie que, quels que soient les attributs des hommes du Q1, le rendement obtenu par les femmes du Q1 pour l'ensemble d'attributs qu'elles utilisent dans leur travail quotidien est, en moyenne, inférieur de 42 % à celui que les hommes tirent du même ensemble d'attributs dans la population (à tout quantile). Dès lors, si les femmes du premier quantile de la répartition des salaires dans le secteur de la santé des États-Unis étaient payées, pour leurs attributs professionnels, au même niveau général que les hommes ayant les mêmes attributs – c'est-à-dire si la structure salariale était la même pour les femmes et pour les hommes – les gains des femmes du premier quantile augmenteraient de 42 % par heure travaillée, par rapport aux hommes du même quantile.

Si l'on additionne les deux parties, quelles sont les implications en termes monétaires ? Les données montrent que le salaire horaire moyen perçu par les hommes et les femmes dans le premier quantile du secteur de la santé aux États-Unis est de 14,9 dollars US et 12,9 dollars US respectivement³⁴. Cependant, si nous considérons les hommes (à n'importe quel endroit de la répartition des salaires) qui possèdent un ensemble d'attributs professionnels similaire (âge, éducation formelle, catégorie professionnelle, région géographique, modalité de temps de travail, type de contrat, secteur institutionnel, race, statut migratoire) que les femmes du Q1, nous constatons que ces hommes touchent en moyenne 17,6 dollars US par heure. Par conséquent, les femmes du premier quantile sont sous-payées de 2,7 dollars US par heure (14,9 - 17,6 = -2,7) si l'on compare leurs attributs à ceux des hommes du premier quantile – c'est la part de l'écart salarial qui peut être expliquée par une comparaison des attributs des femmes et des hommes du même quantile.

L'exemple montre par ailleurs que la combinaison d'attributs des femmes du premier quantile rapporte, en moyenne, un rendement sur le marché du travail de 17,6 dollars US pour les hommes ayant un ensemble d'attributs similaire « dans la population ». L'écart de 4,7 dollars US par heure (17,6 - 12,9 = 4,7) pour les femmes du Q1 est la part de l'écart qui ne peut pas être expliquée par une différence au niveau des attributs

³⁴ Les données relatives aux États-Unis proviennent de l'enquête de recensement de la population d'octobre 2019. Voir l'annexe 1 pour des détails sur les sources de données. Les estimations de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes et la décomposition à chaque quantile reposent sur la transformation de la répartition des salaires en logarithme naturel. Il peut y avoir une légère différence au niveau de la valeur de l'écart si l'on utilise les niveaux par rapport à la transformation logarithmique.

observés entre les femmes et les hommes dans la population. Cette part structurelle inexpliquée est souvent considérée comme une mesure de la discrimination fondée sur le genre. Au bout du compte, pour une femme du Q1 qui travaille en moyenne 40 heures par semaine, le fait de ne pas être rémunérée (en moyenne) pour ses attributs de la même manière que les hommes se traduit par une perte de revenus d'approximativement 9 976 dollars US par an.

L'exemple de la Suisse révèle un scénario différent. La figure 4.1 montre que dans le cas de ce pays, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au plus haut quantile (Q9) est de 19,1 %, c'est-à-dire que dans ce quantile, les femmes qui travaillent dans le secteur suisse de la santé touchent environ 19 % de moins par heure que les hommes. La décomposition du quantile (dans la figure 5.1) montre que la part expliquée de cet écart salarial est de 8,7 %, tandis que la part inexpliquée représente 10,4 % de l'écart salarial. La partie expliquée positive signifie qu'au Q9 du secteur suisse de la santé, les attributs et caractéristiques professionnels des femmes ressemblent en moyenne à ceux des hommes de quantiles inférieurs. En conséquence, les hommes (dans la population) contrefactuels en termes d'attributs professionnels au regard des femmes du Q9 touchent en moyenne moins que les hommes se situant réellement dans le Q9. Le résultat est dès lors que $(q_v^m - q_v^f) > 0$. Dans ce cas, la décomposition nous aide à isoler le fait que 8,7 % de l'écart total de 19,1 % s'explique par le fait que les hommes du Q9 sont probablement plus âgés, ont plus d'expérience, et appartiennent à des catégories professionnelles plus élevées, notamment, par rapport aux femmes du même quantile. Dans l'exemple du Q9 de la Suisse, si toutes ces femmes étaient payées au même niveau que les hommes pour les attributs qu'elles utilisent dans leur travail quotidien, le salaire moyen des femmes du Q9 demeurerait inférieur de 8,7 % à celui des hommes de ce quantile.

Cela laisse une part de 10,4 % de l'écart inexpliquée. C'est-à-dire que, quels que soient les attributs des hommes du Q9, le rendement que les femmes du Q9 obtiennent pour la combinaison d'attributs qu'elles utilisent dans leur travail quotidien est en moyenne inférieur de 10,4 % à ce que les hommes obtiennent pour le même ensemble d'attributs dans la population (à n'importe quel quantile). D'une certaine manière, les deux parties prises ensemble semblent indiquer que par rapport aux hommes, les femmes du Q9 en Suisse peuvent être (par exemple) un peu plus jeunes, ou peut-être des infirmières hautement qualifiées plutôt que des médecins, ce qui correspondrait à la part expliquée. Toutefois, les hommes du même âge qui sont des infirmiers tout aussi qualifiés et qui peuvent se situer dans d'autres déciles que le Q9 sont mieux rémunérés que les femmes du Q9 qui ont les mêmes attributs. Dès lors, si les femmes du Q9 dans le secteur de la santé suisse étaient payées, pour leurs attributs professionnels, au même niveau général que les hommes ayant le même ensemble d'attributs, les gains des femmes du Q9 augmenteraient de 10,4 % par heure par rapport aux hommes, ce qui laisse un écart salarial de 8,7 % pour ce quantile.

Si l'on additionne les deux parties, quelles sont les implications en termes monétaires ? Au quantile Q9, le salaire contrefactuel des femmes du secteur de la santé suisse est de 57 francs suisses par heure. En réalité, les femmes sont payées 51,4 francs suisses par heure au décile, tandis que les hommes sont payés 62,2 francs suisses par heure. La sous-évaluation des attributs professionnels des femmes dans le secteur de la santé suisse au Q9, par rapport à la rémunération des hommes ayant les mêmes attributs, équivaut à une perte annuelle de 11 648 francs suisses (environ 10 600 dollars US) pour une femme qui travaille à temps plein et qui se situe dans ce quantile.

Enfin, la figure 5.1 montre que la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est négative dans quelques pays (Argentine, Bangladesh, Belgique, Canada, Égypte et Jordanie) aux quantiles de l'extrémité supérieure de la répartition des salaires. Suivant la même logique que pour les deux exemples ci-devant, l'interprétation de ces valeurs négatives est qu'en moyenne dans ces quantiles, les femmes sont payées davantage pour leurs attributs que les hommes qui ont des attributs comparables dans la population. Dans le cas de la Belgique, la figure 4.1 montre que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au Q8 est d'environ 5 %. La décomposition présentée dans la figure 5.1 montre que +8,9 % de l'écart est expliqué par les différences observées entre les femmes et les hommes. C'est-à-dire qu'au Q8, les hommes semblent posséder de meilleurs attributs professionnels que les femmes. La part inexpliquée de l'écart est négative (-4,1 %). Dans ce cas, la décomposition montre que la part expliquée à ce quantile est supérieure à l'écart simple observé de 5 %. Les femmes situées dans le Q8 du système de santé de la Belgique semblent être mieux rémunérées pour leurs attributs – de 4,1 % – que les hommes aux attributs similaires dans la population.

Le schéma qui se dégage de la figure 5.1 indique que **dans presque tous les pays et à presque tous les quantiles de la répartition des salaires, la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes domine et est positive**. Seuls cinq des 54 pays ne répondent pas à ce schéma, dont trois (Belgique, Bulgarie et Bangladesh) sont repris dans la figure 5.1.³⁵ Le fait que, dans l'ensemble des pays, la part inexpliquée de l'écart salarial est positive et dominante offre des preuves convaincantes de ce que dans le monde entier, les femmes du secteur de la santé sont sous-payées pour leurs attributs professionnels par rapport aux hommes au profil similaire (leurs contrefactuels dans la population, voir l'encadré 4). De même, la figure 5.1 montre que **dans presque tous les pays, la part « expliquée » de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est négative, en particulier dans le bas et jusqu'au milieu de la répartition des salaires**. Dans la figure 5.1, cette affirmation est vraie pour tous les pays sauf le Bangladesh, la Bulgarie et l'Italie. Cela indique que tandis que, de manière générale, les femmes gagnent moins que les hommes pour leurs attributs professionnels (la composante inexpliquée), au sein des déciles, elles ont de meilleurs attributs professionnels que les hommes. Si les femmes obtenaient le même rendement pour leurs attributs professionnels que les hommes, elles seraient nombreuses à figurer dans des quantiles plus élevés de la répartition des salaires et l'écart salarial « négatif » observé à ces quantiles disparaîtrait.

Cette correction aurait un effet substantiel sur la forme de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes par rapport à celle que l'on peut voir dans la figure 4.1. Prenons par exemple le cas du premier quantile en France. La figure 4.1 suggère que l'écart salarial simple femmes-hommes est de *moins* 10 %, tandis que la décomposition présentée dans la figure 5.1 montre qu'au Q1 en France, la part expliquée de l'écart est non seulement négative, mais atteint moins 21 %. Autrement dit, les hommes contrefactuels des femmes du Q1 se situent dans des quantiles supérieurs, et si les femmes du premier quantile étaient rémunérées comme leurs contrefactuels, il est probable que nombre d'entre elles se retrouveraient dans des quantiles plus élevés, donnant un écart salarial au Q1 égal à la partie inexpliquée. Par conséquent, dans la figure

4.1, pour la France au Q1, l'écart salarial serait positif et égal à la partie inexpliquée attribuable à ce *quantile*³⁶.

Cette illustration pourrait être appliquée à tout quantile affichant une estimation négative de la composante expliquée dans la figure 5.1. En fait, si cet exercice était effectué à chaque quantile affichant un écart négatif dans la figure 4.1, il en résulterait que dans l'ensemble des pays, les écarts de rémunération négatifs au niveau des quantiles disparaîtraient, menant à des écarts positifs sur l'ensemble des pays et des quantiles. Cela vaut pour les 54 pays de l'ensemble de données, à l'exception du Luxembourg et de la République dominicaine.

Comme signalé, les seuls des 54 pays qui s'écartent des schémas mentionnés ci-dessus sont la Bulgarie, le Bangladesh, l'Italie, le Luxembourg et la République dominicaine. En particulier en ce qui concerne la Bulgarie et l'Italie, et dans tous les quantiles, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes semble en grande partie s'expliquer par le fait que les hommes ont de meilleurs attributs professionnels que les femmes au sein des quantiles (la composante expliquée), et la composante inexpliquée semble être relativement faible – sauf dans le quantile supérieur, où la valeur relative de la composante inexpliquée augmente de manière significative. Les cas du Bangladesh, de la République dominicaine et du Luxembourg (non repris dans la figure 5.1) sont un mélange de parts expliquée et inexpliquée dans l'ensemble des quantiles, sans schéma identifié.

Une observation intéressante qui ressort de la figure 5.1 est le fait que dans le secteur de la santé, **le schéma des composantes expliquée et inexpliquée dans l'ensemble des quantiles ne semble pas différer entre régions ni catégories de revenu**. Par exemple, la forme et la composition de l'écart salarial sur l'ensemble des quantiles aux États-Unis sont semblables à celles que l'on observe en Afrique du Sud, en France, au Nigéria, au Pakistan, au Pérou, au Sri Lanka et en Thaïlande. Il peut s'avérer plus informatif de comparer l'*ampleur* des composantes expliquée et inexpliquée d'une région géographique et économique à l'autre. La figure 5.2 illustre ce fait, ayant estimé la moyenne pondérée sur l'ensemble des quantiles de chacune des composantes de la figure 5.1 pour chaque pays, chaque région et le monde, en tenant compte des

³⁵ Les deux autres sont la République dominicaine et le Luxembourg. Les estimations relatives à ceux des 54 pays qui ne sont pas affichés dans le rapport sont disponibles sur demande auprès des auteurs.

³⁶ Nous soulignons qu'avec le déplacement des femmes vers des quantiles plus élevés, la composante « inexpliquée » diminuerait probablement par rapport à sa valeur initiale, mais ne disparaîtrait pas nécessairement au sein du quantile. En fait, la composante inexpliquée restante au quantile correspondrait à la différence en termes de rendement pour les attributs professionnels entre les hommes et les femmes qui partagent correctement les mêmes attributs dans le même quantile.

54 pays³⁷. La figure 5.2 montre que dans toutes les régions à l'exception de l'Europe (autrement dit en Afrique, en Méditerranée orientale, dans les Amériques, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental), la moyenne de la composante expliquée est négative. Par conséquent, **dans toutes les régions hormis l'Europe, corriger l'allocation des femmes aux quantiles de la répartition des salaires en fonction de leurs attributs professionnels réduirait l'écart salarial femmes-hommes à une composante inexpliquée uniquement.** Une comparaison entre régions montre que la composante inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est la plus élevée en Afrique (46 %), dans les Amériques (28 %) et en Méditerranée orientale (27 %). Ces régions se composent principalement de pays à revenu faible ou intermédiaire. En ce qui concerne les autres régions, la composante inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est de 12 % en Asie du Sud-Est, de 15 % dans le Pacifique occidental et de 14 % en Europe – ces deux dernières régions, en particulier l'Europe, étant dominées par les pays à revenu élevé.

L'Europe est la seule région où l'ampleur moyenne de la composante expliquée est positive : environ 8 % de l'écart salarial femmes-hommes en Europe s'explique par le fait que les hommes – au sein des quantiles – possèdent un plus grand nombre des attributs qui sont mieux rémunérés dans le secteur de la santé, par rapport aux attributs des femmes qui se situent dans les mêmes quantiles. Cependant, dans le cas de l'Europe, une part égale à 14 points de pourcentage de l'écart salarial global femmes-hommes (à savoir 22 %, mesuré sur la moyenne pondérée à chaque quantile) demeure inexpliquée et ne peut être attribuée qu'au fait que les femmes sont payées moins que les hommes qui ont un ensemble d'attributs professionnels similaire, celui-ci déterminant la productivité des personnels du secteur de la santé.

Enfin, la figure 5.2 fournit une estimation de l'écart salarial expliqué et inexpliqué entre femmes et hommes à l'échelle mondiale, toutefois il convient de garder à l'esprit que notre ensemble de données comprend 54 pays qui, ensemble, représentent environ 40 % des salariés du monde. Nos estimations mondiales peuvent être comparées à d'autres estimations analogues, telles que celles obtenues sur la base de l'ensemble des secteurs économiques de 65 pays qui, ensemble, représentent environ 80 % des salariés du monde (OIT, 2018a). Il ressort de

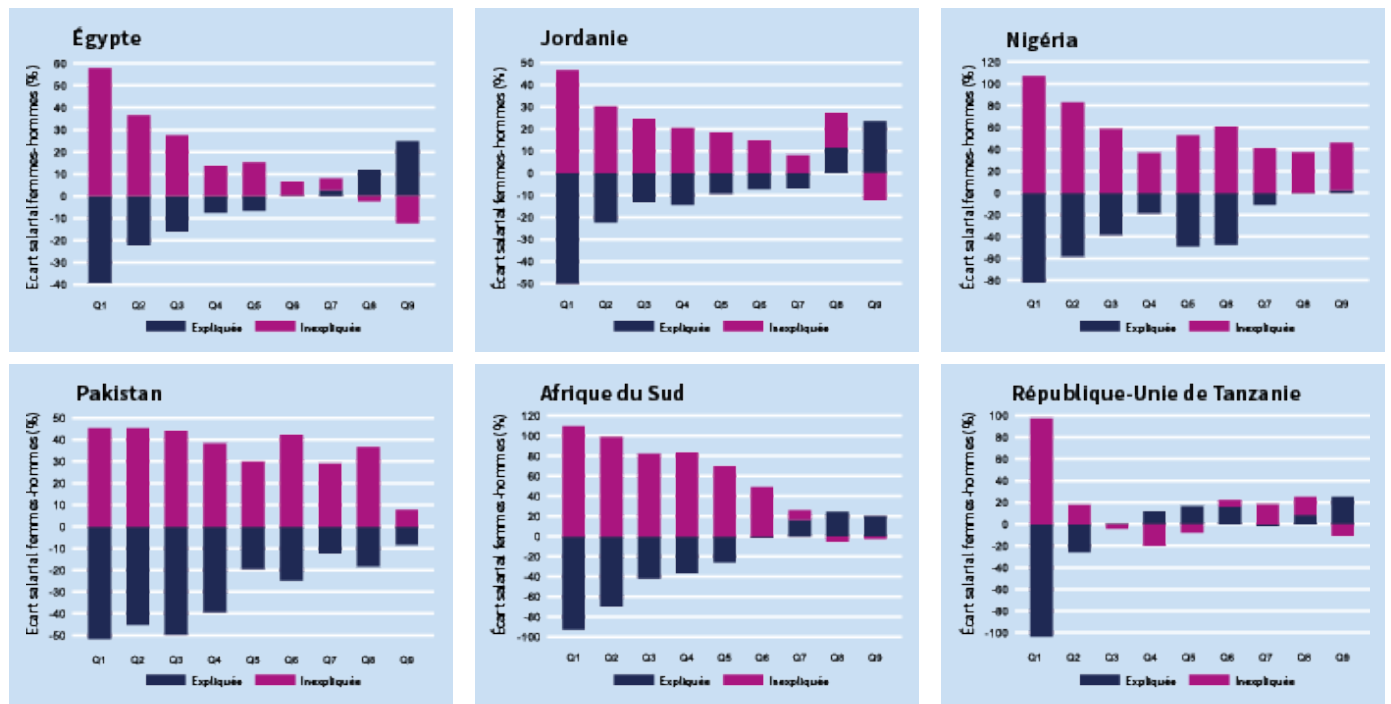
cette comparaison que dans le secteur de la santé, la composante expliquée mondiale (-3,5 %) et la composante inexpliquée mondiale (+22 %) sont toutes deux inférieures aux estimations mondiales (-16 % et 33 % respectivement) fondées sur l'ensemble des secteurs de l'économie (OIT, 2018a : figure 30).

³⁷ La moyenne pondérée sur l'ensemble des quantiles est la même que la moyenne simple du fait que chaque quantile se compose d'un nombre égal d'individus dans la population. Tenir compte des quantiles offre une autre méthode de correction pour tenir compte des concentrations. Par conséquent, dans la figure 5.2, les écarts salariaux totaux pondérés de chaque pays (pour chaque pays, la somme des deux composantes) devraient être similaires aux écarts pondérés présentés dans le chapitre 3, mais pas forcément identiques. Tous deux peuvent être considérés comme de meilleures approximations de l'écart salarial sous-jacent réel que l'écart salarial brut classique.

FIGURE 5.1

Parts expliquée et inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins d'un échantillon de pays, dernières années pour lesquelles des données sont disponibles

Afrique et Méditerranée orientale



Amériques

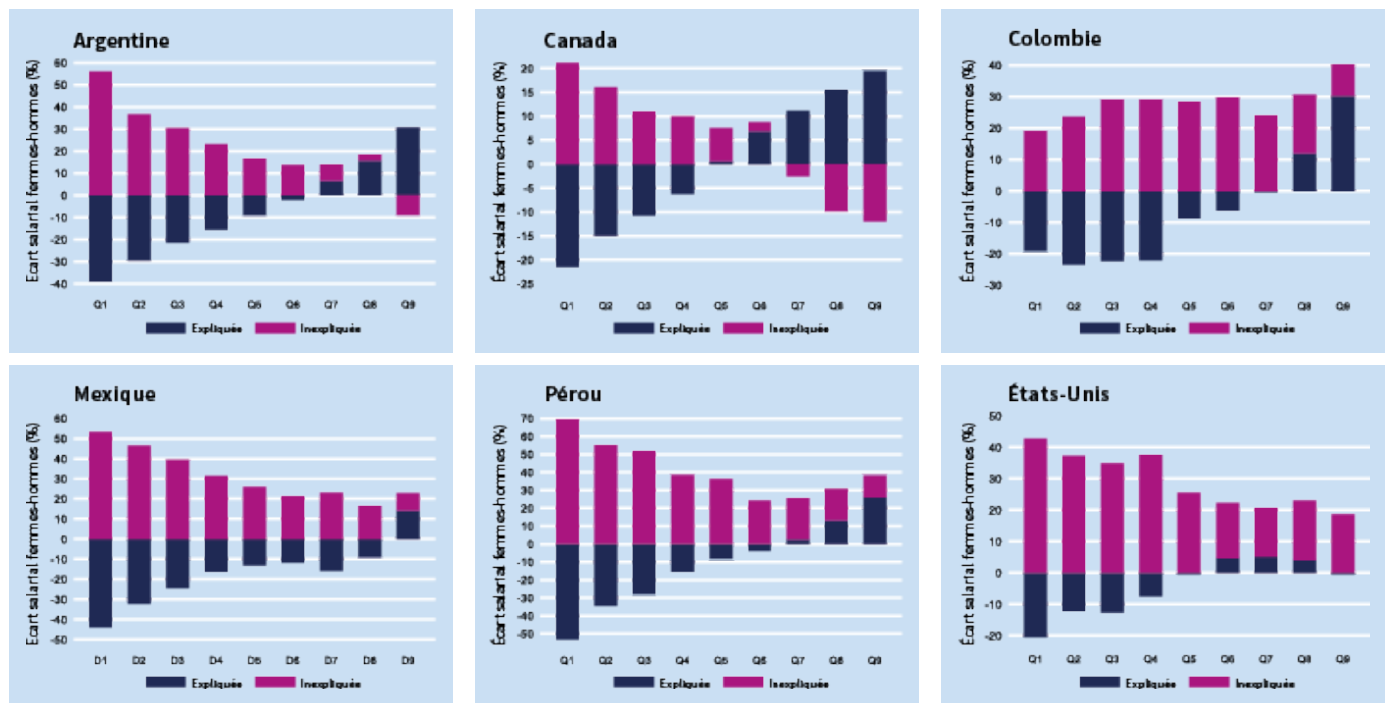
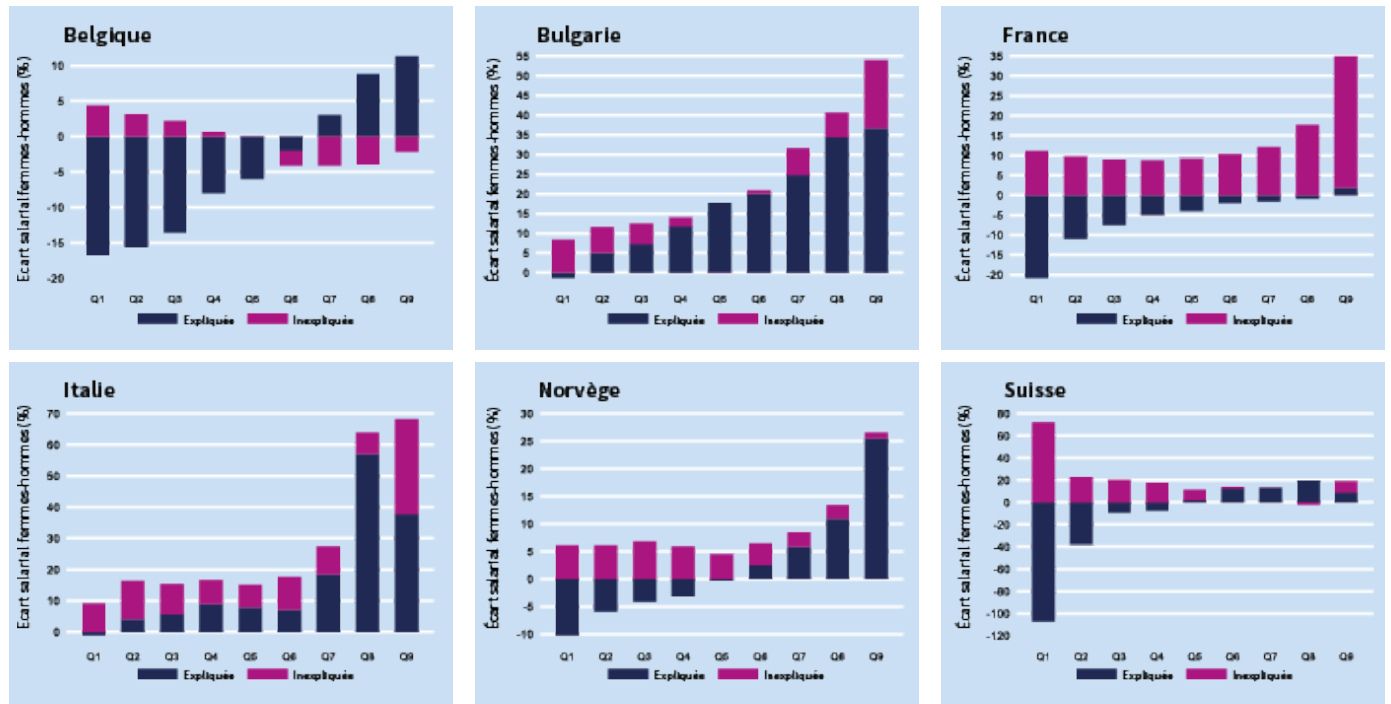
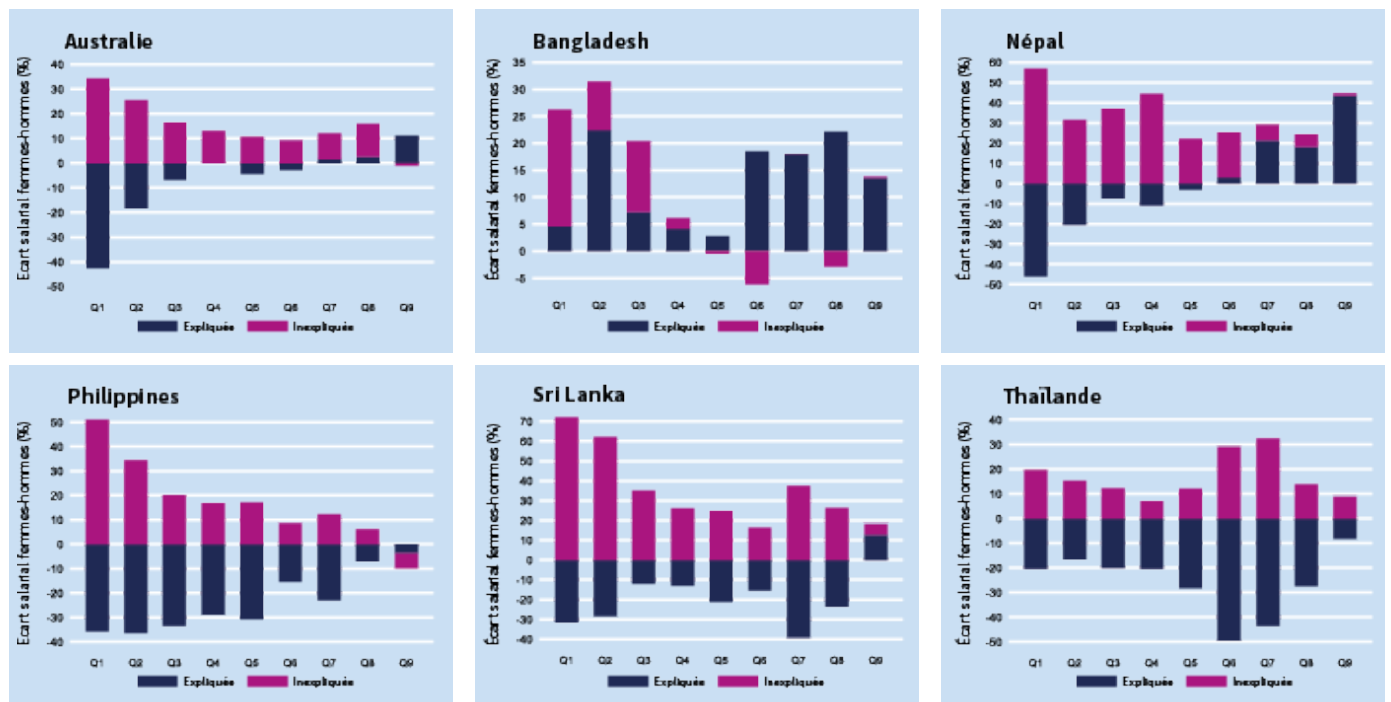


FIGURE 5.1 CONT.

Europe



Asie du Sud-Est et Pacifique occidental

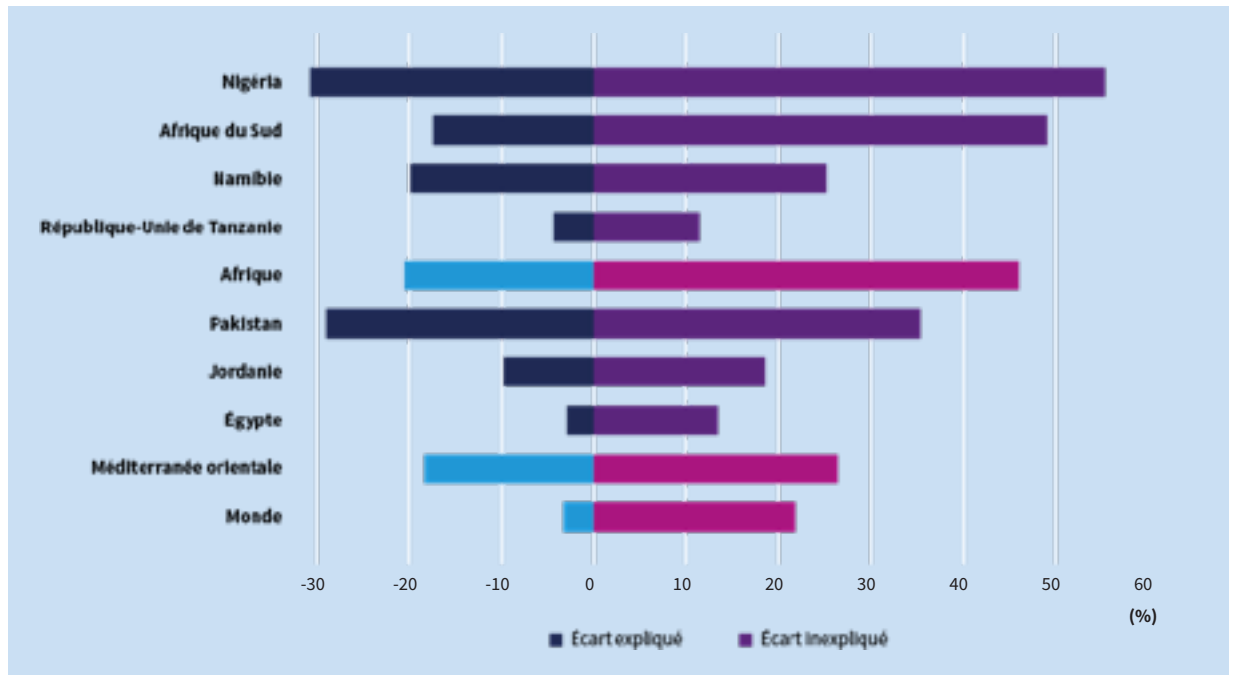


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1). Voir l'annexe 2 pour de plus amples détails sur la méthode utilisée pour décomposer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes entre les composantes expliquée et inexpliquée.

FIGURE 5.2

Moyenne pondérée des parts expliquée et inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes présentées dans la figure 5.1, par région, dernières années pour lesquelles des données sont disponibles

Afrique et Méditerranée orientale



Amériques

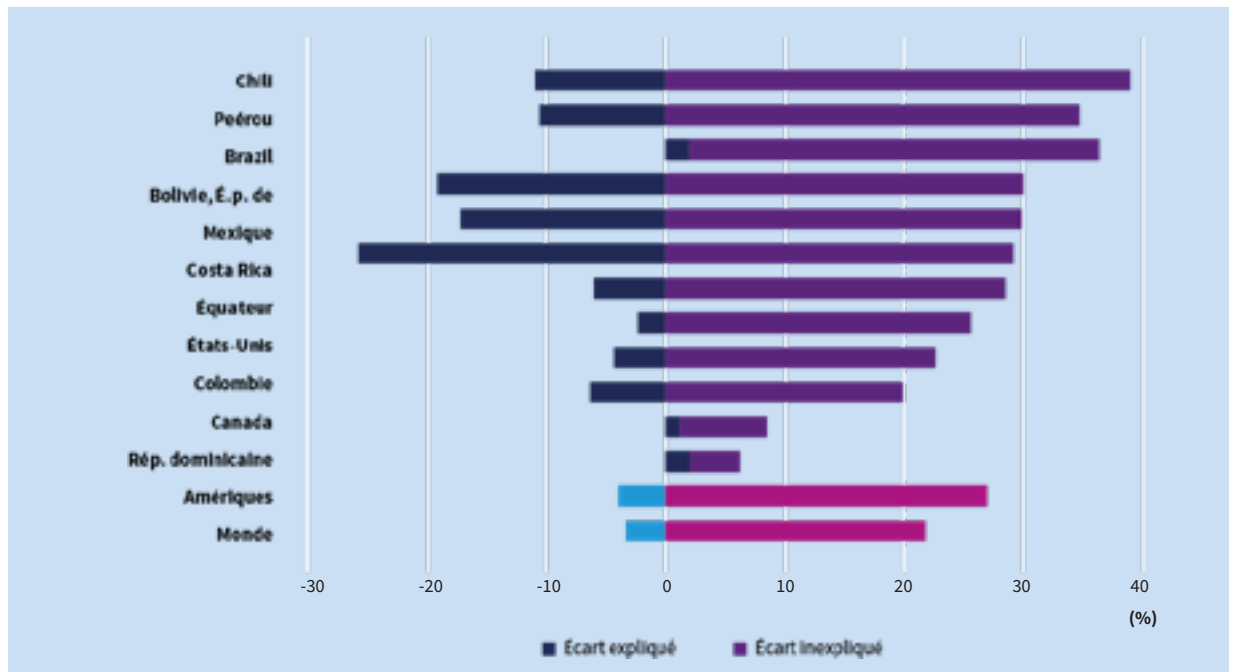
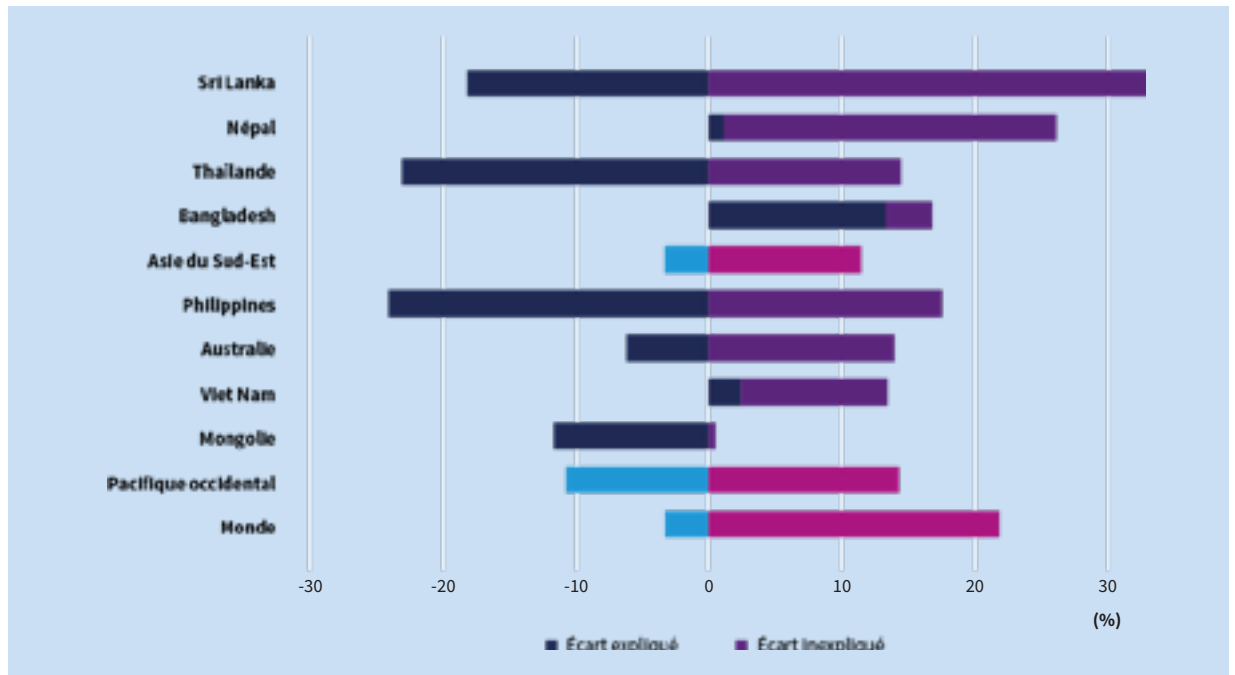
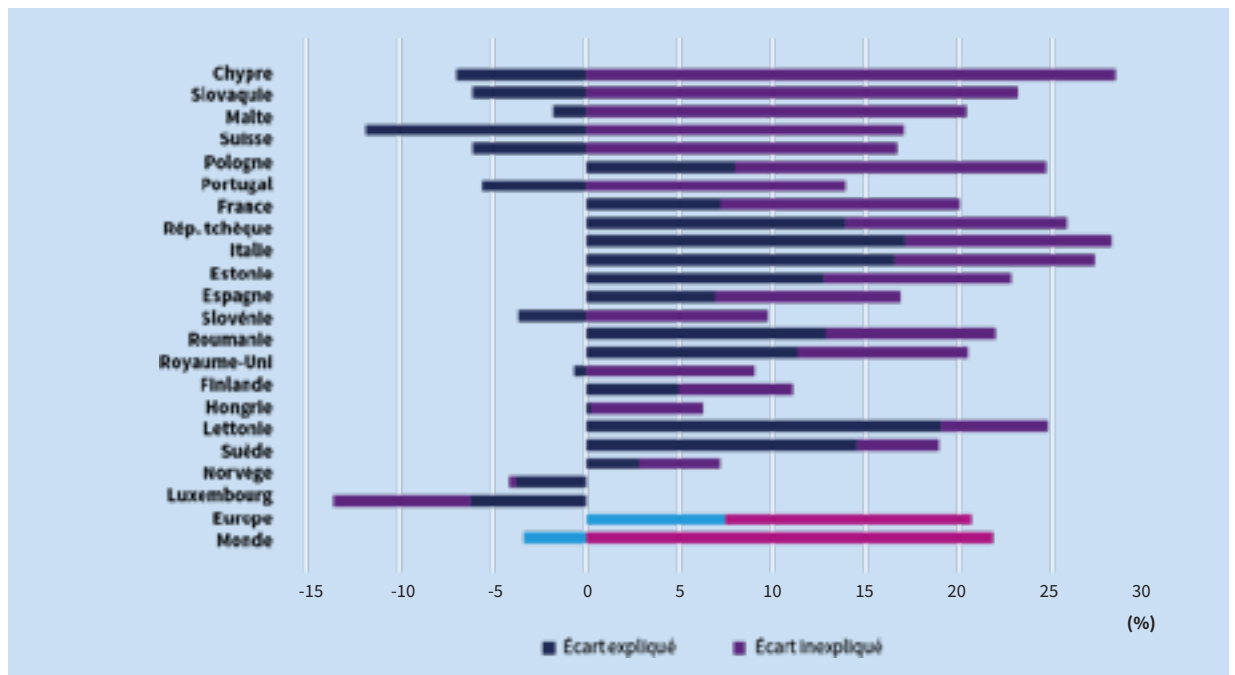


FIGURE 5.2 CONT.

Asie du Sud-Est et Pacifique occidental



Europe



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1). Voir l'annexe 2 pour de plus amples détails sur la méthode utilisée pour décomposer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes entre les composantes expliquée et inexpliquée.

5.2 Décomposition totale : isoler la contribution de l'âge et de la catégorie professionnelle à la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins

Ce sous-chapitre va plus loin que les techniques économétriques utilisées dans le sous-chapitre 5.1, où l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes était décomposé en deux parties (expliquée et inexpliquée), en appliquant en outre une analyse de régression. Dans cette analyse, nous ajoutons une régression de quantiles inconditionnels pour estimer dans quelle mesure chacun des facteurs du tableau 5.1 – lorsqu'ils sont disponibles au niveau des pays – contribue à la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes à chaque quantile et pour chaque pays. L'encadré 6 complète donc l'encadré 5 en décrivant de manière plus détaillée cette quatrième étape. Le fonctionnement de la méthode de la régression de quantiles inconditionnels est quant à lui expliqué dans l'annexe 2.

Plusieurs facteurs pouvant varier d'un pays à l'autre sont repris dans la spécification de régression qui modélise la détermination des salaires. Toutefois, dans ce sous-chapitre, l'analyse est axée sur deux facteurs qui se démarquaient lors de la description des différences entre les caractéristiques des femmes et des hommes sur l'ensemble de la répartition des salaires (voir les figures 4.2 à 4.7). Il s'agit des catégories professionnelles et de l'âge, utilisé pour évaluer l'expérience professionnelle. Chaque figure de ce sous-chapitre affiche les contributions à la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes en tant que résultat des différences entre les femmes et les hommes en termes de catégorie professionnelle, d'âge et d'autres facteurs, catégorie qui rassemble les contributions à la part expliquée de l'écart salarial de tous les autres facteurs saisis dans la spécification de régression au niveau des pays. Par exemple, dans le cas des pays européens (à l'exception de la Turquie et de la Suisse), les « autres facteurs » incluent la modalité de temps de travail, les conditions contractuelles, le secteur institutionnel, le type de convention collective sur les salaires appliqué dans l'entreprise, la taille et la situation géographique de l'entreprise. Bien que, dans chacun des 54 pays, la configuration des facteurs diffère en fonction des données disponibles, tous les pays comportent

les facteurs communs suivants : âge, niveau d'instruction, catégorie professionnelle, modalité de temps de travail et secteur institutionnel (voir le tableau 5.1).

La figure 5.3 montre la décomposition détaillée pour 20 des 43 pays pour lesquels la décomposition est possible³⁸. Dans chaque cas et à chaque quantile, la part inexpliquée est identique à celle qui est indiquée dans la figure 5.1. De même, par quantile et par pays, la part expliquée dans la figure 5.1 est identique à la somme des trois composantes sous-jacentes de la part expliquée (âge, niveau d'instruction et autres facteurs) apparaissant dans la figure 5.3. Prenons un exemple à titre de démonstration : le quatrième quantile aux États-Unis (Q4/É-U). La figure 5.1 montre qu'au total, la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au Q4 aux États-Unis est essentiellement nulle (en fait, elle est de moins 2,5 %), ce qui indique que l'entièreté de l'écart salarial horaire dans ce quantile (environ 31 %) est inexpliquée par les facteurs liés au marché du travail. La décomposition plus approfondie du Q4 des États-Unis illustrée dans la figure 5.3 révèle que, loin de ne pas jouer de rôle, les facteurs explicatifs interagissent dans la détermination de l'écart salarial femmes-hommes au Q4 dans ce pays.

La décomposition montre que la part expliquée (égale à moins 2,5 %) est déterminée par l'impact positif de la différence d'âge entre les femmes et les hommes de ce quantile (+20,7 %), l'impact négatif de la différence de catégorie professionnelle entre les femmes et les hommes de ce quantile (-9,7 %) et l'impact négatif de la différence au niveau de tous les autres facteurs entre les femmes et les hommes de ce quantile (-11,5 %). Ainsi, la décomposition nous aide à comprendre que, dans le quatrième quantile du secteur de la santé des États-Unis, une partie de l'écart salarial pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont plus âgés que les femmes (et tendent donc à avoir davantage d'expérience), que les femmes ont des emplois dans des catégories professionnelles plus élevées (ce qui suggère qu'elles devraient se situer dans des quantiles plus élevés de la répartition des salaires), et que les femmes semblent posséder d'autres facteurs pour lesquels les hommes sont également mieux rémunérés, dans des quantiles supérieurs – dans le cas des États-Unis, les « autres facteurs » comprennent le niveau d'instruction, le temps de travail, le secteur institutionnel, la race, la situation géographique et le statut migratoire.

³⁸ Comme souligné précédemment, une fois sélectionnés les salariés du secteur de la santé (laissant de côté les autres secteurs économiques), seuls 43 des 54 pays ont un échantillon suffisamment grand pour effectuer une décomposition plus détaillée. Dans la mesure du possible, nous continuons de présenter les pays illustrés dans les figures précédentes. Les estimations relatives aux pays qui ne sont pas illustrés dans le rapport sont disponibles sur demande.

Bien que les trois facteurs s'éliminent les uns les autres pour ne laisser qu'un effet négligeable sur la part explicative au Q4 aux États-Unis, la décomposition offre quelques enseignements aux fins de l'évaluation des politiques : dans ce quantile, les estimations montrent que les hommes peuvent avoir accumulé davantage d'expérience que les femmes (peut-être en raison du fait que les femmes aux qualifications similaires ont dû quitter le marché du travail de manière intermittente, par exemple pour s'occuper d'enfants en bas âge), mais que les femmes semblent plus qualifiées que les hommes de ce quantile, même si elles sont plus jeunes. Cela expliquerait le fait qu'elles appartiennent à des catégories professionnelles plus élevées. Par conséquent, pour autant que ces femmes plus jeunes puissent conserver leur position sur le marché du travail et accumuler de l'expérience – si, par exemple, des services de garde étaient fournis lorsqu'elles en ont besoin pour les aider à parvenir à un équilibre entre vie professionnelle et vie privée égal à celui des hommes aux qualifications similaires – une partie de l'écart salarial expliqué observé qui découle de la différence d'âge par rapport aux hommes du même quantile disparaîtra avec le temps³⁹.

Il est clair que le présent rapport ne peut fournir une telle analyse pour chaque quantile de chaque pays répertorié dans la figure 5.3. Néanmoins, des schémas clairs se dégagent des graphiques. Premièrement, pour tous les pays – et en particulier dans la moitié inférieure de la répartition des salaires (Q1 à Q5) –, la composante « catégorie professionnelle » est négative. C'est-à-dire que, du bas jusqu'au milieu de la répartition des salaires, il semble que les femmes soient mieux qualifiées que les hommes du même quantile. Si ces femmes étaient rémunérées pour leur catégorie professionnelle au même niveau que les hommes, elles accéderaient à des quantiles supérieurs et l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes se réduirait. L'Afrique du Sud, l'Argentine, le Bangladesh, la Belgique, le Canada, l'Égypte et la Jordanie sont des exemples de ce phénomène. Dans plusieurs pays, il est également clair que dans les quantiles supérieurs, les femmes touchent moins au titre de leur catégorie professionnelle que les hommes. Elles sont tout simplement

moins rémunérées que les hommes de la même catégorie professionnelle au sein du même quantile, notamment en Argentine, au Bangladesh, en Belgique, au Canada, en Colombie, en Jordanie, aux Philippines et en Thaïlande. Les États-Unis, la France et l'Italie sont les trois seuls pays où une catégorie professionnelle plus élevée explique un salaire plus élevé pour les hommes que pour les femmes dans les quantiles supérieurs.

La variable de l'âge paraît être un facteur puissant qui semble expliquer objectivement pourquoi les femmes sont moins bien rémunérées que les hommes au sein d'un quantile donné. En général, tous autres facteurs demeurant du reste constants, les salariés plus âgés quelque soit leur sexe, sont payés davantage que les travailleurs plus jeunes dans le secteur de la santé, et au sein des quantiles, il semble que les hommes tendent à être plus âgés que les femmes dans la plupart des pays. De ce fait, si l'on compare les femmes et les hommes ayant une combinaison de facteurs professionnels similaire, les hommes sont plus âgés (ont accumulé plus d'expérience), ce qui explique une partie de l'écart salarial observé. Cependant, ce schéma ne vaut pas pour certains pays au bas de la répartition des salaires : en Afrique du Sud, en Argentine, au Bangladesh, en Belgique, au Canada et en Norvège, les femmes du quantile inférieur semblent être plus âgées (avoir accumulé plus d'expérience) que les hommes du même quantile. Dans ces pays, le fait que les femmes, sur le marché du travail, ne sont pas rémunérées de la même manière que les hommes pour ces attributs contribue à l'écart salarial dans les quantiles inférieurs.

En somme, dans le monde entier, les hommes semblent avoir plus d'expérience (autrement dit, ils sont plus âgés que les femmes) dans le secteur de la santé, mais des femmes plus jeunes occupent de plus en plus des postes de catégorie professionnelle plus élevée par rapport à ceux des hommes dans des quantiles similaires. Dans le secteur de la santé, les emplois les mieux rémunérés sont clairement en lien avec les carrières STIM (science, technologie, ingénierie, mathématiques) – dans lesquelles les femmes sont moins susceptibles d'être représentées (OCDE, 2019 ; Stoet et Geary, 2018). Cependant, les données de la figure 5.3 semblent indiquer un

³⁹ L'analyse peut être approfondie selon les besoins, et pour chaque quantile, nous pouvons examiner le « poids » de chaque facteur vis-à-vis de la partie expliquée de l'écart salarial femmes-hommes. Par exemple, dans le cas du Q4 aux États-Unis, la composition des autres facteurs comprend la contribution à l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes de la prime que les hommes et femmes blancs touchent par rapport aux « autres travailleurs non blancs » du secteur de la santé. L'analyse révèle qu'au Q4 aux États-Unis, les hommes blancs touchent une prime de salaire de 5,5 % par rapport aux hommes non blancs, toutes choses égales par ailleurs. Pour les femmes blanches, cette prime au Q4 s'élève à 1,2 %. Cependant, les hommes contrefactuels des femmes du Q4 percevraient une prime de 5,1 %. En même temps, aux États-Unis, le Q4 comporte un plus grand nombre de femmes blanches que d'hommes blancs (58 % et 44 % respectivement), et pris ensemble, ces deux faits contribuent à l'écart négatif de 11,5 % observé, qui réduit la composante explicative de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au Q4 aux États-Unis. En d'autres termes, le fait que les femmes non blanches touchent moins que les femmes blanches pour une dotation en capital humain comparable, c'est-à-dire l'existence d'un écart salarial inexpliqué lié à la race qui favorise les travailleurs blancs, contribue à réduire l'écart expliqué entre les femmes et les hommes au quatrième quantile de la répartition des salaires horaires dans le secteur de la santé des États-Unis, du fait que ce quantile compte davantage de femmes que d'hommes.

rétrécissement de l'écart générationnel entre les femmes et les hommes dans les carrières STIM dans le secteur de la santé, ce qui devrait contribuer à réduire l'écart salarial femmes-hommes au cours des prochaines années.

Un autre aspect remarquable de la figure 5.3 est le fait que lorsque les facteurs de l'âge et de la profession sont isolés, on observe plusieurs pays (notamment l'Afrique du Sud, l'Argentine et la Belgique) où l'impact des « autres facteurs » sur la composante expliquée devient positif, en particulier dans les quantiles supérieurs. Cela tend à indiquer que les hommes possèdent davantage des caractéristiques mieux rémunérées sur le marché du travail dans le secteur de la santé, au sein d'un quantile donné, que les femmes. Ces facteurs comprennent le travail à plein temps par opposition au temps partiel, le fait de bénéficier d'un contrat à durée indéterminée plutôt que d'un contrat à durée déterminée, le fait d'être un ressortissant du pays plutôt qu'un migrant (pour l'Amérique latine, la Suisse et les États-Unis), le fait d'être blanc plutôt que d'une autre race (aux États-Unis), le fait de travailler dans une entreprise qui applique une convention collective en matière de salaires (pour les pays d'Europe, à l'exception de la Suisse et de la Turquie, où les informations sur les conventions collectives en matière de salaires figurent dans les données), ou le fait de posséder un emploi formel par opposition à un emploi salarié dans l'économie informelle (dans les pays d'Afrique, d'Amérique latine, d'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, à l'exception de l'Australie où l'indicateur « formel » n'est pas identifié). Exception faite des facteurs liés au statut migratoire ou à la race, tous ces autres facteurs reflètent les conditions de travail sur le marché du travail – et pourraient être influencés par des mesures politiques. Le fait que ces « autres facteurs » créent un avantage salarial pour les hommes montre que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'occuper des postes comportant davantage de déficits en termes de conditions de travail – et qu'une conséquence claire en est une moindre rémunération.

La figure 5.4 fournit des résumés (par pays, par région et à l'échelle mondiale) de l'ampleur de chacune des composantes, ayant estimé les moyennes pondérées sur l'ensemble des quantiles de manière analogue à la figure 5.2, qui récapitulait l'information pour les composantes expliquée et inexpliquée. Cette figure renforce davantage encore les conclusions tirées de la figure 5.3. Ainsi, en Afrique, en Méditerranée orientale, dans les Amériques, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental, en moyenne, les hommes sont plus âgés que les femmes salariées dans le secteur de la santé, ce qui explique en partie un écart qui demeure néanmoins inexpliqué dans la plupart des cas. En même temps, dans ces cinq régions géographiques, en moyenne, les femmes sont classées dans des catégories professionnelles plus élevées que celles qu'occupent les hommes du même quantile. Dès lors, en moyenne, les femmes sont sous-payées pour les professions qu'elles exercent, ce qui explique également une partie de l'écart salarial femmes-hommes. Dans la région de l'Europe, ce schéma est légèrement différent, en ce sens qu'à quelques exceptions près (Suisse et Luxembourg), les femmes sont sous-payées pour leur âge et leur profession par rapport aux hommes d'âge et de profil professionnel similaires. Une autre différence en ce qui concerne l'Europe est le fait que les hommes dépassent les femmes au niveau des caractéristiques professionnelles qui sont mieux rémunérées par le marché du travail dans le secteur de la santé ainsi que dans les autres secteurs en général. Ces caractéristiques comprennent une plus grande probabilité de travailler à plein temps, d'avoir un contrat à durée indéterminée ou de travailler dans une entreprise disposant d'une convention collective en matière de salaires. L'addition de ces « autres facteurs » explique 13,3 % de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans les pays européens, bien que, tout comme dans les autres régions, une fois toutes les composantes de l'écart prises ensemble, la part inexpliquée en Europe (13,4 %) continue de dominer s'agissant d'expliquer la différence de salaire horaire entre les femmes et les hommes dans la région.

Décomposition de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes : illustration de la démarche

La version complète de la décomposition entre les composantes expliquée et inexpliquée requiert d'appliquer un type d'analyse de régression connu sous le nom de régression de quantiles inconditionnels. L'application de cette méthode de régression produit des coefficients (ou poids) qui quantifient dans quelle mesure chaque attribut (facteur) contribue à chacune des deux parties (expliquée et inexpliquée) de l'écart (voir l'annexe 2 pour de plus amples détails). Dans le présent rapport, nous nous concentrons sur la décomposition complète de la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes à chaque quantile. Suivant la logique décrite dans l'encadré 5, une contribution positive d'un facteur donné à la part expliquée implique que, par rapport aux femmes, les hommes ont davantage d'une caractéristique donnée au sein du quantile concerné. Par exemple, les hommes peuvent avoir plus d'expérience en moyenne (tel que mesuré par l'âge) que les femmes de ce quantile, ce qui signifie que la contribution de l'âge à la part expliquée est positive. De même, une contribution négative d'un attribut donné à la part expliquée implique que les femmes ont davantage de cet attribut que les hommes du même quantile. Dans cette version complète de la décomposition, les parts inexpliquées restent les mêmes que dans la décomposition simple affichée dans les graphiques de la figure 5.1.

L'application de l'analyse de régression fait apparaître à chaque quantile deux autres composantes de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes qu'il convient de prendre en compte. La première est la composante « résiduelle » ou statistique, qui devrait être assez faible si la spécification du modèle décrit bien le processus de détermination des salaires. L'autre composante regroupe tout ce qui ne peut être expliqué ni par la dotation en capital humain et les caractéristiques des femmes ou des hommes ni par le rendement qu'ils peuvent en tirer, du moins dans la mesure où ces caractéristiques sont observables dans les données. En économétrie, on appelle cette composante le « terme constant ». Elle peut couvrir, par exemple, les effets sur les salaires des tendances macroéconomiques générales, de facteurs saisonniers tels que les conditions météorologiques, ainsi que tout autre facteur susceptible d'influer sur le processus de détermination des salaires, mais qui n'est pas propre aux individus dans le processus de production.

