



Investir dans l'économie des soins

Simulation des effets sur l'emploi par
sexe dans des pays de l'hémisphère sud

Janvier 2017



ITUC CSI IGB Confédération syndicale internationale

Rapport réalisé par l'organisme britannique indépendant de défense des droits des femmes
Women's Budget Group pour le compte de la Confédération syndicale internationale et d'ONU Femmes

Rédigé par Jerome De Henau, Susan Himmelweit et Diane Perrons

Révisé par Eva Neitzert et Mary-Ann Stephenson

Table des matières

Avant-propos	5
Synthèse	7
Introduction	9
Raisons économiques en faveur de l'investissement public à l'époque actuelle	11
Utilité économique et sociale du secteur de la santé et des soins	15
Simulation des effets directs, indirects et induits de l'investissement public sur l'emploi	24
Conclusion	33
Références	35
Annexe 1: Méthodologie de la simulation	37
Annexe 2: Sources et définitions utilisées pour la simulation	40
Annexe 3: Tableaux supplémentaires	43

Avant-propos

Le G20 s'est engagé à investir dans des emplois de qualité et à accroître de 25% la participation des femmes sur le marché du travail d'ici à 2025.

Ce deuxième rapport de la CSI sur l'économie des soins, qui fait suite à un premier rapport consacré à l'investissement dans l'économie des soins dans sept pays de l'OCDE, indique qu'une augmentation de l'investissement public dans l'hémisphère sud stimulerait l'emploi et favoriserait la croissance économique et, suivant la forme et le lieu de l'investissement, contribuerait à renforcer le développement humain et à atteindre les principaux Objectifs de développement durable.

Un investissement dans le secteur de la santé et des soins ou dans le secteur de la construction générerait une augmentation importante de l'emploi dans tous les pays de l'étude (Afrique du Sud, Brésil, Costa Rica, Chine, Inde et Indonésie). Un investissement de 2 % du PIB dans le secteur des soins et de la santé entraînerait une hausse de l'emploi global de 1,2 % à 3,2% selon les pays.

Cela signifie que près de 24 millions de nouveaux emplois seraient créés en Chine, 11 millions en Inde, presque 2,8 millions en Indonésie, 4,2 millions au Brésil, un peu plus de 400.000 en Afrique du Sud et 63.000 au Costa Rica.

Un niveau comparable d'investissement dans le secteur de la construction permettrait également de créer de nombreux nouveaux emplois, et l'augmentation du nombre global d'emplois s'élèverait de 1,3% à 2,6%, selon les variables nationales.

La CSI plaide en faveur d'un investissement dans le secteur des soins ainsi que dans les infrastructures physiques.

Bien que l'investissement public dans l'un ou l'autre secteur ait un effet largement positif sur l'emploi, si les politiques visent à créer de l'emploi pour les femmes et à réduire les disparités existant entre les hommes et les femmes en matière d'emploi, c'est l'investissement dans la santé et les soins qui se révélerait le plus efficace.

Il est indispensable que les investissements réalisés prennent en compte la dimension de genre et fassent l'objet d'une étude d'impact de genre pour garantir cet effet positif.

Outre la création de nouveaux emplois, l'investissement public dans les infrastructures sociales, en particulier dans la santé et les soins, peut contribuer à résoudre certains des principaux problèmes économiques et sociaux auxquels se heurtent les pays de l'hémisphère sud, tels que: la prestation insuffisante de soins de santé abordables et de haute qualité, en règle générale, tout particulièrement pour les personnes ayant un faible revenu et celles qui vivent dans des régions isolées ; les problèmes liés aux changements démographiques, comme le vieillissement de la population, typiquement associé à des besoins de santé accrus; l'urbanisation et la diminution des familles élargies et des soins prodigués par la famille, entraînant davantage de besoins de prestations plus formelles dans les domaines de la petite enfance et de la prise en charge des personnes âgées; l'inégalité persistante entre les hommes et les femmes face au travail rémunéré et non rémunéré. Certains types spécifiques d'infrastructures physiques, en particulier le transport, la communication et la distribution d'eau potable, pourraient également être pris en compte pour résoudre ces problèmes.

Discrimination liée au genre dans la pensée économique: dans le Système de comptabilité nationale des Nations Unies, l'investissement dans les infrastructures physiques est considéré comme un stock de capital, tandis que l'investissement dans les infrastructures sociales est assimilé aux dépenses courantes annuelles du gouvernement. Les dépenses dans le secteur de la construction, qui emploie essentiellement des hommes, sont considérées comme un investissement, alors que les dépenses dans le secteur majoritairement féminin de l'économie des soins sont perçues comme un coût.

Par ailleurs, l'investissement public dans les infrastructures sociales permettrait de diminuer la charge que représente le travail domestique non rémunéré, à condition que cet investissement soit correctement organisé. Par conséquent, il pourrait limiter de multiples obstacles à la présence des femmes sur le marché du travail et ainsi enfin rééquilibrer les disparités entre hommes et femmes en matière d'emploi.

Un tel investissement pourrait aider les pays dans les actions qu'ils mettent en œuvre pour atteindre les Objectifs de développement durable (ODD), notamment ceux qui se rapportent à la santé (ODD 3), à l'égalité des sexes et à l'autonomisation de toutes les femmes et les filles (ODD 5), à la gestion de l'eau et de l'assainissement (ODD 6) et au travail décent (ODD 8).

Le projet sur l'eau mis en place par l'association de femmes SEWA, au Gujarat, en Inde, est un exemple de politique qui tient compte des questions de genre. La SEWA a impliqué les femmes à la gestion participative de l'irrigation et de l'approvisionnement en eau au Gujarat pour veiller à ce que leurs besoins spécifiques soient satisfaits. Par exemple, avant leur intervention, les besoins en eau des femmes pour les cultures alimentaires passaient souvent après les cultures commerciales des hommes.

L'emploi informel varie d'un pays à un autre, s'élevant à environ un tiers de l'emploi total en Afrique du Sud, en Chine et au Costa Rica, jusqu'à près de trois quarts en Indonésie et plus de quatre cinquièmes en Inde. Ces deux derniers pays se caractérisent par leur niveau élevé de travailleurs indépendants et d'aidants familiaux. Dans tous les pays étudiés, les femmes occupent plus souvent des emplois informels que les hommes.

Des services formels de haute qualité pour la petite enfance et les soins de longue durée pour les personnes âgées sont pour ainsi dire inexistantes dans les pays faisant l'objet de l'étude, y compris au Costa Rica, malgré ses services de santé plus développés.

Il semble normal que les membres de la famille, en particulier les femmes, s'occupent de leurs proches dépendants.

En Afrique du Sud, le manque de services formels de soins rend la situation extrêmement difficile pour les personnes âgées, d'autant que, du fait de la forte prévalence du VIH/SIDA et du vieillissement de la population, un nombre crois-

sant de personnes âgées doivent non seulement s'occuper des adultes de la famille malades et/ou au chômage, mais aussi de leurs petits-enfants (souvent orphelins), alors qu'elles ont elles-mêmes besoin de soins.

Les estimations de l'OIT, qui s'appuient sur les chiffres de l'OCDE de 2013, montrent que pour atteindre des niveaux de soins de longue durée formels pour les personnes âgées dans les pays à revenu élevé, le nombre de travailleurs formels requis s'élèverait à 626.000 au Brésil et à 2,7 millions en Inde (en partant pratiquement de zéro), à 3,6 millions en Chine (presque trois fois plus que la main-d'œuvre actuelle) et à 86.000 en Afrique du Sud (cinq fois plus que l'actuelle main-d'œuvre dans les soins de longue durée).

Ainsi, l'investissement dans l'économie des soins – petite enfance, prise en charge des personnes âgées, santé et éducation – est indispensable, à la fois pour créer des emplois et pour aider les services à améliorer la participation des femmes à l'emploi direct. En libérant le potentiel de millions de femmes qui arrivent sur le marché du travail formel, les économies deviennent plus fortes et les ménages plus riches.

Sharan Burrow

Secrétaire générale de la CSI

Synthèse

Augmenter l'investissement public dans les pays de l'hémisphère sud stimulerait l'emploi et favoriserait la croissance économique et, suivant la forme et le lieu où se produit l'investissement, contribuerait à renforcer le développement humain et à atteindre plusieurs Objectifs de développement durable.

Le présent rapport vise à démontrer le bien-fondé de l'investissement public dans les infrastructures sociales et physiques. Les infrastructures sociales désignent l'éducation, la prestation de soins et de santé, qui se réfèrent aussi bien aux services qu'aux bâtiments et aux infrastructures dans lesquels ces services sont dispensés. Les infrastructures physiques se rapportent aux actifs matériels, tels que l'approvisionnement en eau, le logement, la voirie, les autres infrastructures de transport et la communication. Ce sont généralement les investissements dans les infrastructures physiques qui sont privilégiés lorsqu'on recherche le développement et l'emploi.

Ce rapport offre un argument théorique en faveur de l'investissement dans les infrastructures sociales et physiques et présente les résultats d'une analyse empirique qui évalue l'impact sur l'emploi d'un investissement de 2% du PIB dans les infrastructures sociales, en particulier les services de santé et de soins, et dans les infrastructures physiques, notamment la construction, dans six pays de l'hémisphère sud: l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine (République populaire), le Costa Rica, l'Inde, l'Indonésie. Il fait suite à une étude réalisée précédemment par l'organisme britannique Women's Budget Group (WBG) pour la Confédération syndicale internationale (CSI) sur sept pays de l'OCDE à revenu élevé (De Henau et al., 2016). Dans le cadre de la présente analyse empirique, l'Allemagne est mentionnée à titre indicatif comme point de référence et de comparaison par rapport à l'étude précédente.¹

Notre analyse examine trois effets sur l'emploi découlant d'un investissement initial dans un secteur d'infrastructure donné: l'effet direct, c'est-à-dire la création d'emplois dans le secteur lui-même; l'effet indirect, soit la hausse d'emplois dans les secteurs situés plus en amont dans la chaîne d'ap-

provisionnement; l'effet induit, qui consiste en une augmentation de la demande suite à une consommation accrue de la part des personnes nouvellement embauchées, ce qui accroît le niveau d'emploi global. Nos résultats indiquent que l'investissement dans le secteur de la santé, des soins ou de la construction permettrait d'augmenter considérablement l'emploi dans tous les pays qui ont fait l'objet de cette étude. Plus particulièrement, nous estimons qu'en investissant 2% du PIB dans le secteur de la santé et des soins, le nombre total d'emplois pourrait augmenter de 1,2% à 3,2% en fonction des pays. Cela signifie que près de 24 millions de nouveaux emplois seraient créés en Chine, 11 millions en Inde, presque 2,8 millions en Indonésie, 4,2 millions au Brésil, un peu plus de 400.000 en Afrique du Sud et 63.000 au Costa Rica (tableau 11).

Un niveau comparable d'investissement dans le secteur de la construction permettrait également de créer de nombreux nouveaux emplois, et l'augmentation du nombre global d'emplois s'élèverait de 1,3% à 2,6%, selon les variables nationales (tableau 11), ce qui équivaut à presque 18 millions de nouveaux emplois en Chine, 13,5 millions en Inde, 3,4 millions au Brésil, 2,1 millions en Indonésie, 511.000 en Afrique du Sud et 62.000 au Costa Rica.

Ces deux types d'investissement généreraient un volume considérable d'emplois, mais la répartition de ces emplois serait différente entre les deux secteurs. En Inde et en Afrique du Sud, l'investissement dans la construction produirait au moins 20% d'emplois de plus que l'investissement dans la santé et les soins. Toutefois, dans les autres pays de l'étude, la situation est inversée. L'investissement dans la santé et les soins permettrait de créer pratiquement 25% d'emplois de plus en Indonésie et en Chine, et près de 20% au Brésil, qu'un niveau d'investissement équivalent dans le secteur de la construction. Seul le Costa Rica aurait le même nombre de nouveaux emplois, avec un très léger avantage pour les emplois créés suite à un investissement dans la santé et les soins.²

¹ La Tunisie faisait initialement partie de l'étude mais elle a dû être laissée de côté car nous n'avons pas réussi à obtenir de données relatives à l'emploi suffisamment détaillées pour les besoins de l'analyse.