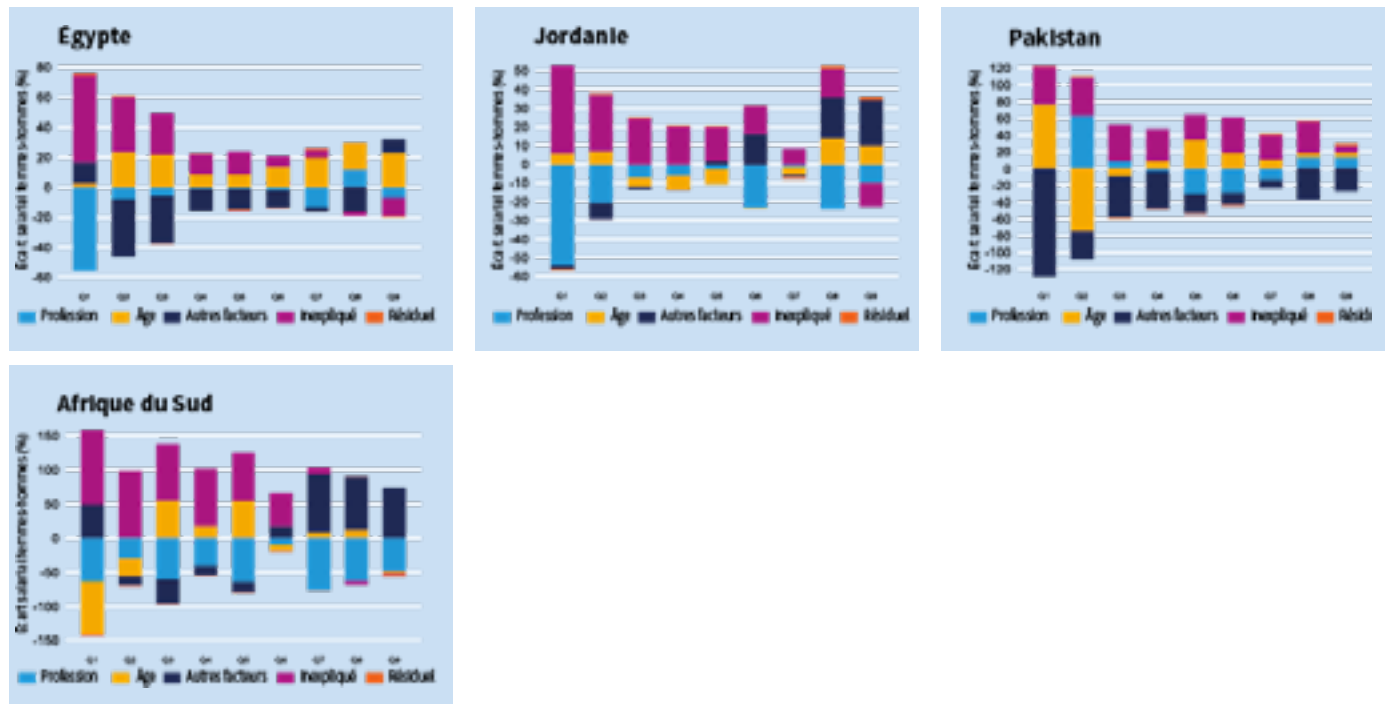
En théorie, l'estimation de cette part « inconnue », qui représente la différence entre hommes et femmes dans le cadre d'une évolution du marché du travail commune à tous, devrait être faible. Par exemple, il n'y a aucune raison pour que, en moyenne, les résultats macroéconomiques, les prévisions météorologiques, etc. influent différemment sur le salaire des femmes et sur celui des hommes dans le secteur de la santé ou dans tout autre secteur. Le terme constant peut toutefois refléter des disparités profondément enracinées dans la société et qui n'ont pas les mêmes effets sur les femmes et sur les hommes, tels que les stéréotypes, la valeur que la société attribue à certaines branches d'activité économique ou à certaines catégories professionnelles. Nous avons choisi d'interpréter le terme constant comme un élément qui renforce, que ce soit négativement ou positivement, la part inexpliquée⁴⁰.

⁴⁰ Bien que l'éventuel effet résultant des variables omises soit non négligeable, les indicateurs du tableau 5.1 et les termes d'interaction liés devraient en principe fournir une spécification assez complète pour générer nos résultats. Ce qui est plus problématique, c'est que bon nombre des variables retenues sont des catégories qui sont introduites comme indicateurs à part entière dans la régression. Les techniques économétriques imposent qu'au moins une modalité de chaque variable catégorielle soit exclue de la régression, conformément à l'exigence habituelle de restrictions d'exclusion pour faciliter l'identification des effets. Le choix de la modalité à exclure est arbitraire et, en fonction de ce choix, la valeur du coefficient affecté au terme constant change. Cette difficulté d'interprétation du terme constant dans la décomposition a déjà été soulignée (voir Fortin et al., 2011:41-44). Une solution consiste à scinder chaque modalité en deux : par exemple, au lieu d'avoir quatre modalités de niveau d'instruction et d'en exclure une arbitrairement, on crée une réponse binaire qui est soit « en dessous du secondaire » soit « secondaire et au-delà » et on en prend une des deux comme référence. Cela permet de neutraliser certains des effets découlant de l'exclusion arbitraire d'une modalité, avec l'inconvénient que les indicateurs pris en compte dans l'estimation des poids perdent en pouvoir explicatif. Pour éliminer les éventuels effets sur le terme constant, on peut systématiquement exclure les modalités qui concernent davantage un des deux sexes. Ainsi, pour tous les pays et toutes les décompositions, nous avons exclu les modalités suivantes : tranche d'âge la plus élevée ; travailleur semi-qualifié/peu qualifié ; salarié du secteur privé ; travail à plein temps plutôt qu'à temps partiel ; salarié d'une grande entreprise ; embauché en CDI. Toutes ces exclusions correspondant en principe davantage à un profil de salarié masculin que féminin dans le secteur de la santé et des soins, les restrictions d'exclusion ne procèdent pas d'un choix arbitraire, mais sont liées à la condition de femme ou d'homme sur le marché du travail.

FIGURE 5.3

Décomposition de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, en isolant la composante explicative des catégories professionnelles et de l'âge, dans un échantillon de pays, dernières années disponibles

Afrique et Méditerranée orientale



Amériques

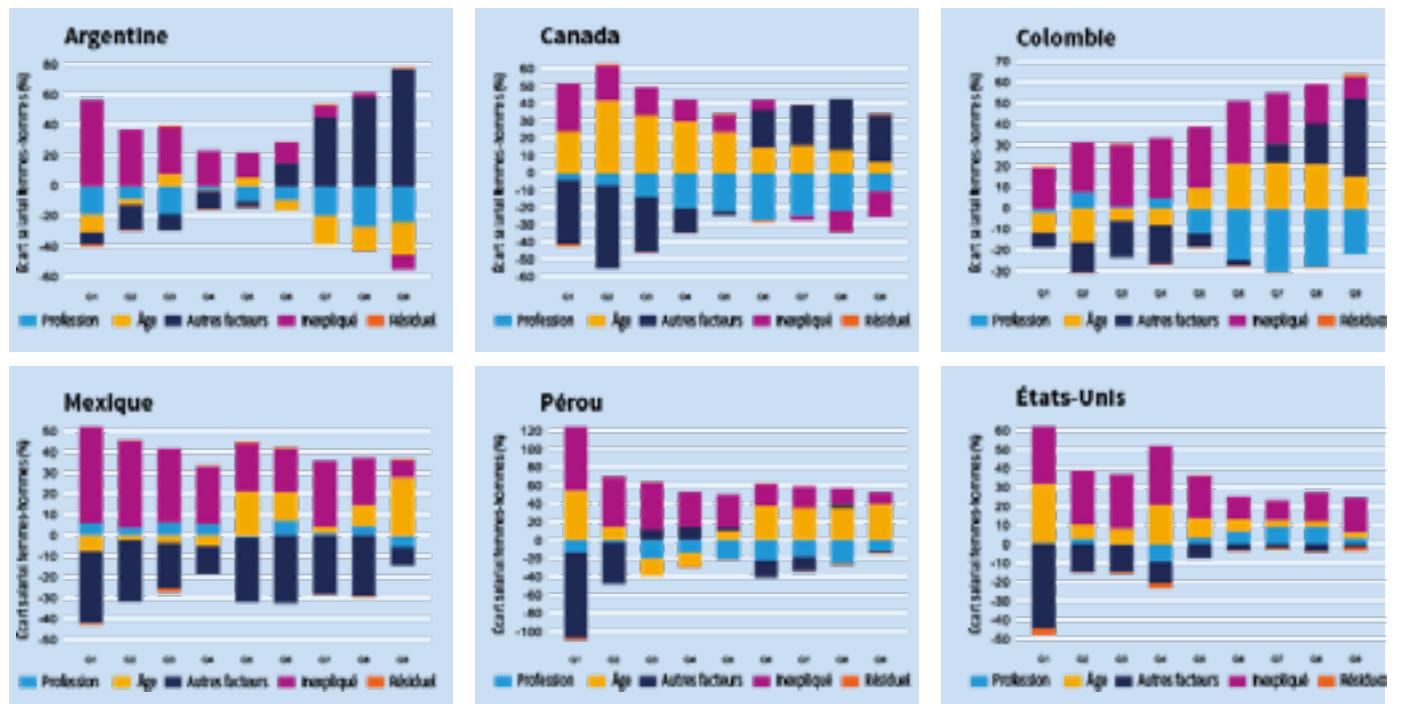
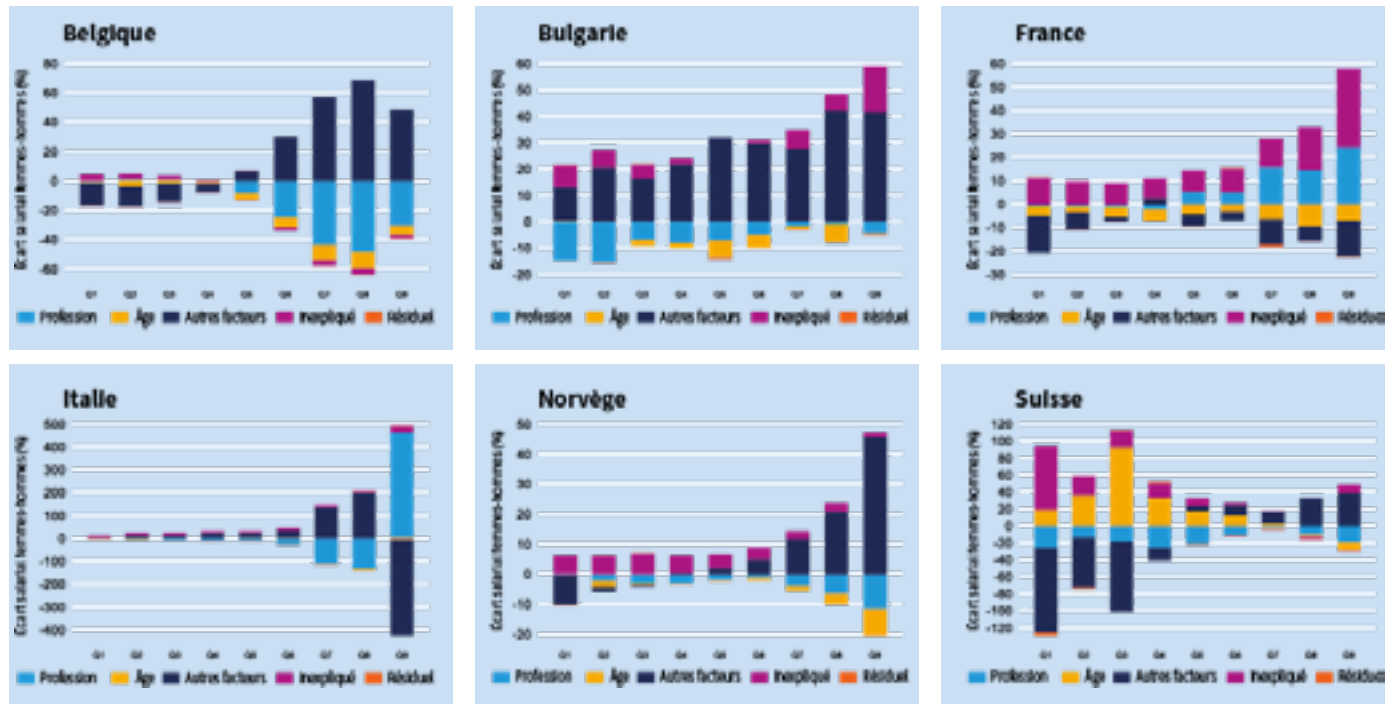
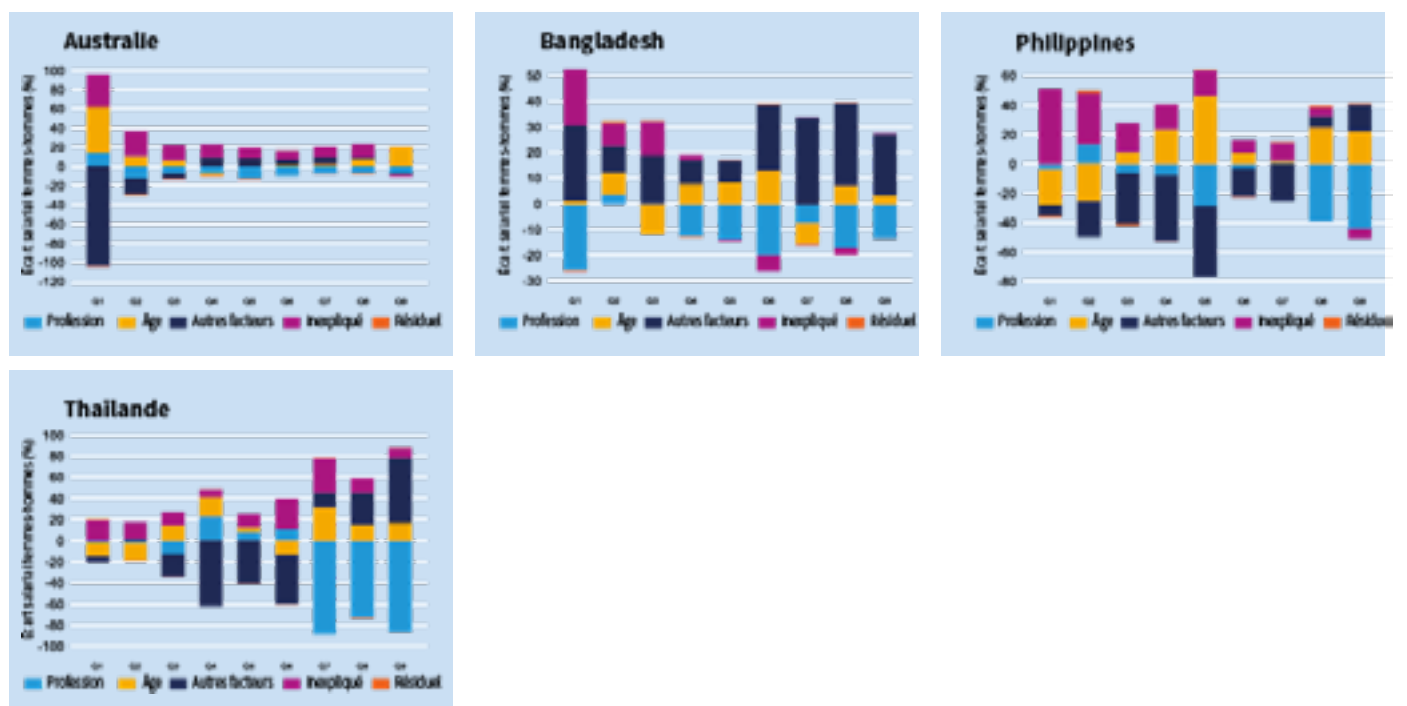


FIGURE 5.3 CONT.

Europe



Asie du Sud-Est et Pacifique occidental

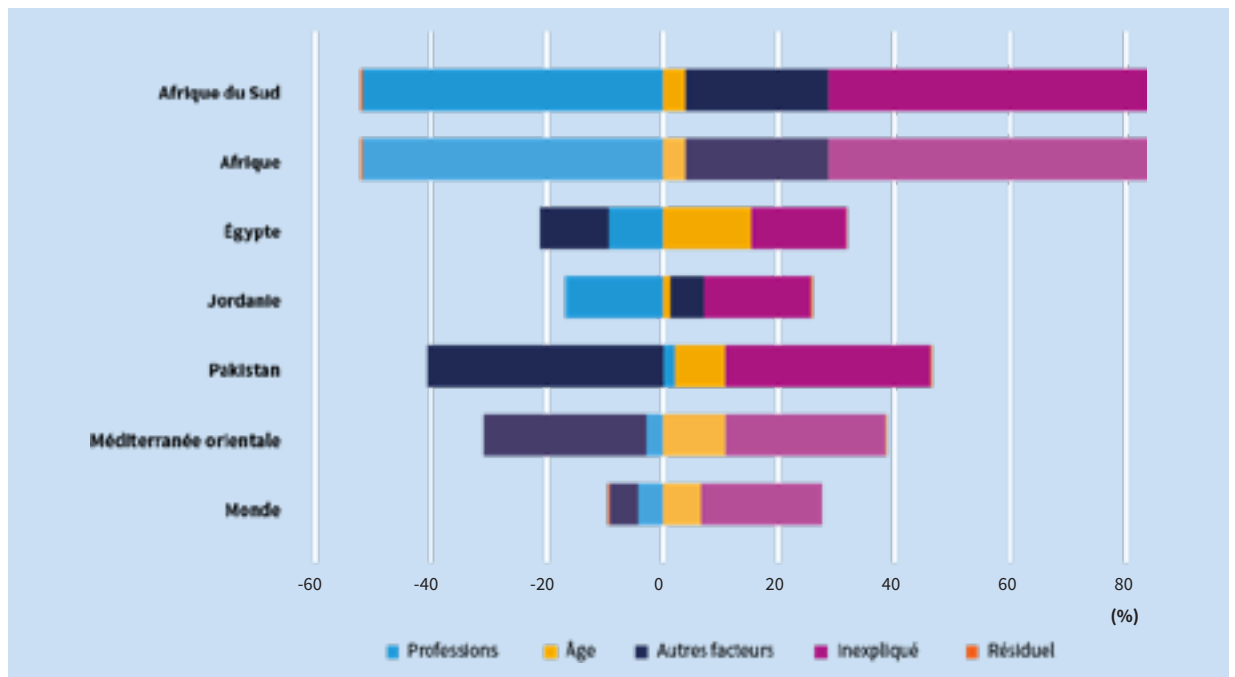


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1). Voir l'annexe 2 pour de plus amples détails sur la méthode utilisée pour décomposer l'écart salarial femmes-hommes entre les différentes composantes expliquées et la part inexpliquée.

FIGURE 5.4

Moyenne pondérée des parts expliquée et inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes présentées dans la figure 5.1, par région, dernières années disponibles

Afrique et Méditerranée orientale



Amériques

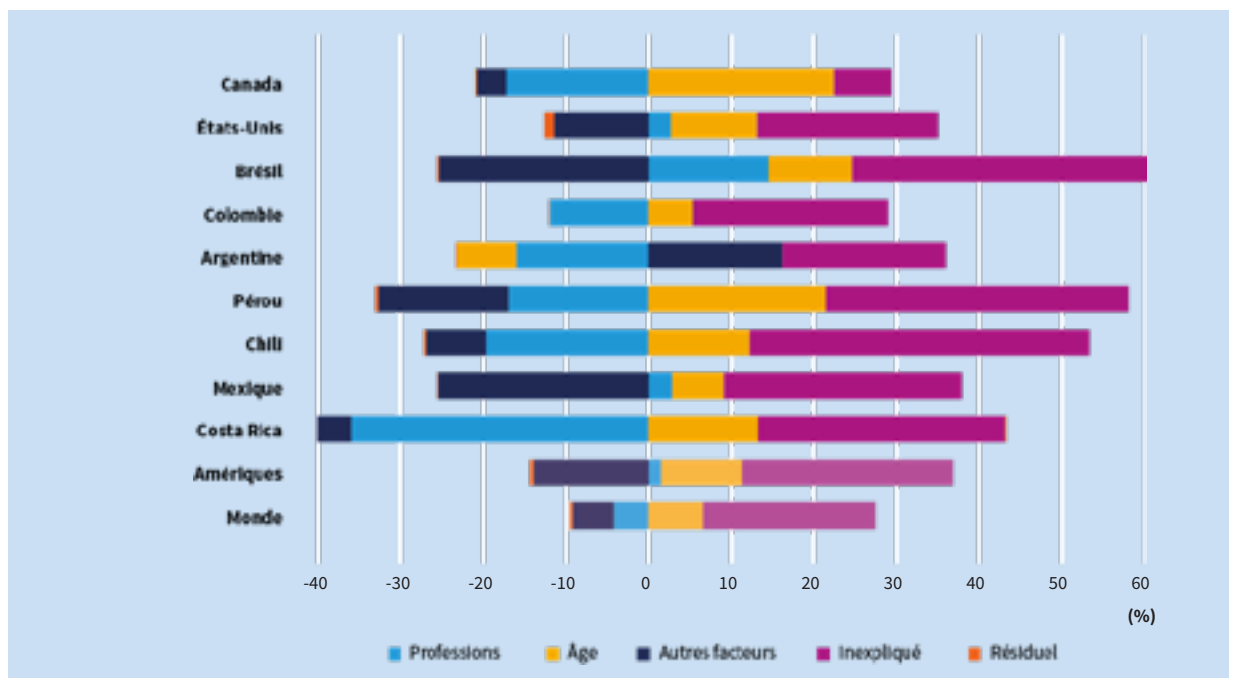
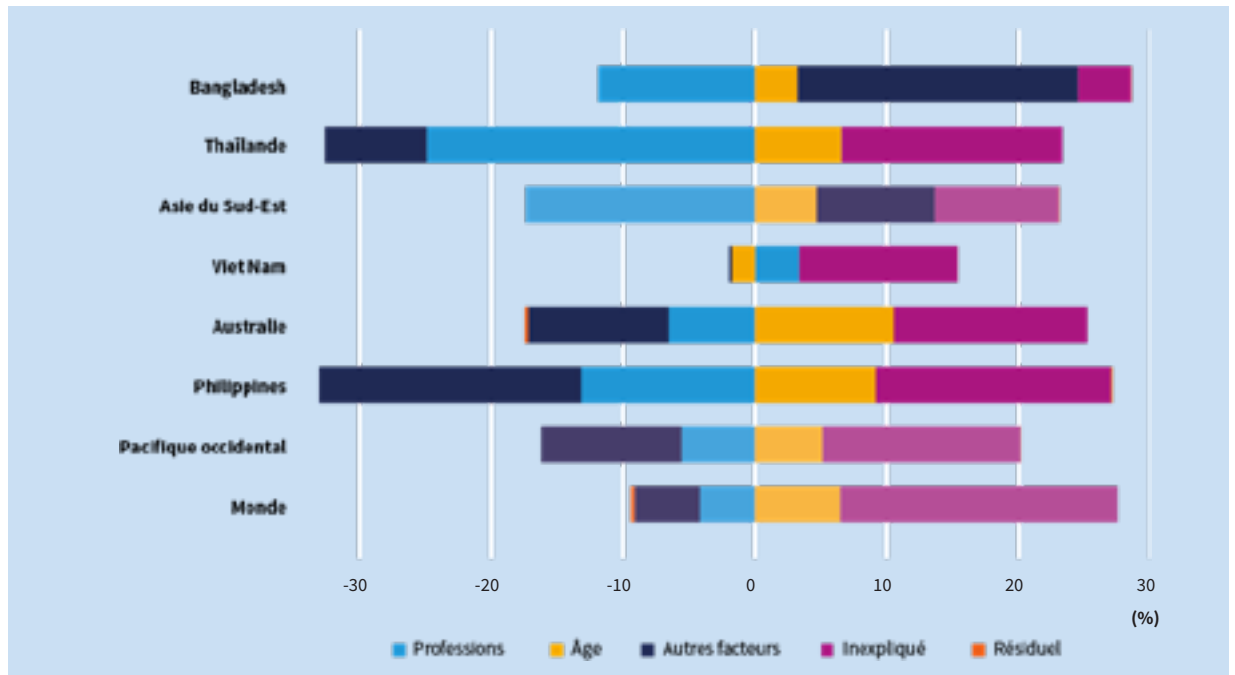


FIGURE 5.4 CONT.

Asie du Sud-Est et Pacifique occidental



Europe



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1). Voir l'annexe 2 pour de plus amples détails sur la méthode de décomposition de l'écart salarial femmes-hommes entre les différentes composantes expliquées et la part inexpliquée.

5.3 Qu'est-ce qui se cache derrière la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes ?

L'analyse présentée dans les sous-chapitres 5.1 et 5.2 porte à croire que **l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, sur l'ensemble des quantiles et des pays, demeure en grande partie inexpliqué**. En fait, compte tenu des 54 pays composant nos données, les estimations suggèrent qu'à l'échelle mondiale, la part inexpliquée et la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins sont de +22 % et -3,5 % respectivement.

La littérature qui cherche à découvrir pourquoi les femmes sont moins bien rémunérées que les hommes sans raison apparente (voir Grimshaw et Rubery, 2015 ; ou OIT, 2018a : partie II) souligne le rôle important joué par la discrimination, consciente ou non, des femmes par rapport aux hommes s'agissant de rémunérer un travail identique ou de valeur égale. Il existe cependant deux facteurs importants qui contribuent à l'écart salarial femmes-hommes et peuvent être identifiés et isolés au moyen des données d'enquête, et peuvent également être considérés comme un aspect de la discrimination à laquelle les femmes sont confrontées sur le marché du travail. Le premier est l'écart salarial lié à la maternité, et le deuxième est le salaire moyen inférieur que l'on observe dans les secteurs hautement féminisés. Nous fournissons ci-après des données empiriques relatives à ces deux phénomènes dans le secteur de la santé et des soins. À la fois l'écart salarial lié à la maternité et les salaires inférieurs associés aux secteurs et aux professions hautement féminisés contribuent à la discrimination salariale entre les femmes et les hommes dans l'économie dans son ensemble, et donc à la part de l'écart salarial femmes-hommes qui ne peut être expliquée objectivement par les différences au niveau des capacités des hommes et des femmes à contribuer de manière productive au travail rémunéré.

5.3.1 L'écart salarial lié à la maternité dans le secteur de la santé

L'écart salarial lié à la maternité est défini comme la différence de rémunération entre mères et femmes sans enfants, tous autres facteurs étant par ailleurs constants. En dépit des difficultés d'identification de ce phénomène au moyen des données d'enquête (voir OIT, 2018a : encadré 7), de nombreuses études montrent que les mères semblent faire l'objet d'une

pénalité salariale, alors que les hommes paraissent quant à eux bénéficier d'une prime salariale (Blau et Kahn, 2003 ; Meurs et al., 2010). Le salaire plus faible des mères peut être lié à tout un éventail de facteurs, tels que les contraintes de temps que connaissent les mères par rapport aux femmes sans enfants, qui peuvent expliquer pourquoi, en général, les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à travailler à temps partiel.

Dans quelle mesure l'écart salarial lié à la maternité joue-t-il un rôle dans la détermination de l'écart salarial femmes-hommes dans le secteur de la santé ? Bien que la plupart des ensembles de données fournissent des informations ambiguës sur la qualité de parent des individus, une manière d'évaluer l'impact de la paternité ou la maternité sur les résultats professionnels des femmes et des hommes consiste à examiner les effets de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée dans les différentes tranches d'âge.

La figure 5.5 montre l'écart salarial horaire entre femmes et hommes dans les différentes tranches d'âge dans le secteur de la santé. Elle montre, pour chaque tranche d'âge et pour les 54 pays, la proportion de femmes et d'hommes travaillant à plein temps. Le premier constat est le fait que le travail à temps partiel n'est pas une pratique courante dans le secteur de la santé et des soins (voir également la figure 4.6). Ainsi, dans presque tous les pays (à l'exception de quelques pays européens, notamment la Belgique, les Pays-Bas et la Suisse), la proportion de travailleurs à plein temps dans l'ensemble des tranches d'âge est d'environ 70 % ou au-delà, à la fois pour les femmes et les hommes⁴¹. On constate en particulier que dans les pays d'Afrique et de la Méditerranée orientale et dans plusieurs pays d'Asie (Philippines, Sri Lanka, Thaïlande et Viet Nam), la proportion de travailleurs à temps partiel, femmes ou hommes, est proche de zéro. D'autre part, dans de nombreux pays ou régions géographiques où le travail à temps partiel est une modalité généralement bien établie – en Europe, en Australie et au Canada ainsi que dans certains pays d'Amérique latine – l'incidence du travail à temps partiel chez les femmes du secteur de la santé est plus élevée que chez les hommes dans l'ensemble des tranches d'âge. Ainsi, dans les Amériques, en Europe et en Asie – et à l'exclusion des régions africaine et de la Méditerranée orientale où le travail à temps partiel est pratiquement inexistant – nous constatons que l'emploi à temps partiel dans l'ensemble des tranches d'âge est systématiquement plus élevé chez les femmes que chez les hommes

⁴¹ La seule exception à cette règle concerne les extrémités de la répartition par âge : les plus jeunes peuvent combiner travail et formation – ce qui peut avoir pour effet de faire baisser l'incidence du travail à plein temps – et chez les plus âgés, le déclin du travail à plein temps peut être le résultat d'une réduction progressive du temps de travail à l'approche de la retraite.

dans 29 des 47 pays, similaire pour les femmes et les hommes dans l'ensemble des tranches d'âge dans 16 pays et systématiquement plus élevé chez les hommes dans deux pays seulement (Lituanie et Pologne). Dans bon nombre des 29 pays où les femmes travaillant à temps partiel dominant dans l'ensemble des tranches d'âge, on observe une claire augmentation de l'incidence du temps partiel dans les tranches d'âge les plus associées aux années d'éducation des enfants (c'est-à-dire à partir de 30 ans environ). Au Royaume-Uni, par exemple, la proportion de femmes travaillant à temps plein dans le secteur de la santé parmi les femmes jeunes est d'approximativement 70 % (contre 80 % des hommes), mais elle tombe à environ 57 % parmi les femmes âgées de 25 à 34 ans (et augmente en revanche un peu au-delà de 80 % en ce qui concerne les hommes du même âge). En Suisse, la proportion de femmes travaillant à plein temps dans le secteur de la santé diminue d'environ 70 % des femmes âgées de 29 ans et moins à approximativement 40 % des femmes âgées de 35 à 39 ans. Quant aux hommes, la proportion d'hommes âgés de 35 à 39 ans travaillant à plein temps dans le secteur de la santé en Suisse est proche de 100 %. L'augmentation de l'emploi à temps partiel chez les femmes en âge d'élever des enfants dans le secteur de la santé et des soins est visible dans plusieurs pays dans la figure 5.5 : Australie, Belgique, Canada, Colombie, Costa Rica, État plurinational de Bolivie, États-Unis, France, Finlande, Italie, Lettonie, Luxembourg, Malte, Namibie, Népal, Nigéria, Norvège, Pakistan, Pays-Bas, République dominicaine, République tchèque, Royaume-Uni, Slovénie, Suisse et Uruguay.

De toute évidence, le fait que a) le travail à temps partiel est plus souvent plus élevé chez les femmes et que b) dans de nombreux pays, la proportion de femmes travaillant à temps partiel dans le secteur de la santé augmente dans les tranches d'âge associées à l'éducation des enfants indique que la « maternité » a probablement un effet négatif sur la carrière des femmes dans le secteur de la santé. Cet effet se retrouve dans l'ampleur de la composante « inexplicite », qui montre que les hommes ayant une combinaison analogue d'attributs professionnels (même profession, même âge et même région géographique, par exemple) sont mieux rémunérés que les femmes. Dans une certaine mesure, il se peut que les hommes du même âge que les femmes aient accumulé davantage d'expérience – et obtiennent donc un meilleur rendement – du fait que les femmes doivent soit quitter le marché du travail soit réduire leur temps de travail pour trouver un équilibre en leur vie professionnelle et la garde non rémunérée de leur progéniture.

Un autre constat frappant associé à la figure 5.5 est le fait que dans pratiquement tous les pays (51 sur les

54 pays), l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes se creuse progressivement des tranches d'âge inférieures aux tranches d'âge supérieures (quelques différences aux extrémités peuvent être dues aux effets de taille d'échantillon). Le fait est que dans bon nombre de ces pays, l'écart salarial femmes-hommes augmente significativement aux âges où les femmes et les hommes commencent à avoir des enfants. Au Mexique, par exemple, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé chez les travailleurs âgés de 24 ans ou moins est d'environ 2,5 %, augmente à 6 % environ dans la tranche d'âge de 25 à 29 ans et atteint 15 % chez les 30-34 ans. Au Canada, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est négatif chez les travailleurs du secteur de la santé de moins de 25 ans, passe à 5 % environ dans la tranche d'âge de 25 à 29 ans et est proche de 28 % chez les 30-34 ans. On observe des schémas semblables dans presque tous les pays européens (hormis la Belgique et Malte) et dans d'autres régions du monde, notamment en Afrique du Sud, en Jordanie, au Népal, au Pakistan, au Viet Nam et dans presque tous les pays d'Amérique latine pour lesquels nous disposons de données (à l'exception de l'Équateur et de l'Uruguay).

Pourquoi une telle montée en flèche précisément à l'âge d'élever des enfants ? Malheureusement, les données ne permettent pas d'identifier si les femmes qui ne participaient pas au marché du travail au moment de l'enquête travaillaient auparavant dans le secteur de la santé. Toutefois, si l'incidence du travail à temps partiel augmente chez les femmes autour des années d'éducation des enfants, il est également probable qu'un grand nombre de femmes quittent le marché du travail plutôt que de réduire leur temps de travail. Compte tenu du fait que les femmes se situant au bas de la répartition des salaires sont les moins susceptibles de pouvoir se permettre des services de garde d'enfants, il est plus probable que les femmes les moins bien rémunérées quittent le marché du travail lorsqu'elles ont des enfants. Nous avons observé que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé se creuse au sommet de la répartition des salaires, c'est-à-dire parmi les salariées les mieux rémunérées du secteur de la santé et des soins. Par conséquent, si les femmes moins bien rémunérées quittent le marché du travail lorsqu'elles ont des enfants, et que celles qui restent sont, en moyenne, confrontées à un écart salarial plus important, l'effet pondéré résultant est une hausse de l'écart salarial femmes-hommes autour de la tranche d'âge de 30 à 39 ans – comme on peut l'observer pour plusieurs pays dans la figure 5.5.

L'écart salarial lié à la maternité semble se manifester de manière semblable dans le secteur

de la santé que dans l'ensemble de l'économie (OIT, 2016). L'effet de la maternité a une incidence sur la carrière des femmes, leur rémunération et leur participation à la population active. Ces effets ne se

limitent pas au court terme – ils peuvent avoir des conséquences à relativement long terme pour une proportion significative des femmes.

FIGURE 5.5

Âge, travail à temps partiel et écart salarial entre femmes et hommes dans un échantillon de pays, dernières années

Afrique et Méditerranée orientale

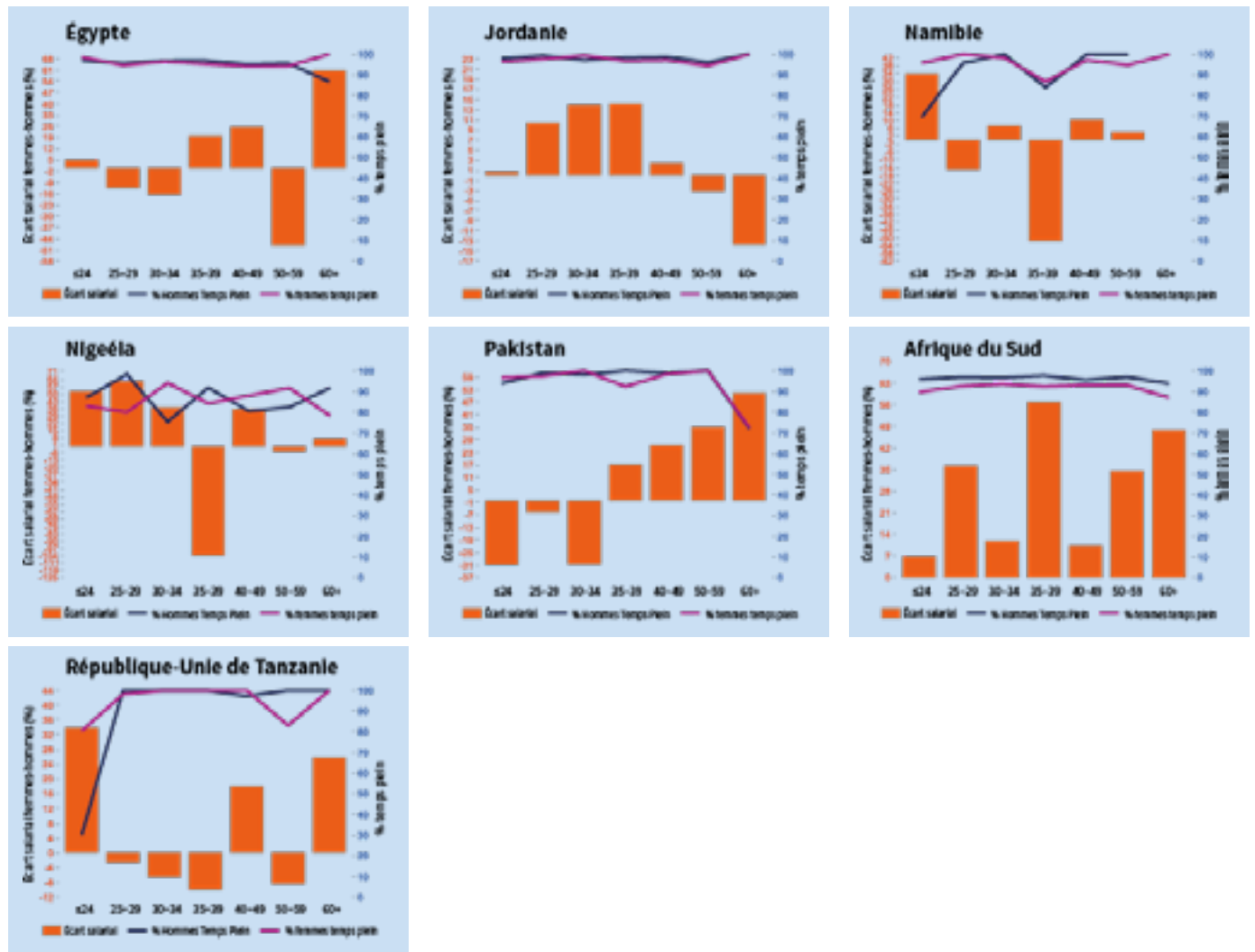


FIGURE 5.5 CONT.

Amériques

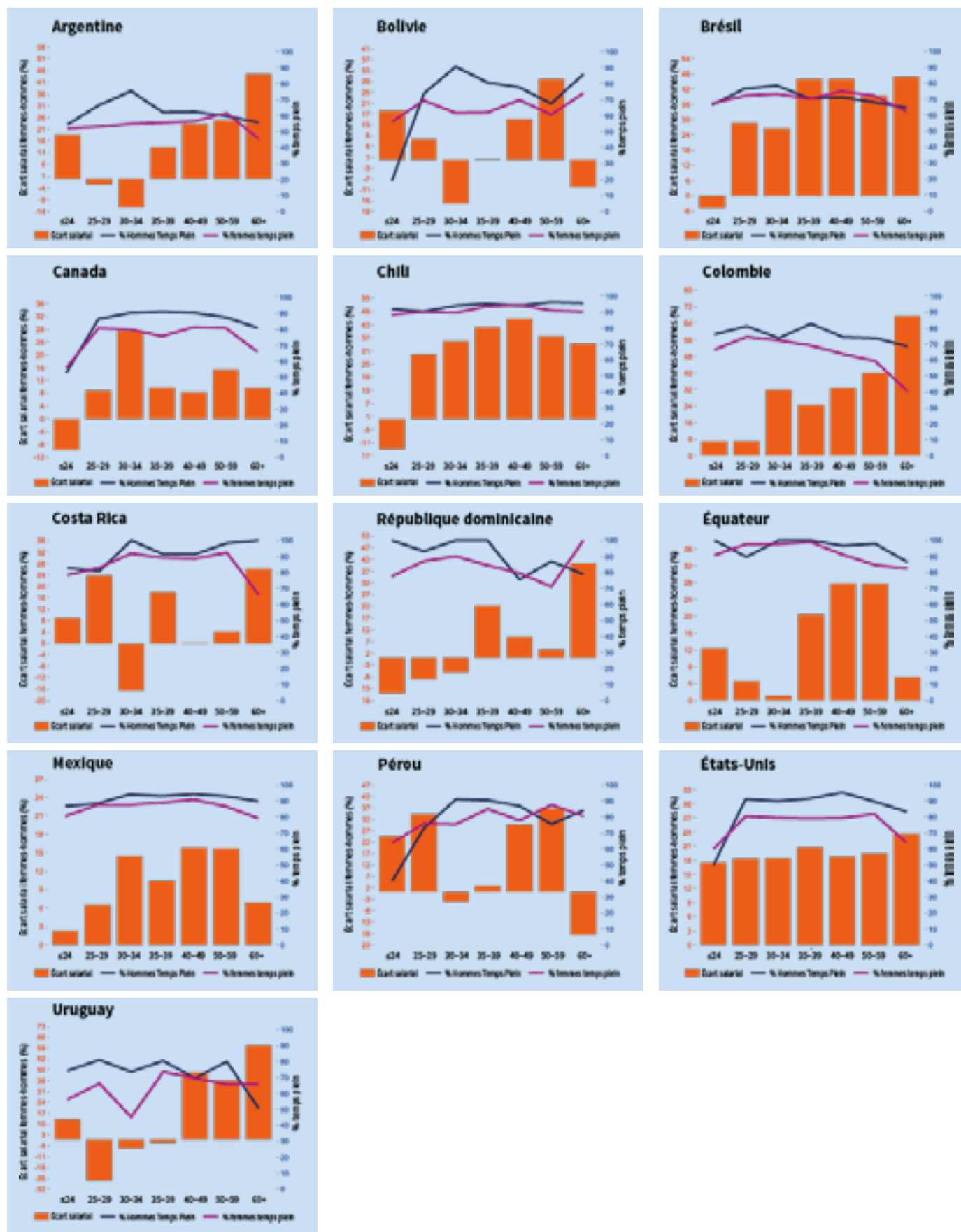


FIGURE 5.5 CONT.

Europe



FIGURE 5.5 CONT.

Europe

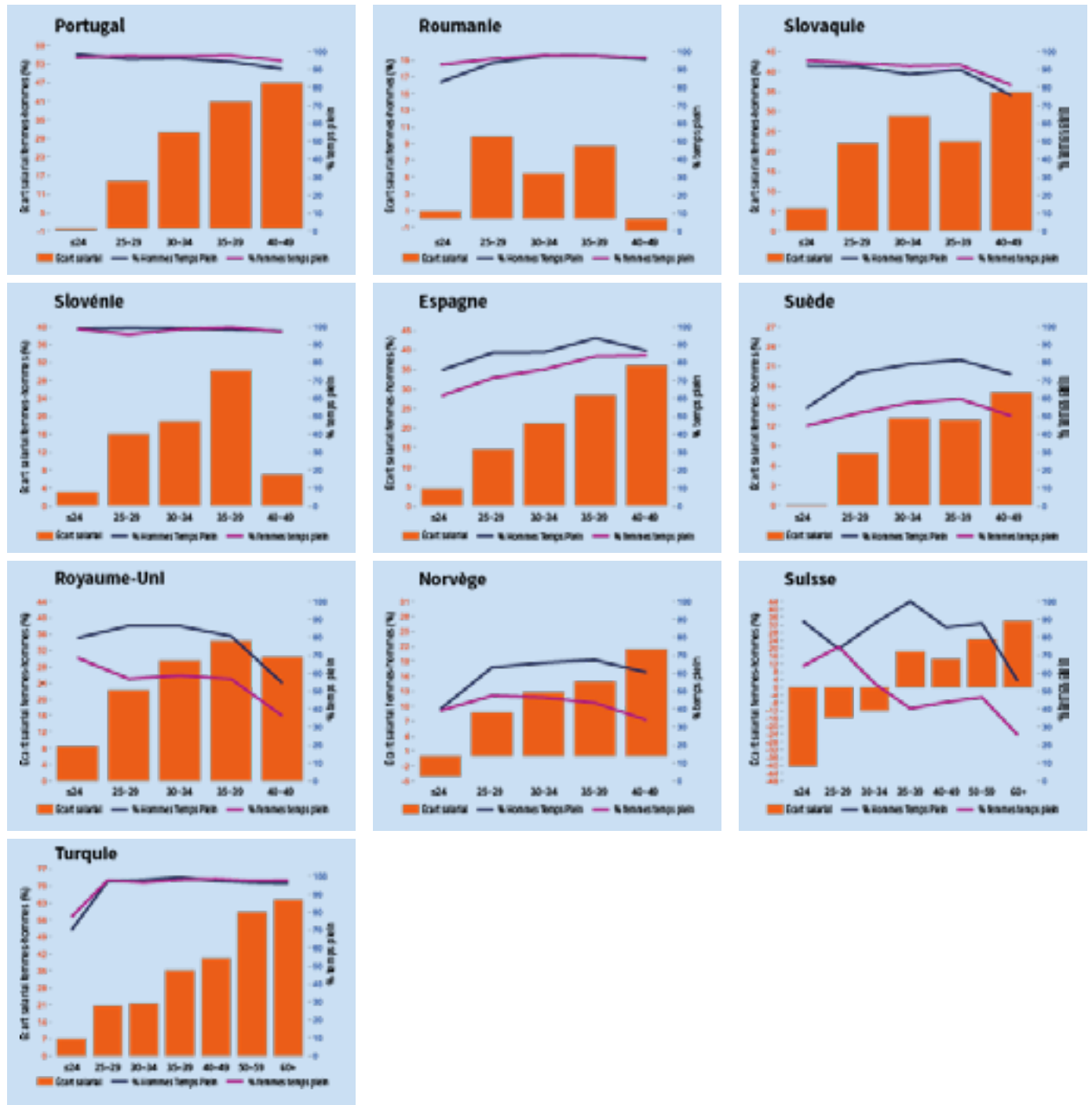
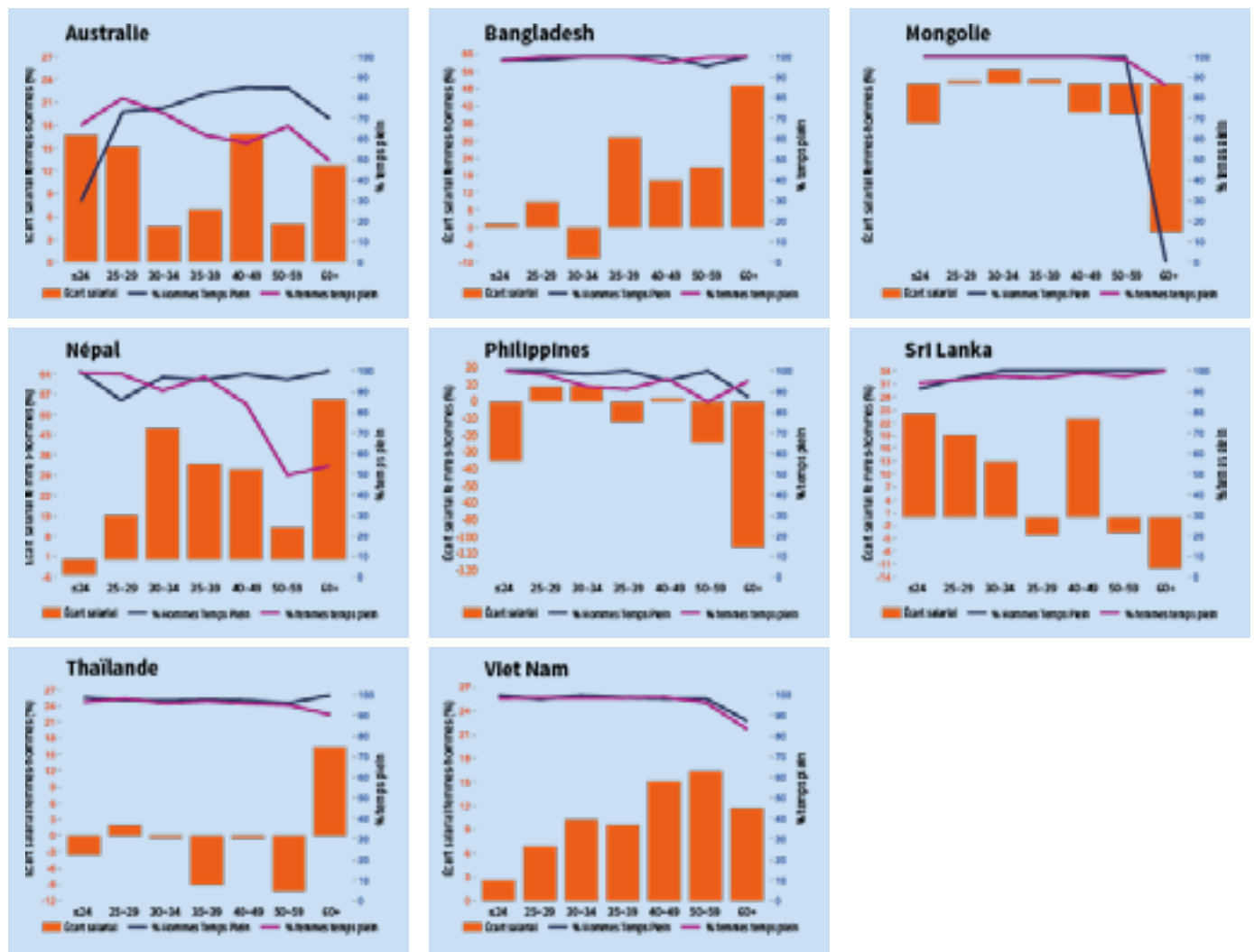


FIGURE 5.5 CONT.

Asie du Sud-Est et Pacifique occidental



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

5.3.2 Degré de féminisation et salaires des personnels du secteur de la santé et des soins

Il ne fait aucun doute que le secteur de la santé et des soins est hautement féminisé, fait clairement illustré dans les chapitres 2 à 5. En même temps, il est bien documenté que plus on trouve de femmes dans une catégorie professionnelle ou un secteur donné, plus les salaires sont faibles pour l'ensemble de travailleurs de ce type d'emploi ou ce secteur, hommes et femmes (Olez et al., 2013). Il est donc raisonnable d'étudier les données afin de déterminer dans quelle mesure le degré de féminisation influence sur les salaires moyens des travailleurs du secteur de la santé et des soins.

La figure 5.6 compare les salaires horaires de chaque catégorie professionnelle du secteur de la

santé et des soins avec ceux des mêmes catégories professionnelles d'autres secteurs, en fonction du degré de féminisation. Les diagrammes de dispersion de la figure 5.6 montrent la part des hommes par profession et secteur économique au regard du salaire horaire moyen par profession et secteur économique. Le secteur de la santé et des soins est désigné par une couleur différente (rouge). Les catégories professionnelles (dans tout secteur) sont distinguées par des symboles : un cercle pour la catégorie « PDG/cadre », un losange pour la catégorie « professions libérales », un triangle pour la catégorie « technique », un carré pour la catégorie « semi-qualifié » et une croix pour la catégorie « peu qualifié »⁴². Les catégories professionnelles du secteur de la santé et des soins sont en outre subdivisées de manière à distinguer celles qui sont

⁴² Voir l'encadré 1 pour les définitions des catégories professionnelles utilisées dans l'ensemble du rapport, y compris dans la figure 5.6.

classées comme professions libérales liées à la santé (par exemple médecins, infirmiers spécialisés) de celles qui sont considérées comme des professions libérales sans lien avec la santé (par exemple des professionnels juridiques ou financiers travaillant dans les hôpitaux) ; les professions techniques liées à la santé (par exemple les infirmières et les sages-femmes) des professions techniques sans lien avec la santé (par exemple analystes de laboratoire, comptables) ; et les professions semi-qualifiées liées à la santé (par exemple les infirmiers auxiliaires, les assistants sanitaires) des professions classées comme semi-qualifiées sans lien avec la santé (par exemple les vendeurs dans les magasins d'hôpital, les cuisiniers). Au sein du secteur de la santé, la catégorie définie comme « peu qualifiée » comprend une distinction entre les travailleurs de la santé et ceux n'ayant pas de lien avec la santé. Chaque diagramme de la figure 5.6 montre deux lignes en pointillé : la ligne horizontale indique le salaire moyen dans l'économie et la ligne verticale le nombre moyen de salariés masculins dans l'économie. Ces deux lignes en pointillé divisent chaque graphique en quatre quarts de telle manière que, dans le quart inférieur gauche, par exemple, on trouve les catégories professionnelles hautement féminisées qui perçoivent des salaires horaires inférieurs à la moyenne.

Notre conclusion générale de l'analyse de la figure 5.6 est que, indépendamment de la catégorie professionnelle, le secteur de la santé et des soins offre généralement des salaires plus bas que les autres secteurs économiques. Pour presque tous les pays, les symboles de couleur rouge figurent dans le quart inférieur gauche du graphique, où la proportion de femmes est plus élevée et le salaire moyen moindre. En même temps, lorsqu'un symbole rouge apparaît dans des régions où les salaires sont plus élevés (quart supérieur gauche), les catégories des professions libérales dans d'autres secteurs économiques figurent dans des endroits où les salaires sont bien plus élevés encore (par exemple vers le haut du quart supérieur droit).

Par exemple, aux États-Unis, les PDG/cadres du secteur de la santé sont payés en moyenne 30

dollars US par heure environ, et les cercles bleus indiquant des professions similaires dans d'autres secteurs se trouvent plus haut dans l'échelle salariale et plus à droite (signe que la proportion d'hommes est plus élevée dans les autres secteurs économiques). De même, les travailleurs exerçant des professions libérales liées à la santé aux États-Unis gagnent environ 28 dollars US par heure. Dans les autres secteurs économiques (hormis deux secteurs, l'enseignement et l'administration publique, eux aussi hautement féminisés), les catégories des professions libérales sont payées en moyenne 29 dollars US ou plus par heure, certaines catégories atteignant une moyenne de 38 dollars US par heure. La situation est semblable en Italie, où les travailleurs exerçant des professions libérales liées à la santé (dont 70 % sont des femmes) touchent environ 25 euros par heure, alors que dans les secteurs (autres que l'enseignement et l'administration publique) où les femmes représentent moins de 50 % des travailleurs occupant des professions libérales, le salaire horaire moyen dépasse 27 euros par heure. Dans certains secteurs, le salaire horaire moyen des professions libérales en Italie peut atteindre 38 euros par heure (ce qui implique un écart salarial de 34 % entre les professions libérales de la santé et celles des autres secteurs). Il convient également de signaler qu'il semble y avoir très peu de différence entre secteurs économiques en termes de salaires horaires des travailleurs peu qualifiés. Il semble donc que la féminisation n'affecte pas les salaires des travailleurs se situant au bas de l'échelle salariale.

La figure 5.6 révèle que plus la proportion d'hommes dans un secteur économique et une profession est élevée, plus le salaire moyen est élevé. Le fait que le secteur de la santé et des soins soit hautement féminisé implique qu'en moyenne, les travailleurs touchent des salaires plus bas que leurs contrefactuels (en termes de catégorie professionnelle) des autres secteurs de l'économie. Cela reflète la discrimination dont les femmes font l'objet sur le marché du travail, et explique potentiellement en partie l'important écart salarial femmes-hommes inexpliqué que les figures 5.3 et 5.4 mettent en évidence dans le secteur de la santé.

FIGURE 5.6

Salaires horaires par degré de féminisation, secteur et profession, dans un échantillon de pays, dernières années

Afrique et Méditerranée orientale

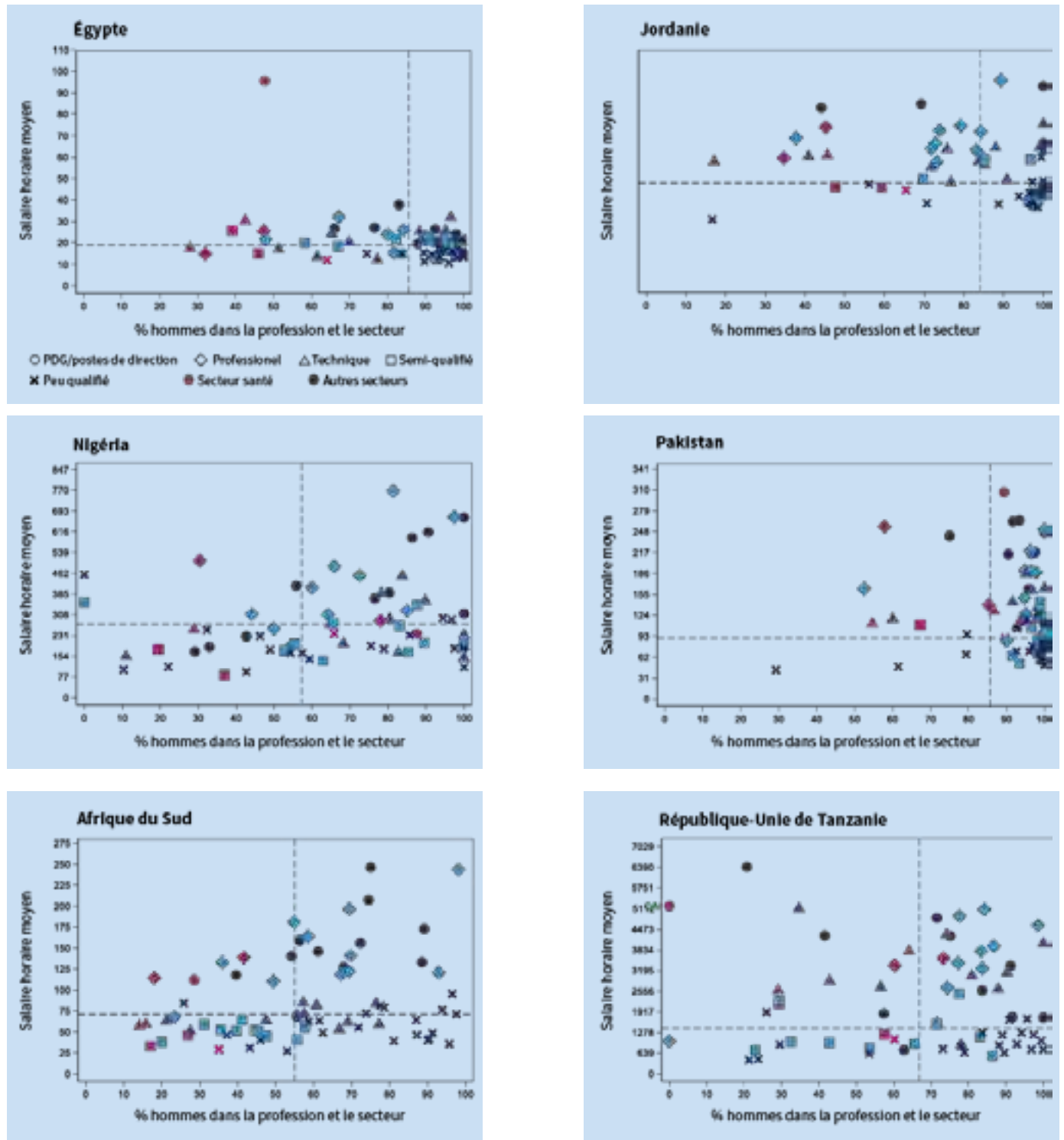


FIGURE 5.6 CONT.

Amériques

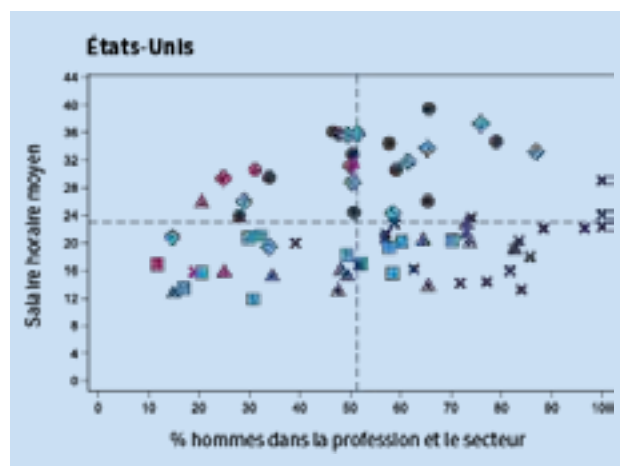
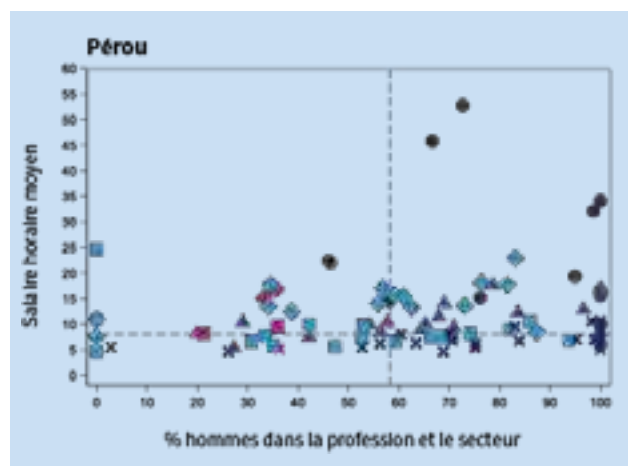
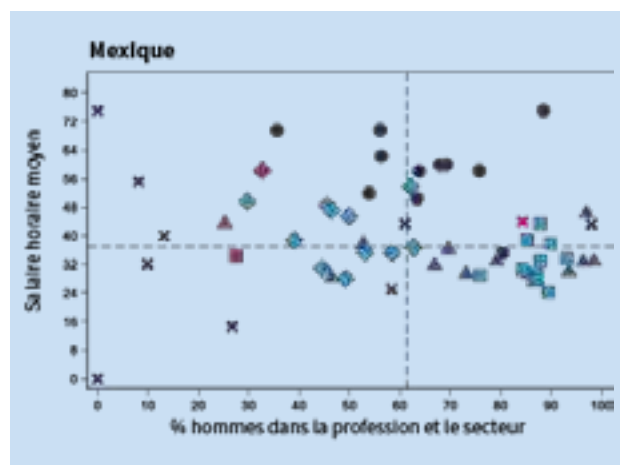
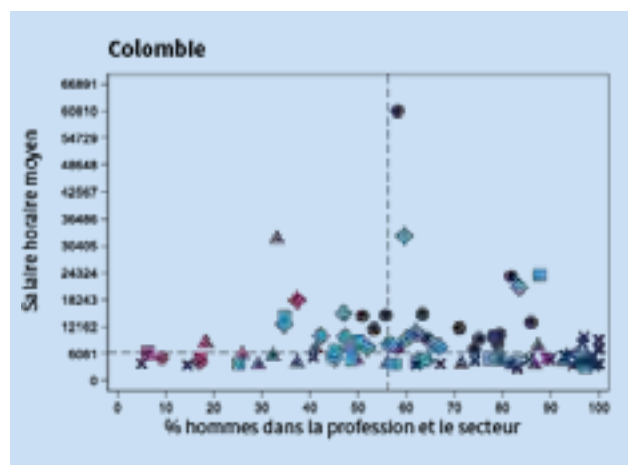
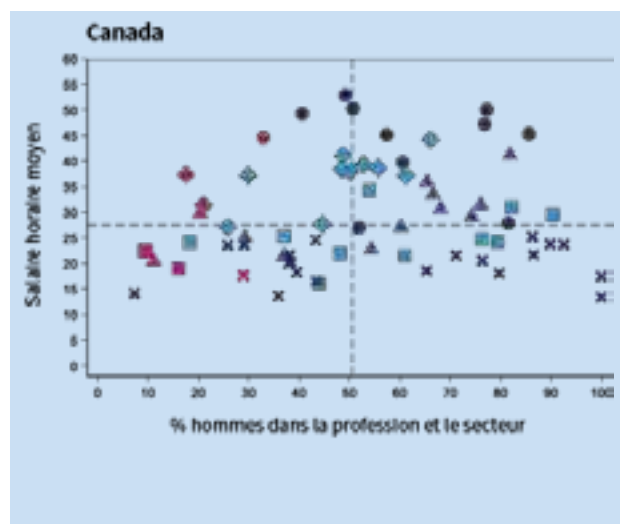
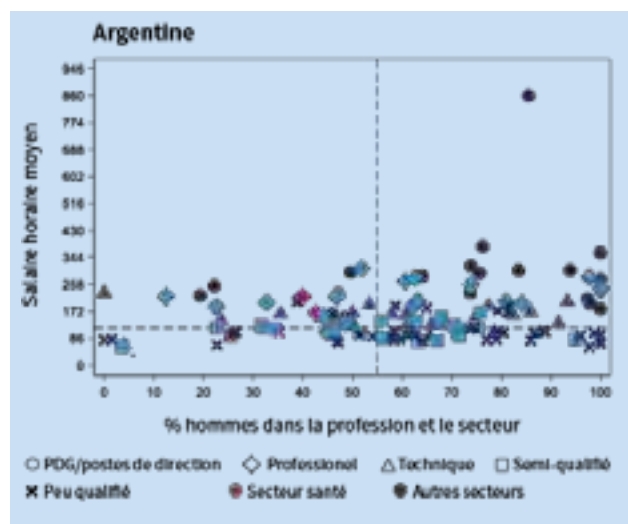


FIGURE 5.6 CONT.

Europe

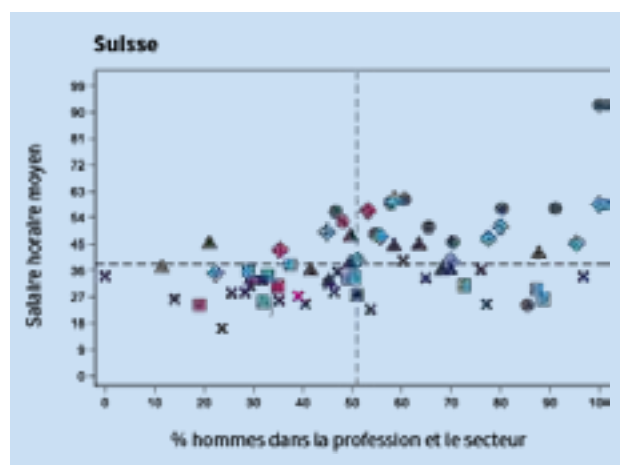
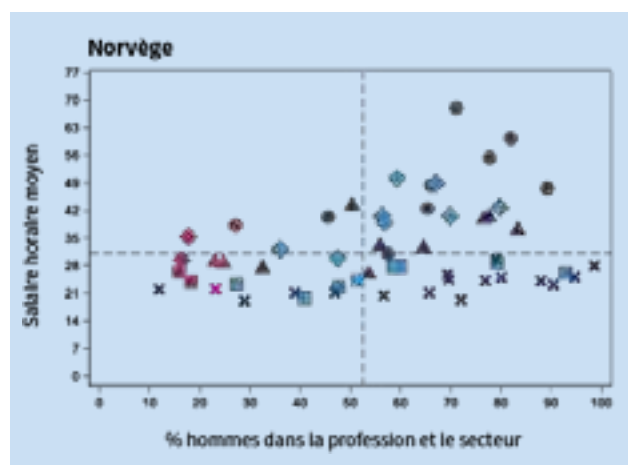
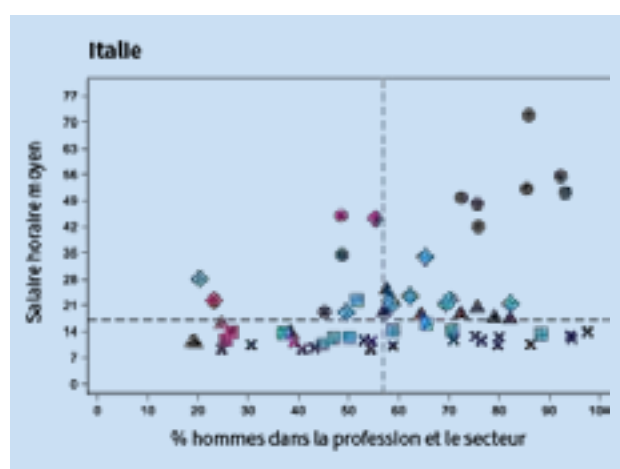
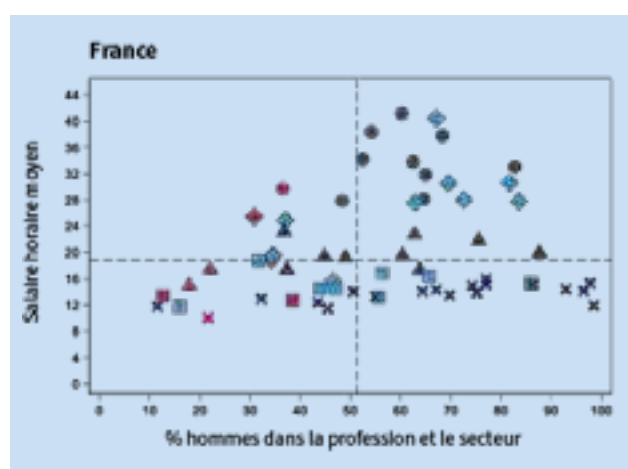
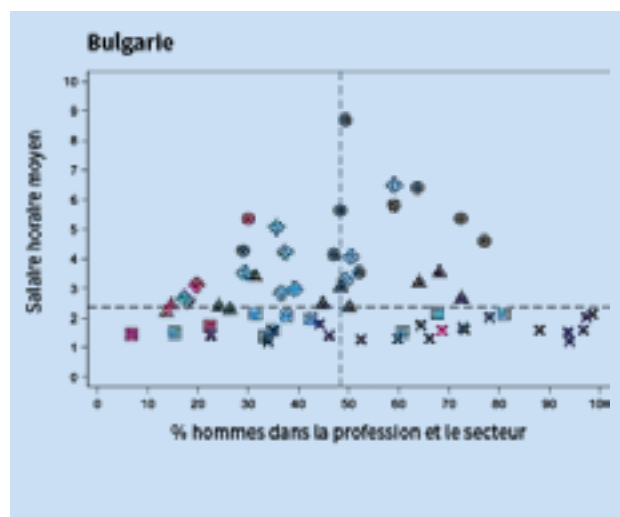
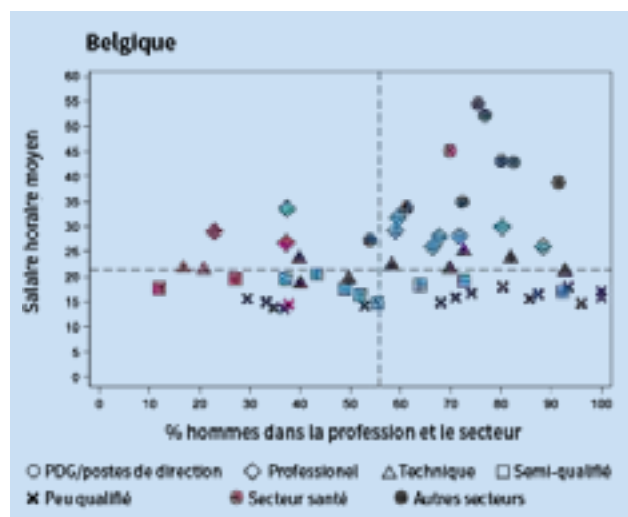
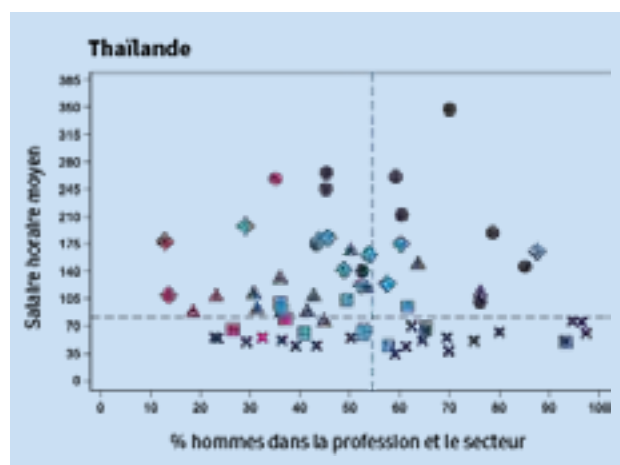
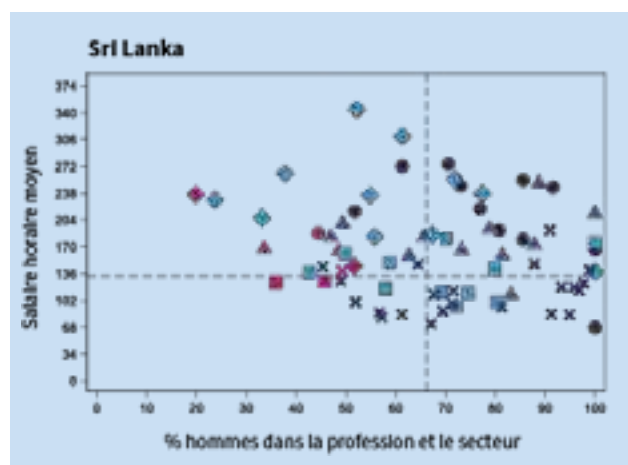
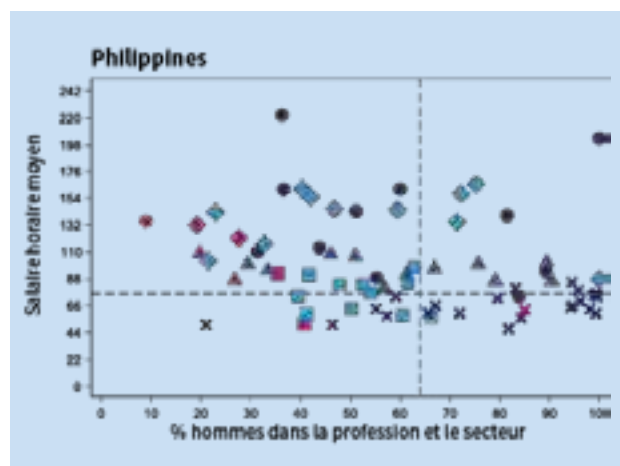
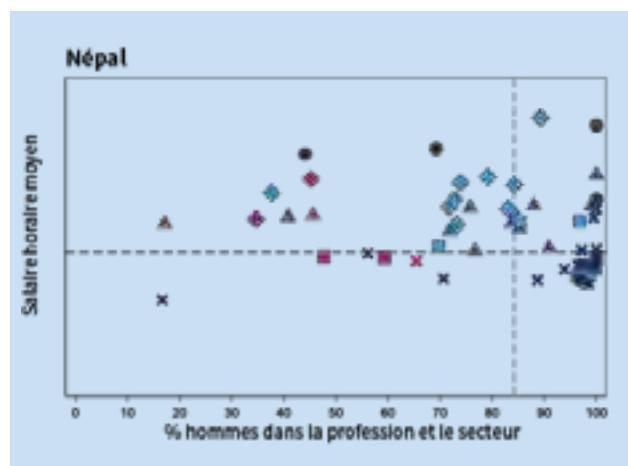
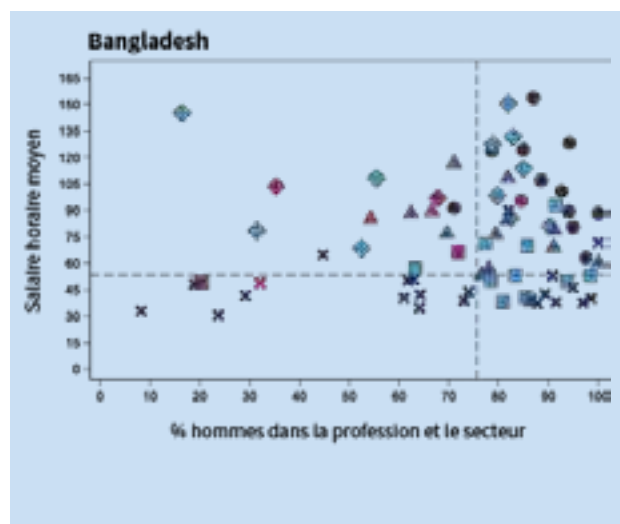
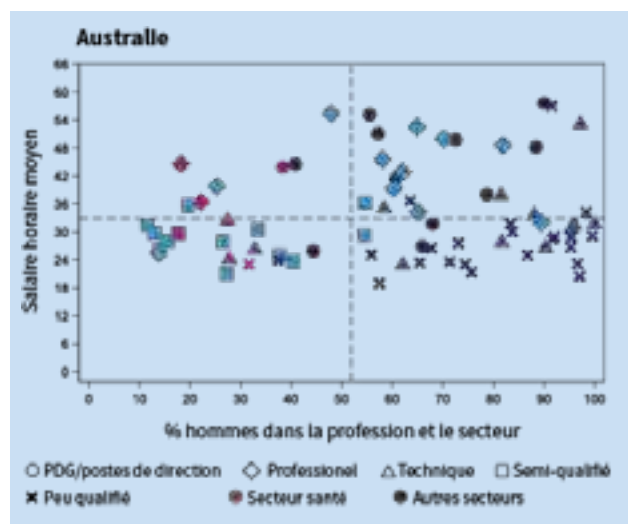


FIGURE 5.6 CONT.

Asie du Sud-Est et Pacifique occidental



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1). Voir l'encadré 1 pour les définitions des secteurs économiques et des catégories professionnelles.

Caractéristiques d'emploi et écart de rémunération entre femmes et hommes dans le temps dans le secteur de la santé et des soins

Le chapitre 6 étudie l'évolution de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes et la mesure dans laquelle il est associé à l'évolution des caractéristiques d'emploi des femmes et des hommes dans le secteur de la santé et des soins. Nous examinons pour ce faire les données disponibles de 2000 à 2019 (approximativement). Cela devrait permettre de mettre au jour des changements en matière d'égalité des genres dans le monde, compte tenu des engagements et mesures pris aux niveaux national et multilatéral depuis la fin du XXe siècle. Parmi ces mesures figurent l'adoption, en 1995, de la Déclaration de Beijing à la 4e Conférence mondiale sur les femmes, qui renforce la prise de conscience de la nécessité de parvenir à l'égalité des genres qui a émergé dans les années 1990 dans le secteur humanitaire – et en particulier au sein des organismes de l'ONU – lorsque plusieurs institutions commencèrent à intégrer les questions liées à l'égalité de genre. (Holloway et al., 2019), ainsi que la création d'ONU Femmes en 2010. Selon les estimations, la part des hommes dans les personnels du secteur de la santé et des soins a augmenté au cours des deux dernières décennies, néanmoins à un rythme insuffisant pour réduire le degré significatif de féminisation qui caractérise ce secteur. Les estimations fournissent des preuves d'un glissement progressif des femmes vers des catégories professionnelles plus élevées, toutefois, dans l'ensemble des pays, elles continuent d'être surreprésentées dans les catégories professionnelles associées à l'infirmier et aux autres fonctions peu qualifiées liées à la santé et aux soins. Globalement, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins s'est creusé au fil du temps dans certains pays, tandis que dans d'autres, il s'est réduit ou est resté relativement stable.

6.1 Taille et caractéristiques des personnels du secteur de la santé et des soins au fil du temps dans un échantillon de pays

Ce sous-chapitre examine l'évolution de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le temps, en commençant par les tendances en termes d'emploi et de caractéristiques des femmes et des hommes dans le secteur de la santé et des soins. Ces constatations jettent les bases d'une discussion sur l'évolution observée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur dans le sous-chapitre 6.2. L'écart de rémunération entre les femmes et les hommes étant un phénomène qui évolue lentement, si l'on veut pouvoir observer des changements significatifs, il est nécessaire d'étudier une période prolongée. C'est la raison pour laquelle ce sous-chapitre examine les tendances depuis le début du XXIe siècle jusqu'à

2019⁴³. Cette période couvrant deux décennies nous permet d'identifier les changements survenus en matière d'écart salarial femmes-hommes, toutefois, il nous a fallu pour cela limiter le nombre de pays inclus dans l'analyse, car de nombreux pays n'ont pas collecté de données d'enquête publiques sur une si longue période. Les données empiriques sur lesquelles repose ce sous-chapitre proviennent dès lors d'un ensemble restreint de pays, à savoir le Canada, le Chili, les États-Unis, des pays européens⁴⁴, le Mexique, les Philippines, la Thaïlande et l'Uruguay. De ce fait, l'analyse empirique et les explications présentées dans ce sous-chapitre ne peuvent fournir une perspective régionale (comme dans les sections précédentes), dans la mesure où – à l'exception de l'Europe – elles ne comprennent que quelques pays par région. Les pays concernés sont analysés individuellement de manière à illustrer les tendances dans un éventail de pays aux contextes et niveaux de développement économique différents.

⁴³ La période couverte dans ce sous-chapitre se termine en 2019 et n'inclut pas 2020, qui fut une année atypique en raison de la pandémie de COVID-19. Le chapitre 7 examine l'incidence que la crise de la COVID-19 a pu avoir sur les salaires des femmes et des hommes dans le secteur de la santé et des soins.

⁴⁴ Les données relatives à l'Europe sont collectées tous les 4 ans depuis 2006. Pays inclus dans l'échantillon : Belgique, Bulgarie, Chypre, Espagne, Estonie, Finlande, France, Hongrie, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Suède et Royaume-Uni. Voir l'annexe 1 pour de plus amples détails.

Les estimations illustrent l'évolution des résultats entre le début des années 2000 et 2019. L'annexe 3 complète ces constatations en illustrant les tendances annuelles dans un échantillon de pays. Elle décrit notamment un constat intéressant, à savoir que par rapport à d'autres secteurs de l'économie, l'emploi dans le secteur de la santé et des soins semble avoir mieux résisté à la crise financière mondiale de 2008-2010. Cette résilience semble absente en 2020 au début de la crise de la COVID-19, comme exposé dans le chapitre 7.

La figure 6.1 montre qu'au cours des deux premières décennies du XXI^e siècle dans les pays à revenu intermédiaire que sont le Mexique, les Philippines et la Thaïlande, l'emploi dans le secteur de la santé et des soins a progressé plus lentement que dans les autres secteurs économiques. En revanche, durant la même période, c'est le contraire qui s'est passé dans les pays à revenu élevé (en particulier au Canada, en Europe et aux États-Unis), l'emploi ayant progressé à un rythme plus élevé dans le secteur de la santé et des soins que dans les autres secteurs⁴⁵. Cela tient peut-être au fait que l'emploi augmente dans l'ensemble des secteurs (y compris dans les secteurs industriels et la manufacture) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans les pays à revenu élevé, la courbe de croissance est plus plate dans les secteurs industriels et de la manufacture, la croissance de l'emploi concernant avant tout les secteurs des services, notamment celui de la santé et des soins, dont l'expansion est nécessaire pour prendre en charge la population vieillissante de plus en plus importante (voir Colombo et al., 2011). La figure 6.1 révèle que hormis aux Philippines, la croissance de l'emploi dans les autres secteurs s'est avérée égale ou supérieure pour les femmes par rapport aux hommes. Dans six des huit pays (les exceptions étant les Philippines et la Thaïlande), la croissance de l'emploi pour les femmes est plus élevée dans le secteur de la santé et des soins que dans les autres secteurs. En ce qui concerne les hommes, la croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins est également plus élevée que dans les autres secteurs, sauf au Mexique où la différence est marginale, et en Thaïlande. Au Canada, aux États-Unis, au Mexique et aux Philippines, la croissance de l'emploi des hommes est égale ou

supérieure à la croissance de l'emploi parmi les femmes. Pris ensemble, ces résultats montrent que pour les économies des pays repris dans la figure 6.1, la part des hommes dans les personnels du secteur de la santé et des soins augmente, néanmoins à un rythme insuffisant pour compenser le degré significatif de féminisation qui caractérise ce secteur depuis des décennies.

Étant donné que la ségrégation professionnelle est un facteur important à l'origine de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, la figure 6.2 examine l'évolution des catégories professionnelles dans le temps. On pourrait s'attendre à constater que la répartition des femmes dans les catégories professionnelles au cours des dernières années (tel qu'abordé dans les chapitres 3 à 5) ait glissé vers des catégories plus élevées par rapport au début du XXI^e siècle. Cela serait le résultat des améliorations significatives du niveau d'instruction des filles et des femmes au cours des vingt dernières années dans l'ensemble des pays⁴⁶.

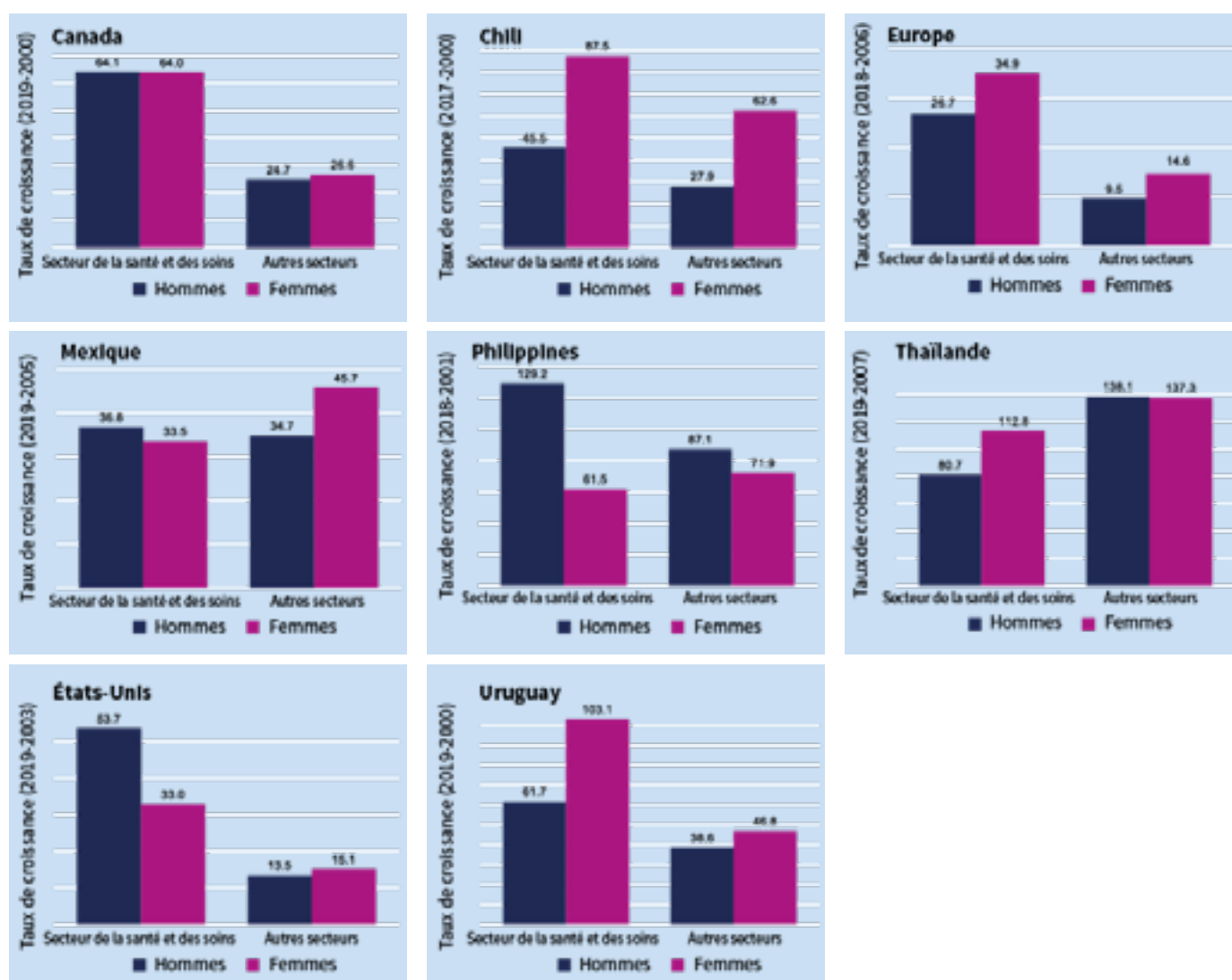
La figure 6.2 fournit des preuves d'un glissement des femmes vers des catégories professionnelles plus élevées, toutefois, dans l'ensemble des pays, elles continuent d'être surreprésentées dans les catégories professionnelles associées à l'infirmierie (fonctions techniques liées à la santé) ou aux fonctions peu qualifiées liées à la santé (infirmières auxiliaires et agents de soins peu qualifiés). En Europe, par exemple, la proportion de femmes dans les professions libérales liées à la santé (par exemple les médecins) a augmenté de 10 % en 2006 à 23 % en 2018. La proportion de femmes dans la catégorie des fonctions techniques liées à la santé (par exemple les infirmières et les techniciennes de laboratoire) a reculé d'environ 27 % à 12 % au cours de cette période. Au Chili, on a enregistré parmi les femmes des augmentations de 3 et 15 points de pourcentage dans les professions libérales et techniques respectivement, tandis que la proportion de femmes (parmi les femmes) exerçant des professions semi-qualifiées ou peu qualifiées (liées ou non à la santé) a reculé de 18 points de pourcentage. Aux États-Unis, la part des femmes dans les professions libérales a également augmenté, de 28 % environ en 2003 à 40 % en 2019 (pour atteindre 28 % dans les fonctions liées à la santé et

⁴⁵ Dans le cas de l'Europe, la croissance estimée dans le secteur de la santé et des soins ne peut être vérifiée directement au regard des chiffres officiels. Eurostat fournit des estimations englobant trois secteurs (administration publique, enseignement et santé), dont il ressort qu'entre 2006 et 2018, ces secteurs ont progressé de 16 %. Les données relatives à l'Europe utilisées aux fins du présent rapport, issues de l'enquête sur la structure des salaires et apportées par Eurostat, devraient donner des résultats similaires. Les différences entre les constatations d'Eurostat et les estimations figurant dans le présent rapport peuvent découler de l'exclusion de certains pays dans le rapport, dont l'Allemagne, le Danemark et la Grèce.

⁴⁶ Selon un rapport récent de l'UNESCO, depuis 1995, le taux de scolarisation des filles dans le monde a augmenté de 73 % à 89 %, les meilleures améliorations ayant été observées en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, en particulier en Inde. Des progrès significatifs ont été réalisés en termes d'enseignement primaire dans 23 pays où, en 1995, moins de 80 filles étaient scolarisées pour 100 garçons. De même, dans le monde, trois fois plus de femmes poursuivent des études universitaires qu'en 1995, des progrès particuliers étant enregistrés en Afrique du Nord et en Asie occidentale (UNESCO, 2020).

FIGURE 6.1

Croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins, de 2000 à 2018/2019, par sexe et au regard des autres secteurs économiques



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS reposant sur les données fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

12 % dans les fonctions sans lien avec la santé). La part des femmes dans les professions semi-qualifiées a quant à elle diminué de 7 points de pourcentage environ pour atteindre 25 % dans les fonctions liées à la santé et 13 % dans les fonctions semi-qualifiées et peu qualifiées sans lien avec la santé. Les Philippines affichent également un léger glissement des femmes vers des catégories professionnelles plus élevées, en particulier dans les professions libérales liées à la santé (3 points de pourcentage de plus), les professions techniques liées à la santé (5 points de pourcentage de plus) et les professions techniques sans lien avec la santé (5 points de pourcentage de plus), tandis que la proportion de femmes dans les professions semi-qualifiées et peu qualifiées a reculé (7 points de pourcentage de moins). En Thaïlande, une augmentation remarquable de 3 % à 8 % est

visible parmi les femmes dans les catégories des professions libérales non liées à la santé, bien que l'on ait également assisté à un déclin notable parmi les femmes exerçant des professions libérales liées à la santé (de 42 % à 35 %). En Uruguay, la part des femmes dans les professions libérales a légèrement augmenté, de 19 % en 2000 à 22 % en 2019, tandis que la part des femmes dans les professions semi-qualifiées et peu qualifiées a reculé de 3 points de pourcentage (de 59 % à 56 %). Au Canada, bien que la part des femmes dans les professions libérales liées à la santé ait reculé de 2 points de pourcentage (de 23 % à 21 %), leur part dans les professions techniques liées à la santé a augmenté de 10 % à 13 %, et leur part dans les professions semi-qualifiées et peu qualifiées a reculé de 44 % à 40 %. Prises ensemble, ces constatations semblent

indiquer que les femmes accèdent progressivement aux professions libérales et sont moins présentes dans les autres catégories professionnelles, en particulier dans les professions semi-qualifiées et peu qualifiées.

En ce qui concerne les hommes, la figure 6.2 montre qu'en 2019, leur représentation (parmi les hommes) dans les catégories des professions libérales – en particulier celles liées à la santé – demeure plus élevée que celle des femmes (parmi les femmes) dans l'ensemble des pays repris dans la figure, à l'exception de la Thaïlande et des Philippines. Par ailleurs, hormis au Chili, en Thaïlande et en Uruguay, la part des hommes exerçant des professions libérales liées à la santé a augmenté au cours des 20 dernières années – notamment au Canada (de 15 % à 22 %) et au Mexique (de 58 % à 72 %). Au Canada, au Chili, aux Philippines et en Thaïlande, la part des hommes a également augmenté (parmi les hommes) dans la catégorie des professions techniques liées à la santé, tandis que dans la plupart des pays (sauf aux Philippines, en Thaïlande et en Uruguay), la part des hommes dans les professions semi-qualifiées et peu qualifiées sans lien avec la santé a diminué – de manière significative dans le cas du Canada (de 30 % à 16 %) et du Chili (de 24 % à 19 %), et dans une moindre mesure en Europe (de 22 % à 19 %) et aux États-Unis (de 17 % à 13 %). Globalement, il semble donc que les hommes ont eux aussi progressé vers des catégories professionnelles plus élevées dans le secteur de la santé et des soins.

Les chapitres précédents ont montré que les écarts salariaux femmes-hommes sont également en partie dus aux différences d'âge, de niveau d'instruction, de modalité de temps de travail et de secteur institutionnel. La figure 6.3 montre comment ces caractéristiques ont évolué au cours des deux dernières décennies dans le même échantillon de pays que celui des figures 6.1 et 6.2. **La figure 6.3 révèle un léger glissement vers les tranches d'âge supérieures et un déclin parmi les tranches d'âge inférieures. C'est en particulier le cas pour les femmes, dont l'incidence a augmenté dans les deux tranches d'âge supérieures.** Ainsi, au Mexique en 2005, la part des femmes dans la tranche d'âge des 50 à 59 ans et dans la tranche d'âge des plus de 60 ans était de 8 % et 2 % respectivement. En 2019, ces pourcentages étaient passés à 15 % et 5 % respectivement. Globalement, la tendance vers une incidence accrue dans les tranches d'âge supérieures parmi les femmes (les rapprochant de l'incidence des hommes à chaque tranche d'âge) montre que les femmes rattrapent les hommes en termes de prévalence en demeurant plus longtemps sur le marché du travail. Bien que nous ne disposions pas de données spécifiques sur leur longévité sur le marché du travail, cette situation est susceptible

de se renforcer si nous continuons d'observer le déplacement des femmes vers les tranches d'âge supérieures.

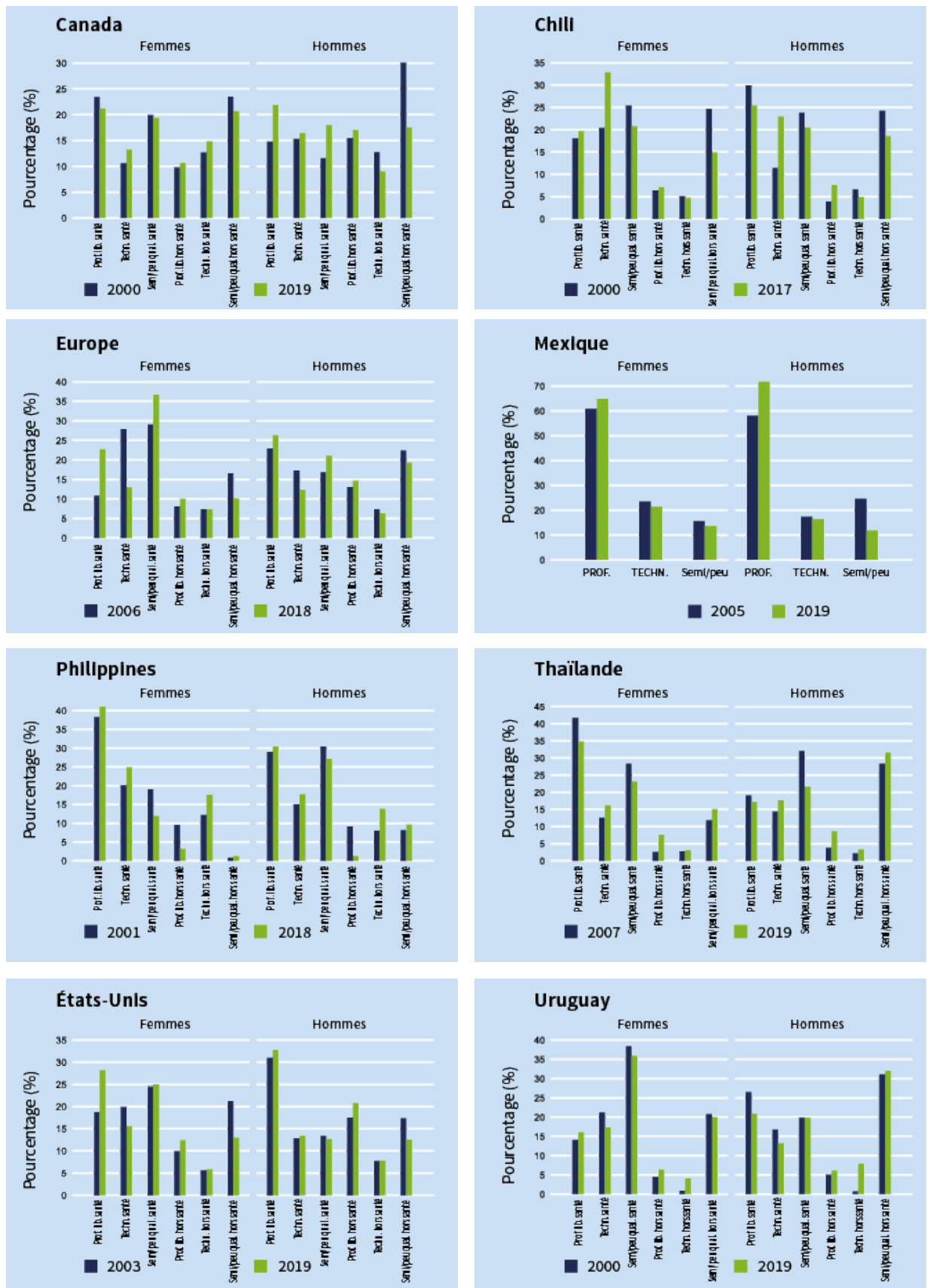
La figure 6.3 montre également que, pour l'ensemble des pays inclus, le travail à plein temps continue d'être la catégorie dominante et que les femmes sont davantage représentées que les hommes dans la catégorie du travail à temps partiel, dans l'ensemble des pays et au fil du temps. La seule région où l'on a observé une légère augmentation de l'incidence du travail à temps partiel est l'Europe, où cela concerne à la fois les femmes (de 35 % à 37 %) et les hommes (de 17 % à 20 %).

Il ressort de la figure 6.3 qu'il semble y avoir une plus grande proportion d'hommes – par rapport aux femmes – qui travaillent dans le secteur public au Canada, en Europe et au Mexique. Dans tous les autres pays, la proportion de femmes travaillant dans le secteur privé par opposition au secteur public est similaire. Au Canada et au Chili, la répartition des salariés entre le secteur privé et le secteur public est similaire. Aux États-Unis, aux Philippines et en Uruguay, le secteur privé domine, tandis qu'en Europe, au Mexique et en Thaïlande, le secteur public emploie un plus grand nombre de salariés (femmes et hommes). Les changements les plus notables au fil du temps sont les augmentations observées dans le secteur privé au Mexique (10 % plus de femmes et d'hommes), aux Philippines (20 % plus de femmes, 15 % plus d'hommes) et en Uruguay (12 % plus de femmes et 5 % plus d'hommes).

Globalement, les graphiques de la figure 6.3 suggèrent qu'au fil du temps, les salariées du secteur de la santé et des soins ont acquis des caractéristiques professionnelles très proches de celles des hommes du secteur, en particulier en termes de longévité, de niveau d'instruction et de leur représentation dans les catégories professionnelles plus élevées.

FIGURE 6.2

Part de l'emploi par catégorie professionnelle dans le secteur de la santé et des soins, 2000-2007 et 2017-2019, par sexe

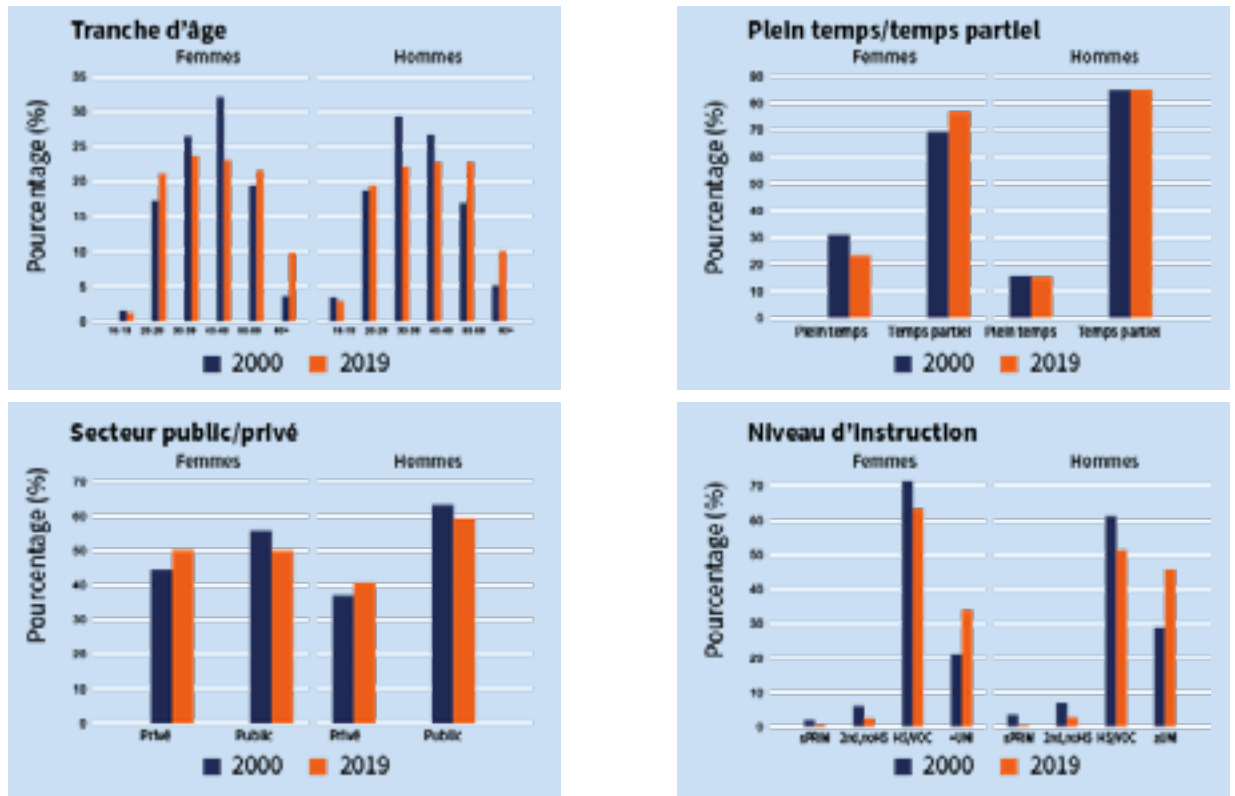


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

FIGURE 6.3

Part des travailleurs par sexe, âge et autres caractéristiques, dans le secteur de la santé et des soins, dans un échantillon de pays, de 2000 à 2007 et de 2017 à 2019

Canada



Chili

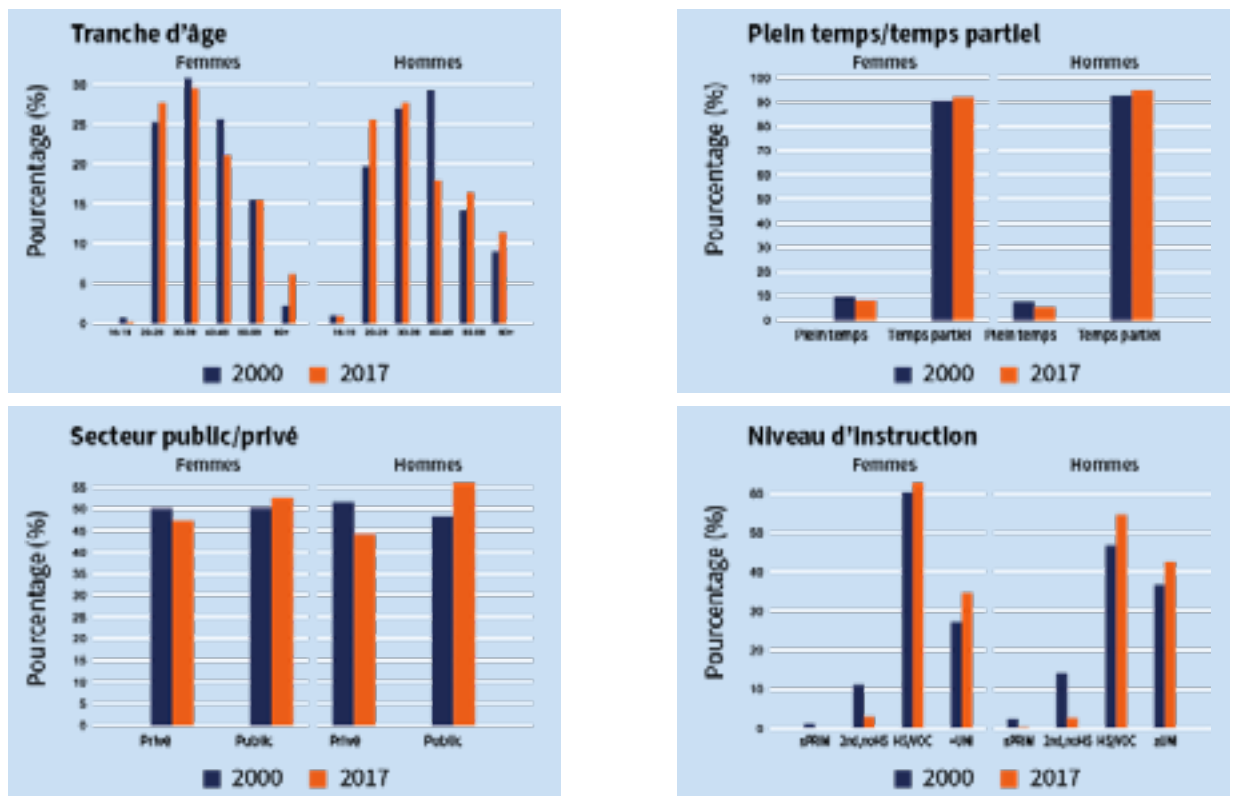
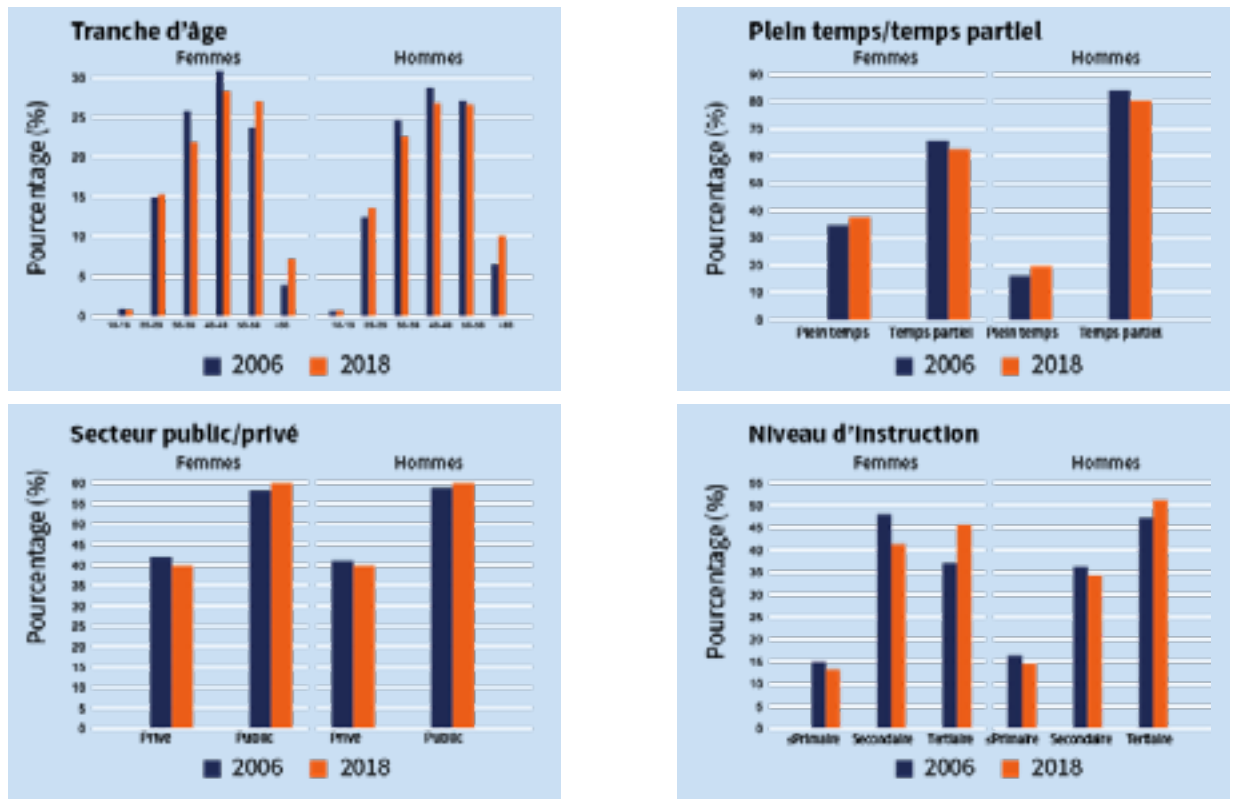


FIGURE 6.3 CONT.

Europe



Mexique

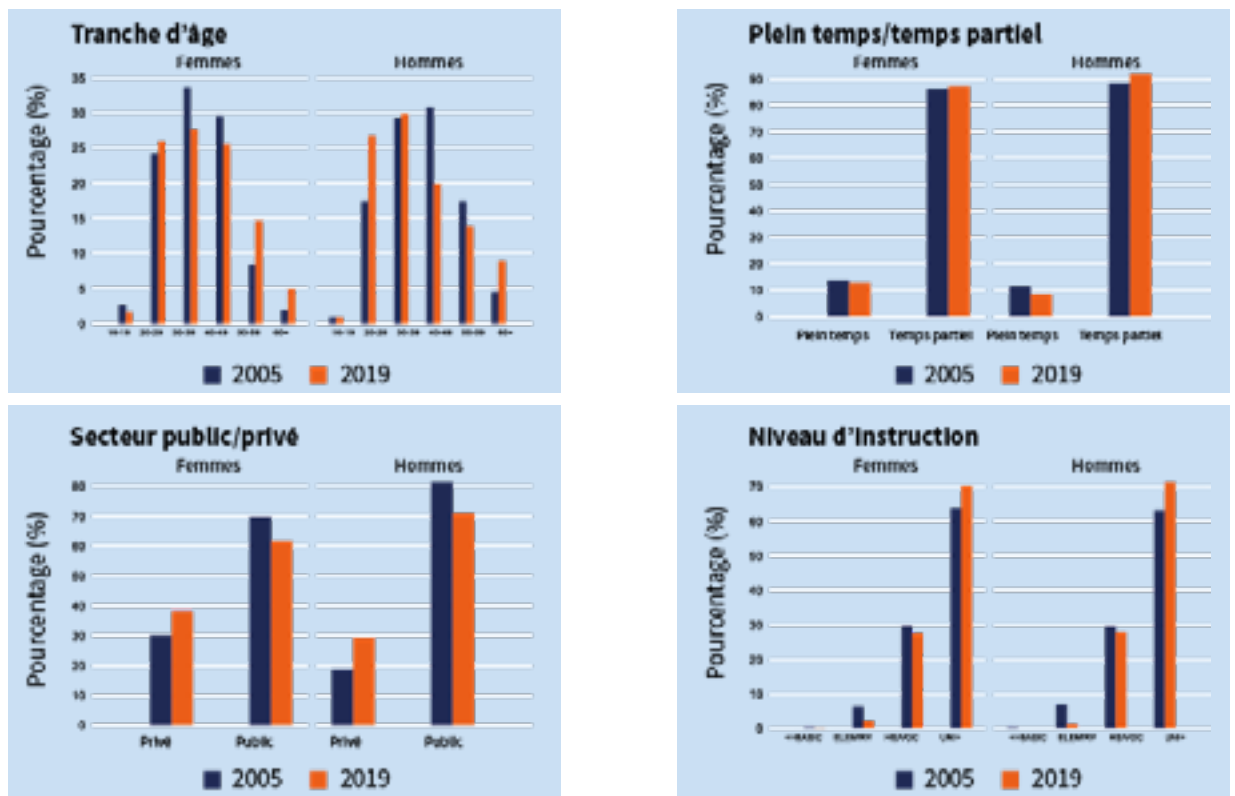
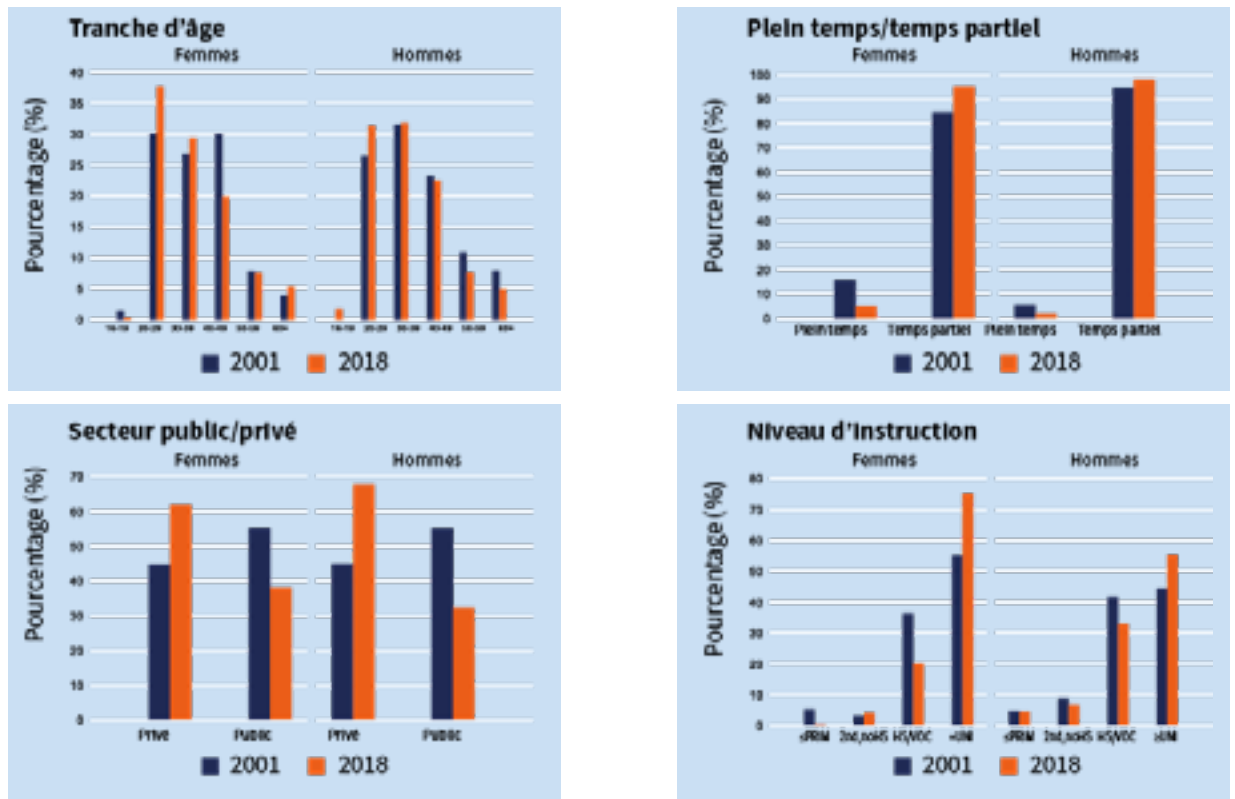


FIGURE 6.3 CONT.