² Les chiffres exacts calculés à partir du tableau 5a sont les suivants: Brésil +19,17%, Costa Rica +1,58%, Chine +25,34%, Inde -22,1%, Indonésie -24,79% et Afrique du Sud -23,43%.

L'investissement dans l'un ou l'autre secteur produit également d'importantes différences entre les hommes et femmes, qui varient entre les pays en fonction du degré de ségrégation sexuelle existant au niveau de l'emploi dans ces secteurs et d'autres secteurs, dans chaque pays. En ce qui concerne le scénario de l'investissement dans la construction, entre 22,5% (Brésil) et 36,8% (Chine) seulement de l'ensemble des emplois créés bénéficient aux femmes. Pour le scénario de l'investissement dans la santé et soins, en revanche, entre 32,5% (Inde) et 56,8% (Brésil) des emplois vont aux femmes.

Globalement, dans tous les pays de l'étude, l'effet direct de l'investissement public dans le secteur de la santé et des soins se traduirait par un plus grand nombre d'emplois nouvellement créés au profit des femmes qu'avec un investissement comparable dans le secteur de la construction. Ainsi, bien que l'investissement public dans l'un ou l'autre secteur ait un effet largement positif sur l'emploi, si les politiques visent à créer de l'emploi pour les femmes et à réduire les disparités existant entre les hommes et les femmes en matière d'emploi, c'est l'investissement dans la santé et les soins qui se révélerait le plus efficace. Néanmoins, hormis au Brésil et en Chine où, respectivement 56,8% et 51,5% de tous les emplois créés suite à l'investissement dans la santé et les soins profitent aux femmes, la majeure partie des emplois créés bénéficierait tout de même aux hommes (tableau 12, figure 2). C'est une conséquence de la méthodologie utilisée pour cette étude, qui part du principe que les proportions d'hommes et de femmes dans chaque secteur restent inchangées. Dans la pratique, il est probable qu'un investissement important réalisé dans un secteur modifie sa structure d'emploi à de nombreux égards.

Par conséquent, les observations diffèrent de notre étude précédente, qui portait sur sept pays de l'OCDE à revenu élevé (De Henau et al., 2016), dans lesquels un investissement dans le secteur des soins avait un impact nettement plus important sur le genre. Nous pensons que la raison principale est due à la nécessité de considérer le secteur de la santé et des soins comme un tout (dans lequel la santé est prédominante), au lieu de prendre en compte le secteur plus spécifique de la petite enfance et de la prise en charge des personnes âgées, comme nous l'avons fait dans l'étude précédente. La différence des effets en termes de proportion et de genre s'explique par les salaires relatifs plus élevés et par la proportion plus forte d'hommes employés en moyenne dans le secteur de la santé que dans la prise en charge des personnes dépendantes dans tous les pays. Une autre raison est le taux inférieur d'emploi des femmes dans l'ensemble des pays de l'étude.

Outre la création de nouveaux emplois, l'investissement public dans les infrastructures sociales, en particulier dans la santé et les soins, peut contribuer à résoudre certains des principaux problèmes économiques et sociaux auxquels se heurtent les pays de l'hémisphère sud, tels que: la prestation insuffisante de soins de santé abordables et de haute qualité, en règle générale, tout particulièrement pour les personnes ayant un faible revenu et celles qui vivent dans des régions isolées; les problèmes liés aux changements démographiques, comme le vieillissement de la population, typiquement associé à des besoins de santé accrus; l'urbanisation et la diminution des familles élargies et des soins prodigués par la famille, entraînant davantage de besoins de prestations plus formelles dans les domaines de la petite enfance et de la prise en charge des personnes âgées; l'inégalité persistante entre les hommes et les femmes face au travail rémunéré et non rémunéré. Certains types spécifiques d'infrastructures physiques, en particulier le transport, la communication et la distribution d'eau potable, pourraient également être pris en compte pour résoudre ces problèmes.

Par ailleurs, l'investissement public dans les infrastructures sociales permettrait de diminuer la charge que représente le travail domestique non rémunéré, à condition qu'il soit correctement organisé. Par conséquent, il pourrait limiter de multiples obstacles à la présence des femmes sur le marché du travail et ainsi enfin rééquilibrer les disparités entre hommes et femmes en matière d'emploi. Un tel investissement pourrait aider les pays dans les actions qu'ils mettent en œuvre pour atteindre les Objectifs de développement durable (ODD), notamment ceux qui se rapportent à la santé (ODD 3), à l'égalité des sexes et à l'autonomisation de toutes les femmes et les filles (ODD 5), à la gestion de l'eau et de l'assainissement (ODD 6), au travail décent (ODD 8). Il pourrait contribuer à «créer une infrastructure résiliente, à promouvoir des industries inclusives et durables et à favoriser l'innovation». Il nous paraît cependant souhaitable que, dans la pratique, «l'infrastructure résiliente» concerne également les infrastructures sociales, au lieu de se limiter aux infrastructures physiques, qui sont actuellement privilégiées (Nations Unies, 2016). Ces politiques permettraient de créer un modèle de développement plus inclusif.

Introduction

Augmenter l'investissement public stimulerait l'emploi et favoriserait la croissance économique. Selon la forme de l'investissement et le lieu où il est réalisé, il pourrait également contribuer à renforcer le développement humain et à atteindre plusieurs Objectifs de développement durable.

Le présent rapport vise à démontrer le bien-fondé de l'investissement public dans les infrastructures sociales et physiques. Les infrastructures sociales désignent l'éducation et les services de soins et de santé et, dans le présent rapport, nous avons mis l'accent sur les soins et la santé. Les infrastructures sociales englobent la main-d'œuvre qui dispense les services de soins et de santé, ainsi que les bâtiments et les infrastructures dans lesquels la prestation de ces services est assurée. Les infrastructures physiques se rapportent aux ressources matérielles utilisées par le public, telles que l'approvisionnement en eau, le logement, la voirie, les autres infrastructures de transport et de communication, qui concentrent généralement l'investissement public destiné à stimuler le développement et à générer de l'emploi.

Nous avons commencé par examiner les arguments théoriques en faveur de l'augmentation de l'investissement public, en accordant une attention particulière à l'investissement dans les infrastructures sociales et dans les infrastructures physiques. Suite à la section théorique, nous avons analysé de manière empirique l'effet d'un tel investissement public sur l'emploi.

Notre recherche empirique porte sur six pays classés par le PNUD en 2015 dans la catégorie du développement humain élevé (Costa Rica et Brésil) ou moyen (Chine, Indonésie, Afrique du Sud et Inde), qui affichent un contraste avec les pays de l'OCDE au développement humain très élevé qui ont fait l'objet de notre précédente étude (De Henau et al., 2016). Les pays de la présente étude ont été choisis parmi les pays dont les données disponibles rendent compte de la diversité des systèmes de réglementation économique et sociale.³ L'Allemagne a été mentionnée à titre indicatif comme point de référence et de comparaison par rapport à l'étude précédente.

Nous avons utilisé des tableaux des entrées-sorties et des statistiques officielles pour estimer les effets directs, indirects et induits sur l'emploi que peut avoir un investissement public accru dans les infrastructures physiques et sociales. Dans cette étude, nous nous intéressons principalement à l'investissement dans le secteur de la construction pour illustrer l'infrastructure physique, et à l'investissement dans le secteur de la santé et des soins pour illustrer l'infrastructure sociale. Dans la nomenclature des activités économiques, le secteur de la santé et des soins figure à la section «santé et action sociale». Le terme «action sociale» comprend les soins résidentiels pour les personnes âgées et les enfants en difficulté (orphelins, etc.), les différents services de garde d'enfants, les centres de jour pour les personnes âgées et les handicapés, ainsi que les services sociaux pour les familles dans le besoin; tous ces services représentent des aspects importants des infrastructures sociales (voir annexe 2 pour de plus amples informations). Toutefois, dans les pays étudiés ici, ce sont les services de santé qui prédominent dans les emplois relevant de cette nomenclature, nettement plus que pour les pays à revenus élevés tels que l'Allemagne (voir tableau 5).

Notre précédente étude, nous avons choisi la prise en charge des personnes dépendantes (c'est-à-dire les services de garde d'enfants et les soins de longue durée) comme exemple de secteur qui crée de l'infrastructure sociale (De Henau et al., 2016). Malheureusement, dans le cas des pays étudiés ici, nous avons dû nous reporter aux tableaux des entrées-sorties de l'OCDE, qui ne distinguent pas la prise en charge des personnes dépendantes du secteur plus général de la santé et des soins. C'est pourquoi nous avons utilisé dans le présent rapport la section «santé et action sociale» de la nomenclature des activités économiques, qui englobe l'ensemble du secteur de la santé et des soins, comme exemple de secteur bénéficiant de l'investissement dans les infrastructures sociales. Nous avons cependant ajouté des commentaires sur les effets liés à la prise en compte du secteur de la santé et des soins dans sa globalité au lieu d'étudier uniquement la prise en charge des personnes dépendantes, comme nous l'avons fait dans la précédente étude. Nous estimons que, si les dépenses dans le secteur de la santé et des soins étaient spécifiquement concentrées sur la prise en charge de la dépendance, les effets sur l'emploi direct seraient un peu plus étendus et favoriseraient davantage les femmes.

³ Nous avons l'intention d'étudier la Tunisie également mais nous n'avons pas trouvé de données détaillées fiables sur l'emploi dans chaque secteur concerné pour réaliser les simulations.

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

Le troisième devoir du souverain, c'est le devoir d'ériger et d'entretenir certains ouvrages publics et certaines institutions que l'intérêt privé d'un particulier ou de quelques particuliers ne pourrait jamais les porter à ériger ou à entretenir, parce que jamais le profit n'en rembourserait la dépense à un particulier ou à quelques particuliers (Adam Smith, 1776 (1976: 244)).⁴

Un certain nombre d'arguments économiques plaident en faveur de l'investissement public. Certains remontent à Adam Smith, qui écrivait au XVIII^e siècle que l'État avait le devoir de prendre en charge les ouvrages publics utiles pour le commerce, tels que les ponts et les routes, car ils rapportent de multiples avantages à la société sur le long terme, bien qu'il soit peu probable qu'ils rapportent des profits à un investisseur individuel. Pour les mêmes raisons, Smith convenait également de l'importance de l'investissement de l'État dans l'éducation des jeunes gens, qui s'apparente davantage à une infrastructure sociale qu'à une infrastructure physique. La théorie économique reconnaît donc depuis longtemps que tous les biens et services indispensables au développement économique et au bien-être des humains ne sont pas nécessairement fournis par le marché.

Les arguments en faveur de l'investissement public dans les infrastructures physiques sont plus largement admis que pour l'investissement dans les infrastructures sociales, peut-être parce que les infrastructures physiques semblent plus manifestement indispensables au commerce. D'un autre côté, il est reconnu qu'il est primordial de pouvoir compter sur une main-d'œuvre qualifiée, en bonne santé et productive, et de lutter contre les problèmes de santé publique pour le bien de tous (en particulier à l'égard des maladies infectieuses). Or, ce type d'investissement public est généralement assimilé aux dépenses de fonctionnement dans les



Photo: AP

comptabilités nationales, et il subit souvent des réductions en période d'austérité, par exemple au moyen de programmes d'ajustement structurel comme dans les années 1980 et 1990, ou de conditions imposées aux pays en échange des prêts accordés par les institutions internationales, lesquelles demandent généralement une certaine frugalité budgétaire et une réduction des dépenses publiques. Ce mode de pensée manque de vision, dans la mesure où l'utilisation des fonds publics pour financer les infrastructures sociales peut se justifier non seulement en termes de justice sociale mais aussi, en s'appuyant sur l'argument d'Adam Smith cité ci-dessus et sur l'analyse macroéconomique keynésienne exposée ci-après, en termes d'effets économiques positifs.⁵

⁵ Un autre argument économique en faveur de l'investissement public est formulé par Harold Minski (2013), qui écrivait au sujet du programme des États-Unis pour lutter contre la pauvreté, dans les années 1960, qu'il fallait que l'État soit l'employeur en dernier recours en cas d'excédent de main-d'œuvre. Des travaux menés ultérieurement (Tcheineva, 2012) ont montré, notamment en Argentine, que les gens ont tendance à préférer l'emploi aux systèmes d'allocations en espèces qui se sont développés récemment, en particulier en Amérique latine. C'est cette politique qui est appliquée en Grèce dans le contexte de la récession économique (Antonopoulos et al., 2014).