Philippines



Thaïlande

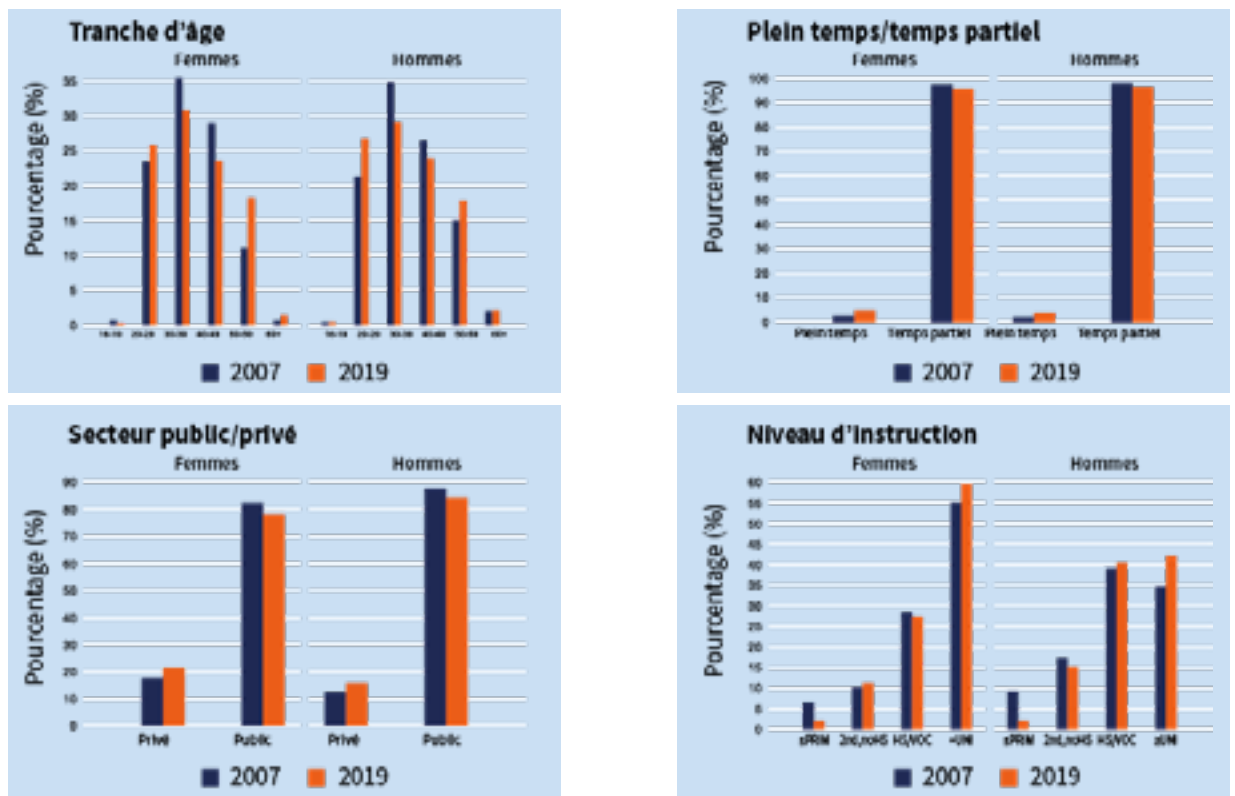
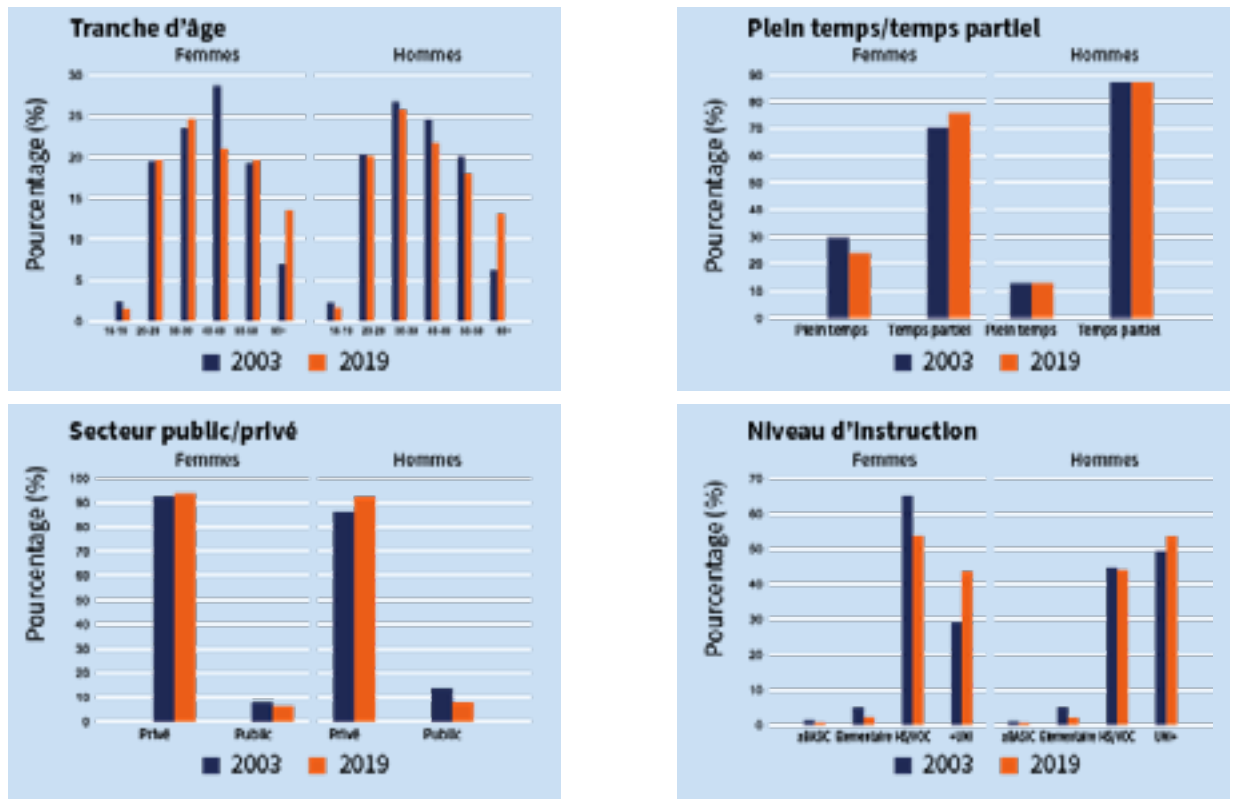
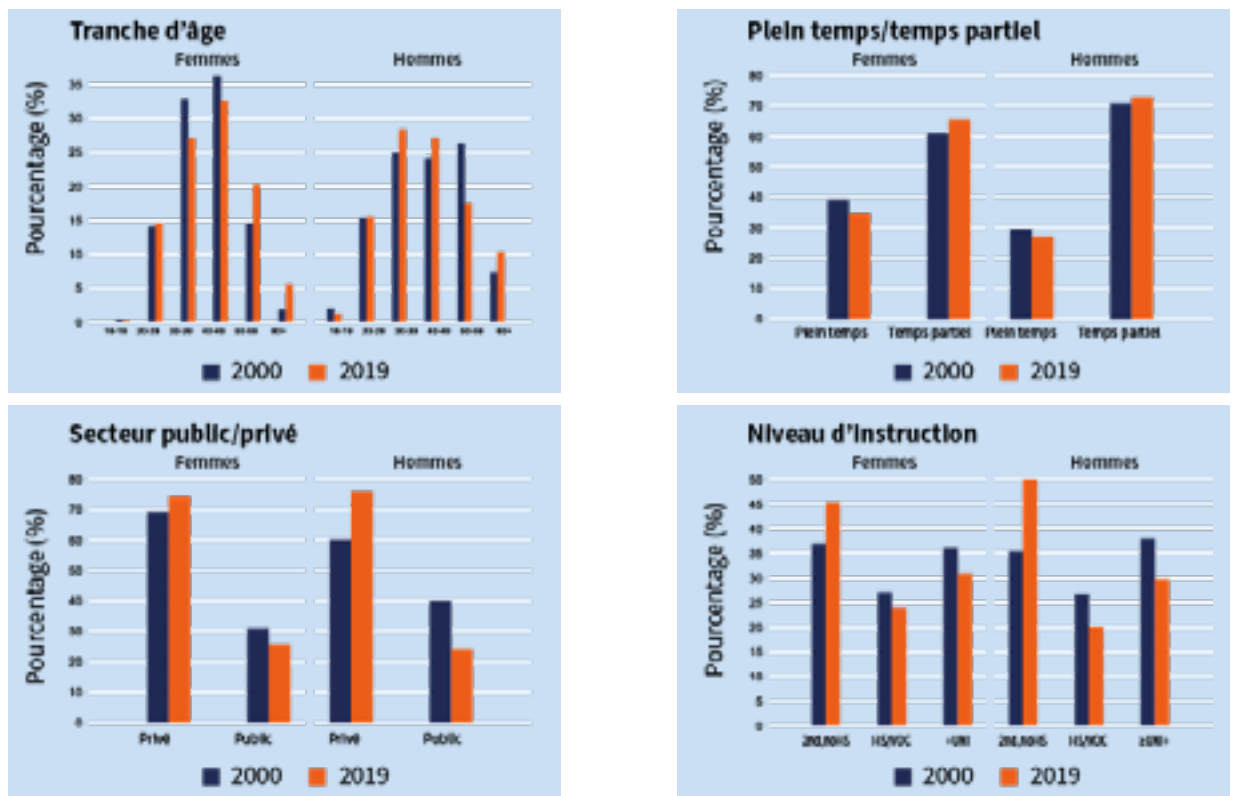


FIGURE 6.3 CONT.

États-Unis



Uruguay



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

6.2 Évolution de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au XXI^e siècle

Dans ce sous-chapitre, nous continuons d'examiner l'évolution de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au cours de la même période et dans les mêmes pays que dans le sous-chapitre 6.1. Les chapitres 3 à 5 présentaient différentes approches d'estimation de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, des estimations pondérées tenant compte des effets de composition sur les mesures sommaires, aux estimations permettant une décomposition complète sur l'ensemble de la répartition des salaires horaires. Dans ce sous-chapitre, nous examinons une fois encore l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes en le décomposant entre les parties expliquée et inexpliquée, avant d'analyser comment chacune de ces parties a évolué au cours des deux premières décennies du XXI^e siècle. Il est important de faire la distinction entre les changements au niveau des deux composantes, car l'élimination de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes requiert différentes mesures politiques en fonction de l'évolution de chacune des parties et selon qu'une partie ou l'autre domine dans la composition globale de l'écart salarial.

Par conséquent, dans l'analyse qui suit, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est estimé de la même manière que dans la figure 5.2. Cependant, nous envisageons cette fois, pour chaque pays séparément, chacun des deux moments introduits dans le sous-chapitre 6.1. Pour ce faire, nous appliquons la procédure suivante à chaque période : dans un premier temps, nous estimons l'écart salarial à chacun des neuf quantiles de la répartition des salaires horaires (voir la figure 4.1) ; ensuite, nous décomposons chacune des neuf estimations de l'écart en une partie expliquée et une partie inexpliquée (voir la figure 5.1) ; enfin, pour chaque moment et chaque pays, nous prenons les moyennes pondérées sur l'ensemble des neuf quantiles pour l'écart global, la partie expliquée et la partie inexpliquée. Le résultat est une décomposition de l'écart salarial horaire semblable à celle présentée dans la figure 5.2 pour chaque pays et à chaque moment. Comme signalé dans le chapitre 5, la production d'estimations de l'écart salarial à différents points de la répartition des salaires et leur pondération en une seule valeur est également une manière de tenir compte des hétérogénéités des femmes et des hommes sur le marché du travail, étant donné qu'au sein d'un quantile donné,

les femmes et les hommes ont forcément des caractéristiques professionnelles communes (voir les encadrés 4 et 5).

La figure 6.4 affiche trois barres pour chaque pays et période. Ensemble, les six barres illustrent l'évolution de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes du début des années 2000 à 2019 en faisant la distinction entre la part expliquée et la part inexpliquée de l'écart salarial. Nous avons vu dans le chapitre 5 que lorsque la part expliquée est positive, cela signifie qu'en moyenne, au sein des quantiles, les hommes ont davantage d'attributs et de caractéristiques que les femmes du même quantile (cette différence au niveau des attributs et de la dotation en capital humain explique un écart positif en faveur des hommes). En revanche, lorsque la *part expliquée est négative*, cela signifie qu'en moyenne au sein des quantiles, les femmes ont de meilleurs attributs et une meilleure dotation en capital humain, mais sont sous-payées au titre de ces attributs et de cette dotation (c'est-à-dire qu'un écart expliqué négatif peut être imputé à de meilleurs attributs et une meilleure dotation en capital humain chez les femmes que chez les hommes). Lorsque la *part inexpliquée est positive*, en moyenne sur l'ensemble des quantiles, les femmes tirent de leurs attributs un rendement inférieur à celui que les hommes tirent d'un ensemble similaire d'attributs dans la population. En d'autres termes, lorsque les hommes et les femmes ont des attributs similaires, mais que les femmes sont moins bien rémunérées, l'écart ne peut pas être expliqué par la différence au niveau des attributs et caractéristiques professionnels. Enfin, lorsque la *part inexpliquée est négative*, en moyenne sur l'ensemble des quantiles, les femmes tirent de leurs attributs un rendement supérieur à celui que les hommes tirent d'un ensemble similaire d'attributs. La figure 6.4 porte sur les mêmes pays que les figures 6.2 et 6.3, mais elle montre en outre séparément chacun des pays inclus dans la moyenne pondérée pour l'Europe⁴⁷.

Aux fins de notre analyse, nous commençons par observer quatre groupes parmi les 28 pays présentés : le premier groupe comprend sept pays où l'écart salarial horaire entre femmes et hommes s'est creusé au fil du temps, à savoir le Chili, l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la République tchèque et la Slovaquie. Le deuxième groupe compte deux pays, les États-Unis et l'Italie, où l'écart salarial n'a pratiquement pas changé d'une période à l'autre. Le troisième groupe comprend 15 pays où l'écart salarial a diminué au cours des deux premières décennies du XXI^e siècle. Le quatrième et dernier

⁴⁷ L'analyse détaillée pays par pays de l'Europe n'a pas été présentée dans le sous-chapitre 6.1 pour des raisons d'espace. Cependant, les estimations des tendances en matière d'emploi pour chacun des 21 pays inclus dans le groupe européen sont disponibles sur demande auprès des auteurs.

groupe contient quatre pays (Belgique, Luxembourg, Philippines et Thaïlande) où la moyenne pondérée estimée de l'écart salarial demeure négative.

Au sein de chacun des quatre groupes, les pays affichent des évolutions très différentes (au sein du pays, entre périodes) entre les parts expliquée et inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes. Dans le groupe des sept pays qui ont connu une augmentation de l'écart salarial femmes-hommes, seuls deux pays (Lettonie et Lituanie) ont vu à la fois la part expliquée et la part inexpliquée augmenter. Ainsi, dans ces deux pays, en moyenne, l'écart entre la dotation en capital humain des femmes et des hommes s'est creusé au sein des quantiles, ce qui explique une partie de l'augmentation de l'écart salarial entre eux. Toutefois, l'écart s'est en partie creusé parce que sur l'ensemble des quantiles, le rendement de la dotation en capital humain des femmes n'a pas augmenté autant que celui des hommes à la dotation en capital humain similaire – c'est-à-dire qu'une partie de l'augmentation de l'écart est inexpliquée. Pour les cinq autres pays du groupe, l'augmentation de l'écart salarial englobe une combinaison de changements entre les composantes expliquée et inexpliquée. Dans le cas du Chili, par exemple, la composante expliquée est devenue négative en 2019. Cela signifie qu'en moyenne, au sein des quantiles, les femmes ont de meilleurs attributs et caractéristiques, mais sont sous-payées au regard de ceux-ci. Les figures 6.2 et 6.3 montraient que les femmes du secteur de la santé et des soins du Chili étaient devenues mieux préparées en termes de niveau d'instruction, d'expérience et de prévalence dans les professions techniques, tout en réduisant leur présence dans les catégories professionnelles moins qualifiées. Le fait qu'elles aient une meilleure dotation en capital humain, cependant, n'a pas mené à une réduction de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au Chili, ni à l'élimination de la part expliquée de l'écart.

Les deux autres pays qui ont vu une augmentation de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes sont la Hongrie et l'Estonie. En Hongrie, l'augmentation de l'écart est entièrement due à une composante inexpliquée plus importante, tandis que dans le cas de l'Estonie, la part inexpliquée a diminué et la part expliquée a augmenté. Ainsi, dans le cas de l'Estonie, il est important de reconnaître que la situation a progressé pour les femmes entre 2006 et 2018 dans la mesure où, en moyenne, les rendements des femmes sont plus proches de ceux des hommes aux caractéristiques similaires, bien que l'écart salarial global femmes-hommes ait augmenté de 3 points de pourcentage. Le problème en Estonie est que, par rapport à 2006, les hommes avaient un meilleur ensemble de caractéristiques

professionnelles en 2018 (au sein des quantiles) que les femmes. C'est ce qui explique l'augmentation de l'écart salarial femmes-hommes en Estonie entre 2006 et 2018. Dans cette situation, les politiques qui ciblent la dotation en capital humain des femmes dans le secteur de la santé et des soins (telles que les politiques qui réduisent la ségrégation professionnelle et mènent à une plus grande ancienneté parmi les femmes) contribueraient à réduire la composante expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes à l'avenir.

Parmi le groupe de 15 pays où l'écart salarial a clairement diminué, sept pays affichent un recul à la fois au niveau de la part expliquée et de la part inexpliquée. C'est-à-dire que les femmes et les hommes deviennent plus similaires au sein des quantiles en ce qui concerne leur dotation en capital humain (niveau d'instruction, catégorie professionnelle, ancienneté, etc.), et l'écart en termes de rendement de la dotation en capital humain des femmes et des hommes a lui aussi diminué sur l'ensemble des quantiles. Prenons l'exemple de l'Espagne : l'écart salarial horaire femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins a diminué de 13,2 points de pourcentage entre 2006 et 2018 – soit de 1 point de pourcentage par an. La part de cette réduction due à un recul de la composante expliquée n'est que de 3,4 % (les femmes ont rattrapé les hommes en termes d'attributs professionnels), tandis que 9,8 % de la réduction était due à un recul de la part inexpliquée (le rendement que les femmes obtiennent pour leur dotation en capital humain s'est rapproché de celui des hommes aux attributs similaires, sur l'ensemble des quantiles). Des commentaires analogues s'appliquent au Canada, à la Finlande, au Mexique, au Royaume-Uni, à la Norvège et à l'Uruguay. Les figures 6.2 et 6.3 sont conformes à ces estimations, car dans tous ces pays (et en moyenne en Europe) les femmes ont amélioré les attributs qui les rendraient mieux préparées en termes de productivité, ce qui est une cause possible du déclin de la composante expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes.

L'écart salarial femmes-hommes s'est également réduit dans huit autres pays, mais de différentes manières. En Bulgarie, à Chypre et en France, l'écart salarial a changé en raison d'un déclin au niveau de la part expliquée, la composante inexpliquée n'ayant quant à elle pas changé. Les Pays-Bas sont le seul des 15 pays où le déclin était entièrement dû à la diminution de la composante inexpliquée. Dans les quatre pays restants (Pologne, Portugal, Roumanie et Suède), on a assisté à une diminution de l'écart salarial global femmes-hommes, toutefois la composante inexpliquée y a augmenté. Dans ces

quatre pays, un ensemble de politiques qui pourrait contribuer à réduire l'écart salarial femmes-hommes devrait envisager d'accorder la priorité à des facteurs tels que les stéréotypes, la moindre valorisation des professions féminisées ou l'impact de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée sur les résultats des femmes sur le marché du travail.

Le quatrième groupe de pays inclus dans la figure 6.4 affiche des écarts salariaux négatifs sur l'ensemble de la période. Aux Philippines, en Thaïlande, en Belgique et au Luxembourg, la composante expliquée est demeurée négative. Cela signifie qu'en moyenne, au sein des quantiles, les femmes ont de meilleurs attributs et caractéristiques que les hommes (voir l'encadré 4), mais sont sous-payées au regard de ceux-ci. Dans ce cas également, ces constatations sont en phase avec les améliorations de la dotation en capital humain

des femmes observées dans les figures 6.2 et 6.3. En conséquence, dans ces quatre pays, si les femmes étaient rémunérées au même niveau que les hommes (au sein des quantiles) pour leur dotation en capital humain, la partie expliquée négative disparaîtrait et il ne resterait que la part inexpliquée. Aux Philippines et en Thaïlande, la composante inexpliquée était positive en 2019 – les deux pays ont enregistré un déclin de la part inexpliquée depuis le début des années 2000, quoique de quelques points de pourcentage seulement. La Belgique est le seul des quatre pays où la composante inexpliquée semblait avoir complètement disparu en 2018. L'estimation relative au Luxembourg suggère que c'est le seul pays repris dans la figure 6.4 où l'écart salarial dans le secteur de la santé et des soins est devenu négatif au cours de la première partie du XXI^e siècle.

FIGURE 6.4

Évolution de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, composantes expliquée et inexpliquée, dans le secteur de la santé et des soins, 2000-2007 et 2017-2019

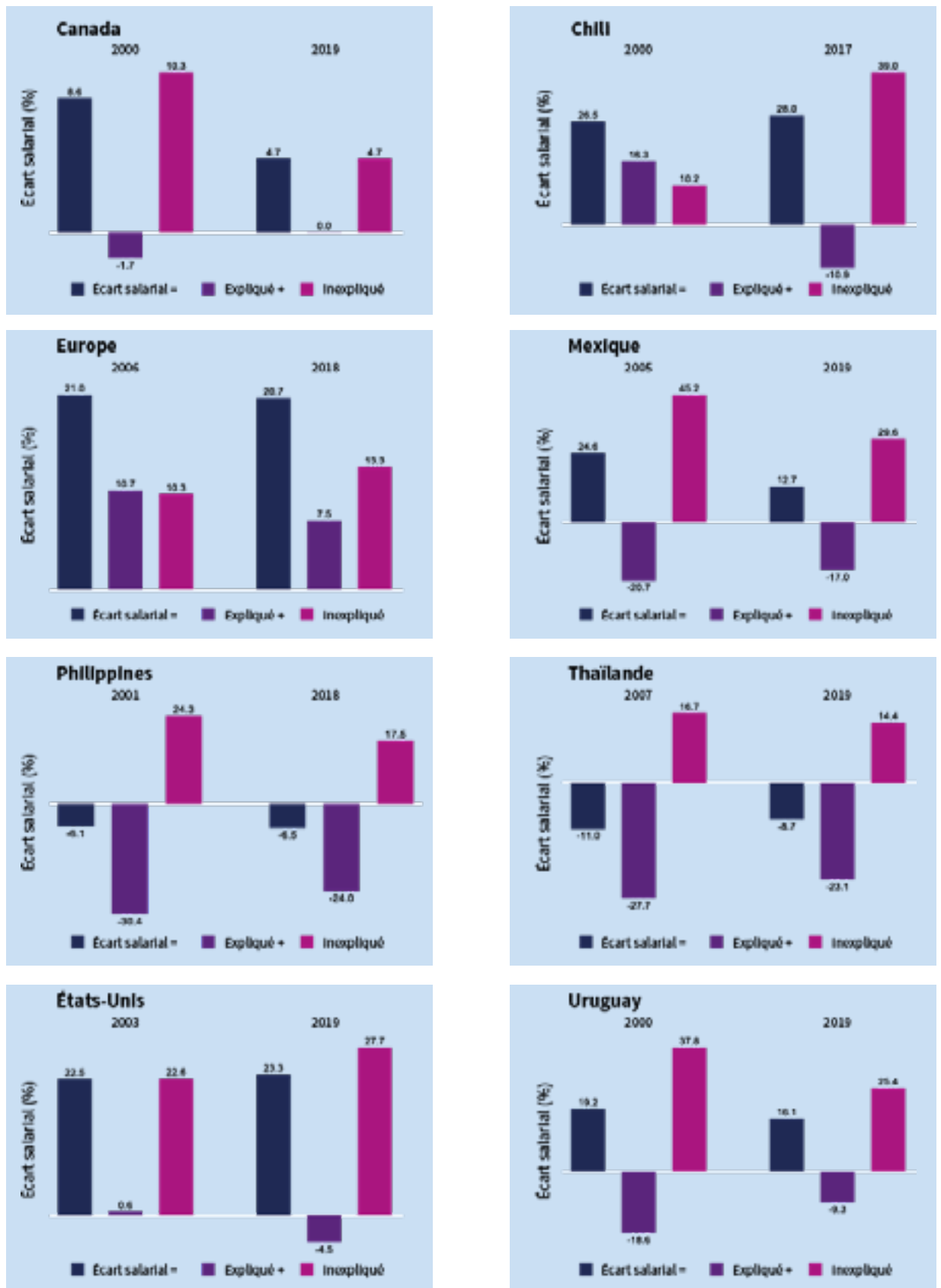
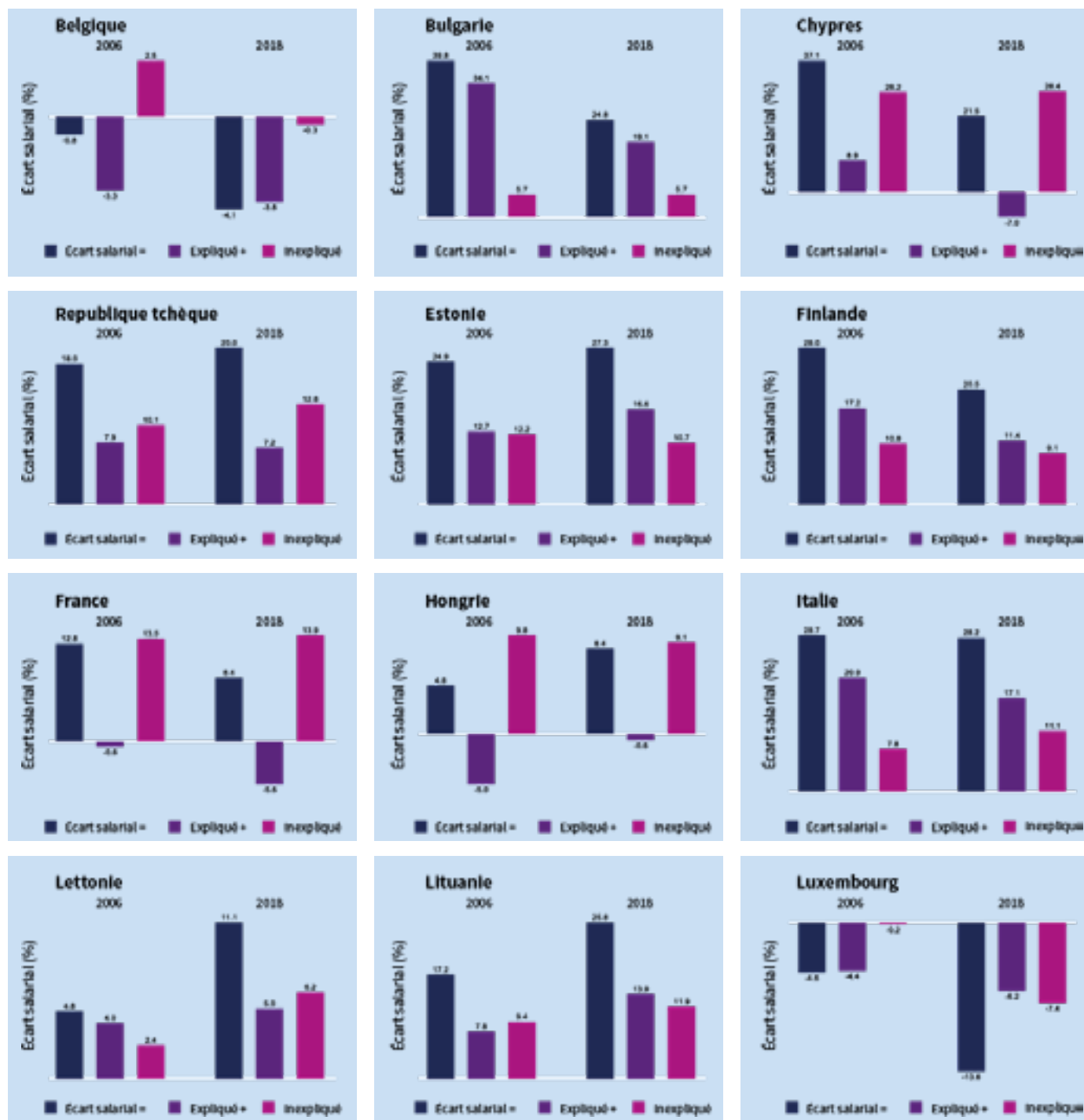
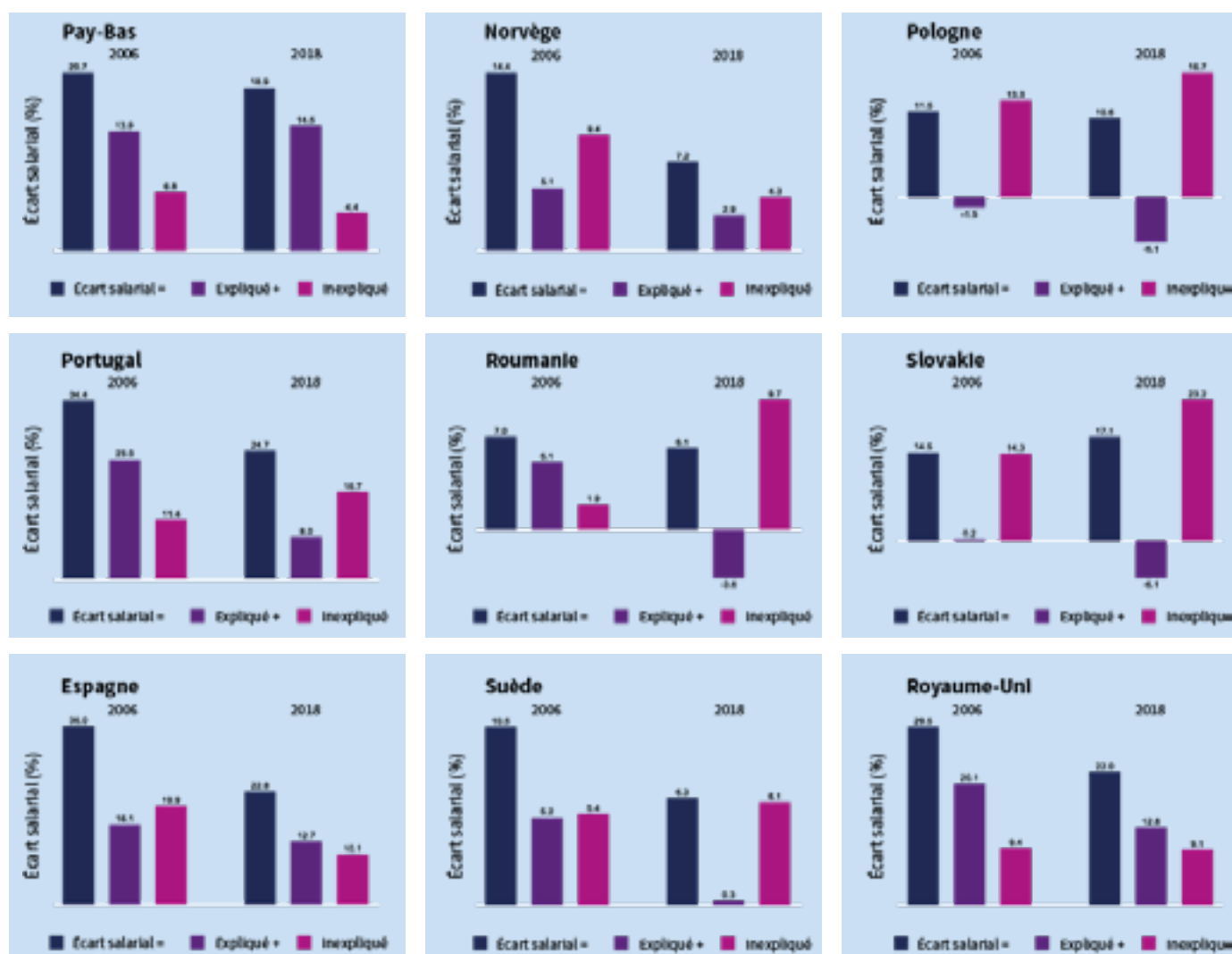


FIGURE 6.4 CONT.

Pays européens



Pays européens



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1). Voir l'annexe 2 pour de plus amples détails sur la méthode utilisée pour décomposer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes entre les composantes expliquée et inexpliquée.

L'effet de la COVID-19 sur l'emploi et la rémunération dans le secteur de la santé et des soins

Les pertes d'emplois ont été moindres dans le secteur de la santé et des soins que dans les secteurs économiques sans lien avec la santé du fait du ralentissement économique associé à la pandémie de COVID-19. Cependant, les conditions de travail des travailleurs du secteur se sont radicalement détériorées, en particulier pour les travailleurs aux premières lignes de la lutte contre la pandémie (qui sont pour la plupart des femmes), dont le risque d'infection est par ailleurs démesurément élevé. Si, en moyenne, le secteur de la santé et des soins a connu une reprise presque complète, cette reprise était à la traîne pour certains types de travailleurs, en particulier les femmes au niveau d'instruction peu élevé et celles ayant un emploi informel. La crise de la COVID-19 ayant touché de manière disproportionnée les travailleurs du bas de l'échelle salariale, dont la plupart sont des femmes, le salaire horaire moyen ou la rémunération mensuelle moyenne des travailleurs qui sont restés dans le secteur semble artificiellement avoir augmenté, bien que la masse salariale totale réelle du secteur ait diminué. Compte tenu des effets de composition en termes de caractéristiques des personnels de santé et d'aide à la personne avant et après le début de la pandémie, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes paraît ne s'être que légèrement resserré entre janvier 2019 et décembre 2020.

En janvier 2022, soit 22 mois après que l'OMS a déclaré la pandémie de COVID-19, plus de 360 millions de cas avaient été confirmés dans le monde, et plus de 5,6 millions de personnes étaient mortes directement de la maladie (tableau de bord COVID-19 de l'OMS, 2022)⁴⁸. Depuis le début de la pandémie, pratiquement tous les pays du monde ont pris des mesures radicales destinées à endiguer l'effet du virus sur la santé humaine, notamment en verrouillant partiellement ou complètement leur économie et en fermant partiellement ou complètement leurs frontières nationales. Ces mesures ont inévitablement conduit à une crise économique mondiale d'une ampleur inédite, dont l'incidence sur les marchés du travail du monde entier s'est avérée colossale.

D'après les estimations de l'OIT, les pertes totales d'heures de travail au cours du deuxième trimestre 2020 (par rapport au quatrième trimestre 2019) ont atteint 17,3 %, soit 495 millions d'emplois équivalents temps plein (Observatoire de l'OIT, 2020b). Les estimations révisées pour le quatrième trimestre 2020 suggèrent une reprise progressive des heures et des emplois perdus sur le marché du travail. En tout, en 2020, 8,8 % des heures de travail à l'échelle mondiale ont été perdues par rapport au quatrième trimestre 2019, ce qui équivaut à 255 millions d'emplois à plein temps. Les pertes d'heures de travail ont été particulièrement

élevées en Amérique latine et aux Caraïbes, en Europe méridionale et en Asie du Sud. À titre de comparaison, les pertes d'heures de travail en 2020 ont été environ quatre fois plus élevées que durant la crise financière mondiale de 2009 (Observatoire de l'OIT, 2021).

Certains secteurs économiques et groupes de population ont été frappés plus fortement par les crises économique, sociale et sanitaire déclenchées par la COVID-19. La littérature et les analyses quantitatives révèlent que ce sont les femmes, les travailleurs peu qualifiés et les travailleurs de l'économie informelle – ces derniers représentant 60 % de la population active à l'échelle mondiale (OIT, 2018d) – qui ont été touchés le plus durement. En ce qui concerne les femmes, 40 % d'entre elles dans le monde sont employées dans les secteurs les plus gravement frappés par la crise (à savoir, le commerce, le secteur manufacturier, l'hôtellerie, les transports, les communications et le secteur des services), contre 37 % des hommes (Observatoire de l'OIT, 2020a).

Le secteur de la santé et des soins est peut-être moins exposé aux pertes d'emploi attendues dans le contexte de la crise. Toutefois, il s'est retrouvé aux premières lignes de la lutte contre la maladie. En fait, depuis le début de la pandémie, les conditions de travail des personnels de santé, en particulier

⁴⁸ WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard (<https://covid19.who.int/>).

ceux qui prennent en charge les patients atteints de COVID-19 – dont la majorité sont des femmes – se sont radicalement détériorées. Les heures de travail extrêmement longues dans les services de soins intensifs, les équipements de protection individuelle insuffisants, la pénurie de personnel et de ressources exacerbent le stress émotionnel et psychologique intense auquel les agents de santé se sont vus soumis (voir notamment Pappa et al., 2020). Les agents de santé sont en outre davantage exposés au risque d'infection et de transmission de la COVID-19. Alors que de nombreux travailleurs des autres secteurs sont passés au télétravail au plus fort de la pandémie, cela n'était pas une option pour un grand nombre de travailleurs du secteur de la santé et des soins en raison de la nature intrinsèquement présentielle de leur travail.

De plus, la pandémie de COVID-19 a révélé les défaillances des systèmes de santé et du secteur des soins dans les pays caractérisés par un sous-investissement dans les politiques sociales et le secteur public dans son ensemble, des pénuries de personnels de santé, de mauvaises conditions de travail et la nécessité urgente de renforcer les services publics (OIT, 2020a). Comme décrit dans le sous-chapitre 5.3, les emplois dans le secteur de la santé et des soins sont souvent caractérisés par des salaires moyens inférieurs à ceux de professions similaires dans d'autres secteurs, ainsi qu'une surcharge et de longues heures de travail. Bien que l'économie de l'aide à la personne englobe d'autres secteurs que le seul secteur de la santé et des soins, il est important de souligner que la pénalité salariale liée aux soins⁴⁹ est plus prononcée pour les femmes, en particulier dans les professions où celles-ci sont prédominantes, telles que l'infirmierie (OIT, 2018c). Une moindre rémunération pour les personnels de santé féminins peut entraver leur capacité à obtenir les soins dont les membres de leur famille ont besoin, ce qui risque à son tour d'accroître leurs responsabilités familiales. Cela a facilement pu contribuer à réduire la participation des femmes à l'emploi rémunéré dans le secteur de la santé et des soins au début de la pandémie, en particulier si elles devaient s'occuper de personnes à charge en situation de confinement.

En somme, lorsqu'on le compare aux autres secteurs, le fait que le secteur de la santé et des soins soit un secteur de risque inférieur au regard de la pandémie de COVID-19 peut à première vue porter à croire que les travailleurs de ce secteur sont moins exposés au risque de perte d'emploi ou de revenus. Toutefois, cela peut ne pas être le cas pour toutes les catégories de travailleurs du secteur. Les chapitres précédents

du présent rapport montrent qu'avant la pandémie, dans le monde entier, le secteur de la santé et des soins comptait une part importante de travailleurs peu rémunérés, de travailleurs aux qualifications faibles ou aux contrats précaires. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, un nombre significatif de travailleurs du secteur de la santé et des soins relèvent de l'économie informelle (voir le chapitre 4). Il est dès lors important d'examiner la mesure dans laquelle le secteur de la santé et des soins a connu des pertes d'emploi et de revenus du fait de la pandémie, notamment la mesure dans laquelle les femmes et les hommes ont été touchés par ces pertes.

Afin de procéder à cette analyse, nous avons besoin de données d'enquête (au microniveau) présentant les informations sur une base mensuelle ou trimestrielle. Ces données nous permettraient d'identifier les dynamiques à court terme dans l'emploi et les revenus des personnels de santé et d'aide à la personne, et plus spécifiquement d'examiner comment ces résultats peuvent avoir été influencés par les perturbations de l'économie liées à la COVID-19. L'analyse proposée devrait reposer sur des données mensuelles ou trimestrielles couvrant deux périodes : une période antérieure à la pandémie de COVID-19 (la période témoin) et une deuxième période couvrant les mois (ou trimestres) de la pandémie de COVID-19 (la période de traitement). Un autre critère important est le fait que les données doivent fournir des informations sur les personnes qui ont conservé leur emploi rémunéré, mais se voient temporairement écartées de leurs activités quotidiennes (mises à pied). Au début de la pandémie, de nombreux pays ont adopté des paquets de mesures fiscales à grande échelle pour soutenir les revenus des travailleurs et chercher à éviter l'effondrement des entreprises. Dans les pays européens, par exemple, les 50 % les moins bien payés ont perdu environ 6,5 % de leur salaire, toutefois les subventions salariales ont permis d'éviter que ces pertes atteignent 17,3 % (OIT, 2020b). Ainsi, nous avons également besoin de données permettant d'identifier les « travailleurs temporairement absents » (ainsi que les raisons de cette absence temporaire) pour éviter de surestimer l'impact de la pandémie sur l'emploi et les pertes de revenus.

Ces besoins en données, ajoutés aux restrictions mentionnées dans le chapitre 2, limitent davantage encore les enquêtes disponibles aux fins de l'analyse proposée. Néanmoins, certains pays fournissent des données répondant aux critères, qui nous ont permis d'estimer l'impact de la COVID-19 sur le secteur de

⁴⁹ La pénalité salariale liée aux soins est la différence en termes de salaire horaire entre les travailleurs des secteurs des soins et des secteurs non liés aux soins qui ne peut être attribuée à des différences au niveau des qualifications, de l'expérience ou des références (OIT, 2018c).

la santé et des soins, notamment sur les gains des femmes et des hommes durant les pires mois de la pandémie. Notre analyse couvre trois pays, à savoir le Canada, les États-Unis et le Mexique. Ce chapitre fournit donc une analyse de l'incidence de la COVID-19 sur l'emploi et les revenus dans le secteur de la santé et des soins dans ces trois pays entre janvier 2019 et décembre 2020. L'analyse repose sur des données mensuelles pour le Canada et les États-Unis et sur un mélange de données mensuelles et trimestrielles en ce qui concerne le Mexique⁵⁰. Bien que les estimations présentées dans ce chapitre ne puissent être extrapolées à d'autres pays, et en aucun cas à l'échelle mondiale, elles fournissent des constats importants pour mettre en contexte les considérations politiques abordées dans le chapitre 8.

7.1 Effet de la pandémie de COVID-19 sur l'emploi des salariés dans le secteur de la santé et des soins au Canada, aux États-Unis et au Mexique

La figure 7.1 montre l'évolution du salariat dans le secteur de la santé et des soins de janvier 2019 à décembre 2020 au Canada, aux États-Unis et au Mexique, en faisant la distinction entre les femmes et les hommes et en les comparant aux femmes et aux hommes des autres secteurs de l'économie (c.-à-d. à l'ensemble des autres secteurs économiques moins le secteur de la santé et des soins, comme dans les chapitres précédents). Pour chaque pays, chaque ligne des graphiques montre la croissance de l'emploi indexée soit au mois de janvier 2019 (pour le Canada et les États-Unis) soit au premier trimestre 2019 (pour le Mexique). Les estimations de toutes les figures de ce chapitre reposent sur les travailleurs déclarant être salariés. L'échantillon inclut les

salariés qui déclarent être temporairement absents du travail, mais continuer de toucher leur salaire – et qui conservent donc leur statut de salariés et devraient reprendre le travail au même endroit dans un avenir proche. Les employés temporairement absents comprennent les travailleurs mis à pied, les travailleurs en congés au moment de l'enquête et tous les autres travailleurs qui ne travaillaient pas activement au moment de répondre à l'enquête, mais étaient considérés comme salariés actifs. Les estimations n'incluent pas les personnes « temporairement absentes du travail, mais ne touchant pas leur salaire » pendant leur absence⁵¹. Dans le cas du Mexique, les données montrent que le fait d'être temporairement absent du travail et de ne pas toucher son salaire est pratiquement identique au fait d'être salarié dans l'économie informelle. Si l'on prend octobre 2019 comme mois de référence, au Mexique, 15 % des travailleurs temporairement absents du travail n'étaient pas payés pendant leur absence. Sur ces 15 %, 87 % travaillaient dans l'économie informelle. Fait intéressant, les données relatives au Canada et aux États-Unis (où l'informalité n'est pas directement identifiée dans l'enquête) montrent qu'un nombre assez important de salariés étaient temporairement absents d'un lieu de travail où ils étaient censés retourner (par exemple après des congés ou une maladie), mais ne touchaient pas leur salaire pendant leur absence⁵².

La figure 7.1 montre que dans les trois pays au début de la crise sanitaire (indiqué par une ligne verticale rouge), le salariat dans le secteur de la santé et des soins a fortement diminué, tout comme dans le reste de l'économie (indiqué par les lignes en pointillés). Les schémas observés dans ces trois pays montrent que les pertes d'emplois ont touché à la fois les femmes et les hommes. Au Canada et aux États-Unis, le recul prononcé de l'emploi (en tant

⁵⁰ Les données relatives au Mexique (ENOE) sont fournies par trimestre depuis le premier trimestre 2005, les enquêtes auprès des ménages étant menées en personne. Au début de la pandémie de COVID-19, le processus de collecte a changé temporairement, passant à une enquête mensuelle pour les mois d'avril à septembre 2020. La collecte des données durant la période de confinement s'est faite par une combinaison d'entretiens téléphoniques et en personne. La structure des données est telle que les enquêtes mensuelles sont tout aussi représentatives de la population que les enquêtes trimestrielles (grâce à l'utilisation de coefficients de pondération appropriés). Afin de faciliter l'illustration de nos résultats, les chiffres relatifs au Mexique montrent des estimations ponctuelles pour chaque mois basées sur les estimations trimestrielles pour la période du premier trimestre 2019 au premier trimestre 2020, les estimations mensuelles fournies par les données pour la période allant d'avril à juillet 2020 et les estimations ponctuelles basées sur les mesures trimestrielles pour le quatrième trimestre 2020. Dans le cas des enquêtes sur la population active du Canada et des États-Unis, la collecte des données mensuelles s'est poursuivie sans interruption pendant la pandémie.

⁵¹ Pour chacun des trois pays, les données peuvent identifier les travailleurs mis à pied qui cessent temporairement de travailler (mais demeurent des employés rémunérés) chaque mois. Ces informations étaient déjà disponibles dans les enquêtes avant la pandémie. Dans le cas du Canada, les personnes employées, mais temporairement inactives sont identifiées par la combinaison des codes YBSENT et PAYAWAY. En ce qui concerne les États-Unis, elles sont identifiées par la combinaison des variables PABSRN et PEMLR. Quant au Mexique, à la fois pour l'ENOE et l'ETOE (enquête mensuelle temporaire d'avril 2020 à juillet 2020), ces personnes sont identifiées par la combinaison des variables CLASE3 et P1C.

⁵² Dans le cas du Canada, par exemple, en mai 2020, au plus fort des effets de la pandémie sur l'économie, 15 % des salariés du secteur de la santé et des soins étaient « temporairement absents du travail ». Parmi eux, 30 % étaient mis à pied, 27 % étaient absents pour cause de maladie, 39 % s'occupaient temporairement de personnes à charge au foyer et les 4 % restants étaient en congé. Les données montrent que la proportion des employés qui « n'étaient pas payés pendant leur absence temporaire » était de 83 % parmi les employés mis à pied, de 56 % parmi les personnes « absentes pour cause de maladie temporaire », de 79 % parmi les personnes « absentes pour s'occuper temporairement de personnes à charge » et de 17 % parmi les employés en congé. La proportion de « salariés temporairement absents et non rémunérés » dans le secteur de la santé et des soins du Canada était également significative avant la pandémie. La faiblesse du système de protection des salaires parmi les salariés du secteur n'est donc pas liée à la COVID-19, bien que celle-ci semble l'avoir exacerbée. Les estimations étaient semblables pour les États-Unis et plus élevées dans le cas du Mexique où, comme indiqué dans le corps du rapport, les absences temporaires non rémunérées sont presque totalement associées à l'emploi dans l'économie informelle.

que pourcentage du groupe) a davantage touché les femmes que les hommes, tandis qu'au Mexique, c'est le contraire qui s'est produit. En réalité, au Canada et aux États-Unis, les estimations indiquent une croissance significative du nombre de salariés masculins en 2019 et presque jusqu'au début de la pandémie, avec 6 % de salariés de plus au Canada et 2 % de plus aux États-Unis en février 2020 qu'en janvier 2019⁵³. Par la suite, le ralentissement de la croissance de l'emploi est visible pour les hommes au Canada, et plus frappant encore pour les hommes aux États-Unis.

Du côté des hommes, l'emploi s'est également sensiblement contracté au Mexique, où il a reculé de 47 % par rapport à janvier 2019. Comme on peut le voir dans la figure 7.2, le recul parmi les hommes au Mexique s'explique par la perte prononcée d'emplois semi-qualifiés, en particulier dans l'économie informelle (voir la figure 7.8). Le nombre de salariés masculins a également chuté de manière significative aux États-Unis, où l'on enregistrait 8 % de salariés masculins en moins dans le secteur de la santé et des soins en avril/mai 2020 par rapport à janvier 2019. Au Canada, le nombre d'hommes salariés dans le secteur de la santé et des soins était environ 12 % plus élevé en janvier 2020 qu'en janvier 2019. Toutefois, en avril/mai 2020, il était retombé au niveau de janvier 2019. Autrement dit, entre janvier 2020 et avril/mai 2020, le nombre d'hommes salariés dans le secteur a diminué de 12 %.

En ce qui concerne les femmes travaillant dans le secteur de la santé et des soins, la série chronologique montre une faible croissance de l'emploi en 2019 dans les trois pays. L'emploi a ensuite commencé à reculer fortement au moment précis du début de la pandémie, de mars à mai 2020. À ce moment, le nombre de femmes salariées dans le secteur de la santé et des soins au Canada, au Mexique et aux États-Unis chute de 19 %, 17 % et 14 % respectivement en avril/mai 2020 par rapport à janvier 2019⁵⁴.

La figure 7.1 comporte également une comparaison avec le reste de l'économie. La croissance de l'emploi a davantage ralenti dans les autres secteurs (globalement) que dans le secteur de la santé et des soins pris seul. Cependant, par rapport au recul de l'emploi parmi les hommes, la contraction de l'emploi des femmes dans le secteur de la santé et des soins est plus proche, en points de pourcentage, de celle observée dans le reste de l'économie. Au Canada, par exemple, entre janvier 2019 et avril/mai 2020, l'emploi des femmes et des hommes dans l'économie (à l'exclusion du secteur de la santé et des soins) a reculé de 27 % et 22 % respectivement. Ces chiffres sont proches des pertes d'emplois des femmes dans le secteur de la santé et des soins (19 %) et loin de l'augmentation de 2 % du nombre d'hommes dans le secteur de la santé et des soins entre janvier 2019 et avril/mai 2020. La situation est semblable aux États-Unis et au Mexique. Aux États-Unis, l'emploi salarié dans le reste de l'économie a diminué de 22 % parmi les femmes et de 16 % parmi les hommes. Là encore, les deux estimations sont proches des pertes d'emplois de 14 % parmi les femmes dans le secteur de la santé et des soins, mais sensiblement plus élevées que les pertes de 8 % d'emplois d'hommes dans ce secteur. Au Mexique, le pourcentage de perte d'emplois de salariées dans le secteur de la santé et des soins (17 %) était semblable au pourcentage de perte d'emplois parmi les hommes dans le reste de l'économie (21 %).

Les fortes pertes d'emplois du début de la pandémie semblent avoir été suivies par une reprise progressive, mais régulière à partir de mai-juin 2020 environ, qui a mené à des niveaux d'emploi semblables, voire plus élevés, dans le secteur de la santé et des soins à la fin de la période considérée. Ainsi, en décembre 2020, au Canada, le niveau d'emploi dans le secteur de la santé et des soins au Canada était égal au volume d'emplois de janvier 2019 parmi les femmes et 15 % plus élevé parmi les hommes. Aux États-Unis, il était identique en ce qui concerne les femmes et 3 % plus élevé pour les hommes, et au Mexique, il était 12 % plus élevé pour

⁵³ Tout comme dans le chapitre 6, les chiffres absolus et les pourcentages estimés relatifs aux hommes peuvent varier en raison de la taille des échantillons. Ceux-ci sont représentatifs au niveau de la population, et les estimations issues de ces échantillons peuvent être utilisées pour faire des déductions concernant la population. Cependant, la part des hommes est plus limitée que celle des femmes, ce qui signifie qu'au fil des mois, l'échantillonnage de salariés peut varier davantage chez les hommes que chez les femmes. En même temps, les pics et les creux – aussi bien pour les femmes que pour les hommes – peuvent être le résultat de la saisonnalité. Au Canada, par exemple, on observe deux pics dans la croissance de l'emploi chez les hommes en 2019 (août 2019 et décembre 2019/janvier 2020), qui coïncident avec les vacances. L'analyse présentée dans ce chapitre repose sur la série dont on n'a pas éliminé la saisonnalité. En fait, la saisonnalité n'est pas un problème dans ce contexte, car nous décrivons les données plutôt que de les utiliser pour une analyse par séries chronologiques fondée sur la régression (dans laquelle la saisonnalité poserait problème lors de l'interprétation des relations causales impliquant une autocorrélation). Présenter les tendances sans éliminer la saisonnalité est également une manière de montrer les fluctuations possibles des pics et creux entre les femmes et les hommes, par exemple pendant les vacances, période au cours de laquelle la prise de congés pour s'occuper des enfants peut être un choix généré.

⁵⁴ Rappelons ici qu'il s'agit du secteur de la santé et des soins, ce qui exclut les personnels d'aide à la personne actifs dans les autres secteurs de l'économie. Il convient notamment de souligner le secteur des travailleurs domestiques, où les pertes d'emplois auront été beaucoup plus importantes que les estimations figurant dans le présent rapport. Suivant la NACE Rév.4 (ou le SCIAN), cela inclut les travailleurs couverts par les codes 86 (activités relatives à la santé), 87 (soins de santé dispensés en établissement) et 88 (autres activités d'assistance sociale sans hébergement). En fait, l'économie de l'aide à la personne s'étend au secteur de l'« éducation » (85) et aux activités des ménages employeurs de personnel domestique (97).

les femmes et 8 % plus élevé parmi les hommes. Il est possible que ces augmentations soient le résultat de la demande accrue de services de santé et de soins (dans le secteur de la santé et des soins) pour faire face à l'augmentation du nombre de patients liée à la pandémie de COVID-19. Toutefois, le reste de l'économie des trois pays a connu une relance similaire à celle du secteur de la santé et des soins (à noter que, dans les trois pays, les tendances dans les trois graphiques de la figure 7.1 affichent des courbes similaires à partir de mai/juin 2020). Dans les trois pays, le niveau de l'emploi dans le reste de l'économie en décembre 2020 était légèrement inférieur au niveau observé en janvier 2019 (98 % pour les femmes au Canada, 95 % et 97 % pour les femmes et les hommes respectivement aux États-Unis et 94 % et 96 % pour les femmes et les hommes respectivement au Mexique).

À ce stade, il est intéressant de réexaminer les constatations du chapitre 6 pour comparer l'impact de la crise financière mondiale sur l'emploi salarié dans le secteur de la santé et des soins avec l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'emploi dans ce secteur. Du fait que le chapitre 6 présente les changements annuels, les estimations de la figure 6.2 ne peuvent être comparées directement avec les estimations mensuelles de la figure 7.1. Néanmoins, la dynamique mensuelle du secteur de la santé et des soins, que ce soit pour le Canada, le Mexique ou les États-Unis⁵⁵, pour la période 2007-2010/2011 révélerait une croissance régulière du secteur de la santé et des soins, sans chocs significatifs (alors que tous les autres secteurs affichent des taux d'emploi en déclin progressif, ce qui s'est finalement traduit par le creusement des courbes affichées dans la figure 6.2 pour les périodes 2000-2007 et 2017-2019). Dès lors, en termes d'effet sur l'emploi, la crise de la COVID-19 est de nature totalement différente de celle des crises économiques passées, notamment de la crise financière mondiale (alimentée par la tourmente financière dans un premier temps, puis par un déclin soutenu de la demande globale) (*The Economist*, 2020).

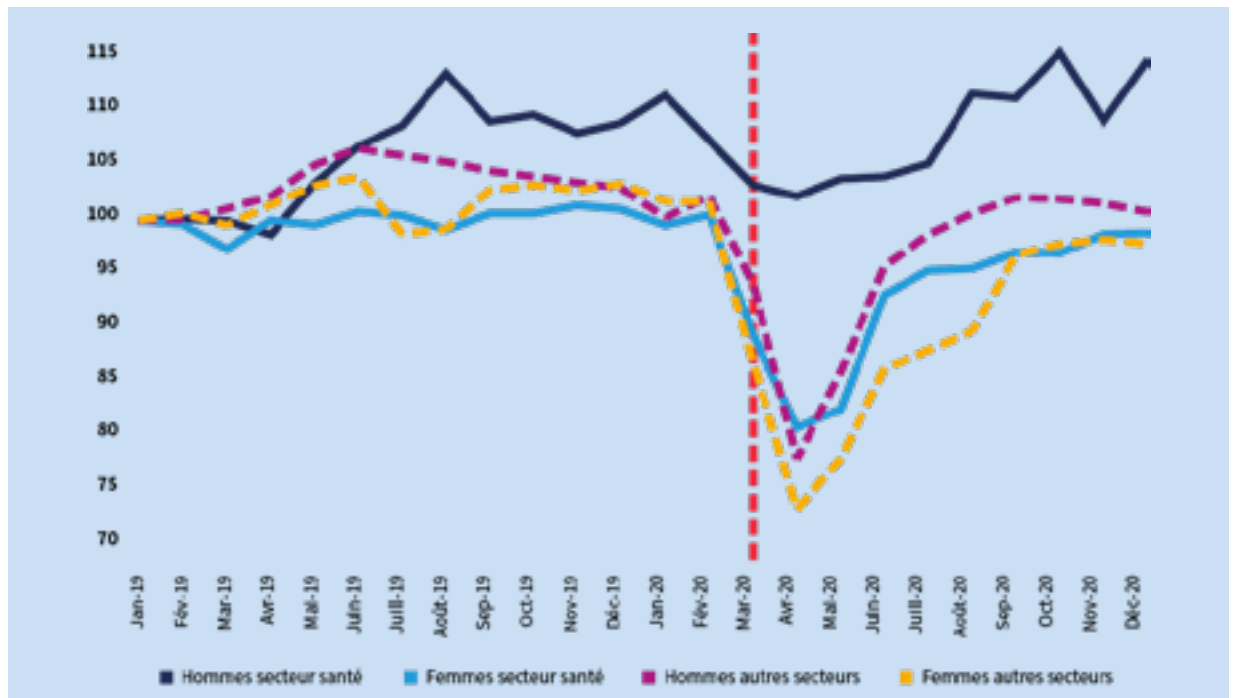
Le fait est que, les femmes étant plus susceptibles de travailler dans des services requérant une interaction personnelle, notamment dans le secteur de la santé et des soins, ce sont elles qui ont payé le plus lourd tribut des perturbations économiques engendrées par la pandémie de COVID-19. Lors des crises économiques passées, les hommes étaient plus durement frappés, car les secteurs où ils étaient dominants (par exemple la construction ou la manufacture) connaissaient des déclin progressifs de la demande globale. Parallèlement, un nombre significatif de services assurés par les femmes se sont montrés résilients face aux ralentissements économiques (par exemple les services d'aide à la personne, les services de santé et de soins, l'administration publique et l'enseignement). Et si les crises économiques passées ont pu servir à réduire les inégalités de genre sur le marché du travail (Alon et al., 2020), la pandémie actuelle pourrait, à terme, entraîner un retour en arrière des acquis en matière d'égalité des genres. Cela est perceptible dans la figure 7.1, où l'on peut voir qu'alors que l'« emploi » dans le secteur de la santé et des soins s'était rétabli en décembre 2020, cette reprise s'est avérée plus prononcée pour les hommes que pour les femmes. Par ailleurs, comme on pourra le voir dans les figures 7.2 à 7.7 (sous-chapitre 7.2), la crise de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins n'a pas été ressentie de la même manière par toutes les femmes. Celles dont l'emploi présentait certaines caractéristiques, à savoir de faibles qualifications, le temps partiel, l'emploi à durée déterminée, le secteur privé ou l'emploi informel, sont plus susceptibles d'être restées sans emploi après le début de la pandémie. Le sous-chapitre 7.3 examine dès lors les gains des femmes et des hommes avant et pendant la pandémie dans le secteur de la santé et des soins, en s'appuyant sur des données empiriques pour montrer que les caractéristiques des travailleurs durant la période d'avril à décembre 2020 ne sont pas nécessairement les mêmes qu'avant le début de la pandémie.

⁵⁵ On peut pour ce faire utiliser les mêmes ensembles de données que ceux utilisés dans le présent rapport, mais pour les mois ou trimestres de 2008 à 2010, pour lesquels les ensembles de données EPA (Canada), CPS (États-Unis) et ENOE (Mexique) sont disponibles.

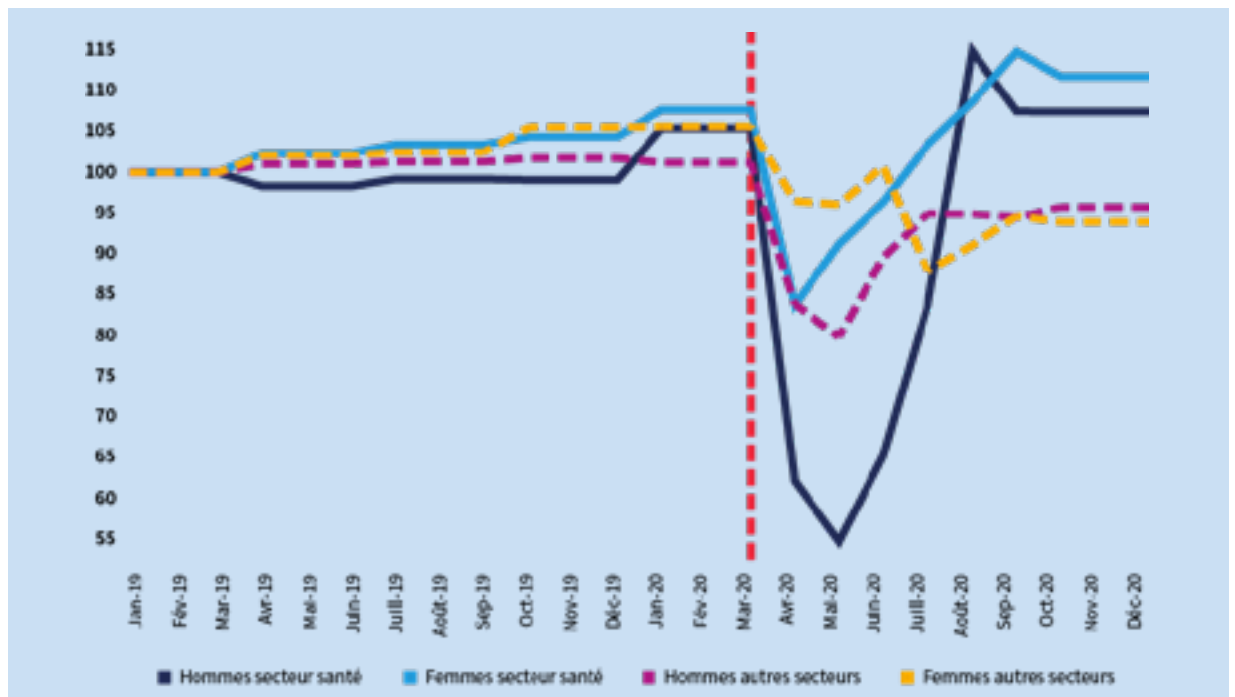
FIGURE 7.1

Croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins au regard des autres secteurs économiques, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

Canada



Mexique



États-Unis



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS. Remarque : Les données relatives au Mexique renvoient aux estimations trimestrielles de janvier 2019 à mars 2020, aux estimations mensuelles entre avril 2020 et septembre 2020, puis à nouveau aux estimations trimestrielles pour le quatrième trimestre 2020. Les lignes en pointillé rouge marquent le mois de mars 2020, lorsque l'OMS a déclaré la pandémie (le 15 mars 2020).

7.2 Évolution des caractéristiques des salariés du secteur de la santé et des soins sous l'effet de la pandémie de COVID-19 : les cas du Canada, du Mexique et des États-Unis

Ce sous-chapitre présente plusieurs analyses. Les figures 7.2 à 7.6 montrent les chiffres de l'emploi ventilés par catégorie professionnelle, niveau d'instruction, âge, travail à temps partiel ou à temps plein et secteur privé ou public⁵⁶. Elles révèlent des tendances similaires à celles observées dans la figure 7.1, toutefois ces chiffres illustrent le fait que **si l'emploi s'était rétabli presque totalement dans le secteur de la santé et des soins en décembre 2020, cela n'a pas touché tous les travailleurs de la même manière, certains salariés ayant souffert plus que d'autres**. La figure 7.7 complète les estimations en montrant l'évolution de la part des travailleurs ayant déclaré une « absence temporaire » de leur emploi au cours de la même période (de janvier 2019 à décembre 2020) et en comparant les travailleurs rémunérés pendant leur absence et ceux qui ne l'étaient pas. Enfin, la figure 7.8 montre comment la crise a affecté différemment les travailleurs du secteur formel et du secteur informel. Ici, on ne peut examiner que le cas du Mexique, le seul des trois pays à suivre l'informalité.

La figure 7.2 montre la croissance de l'emploi dans les six catégories étudiées tout au long du rapport : professions libérales liées à la santé (par exemple les médecins et les infirmiers spécialisés) ; professions techniques liées à la santé (par exemple les services d'infirmier ou d'obstétrique, les analyses de laboratoire) ; les professions semi-qualifiées et peu qualifiées liées à la santé (par exemple les auxiliaires de santé et d'aide à la personne, le personnel de nettoyage des hôpitaux) ; les professions libérales non liées à la santé (par exemple les PDG ou directeurs d'hôpital, les avocats ou responsables financiers) ; les professions techniques non liées à la santé (par exemple les comptables, les assistants juridiques, les activités culturelles et sportives) ; et les professions semi-qualifiées et peu qualifiées non liées à la santé (par exemple les cuisiniers et les employés administratifs). Au Mexique, on observe un déclin significatif de l'emploi dans toutes les catégories, toutes ces catégories s'étant dans une grande mesure rétablies en décembre

2020. La situation du Canada et des États-Unis est différente. Au Canada, en décembre 2020, toutes les catégories chez les hommes avaient retrouvé, voire dépassé, les niveaux d'emploi de janvier 2019. Cependant, les femmes exerçant des professions semi-qualifiées ou peu qualifiées non liées à la santé et celles exerçant des professions techniques non liées à la santé avaient enregistré un recul d'environ 10 % des emplois salariés en décembre 2020, sans que l'on observe de signes de reprise. Aux États-Unis, la catégorie des professions semi-qualifiées ou peu qualifiées chez les hommes avait perdu 10 % en décembre 2020 par rapport à janvier 2019, tandis qu'au cours de la même période, la perte chez les femmes s'élevait à 12 % dans les professions techniques liées à la santé et 8 % dans les professions semi-qualifiées et peu qualifiées.

Au Canada, les tendances révèlent un détail frappant, à savoir que la catégorie ayant perdu le plus d'emplois durant les périodes les plus difficiles de la crise, à la fois en ce qui concerne les femmes et les hommes, est celle des professions techniques non liées à la santé. Bien que la situation semble être rétablie pour les hommes, en décembre 2020, on enregistrait du côté des femmes 10 % de salariées en moins dans les professions techniques non liées à la santé par rapport à janvier 2019. Bien que l'enquête ne fournisse pas d'informations sur les personnes qui ne sont plus employées, elle couvre néanmoins celles qui sont temporairement absentes du travail et qui déclarent leur catégorie professionnelle. Il ressort des données de juin 2020 du Canada que 15 % des salariés étaient temporairement absents du travail. Parmi la catégorie des professions techniques non liées à la santé, la part des travailleurs temporairement absents était de 21 %, tandis que la part des travailleurs de cette catégorie déclarant être temporairement absents sans rémunération atteignait 87 % – de loin le pourcentage le plus élevé des six catégories – suivie de près par les travailleurs temporairement absents non rémunérés dans les professions semi-qualifiées en lien avec la santé (78 %) et les professions semi-qualifiées sans lien avec la santé (67 %). Ces estimations montrent que, malgré le fait que le secteur de la santé et des soins était essentiel dans le contexte de la pandémie, une part significative des travailleurs du secteur a souffert des effets de la crise sur l'emploi de

⁵⁶ Il est important de souligner que les données fluctuent davantage dans le temps en ce qui concerne les hommes. Encore une fois, cela montre que les hommes représentent une part relativement plus faible des travailleurs du secteur de la santé et des soins et si, dans chacun des trois pays, les données sont représentatives des hommes du secteur, leurs caractéristiques peuvent varier de manière significative d'une période à l'autre (voir, par exemple, dans la figure 7.4, les hommes canadiens âgés de 16 à 24 ans ou, dans la figure 7.5, l'emploi à temps partiel chez les hommes mexicains. Dans ces deux exemples, il est probable que les fluctuations dans les données soient dues au nombre restreint d'hommes de cette tranche d'âge et de cette modalité de travail).

manière similaire aux travailleurs des autres secteurs économiques (voir Gabler et al., 2020).⁵⁷

La figure 7.3 présente les tendances par niveau d'instruction. Comme c'était le cas pour les catégories professionnelles, le Mexique affiche une perte d'emplois, chez les femmes et les hommes, à tous les niveaux d'instruction au début de la crise, la situation s'étant rétablie pour tous les niveaux d'instruction en décembre 2020. Cette reprise inclut des augmentations significatives parmi les femmes salariées dont le niveau d'instruction est inférieur à l'enseignement secondaire (35 % de plus qu'en janvier 2019) et parmi les femmes ayant poursuivi leur scolarité jusqu'au niveau universitaire (10 % de plus qu'en janvier 2019). Des tendances similaires se dégagent en ce qui concerne les hommes au Canada et aux États-Unis – dans les deux cas, tous les niveaux d'instruction des hommes avaient retrouvé leur niveau d'emploi prépandémie en décembre 2020, après les pertes initiales subies en avril 2020. En revanche, on ne peut en dire autant des femmes au Canada et aux États-Unis. Au Canada, en décembre 2020, le secteur de la santé et des soins employait 10 % moins de femmes ayant terminé l'enseignement secondaire ou suivi une formation professionnelle, 38 % moins de femmes ayant atteint le niveau secondaire inférieur et 52 % moins de femmes ayant terminé ou pas l'enseignement primaire, par rapport à janvier 2019. Les chiffres semblent révéler un recul continu de l'emploi pour chacun de ces trois niveaux en décembre 2020. Aux États-Unis, des pertes analogues sont visibles chez les femmes, à savoir 9 % moins de salariées ayant terminé l'enseignement secondaire inférieur ou supérieur ou suivi une formation professionnelle et 25 % moins de salariées ayant terminé ou pas l'enseignement primaire.

La figure 7.4 montre qu'il y a également des différences entre tranches d'âge qui touchent plus les femmes que les hommes, en particulier aux États-Unis. En l'occurrence, en décembre 2020, on observait une augmentation de 7 % dans la tranche d'âge des 25 à 34 ans et une diminution d'environ 10 % du nombre de salariés plus âgés (55 ans et plus). On constate en revanche une augmentation notable parmi les salariés plus âgés au Canada, la catégorie des 55 ans et plus ayant augmenté de 33 % du côté des hommes. Cela tient probablement au fait que des personnels de santé et d'aide à la personne retraités et en préretraite sont temporairement retournés au travail pour couvrir les besoins en personnel sanitaire durant la crise de la COVID-19.

Dans les figures 7.5 et 7.6, les données sont ventilées par modalité de temps de travail et secteur institutionnel. On peut y observer les changements les plus frappants liés aux caractéristiques des travailleurs. Dans le cas des hommes au Mexique, les tendances de l'emploi à temps partiel semblent étranges – on compte peu de salariés masculins à temps partiel dans le secteur de la santé ; les fluctuations pourraient être un effet des données. Cependant, en ce qui concerne les femmes au Mexique, l'augmentation de l'emploi à temps partiel est le résultat du nombre grandissant de femmes exerçant des professions semi-qualifiées ou peu qualifiées (figure 7.2), qui relèvent pour la plupart du niveau d'instruction secondaire inférieur ou d'un niveau inférieur (figure 7.4). Les données suggèrent que le Mexique a fait face à la nécessité urgente de couvrir les services de santé et d'aide à la personne dans le contexte de la crise en augmentant le nombre de salariés des catégories professionnelles inférieures travaillant à temps partiel, en particulier dans le secteur public (figure 7.6).

Au Canada et aux États-Unis, la chute du nombre de travailleurs à temps partiel (hommes et femmes) durant les pires mois du début de la pandémie était sensiblement plus importante que la baisse du nombre de travailleurs à plein temps. Cela pourrait indiquer qu'avant le début de la crise de la COVID-19, l'emploi à temps partiel était le résultat de la nécessité pour les travailleurs d'assumer leurs responsabilités familiales et de garde. Après le début de la crise, les travailleurs à temps partiel étaient plus susceptibles de quitter leur emploi que les travailleurs à plein temps en raison de la nécessité de s'occuper de personnes à charge, déjà présente avant la période de confinement. Au Canada, l'emploi salarié à temps partiel parmi les hommes s'était rétabli en décembre 2020, et était même supérieur de 25 % au niveau de janvier 2020. Toutefois, en ce qui concerne les femmes, le nombre de travailleuses à temps partiel en décembre 2020 était 5 % inférieur au niveau de janvier 2019. Aux États-Unis, l'emploi à temps partiel dans le secteur de la santé et des soins, à la fois en ce qui concerne les femmes et les hommes, demeurait de 8 % inférieur au niveau de janvier 2019.

En ce qui concerne les secteurs institutionnels, la figure 7.6 montre que l'emploi public dans le secteur de la santé et des soins a mieux résisté aux effets de la crise que l'emploi privé – et que la part des femmes est plus élevée dans le secteur privé que dans le secteur public, en particulier au bas de la

⁵⁷ L'article explique en partie cette situation en ce qui concerne les États-Unis : de nombreux personnels de santé, notamment des personnels médicaux spécialisés, ne possédaient pas les qualifications immédiatement transférables nécessaires pour faire face aux besoins directs des patients atteints de COVID-19. Ces personnels de santé, en particulier dans le secteur privé, auraient été forcés d'être mis à pied sans rémunération ou d'accepter des réductions temporaires de salaire.

répartition des salaires (voir le chapitre 5). Ainsi, par rapport à janvier 2019, l'emploi dans le secteur public a augmenté dans les trois pays : au Canada (20 % chez les hommes et 4 % chez les femmes), au Mexique (10 % en ce qui concerne les hommes et 15 % en ce qui concerne les femmes) et aux États-Unis chez les hommes (2 %). En revanche, l'emploi dans le secteur privé a reculé sensiblement au début de la crise (avril/mai 2020) au Canada (chez les hommes et les femmes), au Mexique (en particulier chez les femmes) et aux États-Unis (en particulier chez les femmes). Il convient de signaler que dans le cas du Canada, l'emploi en décembre 2020 se situait encore 10 % au-dessous du niveau de janvier 2019. Il est également frappant qu'aux États-Unis, où l'emploi public représente moins de 10 % de l'emploi total dans le secteur de la santé et des soins, le nombre de femmes salariées dans ce secteur avait reculé de 18 % par rapport à janvier 2019.

Pour compléter les figures 7.2 à 7.6, la figure 7.7 montre la répartition des travailleurs temporairement absents du travail dans le temps. La figure fait la distinction entre les travailleurs temporairement absents, mais rémunérés (mises à pied, responsabilités familiales/de soins et autres circonstances telles que les congés et les formations) et ceux qui ne sont pas rémunérés pendant leur absence. Comme on pouvait s'y attendre, la proportion d'hommes et de femmes salariés mis à pied dans le secteur de la santé et des soins a augmenté au début de la pandémie. Au Mexique, l'augmentation a été plus prononcée chez les femmes (jusqu'à 14 % en avril 2020) que chez les hommes (jusqu'à 7 % en avril 2020), tandis qu'au Canada et aux États-Unis, on constate une proportion similaire de salariés mis à pied, mais rémunérés : approximativement 1,0 % au Canada contre 2,2 % aux États-Unis.

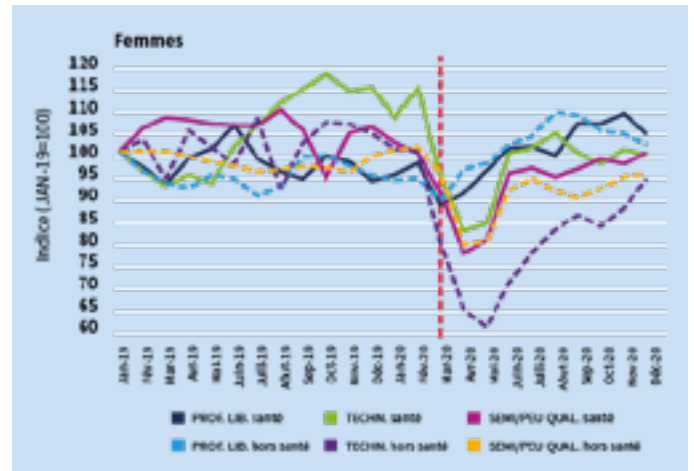
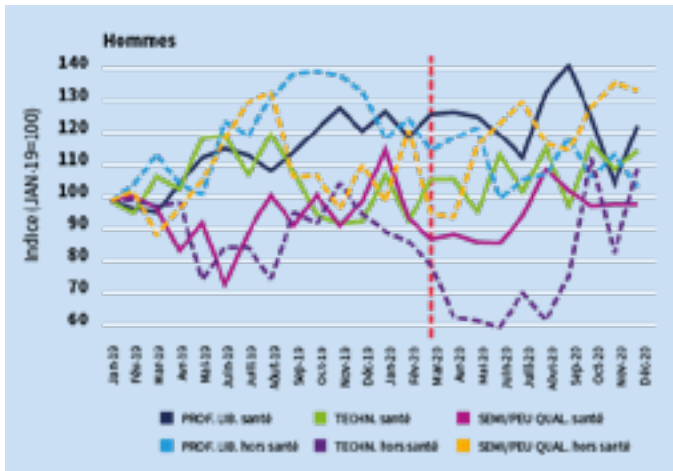
Bien que le secteur de la santé et des soins ait poursuivi ses activités tout au long de la crise, ces

estimations sont différentes de celles de pays où la proportion de salariés bénéficiant de programmes de protection de l'emploi était bien plus élevée. En France, en Allemagne et au Royaume-Uni, par exemple, la proportion de salariés mis à pied était en avril 2020 de 8 %, 6 % et 9 % respectivement (Commission européenne, 2020). Le constat frappant qui se dégage de la figure 7.7 est la forte augmentation de la proportion de travailleurs du secteur de la santé et des soins qui, au début de la crise, deviennent « temporairement absents du travail » sans rémunération, mais avec l'intention de retourner au travail au même endroit dans un avenir proche. Au Canada, ce fut le cas pour 7 % des hommes salariés et 13 % des femmes salariées. Aux États-Unis, 3 % des hommes salariés et 4 % des femmes salariées tombaient dans cette catégorie. Ce n'est qu'au Mexique que le pourcentage de ce groupe de travailleurs était proche de zéro. Comme souligné précédemment, les salariés temporairement absents sans rémunération ne sont pas nécessairement des travailleurs peu qualifiés, une proportion significative d'entre eux exerçant en réalité des professions techniques ou supérieures dans le secteur de la santé et des soins. Par exemple, au Canada en avril 2020, 53 % des salariés temporairement absents sans rémunération exerçaient des professions techniques et libérales. Aux États-Unis, cette proportion pour la même période s'élevait à 63 %. Au total, les données d'un des pires mois de la pandémie en termes de pertes d'emplois (avril 2020) au Canada et aux États-Unis révèlent qu'approximativement 68 % des salariés temporairement absents du travail dans le secteur de la santé et des soins n'étaient pas rémunérés. Bien que ce fait requière des recherches plus approfondies, l'estimation suggère qu'une partie des travailleurs du secteur de la santé et des soins de ces deux pays ne sont probablement pas protégés de manière égale par des arrangements formels de protection sociale sur le marché du travail.

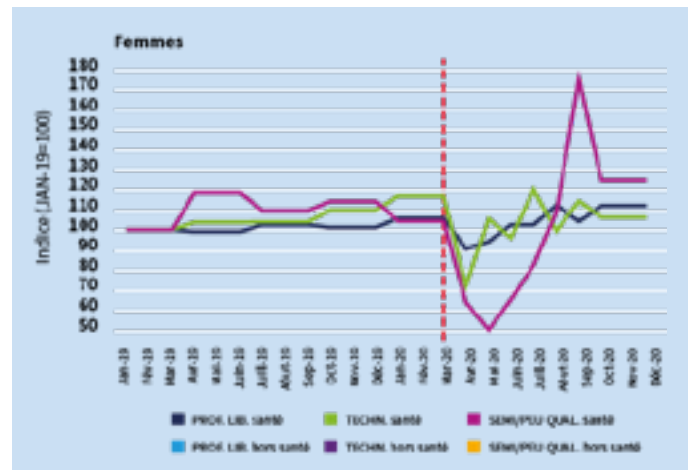
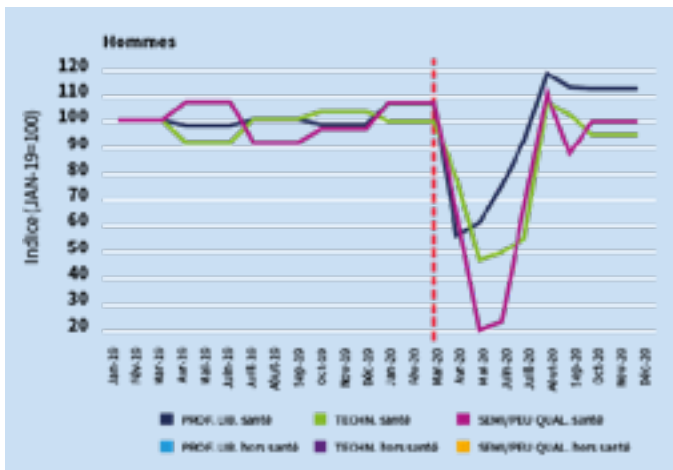
FIGURE 7.2

Croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins par catégorie professionnelle, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

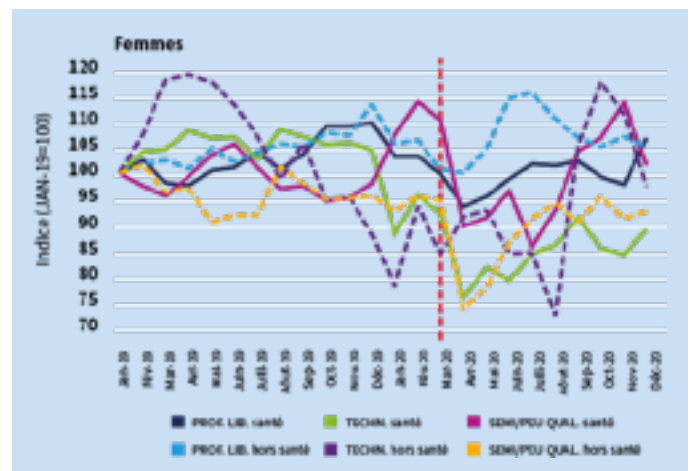
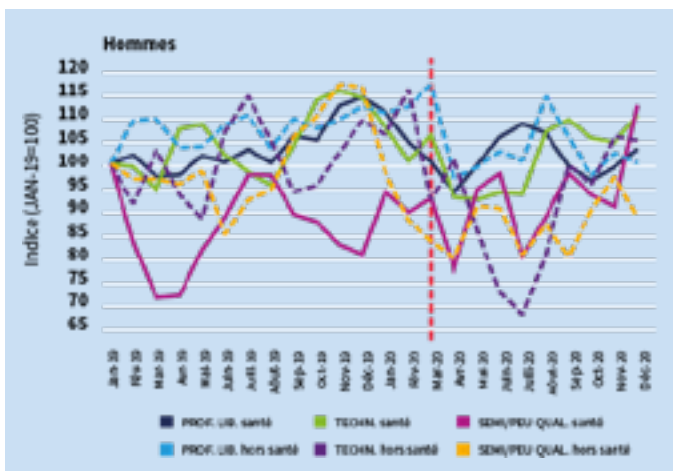
Canada



Mexique



États-Unis

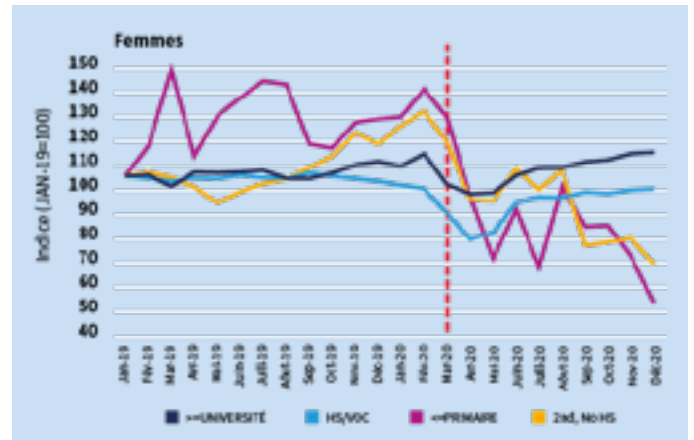
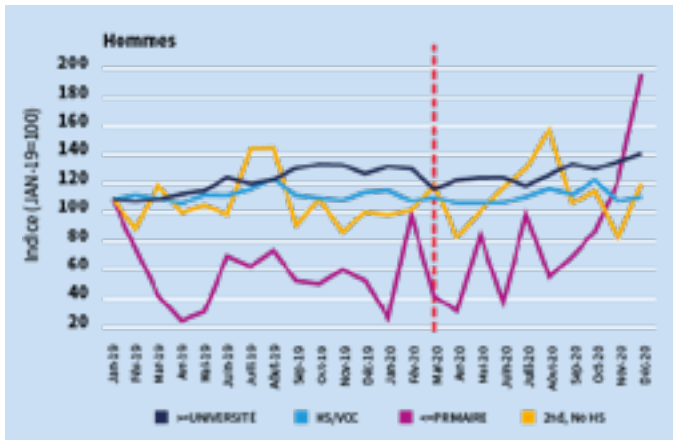


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

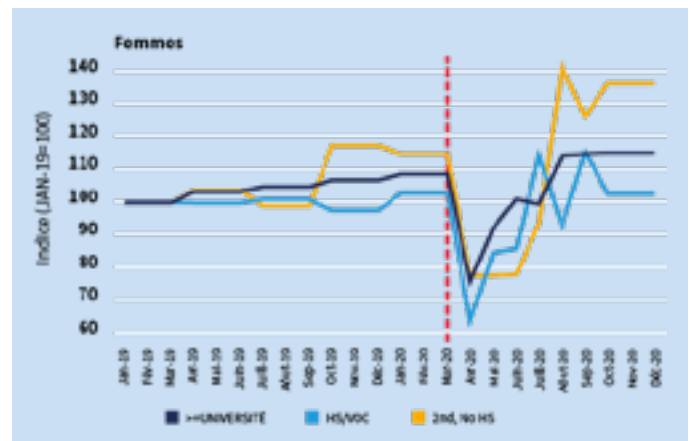
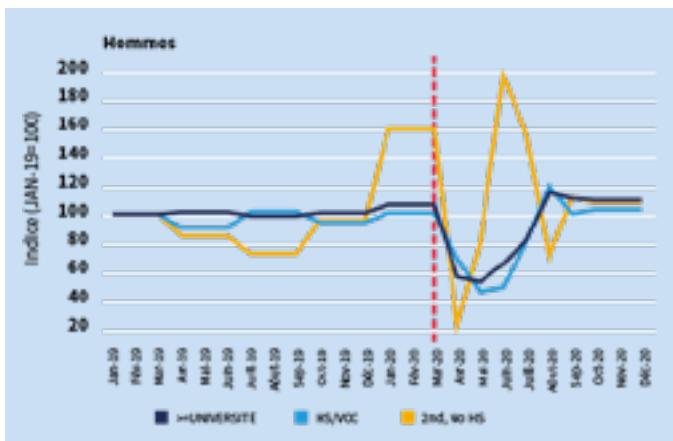
FIGURE 7.3

Croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins par niveau d'instruction, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

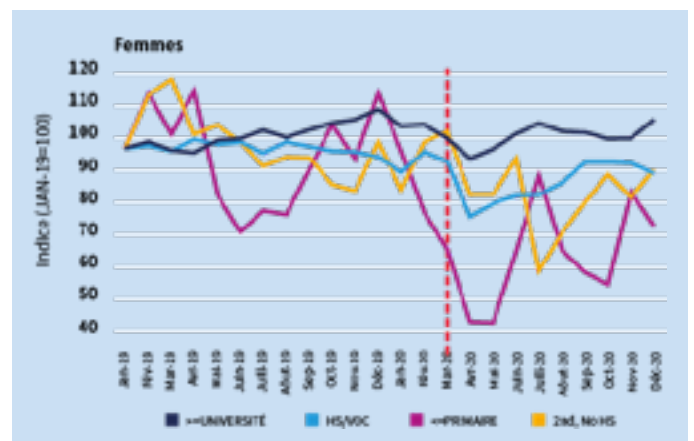
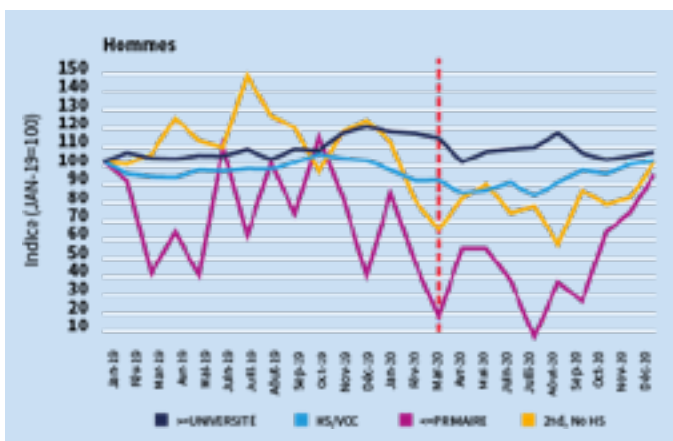
Canada



Mexique



États-Unis

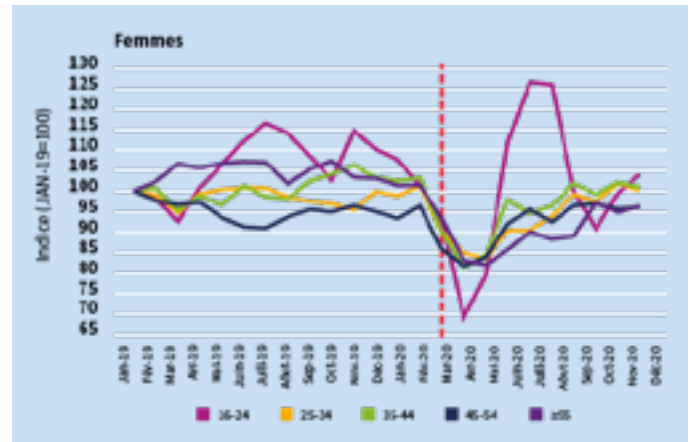
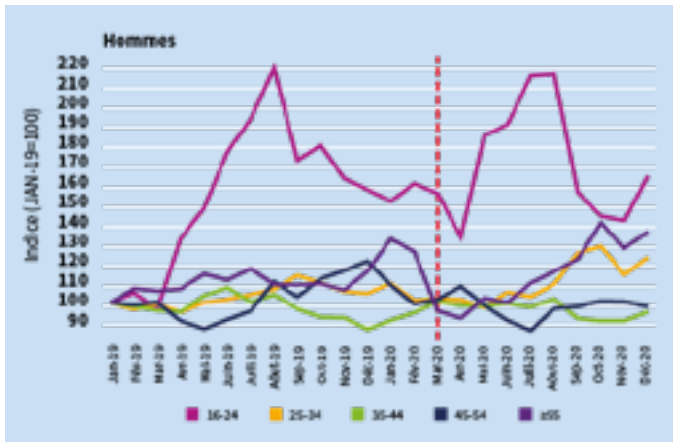


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

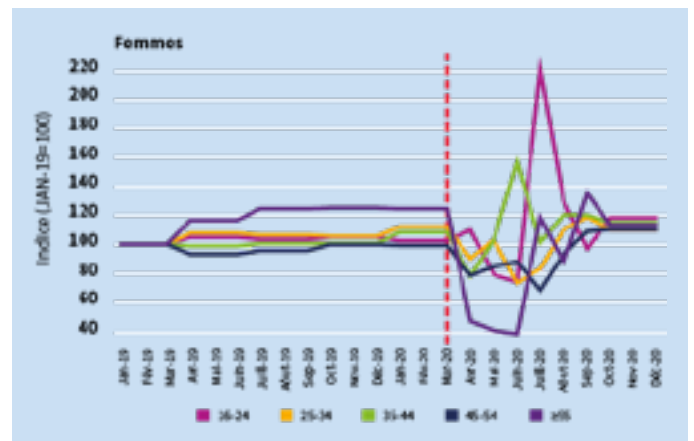
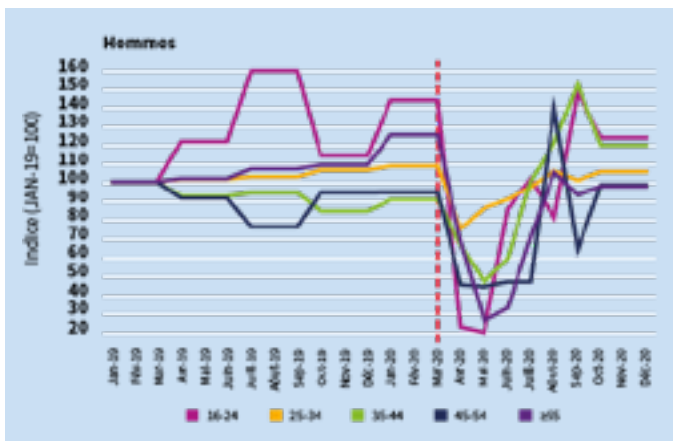
FIGURE 7.4

Croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins par tranche d'âge, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

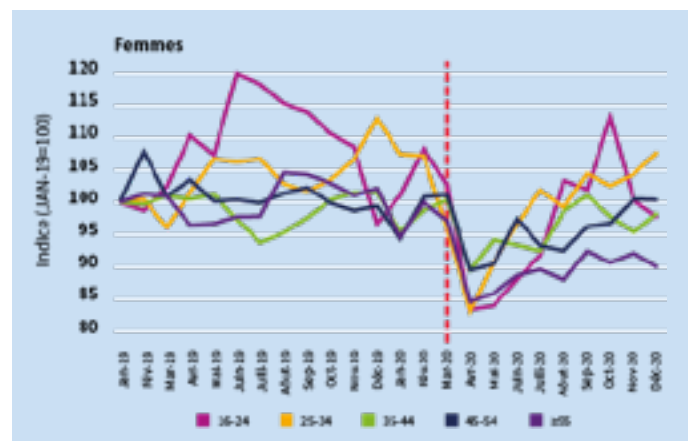
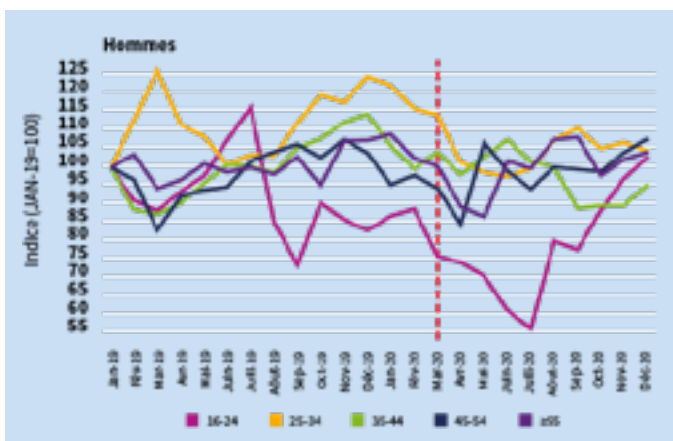
Canada



Mexique



États-Unis

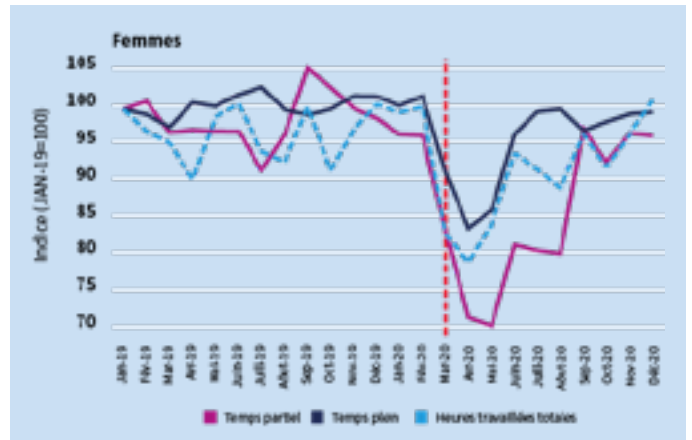
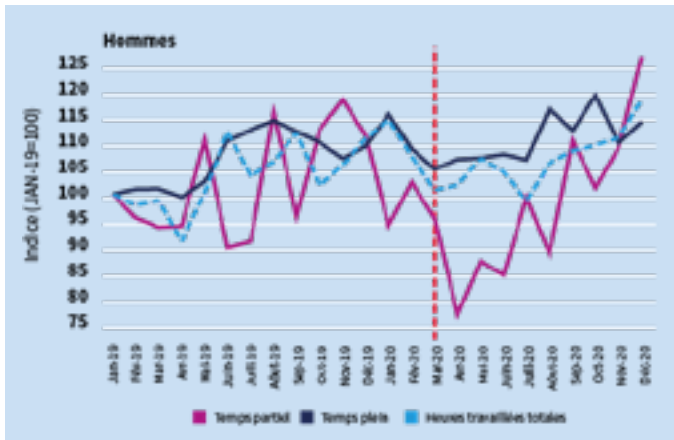


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

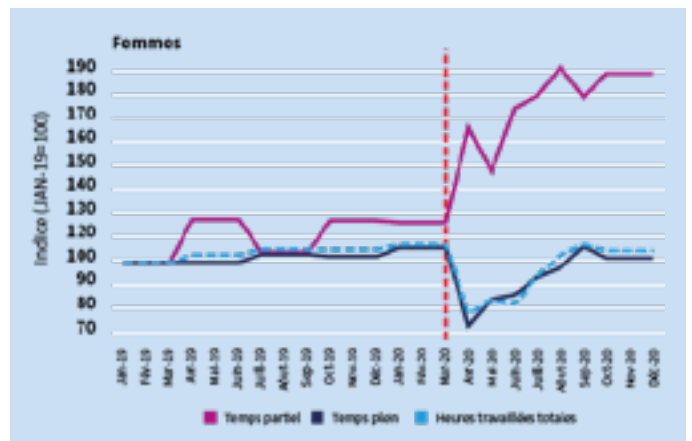
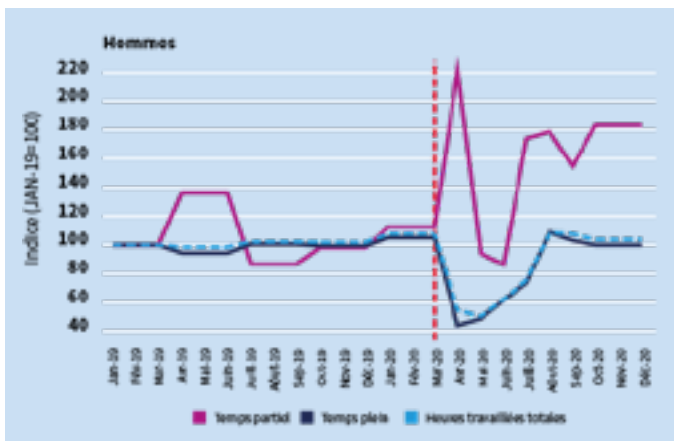
FIGURE 7.5

Croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins par modalité de temps de travail (temps plein ou temps partiel), de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

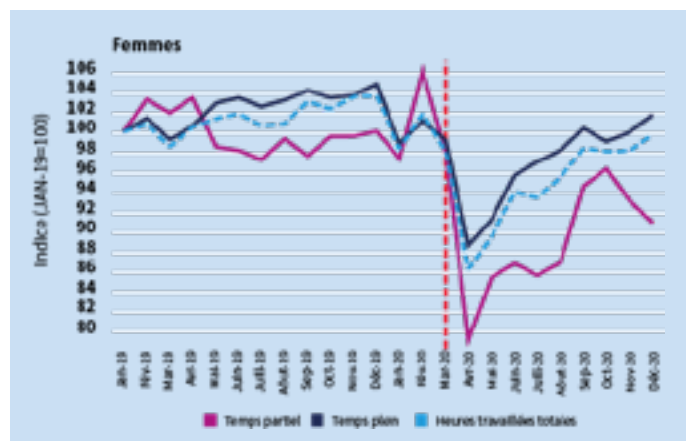
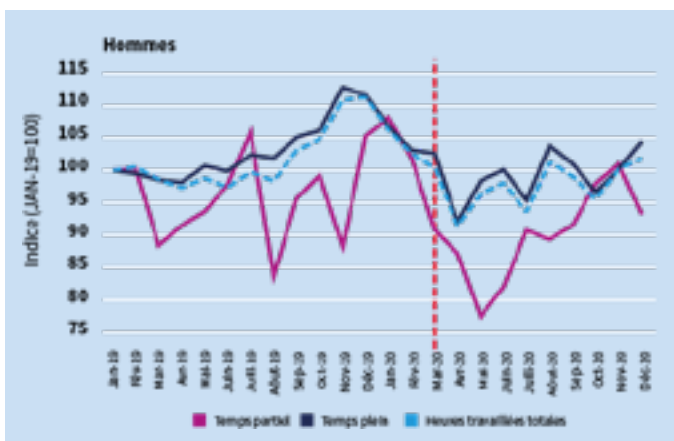
Canada



Mexique



États-Unis

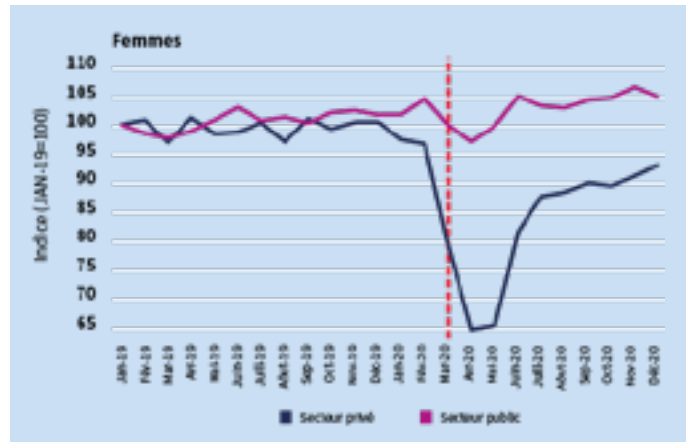
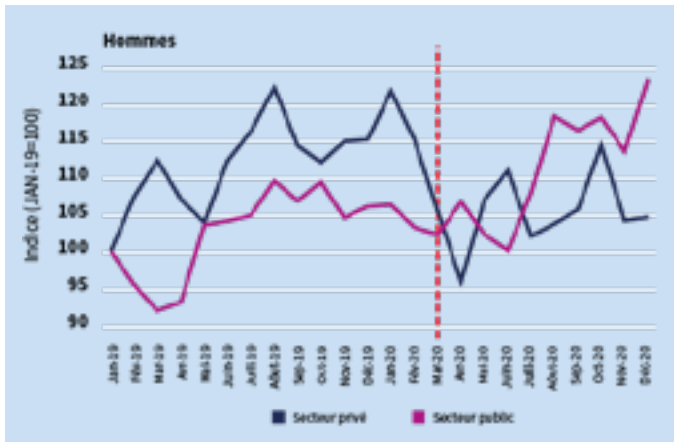


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

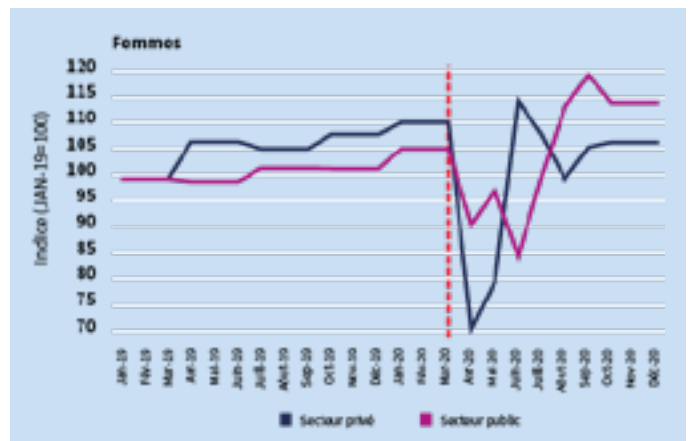
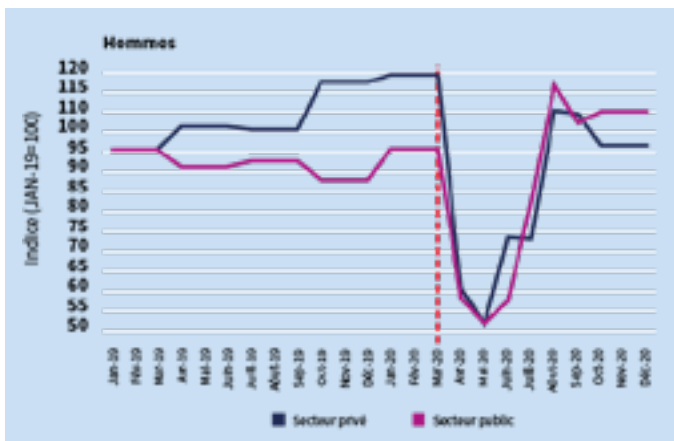
FIGURE 7.6

Croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins par secteur institutionnel, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

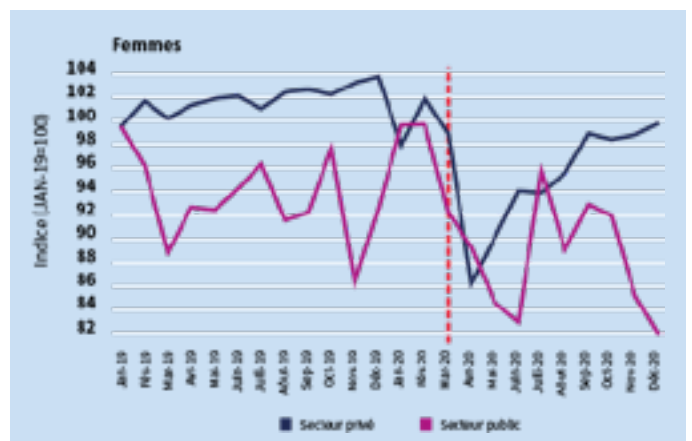
Canada



Mexique



États-Unis

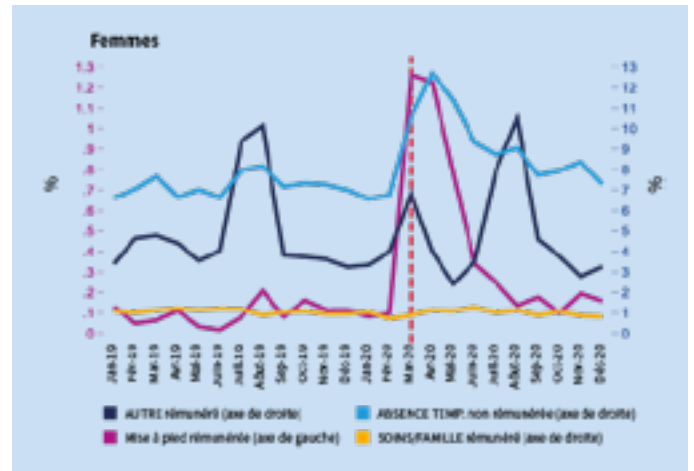
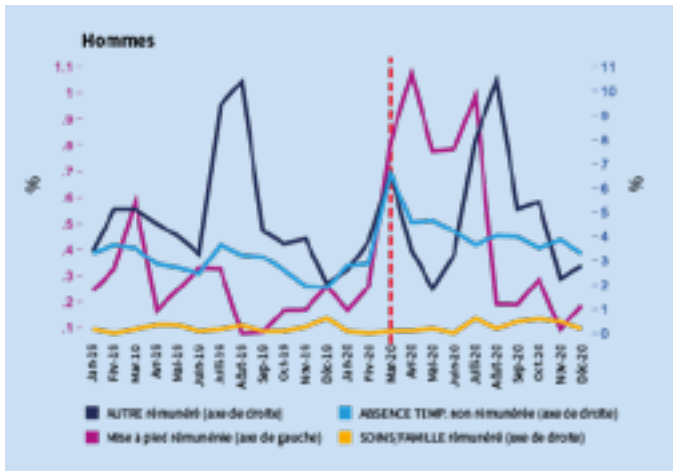


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

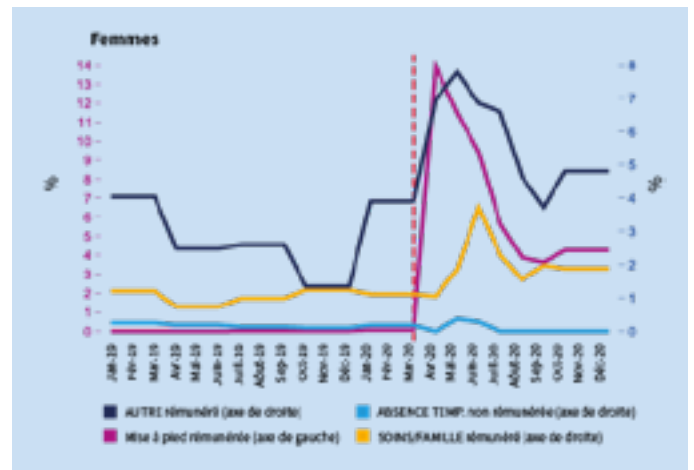
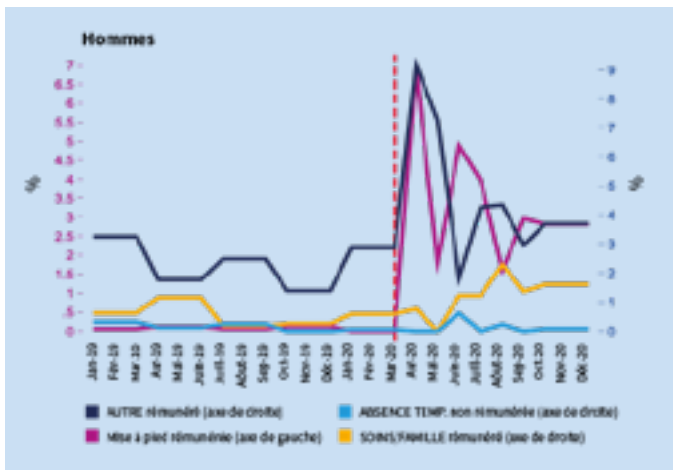
FIGURE 7.7

Croissance de l'absence temporaire du travail parmi les salariés du secteur de la santé et des soins, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

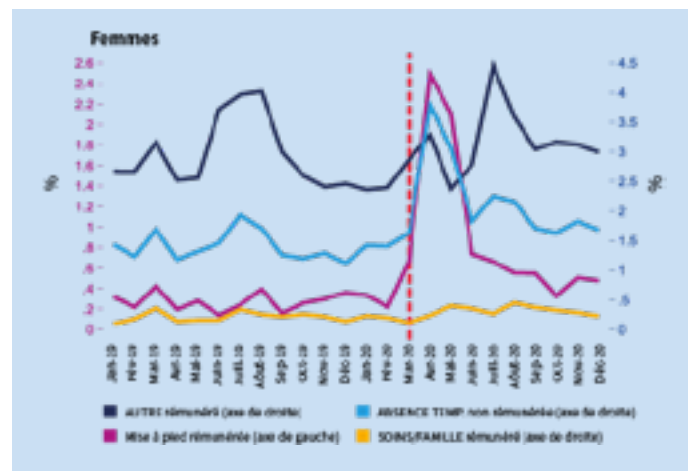
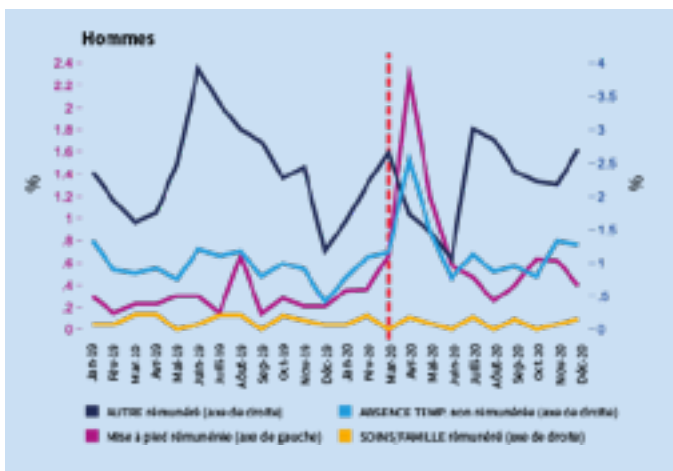
Canada



Mexique



États-Unis



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS ; l'axe de droite correspond aux « responsabilités familiales/de soins », et l'axe de gauche aux « autres raisons ».

La dernière figure de ce chapitre, la figure 7.8, concerne uniquement le Mexique, pour lequel nous disposons de données pré- et post-COVID-19 dans lesquelles il est possible d'identifier l'emploi salarié dans les secteurs formel et informel. En ce qui concerne les hommes, la chute de l'emploi durant les pires mois de la pandémie est similaire dans le secteur formel et le secteur informel, l'emploi ayant reculé dans chacun de ces secteurs de 50 % par rapport au nombre d'hommes employés dans le secteur de la santé et des soins en janvier 2019. Le nombre d'hommes ayant un emploi formel et informel s'était rétabli en décembre 2020, en particulier en ce qui concerne l'emploi formel, qui avait augmenté de 5 % à la fin de la période. La situation des femmes, en revanche, révèle une tendance totalement différente. Aussi bien les salariées du secteur formel que du secteur informel de la santé et des soins ont souffert des effets de la crise. Le nombre de femmes salariées bénéficiant d'un emploi formel a chuté de 22 %, avant de se rétablir et d'atteindre 22 % de femmes salariées de plus bénéficiant d'un emploi formel en décembre 2020. Par contre, le nombre de femmes travaillant dans le secteur informel de la santé et des soins a enregistré une chute colossale de 61 % en juin 2020. Le nombre de femmes salariées du secteur informel s'était lui aussi rétabli en décembre 2020, toutefois, à la fin de la période, il se situait encore à 22 % du volume d'emploi de janvier 2019.

Les deux graphiques de la deuxième ligne de la figure 7.8 montrent les effets de la COVID-19 sur l'emploi dans les secteurs formel et informel séparément. Avant la COVID-19, le secteur formel au Mexique représentait environ 46 % des salariés ayant un emploi informel⁵⁸. Les données montrent que les salariés possédant un emploi informel dans le secteur de la santé et des soins relèvent presque exclusivement du secteur formel. La faible incidence des lieux de travail ou entreprises informels dans le secteur de la santé et des soins explique les énormes écarts dans le « secteur informel » dans la deuxième ligne de la figure 7.8. Ce que révèlent les graphiques de la figure 7.8 est que le secteur formel a été en mesure de résister à l'impact économique de la crise de la COVID-19 en réduisant l'emploi des femmes salariées ayant un emploi informel.