⁴ Les deux premiers devoirs sont la défense de l'État et la défense de la justice.

Le point de vue de Keynes sur l'investissement public

Keynes a développé son analyse à l'époque de la Grande Dépression au Royaume-Uni, qui fut marquée par un niveau élevé de chômage et une faible croissance économique. Ces difficultés sont comparables à celles que connaît actuellement l'économie brésilienne qui, depuis 2014, enregistre une croissance négative et une augmentation rapide du chômage, tandis que la récession s'aggrave.⁶ L'Afrique du Sud connaît les mêmes problèmes de faible croissance économique (0,4% par an), de chômage très élevé, au-delà de 25%⁷, et de faible niveau global d'emploi, aussi bien chez les femmes que chez les hommes (inférieur à 50% pour la population en âge de travailler). Pour les autres pays de l'étude, les chiffres relatifs à la croissance économique sont plus élevés, voire très élevés, atteignant plus de 6% par an en Inde et en Chine.⁸ Cependant, le taux d'emploi des femmes en âge de travailler est inférieur à 50%, hormis au Brésil où il s'élève à 52,7% et en Chine à 68% (voir tableau 2). Par ailleurs, l'investissement public reste nécessaire pour atteindre les Objectifs de développement durable (ODD).

L'approche keynésienne repose sur le principe qu'un taux de chômage élevé et un niveau d'emploi faible sont dus à un manque de demande effective dans l'économie, ce qui décourage l'investissement privé puisqu'il n'y a pas de marché pour les produits. Par conséquent, il conviendrait que le gouvernement comble ce manque en investissant directement dans l'économie afin de stimuler l'emploi et contribuer à la reprise de l'économie.

L'investissement public entraîne une hausse de l'emploi dans les activités dans lesquelles l'investissement est réalisé. Il s'agit des **effets directs sur l'emploi** créés par cet investissement. Mais il se produit également un **effet multiplicateur**, ce qui signifie que des emplois supplémentaires seront créés dans les secteurs qui approvisionnent le(s) secteur(s) dans lequel a été effectué l'investissement initial. Ces effets sur la demande et l'emploi vont se répercuter le long de la chaîne d'approvisionnement, ce qui générera de l'emploi dans de nombreux secteurs (y compris dans le(s) secteur(s) dans le(s) quel(s) l'investissement initial a été réalisé). Ces emplois créés en fournissant les apports nécessaires, tels que les matières premières et les services, émanent des **effets indirects sur l'emploi**. En outre, d'autres emplois sont créés dans les secteurs qui fournissent les biens et les services achetés grâce aux revenus plus élevés dont disposent les travailleurs

nouvellement employés; il s'agit des effets induits sur l'emploi. Par conséquent, l'investissement initial génère une nouvelle demande en faveur d'une grande diversité de biens et de services, tels que la nourriture, l'habillement, les soins et les loisirs, qui s'intègrent à la consommation des ménages. Ainsi, le niveau global de la demande et le volume d'emplois générés à partir de l'investissement initial seront plus importants que l'effet immédiat ou direct sur l'emploi créé par le projet d'investissement initial.

Pour résumer, la réactivation de la demande dans l'économie, suite à l'investissement public, générera des emplois directement dans les secteurs dans lesquels l'investissement est réalisé et aura une incidence expansionniste sur la demande globale découlant de l'effet **multiplicateur** ou des répercussions sur les secteurs fournisseurs et sur le secteur des biens de consommation, ce qui contribuera à augmenter l'emploi et à accroître le niveau de croissance économique ou à faire sortir les économies de la récession.

Avec le temps, l'investissement initial sera amorti, en raison de la demande créée dans d'autres secteurs de l'économie. Des économies seront réalisées dans les dépenses publiques du fait de la réduction des paiements qui auraient dû être effectués au titre des allocations de chômage ou des prestations de sécurité sociale; les nouveaux employé(e)s paieront des impôts et, à plus long terme, il se produira un retour sur investissement. Dans les exemples cités plus haut concernant la construction de ponts ou d'hôpitaux, ce retour sur investissement serait dû à la réduction du temps passé dans les transports, ou au fait que la population serait plus productive et en meilleure santé. Si l'on craint que ce retour sur investissement mette trop de temps à se concrétiser et que les répercussions immédiates de l'investissement public entraînent une augmentation trop forte de la dette, alors une banque d'investissement soutenue par le gouvernement pourrait être créée pour encourager directement l'investissement privé⁹. Cependant, l'analyse théorique et empirique menée dans notre précédente étude (De Henau et al., 2016) indique qu'il est souhaitable d'alourdir la dette lorsque nécessaire pour financer l'investissement et montre, au moins pour les pays ayant fait l'objet de l'étude, que les coûts finiront par être amortis et que les citoyens seront plus productifs et en meilleure santé que s'il n'y avait pas eu cet investissement.

6 La Banque mondiale enregistre un taux de croissance négatif de -4,6% en 2015 pour le Brésil et, d'après l'agence de presse Reuters (2016), le niveau actuel de chômage s'élève à 11,3% après une forte hausse alors qu'il affichait 6,5% fin 2014.

7 FMI et base de données de la Banque mondiale (2016).

8 Costa Rica 1,7%, Indonésie 3,5%, Inde 6,3% et Chine 6,4%, d'après la base de données de la Banque mondiale pour 2015 (2016).

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

Discrimination liée au genre dans la pensée économique

L'effet multiplicateur se produira, quel que soit le secteur dans lequel se fera l'investissement initial, mais son importance et son incidence peuvent varier en fonction des secteurs, comme l'indiquent nos observations ci-dessous. Keynes lui-même (1936) disait que le type d'investissement public importait peu. D'après lui, même si les gens étaient employés pour creuser des trous et les reboucher juste après, il y aurait une incidence positive sur l'économie en raison des effets multiplicateurs, comme expliqué plus haut.¹⁰

Plus récemment, dans le même esprit, Robert Skidelsky et Felix Martin (2012) reconnaissent la justesse de l'argument de Keynes, tout en soulignant le point suivant:

Mais à long terme, il est préférable d'accroître la demande globale grâce aux dépenses d'investissement parce que cela crée des actifs à venir identifiables qui promettent de s'autofinancer et d'améliorer le potentiel de croissance. (Skidelsky and Martin, 2012)

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

L'idée selon laquelle l'investissement public devrait financer des projets assurant des retombées positives durables et à grande échelle apparaît dans les réglementations fixées par les États ou par les institutions internationales qui se soucient du niveau de la dette publique, mais qui se montrent plus tolérants si la dépense est destinée aux dépenses d'investissement plutôt qu'aux dépenses de fonctionnement. La distinction entre ces deux types de dépenses est expliquée dans le Système de comptabilité nationale des Nations Unies. Toutefois, dans ce Système, l'investissement dans les infrastructures physiques est considéré comme un stock de capital, tandis que l'investissement dans les infrastructures sociales est assimilé aux dépenses courantes annuelles du gouvernement. Par conséquent, l'investissement dans les infrastructures physiques, comme la construction de ponts, d'écoles, d'hôpitaux et de crèches (comprenant les coûts inhérents aux salaires des maçons) est perçu comme un motif acceptable pour emprunter, alors que le financement de l'administration des écoles, des hôpitaux et des crèches (et, partant, le paiement des salaires des enseignant(e)s, des médecins, des infirmiers/ères, et des employé(e)s de la petite enfance)

ne l'est pas. La classification du Système de comptabilité nationale ne reconnaît pas la contribution productive à long terme qu'offre l'emploi dans les secteurs de l'enseignement, de la santé et des soins, en créant un stock de capital humain. Cette classification met en évidence une discrimination liée au genre dans la pensée économique et la comptabilité. Tout le monde gagne à ce que la population et la société en général aient accès à une meilleure éducation, à une meilleure santé et à de meilleurs soins, et l'économie continuera de bénéficier encore longtemps des dépenses réalisées aujourd'hui dans l'éducation, la santé et la petite enfance. C'est pourquoi nous avons choisi d'appeler ce type de dépenses «investissement dans l'infrastructure sociale». À partir du milieu des années 2000, les gouvernements ont commencé à reconnaître que les dépenses consacrées à l'éducation, à la santé et, dans une moindre mesure, à la petite enfance pouvaient être considérées comme un investissement social dans le sens où elles amélioreraient la capacité de production de l'économie, mais ils n'ont pas cherché à changer les règles de comptabilité qui auraient permis d'assimiler ces

Photo: AP



¹⁰ Pour de plus amples informations, voir De Henau et al. 2016.

dépenses à un capital. Il en est de même avec les soins de longue durée, pour lesquels le lien entre les dépenses et le renforcement de la capacité de production est moins évident que dans le cas de l'éducation ou de la petite enfance.

Ce manque d'intérêt à l'égard des projets d'infrastructure sociale révèle une discrimination liée au genre dans la pensée économique. Compte tenu de la ségrégation sexuelle en matière d'emploi, les hommes sont plus à même d'être embauchés dans le secteur de la construction et les femmes dans celui de la santé, de l'éducation et des soins. Souvent, une plus grande priorité est donnée à l'emploi des hommes qu'à l'emploi des femmes, ce qui signifie que les projets bénéficiant d'un financement ont tendance à être ceux qui emploient plutôt des hommes que des femmes. D'autres projets d'infrastructure sociale profitent souvent aux femmes en particulier, en réduisant la quantité de tâches domestiques non rémunérées qu'elles effectuent, ce qui leur permet de participer à l'économie rémunérée.

Utilité économique et sociale du secteur de la santé et des soins

L'investissement public dans les infrastructures physiques et sociales présente un intérêt économique puisqu'il crée de l'emploi et contribue fortement au développement humain. Bien que les pays figurant dans la présente étude soient dotés d'infrastructures physiques et sociales aussi modernes que celles qui existent dans toutes les grandes villes du monde, l'accès pour en bénéficier est très inégal, et les régions rurales et isolées sont généralement beaucoup moins bien équipées.

Dans ces zones plus reculées et dans certaines agglomérations urbaines très peuplées, en particulier au Brésil et en Afrique du Sud, il apparaît clairement qu'il est nécessaire d'améliorer les infrastructures physiques. Il y a beaucoup à faire en ce qui concerne les services d'approvisionnement en eau, d'assainissement, d'évacuation des eaux usées et de gestion des déchets, ainsi que pour améliorer l'éclairage public, les infrastructures de transports, l'offre de technologies de l'information et de la communication, et pour fournir davantage d'équipements dédiés à l'éducation, à la santé et à la prise en charge des personnes dépendantes.

Des améliorations notables ont été réalisées depuis 2000 dans plusieurs domaines, tels que l'accès à l'eau potable et à de meilleures installations d'assainissement, qui ont une considérable influence sur la santé, mais certains pays, et plus particulièrement les zones rurales, accusent encore un certain retard. Comme le montre le tableau 1, en 2015, en Inde, seulement 40% de la population a accès aux systèmes d'assainissement (et seulement 28,5% de la population rurale). Au Brésil et en Indonésie, les chiffres plus élevés de 83% et 61% au total dissimulent en fait un décalage entre le monde rural et le milieu urbain, étant donné que seulement la moitié de la population rurale a accès à un système d'assainissement satisfaisant dans ces deux pays. En revanche, au Costa Rica, la distinction entre le milieu rural et le milieu urbain est beaucoup moins marquée et la grande majorité

des citoyens (plus de 94%) bénéficient d'un accès à l'assainissement. Par ailleurs, le changement climatique et la dégradation de l'environnement posent de nombreux problèmes, en particulier à l'ouest de la Chine et dans certaines zones de l'Inde qui nécessitent des investissements infrastructurels.

Suivant la forme qu'ils revêtent, les investissements peuvent agir considérablement sur l'amélioration des moyens de subsistance des personnes et réduire les charges de travail non rémunérées qu'effectuent les femmes (Elson et Fontana, 2014). Par exemple, les routes locales, contrairement aux grands axes principaux, peuvent renforcer les liaisons entre les agglomérations et faciliter l'accès à l'eau, aux écoles et aux centres de soins, améliorer la sécurité et aider les citoyens à acheminer leurs biens sur les marchés appropriés. De surcroît, ces investissements peuvent avoir des effets positifs inattendus, tels que la circulation plus rapide des idées, y compris des connaissances sur les droits (Kabeer et al., 2013). De la même manière, dans le cas de la gestion des ordures et des déchets solides, les petits centres de collecte des déchets répartis sur le territoire sont souvent préférés aux grandes décharges, étant donné que les gens – le plus souvent des femmes – se déplacent à pied pour y apporter leurs ordures. Il est donc indispensable que les investissements réalisés prennent en compte la dimension de genre et fassent l'objet d'une étude d'impact de genre pour garantir un effet positif.¹¹ Les politiques visant à intégrer la dimension de genre existent dans tous ces pays, mais il peut se révéler extrêmement difficile de mettre ces politiques en pratique.

¹¹ Le projet sur l'eau de l'association de femmes SEWA, au Gujarat, en Inde, est un exemple de politique qui tient compte des questions de genre. La SEWA a impliqué les femmes à la gestion participative de l'irrigation et de l'approvisionnement en eau au Gujarat pour veiller à ce que leurs besoins spécifiques soient satisfaits. Par exemple, avant leur intervention, les besoins en eau des femmes pour les cultures alimentaires passaient souvent après les cultures commerciales des hommes (Ahmed, 2002).

Tableau 1: Indicateurs de santé sélectionnés

	Brésil	Costa Rica	Chine	Inde	Indonésie	Afrique du Sud	Allemagne
Espérance de vie à la naissance (année) en 2011							
Hommes et femmes	74,1	79,0	75,2	66,8	68,3	58,9	80,5
Femmes	77,7	81,4	76,8	68,2	70,4	61,4	82,9
Hommes	70,5	76,6	73,7	65,6	66,3	56,1	77,9
Pop. ayant accès à l'eau potable (%) en 2015	98,1	97,8	95,5	94,1	87,4	93,2	100,0
Pop. ayant accès à l'assainissement (%) en 2015	82,8	94,5	76,5	39,6	60,8	66,4	99,2
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) en 2011							
moins de cinq ans	16,2	10,1	14,5	57,2	31,7	49,8	4,1
nouveau-nés	10,8	6,5	7,5	31,6	15,7	11,5	2,3
Densité des professionnels de santé qualifiés (pour 10.000 patients) autour de 2011	94,9	18,8	31,5	24,1	15,9	58,9	136,1
Médecins	18,9	11,1	14,9	7,4	2,0	7,8	38,9
Infirmières et sages-femmes	76,0	7,7	16,6	17,1	13,8	51,1	97,2
Dépenses totales de santé (% PIB) en 2011	8,09	9,73	5,03	4,33	2,71	8,61	10,93
Dépenses publiques générales de santé (en % des dépenses totales de santé) en 2011	45,2	73,5	55,9	27,1	37,9	48,0	76,0

Source: Base de données de l'Observatoire mondial de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2016 <http://apps.who.int/gho/data/node.home>)

De nombreux changements s'opèrent actuellement en matière de santé et de soins dans ces pays, d'autant que la plupart ont connu des périodes de rapide croissance économique au cours des deux dernières décennies (OMS, 2016). Certes, des améliorations sont à souligner en ce qui concerne la baisse de la mortalité infantile et néonatale, mais l'Inde et l'Indonésie ont encore beaucoup de progrès à faire pour atteindre les cibles de l'ODD 3 visant à réduire le taux de mortalité infantile et néonatale (respectivement à 25 et à 12 pour 1000 naissances vivantes) comme le montre le tableau 1. De la même manière, le nombre de professionnels de santé qualifiés par rapport à la population varie; même au Brésil, où la densité de professionnels de santé qualifiés est la plus élevée des pays de la présente étude, ce chiffre est nettement plus faible qu'en Allemagne, le pays de référence observé dans notre précédente étude. Dans tous les pays analysés ici, le nombre de médecins pour 10.000 habitants

est largement inférieur à celui de l'Allemagne. Il est également important de noter qu'il s'agit de moyennes, ce qui signifie que les données des régions rurales et des quartiers à faibles revenus peuvent être nettement inférieures.

La croissance économique récente et les niveaux d'inégalité élevés et en hausse ¹² indiquent par ailleurs que certaines parties de la population sont devenues extrêmement riches, ce qui a entraîné une augmentation de problèmes de santé tels que l'obésité¹³ et la consommation excessive d'alcool, et a favorisé le développement des soins privés, c'est-à-dire une prestation très inégale des services de santé pour différentes catégories de la population. Et lorsqu'il n'y a pas de

¹² La Banque de données de la Banque mondiale (2016) indique que le coefficient de Gini s'élevait à 33,9 en Inde et à 63,4 en Afrique du Sud; les données relevées (les dernières disponibles) concernent les années entre 2009 et 2013, mais tous les pays affichaient une hausse par rapport aux années précédentes. Un indice de 0 indiquerait une égalité parfaite et un indice de 100 une situation très inégalitaire.

¹³ Dans les capitales, 47,3% des hommes seraient en surpoids (Paim et al., 2013).

services de soins formalisés, ce sont surtout les femmes qui s'occupent des membres de leur famille et de leurs proches sans rémunération (Elson et Fontana, 2014). Par conséquent, il est indispensable que l'investissement public dans la santé et la prise en charge de personnes dépendantes que nous recommandons soit soumis à un audit de genre ainsi qu'à une étude d'impact plus générale sur l'égalité pour garantir que ses répercussions potentiellement positives sur le bien-être et le développement, et aussi sur l'emploi, se fassent sentir sur l'ensemble de la population et profitent particulièrement aux groupes actuellement défavorisés.

Le tableau 1 met également en évidence le lien étroit et positif entre les dépenses globales de santé et les résultats en matière de santé. L'Afrique du Sud fait exception à la règle car ses indicateurs de santé sont relativement mauvais, malgré des dépenses de santé assez importantes, en pourcentage du PIB. Cela peut en partie s'expliquer par des taux de VIH plus élevés en Afrique du Sud que dans les autres pays.¹⁴

Les dépenses publiques de soins de santé par rapport aux dépenses totales de santé varient également d'un pays à un autre. C'est en Allemagne et au Costa Rica que les dépenses publiques de santé sont les plus élevées, et où les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB sont les plus élevées également. Les dépenses publiques sont les plus faibles en Inde et en Indonésie, où les dépenses totales sont aussi les plus basses. La Chine consacre une plus grande partie de ses dépenses totales de santé à la santé publique qu'à la santé privée, mais dépense moins au total pour la santé en pourcentage du PIB que le Brésil, alors que le Brésil dépense relativement plus dans les services privés de santé que dans les services publics, mais moins globalement dans les soins de santé.

En 1988, le Brésil a défini la santé comme un droit du citoyen et un devoir de l'État, ce qui a contribué à mettre en place un système de santé unifié et à apporter de nombreux résultats positifs, notamment une considérable baisse de la mortalité infantile et de la sous-alimentation des enfants, une importante campagne de vaccination et le développement de services prénataux, ainsi qu'une amélioration de l'accès aux soins primaires et d'urgence pour tous. Cependant, les services de santé sont dispensés de manière très inégale, les ressources étant concentrées dans les grandes villes du Sud (Paim et al., 2013). Cela signifie que le devoir de l'État d'offrir des soins préventifs et curatifs complets et universels, avec la pleine participation des populations locales au niveau municipal, ne s'est pas concrétisé dans tout le pays.

Au Costa Rica, la priorité a été donnée, surtout dans le passé, à l'instauration d'un système de protection sociale fort et l'armée active a été dissoute en 1948 au profit des dépenses de santé (Engles, 2011). Un système public de santé a été mis sur pied, dénommé «Caja»¹⁵, grâce auquel l'espérance de vie est désormais à égalité avec les pays dont le niveau de développement est très élevé selon la classification du PNUD. Le tableau 1 montre que le niveau de dépenses de santé est proche de celui de l'Allemagne et que le gouvernement prend en charge une grande proportion de ces dépenses (75%). Les dépenses publiques de santé représentent quant à elles 26,5% du budget global du gouvernement, ce qui reflète bien la priorité donnée à la santé (OMS, 2016).

Les chiffres correspondant à ces deux pays latino-américains diffèrent largement des chiffres des autres pays. Par exemple, en Indonésie, qui ne dépense que 2,71% du PIB pour la santé, la contribution du gouvernement à cet égard n'est que de 37%, et seulement 5,8% du budget total du gouvernement est consacré à la santé (OMS, 2016). La situation de l'Inde est comparable, ce qui revient à dire que, dans ces pays, les citoyens doivent financer directement les soins de santé «de leur poche», ce qui peut avoir un effet dévastateur sur le bien-être général des ménages. Même au Costa Rica, les observateurs signalent que, l'économie étant plus ouverte depuis l'adhésion à l'accord de libre-échange d'Amérique centrale (ALEAC), les pressions économiques à l'égard des dépenses publiques augmentent parallèlement à l'expansion du système de santé privé (Engles, 2011). Aujourd'hui, la technologie et les connaissances médicales permettent d'atteindre les Objectifs de développement durable en matière de santé; il s'agit donc essentiellement d'une question de politique et de répartition.

Le même type d'arguments peut être avancé pour défendre l'investissement dans les soins dédiés à la petite enfance et aux personnes âgées. Des services formels de haute qualité pour la petite enfance et les soins de longue durée pour les personnes âgées sont pour ainsi dire inexistantes dans les pays étudiés ici, y compris au Costa Rica, malgré ses services de santé plus développés (Scheil-Adlung, 2015). Il semble normal que les membres de la famille, en particulier les femmes, s'occupent de leurs proches dépendants. D'ailleurs, la loi le prévoit en Chine et en Inde, ce qui signifie que la famille (nucléaire) est financièrement et légalement responsable de prendre en charge les proches et que l'État n'offre aucune assistance à cet égard. L'État (souvent les autorités régionales) n'intervient que pour aider les personnes les plus pauvres n'ayant plus de famille. Au Brésil, la responsabilité légale de la famille ne s'applique qu'aux soins aux personnes

¹⁴ Environ 20% en Afrique du Sud, comparé au chiffre bien inférieur à 1% dans tous les autres pays de la présente étude (ONUSIDA, 2016).

¹⁵ «Caja» désigne une caisse spéciale dans laquelle les fonds sont rassemblés et dépensés collectivement (Engles, 2011).

âgées, étant donné que l'accès aux services de petite enfance est devenu un droit constitutionnel, même si, dans la pratique, ces services font gravement défaut dans la plupart des municipalités (Paes de Barros et al., 2011). Dans d'autres pays, la responsabilité de la famille est également primordiale, soit par défaut en cas de manque de services de soins externes abordables, soit volontairement, à l'aide de petites incitations financières sous la forme de modestes prestations en espèces (comme en Afrique du Sud). En ce qui concerne les soins aux personnes âgées, de rigoureuses conditions de ressources existent pour les citoyens qui ne peuvent pas compter sur leur famille pour s'occuper d'eux et la plupart des prestations sont assurées dans des institutions plutôt qu'au domicile et se limitent aux personnes qui se trouvent dans les situations les plus graves (Scheil-Adlung, 2015).

En Afrique du Sud, le manque de services formels de soins rend la situation extrêmement difficile pour les personnes âgées, d'autant que, du fait de la forte prévalence du VIH/SIDA et du vieillissement de la population, un nombre croissant de personnes âgées doivent non seulement s'occuper des adultes de la famille malades et/ou au chômage, mais aussi de leurs petits-enfants (souvent orphelins), alors qu'ils ont eux-mêmes besoin de soins (Scheil-Adlung, 2015).

En Chine, l'effet conjugué de l'ancienne politique de l'enfant unique et de la migration urbaine a contribué à détériorer les liens familiaux, contraignant l'État à étendre ses prestations de services, bien qu'ils soient essentiellement réservés aux personnes âgées seules les plus pauvres (Gideon, 2016). Dans les zones urbaines, les services de soins de longue durée du secteur privé ont vu le jour avec un système d'assurance privé onéreux encouragé par l'État, qui reste largement inabordable pour les familles à revenus faibles ou moyens (Scheil-Adlung, 2015).¹⁶

Bien que l'Inde n'ait pas adopté de politique de l'enfant unique, sa situation est comparable à celle de la Chine à d'autres égards. Face à la migration urbaine et aux pressions exercées sur les ménages, l'État met progressivement en œuvre des plans afin de compléter les soins dispensés par la famille en offrant des prestations de soins formelles (Scheil-Adlung, 2015).