Les hommes ont également connu des pertes d'emplois, lesquelles se sont produites à parts égales dans le secteur formel et le secteur informel. À la fin de la période, en décembre 2020, le secteur formel avait retrouvé des niveaux d'emploi semblables à ceux de janvier 2019 à la fois pour les femmes et les hommes. Cette reprise a été possible en réembauchant un nombre légèrement plus élevé d'hommes ayant des emplois informels, en augmentant la part des femmes ayant un emploi formel et en réduisant la proportion de femmes ayant un emploi informel. L'effet global a été une réduction de la proportion de salariés dans le secteur informel par rapport à janvier 2019. Dès lors, tandis qu'en janvier 2019, 25 % des salariés avaient un emploi informel dans le secteur de la santé et des soins (19 % en ce qui concerne les hommes et 28 % du côté des femmes), en décembre 2020, cette proportion n'était plus que de 20 % (19 % en ce qui concerne les hommes et 20 % du côté des femmes). Cela signifie que la crise a laissé moins de femmes ayant un emploi informel dans le secteur de la santé et des soins, probablement en raison de l'augmentation des femmes salariées dans le secteur public parallèlement à la réduction du nombre de femmes salariées dans le secteur privé.

Les quatre derniers graphiques de la figure 7.8 montrent que les salariés du secteur de la santé et des soins qui étaient rémunérés pendant leur absence temporaire du travail ont pour la plupart un emploi formel. Cependant, la part des salariés au statut informel qui étaient rémunérés pendant leur absence temporaire au sommet de la pandémie n'était pas négligeable, se situant à 4 % en ce qui concerne les hommes et 10 % en ce qui concerne les femmes. Les données montrent que cela découle principalement de l'octroi de subventions salariales aux salariés possédant un emploi salarié informel dans le secteur formel. Les données indiquent toutefois également qu'une proportion plus importante de femmes salariées ayant un emploi informel (2 %) temporairement absentes n'étaient pas rémunérées, par rapport à celles qui avaient un emploi formel (moins de 0,2 %).

⁵⁸ Les autres salariés informels étant répartis entre le secteur informel (28 %), les travailleurs domestiques (14 %) et le secteur de l'agriculture et de la pêche (12 %).

FIGURE 7.8

Croissance de l'emploi formel et informel parmi les salariés du secteur de la santé et des soins, de janvier 2019 à décembre 2020, au Mexique

Croissance de l'emploi formel et informel, par statut d'emploi et secteur formel/informel

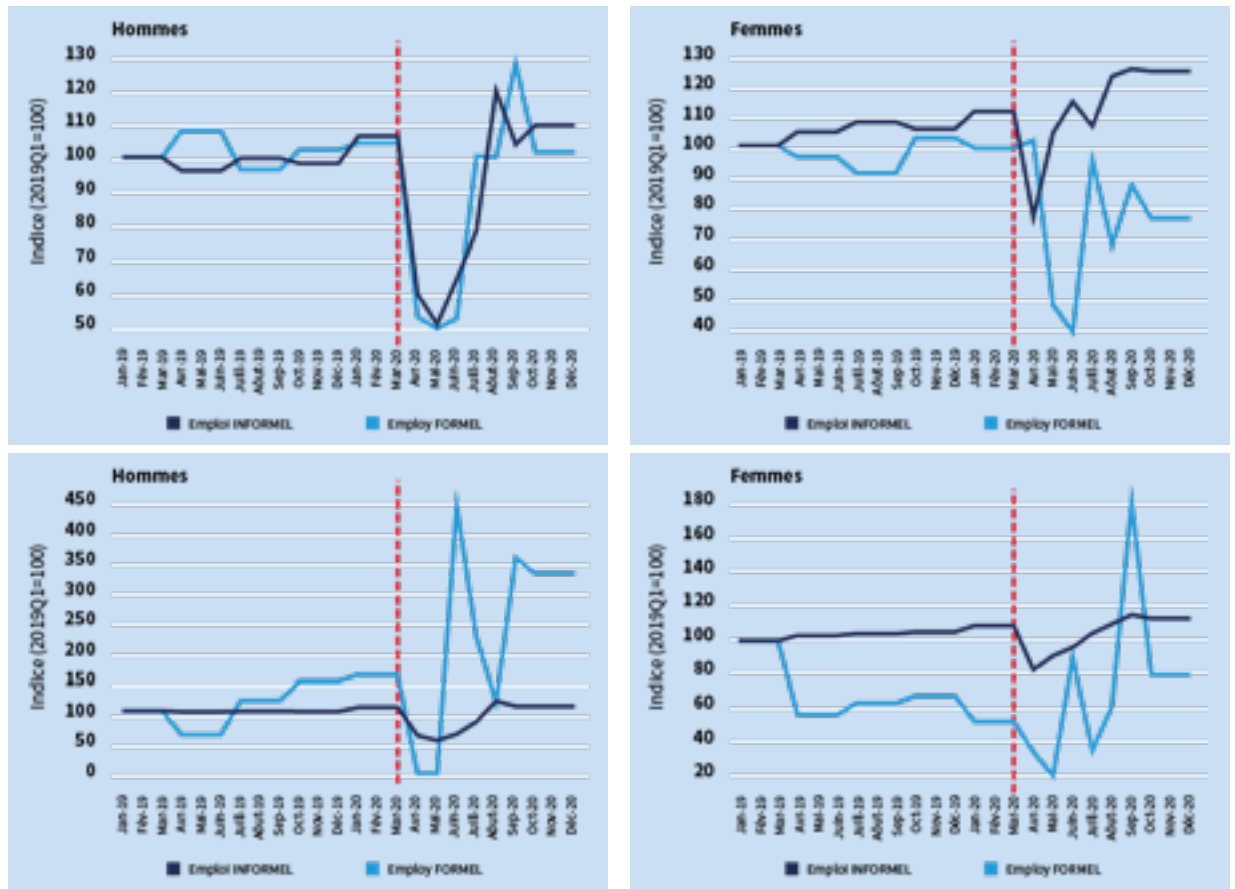
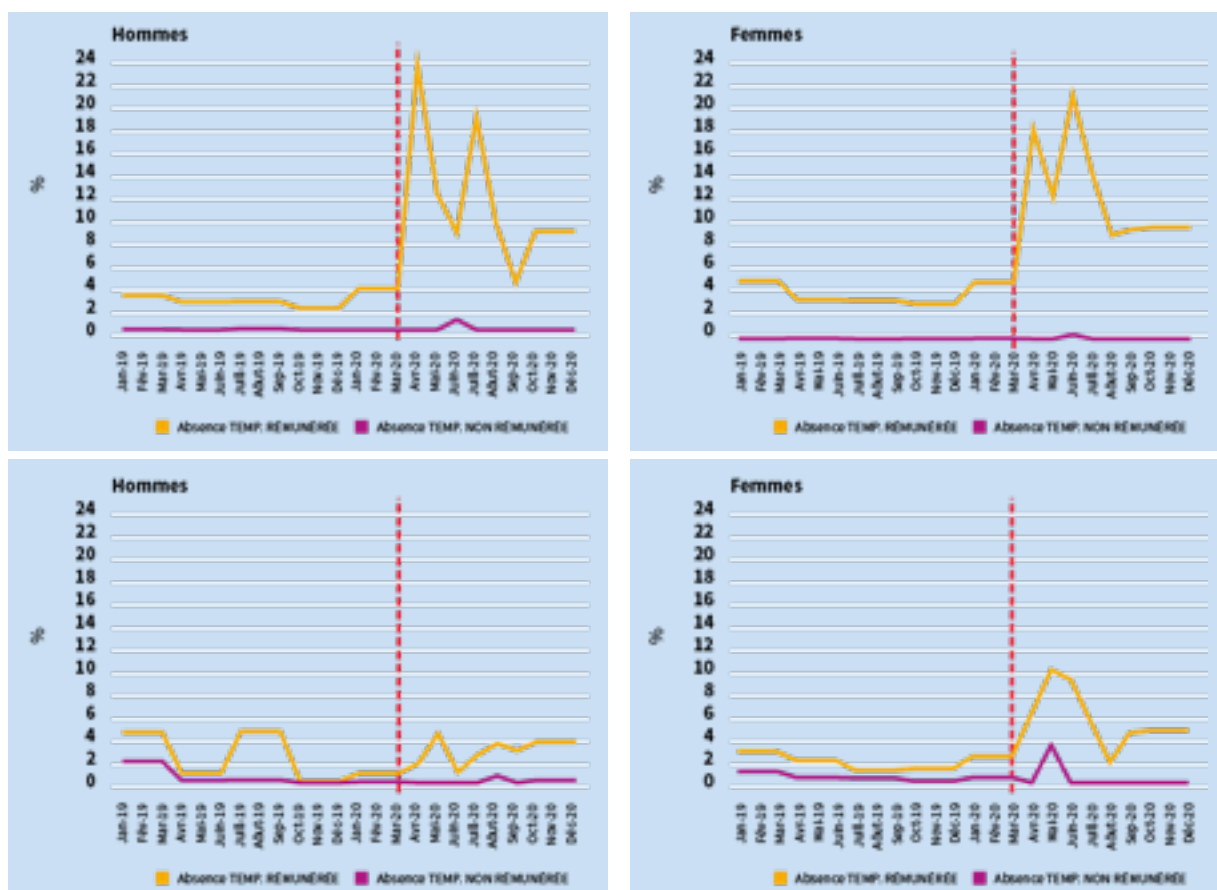


FIGURE 7.8 CONT.

Par type d'emploi temporaire



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

7.3 Effet de la pandémie de COVID-19 sur les gains des salariés dans le secteur de la santé et des soins : les cas du Canada, du Mexique et des États-Unis

La figure 7.9 montre l'évolution des gains des salariés dans le secteur de la santé et des soins au Canada, au Mexique et aux États-Unis. La figure comporte trois séries différentes : les salaires horaires, les salaires mensuels et la masse salariale totale. Toutes les estimations reflètent les valeurs réelles après avoir ajusté la série correspondante en fonction de l'indice mensuel des prix à la consommation (et la série trimestrielle dans le cas du Mexique)⁵⁹.

Le premier fait frappant de la figure 7.9 est l'augmentation des salaires horaires et mensuels réels moyens dans les trois pays au début de

la pandémie de COVID-19. Cette augmentation concerne à la fois les hommes et les femmes, bien qu'elle soit plus prononcée chez les femmes (la ligne est initialement plus inclinée chez les femmes des États-Unis et du Canada, mais plus tard elle accélère de manière similaire pour les femmes et les hommes au Mexique). En même temps, la masse salariale totale réelle diminue dans les trois pays.

Les trois figures combinées montrent l'effet de composition classique, c'est-à-dire que **l'effet de la crise due à la COVID-19 sur l'emploi a frappé plus durement les personnes se situant au bas de l'échelle salariale**. Comme décrit pour les figures 7.2 à 7.7, les travailleurs affectés sont peu qualifiés, jeunes, peu instruits, travaillent à temps partiel et dans l'économie informelle. Ces caractéristiques sont conjointement bien plus prévalentes chez les

⁵⁹ Les données sur les salaires au Canada et aux États-Unis sont fournies au format hebdomadaire. Toutefois, l'enquête demande aux répondants s'ils ont travaillé au cours du mois écoulé, et pendant combien de semaines. Afin de tenir compte du fait que ceux qui ont déclaré être employés ont éventuellement travaillé moins de 4 semaines, phénomène qui s'est peut-être fait sentir de manière plus aiguë au cours des mois les plus difficiles au début de la pandémie, nous avons calculé l'équivalent mensuel en tenant compte des gains hebdomadaires multipliés par le nombre de semaines travaillées pendant le mois de l'enquête. Les données des États-Unis comportent une complication supplémentaire, en ce sens que seule une fraction des personnes interrogées peuvent répondre aux questions relatives aux salaires dans l'enquête. Nous faisons en sorte que tous les salariés soient repris dans l'analyse en saisissant minutieusement les salaires des personnes qui ne pouvaient pas répondre aux questions relatives aux salaires et aux revenus, mais qui faisaient partie de la population employée au moment de l'enquête.

femmes que chez les hommes dans le secteur de la santé et des soins (voir la description par décile dans le chapitre 4). Étant donné que les femmes et les hommes qui présentent cette combinaison de caractéristiques, qui sont plus vulnérables aux crises du marché du travail, ont perdu leur emploi en raison de la COVID-19, ceux qui ont conservé leur emploi sur le marché du travail sont les mieux rémunérés – à savoir ceux qui exercent des professions libérales liées à la santé, hautement qualifiés, ou qui sont actifs depuis plus longtemps dans d'autres catégories professionnelles. C'est cet effet de composition qui augmente artificiellement le salaire horaire ou mensuel moyen.

La hausse observée vers avril/mai 2020 est plus prononcée chez les femmes (par rapport aux hommes) au Canada et aux États-Unis, car davantage de femmes (parmi les femmes) dont les caractéristiques les rendent plus vulnérables à la perte de leur emploi, notamment dans le secteur de la santé et des soins, avaient perdu leur travail par rapport à la proportion d'hommes (parmi les hommes) qui avaient perdu leur travail et dont la combinaison de caractéristiques mène à un emploi moins bien rémunéré dans le secteur de la santé. Les graphiques montrant l'évolution de la masse salariale totale (c'est-à-dire la somme de tous les gains mensuels pondérés par leur poids démographique respectif) illustrent que ces totaux commencent à baisser au début de la pandémie de COVID-19, le déclin étant bien plus prononcé pour les femmes que pour les hommes. Cela tient au fait que davantage de femmes que d'hommes ont perdu leur emploi (parce qu'il y a globalement plus de femmes que d'hommes dans le secteur de la santé et des soins), mais également au fait qu'il y a plus de femmes que d'hommes qui sont plus susceptibles de perdre leur emploi dans le contexte de la crise de la COVID-19 en raison de leur combinaison de caractéristiques professionnelles.

La diminution de la masse salariale totale, ainsi que les fluctuations salariales relatives avec les effets de composition qui en découlent, peuvent être mieux appréciées dans la figure 7.10, dans laquelle les fluctuations dans le temps sont indexées au niveau de janvier 2019. Dans le cas du Mexique, la chute de

la masse salariale totale au début de la pandémie est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes, signe que la prévalence des emplois peu qualifiés parmi les hommes est significative dans le secteur de la santé et des soins du Mexique. De plus, ces salariés ont perdu davantage de volume d'emplois dans le secteur au début de la crise sanitaire (voir les figures 7.2 et 7.3).

L'effet de composition engendre une difficulté lorsque l'on cherche à comparer l'évolution relative des salaires entre les femmes et les hommes dans le temps. Par exemple, il serait possible d'estimer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes à un moment donné, toutefois, en présence d'effets de composition, on ne pourrait valablement se prononcer sur l'évolution de cet écart étant donné que, comme nous l'avons montré dans ce chapitre, la composition du salariat dans le secteur de la santé et des soins a évolué d'une période à l'autre parmi les femmes et les hommes. En outre, les résultats de chaque groupe, notamment les salaires, peuvent également être influencés par ces changements. Nous retirons par conséquent l'effet de composition de la série avant d'évaluer l'évolution de l'écart salarial femmes-hommes dans le temps.

Cela peut se faire en suivant les étapes ci-après. Premièrement, on compare le salariat du secteur de la santé et des soins au cours d'un mois de 2020 à celui du même mois de 2019, et ce séparément pour les femmes et les hommes. Pour chaque salarié dans chacun des mois de 2020, nous recherchons les salariés identiques du secteur de la santé et des soins durant le mois correspondant de 2019. Par exemple, pour chaque femme salariée en janvier 2020, nous cherchons une salariée identique en janvier 2019, identique s'entendant ici en termes d'âge, de niveau d'instruction, de catégorie professionnelle, de modalité de temps de travail, de secteur institutionnel et des autres caractéristiques pertinentes dans la détermination du salaire des hommes et des femmes employés dans le secteur de la santé⁶⁰. L'appariement réalisé aux fins de notre analyse suit le processus d'appariement un à un de Nopo (2008). Cette méthode fournit, pour chaque salarié apparié au cours d'un mois donné de 2020, un ensemble d'individus identiques au

⁶⁰ Ces caractéristiques varient d'un pays à l'autre, toutefois, à titre d'exemple, au Canada et au Mexique, nous avons inclus, outre les catégories mentionnées ci-dessus, le type de contrat. Dans le cas du Mexique, nous avons également ajouté la taille de l'entreprise et le statut formel ou informel. En ce qui concerne les États-Unis, nous avons ajouté l'appartenance à un syndicat, la race et l'État. Pour le Canada, nous avons ajouté la province. Enfin, pour les trois pays, nous avons ajouté la localisation en zone rurale ou urbaine. L'ensemble de variables possibles est décrit dans le tableau 5.1.

cours du même mois de 2019⁶¹. La deuxième étape du processus d'appariement consiste à éliminer les salariés de 2019 qui n'ont pas été appariés à des salariés de 2020. Il s'agit des salariés qui ont perdu leur emploi et n'ont plus été recensés en 2020 – très probablement en raison des perturbations liées à la pandémie de COVID-19. Étant donné que l'échantillon restant de salariés de 2019 a des caractéristiques semblables à celles des salariés observés en 2020, leurs salaires en termes réels peuvent être comparés afin d'identifier les changements entre les femmes et les hommes avant et après l'apparition de la COVID-19, libres des effets de composition par rapport à l'échantillon de 2019. La dernière étape consiste à estimer et comparer les salaires moyens des femmes et des hommes au fil du temps dans le secteur de la santé et des soins, exclusivement sur la base des échantillons appariés, de mois en mois.

La figure 7.11 illustre l'évolution des salaires horaires et mensuels moyens séparément pour les femmes et les hommes, comparant les résultats réels (lignes en trait continu, de janvier 2019 à décembre 2020) et le résultat de l'échantillon apparié en 2019 (ligne en pointillé, de janvier 2019 à décembre 2019). À noter que les estimations reposant sur l'échantillon apparié cessent en décembre 2019, dernier mois pour lequel l'appariement est possible dans la série (le dernier mois des données étant décembre 2020). Les résultats sont frappants dans le cas des hommes et des femmes au Mexique et dans le cas des hommes aux États-Unis. L'échantillon apparié en 2019 rend clairement compte de la tendance salariale (plus élevée) observée dans les données réelles en 2020. En revanche, pour le Canada (femmes et hommes) et pour les femmes aux États-Unis, l'échantillon apparié montre que les salariés du secteur de la santé et des soins en 2019 pour lesquels il existe un salarié correspondant en 2020 gagnent en réalité davantage en termes réels par rapport à l'ensemble de travailleurs de 2020. Nous reviendrons sur cette question plus loin.

La figure 7.12 montre les estimations de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au cours de la période allant de janvier 2019 à décembre 2020, libres des effets de composition en ce qui concerne les caractéristiques des travailleurs en 2019. Dans ce cas, l'écart salarial femmes-hommes repose sur l'estimation de l'écart salarial (en termes de salaires horaires et mensuels) à différents quantiles de la répartition des salaires horaires et en prenant la moyenne pondérée sur l'ensemble des quantiles, selon la même procédure que pour la figure 5.1⁶². La figure 7.12 montre que dans le cas du Mexique, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes fluctue grandement au cours des 24 mois de la série. Avant la pandémie de COVID-19, les fluctuations sont moins marquées et sont probablement le fruit de la saisonnalité. Dans la période post-COVID-19, les fluctuations affichent une légère diminution de l'écart salarial femmes-hommes en termes de salaires horaires (l'écart de 12 % de décembre 2020 est inférieur de 4 % à celui de janvier 2019), mais un écart similaire en termes de salaires mensuels sur l'ensemble de la période.

Au Canada, on a observé un déclin de l'écart salarial horaire femmes-hommes durant la période postérieure à la crise de la COVID-19 (d'environ 8 % à 6 %), toutefois la chute paraît bien plus importante lorsque l'on compare les écarts de rémunération horaire entre l'avant et l'après-COVID-19. Ainsi, au Canada, les salaires horaires des hommes dans le secteur de la santé et des soins avant mars 2019 étaient environ 10 à 12 % plus élevés que ceux des femmes, en moyenne, sur l'ensemble des déciles. Après l'apparition de la COVID-19, les salaires horaires moyens des femmes progressent plus rapidement et l'écart entre les hommes et les femmes en termes de salaires horaires moyens baisse à 6 %. En ce qui concerne les salaires mensuels, l'écart salarial diminue de 19 % en janvier 2019 à 14 % en décembre 2020.

Aux États-Unis, l'écart était déjà en train de se resserrer avant le début de la pandémie de COVID-19, les salaires horaires et mensuels moyens des

⁶¹ Nous sommes très reconnaissants envers Hugo Ñopo pour la syntaxe de programmation nécessaire pour l'appariement un à un décrit dans son article (2008). Dans cet article, l'idée est, à un moment donné, de séparer la composante de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes parmi ceux qui ont un soutien commun (caractéristiques communes) de la composante de l'écart qui découle des hommes et des femmes qui ne peuvent être comparés dans la population (extraits de l'échantillon témoin et de traitement). Dans notre application de l'approche de Ñopo (2008), nous appliquons la méthode afin d'identifier les hommes et les femmes dont les caractéristiques demeurent identiques parmi les employés du secteur de la santé et des soins après la crise de la COVID-19, les hommes et les femmes de 2019 dont les caractéristiques ne sont plus présentes sur le marché du travail après le début de la pandémie de COVID-19 (au regard des échantillons témoins en 2019) et les hommes et les femmes dont la combinaison de caractéristiques n'était pas observée en 2019, mais bien en 2020 (au regard de l'échantillon de traitement en 2020).

⁶² Le chapitre 3 examinait différentes manières d'améliorer l'estimation brute de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes. Le recours à un écart salarial femmes-hommes pondéré permet de tenir compte efficacement des irrégularités dans la répartition des salaires (effets de composition avec les périodes) lorsque les estimations reflètent l'ensemble de la population, par opposition à un seul secteur, ce qui est le cas lorsque l'on analyse les écarts salariaux dans le secteur de la santé et des soins. Dans le chapitre 4, nous avons montré qu'une manière tout aussi efficace d'estimer les écarts salariaux lorsque l'on compare des femmes et des hommes relativement semblables dans la population consiste à estimer les écarts salariaux à chaque décile de la répartition des salaires horaires. Nous avons retenu cette méthode pour la figure 5.1 et pour estimer l'écart salarial global femmes-hommes à chacune des périodes dans le chapitre 7.

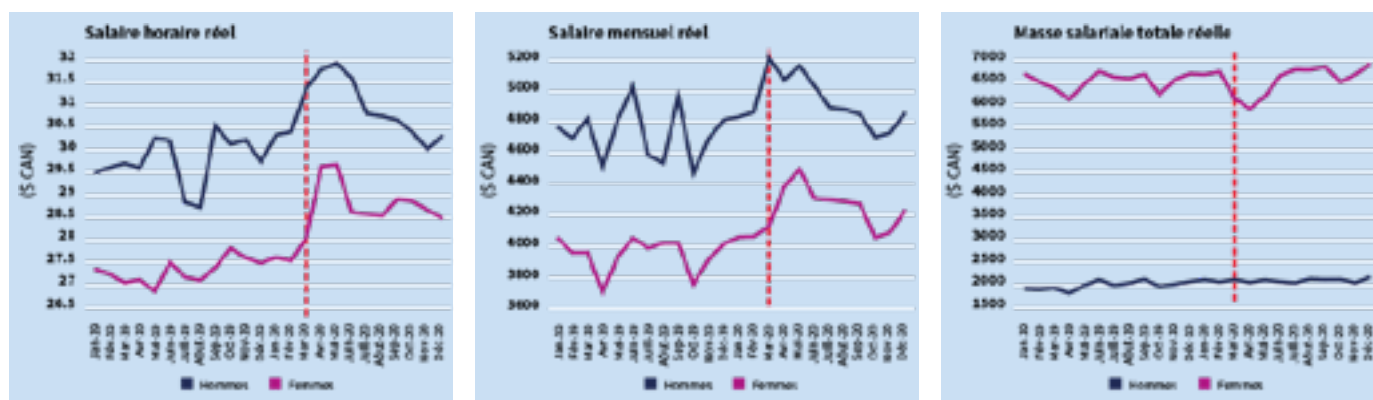
hommes ayant diminué tout au long de 2019 sur la base de l'échantillon d'appariement (voir la figure 7.11). En fait, une part importante de l'évolution des écarts salariaux femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins entre janvier 2019 et décembre 2020 s'était déjà produite en 2019, les écarts salariaux horaires étant de 28 % et les écarts

salariaux mensuels de 36 % fin 2019. En 2020, l'écart salarial femmes-hommes horaire et mensuel dans le secteur de la santé et des soins des États-Unis fluctue régulièrement, avec toutefois une tendance à la baisse, entre 22 % et 26 % et 28 % et 32 % respectivement.

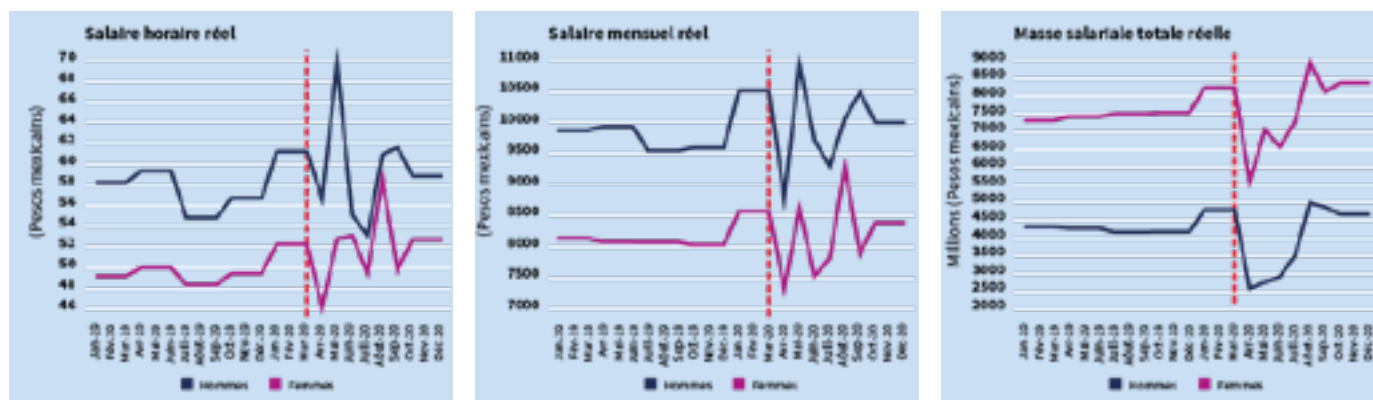
FIGURE 7.9

Évolution de la rémunération des salariés dans le secteur de la santé et des soins, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

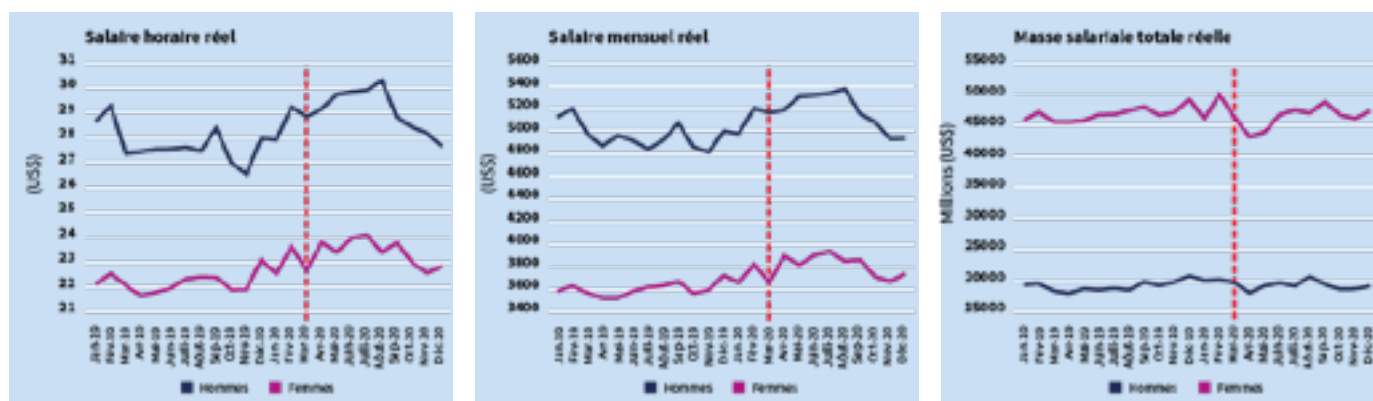
Canada



Mexique



États-Unis

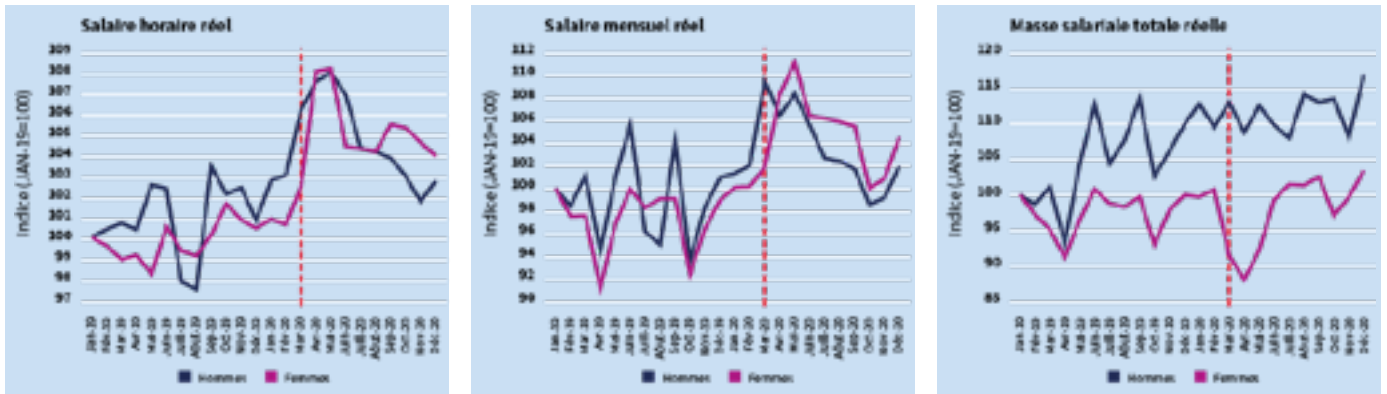


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

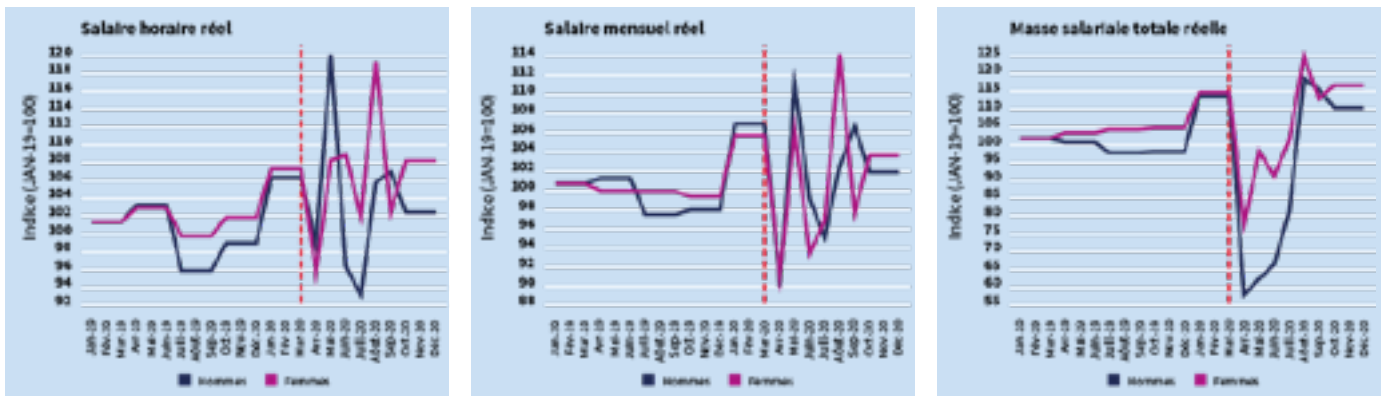
FIGURE 7.10

Indice relatif à l'évolution de la rémunération des salariés dans le secteur de la santé et des soins, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

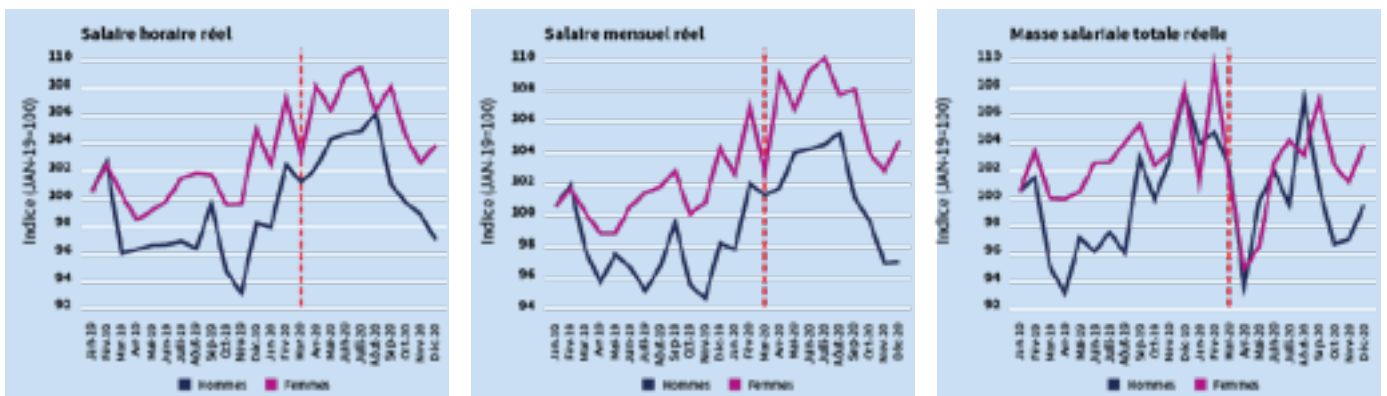
Canada



Mexique



États-Unis

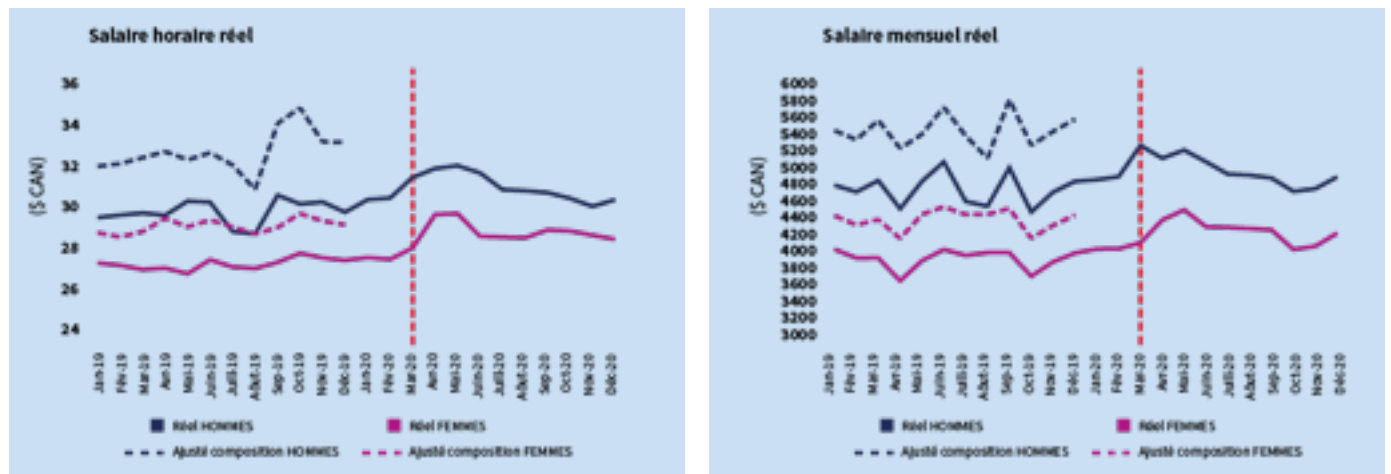


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

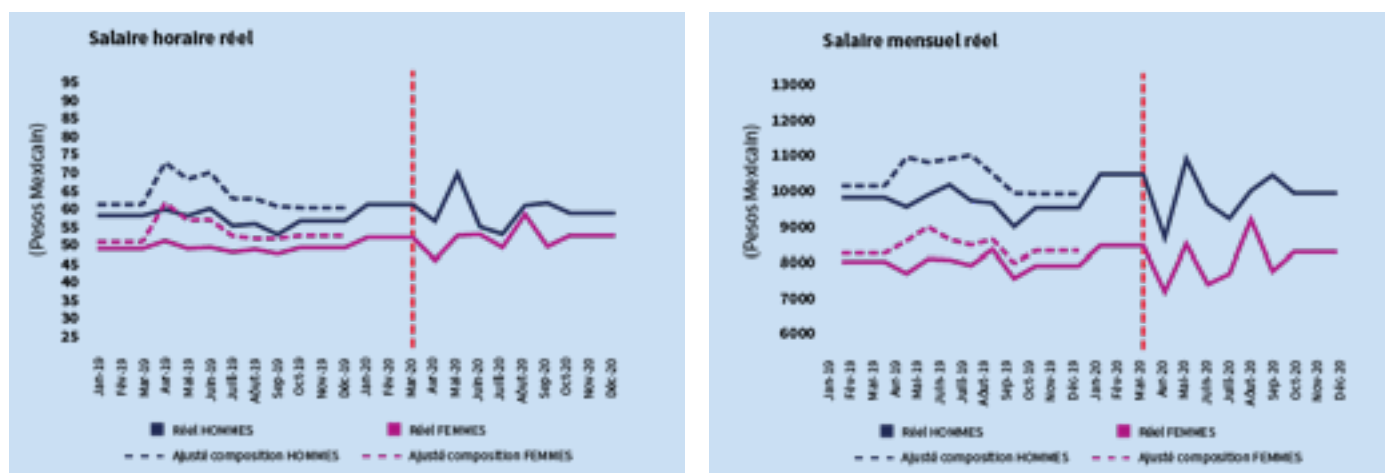
FIGURE 7.11

Évolution de la rémunération au regard de l'évolution ajustée pour tenir compte des effets de composition dus à la COVID-19 parmi les salariés du secteur de la santé et des soins, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

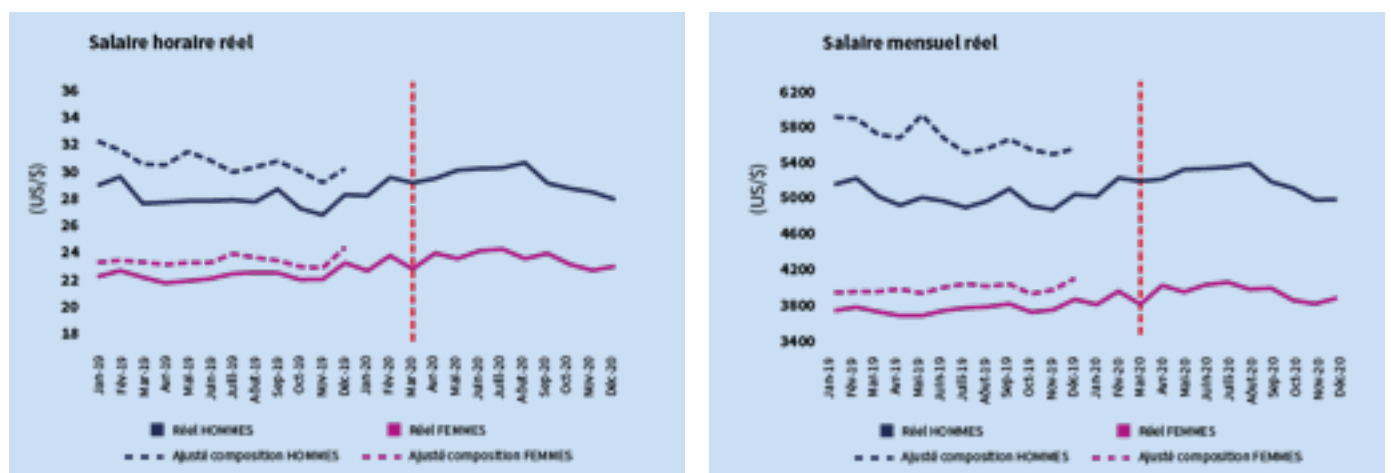
Canada



Mexique



États-Unis

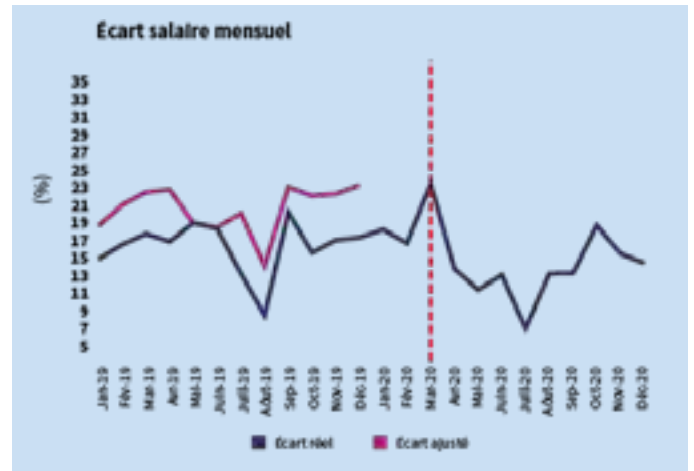
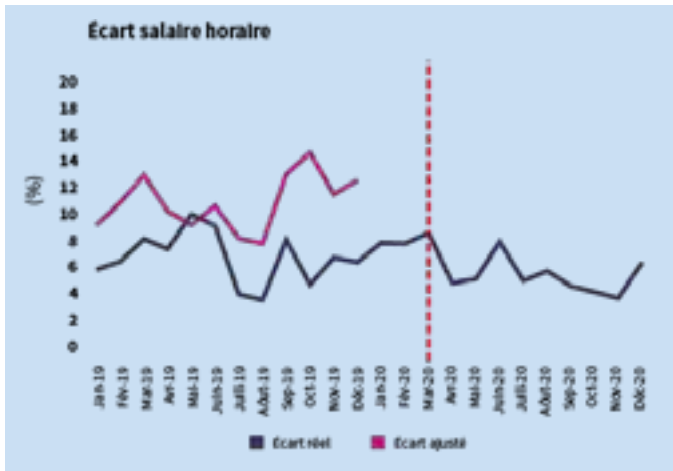


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

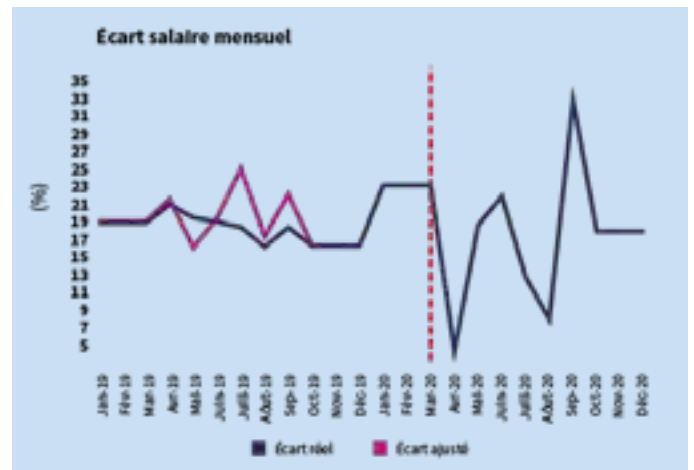
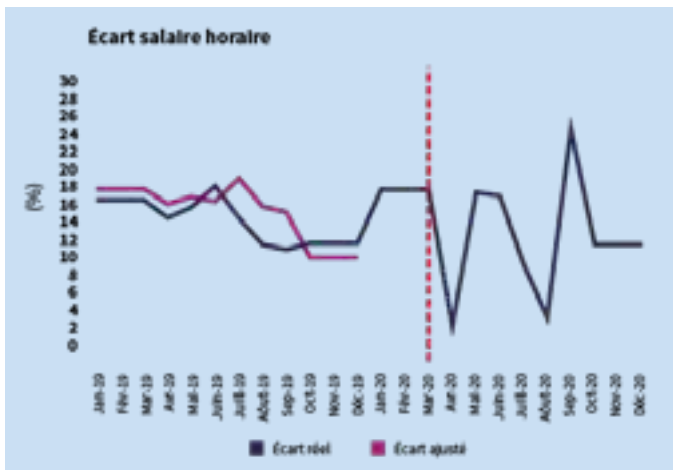
FIGURE 7.12

Évolution des écarts salariaux femmes-hommes, réels et ajustés pour tenir compte des effets de composition dus à la COVID-19, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

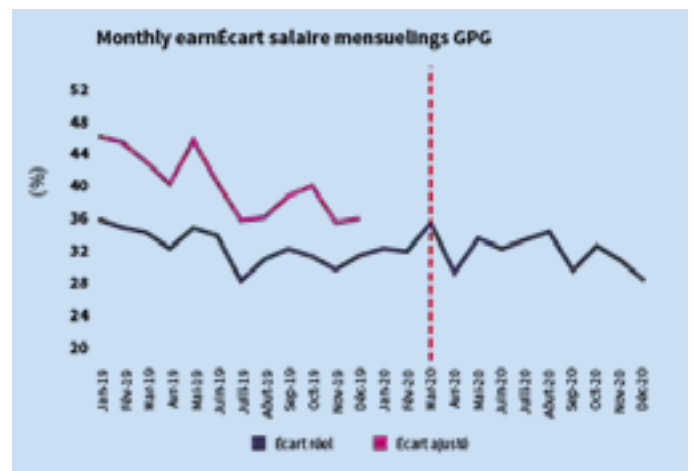
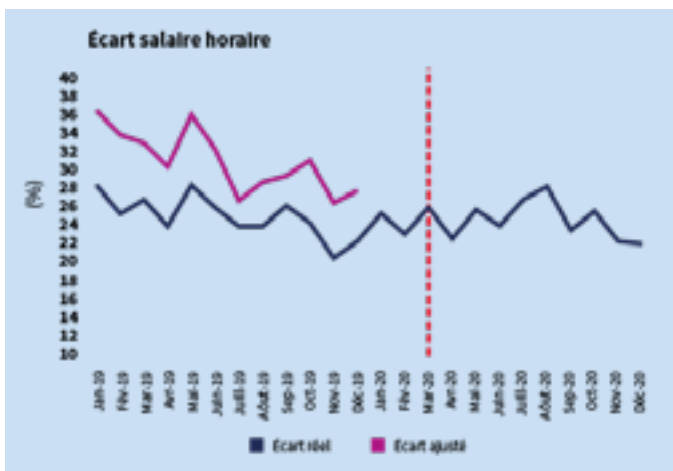
Canada



Mexique



États-Unis



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

Nous examinons à présent les différences observées dans la figure 7.11 entre l'échantillon d'appariement en 2019 (ligne en pointillé) et le résultat réel en 2020 (ligne continue). Bien que, dans chacun des trois pays, les salaires horaires et mensuels en mars 2020 affichent une hausse par rapport aux résultats réels au cours des mêmes mois de 2019 (figures 7.9 et 7.10), les salariés du secteur de la santé et des soins en 2019 pour lesquels il existe un salarié correspondant en 2020 gagnent en réalité davantage en termes réels par rapport aux travailleurs de 2020. Deux raisons peuvent expliquer cette situation. L'une est qu'en 2020, les travailleurs du secteur de la santé et des soins touchent moins en termes réels par rapport au même type de travailleurs en 2019. La deuxième raison possible est qu'une fraction des travailleurs en 2020 ont une combinaison de caractéristiques qui était absente en 2019, et que les caractéristiques de ces nouveaux venus dans le secteur de la santé et des soins en font des salariés moins bien rémunérés par rapport aux travailleurs de 2020 qui ont un équivalent en 2019. Par exemple, bien que la proportion de travailleurs à temps partiel peu qualifiés ait diminué en 2020 par rapport à 2019, en 2020, on peut trouver une plus grande prévalence de personnels de santé techniques qui sont plus jeunes (par rapport à ceux de 2019) et travaillent dans des zones rurales. Il semble y avoir des preuves de cela dans les figures 7.1 à 7.6. Ainsi, en décembre 2020, par rapport à janvier 2019, on observe une augmentation du nombre de personnes exerçant une profession libérale en lien avec la santé dans les trois pays, toutefois on recense également un plus grand nombre de salariés semi-qualifiés ou peu qualifiés exerçant des professions sans lien avec la santé au Canada, au Mexique (femmes) et aux États-Unis. Il semble en outre y avoir un nombre grandissant de jeunes travailleurs, tandis que les cohortes plus âgées quittent le marché – phénomène qui pourrait être lié à la menace accrue que représentait une infection par la COVID-19 pour les personnels plus âgés au début de la pandémie. De manière générale, les bases factuelles portent à croire que les salariés du secteur de la santé et des soins en 2020 se composent de deux catégories : les travailleurs bien rémunérés, dont la présence entraîne des gains supérieurs par rapport à l'ensemble des travailleurs de 2019, et un groupe de nouveaux venus dont la combinaison de caractéristiques est associée à une rémunération inférieure par rapport aux travailleurs qui ont conservé un emploi rémunéré (avec un équivalent en 2019) après le début de la pandémie.

La technique mise au point par Ñopo (2008) permet de démêler la différence de rémunération entre 2019 et 2020 qui a pu découler de l'arrivée de nouveaux venus n'ayant pas d'équivalent en 2019 sur le marché du travail en 2020. Jusqu'ici, dans les figures 7.10 et

7.11, nous avons recours à l'appariement un à un pour éliminer les observations de 2019 qui n'ont pas d'équivalent en 2020. À présent, la même technique peut être appliquée pour éliminer les individus de l'échantillon 2020 qui n'ont pas d'équivalent en 2019. Le processus de double appariement donne un échantillon purement constitué des personnes pouvant être appariées d'une période à l'autre dans les deux directions temporelles. La figure 7.13 montre les salaires horaires et mensuels moyens en comparant les échantillons de double appariement de janvier 2019 à décembre 2020. Il est important de souligner que les estimations présentées dans la figure 7.13 ne servent qu'à comparer l'évolution des salaires entre les femmes et les hommes (ou de manière générale, entre deux échantillons mutuellement exclusifs) afin d'identifier les écarts salariaux libres d'effets de composition. Les véritables écarts salariaux, cependant, demeurent ceux qui reposent sur les données réelles et qui incluent à la fois la différence de rémunération entre les femmes et les hommes et la différence de rémunération due aux effets de composition.

La figure 7.13 montre les tendances après avoir éliminé les effets de composition tout au long des périodes. La figure 7.14 montre les écarts salariaux femmes-hommes en termes de salaires horaires et mensuels moyens qui résultent de la figure 7.13. Comme pour la figure 7.12, les écarts salariaux reposent sur l'estimation des écarts correspondants à chaque quantile et la moyenne pondérée sur l'ensemble de ces quantiles. La figure 7.13 montre qu'il n'y a eu d'augmentation réelle des salaires horaires et mensuels sur la période qu'au Canada. Au Mexique, après avoir tenu compte des effets de composition, les tendances montrent qu'en termes réels, il n'y a pratiquement pas eu de changement, ni pour les femmes ni pour les hommes. La fluctuation est probablement due en grande partie aux effets saisonniers. En ce qui concerne les États-Unis, les salaires horaires et mensuels réels sont restés stables pour les femmes entre 2019 et 2020, et ont légèrement reculé pour les hommes (d'environ 32 dollars US bruts par heure en juillet 2019 à environ 29 dollars US bruts par heure en décembre 2020 ; quant aux salaires mensuels, ils ont diminué de 6 000 dollars US bruts environ à 5 400 dollars US bruts).

À partir des salaires reposant sur le double ajustement, la figure 7.14 montre qu'au Canada, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes demeure assez stable entre les hommes et les femmes comparables avant la COVID-19, au début de la pandémie, et après. Les fluctuations sont principalement dues à l'évolution de la rémunération liée à la saisonnalité. Au Mexique, l'écart salarial femmes-hommes est également demeuré stable dans le temps, subissant un effet de très courte

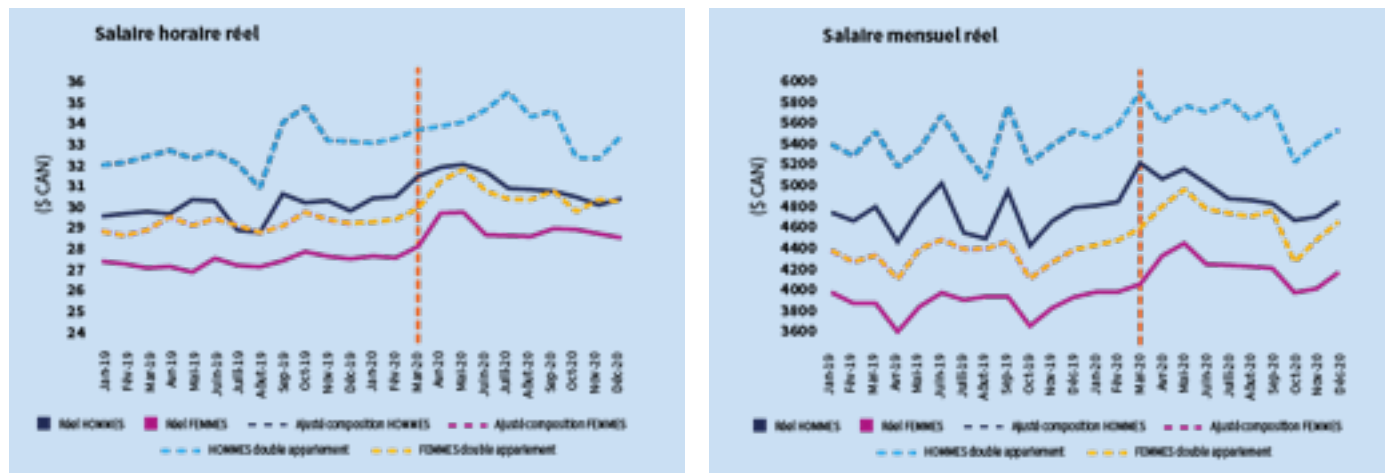
durée au début de la pandémie de COVID-19 dû à un recul des salaires des hommes dans le secteur de la santé et des soins en avril/mai 2020. Il est tout à fait possible que cet effet soit le résultat de la petite taille de l'échantillon d'hommes, tandis que les tendances montrent que l'écart salarial femmes-hommes est resté stable en 2019 et 2020, à environ 15 % en ce qui concerne les salaires horaires et 20 % en ce qui concerne les salaires mensuels. Aux États-Unis, les estimations montrent qu'après ajustement pour tenir compte des effets de composition, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes s'est

resserré au cours de la période 2019-2020, déclin entièrement dû à un recul des salaires bruts moyens réels des hommes dans le secteur de la santé et des soins. Nous notons cependant que, sans correction pour tenir compte des effets de composition (figure 7.12), l'écart salarial horaire moyen femmes-hommes aux États-Unis est estimé avoir diminué de 36 % en 2019 à 21 % en 2020. Après correction pour tenir compte des effets de composition (figure 7.14), la diminution de l'écart salarial horaire moyen femmes-hommes est plus modérée, passant de 36 % en 2019 à 26 % en 2020.