Quant aux soins dédiés à la petite enfance, ils sont essentiellement prodigués gratuitement par les familles, dans la

plupart des pays étudiés, même s'il existe des services universels assimilés à l'école maternelle pour les enfants un peu plus âgés, généralement l'année précédant l'entrée à l'école primaire. Les quelques rares jeunes enfants pris en charge dans des garderies subventionnées sont généralement issus de familles très pauvres (Sauma, 2012).

Dans tous les pays, dans les familles plus aisées, les soins peuvent être réalisés par des travailleurs/euses domestiques embauchés à cette fin (souvent de manière informelle) en l'absence de services (privés) formels. En règle générale, les membres de la famille ou les travailleurs domestiques s'occupent à la fois des personnes et des tâches ménagères (comme dans le cas du Brésil). Cependant, le travail domestique procède rarement d'un choix délibéré; au Brésil, par exemple, avant la crise économique actuelle, les femmes quittaient ce secteur à mesure que d'autres opportunités de travail s'offraient à elles. Les problèmes de pénurie de main-d'œuvre ont contribué à une hausse des salaires et à une plus grande formalisation des pratiques de travail pour celles qui ont continué à travailler dans ce secteur (Acciari, à paraître prochainement).

Les estimations de l'OIT, qui s'appuient sur les chiffres de l'OCDE de 2013, montrent que pour atteindre des niveaux de soins de longue durée formels pour les personnes âgées dans les pays à revenu élevé, le nombre de travailleurs requis s'élèverait à 626.000 au Brésil et à 2,7 millions en Inde (en partant pratiquement de zéro), à 3,6 millions en Chine (presque trois fois plus que la main-d'œuvre actuelle) et à 86.000 en Afrique du Sud (cinq fois plus que l'actuelle main-d'œuvre des soins de longue durée) (Scheil-Adlung, 2015).

Ainsi, il est probable que l'investissement dans les secteurs des soins – petite enfance et personnes âgées – devienne encore plus nécessaire à l'avenir. Cet investissement aurait non seulement un effet direct sur la hausse de l'emploi des femmes, mais il permettrait en outre, par le jeu des effets multiplicateurs, de créer de nouveaux emplois dans d'autres secteurs. De plus, davantage de femmes pourraient entrer sur le marché du travail rémunéré. Le travail lié aux tâches domestiques et à la garde d'enfants est fortement marqué du point de vue du genre, dans la mesure où les femmes accomplissent encore la majeure partie de ces tâches, rémunérées ou non. Si les femmes se tournent vers d'autres possibilités d'emploi, les services collectivisés se révéleront nécessaires.¹⁷ Par conséquent, l'investissement dans le secteur des soins est un élément fondamental pour atteindre l'ODD 5 (sur l'égalité de genre).

¹⁶ Fin 2015, la Chine a mis fin à sa politique de l'enfant unique, ce qui a permis à tous les couples d'avoir deux enfants. La politique mise en place à la fin des années 70 a été modifiée face aux préoccupations que suscitaient le vieillissement de la population et l'impact potentiel d'une population réduite sur la croissance économique. Une autre source d'inquiétude est l'effet de cette politique sur la proportion d'hommes et de femmes dans la société, en raison du perpétuel phénomène de la préférence du fils. Il est intéressant de constater que les jeunes femmes essentiellement citadines et diplômées, issues de la politique de l'enfant unique, s'interrogent sur les conséquences de cette politique sur leur carrière, ce qui révèle que la responsabilité de la petite enfance continue d'incomber aux femmes, et met en évidence l'absence de services de petite enfance largement disponibles, accessibles et abordables (Huang, 2016).

¹⁷ Dans notre étude précédente, nous expliquons que les prestations de soins peuvent engendrer des avantages non négligeables en termes d'efficacité (De Henau et al., 2016).

Nous n'avons pas été en mesure d'évaluer l'impact de l'investissement spécifique pour la petite enfance et les soins de longue durée dans le présent rapport, mais les résultats de notre précédente étude (De Henau et al., 2016) témoignent de l'importance de l'investissement dans ce secteur, qui sera probablement encore plus indispensable à l'avenir.¹⁸ L'analyse ci-dessous met en évidence l'avantage économique de l'augmentation de l'investissement public global dans les infrastructures sociales et physiques. Nous commenterons nos observations de manière plus détaillée dans les sections suivantes.

Emploi dans les secteurs de la santé et de la construction

Cette section donne une vue d'ensemble de la situation de l'emploi dans les pays étudiés, plus précisément de l'emploi et des salaires dans les secteurs de la santé et des soins et de la construction, afin de présenter les informations générales utiles à l'interprétation des effets sur l'emploi.

Le tableau 2 indique la variation qui se produit sur le marché du travail entre les six pays étudiés et l'Allemagne.

Le niveau d'emploi est globalement élevé en Chine, en Allemagne et en Indonésie mais, dans le cas de l'Indonésie, il existe un écart important entre les hommes et les femmes, de même qu'en Inde et au Costa Rica. En Afrique du Sud, cet écart est moins marqué mais le taux d'emploi des hommes et des femmes est très faible. Le niveau de chômage est élevé en Afrique du Sud; c'est la Chine qui enregistre le niveau de chômage le plus bas.

Dans la plupart des pays étudiés, le statut professionnel le plus fréquent est celui d'employé (il n'y a pas de données pour la Chine, ou elles ne sont pas comparables). Toutefois, ce n'est pas le cas en Inde et en Indonésie, où le statut de travailleur indépendant est prédominant, en particulier pour les hommes. Les emplois d'aidants familiaux sont également répandus dans ces deux pays, surtout chez les femmes; il s'agit du type d'emploi le plus important en Indonésie.

¹⁸ Pour de plus amples explications sur ce point, voir De Henau et al. 2016).

Tableau 2: Indicateurs d'emploi (2011)

		Brésil	Costa Rica	Chine	Inde	Indonésie	Afrique du Sud	Allemagne
Ratio emploi-population (15-64 ans)								
	Tous	63,2%	55,8%	75,1%	56,0%	63,0%	38,9%	72,7%
	Hommes	74,3%	74,3%	82,0%	76,3%	78,0%	44,9%	77,6%
	Femmes	52,7%	38,3%	68,0%	34,6%	48,0%	33,2%	67,8%
Écart hommes-femmes dans l'emploi (15-64 ans)		21,5%	36,0%	14,0%	41,7%	30,0%	11,7%	9,8%
Taux de chômage (+15 ans)								
	Tous	7,5%	3,4%	2,9%	10,3%	8,1%	29,6%	5,8%
	Hommes	5,6%	3,6%	2,6%	9,1%	7,7%	25,4%	6,1%
	Femmes	10,1%	3,1%	3,2%	12,8%	8,8%	34,4%	5,6%
Statut								
Tous								
	Employé	70,8%	71,8%	n/a	18,0%	32,1%	84,0%	88,3%
	Indép./employeur	23,4%	27,1%	n/a	64,6%	47,2%	15,2%	11,1%
	Aidant familial	1,7%	1,0%	n/a	17,3%	20,7%	0,7%	0,6%
Hommes								
	Employé	68,1%	67,8%	n/a	19,4%	35,9%	83,0%	85,6%
	Indép./employeur	26,9%	31,2%	n/a	69,6%	54,3%	16,7%	14,1%
	Aidant familial	1,1%	1,0%	n/a	11,0%	9,8%	0,4%	0,3%
Femmes								
	Employé	74,6%	79,4%	n/a	14,5%	26,5%	85,5%	91,5%
	Indép./employeur	18,8%	19,5%	n/a	51,5%	36,5%	13,3%	7,6%
	Aidant familial	2,5%	1,2%	n/a	33,9%	37,0%	1,2%	0,9%

Source: Statistiques des Nations Unies, bureaux nationaux de statistiques (enquête sur la main-d'œuvre ou recensement). En Chine, la population en âge de travailler concerne les personnes de 16 à 64 ans. Par «indépendant» on entend les travailleurs indépendants sans employés et par «employeur» les travailleurs indépendants qui emploient des salariés (secteurs formel et informel).

Le tableau 3 indique les données de l'emploi informel, qui représente un aspect important de ces économies. L'emploi informel est l'emploi qui n'est pas soumis aux lois relatives à l'emploi, à la sécurité sociale et à l'imposition (voir annexe 2 pour de plus amples informations). Le tableau 3 montre que l'ampleur de l'emploi informel dans les secteurs non agricoles varie considérablement d'un pays à un autre, s'élevant à environ un tiers de l'emploi total en Afrique du Sud, en Chine et au Costa Rica, jusqu'à près de trois quarts en Indonésie et plus de quatre cinquièmes en Inde. Ces deux derniers pays se caractérisent par leur niveau élevé de travailleurs indépendants et d'aidants familiaux. Dans tous les pays étudiés, les femmes occupent plus souvent des emplois informels que les hommes.

Tableau 3: Emploi informel dans l'économie

	Année	Secteur	Nombre (en milliers)			% de l'emploi total		
			Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Brésil	2011	non agri.	30 249	16 116	14 132	38,4	36,8	40,4
Chine	2010	non agri.	360 200			32,6		
Costa Rica	2011	non agri.	574	294	281	33,6	29,8	38,8
Inde	2012	non agri.	206 961	165 307	41 654	84,7	84,3	86,4
	2012	total	429 473	309 354	120 119	91,8	90,7	94,8
Indonésie	2009	non agri.	3 157	1 977	1 180	72,5	72,3	72,9
Afrique du Sud	2010	non agri.	4 089	2 071	2 018	32,7	29,5	36,8

Source: Base de données ILOSTAT. Note: «non agri.» se réfère aux données relatives aux secteurs non agricoles de l'économie. Une définition des catégories classées dans l'emploi informel figure en annexe 2.

Le tableau 4 indique que la proportion de la construction dans l'emploi total varie entre 4,8% en Indonésie et pratiquement le double en Inde. L'emploi dans les services de santé et de soins est nettement moins développé en Inde et en Indonésie qu'au Brésil et au Costa Rica (et qu'en Allemagne), ce qui met en évidence le potentiel de création d'emplois résultant d'un investissement public dans ces pays, en particulier ceux qui affichent des niveaux moyens de développement, comme l'Inde et l'Indonésie. Ce tableau montre également que les deux secteurs suivent le schéma typique de la ségrégation sexuelle, avec une prédominance masculine dans le secteur de la construction et une prédominance féminine dans celui de la santé et des soins (sauf en Inde, même si le secteur de la santé et des soins du pays emploie tout de même une proportion beaucoup plus élevée que le secteur de la construction). Il est toutefois intéressant de noter que, dans tous les pays, la prédominance masculine dans le secteur de la construction est nettement supérieure à la prédominance féminine dans le secteur de la santé et des soins.

Tableau 4 : Emploi dans les secteurs de la construction et de la santé et des soins

	Tous secteurs	Construction			Soins de santé		
	Nombre d'emplois (milliers)	Nombre d'emplois (milliers)	% du total	% de femmes	Nombre d'emplois (milliers)	% du total	% de femmes
Brésil	99 582	6 773	6,8%	3,5%	4 972	5,0%	74,2%
Costa Rica	1 654	97	5,9%	5,0%	75	4,5%	62,1%
Chine	763 612	59 673	7,8%	14,4%	16 679	2,2%	59,8%
Inde	464 527	44 163	9,5%	15,9%	4 569	1,0%	42,6%
Indonésie	110 584	5 284	4,8%	2,9%	773	0,7%	63,3%
Afrique du Sud	13 319	1 050	7,9%	29,6%	213	1,6%	61,4%
Allemagne	41 447	2 299	5,5%	12,8%	4 637	11,2%	77,0%

Source: Tableaux des entrées-sorties de l'OCDE et données nationales (voir annexe 2 pour de plus amples informations)

Le tableau 5, qui comprend l'emploi informel et l'emploi formel, indique que dans tous les pays étudiés pour lesquels nous disposons de données, seule une petite proportion d'emplois du secteur de la santé concerne aussi bien les soins résidentiels que les soins/la prise en charge de la dépendance non résidentiels – environ 10% dans la plupart des pays et moins de 20% dans tous les pays. Ainsi, la majeure partie des effets observés lors de la simulation se rapporte davantage à la structure des soins de santé qu'à la prise en charge des personnes dépendantes. Ce n'est pas le cas en Allemagne, notre pays de référence pour l'OCDE, où la prise en charge des personnes dépendantes, qu'il s'agisse de soins résidentiels ou non résidentiels, représente plus de 40% des emplois de l'ensemble du secteur de la santé et des soins. Dans la pratique, cette différence s'explique en grande partie par le fait que, dans les pays en développement, une proportion plus forte des soins est effectuée par des membres de la famille non rémunérés.

Le tableau 5 révèle en outre que, s'il existe une prédominance féminine dans les emplois du secteur de la santé dans tous les pays, hormis en Inde, cette prédominance est encore plus forte dans le domaine de la prise en charge des personnes dépendantes. La seule exception est l'Allemagne, où la prise en charge de la dépendance accuse une présence légèrement moins forte des femmes que le secteur de la santé dans son ensemble.

Tableau 5: Emploi dans les services de santé et de soins (pays sélectionnés – nombre de personnes, 2011)

	Tous	Hommes	Femmes	% de femmes
Costa Rica				
Structures de soins de santé	69 104	27 223	41 881	60,6%
Soins résidentiels	3 547	948	2 599	73,3%
Soins/prise en charge de la dépendance non résidentiels	2 413	258	2 155	89,3%
Proportion des soins de santé*	92,1%	95,8%	89,8%	
Brésil				
Structures de soins de santé	2 982 382	776 957	2 205 425	73,9%
Soins résidentiels	244 390	54 615	189 775	77,7%
Soins/prise en charge de la dépendance non résidentiels	27 322	9 014	18 308	67,0%
Proportion des soins de santé	91,7%	92,4%	91,4%	
Afrique du Sud				
Activités liées à la santé humaine	634 690	219 793	414 897	65,4%
Activités liées à la prise en charge de la dépendance	150 476	46 391	104 085	69,2%
Proportion des soins de santé	80,8%	82,6%	79,9%	
Inde				
Structures de soins de santé	3 363 609	2 099 789	1 289 085	38,3%
Soins résidentiels	168 180	30 432	116 134	69,1%
Soins/prise en charge de la dépendance non résidentiels	336 361	91 295	232 268	69,1%
Proportion des soins de santé	87,0%	94,5%	78,7%	
Allemagne				
Structures de soins de santé	2 803 700	615 000	2 188 700	78,1%
Soins résidentiels	1 087 000	254 900	832 000	76,5%
Soins/prise en charge de la dépendance non résidentiels	875 800	228 500	647 300	73,9%
Proportion des soins de santé	58,8%	56,0%	59,7%	

Source: Données de recensement des bureaux nationaux de statistiques et d'Eurostat pour l'Allemagne (voir annexe 2)

*indique l'emploi dans le secteur de la santé en % de l'emploi total dans le secteur de la santé et de la prise en charge des personnes dépendantes

Le tableau 6 compare les niveaux de salaires de chaque secteur et indique que les travailleurs/euses du secteur de la santé et des soins ont des salaires supérieurs à la moyenne, à l'exception de l'Allemagne, où ce secteur comporte un nombre important de travailleurs (faiblement rémunérés) qui s'occupent des personnes dépendantes. En outre, dans tous les pays, les travailleurs de la santé et des soins sont mieux payés que ceux du secteur de la construction. Ces chiffres sont très différents des résultats de notre précédente étude (De Henau et al., 2016) sur la prise en charge de la dépendance dans laquelle il apparaissait que la rémunération des employé(e)s était généralement plus faible que la moyenne, et plus faible aussi que celle des travailleurs du secteur de la construction. En partant du principe que les écarts de salaire du secteur de la santé sont à peu près les mêmes qu'en Allemagne (en raison du niveau plus faible de qualifications dans la prise en charge de la dépendance, au moins pour les prestataires directs de soins), les travailleurs qui s'occupent de personnes dépendantes seraient moins payés que les personnels de santé dans tous les pays, et probablement moins que les travailleurs de la construction dans certains pays.

Tableau 6: Niveaux de salaires relatifs dans les secteurs de la construction et de la santé et des soins (2011)

% des salaires moyens	Brésil	Costa Rica	Chine (urbaine)	Inde	Indonésie	Afrique du Sud	Allemagne
Tous secteurs	100	100	100	100	100	100	100
Construction	85	74	75	71	98	63	81
Soins et santé	127	187	110	177	126	155	95
Salaires relatifs	1,5	2,5	1,5	2,5	1,3	2,4	1,2

Source: Base de données ILOSTAT et bureau national de statistiques de la Chine

Le tableau 7 présente des données semblables par sexe (nous ne disposons pas de données distinctes hommes-femmes pour la Chine). Dans tous les pays, le salaire des hommes est inférieur à la moyenne dans le secteur de la construction. En revanche, le salaire des femmes qui travaillent dans le secteur de la construction est supérieur à la moyenne dans certains pays et inférieur dans d'autres. Dans les pays qui comptent très peu de femmes dans la construction (Brésil, Costa Rica et Indonésie), les femmes présentes dans ce secteur ont un salaire supérieur au salaire moyen des femmes, peut-être parce qu'il s'agit de travailleuses non manuelles. Les pays où les femmes perçoivent un salaire inférieur au salaire moyen dans le secteur de la construction ont des niveaux d'emploi féminins plus élevés dans ce secteur (Inde, Afrique du Sud et Allemagne). L'écart de salaire positif entre la santé et la construction est plus prononcé dans tous les pays pour les hommes que pour les femmes, essentiellement parce que les hommes sont payés nettement au-dessus de la moyenne dans le secteur de la santé, et moins bien payés dans celui de la construction (vraisemblablement parce qu'ils ont plus tendance à occuper des emplois mieux rémunérés dans le secteur de la santé que des emplois faiblement rémunérés dans la prise en charge de la dépendance, ou des emplois manuels faiblement rémunérés dans le secteur de la construction).

Tableau 7: Salaires par secteur et par sexe, et disparités salariales entre hommes et femmes

		Brésil	Costa Rica	Inde	Indonésie	Afrique du Sud	Allemagne
Hommes							
	Tous secteurs	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Construction	75,1	70,2	69,3	89,0	59,8	75,8
	Soins de santé	165,2	217,5	195,9	118,4	155,1	109,4
Femmes							
	Tous secteurs	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Construction	134,8	113,7	68,4	148,3	55,0	90,3
	Soins de santé	127,2	173,4	182,4	146,9	170,7	97,8
Disparités salariales							
	Tous secteurs	22,6%	6,6%	32,6%	22,1%	20,9%	20,3%
	Construction	-38,9%	-51,4%	33,5%	-29,9%	27,2%	5,1%
	Soins de santé	40,4%	25,5%	37,3%	3,4%	13,0%	28,7%

Source: Base de données ILOSTAT

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

L'analyse ci-dessous évalue l'ensemble des effets de l'investissement dans les infrastructures physiques et sociales susceptibles de générer des emplois, et la ventilation de ces effets par sexe. À l'aide de tableaux des entrées-sorties et d'autres statistiques officielles¹⁹, nous avons calculé les effets directs, indirects et induits sur l'emploi pour un investissement public équivalent à 2% du PIB réalisé dans le secteur de la santé et des soins ou de la construction, en prenant ces deux secteurs comme exemples types des secteurs recevant des investissements dans les infrastructures sociales et physiques, respectivement. Nous avons également observé la ventilation par sexe de chacun de ces effets sur l'emploi.

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

La proportion d'emplois directs pouvant être créés par l'investissement dans un secteur donné dépend de la quantité de main-d'œuvre que nécessite le processus de production et des frais de personnel relatifs à cette main-d'œuvre (rémunéra-

tion des employé(e)s, cotisations des employeurs à la sécurité sociale et autres coûts). Les effets indirects sont calculés pour chaque secteur à l'aide des tableaux des entrées-sorties pour déterminer le total des éléments d'entrée requis le long de la chaîne d'approvisionnement (y compris les éléments importés) pour la production d'une unité de sortie pour ce secteur. Les effets totaux directs et indirects sur l'emploi (également appelés de type I) représentent alors le total de ces éléments d'entrée, chacun étant multiplié par l'emploi par unité de sortie dans son processus de production. Nous obtenons ensuite l'effet indirect sur l'emploi dans chaque secteur en soustrayant l'effet direct sur l'emploi, selon le calcul indiqué ci-dessus.

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

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

¹⁹ Pour plus de précisions sur la méthodologie, voir l'annexe 1; pour de plus amples informations sur les sources statistiques et les définitions des secteurs, voir l'annexe 2.

Une explication plus détaillée de la méthode utilisée pour notre analyse figure en annexe 1. L'année de référence des tableaux des entrées-sorties est 2011.

Effets directs sur l'emploi

Le tableau 8 montre qu'un investissement équivalant à 2% du PIB générerait différents effets d'échelle sur chacun des deux secteurs d'un pays à un autre, du fait des disparités entre les niveaux actuels de rendement de chaque secteur. Comme nous l'avons vu précédemment pour les dépenses de santé, l'Inde et l'Indonésie dépensent relativement peu dans leurs secteurs de santé, en proportion et, par conséquent, un investissement de 2% du PIB entraînerait une croissance nettement plus forte dans le secteur de la santé qu'au Costa Rica ou en Allemagne, où les dépenses de santé sont déjà plus importantes, et où ce secteur est plus développé.

Un facteur détermine l'importance de l'effet direct sur l'emploi: il s'agit des besoins de main-d'œuvre directe de chaque secteur, la quantité de personnes directement embauchées pour produire un résultat d'un million USD dans le secteur en question. Cela dépend par ailleurs de la productivité de la main-d'œuvre dans le processus de production de ce secteur, sachant qu'une productivité plus faible (intensité de main-d'œuvre plus forte) génère un besoin de main-d'œuvre directe plus élevé. Les niveaux de salaire du secteur agissent sur les prix de vente de la production du secteur et, indirectement,

sur ses besoins de main-d'œuvre directe, parce qu'avec des salaires plus faibles, donc des prix plus faibles, un million USD permet d'acheter plus de production de ce secteur et, ainsi, de générer davantage d'emploi. Le tableau 8 montre que le besoin de main-d'œuvre directe est plus important dans les deux secteurs en Chine et en Inde que dans les autres pays, et qu'il est également plus important dans le secteur de la santé et des soins que dans celui de la construction au Brésil, en Chine, en Indonésie et en Allemagne; il est similaire dans les deux secteurs au Costa Rica et plus faible dans la santé et les soins que dans la construction en Inde et en Afrique du Sud.

L'autre facteur qui détermine l'importance des effets directs sur l'emploi est le montant investi. Pour comparer au mieux les dépenses, cette simulation examine les effets d'un investissement de 2% du PIB dans plusieurs secteurs, mais nous devons reconnaître que les résultats sont très différents d'un pays à un autre. Ils dépendent en effet du niveau de productivité des travailleurs/euses d'un pays donné, globalement, et de la proportion de la population actuellement employée dans ce pays (ces deux facteurs influencent le niveau du PIB). Investir 2% du PIB dans l'un ou l'autre secteur va générer des hausses d'emploi plus faibles dans les pays dont la productivité est moins élevée ou dont le niveau actuel d'emploi est plus bas (en raison d'un PIB plus faible) que dans les pays ayant les mêmes besoins de main-d'œuvre directe pour le secteur en question, mais une meilleure productivité ou un niveau actuel d'emploi plus élevé (en raison d'un PIB plus élevé).

Photo: AP



Tableau 8: Indicateurs de productivité et d'intensité de main-d'œuvre dans les secteurs de la construction et de la santé et des soins

	Brésil	Costa Rica	Chine	Inde	Indonésie	Afrique du Sud	Allemagne
Investissement public initial direct de 2% du PIB (en millions USD)	52 304	825	148 840	37 848	17 859	8 332	75 154
en % des résultats dans la construction	23%	19%	8%	9%	8%	18%	22%
en % des résultats dans la santé et les soins	36%	24%	58%	77%	98%	65%	20%
Besoins de main-d'œuvre directe: construction	29,5	22,0	31,4	105,9	22,5	22,8	6,6
Besoins de main-d'œuvre directe: santé et soins	34,0	21,8	65,3	93,2	42,3	16,5	12,6
PIB/travailleur (USD)	26 262	24 684	9 746	4 074	8 075	31 279	90 664
PIB/habitant (USD)	13 042	8 965	5 520	1 517	3 648	7 975	46 723

Source: Statistiques des Nations Unies et tableaux des entrées-sorties de l'OCDE (voir annexe 2)
Note: Besoin de main-d'œuvre directe = main-d'œuvre directement employée (nombre de personnes) pour produire un résultat d'un million USD dans un secteur donné.