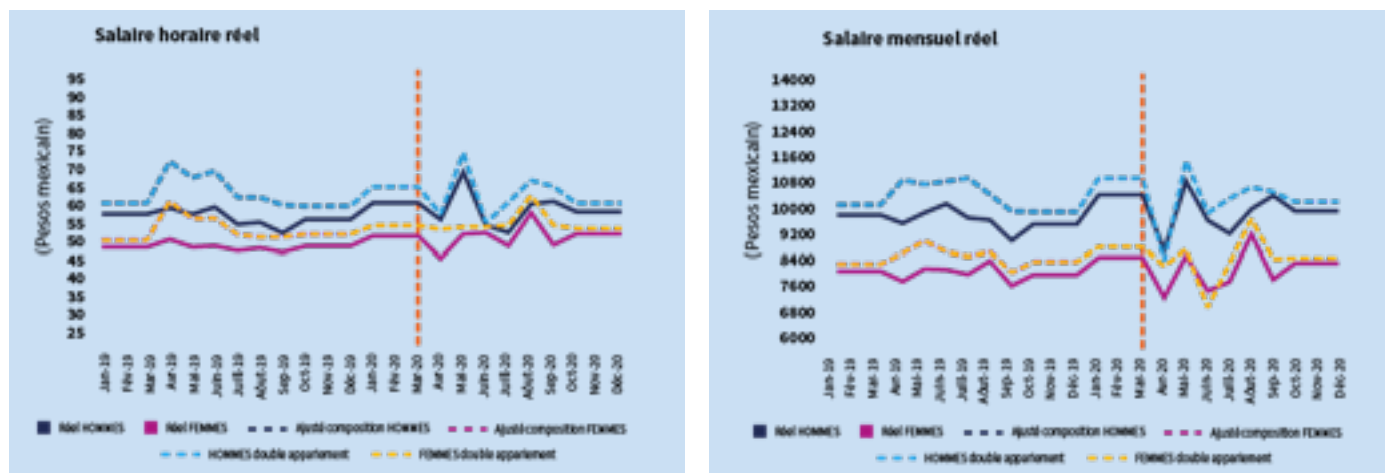
FIGURE 7.13

Évolution des salaires au regard de l'évolution ajustée pour tenir compte des effets de composition parmi les salariés du secteur de la santé et des soins, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

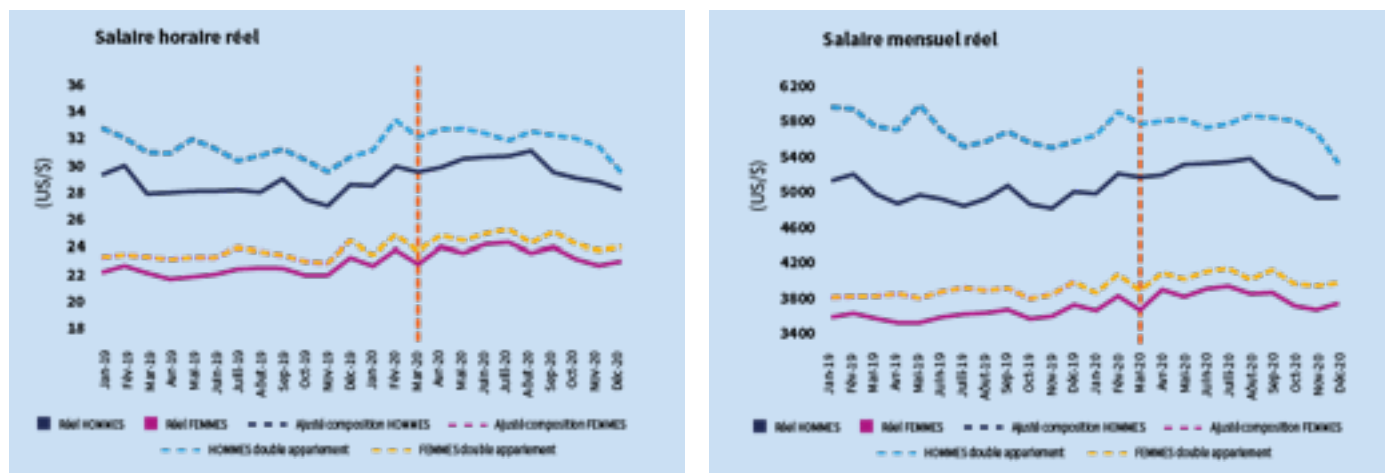
Canada



Mexique



États-Unis

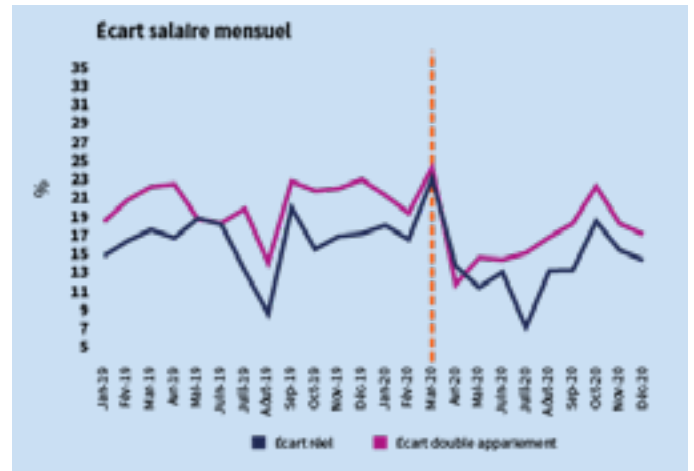
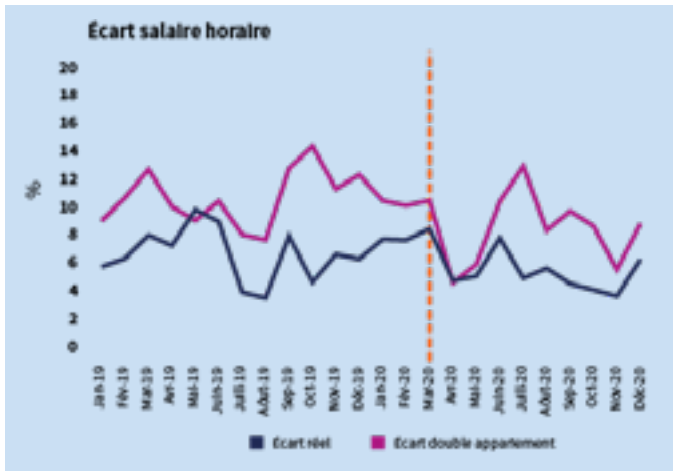


Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

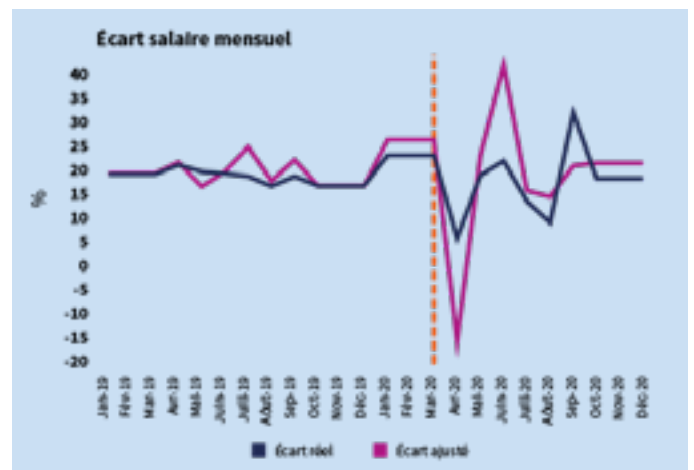
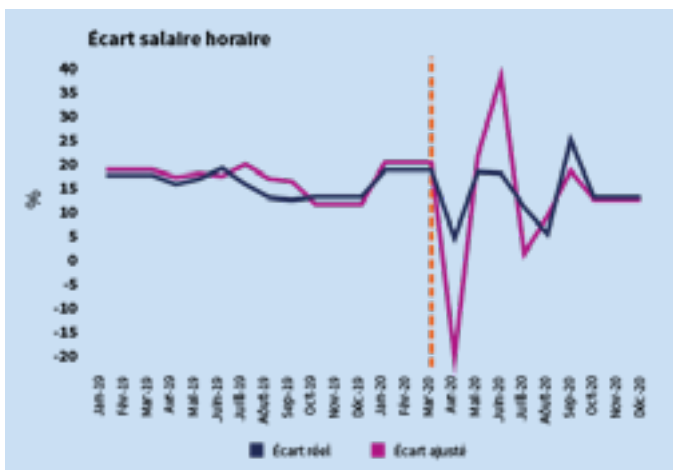
FIGURE 7.14

Évolution des écarts salariaux femmes-hommes, réels et ajustés pour tenir compte des effets de composition en 2019 et 2020, parmi les salariés du secteur de la santé et des soins, de janvier 2019 à décembre 2020, dans un échantillon de pays

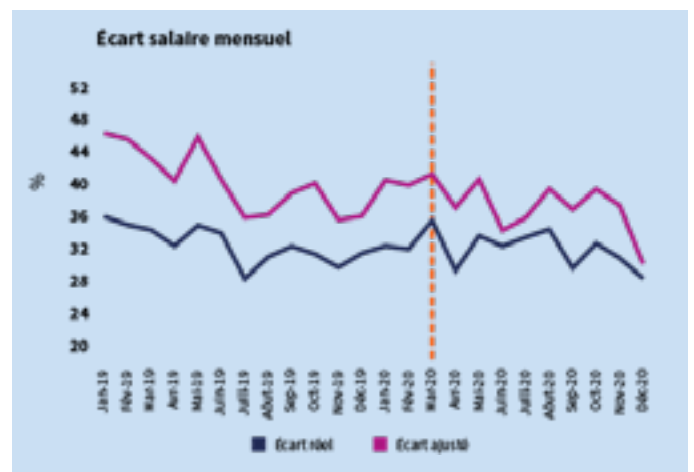
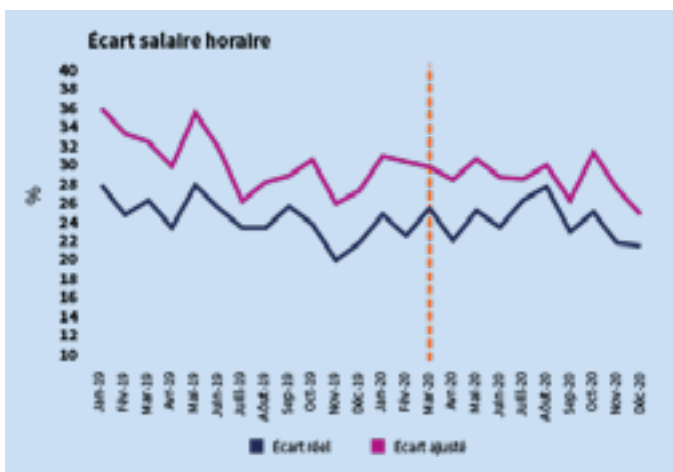
Canada



Mexique



États-Unis



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

7.4 La pandémie de COVID-19 et les salaires des travailleurs dans l'emploi formel et informel dans le secteur de la santé et des soins : le cas du Mexique

On pouvait voir dans la figure 7.8 qu'au Mexique, la pandémie de COVID-19 a eu un effet très différent sur l'emploi des femmes et des hommes dans l'emploi formel et informel, particulièrement prononcé pour les femmes ayant un emploi informel dans le secteur de la santé et des soins. Un examen de l'emploi et des salaires sur le marché du travail dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ne peut contourner le fait qu'une part significative de ces travailleurs relève de l'économie informelle. Il est vrai que l'on pourrait penser que l'informalité ne joue pas un rôle significatif dans le secteur de la santé et des soins, les données contredisent cette notion. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'emploi informel est une caractéristique du secteur de la santé et des soins : comme souligné dans le chapitre 5, au Mexique, environ 20 % des salariés du secteur de la santé et des soins ont des emplois informels (22 % en ce qui concerne les femmes et 17 % pour ce qui est des hommes).

L'OIT estime que dans le monde, près de 1,6 million de travailleurs de l'économie informelle ont été sensiblement touchés par les mesures de confinement ou travaillent dans les secteurs les plus gravement frappés. Durant le premier mois de la crise, à l'échelle mondiale, on estime que les travailleurs informels ont subi une perte de revenus de 60 %, l'Afrique et l'Amérique latine étant les deux régions où les pertes sont estimées avoir été les plus élevées. La perte de revenus parmi les travailleurs de l'économie informelle, population qui dépend de ses revenus journaliers pour joindre les deux bouts, aurait fait croître la pauvreté relative (définie comme la proportion de travailleurs dont les gains mensuels sont inférieurs à 50 % des gains médians) de près de 34 points de pourcentage (à l'échelle mondiale) parmi les travailleurs informels et leurs ménages (Observatoire de l'OIT, 2020c).

Bien que le Mexique soit le seul pays de l'échantillon examiné pour lequel nous disposons de données pré- et post-COVID-19 où l'informalité peut être identifiée, les estimations relatives à ce pays peuvent fournir des bases factuelles utiles et pertinentes au regard des politiques afin de cerner l'impact de la COVID-19 sur les gains des salariés du secteur de la santé et des soins dans les pays affichant un degré significatif d'informalité. La figure 7.15 montre l'évolution des salaires horaires et mensuels réels, en comparant séparément les femmes et les hommes et l'emploi formel et informel. Les figures adoptent des échelles comparables afin de montrer que les femmes ayant un emploi informel sont le groupe dont les salaires

horaires et mensuels sont les plus faibles. Les quatre groupes (femmes, hommes, emploi formel, emploi informel) ont clairement été affectés par les perturbations causées par la COVID-19 au début de la pandémie. En termes de salaires horaires, les quatre groupes affichent des effets de composition – de ce fait, bien qu'il semble que les salaires horaires augmentent soudainement au début de la crise sanitaire (avril/mai 2020), la figure 7.16 montre que ces quatre groupes, et en particulier les salariés du secteur informel de la santé et des soins, ont subi des pertes significatives au niveau de la masse salariale totale en avril/mai 2020. Les hommes ayant un emploi formel ont enregistré une chute de 48 % de la masse salariale totale réelle ; pour les femmes ayant un emploi formel, ce recul a été de 29 % ; les hommes ayant un emploi informel avaient enregistré une chute égale à 58 % en juin 2020 ; et les femmes ayant un emploi informel avaient subi une chute de 62 % en mai 2020. Par ailleurs, alors que la masse salariale totale (réelle) des hommes et des femmes relevant de l'emploi formel semblait avoir retrouvé son plein volume en décembre 2020, on ne peut en dire autant des femmes et des hommes relevant de l'emploi informel dans le secteur de la santé et des soins. Leurs masses salariales totales réelles en décembre 2020 étaient inférieures de 10 % à celles de janvier 2019 en ce qui concerne les hommes relevant de l'emploi informel dans le secteur, et de 15 % en ce qui concerne les femmes. Ces estimations sont donc en phase avec les projections relatives aux pertes totales de revenus des travailleurs de l'économie informelle publiées par l'OIT en mai 2020. Cela renvoie ainsi à une possible augmentation de la pauvreté relative parmi les ménages de salariés faisant partie des personnels du secteur de la santé et des soins au Mexique au début de la pandémie de COVID-19. Une comparaison entre les figures 7.15 et 7.16 révèle de possibles effets de composition lorsque l'on examine la population pré-COVID-19 au regard de la population au début de la pandémie et durant toute l'année 2020.

La figure 7.17 montre les tendances pour chacune des huit séries lorsque les effets de composition ont été éliminés selon l'approche du double appariement (tel que décrit pour la figure 7.13). Ainsi, on peut constater dans la figure 7.17 qu'il n'y a pas d'effet de composition majeur dans l'emploi formel ni dans l'emploi informel, et que les fluctuations observées dans le temps sont probablement dues aux ajustements saisonniers sur le marché du travail. La figure 7.18 montre qu'au début de la pandémie de COVID-19, l'écart salarial formel/informel varie pendant les deux ou trois premiers mois (les écarts salariaux étant estimés selon la même technique de regroupement des quantiles que dans la figure 7.13). Globalement, les tendances montrent que les

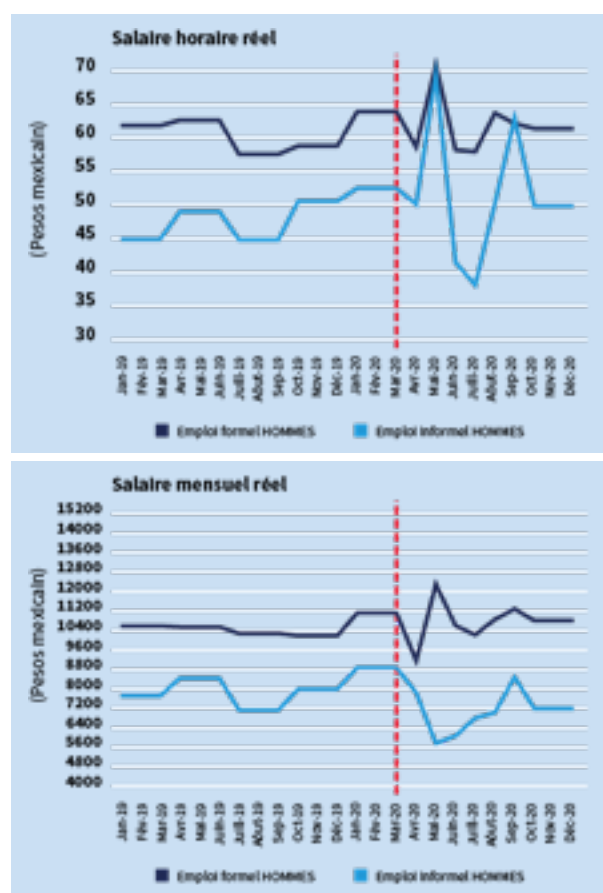
écarts salariaux se sont resserrés entre les salariés du secteur de la santé et des soins ayant un emploi formel et informel – bien que cela ne soit peut-être pas visible immédiatement à partir des figures en raison de l’effet d’échelle de l’écart au moment où l’épidémie de COVID-19 s’est déclarée. Toutefois, un examen plus approfondi de ces estimations révèle que l’écart entre les salaires horaires des hommes relevant du secteur formel et du secteur informel est passé de 29 % en janvier 2019 à 21 % en décembre 2020. Des constats similaires sont faits pour les femmes et les salaires horaires (l’écart salarial horaire entre les femmes relevant du secteur formel et du secteur informel étant passé de 46 % à 33 %) et pour les salaires mensuels des femmes (l’écart

salarial mensuel emploi formel-informel dans le secteur de la santé et des soins est passé de 64 % à 60 % entre janvier 2019 et décembre 2020). Entre-temps, l’écart en termes de gains mensuels entre les hommes ayant un emploi formel et ceux ayant un emploi informel s’est creusé, passant de 39 % à 53 %. Cette analyse met en évidence la double pénalisation des femmes dans l’emploi informel par rapport aux autres salariés : un examen plus détaillé des données montre qu’en décembre 2020, les femmes ayant un emploi informel dans le secteur de la santé et des soins gagnaient 53 % de moins par heure que l’ensemble des hommes, qu’ils travaillent dans le secteur formel ou informel, dans le secteur de la santé et des soins.

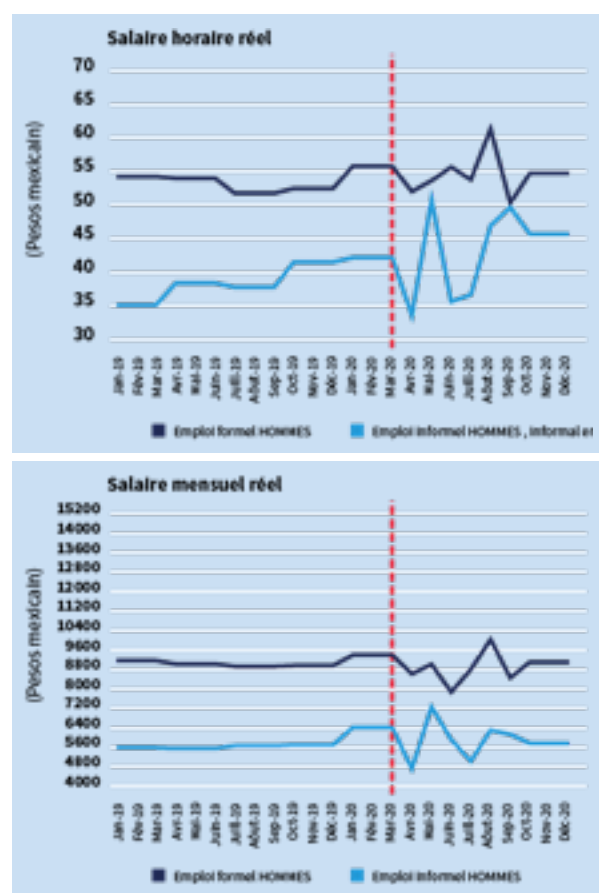
FIGURE 7.15

Évolution des salaires des travailleurs formels et informels du secteur de la santé et des soins du Mexique, par sexe, de janvier 2019 à décembre 2020

HOMMES



FEMMES

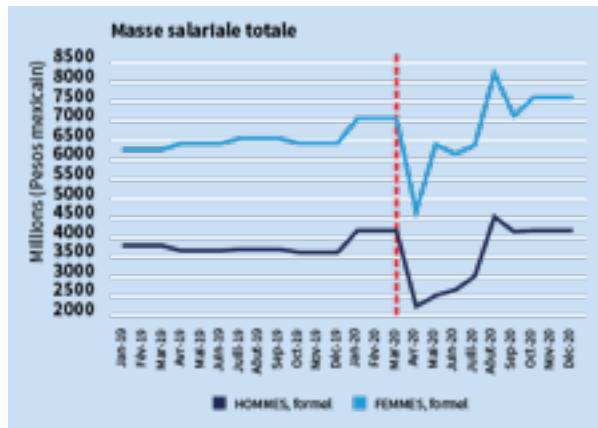


Source : Estimations de l’OIT et de l’OMS.

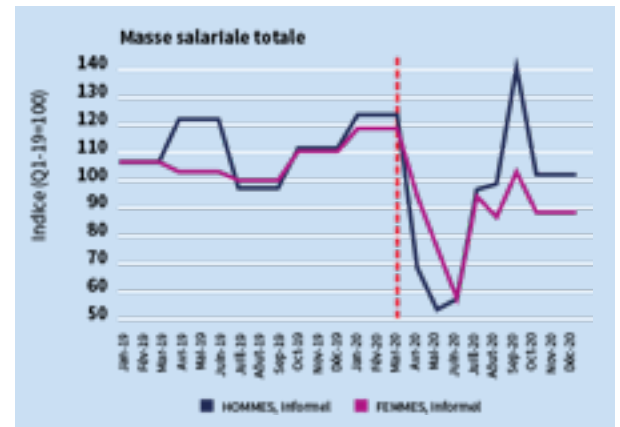
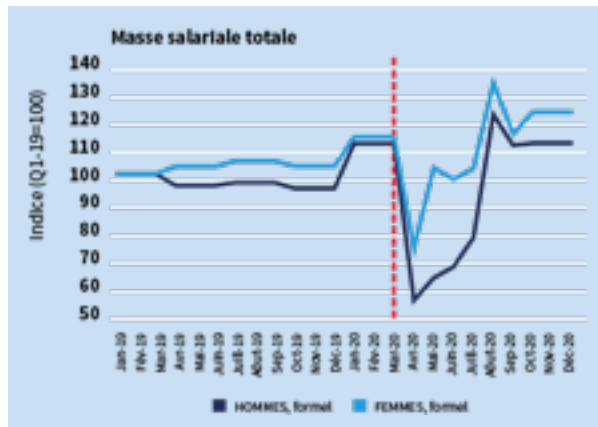
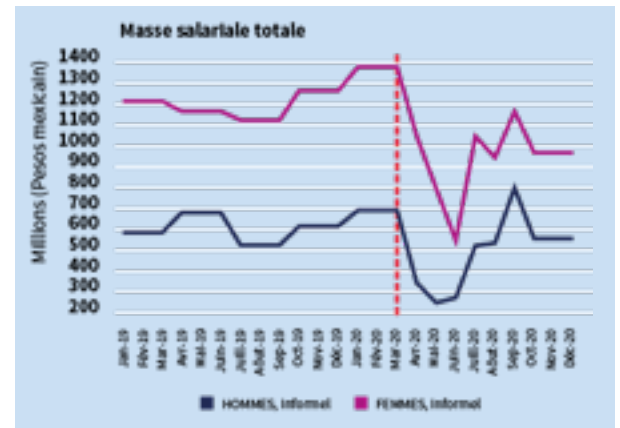
FIGURE 7.16

Masse salariale totale au Mexique, comparaison entre emploi formel et informel, entre femmes et hommes, dans le secteur de la santé et des soins, de janvier 2019 à décembre 2020

EMPLOI FORMEL



EMPLOI INFORMEL



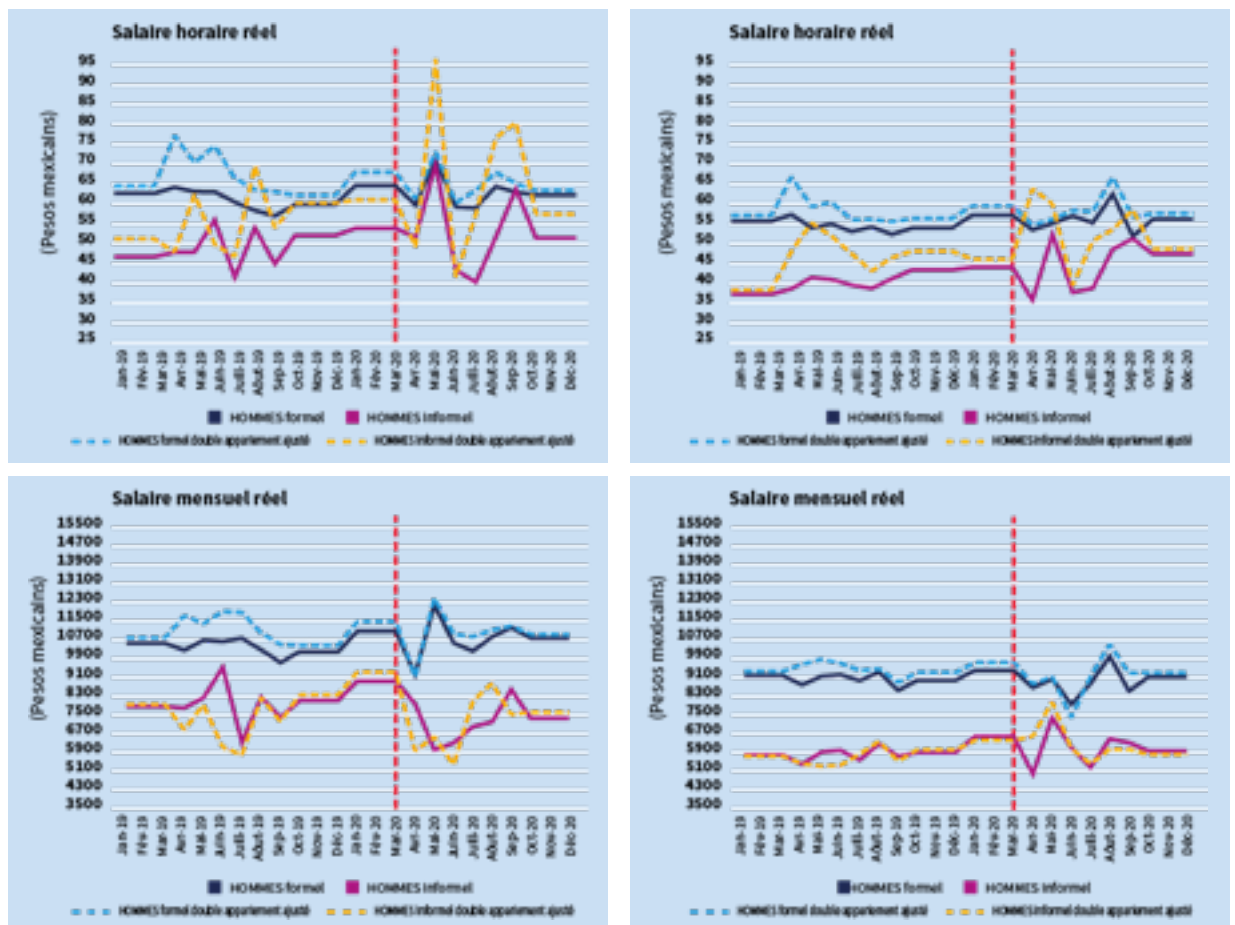
Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

FIGURE 7.17

Évolution des salaires du secteur de la santé et des soins au Mexique, comparaison entre emploi formel et informel, par sexe, après ajustement pour tenir compte des effets de composition, de janvier 2019 à décembre 2020

HOMMES

FEMMES



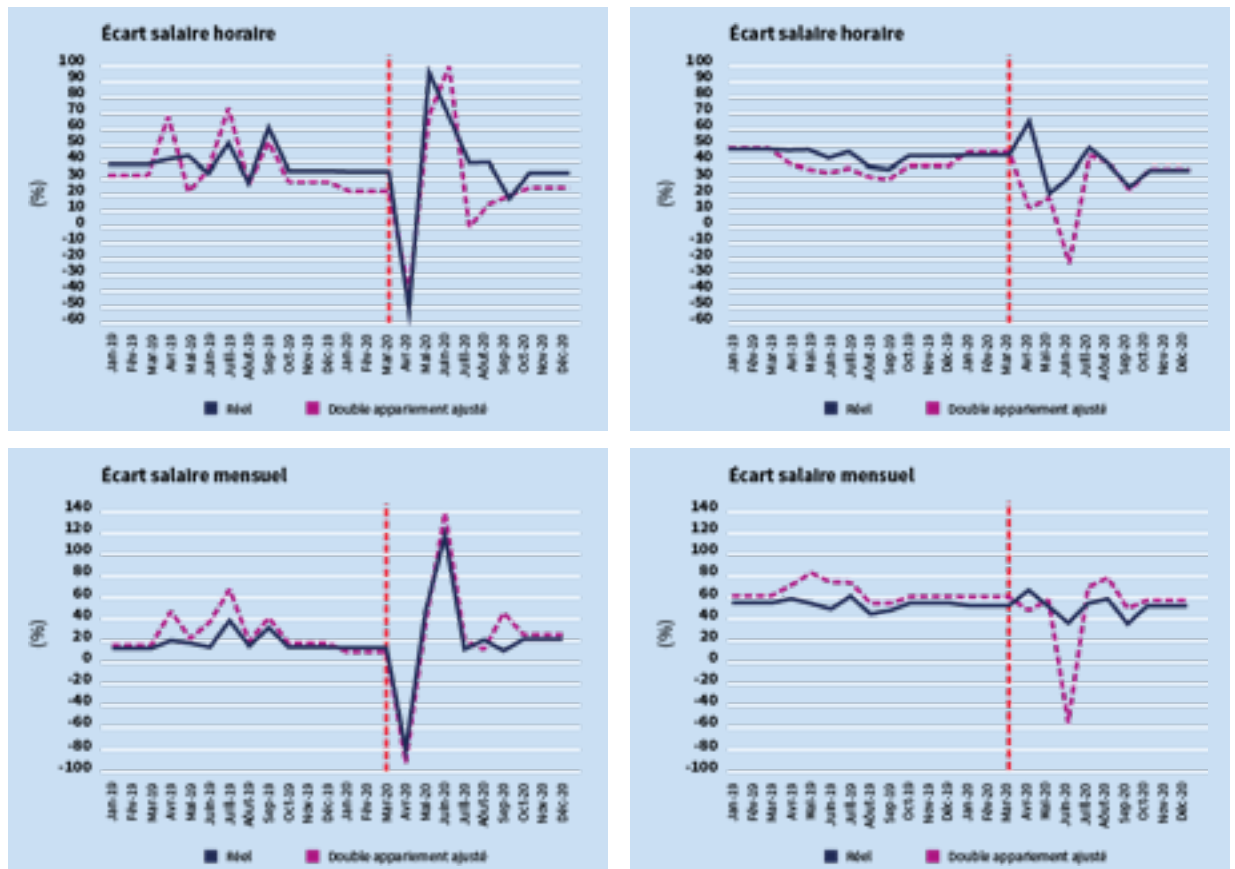
Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

FIGURE 7.18

Écarts salariaux entre les salariés formels et informels dans le secteur de la santé et des soins du Mexique, après ajustement pour tenir compte des effets de composition (double appariement), de janvier 2019 à décembre 2020

HOMMEN FORMEL - INFORMEL

FEMMES FORMEL - INFORMEL



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS.

La voie à suivre pour réduire les inégalités salariales entre les genres dans le secteur de la santé et des soins

Quelles sont les principales considérations politiques mises en évidence par le présent rapport ? Le rapport démontre clairement que l'élimination de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins profiterait aux personnels de santé, toutefois il en ressort également que cela réduirait l'écart salarial global femmes-hommes dans l'économie mondiale. Ce dernier chapitre aborde les principales considérations politiques qui se dégagent de ce rapport. Premièrement, la communauté internationale doit collecter et analyser des données sur les salaires dans ce secteur à une fréquence suffisante pour permettre d'évaluer en temps opportun les conditions de travail des personnels de santé et d'aide à la personne, et notamment de surveiller l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur. Deuxièmement, investir dans des conditions de travail décentes dans le secteur de la santé et des soins, notamment en vue de formaliser les emplois informels, contribuerait à rendre le secteur plus résilient et, en particulier, à même de répondre à la demande mondiale croissante de services de santé et d'aide à la personne alimentée par le vieillissement de la population. Troisièmement, pour pouvoir remédier à la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, nous devons réduire la ségrégation fondée sur le genre (à la fois horizontale et verticale) dans l'emploi dans le secteur de la santé et des soins. Cela peut se faire en mettant en place des politiques visant à attirer davantage d'hommes dans les catégories professionnelles intermédiaires du secteur de la santé et des soins ; à promouvoir la formation et des chances égales de mobilité ascendante pour les femmes du secteur de la santé et des soins ; à sensibiliser les jeunes filles et femmes aux carrières dans les disciplines STIM en organisant des foires à l'emploi dans ces domaines et à investir dans des programmes STIM ciblant les femmes et les filles, en particulier par la promotion des stages et de l'orientation professionnelle. Parmi les autres interventions politiques qui permettraient également de réduire la part expliquée de l'écart salarial dans le secteur figurent la normalisation des conditions de travail entre les femmes et les hommes en ce qui concerne les contrats (par exemple, l'octroi de contrats à durée indéterminée), la formalisation des emplois informels et la promotion des conventions collectives en matière de salaires. Enfin, il nous faut promouvoir la transparence des rémunérations, établir des instruments juridiques permettant de lutter contre la discrimination salariale, changer les normes culturelles en matière de genre et lutter contre les stéréotypes – autant de mesures efficaces pour réduire la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins.

L'apparition de la COVID-19 au cours du premier trimestre 2020 a mis en évidence l'importance de disposer de systèmes nationaux de santé et de soins résistants et capables de faire face à la pandémie actuelle de COVID-19 et aux possibles crises futures. Les personnels de santé et d'aide à la personne, dont la majorité sont des femmes, sont la pierre angulaire du secteur de la santé et des soins. C'est pourquoi, pour obtenir des systèmes de santé et de soins résistants et solides, il est nécessaire de garantir des conditions de travail décentes, notamment des salaires décents alignés sur les risques pris par ces personnels et la valeur incomparable que leurs emplois apportent à nos sociétés. Les

risques que prennent au quotidien les personnels de santé et d'aide à la personne sont cruellement mis en évidence par les statistiques en matière de COVID-19 : selon les estimations, environ 12,5 % des infections au SARS-CoV-2 enregistrées entre mars et juillet 2020 se sont produites parmi les personnels de santé et d'aide à la personne, et les décès d'agents de santé se situeraient entre 80 000 et 180 000 à l'échelle mondiale (OMS, 2021). Qu'ils aient été infectés directement ou non, les pressions et risques sans précédent que la pandémie a fait peser sur les personnels de santé auront vraisemblablement des effets à long terme sur leur santé physique et mentale (OIT, 2020e).

Compte tenu des contributions précieuses des personnels de santé et d'aide à la personne à nos sociétés, comment se fait-il que les salaires des travailleurs du secteur soient, en règle générale, inférieurs aux moyennes nationales ? D'après une étude de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound, 2011), en Europe, les salaires des travailleurs du secteur de la santé et des soins sont inférieurs à la moyenne des travailleurs des autres secteurs, et ce, en raison de la combinaison de deux facteurs : premièrement, les travailleurs non ou peu qualifiés du secteur de la santé et des soins touchent souvent le salaire minimum ou le niveau collectivement convenu de base, tandis que les travailleurs hautement qualifiés du secteur touchent un salaire inférieur à la moyenne de leur pays pour un niveau de qualification équivalent. Ce dernier fait est corroboré par les données empiriques figurant dans le chapitre 5, non seulement en ce qui concerne l'Europe, mais dans toutes les régions et tous les pays pour lesquels nous disposons de données. En outre, le rapport d'Eurofound souligne l'incidence élevée de contrats précaires, d'heures de travail irrégulières, de perspectives professionnelles limitées, ainsi que plusieurs disparités de genre dans le secteur de la santé et des soins. La combinaison de ces facteurs contribue aux difficultés de recrutement de travailleurs dans le secteur, en particulier en ce qui concerne les hommes, et à leur rétention, en particulier en ce qui concerne les femmes qualifiées, qui ont du mal à concilier les exigences du secteur avec la vie familiale (Pillinger, 2010). Tout cela, associé au degré significatif de ségrégation professionnelle fondée sur le genre dans le secteur, contribue à la persistance de l'écart salarial femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins. Qui plus est, le haut degré de féminisation du secteur, ainsi que les salaires moyens inférieurs à ceux offerts dans les autres secteurs, font également perdurer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au niveau des pays.

L'interaction complexe de facteurs à l'origine de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, ainsi que le fait que chaque pays a ses propres caractéristiques en termes de mixité et de marché du travail, signifient que les pays doivent adopter des politiques et mesures adaptées à leur contexte en vue de réduire cet écart. Néanmoins, les constats empiriques exposés dans le présent rapport fournissent des pistes sur les approches possibles pour resserrer l'écart salarial femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins.

8.1 Considérations politiques

1. Données ciblées et ventilées par sexe sur les salaires dans le secteur de la santé et des soins

Le présent rapport fournit des données empiriques sur les salaires des femmes et des hommes dans le secteur de la santé et des soins de 54 pays. Bien que ces estimations ne puissent représenter avec une entière certitude la totalité des personnels de santé du monde, elles offrent des preuves solides de ce que les écarts salariaux femmes-hommes constituent un problème structurel dans le secteur de la santé et des soins – qui requiert notre attention et notre intervention. Qu'un pays figure ou non parmi les 54 pays examinés ici, **l'utilité des bases factuelles passées en revue dans le présent rapport devrait démontrer aux décideurs dans les pays qu'ils doivent collecter et analyser les données sur les salaires propres au secteur.** Suivant le contexte national, il n'est peut-être pas nécessaire de collecter les données aussi fréquemment que pour l'enquête sur la population active, toutefois, les données pertinentes doivent être rassemblées à une fréquence suffisante pour permettre d'évaluer en temps opportun les conditions de travail des femmes et des hommes du secteur de la santé et des soins, et notamment surveiller les écarts salariaux femmes-hommes.

Deux raisons justifient la nécessité d'obtenir des données propres au secteur, telles que les données figurant dans les comptes nationaux des personnels de santé, sur les conditions de travail des personnels de santé et d'aide à la personne. Premièrement, les données d'enquête qui couvrent tous les secteurs économiques, par exemple les données des enquêtes utilisées dans le présent rapport, ne peuvent refléter les particularités des conditions de travail et de la dynamique entre les genres dans le secteur de la santé et des soins, notamment les facteurs pouvant s'avérer cruciaux dans la détermination des différences de rémunération entre hommes et femmes. Par exemple, une enquête réalisée en Autriche auprès d'un millier de personnels de santé a révélé que les niveaux élevés de satisfaction intrinsèque et de motivation altruiste les incitaient à rester dans le secteur, en dépit du fait qu'un cinquième des répondants se disaient exténués émotionnellement et physiquement et au bord de l'épuisement professionnel, ce qui expliquait le degré significatif de taux de rotation du personnel dans le secteur (Krenn, 2010). De tels résultats en matière d'attitude et de comportement pourraient expliquer les différentes représentations des femmes et des hommes dans le secteur de la santé, et fournir des informations

sur la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes abordée dans les chapitres 4 et 5. La deuxième raison pour laquelle les enquêtes spécifiques sont importantes pour le secteur de la santé et des soins est que les enquêtes nationales généralisées, bien que représentatives, sont souvent de petite envergure. Lorsque l'on sélectionne le secteur de la santé et des soins, la taille de l'échantillon restant (en particulier en ce qui concerne les hommes) peut s'avérer insuffisante pour établir des estimations statistiquement valables. Ce fut notamment le cas pour certaines des estimations figurant dans le présent rapport, en particulier lorsqu'elles divisent la population de l'enquête en déciles.

Une autre raison pour laquelle la collecte périodique de données sur le secteur de la santé et des soins serait bénéfique pour le secteur et la société est que ce secteur est l'un de ceux qui connaissent la croissance la plus rapide dans le monde. Compte tenu du vieillissement de la population, en particulier dans l'hémisphère Nord, la demande de travailleurs de toutes les catégories professionnelles du secteur augmentera de manière significative dans un avenir proche (Buchan et al., 2017). Agir face aux conditions de travail et aux pénuries de personnels au moyen de données empiriques ciblées – en particulier pour évaluer les inégalités de genre, notamment en matière de salaires – pourrait contribuer à rendre le secteur plus attrayant et à réduire la rotation de personnels, et donc à augmenter le rendement des investissements consentis par le secteur dans ses travailleurs. Cela favoriserait indubitablement le renforcement du secteur de la santé et des soins dans l'ensemble des pays.

2. Emplois décents dans le secteur de la santé et des soins

Comme indiqué précédemment, la demande croissante de services de santé et d'aide à la personne est en partie alimentée par le vieillissement de la population dans les pays à revenu élevé. Par ailleurs, le potentiel d'augmentation de l'offre de services dans ce domaine dans les pays où les besoins existants sont les plus importants est significatif. Les opportunités ne manquent pas dans le secteur, notamment en termes de création d'emplois formels, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où l'investissement dans le secteur de la santé et des soins est à ce jour relativement faible (Stenberg et al., 2019).

En fait, on estime qu'il y a actuellement un déficit de 15 millions de personnels de santé qui, selon les tendances actuelles, devrait être de 10 millions de personnes en 2030 (Boniol et al., 2022). Les

données empiriques présentées ici montrent que le secteur de la santé et des soins est un secteur hautement féminisé, dans lequel l'écart salarial femmes-hommes est clairement marqué par la ségrégation professionnelle. Et si les femmes semblent porter une part disproportionnée du fardeau de la détérioration des conditions de travail – d'où l'ampleur de la part expliquée de l'écart salarial femmes-hommes abordée dans le chapitre 5 –, la rémunération inférieure à la moyenne dans le secteur et les conditions de travail difficiles et stressantes réduisent également l'attrait du secteur aux yeux des hommes. Le rapport montre par ailleurs que les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé et des soins ressentent potentiellement les effets de l'écart salarial lié à la maternité, qui exacerbe le problème de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée pour une part importante des travailleurs du secteur.

Ces pénuries, qui se font sentir de manière aiguë dans le secteur de la santé et des soins, mettent en évidence les contributions importantes que pourraient apporter différents types d'investissement dans le secteur et dans l'économie en général. Il s'agirait notamment de favoriser et de protéger les droits et mécanismes de négociation collective, de subventionner l'enseignement et la formation, ainsi que les salaires, dans le secteur, de remédier aux mauvaises conditions de travail et d'instaurer un dialogue social sur les questions liées au genre et les droits des travailleurs. De tels investissements pourraient contribuer à surmonter certains des défis auxquels le secteur est confronté, de manière à le rendre plus attractif pour les générations actuelles et futures de travailleurs.

3. Dialogue social

Durant la pandémie de COVID-19, on a recensé de nombreuses protestations et grèves des travailleurs, ainsi que d'autres mouvements sociaux émergents. Certains d'entre eux montrent que la négociation collective peut améliorer les conditions de travail et rendre le secteur de la santé et des soins bien plus attrayant pour ses travailleurs. Prenons l'exemple de la Belgique, où le ministère fédéral des Affaires sociales et de la Santé a lancé des consultations avec la société civile et d'autres partenaires entre 2008 et 2011, lesquelles ont débouché sur un plan comportant quatre domaines d'action visant à rendre le secteur de l'infirmierie plus attrayant aux yeux des femmes et des hommes. Le plan visait à alléger la charge de travail, à offrir davantage d'opportunités de perfectionnement professionnel et de participation à des initiatives d'apprentissage

tout au long de la vie, à améliorer la rémunération, notamment en augmentant la rémunération des horaires de travail atypiques, et à mener une campagne publique destinée à améliorer le profil des carrières dans l'infirmierie.

En Europe, les partenaires sociaux dans le secteur de la santé et des soins, notamment la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) et l'Association européenne des employeurs hospitaliers et de santé (HOSPEEM), ont accordé la priorité à certains des problèmes mentionnés ci-devant, établissant des programmes de travail dans lesquels ils s'engagent à promouvoir l'application des principes d'égalité et de la législation dans ce domaine, à améliorer les pratiques de recrutement et de rétention, notamment dans le but de réduire les inégalités de genre dans le secteur hospitalier, à remédier à l'inadéquation des compétences et promouvoir la mise à jour régulière de celles-ci, à continuer d'examiner en quoi l'organisation des systèmes de santé influence les conditions de travail dans le secteur hospitalier, à étudier des manières d'améliorer les mesures relatives à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et à intégrer les travailleurs migrants dans les personnels⁶³.

D'une manière générale, le dialogue social, la syndicalisation et la couverture des conventions collectives sont plus intenses dans le secteur de la santé et des soins que dans les autres secteurs. Cela tient principalement à l'incidence élevée de l'emploi public dans ce secteur. Depuis quelque temps, le secteur privé jouant un rôle grandissant dans la fourniture de services de santé et de soins, notamment dans un contexte de recours accru aux pratiques d'externalisation dans le secteur, le dialogue social pour remédier aux déficits dans le secteur, notamment aux inégalités de genre, est devenu plus important que jamais (Dube et Kaplan, 2010).

De plus, au-delà d'avoir mis en lumière les risques inhérents au travail dans le secteur de la santé et des soins, la pandémie de COVID-19 a également révélé les dangers que représente pour les travailleurs le fait d'appartenir à un secteur considéré « stratégique ». Tandis que le secteur de la santé et des soins s'adaptait pour faire face à la pandémie, les acquis obtenus grâce au dialogue social et aux conventions collectives ont été supplantés par l'apparente urgence de la situation. Ce fut le cas, notamment, dans la

province canadienne de l'Ontario, en mars 2020. Le gouvernement provincial a annoncé la suspension des limitations relatives au redéploiement de personnels établies dans les conventions collectives afin de pourvoir aux postes essentiels dans la lutte contre la COVID-19 et de garantir la pleine disponibilité des ressources et services de santé affectés à la lutte contre la propagation de la COVID-19⁶⁴.

4. S'attaquer à la partie expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes en élargissant l'accès à l'enseignement, en favorisant l'expérience et en réduisant la ségrégation professionnelle

La décomposition de l'écart salarial femmes-hommes dans le secteur de la santé et des soins à laquelle nous avons procédé dans le présent rapport montre qu'une partie de cet écart peut être expliquée par les différences entre femmes et hommes en matière d'attributs professionnels, avec une emphase particulière sur la ségrégation professionnelle, l'ancienneté et le fait que les femmes sont plus susceptibles d'être confrontées à des conditions de travail défavorables, en ce sens qu'elles sont plus susceptibles de travailler à temps partiel ou dans le secteur privé au bas de la répartition des salaires. L'âge, en particulier, semble être un facteur significatif. Le chapitre 5 montre comment, à partir des pays pour lesquels nous disposons de données, nous pouvons attribuer 7 % de l'écart salarial femmes-hommes à la plus grande ancienneté des hommes (autrement dit à leur plus grand âge) par rapport aux femmes. Les travailleurs plus âgés, quel que soit leur sexe, sont payés davantage que les travailleurs plus jeunes dans le secteur de la santé et des soins, et au sein des quantiles, il semble que les hommes tendent à être plus âgés que les femmes dans la plupart des pays.

Par ailleurs, dans le secteur de la santé et des soins, les emplois mieux rémunérés sont directement liés aux carrières STIM, dans lesquelles les femmes sont moins susceptibles d'être représentées (OCDE, 2019 ; Stoet et Geary, 2018). Les bases factuelles présentées dans le chapitre 5 suggèrent que l'écart générationnel entre hommes et femmes dans les carrières STIM se resserre dans le secteur de la santé et des soins. Dans les déciles inférieurs de la répartition des salaires, les femmes et les hommes sont plus jeunes, toutefois il semble également y avoir un

⁶³ Voir, par exemple, les programmes et initiatives conçus pour renforcer le dialogue social dans le secteur hospitalier mis en œuvre en Europe orientale, méridionale et centrale au cours de la période 2019–2021 ([HOSPEEM-EPSU Project 2019-2021 on Strengthening social dialogue in the hospital sector - HOSPEEM](#)).

⁶⁴ [L'Ontario prend des mesures extraordinaires pour s'assurer que les ressources de la santé sont disponibles pour contenir la propagation de la COVID-19 | Salle de presse de l'Ontario ; New Developments in Ontario Health Care due to COVID-19 \(torikinmanes.com\)](#).

pourcentage plus élevé de femmes, par rapport aux hommes, dans les catégories professionnelles plus élevées. Autrement dit, les jeunes médecins, qui se situent dans des déciles inférieurs par rapport aux médecins plus âgés, sont plus susceptibles d'être des femmes que des hommes. Ce constat semble valoir dans l'ensemble des pays et des régions, à l'exception de quelques pays où les femmes sont globalement sous-représentées dans l'emploi salarié.

À terme, ces jeunes femmes qui participent actuellement au marché du travail devraient accumuler de l'ancienneté et atteindre des niveaux de rémunération plus élevés et égaux à ceux des hommes. Cette évolution peut être favorisée en mettant en œuvre des politiques qui promeuvent l'égalité des genres en termes d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Dans tous les secteurs, mais en particulier dans celui de la santé et des soins, il est également important de continuer à sensibiliser les jeunes filles et femmes aux carrières dans les disciplines STIM en organisant des foires à l'emploi dans ces domaines et en investissant dans des programmes STIM ciblant les femmes et les filles, notamment par la promotion des stages et de l'orientation professionnelle dans ces domaines (G20, 2018).

Le chapitre 5 a montré qu'outre la profession et l'ancienneté, dans plusieurs pays, au regard des femmes, les hommes ont davantage de caractéristiques mieux rémunérées sur le marché du travail dans le secteur de la santé et des soins, au sein des quantiles. Il s'agit notamment de facteurs tels que le travail à plein temps par opposition au temps partiel, le fait de bénéficier d'un contrat à durée indéterminée plutôt que d'un contrat à durée déterminée, le fait d'être un ressortissant du pays plutôt qu'un migrant (pour l'Amérique latine, la Suisse et les États-Unis), le fait d'être blanc plutôt que d'une autre race (aux États-Unis), le fait de travailler dans une entreprise qui applique une convention collective en matière de salaires (pour les pays d'Europe, à l'exception de la Suisse et de la Turquie, où cette variable n'est pas observée), ou le fait de posséder un emploi formel par opposition à un emploi salarié dans l'économie informelle (dans les pays d'Afrique, d'Amérique latine, d'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, à l'exception de l'Australie où l'indicateur « formel » n'est pas identifié).

Exception faite du statut migratoire et de la race, tous ces autres facteurs reflètent les conditions de travail sur le marché du travail. Le fait que ces « autres facteurs » créent un avantage salarial pour les hommes montre que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'occuper

des postes comportant davantage de déficits en termes de conditions de travail, or ces emplois sont associés à une moindre rémunération moyenne et horaire. Dans le cas de l'Europe, par exemple, les estimations du chapitre 5 montrent qu'ensemble, tous ces facteurs expliquent une part effarante égale à 13 % de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins. Dans une large mesure, les conditions de travail défavorables associées à la moindre rémunération des femmes par rapport aux hommes sont également associées à la ségrégation professionnelle. Par exemple, comme illustré dans le chapitre 4, le travail à temps partiel dans le secteur privé est bien plus prévalent dans les professions techniques liées à la santé (notamment l'obstétrique et l'infirmier, où les femmes dominent).

Il ne fait pas de doute qu'il est nécessaire de réduire la ségrégation professionnelle. Une stratégie possible à cet effet consiste à attirer davantage d'hommes dans les catégories professionnelles intermédiaires du secteur de la santé et des soins. Pour ce faire, il est clair qu'il faut commencer par améliorer les conditions de travail (globales) de tous les personnels de santé et d'aide à la personne, notamment les salaires des femmes et des hommes dans les emplois considérés comme techniques et semi-qualifiés dans le secteur. Cependant, si certaines données factuelles indiquent qu'un nombre grandissant d'hommes travaillent dans l'infirmier, plusieurs articles publiés au cours des cinq dernières années montrent qu'à mesure que leur incidence augmente dans l'infirmier, l'écart salarial entre les personnels infirmiers masculins et féminins commence à se creuser (Punshon et al., 2019).

5. S'attaquer à la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes en contrant la sous-valorisation des secteurs hautement féminisés et en améliorant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée afin de parvenir à la parité des genres au travail

Malgré le fait qu'une partie de l'écart salarial femmes-hommes peut être attribuée à des différences en matière d'âge, de ségrégation professionnelle et de conditions de travail des femmes vis-à-vis des hommes, les estimations figurant dans les chapitres 4 et 5 montrent que dans le secteur de la santé et des soins, tout comme dans le reste de l'économie (voir OIT, 2018a), une part prépondérante de l'écart salarial demeure inexpliquée. Cela signifie que les femmes obtiennent un rendement inférieur à celui des hommes qui ont une combinaison d'attributs similaire. En regroupant les 54 pays pour lesquels

nous disposons de données permettant d'élaborer la meilleure approximation d'un chiffre mondial, nous constatons que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes disparaîtrait presque complètement si la partie inexpliquée était éliminée. À l'échelle mondiale, l'écart salarial femmes-hommes passerait d'environ 25 % à moins de 5 %. La part inexpliquée varie d'une région à l'autre, d'environ 13 % en Europe à 43 % approximativement dans les Amériques.

La part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes identifiée au niveau des pays peut, en partie, être expliquée par le fait que les salaires moyens sont généralement plus bas dans les secteurs hautement féminisés, de sorte que la concentration de femmes dans les secteurs peu rémunérés augmente la rémunération moyenne parmi les femmes et au sein de la population. Cela englobe la contribution des secteurs hautement féminisés à l'écart salarial global (inexpliqué) entre hommes et femmes (Grimshaw et Rubery, 2015:vi). Cet argument perd légèrement de sa force lorsque l'on compare les salaires des femmes et des hommes « au sein » d'un secteur. Il devient alors clair que les femmes occupent des catégories professionnelles inférieures et des emplois moins bien rémunérés dans le secteur en raison de leurs caractéristiques. Mais à quoi pourrait tenir la part inexpliquée ?

D'une part, la littérature attribue une partie de la composante inexpliquée à la « discrimination » à l'égard des femmes par rapport aux hommes. Une telle discrimination existe lorsque les femmes touchent moins que les hommes pour le même travail ou un travail de valeur égale. Il peut y avoir discrimination salariale directe lorsque deux emplois concernent les mêmes fonctions, mais sont désignés différemment, par exemple « chef » pour les hommes par opposition à « cuisinière » pour les femmes. En revanche, il y a discrimination salariale indirecte lorsque les femmes sont payées moins que les hommes pour un travail de valeur égale – c'est-à-dire que le travail peut être différent en ce qui concerne les tâches et responsabilités, les connaissances et les compétences requises, l'effort qu'il implique ou les conditions dans lesquelles il est exécuté, mais néanmoins de valeur égale. Les principes d'égalité de rémunération et d'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale sont entérinés dans la Convention sur l'égalité de rémunération de 1951 (Convention n° 100). Or, ces principes sont supposément largement acceptés : la Convention n° 100 est l'une des conventions sur le travail ratifiées par le plus grand nombre de pays, 173 des 189 États membres de l'OIT l'ayant signée en 2021.

On peut lutter efficacement contre la discrimination salariale, directe ou indirecte, au moyen d'instruments politiques favorisant la transparence en matière de salaires, conjointement à l'application d'un cadre juridique établissant des sanctions contraignantes contre les auteurs de discrimination salariale au travail. De nombreux pays mettent en œuvre une législation nationale qui interdit de moins rémunérer un travail égal ou de valeur égale. Cependant, si la plupart des pays ont légiféré contre la discrimination fondée sur le genre en matière de rémunération, 40 % seulement d'entre eux ont intégré le principe absolu de l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale évoqué dans la Convention n° 100. Ils sont nombreux à suivre le principe plus restrictif de l'égalité de rémunération pour un travail égal (Groupe de la Banque mondiale, 2018 ; Oelz et al., 2013).

Quoi qu'il en soit – que l'on applique le principe absolu de l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale ou que l'on s'en tienne à l'égalité de rémunération pour un travail égal –, la mise en œuvre efficace du cadre juridique requiert la transparence salariale concernant les hommes et les femmes au travail. Par exemple, depuis début 2018, l'Allemagne exige que les entreprises comptant 200 salariés ou plus divulguent les salaires de leurs employés si au moins un d'entre eux en fait la demande. De tels instruments, récemment mis en œuvre notamment en France, en Islande, en Allemagne, au Canada, en Espagne et au Royaume-Uni, permettent la symétrie de l'information entre travailleurs et employeurs. Cela fournit les informations nécessaires pour permettre l'application efficace du cadre juridique de chaque pays.

Les audits en matière d'égalité de rémunération dans les entreprises sont un autre moyen important permettant de réduire la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, notamment dans le secteur de la santé et des soins. En Suisse, par exemple, les entreprises de 50 employés ou davantage qui souhaitent participer à des appels d'offres publics sont tenues de réaliser un audit en matière d'égalité de rémunération et de démontrer que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est inférieur à 5 %. Pour encourager les employeurs à respecter la loi, le Bureau fédéral suisse de l'égalité entre femmes et hommes a mis au point un outil d'autoévaluation disponible gratuitement en ligne (Logib) (OIT, 2018a :78). Ce bureau a également conçu un outil permettant aux entreprises comptant moins de 50 salariés de procéder à des audits internes similaires

(facultatifs) en matière d'égalité de rémunération. En définitive, ces lois volontaristes, et les outils qui en facilitent la mise en œuvre, permettent aussi bien aux employeurs qu'aux employés d'obtenir des informations qui ne sont pas forcément évidentes à première vue.

En somme, la transparence et les instruments juridiques permettant de lutter contre la discrimination salariale peuvent s'avérer des outils efficaces pour réduire la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes. Cela est particulièrement vrai pour le secteur de la santé et des soins, où prévalent les moyennes et grandes entreprises. Dans la plupart des pays qui appliquent des outils de transparence ou exigent des audits en matière d'égalité de rémunération, la taille de l'entreprise est un critère d'application de la loi. D'autre part, comme souligné ailleurs dans le rapport, une des principales caractéristiques du secteur de la santé et des soins ces dernières années est le recours croissant à l'externalisation, en particulier au niveau des professions semi-qualifiées et peu qualifiées, où les femmes sont plus susceptibles d'être prédominantes. Lorsqu'il y a externalisation, le lieu de travail proprement dit n'est plus nécessairement responsable de la discrimination salariale entre les femmes et les hommes qui font partie de l'entreprise et celles et ceux qui sont recrutés auprès d'un tiers. De ce fait, l'externalisation peut miner les efforts visant à réduire, au moyen des lois sur la transparence et des cadres juridiques associés, les écarts salariaux dans le secteur de la santé et des soins (ou dans tout autre secteur où l'externalisation concerne un nombre significatif de salariés). Cela étant dit, il est également vrai que dans un grand nombre de pays, le secteur public demeure le premier employeur dans le secteur de la santé et des soins, comme illustré dans le chapitre 4. Le secteur public, et les partenariats public-privé, qui gagnent en importance dans les services de santé et d'aide à la personne, devraient être des exemples représentatifs de l'application des lois sur la transparence et des audits en matière d'égalité de rémunération au niveau des pays.