Le tableau 9 présente les effets directs sur l'emploi par pays, c'est-à-dire le nombre de nouveaux emplois directement générés par un investissement équivalent dans le secteur de la construction ou dans le secteur de la santé et des soins. Nous indiquons ces chiffres pour chaque pays en pourcentage de sa population en âge de travailler (15-64 ans), c'est-à-dire en points de pourcentage de hausse du taux d'emploi. Les différences entre les pays en ce qui concerne la hausse du taux d'emploi directement généré par l'investissement dans un secteur reflètent, d'une part, les différences de besoins de main-d'œuvre directe de ce secteur d'un pays à un autre et indiquent, d'autre part, la situation du PIB de chaque pays. Les besoins de main-d'œuvre directe sont déterminés par les niveaux de productivité et de salaire de ce secteur, en comparaison avec les autres pays, et la situation du PIB d'un pays est déterminée par le niveau de productivité de ce pays et son taux d'emploi actuel.²⁰ Dans un même pays, l'ampleur relative des effets directs sur l'emploi dans chaque secteur dépend des besoins de main-d'œuvre directe de chacun des secteurs, c'est-à-dire quelle proportion des ressources investies dans chaque secteur est dépensée pour le travail et si les travailleurs/euses sont bien payés.

En comparant les effets d'un investissement dans le secteur de la santé et des soins à un investissement équivalent dans le secteur de la construction, le tableau 9 indique clairement que les effets directs sur l'emploi sont légèrement plus im-

portants, dans la plupart des pays, lorsque l'investissement est réalisé dans la santé et les soins que lorsqu'il est réalisé dans la construction, sauf en Inde et en Afrique du Sud; au Costa Rica, le résultat est identique pour les deux secteurs. Comme expliqué plus haut, ces données présentent les mêmes différences de besoins de main-d'œuvre directe que celles qui figurent dans le tableau 8 ci-dessus. La plus grande différence entre les deux secteurs concernant la hausse de l'emploi généré se produit en Allemagne, où les personnels de santé et de soins ne gagnent que 20% de plus en moyenne que les travailleurs/euses de la construction; cette différence est moins marquée entre les deux secteurs que dans les autres pays de la présente étude (tableau 6) et une proportion plus importante de personnels de santé se trouvent dans le domaine de la prise en charge des personnes dépendantes (tableau 5), qui nécessite assez peu de matériel et de matières premières, et où les salaires ont tendance à être relativement faibles (De Henau et al., 2016). Cela donne au secteur de la santé et des soins des besoins de main-d'œuvre directe particulièrement importants, et suggère qu'un investissement dans la prise en charge des personnes dépendantes aurait un meilleur effet direct sur la création d'emplois qu'un investissement dans le secteur de la santé et des soins pris dans sa globalité; cette observation s'applique aux autres pays étudiés ici.

²⁰ Nous ne disposons pas de données sur les heures de travail pour les pays étudiés ici; c'est pourquoi, contrairement à l'étude précédente, nous ne sommes pas en mesure de traduire le nombre d'emplois générés en équivalents temps plein (ETP).

Tableau 9: Effets directs sur l'emploi

	Construction		Santé et soins	
	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)
Brésil	1 545 000	1,2%	1 778 000	1,4%
Costa Rica	18 000	0,6%	18 000	0,6%
Chine	4 680 000	0,5%	9 717 000	1,0%
Inde	4 007 000	0,5%	3 528 000	0,5%
Indonésie	403 000	0,3%	755 000	0,5%
Afrique du Sud	190 000	0,6%	138 000	0,4%
Allemagne	498 000	1,0%	948 000	2,0%

Source: Calculs effectués par les auteurs

Dans tous les pays, les personnels de santé et de soins ont des salaires plus élevés que les travailleurs/euses de la construction. En Inde, en Afrique du Sud et au Costa Rica, le salaire relatif des personnels de santé et de soins est particulièrement élevé – plus du double – par rapport à celui des travailleurs de la construction (voir tableau 6). C'est également dans ces trois pays, comme on peut le supposer, que les effets directs sur l'emploi découlant d'un investissement dans le secteur de la santé et des soins sont inférieurs ou égaux aux effets générés par un investissement dans le secteur de la construction. D'un autre côté, au Brésil, en Chine et en Indonésie, les effets directs sur l'emploi résultant d'un investissement dans la santé et les soins sont plus marqués qu'avec un investissement dans la construction, bien que les salaires soient plus élevés dans le secteur de la santé et des soins, parce que, dans ces pays, l'intensité de la main-d'œuvre du secteur de la santé et des soins l'emporte sur les niveaux plus élevés de salaires et requiert davantage de main-d'œuvre directe que le secteur de la construction (voir tableau 8). L'impact serait encore plus important si tout nouvel investissement était dédié spécifiquement au développement de la prise en charge des personnes dépendantes, car cela entraînerait encore plus d'effets directs sur l'emploi.

L'Inde se distingue pour ses besoins de main-d'œuvre directe relativement importants par rapport à d'autres pays, aussi bien dans la construction que dans la santé, mais aussi pour ses effets directs sur l'emploi, qui sont plutôt bas dans chaque secteur. Ce phénomène est en grande partie dû aux faibles taux d'emploi et de productivité du pays dans l'ensemble de l'économie, en comparaison avec d'autres pays (voir tableau 8), ce qui signifie que la somme investie (2% du PIB) est comparativement faible et crée peu d'emplois par rapport à la taille de la population. En Indonésie, les ef-

fets directs sur le taux d'emploi sont également plus faibles que dans d'autres pays, en particulier dans le secteur de la construction, du fait de besoins de main-d'œuvre directe relativement peu élevés dans les deux secteurs et, en même temps, à cause des faibles taux d'emploi et de productivité dans l'ensemble de l'économie, ce qui fait diminuer la somme investie.

Le tableau 10 indique que les effets directs de l'investissement dans les deux secteurs sur l'emploi des hommes et des femmes sont très contrastés. Les deux secteurs se caractérisent par une forte ségrégation sexuelle, surtout celui de la construction. Par conséquent, nettement moins de 20% des emplois directement créés par un investissement dans la construction bénéficieraient aux femmes, dans tous les pays hormis l'Afrique du Sud (29,6%). Au Brésil, au Costa Rica et en Indonésie, au maximum 5% des emplois directement créés profiteraient aux femmes. Il faut toutefois noter que cette simulation présuppose que la prédominance masculine dans le secteur de la construction ne change pas suite à l'augmentation de l'investissement dans ce secteur (voir annexe 1). Tout gouvernement soucieux de réduire les inégalités de genre pourrait, en réalisant un investissement dans le secteur de la construction, encourager la présence d'un plus grand nombre de femmes dans ce secteur. S'il n'y parvient pas, un investissement dans la construction risque d'amplifier les différences entre hommes et femmes en matière d'emploi, dans l'ensemble de l'économie. C'est ce que révèle le tableau 10, où il apparaît que l'investissement dans le secteur de la construction entraîne une hausse directe du taux d'emploi chez les hommes, comprise entre 0,5 et 2,3 points de pourcentage, alors qu'elle ne dépasse pas une fourchette de 0,1 à 0,3 points chez les femmes.

Tableau 10: Effets directs sur l'emploi par sexe

	Construction			Santé et soins		
	% d'emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)	% d'emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)
Brésil	3,5%	0,1%	2,3%	74,2%	2,0%	0,7%
Costa Rica	5,0%	0,1%	1,2%	62,1%	0,7%	0,5%
Chine	14,4%	0,1%	0,8%	59,8%	1,2%	0,8%
Inde	15,9%	0,2%	0,9%	42,6%	0,4%	0,5%
Indonésie	2,9%	0,0%	0,5%	63,3%	0,6%	0,4%
Afrique du Sud	29,6%	0,3%	0,8%	61,4%	0,5%	0,3%
Allemagne	12,8%	0,3%	1,8%	77,0%	3,0%	0,9%

Source: Calculs effectués par les auteurs

Le secteur de la santé et des soins se distingue également par une importante ségrégation sexuelle, mais dans le sens inverse, dans tous les pays sauf en Inde, où un nombre légèrement supérieur d'hommes sont employés dans le secteur de la santé et des soins en général (voir tableaux 4 et 5). À l'exception de l'Inde, l'investissement dans la santé et les soins aurait ainsi pour effet direct de réduire les différences entre hommes et femmes au niveau de l'emploi dans l'ensemble de l'économie. Un tel investissement permettrait de resserrer l'écart entre hommes et femmes en matière d'emploi dans chaque pays, en augmentant le taux d'emploi des femmes de 0,5 à 3,0 points de pourcentage, ainsi que celui des hommes, quoique plus faiblement (entre 0,3 et 0,9 points de pourcentage). Néanmoins, dans pratiquement tous les pays, la hausse des emplois occupés par les hommes suite à un investissement dans le secteur de la santé et des soins est toujours plus élevée que la hausse des emplois occupés par les femmes après un investissement dans le secteur de la construction. Si l'investissement concernait la prise en charge des personnes dépendantes, non seulement le volume total d'emplois directement générés serait plus important mais, en outre, la proportion d'emplois occupés par les femmes serait également plus forte.²¹

Ensemble des effets sur l'emploi en tenant compte des effets indirects et induits

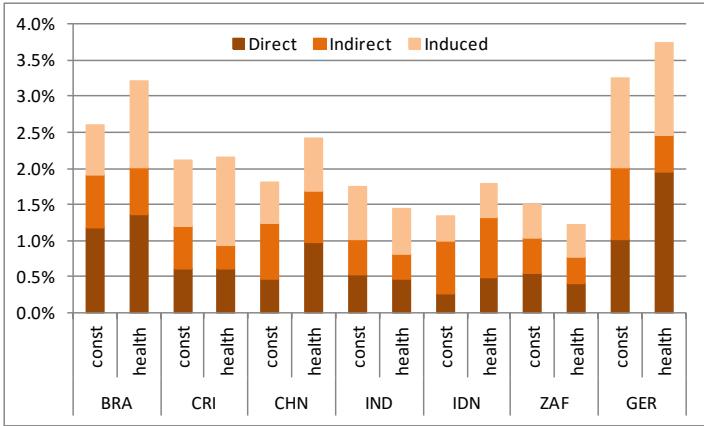
L'investissement dans l'un ou l'autre secteur va générer des effets indirects supplémentaires sur l'emploi étant donné que les produits des fournisseurs seront plus demandés. Cette demande accrue et les effets sur l'emploi se répercuteront le long de la chaîne d'approvisionnement, ce qui entraînera des effets

indirects sur l'emploi dans de nombreux secteurs (y compris le(s) secteur(s) dans le(s)quel(s) l'investissement initial a été réalisé).

Des effets induits sur l'emploi se produiront en plus des effets indirects, du fait de la hausse des revenus des ménages générée par l'augmentation des emplois. Une partie de ces revenus sera dépensée et contribuera à accroître la demande dans l'économie, ce qui créera des emplois dans les secteurs dans lesquels les ménages dépensent leurs revenus.

Les effets indirects et induits viennent s'ajouter aux effets directs et donnent ainsi une idée de l'ensemble des effets sur l'emploi, comme le montre la figure 1 ci-dessous. Ce sont les effets totaux sur l'emploi qu'il faut prendre en compte pour bien comprendre comment utiliser l'investissement pour générer de l'emploi.

Figure 1: Contribution des effets directs, indirects et induits à l'augmentation des taux d'emploi par secteur et par pays



Source: Calculs effectués par les auteurs

21 C'est particulièrement vrai pour le Costa Rica et l'Inde; le tableau 5 montre que la proportion de femmes employées dans la prise en charge des personnes dépendantes est nettement plus importante que celle des femmes employées dans le secteur de la santé dans ces deux pays (et légèrement plus élevée aussi au Brésil et en Afrique du Sud).