S'il est vrai que les lois et les instruments juridiques en matière de transparence peuvent contribuer à réduire la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, la réalité est que la composante inexpliquée est souvent le résultat direct de normes culturelles et de stéréotypes profondément enracinés dans les sociétés. De plus, l'équilibre entre le travail rémunéré et la vie familiale place souvent les femmes dans une situation désavantageuse par rapport aux hommes. Le chapitre 5 a montré que dans tous les pays pour lesquels nous disposons

de données, l'écart salarial femmes-hommes se creuse à l'âge d'élever des enfants (30-35 ans), tandis que la proportion du travail à temps plein diminue autour de cet âge pour les femmes, mais pas pour les hommes. Il ne serait pas surprenant de constater que davantage de travailleuses que de travailleurs (les deux sexes ayant des responsabilités familiales) ont du mal à faire face aux exigences imposées par le secteur. Ainsi, une étude récente réalisée en Inde parmi le personnel infirmier a constaté que les personnes qui ont des enfants et des responsabilités familiales éprouvaient sensiblement plus de difficultés à assurer de manière régulière des quarts de travail du matin, du soir et de nuit, ce qui entraînait une détérioration significative sur leur santé (Ghousinnisa et Subba Reddy, 2016).

De toute évidence, la propension accrue des femmes, par rapport aux hommes, à interrompre leur carrière dans les secteurs hautement professionnels, comme l'est le secteur de la santé, risque d'avoir un effet négatif significatif sur leur avancement professionnel. Dans de telles circonstances, quelles mesures peuvent contribuer à éliminer la part inexpliquée de l'écart salarial associée à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, y compris l'effet possible de l'écart salarial lié à la maternité dans le secteur de la santé et des soins ? Pour commencer, nous devons mettre en œuvre des politiques qui contribuent à équilibrer la valeur des femmes et des hommes sur le marché du travail, comme le congé de paternité obligatoire. La présence de gardes d'enfants sur le lieu de travail et l'augmentation des ressources du secteur public en matière de soins des personnes à charge en général sont d'autres mesures possibles. Enfin, étant donné que le secteur de la santé et des soins requiert un perfectionnement constant des compétences, il est nécessaire d'offrir des formations spécifiques permettant aux femmes de mettre à jour les compétences devenues obsolètes pendant leur absence (par exemple après un congé de maternité ou une absence pour s'occuper d'enfants ou d'autres personnes à charge). De telles mesures constituent une stratégie politique et d'investissement claire.

6. Élargissement de l'emploi formel dans les pays où l'informalité est largement répandue dans la population active

Un autre constat du présent rapport est qu'en Amérique latine et en Asie du Sud-Est, une proportion significative des travailleurs du secteur de la santé et des soins relève de l'emploi informel (bien que cette proportion soit inférieure à la moyenne parmi les salariés de l'ensemble de l'économie des pays concernés). Ainsi, le rapport

montre qu'en Colombie, au Mexique et au Pérou, la proportion de salariés ayant un emploi informel dans l'ensemble de l'économie est estimée à 36 %, 45 % et 44 % respectivement, tandis que dans le secteur de la santé et des soins de ces pays, elle n'est que de 9 %, 20 % et 18 % respectivement. Quoi qu'il en soit, l'expansion mondiale attendue de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins se produira inévitablement aussi dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Par conséquent, au cours des prochaines années, le secteur de la santé et des soins devrait croître dans les pays où l'emploi informel est élevé et où l'emploi salarié formel demeure relativement limité à l'heure actuelle.

Dans cette optique, les décideurs et les institutions de ces pays, y compris le secteur public, devraient saisir l'occasion de l'expansion attendue du secteur pour mettre en place des mesures promouvant la formalisation de l'économie informelle. Cela ouvrirait aux femmes et aux hommes, et en particulier aux jeunes, la voie vers un emploi salarié formel durable. En juin 2015, la Conférence internationale du Travail a adopté une nouvelle recommandation (R204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle (OIT, 2015). Adoptée la même année que le Programme de développement durable à l'horizon 2030 de l'ONU, la Recommandation n° 204 est un outil fondamental pour la réalisation de l'objectif de développement durable n° 8, qui vise à promouvoir une croissance économique équitable, soutenue, inclusive et durable, assortie d'un plein emploi productif et de la possibilité de travail décent pour tous (ONU, 2015 : objectif 8.1). La Recommandation n° 204 appelle à la cohérence et à la coordination dans un large éventail de domaines politiques, ainsi qu'à une approche équilibrée combinant mesures d'incitation et conformité. Un des domaines politiques axés sur la facilitation de la transition des travailleurs de l'économie informelle vers l'économie formelle concerne les compétences technologiques, qui sont un aspect essentiel de la croissance du secteur de la santé et des soins. Nous recommandons de commencer à s'attaquer à ces questions en procédant à des évaluations détaillées des besoins du secteur en termes de compétences technologiques et autres dans un avenir proche. Cela fournira les bases factuelles nécessaires pour élaborer des plans nationaux en vue de poursuivre la formalisation de l'économie informelle.

8.2 Vers un emploi plus réceptif aux considérations de genre dans le secteur de la santé et des soins

La pandémie de COVID-19 nous a fait prendre conscience de ce que chaque pays a besoin d'un système de santé et de soins sain et solide. À mesure que nous laisserons la pandémie derrière nous au cours des mois et années à venir, le travail dans le domaine de la santé et des soins aura gagné en importance dans le programme politique de la plupart des pays. De fait, l'OMS a désigné 2021 Année internationale des personnels de santé et d'aide à la personne, pour marquer notre reconnaissance et notre gratitude envers leur dévouement indéfectible dans la lutte contre la pandémie de COVID-19⁶⁵. Cette campagne de l'OMS vise à attirer l'attention sur le fait qu'il est urgent d'investir en faveur des personnels de santé et d'aide à la personne pour « en retirer des dividendes communs dans les domaines de la santé, de l'emploi, des opportunités économiques et de l'équité ». Un des piliers de la campagne vise à « dialoguer avec les États Membres et toutes les parties prenantes sur un pacte visant à protéger les droits des personnels de santé et d'aide à la personne, à leur assurer un travail décent et de bonnes conditions de pratique ».

Ces efforts sont plus cruciaux que jamais, d'autant qu'il est également admis que l'investissement dans la santé est l'un des piliers essentiels de la lutte contre la pauvreté dans le monde (OCDE, 2003). On estime que la COVID-19 fera basculer 88 à 115 millions de personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté (Groupe de la Banque mondiale, 2020), sapant les perspectives de réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de l'ONU.

Tandis que se poursuit le dialogue sur le pacte pour les personnels de santé et d'aide à la personne au niveau des pays, sur la réduction de la pauvreté dans le monde et les initiatives de développement durable, nous recommandons que les décideurs placent les considérations liées à l'équité de genre au cœur de leurs interventions dans le secteur de la santé et des soins. Comme il ressort du présent rapport, la promotion de l'équité salariale femmes-hommes peut jouer un rôle central dans l'amélioration des résultats globaux du secteur de la santé et des soins.

⁶⁵ Voir [Année des personnels de santé et d'aide à la personne 2021 \(who.int\)](https://www.who.int/news/item/11-06-2020-who-declares-2021-international-year-of-personal-care)

Sources de données nationales

Pays	Région de l'OIT	Région de l'OMS	Dernière année	Type de données	Source de données
Afrique du Sud	Afrique	Afrique	2015	Enquête sur la population active	ONS – Statistics South Africa
Albanie	Europe et Asie centrale	Europe	2013	Enquête sur la population active	Instituti i Statistikave Albania (INSTAT)
Argentine	Amériques	Amériques	2018	Encuesta Permanente de Hogares	ONS – dernières données du répertoire de l'OIT ou du SIALC
Australie	Asie et Pacifique	Pacifique occidental	2017	Enquête sur les ménages, les revenus et la dynamique du marché du travail en Australie (HILDA)	Institut des statistiques de Melbourne, Université de Melbourne
Bangladesh	Asie et Pacifique	Asie du Sud-Est	2017	Enquête sur la population active	Bureau des statistiques du Bangladesh
Belgique	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Bolivie (État plurinational de)	Amériques	Amériques	2018	Encuesta de Hogares	ONS – dernières données du répertoire de l'OIT ou du SIALC
Brésil	Amériques	Amériques	2018	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)	ONS – dernières données du répertoire de l'OIT ou du SIALC
Bulgarie	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Canada	Amériques	Amériques	2020	Enquête nationale sur la population active	ONS – données du répertoire de l'OIT
Chili	Amériques	Amériques	2017	Encuesta Nacional de Empleo	ONS – dernières données du répertoire de l'OIT ou du SIALC
Chypre	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Colombie	Amériques	Amériques	2018	Gran Encuesta Integrada Hogares (GEIH)	
Costa Rica	Amériques	Amériques	2018	Encuesta Continua de Empleo	ONS – dernières données du répertoire de l'OIT ou du SIALC
Égypte	Afrique	Méditerranée orientale	2018	Enquête panel sur le marché du travail de l'Égypte	Forum de recherche économique ; Agence centrale pour la mobilisation publique et les statistiques, Égypte
Équateur	Amériques	Amériques	2018	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo	ONS – dernières données du répertoire de l'OIT ou du SIALC
Espagne	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Estonie	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat

Pays	Région de l'OIT	Région de l'OMS	Dernière année	Type de données	Source de données
États-Unis	Amériques	Amériques	2020	Enquête sur la population active	Bureau des statistiques du travail
Finlande	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
France	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Hongrie	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Italie	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Jordanie	États arabes	Méditerranée orientale	2014	Enquête sur la population active	ONS – dernières données disponibles dans le répertoire de l'OIT
Lettonie	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Lituanie	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Luxembourg	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Malawi	Afrique	Afrique	2017	Enquête sur la population active	Office national de statistique du Malawi ; Ministère du Travail
Malte	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Mexique	Amériques	Amériques	2020	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo	Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía de México (INEGI)
Mongolie	Asie et Pacifique	Pacifique occidental	2016	Enquête sur la population active	Office national des statistiques de Mongolie
Népal	Asie et Pacifique	Asie du Sud-Est	2017	Enquête sur la population active	Bureau central des statistiques
Niger	Afrique	Afrique	2019	Enquête nationale sur les conditions de vie des ménages et l'agriculture	ONS – dernières données du répertoire de l'OIT
Norvège	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Pakistan	Asie et Pacifique	Méditerranée orientale	2018	Enquête sur la population active	Bureau des statistiques du Pakistan
Pays-Bas	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Pérou	Amériques	Amériques	2018	Encuesta Permanente de Empleo	ONS – dernières données du répertoire de l'OIT ou du SIALC
Philippines	Asie et Pacifique	Pacifique occidental	2018	Enquête sur la population active	Autorité philippine des statistiques
Pologne	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Portugal	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat

Pays	Région de l'OIT	Région de l'OMS	Dernière année	Type de données	Source de données
République dominicaine	Amériques	Amériques	2018	Encuesta Continua de Fuerza de Trabajo (ENCFT)	ONS – dernières données du répertoire de l'OIT ou du SIALC
République tchèque	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Roumanie	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Royaume-Uni	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Slovaquie	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Slovénie	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Sri Lanka	Asie et Pacifique	Asie du Sud-Est	2016	Enquête sur la population active	Département du recensement et des statistiques, Sri Lanka
Suède	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête sur la structure des salaires	Eurostat
Suisse	Europe et Asie centrale	Europe	2018	Enquête panel suisse des ménages	Office fédéral suisse de la statistique
Tanzanie (République-Unie de)	Afrique	Afrique	2014	Enquête intégrée sur la population active	Bureau national des statistiques
Thaïlande	Asie et Pacifique	Asie du Sud-Est	2018	Enquête sur la population active	Office national de statistique de Thaïlande (ONS) – Gouvernement de Thaïlande
Turquie	Europe et Asie centrale	Europe	2017	Enquête turque sur la population active	Institut turc de statistique
Uruguay	Amériques	Amériques	2019	Encuesta Continua de Hogares	ONS – dernières données du répertoire de l'OIT ou du SIALC
Viet Nam	Asie et Pacifique	Pacifique occidental	2018	Enquête sur le travail et l'emploi	Office général des statistiques du Viet Nam ; Ministère de la Planification et de l'Investissement du Viet Nam

Remarques : ONS – Office national des statistiques ; SIALC – Sistema de Información y Análisis Laboral de América Latina y el Caribe.

Méthodologie de décomposition de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et des soins

Dans le présent rapport, nous appliquons les méthodes d'appariement par score de propension en combinaison avec la méthode de régression de quantiles inconditionnels (Fortin et al., 2011) pour identifier, mesurer et décomposer les parts expliquée et inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes. Pays par pays, la décomposition comporte trois étapes :

- La première étape sert à estimer une répartition contrefactuelle des salaires pour les femmes, c'est-à-dire la répartition des salaires qui caractériserait les femmes si elles obtenaient le même rendement que les hommes pour leurs caractéristiques professionnelles ;
- La deuxième étape consiste à utiliser la répartition contrefactuelle des salaires pour distinguer les parts expliquée et inexpliquée de l'écart salarial femmes-hommes à chaque quantile de la répartition des salaires (en l'occurrence, la répartition des salaires horaires pour chaque pays pour lequel nous disposons de données) ;
- La troisième étape consiste à appliquer la régression de quantiles inconditionnels pour estimer la contribution de chaque variable dans la détermination de l'écart salarial femmes-hommes dans les différents déciles.

Nous décrivons à la suite la méthode de régression de quantiles inconditionnels, étape par étape, appliquée à l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes. Cette description peut présenter un intérêt particulier pour les praticiens qui sont confrontés pour la première fois à la régression de quantiles inconditionnels. Elle ne doit toutefois pas être vue comme un substitut pour les personnes qui souhaitent acquérir des connaissances plus approfondies des propriétés et de l'utilité relative de cette procédure. C'est pourquoi nous conseillons au lecteur de consulter Fortin et al. (2011) ainsi que les références bibliographiques figurant dans cet article. Pour ceux qui requièrent des informations complémentaires sur les scores de propension et les procédures d'appariement, nous renvoyons à la

littérature sur l'évaluation, notamment Rosenbaum et Rubin (1983) ou Hirano et al. (2003).

Étape 1 : Construire la répartition contrefactuelle des salaires

La répartition contrefactuelle des salaires des femmes est la forme qu'aurait prise la structure des salaires des femmes si les caractéristiques de celles-ci sur le marché du travail leur avaient rapporté autant qu'aux hommes. Plusieurs méthodes peuvent être appliquées pour obtenir la répartition contrefactuelle. Dans le présent rapport, nous retenons la méthode de l'appariement au moyen de scores de propension (en particulier, le voisin le plus proche) afin d'identifier chez les hommes un résultat contrefactuel pour chaque femme observée dans l'échantillon. L'appariement par score de propension se compose des étapes suivantes :

- Pour chaque salarié de l'échantillon, nous observons un ensemble (X) qui décrit les caractéristiques des hommes ($T_1 = 1$) et des femmes ($T_1 = 0$) parmi les salariés du secteur de la santé et des soins. Par exemple, X peut inclure l'âge, le niveau d'instruction, les modalités contractuelles, les catégories professionnelles, etc.
- L'information peut être utilisée pour estimer la probabilité qu'il s'agisse d'un homme, en fonction de l'ensemble d'attributs, c.-à-d. $P(T_1 = 1 | X)$. Cette dernière estimation fournit un ensemble de coefficients permettant de pondérer chacune des variables de l'ensemble (X) et d'élaborer un score de propension. Les hommes et les femmes qui ont un ensemble (X) similaire obtiennent une estimation similaire pour le score de propension. Pour chaque femme de l'échantillon, l'homme le plus proche d'elle en termes de facteurs de pondération (c'est-à-dire en termes du score de propension estimé) est considéré comme son contrefactuel dans la population, et le salaire observé pour cet homme est considéré comme le salaire contrefactuel pour cette femme. Dans le présent rapport, le salaire est mesuré en termes

de rémunération horaire. Plutôt que de prendre un homme comme contrefactuel pour chaque femme de l'échantillon, on peut également prendre les n hommes les plus proches de chaque femme (en termes de score de propension) et calculer la moyenne de ces n salaires observés pour représenter le salaire contrefactuel qu'une femme donnée aurait touché si elle avait été un homme possédant ces attributs dans la population.

- Une fois terminé l'appariement et chaque femme associée à un salaire horaire contrefactuel, on obtient un vecteur de contrefactuels équivalent au nombre de femmes salariées observées dans l'échantillon. À ce stade, il est possible de déterminer les quantiles à partir de chacune des trois répartitions empiriques des salaires, à savoir celle des hommes (q_v^m), celle des femmes (q_v^f), et la répartition contrefactuelle des salaires des femmes (q_v^c). Le suffixe « v » indique chacun des neuf quantiles (valeurs de seuil des déciles) d'une répartition des salaires, c'est-à-dire $v = \{1, 2, 3, \dots, 8, 9\}$. Par exemple, pour $v = 5$ les valeurs des quantiles q_5^m , q_5^f et q_5^c indiquent la médiane de la répartition des salaires des hommes, des femmes et de la répartition contrefactuelle des salaires des femmes, respectivement.

Étape 2 : Utiliser la répartition contrefactuelle des salaires pour isoler les parts expliquée et inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes

Soit y_i^g le logarithme naturel des salaires observés pour le groupe g ans la population (disons les salaires horaires), où $g = m, f, c$ en suivant la notation ci-dessus. En déterminant les quantiles à partir de chacune des trois répartitions de la transformation du logarithme naturel, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes au quantile v - th (Δ^v) peut s'écrire de la manière suivante :

$$\Delta^v = q_v^m - q_v^f \quad (1)$$

L'expression (1) montre essentiellement l'écart entre deux quantiles qui ont été déterminés l'un à partir de la répartition des (logarithmes naturels des) salaires des hommes (q_v^m), l'autre à partir de celle des femmes (q_v^f). Nous pouvons également déterminer le quantile v - th à partir de la répartition contrefactuelle, c'est-à-dire q_v^c : cela donnerait le salaire horaire à ce quantile que les femmes auraient perçu si, à caractéristiques similaires, elles avaient été rémunérées autant que les hommes. En utilisant ce quantile contrefactuel, on peut poser :

$$\Delta^v = \underbrace{q_v^m - q_v^c}_{\substack{\text{Part expliquée} \\ = \text{effet de} \\ \text{composition}}} + \underbrace{q_v^c - q_v^f}_{\substack{\text{Part} \\ \text{inexpliquée} = \\ \text{effet structurel}}} = \Delta_x^v = \Delta_u^v \quad (2)$$

Puisque la répartition contrefactuelle simule le salaire que les femmes devraient percevoir à caractéristiques identiques à celles des hommes, l'écart entre ce que les hommes perçoivent et ce que les femmes devraient percevoir si elles possédaient les mêmes caractéristiques que les hommes s'explique par des différences de caractéristiques professionnelles. C'est la raison pour laquelle on appelle Δ_x^v la part expliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes, ou aussi l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dû aux « effets de composition ». En revanche, l'écart entre ce que les femmes devraient percevoir (au vu de leurs caractéristiques, et comme le simula la répartition contrefactuelle) et ce qu'elles perçoivent réellement (au vu des mêmes caractéristiques) ne peut pas être expliqué : c'est la part Δ_u^v qui demeure « inexpliquée », c'est-à-dire la part qui est due à une différence entre la structure des salaires des hommes et celle des femmes une fois que nous avons tenu compte des différences de caractéristiques sur le marché du travail. Comme la part inexpliquée est due à une différence de structure des salaires, on appelle aussi Δ_u^v l'« effet structurel ».

En pratique, la décomposition de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes exprimée dans l'équation (2) se déroule comme suit :

- Premièrement, il s'agit de transformer les salaires de l'échantillon en échelles logarithmiques ;
- Deuxièmement, la répartition contrefactuelle des salaires est calculée tel que décrit dans la première étape ;
- Troisièmement, les quantiles d'intérêt sont déterminés à partir de chacune des trois répartitions ;
- Enfin, l'écart simple est appliqué tel qu'exprimé dans les équations (1) et (2) pour estimer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes et sa décomposition, à chaque quantile sélectionné de la répartition des salaires.

Étape 3 : Appliquer la méthode de régression de quantiles inconditionnels pour décomposer l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes

L'estimation de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes est une étape importante, car elle permet de mesurer la différence de rémunération entre les femmes et hommes. Mais cette estimation peut être affinée pour déterminer

la contribution de chacune des caractéristiques (dotation en capital humain, caractéristiques professionnelles et caractéristiques de l'entreprise) à la formation d'un écart salarial entre femmes et hommes. Nous partons de l'hypothèse que toutes ces caractéristiques, intégrées dans l'ensemble d'indicateurs X , sont à la base du processus de détermination des salaires sur le marché du travail. Autrement dit, des indicateurs tels que l'âge et le niveau d'instruction, mais aussi le temps de travail, le type de contrat, la catégorie professionnelle, la localisation de l'entreprise et la branche d'activité, contribuent tous à expliquer le salaire que les individus perçoivent dans un pays donné. En substance, la méthode de décomposition proposée (régression de quantiles inconditionnels) permet d'estimer des coefficients pour chacune des covariables de l'ensemble X . Chacun de ces coefficients fait office de facteur de pondération pour estimer la part de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes imputable à chaque covariable de l'ensemble X . La part de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes qui ne peut être attribuée aux covariables est ce que l'on appelle la part inexplicée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes.

La méthode de « régression de quantiles inconditionnels » permet d'estimer les coefficients de chaque covariable de X le long de la répartition des salaires – c'est-à-dire à chaque quantile – tout en préservant la propriété de mesurer les effets non conditionnels des covariables (par exemple, un changement du niveau d'instruction) dans la population (Koenker et Bassett, 1978)⁶⁶. La méthode de régression de quantiles inconditionnels permet d'estimer les effets partiels qu'ont les covariables de l'ensemble X sur une transformation du quantile et non sur le quantile lui-même. La transformation modifie légèrement le quantile, reflétant l'influence de chaque individu (salaire) sur l'emplacement du quantile. Quand on ajoute cette petite modification (ou « fonction d'influence ») au quantile, on obtient une variable aléatoire – dépendante de l'individu – qui peut être interprétée comme une approximation linéaire du quantile. La transformation du quantile est appelée « fonction d'influence recentrée » (RIF). On peut démontrer que le quantile transformé a la structure suivante :

$$RIF_i = q^g + IF_i, \quad i \in n(g) \quad (3)$$

où

$$IF_i = \frac{v - I\{Y_i \leq q^g\}}{f_y(q^g)}$$

Dans l'expression (3), $v - I\{Y_i \leq q^g\}$ est une fonction d'identité égale à 1 pour les valeurs de salaire inférieures ou égales au quantile, et à zéro dans les autres cas. Le terme $f_y(q^g)$ est la valeur de la fonction de densité de probabilité à ce quantile. Une fois la variable de la RIF construite, nous obtenons une variable aléatoire par quantile qui rend compte des modifications survenues au quantile (tout quantile) résultant de modifications de la répartition de départ, qui dépendent en dernier ressort des covariables de X .

Ainsi, en utilisant l'analyse de régression pour expliquer la covariable dans l'expression (3) – c'est-à-dire la régression de la RIF –, nous pouvons estimer les effets partiels de chaque covariable de X sur le quantile, ou plutôt sa transformation. Fortin et al. (2011) montrent que les effets partiels de chacune des variables k de l'ensemble X , à savoir $\hat{\beta}_k$, peuvent être obtenus par la méthode des moindres carrés ordinaires de RIF_i sur X , c'est-à-dire $RIF_{i \in g}^v = \sum_k X_k \beta_k^g + e_{i \in g}$, pour $g = m, f, c$. Une fois ces effets partiels estimés, ils peuvent être utilisés pour modéliser les quantiles pour les hommes, les femmes et la répartition contrefactuelle tels qu'exprimés dans l'équation (2), de sorte qu'on obtient :

$$\begin{aligned} \Delta^v &= \Delta_x^v = \Delta_u^v \\ &= \bar{X}_m \hat{\beta}^{m,v} - \bar{X}_f \hat{\beta}^{c,v} + \bar{X}_f \hat{\beta}^{c,v} - \bar{X}_f \hat{\beta}^{f,v} \\ &= \underbrace{(\bar{X}_m \hat{\beta}^{m,v} - \bar{X}_f \hat{\beta}^{c,v})}_{\Delta_x^v} + \underbrace{\bar{X}_f (\hat{\beta}^{c,v} - \hat{\beta}^{f,v})}_{\Delta_u^v} \end{aligned} \quad (4)$$

Dans l'expression (4), le terme \bar{X}_g explique la valeur moyenne des covariables pour chacune des populations (femmes et hommes, où $g = c$ donne la valeur moyenne des covariables pour les femmes). L'expression (4) montre la décomposition de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes en fonction des covariables, à chaque quantile de la répartition des salaires. L'effet de composition (Δ_x^v) apparaît clairement comme la différence dans les covariables – en considérant que les coefficients $\hat{\beta}^{m,v}$ et $\hat{\beta}^{c,v}$ seront très proches en valeur

⁶⁶ Le rapport montre que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes varie considérablement d'un quantile à l'autre, si bien que la méthode des moindres carrés ne serait pas un outil adapté pour estimer la contribution de chaque covariable à cet écart. Une autre solution consisterait à utiliser la régression de quantiles conditionnels classique (Koenker et Bassett, 1978), mais cette méthode estime des coefficients qui mesurent des effets conditionnels (dépendant d'un sous-groupe de covariables) et non pas des effets non conditionnels partiels. La régression de quantiles conditionnels produit des coefficients qui sont conditionnels et qui varient par rapport à des sous-ensembles donnés de covariables de l'ensemble conditionnel : on le constate quand on prend les effets partiels de la forme fonctionnelle d'une spécification de quantiles conditionnels. En revanche, la régression de quantiles inconditionnels estime des coefficients qui mesurent des effets partiels, c'est-à-dire l'effet d'une covariable sur la structure des salaires de la population et qui ne dépendent pas d'un sous-groupe constitué d'autres covariables de l'ensemble conditionnel. Pour plus de détails, voir Fortin et al. (2011).

(par construction). Il s'agit donc de la contribution à l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes due aux différences de covariables entre individus. À l'inverse, l'effet structurel (Δ_v^s) est la contribution à l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes due aux différences de rendement (c'est à dire la différence entre $\hat{\beta}^{f,v}$ et $\hat{\beta}^{c,v}$) à ce quantile et pour une quantité donnée (valeur

moyenne) des covariables chez les femmes dans la population. Cette différence de rendement exprime une différence dans la structure des salaires des femmes et des hommes qui ne peut être expliquée par leurs covariables et, par conséquent, il s'agit de la part inexpliquée de l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes.

La crise financière mondiale et l'évolution de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins dans un échantillon de pays

La figure A3 montre l'évolution du nombre d'hommes et de femmes salariés dans le secteur de la santé et des soins entre (approximativement) 2000 et 2019. Pour chaque pays ou groupe de pays (dans le cas de l'Europe), le graphique de gauche montre le nombre total de femmes et d'hommes employés dans le secteur pour chacune des années disponibles. Le graphique de droite montre le taux de croissance de l'emploi pour chaque sexe, indexé sur la première année de chaque pays, dans le secteur de la santé et des soins et dans le reste des secteurs économiques. En ce qui concerne le Canada et les États-Unis, les enquêtes sont collectées mensuellement, tandis qu'au Mexique, les données sont collectées tous les trimestres. Au Canada et aux États-Unis, le mois d'octobre de chaque année disponible est sélectionné pour estimer l'évolution dans le temps, chacun des mois figurant dans les données étant représentatif de l'ensemble de la population dans chaque pays. Dans le cas du Mexique, nous avons sélectionné le troisième trimestre de chaque année. Les données relatives à l'Europe sont annuelles et collectées pour l'ensemble des pays au cours du mois d'octobre. Le mois d'octobre (qui tombe dans le troisième trimestre) est généralement sélectionné parce que l'influence de la saisonnalité y est moindre. Pour tous les pays et sur l'ensemble de la période, la part des hommes est demeurée relativement réduite par rapport à celle des femmes. Dans l'ensemble des pays, la croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et des soins a été substantielle à la fois pour les femmes et pour les hommes.

Ce qui est frappant dans la figure A3, c'est le fait que l'emploi a réagi différemment à la crise financière mondiale dans le secteur de la santé et des soins par rapport à l'ensemble des autres secteurs économiques. On peut voir dans cette figure que dans ces trois pays et en Europe, du fait de la crise financière mondiale, la croissance de l'emploi dans les secteurs autres que celui de la santé et des soins a plongé en 2009-2010, affectant les hommes et les femmes de manière comparable (hormis au Mexique, où le déclin de l'emploi dans le reste de l'économie a principalement touché les hommes).

En Europe, l'impact de la crise financière mondiale s'est fait sentir entre 2008 et 2009, suivant plus ou moins la même tendance qu'au Canada et aux États-Unis. Les données relatives à l'Europe, qui sont fournies tous les 4 ans, n'atteignent pas le même niveau de détail. Cependant, de 2000 à 2008, le taux de croissance de l'emploi en Europe fut d'environ 6 % pour les hommes et 16 % pour les femmes. Entre 2008 et 2009, l'emploi a reculé d'environ 3 % pour les hommes et 1 % pour les femmes, ce qui l'a fait retomber au niveau de 2005-2006. L'emploi en Europe a ensuite commencé à se redresser régulièrement, mais sa croissance annuelle fut alors bien plus lente, comme l'illustre la progression plus plate à partir de 2010 (BCE, 2012 ; 2014). En revanche, la crise financière mondiale ne semble pas avoir affecté l'emploi des salariés dans le secteur de la santé et des soins au Canada, au Mexique ni aux États-Unis. Il en va de même en Europe, avec toutefois certaines nuances qui rendent le cas de cette région légèrement différent.

Aux États-Unis, les tendances montrent que l'emploi des hommes dans le secteur a continué de progresser, même durant les années les plus difficiles de la crise financière mondiale (2009-2010). En ce qui concerne les femmes, la croissance de l'emploi a stagné entre 2007 et 2011. Après cela, la croissance de l'emploi des femmes du secteur de la santé et des soins semble rattraper celle des hommes jusqu'à 2017 environ, année où la croissance de l'emploi des hommes dépasse à nouveau de loin celle observée chez les femmes aux États-Unis. De même, au Canada, la crise financière mondiale a fait reculer l'emploi dans tous les autres secteurs de l'économie (de 5 % en ce qui concerne les hommes et de 3,5 % en ce qui concerne les femmes), mais n'a pas affecté la croissance dans le secteur de la santé et des soins, où l'emploi salarié a continué de progresser entre 2000-2019, à un rythme semblable, en moyenne, pour les femmes et pour les hommes. En ce qui concerne les hommes, les données varient davantage, toutefois cela tient au fait que les hommes représentent une plus petite part des travailleurs du secteur, raison pour laquelle on observe une fluctuation accrue dans les

données dans le temps. Au Canada, les hommes représentent environ 18 % des salariés du secteur de la santé et des soins. Dans le cadre d'une enquête qui échantillonne les femmes et les hommes de la population de manière aléatoire, la probabilité de sélectionner une femme dans le secteur de la santé et des soins est supérieure à la probabilité de sélectionner un homme. Cela signifie que bien que l'échantillon demeure représentatif à la fois pour les femmes et les hommes (des coefficients de pondération sont appliqués pour y veiller), l'écart entre périodes est plus important pour l'échantillon de plus petite taille (à savoir l'échantillon d'hommes), comme on peut le constater clairement dans les tendances qui se dégagent de la figure A3. Le Canada a connu une autre crise économique en 2015, lorsque les feux de forêt de la province de l'Alberta ont fait baisser le PIB de 1,6 % (les dégâts s'élevant à 4,5 milliards de dollars US). L'économie s'était pleinement remise de ce choc au deuxième trimestre 2016. Dans ce cas, la croissance de l'emploi parmi les hommes dans les autres secteurs économiques a reculé d'environ 2,7 %, et il semble y avoir un déclin soudain de la croissance de l'emploi des hommes dans le secteur de la santé et des soins. Toutefois, il ne ressort pas tout à fait clairement des données si ce déclin soudain est directement lié à la crise économique de l'Alberta.

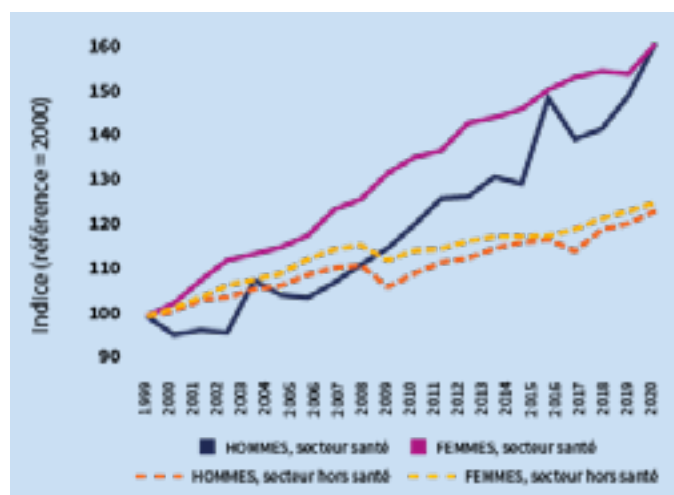
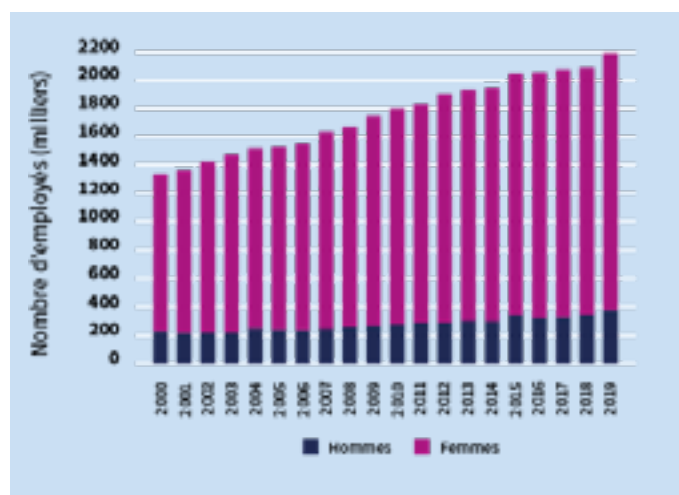
Quoi qu'il en soit, il est clair que si l'on ne tient compte que des femmes (80 % des salariés du secteur), ici encore le secteur de la santé et des soins du Canada a affiché une résilience significative dans le contexte de la crise financière mondiale. En Europe, la situation est légèrement différente, en ce sens que l'emploi dans le secteur de la santé et

des soins a progressé plus rapidement que dans le reste de l'économie – comme dans la plupart des pays à revenu élevé – jusqu'en 2009. Tandis que les autres secteurs ont essuyé des pertes d'emplois comme conséquence de la crise financière mondiale, le secteur de la santé et des soins a continué de croître après 2010, preuve que ce secteur a bien résisté à la crise en Europe. Néanmoins, en Europe, l'aplatissement de la courbe des salariés du secteur de la santé et des soins à partir de 2010 signale un ralentissement de la croissance de l'emploi à partir de cette année par rapport aux années préalables à la crise, à la fois en ce qui concerne les femmes et les hommes. Cela pourrait être lié aux mesures d'austérité adoptées dans les pays ayant un poids démographique important en Europe – dans ces pays, notamment l'Espagne, le Portugal et l'Italie, les établissements de santé et de soins relèvent principalement du secteur public, ciblé par les mesures d'austérité. Il est également intéressant de constater qu'en Europe, le « pli » observé en 2014, qui ne concerne que le reste de l'économie, révèle une plus grande croissance de l'emploi entre 2014 et 2018 pour l'ensemble des autres secteurs économiques par rapport à la période post-crise de 2010-2014, à la fois en ce qui concerne les femmes et les hommes. Ce « pli » est totalement absent dans le cas du secteur de la santé et des soins. En fait, au regard du taux de croissance observé de 2010 à 2014 dans le secteur de la santé et des soins – environ 2 % de croissance annuelle pour les femmes et pour les hommes – le taux de croissance pour la période 2014-2018 fut d'environ 1,5 %, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

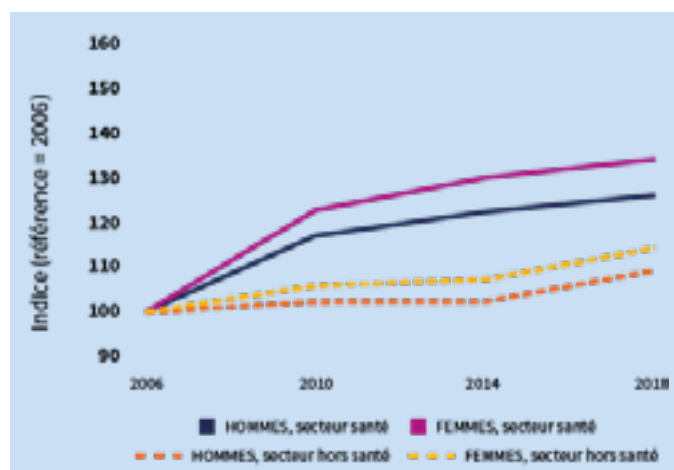
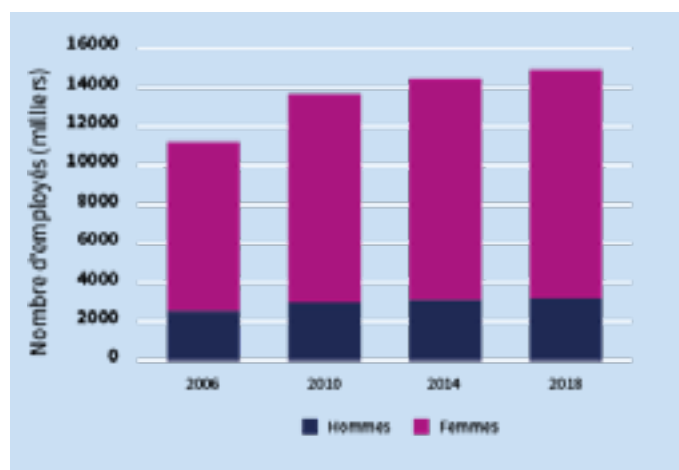
FIGURE A3

Analyse détaillée de l'évolution des travailleurs, par sexe, dans le secteur de la santé et des soins, dans un échantillon de pays, de 2000 à 2018-2019

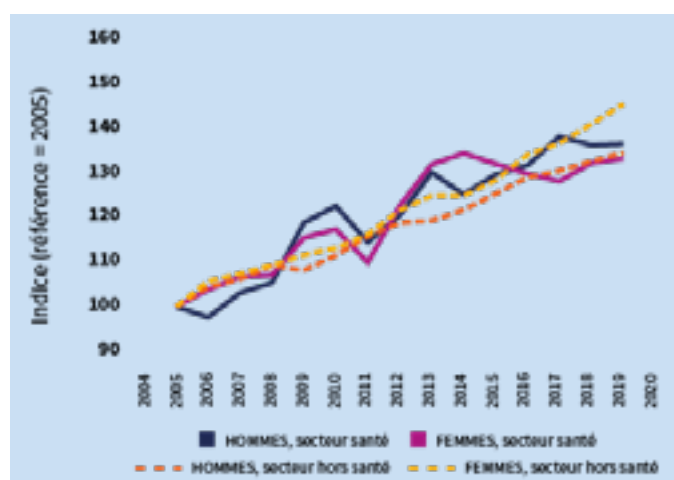
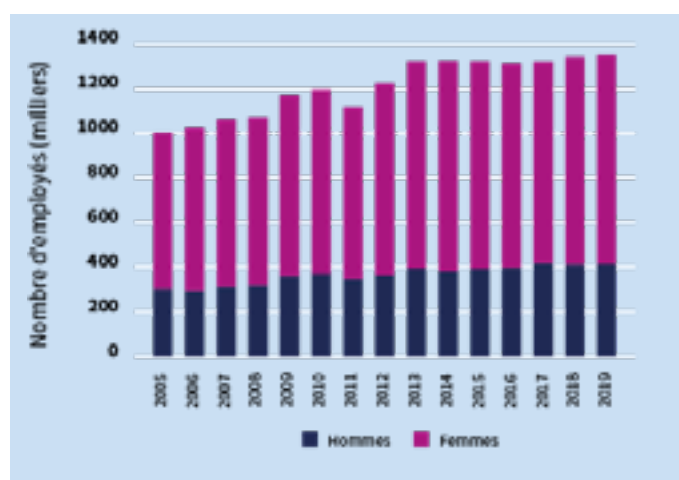
Canada



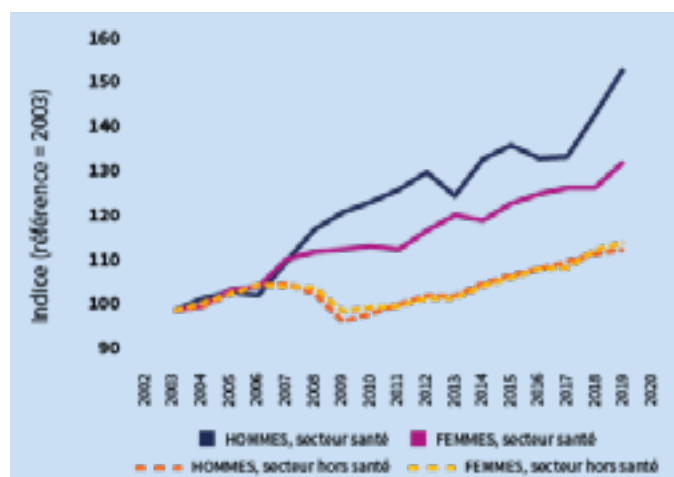
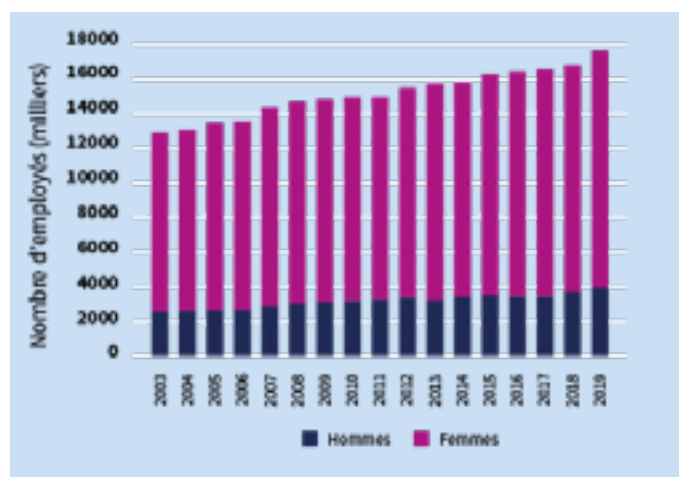
Europe



Mexique



États-Unis



Source : Estimations de l'OIT et de l'OMS fondées sur les données d'enquête fournies par les enquêtes nationales (voir l'annexe 1).

Références bibliographiques

- Alon T, Doepke M, Olmstead-Rumsey J, Tertilt M (2020). The impact of COVID-19 on gender equality. NBER working paper no. 26947. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research (<https://doi.org/10.3386/w26947>, consulté le 3 février 2022).
- Anker R (1997). Theories of occupational segregation by sex: an overview. *Int Labour Rev.* 136(3):315-40 (<https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/intlr136&i=325>, consulté le 3 février 2022).
- Ballarin P, Euler C, Le Feuvre N, Raevaara E (1997). *Women in the European Union*.
- Berg J (2015). *Labour market, institutions and inequality: building a just society in the 21st century*. Geneva: International Labour Organization.
- Bettio F (2008). Chapter 9. Occupational segregation and gender wage disparities in developed economies: should we still worry? In: Bettio F, Verashchagina A, eds. *Frontiers in the economics of gender*. London: Routledge.
- Blau FD, Ferber MA, Winkler AE (2014). *The economics of women, men and work*. 7th ed. Pearson.
- Blau FD, Kahn LM (2003). Understanding international differences in the gender pay gap. *J Labour Econ.* 21(1):106-44 (<https://ideas.repec.org/a/ucp/jlabec/v21y2003i1p106-144.html>, consulté le 3 février 2022).
- Blinder AS (1973). Wage discrimination: reduced form and structural estimates. *J Hum Resour.* 8(4):436-55 (<https://doi.org/10.2307/144855>, consulté le 3 février 2022).
- BMA (2020). *BMA commentary on mend the gap: the independent review into gender pay gaps in medicine in England*. London: British Medical Association (<https://www.bma.org.uk/media/3617/bma-commentary-on-medicine-gender-pay-gap-dec-2020.pdf>, consulté le 3 février 2022).
- Boniol M, Mclsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J (2019). Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. *Health Workforce working paper 1*. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314?show=full>, consulté le 3 février 2022).
- Boniol M, Kunjumen K, Sadasivan Nair T, Siyam A, Campbell J, Diallo K (à paraître, 2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *Bull World Health Organ*.
- Brynin M, Perales F, (2016). Gender wage inequality: the de-gendering of the occupational structure. *Eur Sociol Rev.* 32(1):162-74 (<https://doi.org/10.1093/esr/jcv092>, consulté le 3 février 2022).
- Buchan J, Dhillon IS, Campbell J (eds) (2017). *Health employment and economic growth: an evidence base*. Geneva: World Health Organization.
- Cohen M, Kiran T (2020). Closing the gender pay gap in Canadian medicine. *CMAJ.* 192(35):E1011-17 (<https://doi.org/10.1503/cmaj.200375>, consulté le 3 février 2022).
- Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F (2011). *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance. Études de l'OCDE sur les politiques de santé*. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques.
- Dube A, Kaplan E (2010). Does outsourcing reduce wages in the low-wage service occupations? Evidence from janitors and guards. *ILR Rev.* 63(2):287-306 (https://econpapers.repec.org/article/saeilrrev/v_3a63_3ay_3a2010_3ai_3a2_3ap_3a287-306.htm, consulté le 3 février 2022).
- ECB (2012). *Euro area labour markets and the crisis*. Occasional Paper Series No. 138. Frankfurt: European Central Bank (<https://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/scpops/ecbocp138.pdf>, consulté le 2 février 2022).
- ECB (2014). *L'incidence de la crise économique sur les marchés du travail de la zone euro*. Bulletin mensuel. Octobre 2014. Frankfurt : Banque centrale européenne (https://publications.banque-france.fr/sites/default/files/medias/documents/bce_octobre_2014_web.pdf, consulté le 2 février 2022).

-
- The Economist (2020). This time is different: downturns tend to reduce gender inequality. Not under COVID-19. 4th June 2020.
- EGGE (2009). Gender segregation in the labour market: root causes, implications and policy responses in the EU. European Commission's Expert Group on Gender and Employment Issues. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2011). Employment and industrial relations in the health care sector. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- European Commission (2020). Flash reports on labour law April 2020: summary and country reports. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fagan C, Norman H, Smith M, and González Menéndez MC (2014). In search of good quality part-time employment. Working paper. Conditions of Work and Employment Series No. 43. Geneva: International Labour Organization (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_237781.pdf, consulté le 4 février 2022).
- Fortin N, Lemieux T, Firpo S (2011). Chapter 1 - Decomposition Methods in Economics. In: Ashenfelter O, Card D (eds). Handbook of Labor Economics. Elsevier: 4:1-102 ([https://doi.org/10.1016/S0169-7218\(11\)00407-2](https://doi.org/10.1016/S0169-7218(11)00407-2), consulté le 4 février 2022).
- Gabler E, Montague Z, Ashford G (2020). During an epidemic, an unanticipated problem: out-of-work health workers. New York Times, 15 April 2020.
- Ganguli I, Sheridan B, Gray J, Chernew M, Rosenthal MB, Neprash H (2020). Physician work hours and the gender pay gap – evidence from primary care. N Engl J Med. 383(14):1349-57 (<https://doi.org/10.1056/NEJMsa2013804>, consulté le 4 février 2022).
- Ghousinnisa S, Subba Reddy S (2016). Work life balance of female nurses: a study with reference to RIMS, Kadapa, Andhra Pradesh. Int J Curr Res. 8(05):32138-41.
- Grimshaw D, Rubery J (2015). The motherhood pay gap: a review of the issues, theory and international evidence. ILO working paper. Geneva: International Labour Organization (<https://econpapers.repec.org/paper/iloilowps/994873763402676.htm>, consulté le 4 février 2022).
- G20 (2018). G20 Leaders' Declaration: Building Consensus for Fair and Sustainable Development. Buenos Aires: G20 Leaders' Summit.
- Hirano K, Imbens G, Ridder G (2003). Efficient estimation of average treatment effects using the estimated propensity score. Econometrica. 71:1161-1189.
- Holloway K, Stavropoulou M, Daigle M (2019). Gender in displacement: the state of play. HPG Working Paper. London: ODI (<https://odi.org/en/publications/gender-in-displacement-the-state-of-play/>, consulté le 4 février 2022).
- Howat C, Lawrie M (2015). Sector insights: skills and performance challenges in the health and social care sector. London: UK Commission for Employment and Skills.
- OIT (2014). Rapport mondial sur les salaires 2014/15. Genève : Organisation internationale du Travail.
- OIT (2015). R204 - Recommandation (n° 204) sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle. Conférence internationale du Travail. 104ème session. Genève : Organisation internationale du Travail.
- OIT (2016). Les femmes au travail : Tendances 2016. Genève : Organisation internationale du Travail.
- OIT (2017). Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé. Genève : Organisation internationale du Travail.
- OIT (2018a). Rapport mondial sur les salaires 2018/19 : Quelles sont les causes des écarts de rémunération entre les femmes et les hommes? Genève : Organisation internationale du Travail.
- OIT (2018b). Mettre fin à la violence et au harcèlement contre les femmes et les hommes dans le monde du travail. Conférence internationale du Travail. 107ème session. Genève : Organisation internationale du Travail.
- ILO (2018c). Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Organization.

-
- ILO (2018d). Femmes et hommes dans l'économie informelle : un panorama statistique (3e édition). Genève : Organisation internationale du Travail.
- OIT (2019a). Travailler pour bâtir un avenir meilleur – Commission mondiale sur l'avenir du travail. Genève : Organisation internationale du Travail.
- OIT (2019b). Déclaration du centenaire de l'OIT pour l'avenir du travail 2019. Genève : Organisation internationale du Travail (<https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/centenary-declaration/lang--fr/index.htm>, consulté le 29 janvier 2022).
- OIT (2020a). Répondre à la crise du COVID-19 : réaliser l'égalité de genre pour améliorer l'avenir des femmes au travail. Genève : Organisation internationale du Travail.
- OIT (2020b). Rapport mondial sur les salaires 2020-21 : Salaires et salaire minimum au temps du COVID-19. Genève : Organisation internationale du Travail.
- OIT (2020c). Emploi et questions sociales dans le monde : Tendances 2020. Genève : Organisation internationale du Travail.
- OIT (2020d). Impact des mesures de confinement sur l'économie informelle. Genève : Organisation internationale du Travail.
- OIT (2020e). Le COVID-19 et le secteur de la santé. Note sectorielle de l'OIT (avril). Genève : Organisation internationale du Travail.
- Observatoire de l'OIT (2020a). Le COVID 19 et le monde du travail (5e édition). Genève : Organisation internationale du Travail.
- Observatoire de l'OIT (2020b). Le COVID 19 et le monde du travail (6e édition). Genève : Organisation internationale du Travail.
- Observatoire de l'OIT (2020c). Le COVID 19 et le monde du travail (3e édition). Genève : Organisation internationale du Travail.
- Observatoire de l'OIT (2021). Le COVID 19 et le monde du travail (7e édition). Genève : Organisation internationale du Travail.
- Karamessini M, Rubery J (2014). Economic crisis and austerity: challenges to gender equality. In: Karamessini M, Rubery J (eds). Women and austerity: the economic crisis and the future for gender equality (1st edition). London: Routledge.
- Koenker R, Bassett G (1978). Regression quantiles. *Econometrica*. 46:33-50.
- Krenn M (2010). Working conditions in healthcare professionals. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Laufer J (2002). L'approche différenciée selon les sexes : comparaison internationale. *Management International*. 7(1).
- Leuze K, Strauss S (2016). Why do occupations dominated by women pay less? How 'female-typical' work tasks and working-time arrangements affect the gender wage gap among higher education graduates. *Work, Employ Soc*. 30(5) (<https://doi.org/10.1177/0950017015624402>, consulté le 4 février 2022).
- Machado JAF, Mata J (2005). Counterfactual decomposition of changes in wage distributions using quantile regression. *J Appl Econ*. 20(4):445-65 (<https://doi.org/10.1002/jae.788>, consulté le 4 février 2022).
- Machado Guimarães C, Crespo de Carvalho J (2011). Outsourcing in the health and care sector: a state-of-the-art review. *Supply Chain Forum*. 12(2):140-148.
- Manski CF (1995). Identification problems in the social sciences. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Maron L, Meulders D (2008). Les effets de la parenté sur la ségrégation. [Rapport du projet : Public policies towards employment of parents and social inclusion]. Bruxelles : Département d'économie appliquée de l'Université libre de Bruxelles.
- Meurs D, Pailhé A, Ponthieux S (2010). Child-related career interruptions and the gender wage gap in France. *Annals of Economics and Statistics*. 99/100:15-46 (<https://doi.org/10.2307/41219158>, consulté le 6 février 2022).

-
- Mincer J (1974). Schooling, experience, and earning. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research (<https://econpapers.repec.org/bookchap/nbrnberbk/minc74-1.htm>, consulté le 6 février 2022).
- Ñopo H (2008). Matching as a tool to decompose wage gaps. *Rev Econ Stat.* 90(2):290-99 (<http://www.jstor.org/stable/40043147>, consulté le 6 février 2022).
- Oaxaca R (1973). Male-female wage differentials in urban labor markets. *Int Econ Rev.* 14(3):693-709 (<https://doi.org/10.2307/2525981>, consulté le 6 février 2022).
- Ochsenfeld F (2014). Why do women's fields of study pay less? A test of devaluation, human capital, and gender role theory. *Eur Sociol Rev.* 30(4):536-48 (<https://doi.org/10.1093/esr/jcu060>, consulté le 6 février 2022).
- OCDE (2003). Investir dans la santé pour faire reculer la pauvreté. Coopération pour le développement : Rapport 2002. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques (<https://doi.org/10.1787/dcr-2002-11-fr>, consulté le 6 février 2022).
- OCDE (2019). Pourquoi les filles ne sont-elles pas plus nombreuses à choisir une carrière scientifique ? PISA à la loupe. N° 93. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques (<https://doi.org/10.1787/7870e927-fr>, consulté le 6 février 2022).
- Oelz M, Olney S, Tomei M (2013). Égalité de rémunération - Guide d'introduction. Genève : Organisation internationale du Travail.
- Palmer R (2017). Jobs and skills mismatch in the informal economy. Geneva: International Labour Organization (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_629018.pdf, consulté le 6 février 2022).
- Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 88:901-7 (<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>, consulté le 6 février 2022).
- Pillinger J (2010). Pay and the gender wage gap in health and social care. Brussels: European Public Service Union.
- Pillinger J (2017). La violence et le harcèlement contre les femmes et les hommes dans le monde du travail – Le point de vue et la réponse des syndicats. Genève : Organisation internationale du Travail.
- Punshon G, Maclaine K, Trevatt P, Radford M, Shanley O, Leary A (2019). Nursing pay by gender distribution in the UK – does the glass escalator still exist? *Int J Nurs Stud.* 93:21-29 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.008>, consulté le 6 février 2022).
- Reskin BF, Bielby DD (2005). A sociological perspective on gender and career outcomes. *J Econ Perspect.* 19(1):71-86 (<https://doi.org/10.1257/0895330053148010>, consulté le 6 février 2022).
- Rosenbaum P, Rubin D (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika.* 70:41-55.
- Rubin DB (1977). Assignment to treatment group on the basis of a covariate. *J Educ Stat.* 2(1):1-26 (<https://doi.org/10.2307/1164933>, consulté le 6 février 2022).
- Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S et al. (2019). Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health.* 7(11):e1500-1510 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30416-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30416-4), consulté le 6 février 2022).
- Stoet G, Geary DC (2018). The gender-equality paradox in science, technology, engineering, and mathematics education. *Psychol Sci.* 29(4):581-93 (<https://doi.org/10.1177/0956797617741719>, consulté le 6 février 2022).
- ONU (2015). Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. New York : Organisation des Nations Unies.
- ONU (2017). Objectifs de développement durable (ODD). New York : Organisation des Nations Unies.

-
- UNESCO (2020). Une nouvelle génération : 25 ans d'efforts pour atteindre l'égalité des genres dans l'éducation. Équipe du Rapport mondial de suivi sur l'éducation. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.
- Vaughan-Whitehead D (2010). Fair wages: strengthening corporate social responsibility. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- WEF (2020). Global gender gap report 2020. Geneva: World Economic Forum.
- WHO (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>, consulté le 6 février 2022).
- WHO (2018). Five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017–2021). Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272941>, consulté le 6 février 2022).
- WHO (2019). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Human Resources for Health Observer Series No. 24. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322?show=full>, consulté le 6 février 2022).
- OMS (2020a). OMS : Garantir la sécurité des agents de santé pour assurer celle des patients. Genève : Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/fr/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>, consulté le 6 février 2022).
- OMS (2020b). Dépenses mondiales de santé 2020 : affronter la tempête. Genève : Organisation mondiale de la Santé (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350929>, consulté le 6 février 2022).
- WHO (2021). The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Health Workforce Department Working Paper 1. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 9 mars 2022).
- Groupe de la Banque mondiale (2018). Les femmes, l'entreprise et le droit 2018. Washington, DC : Banque mondiale.
- Groupe de la Banque mondiale (2020). La pandémie de COVID-19 risque d'entraîner 150 millions de personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté d'ici 2021. Communiqué de presse. Washington, DC : Banque mondiale.