Les effets indirects sur l'emploi représentent une proportion plus importante par rapport aux effets directs dans les pays analysés ici que dans les pays de la précédente étude (voir annexe 3, tableaux A.1 et A.2 pour de plus amples informations), ce qui est logique, dans la mesure où la présente étude concerne le secteur de la santé et de la prise en charge de la dépendance en globalité, et non la seule prise en charge de la dépendance; le secteur de la santé utilise beaucoup d'autres moyens de production en plus de la main-d'œuvre, ce qui crée une demande en faveur de ces moyens de production le long de la chaîne d'approvisionnement. Nous pouvons seulement émettre l'hypothèse que le ratio plus faible entre les effets directs et les effets indirects sur l'emploi dans le secteur de la construction, en comparaison avec la précédente étude, résulte peut-être d'une plus grande sous-estimation de l'emploi direct dans les économies qui recourent beaucoup à l'emploi informel (voir tableau 3) et/ou d'une moins bonne intégration de la chaîne d'approvisionnement dans les économies qui comptent de nombreux travailleurs indépendants (voir tableau 2). Cela peut également s'appliquer au secteur de la santé et des soins. La figure 1 indique également la contribution des effets induits. Il convient de noter que ces effets sont davantage sujets à controverse et que certains bureaux nationaux de statistiques ne les calculent pas. Nous les avons pris en compte parce qu'ils présentent souvent un intérêt non négligeable, mais ils sont donnés ici à titre purement indicatif.²²

Le tableau 11 présente l'ensemble des effets sur l'emploi en récapitulant les emplois générés par les effets directs, indirects et induits sur l'emploi.

Nous observons que, dans la plupart des pays, le volume total d'emplois générés par un investissement dans le secteur de la santé et des soins est plus élevé que pour un investissement équivalent dans le secteur de la construction. Il n'y a qu'en Inde et en Afrique du Sud qu'un investissement dans la construction génère légèrement plus d'emplois. Pour diverses raisons, exposées ci-dessus dans la réflexion sur les effets directs, un investissement dans la santé et les soins spécifiquement ciblé dans la prise en charge des personnes dépendantes permettrait de créer davantage d'emplois directs, ce qui produirait des effets encore plus importants sur l'ensemble de l'emploi. Ainsi, lorsqu'il est question d'investir dans le but de stimuler l'emploi, il conviendrait d'envisager un investissement dans la santé et les soins, et plus particulièrement dans la prise en charge de la dépendance, en plus de l'investissement dans le secteur de la construction, qui est généralement préféré.

Tableau 11: Ensemble des effets sur l'emploi

	Construction		Santé et soins	
	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)
Brésil	3 394 000	2,6%	4 198 600	3,2%
Costa Rica	61 500	2,1%	62 900	2,2%
Chine	17 884 300	1,8%	23 954 500	2,4%
Inde	13 466 400	1,8%	11 028 300	1,4%
Indonésie	2 105 200	1,3%	2 799 300	1,8%
Afrique du Sud	511 000	1,5%	414 300	1,2%
Allemagne	1 581 600	3,3%	1 813 900	3,7%

Source: Calculs effectués par les auteurs

Le tableau 12 révèle que l'ensemble des effets sur l'emploi dans le secteur de la construction favorise l'emploi des hommes, dans tous les pays. Au Brésil, en Chine et en Allemagne, un investissement dans le secteur de la santé et des soins permettrait de réduire les différences entre les hommes et les femmes en matière d'emploi en augmentant davantage le taux d'emploi des femmes que celui des hommes. Dans les autres pays, cet investissement générerait un plus grand nombre d'emplois pour les hommes que pour les femmes parce que, même si l'effet direct d'un investissement dans la santé et les soins crée plus d'emplois pour les femmes, les effets indirects et induits profitent plus aux hommes, en raison du faible niveau d'emploi des femmes dans les autres secteurs. Cependant, un investissement dans le secteur de la santé et des soins crée plus d'emplois pour les femmes qu'un investissement dans le secteur de la construction, dans tous les pays. En outre, bien

²² Les effets induits, tels qu'ils sont calculés ici, sont simplement proportionnels au total des coûts salariaux supplémentaires issus des effets directs et indirects sur l'emploi. La seule différence des effets induits que notre méthodologie peut constater est une différence d'échelle. Voir les tableaux A.3 et A.4 en annexe 3 pour plus de détails au sujet des effets induits sur l'emploi.

qu'un investissement dans la construction génère davantage d'emplois pour les hommes en général, la différence n'est pas toujours très importante. En effet, en Chine et en Indonésie, le nombre d'emplois créés chez les hommes suite à un investissement dans le secteur de la santé et des soins est légèrement supérieur au nombre d'emplois générés par un investissement dans le secteur de la construction.

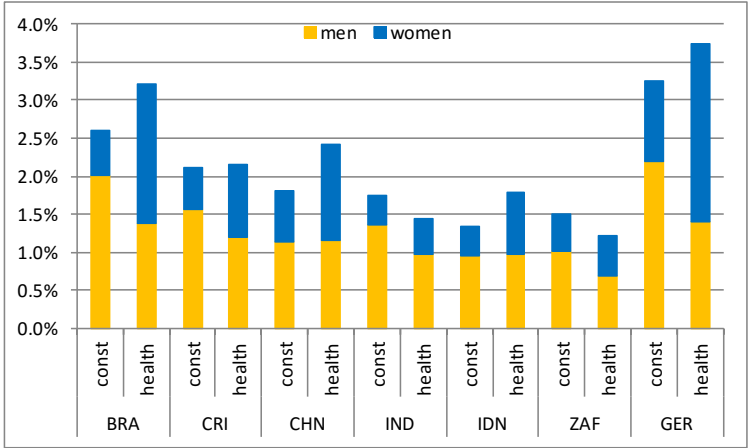
Tableau 12: Ensemble des effets sur l'emploi par sexe

	Construction			Soins de santé		
	% d'emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)	% d'emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)
Brésil	22,5%	1,1%	4,1%	56,8%	3,6%	2,8%
Costa Rica	25,5%	1,0%	3,2%	44,0%	1,8%	2,5%
Chine	36,8%	1,4%	2,2%	51,5%	2,5%	2,3%
Inde	22,3%	0,8%	2,7%	32,5%	1,0%	1,9%
Indonésie	29,0%	0,8%	1,9%	44,9%	1,6%	2,0%
Afrique du Sud	32,2%	0,9%	2,1%	43,4%	1,0%	1,4%
Allemagne	32,8%	2,1%	4,4%	62,6%	4,6%	2,8%

Source: Calculs effectués par les auteurs

La figure 2 illustre ces résultats en indiquant les contributions à la hausse de l'ensemble des taux d'emploi ventilés par sexe, ce qui confirme que le taux d'emploi des femmes augmente beaucoup plus lorsque l'investissement cible le secteur de la santé et des soins. Toutefois, le taux d'emploi des hommes augmente fortement aussi suite à un investissement dans le secteur de la santé et des soins, parfois presque autant qu'avec un investissement dans le secteur de la construction.

Figure 2: Contribution de l'emploi des hommes et des femmes à l'augmentation des taux d'emploi par secteur et par pays



Source: Calculs effectués par les auteurs

Le tableau 13 montre l'ampleur des différences entre les hommes et les femmes en matière d'emploi dans chaque pays, et de quelle manière ces différences augmenteraient ou diminueraient suite à un investissement dans le secteur de la santé et des soins ou dans le secteur de la construction.

Tableau 13: Différences entre hommes et femmes en matière d'emploi et effets sur ces différences suite à un investissement de 2% du PIB dans les secteurs de la construction et de la santé et des soins

	Différences actuelles hommes-femmes dans l'emploi	Construction		Santé et soins	
		Évolution de la différence hommes-femmes dans l'emploi (en points de %)	% des différences actuelles hommes-femmes dans l'emploi	Évolution de la différence hommes-femmes dans l'emploi (en points de %)	% des différences actuelles hommes-femmes dans l'emploi
Brésil	21,5%	3,0%	14%	-0,7%	-3%
Costa Rica	36,0%	2,2%	6%	0,6%	2%
Chine	14,0%	0,9%	6%	-0,2%	-2%
Inde	41,7%	1,8%	4%	0,9%	2%
Indonésie	30,0%	1,1%	4%	0,3%	1%
Afrique du Sud	11,7%	1,2%	10%	0,4%	3%
Allemagne	9,8%	2,3%	24%	-1,8%	-18%

Source: Calculs effectués par les auteurs

Un investissement dans le secteur de la construction accroît les disparités entre hommes et femmes en matière d'emploi dans tous les pays, tandis qu'un investissement dans le secteur de la santé et des soins réduit ces disparités au Brésil, en Chine et en Allemagne, et les augmente beaucoup moins qu'un investissement dans le secteur de la construction au Costa Rica, en Inde, en Indonésie et en Afrique du Sud. Compte tenu des raisons expliquées plus haut, il est probable qu'un plus grand nombre de pays affichent une diminution des différences entre hommes et femmes dans l'emploi suite à un investissement dans le secteur de la santé et des soins spécifiquement axé sur la prise en charge des personnes dépendantes. C'est pourquoi la réduction des disparités entre hommes et femmes qui apparaît dans le tableau 13 est beaucoup plus importante en Allemagne, le seul pays où la prise en charge des personnes dépendantes représente actuellement une proportion importante du secteur de la santé et des soins.

Le Costa Rica et l'Inde en sont de bons exemples, étant donné que la proportion de femmes qui travaillent dans le secteur de la santé est nettement inférieure à celle des femmes qui travaillent dans la prise en charge des personnes dépendantes (tableau 5). Bien qu'il soit impossible d'évaluer l'effet total sur l'emploi d'un investissement spécifique dans la prise en charge des personnes dépendantes à l'aide des données disponibles, nous pouvons donner une indication de la différence qu'un investissement ciblant la prise en charge des personnes dépendantes produirait sur les proportions d'emplois générés par sexe.

Nous pouvons faire cette estimation en partant du principe que les besoins de main-d'œuvre directe et toutes les ressources étaient les mêmes pour l'ensemble du secteur de la santé et des soins, de telle sorte que le nombre total d'emplois générés par un investissement dans ce secteur ne varie pas en fonction du domaine auquel cet investissement est affecté.²³

Pour évaluer la répartition des emplois entre hommes et femmes, nous pouvons nous appuyer sur la proportion de femmes qui travaillent dans la prise en charge de la dépendance plutôt que dans le secteur de la santé et des soins dans sa globalité. L'effet direct sur l'emploi serait alors plus important pour les femmes, avec 69% des emplois directement générés qui seraient occupés par des femmes en Inde, au lieu de 42,5%, et 80% au lieu de 62% au Costa Rica (comme l'indique le tableau 10). Nous supposons que les effets indirects et induits sur l'emploi ne vont pas changer et qu'ils vont atténuer l'impact direct sur l'égalisation des genres, par le biais des disparités entre hommes et femmes dans l'emploi rémunéré en général dans les pays étudiés. Cependant, en tenant compte de l'effet direct sur l'emploi par sexe d'un investissement dans la prise en charge des personnes dépendantes, plutôt que dans le secteur de la santé et des soins en général, l'effet total sur l'emploi par sexe (comme présenté dans le tableau 12) fait un bond de 44% à 50% au Costa Rica pour les emplois nouvellement créés occupés par les femmes, et de 32% à 41% en Inde.

²³ Les besoins de main-d'œuvre directe sont certainement sous-estimés, dans la mesure où les salaires sont généralement plus bas dans le domaine de la prise en charge de la dépendance que dans le secteur de la santé, donc il peut y avoir un besoin de main-d'œuvre directe plus élevé. Il se peut toutefois que ce décalage soit compensé par la création d'un moins grand nombre d'emplois indirects.

Or, un autre effet important sur l'égalisation des genres, qui n'est pas présenté dans cette analyse, est l'impact de l'investissement lui-même sur les possibilités qui s'ouvrent pour les femmes sur le marché du travail. Il convient de prêter attention à l'aspect de l'offre du marché du travail, et en particulier à la capacité d'un investissement dans les services de soins à faciliter l'accès à l'emploi rémunéré pour les femmes (en se substituant au travail non rémunéré qu'elles effectuent), qui sont les premières à dispenser des soins primaires. Si nous avons pris en compte ce phénomène dans notre analyse empirique, nous supposons que les emplois nouvellement créés (non seulement dans le secteur de la santé et des soins, mais aussi dans d'autres secteurs de l'économie) seraient occupés par une plus forte proportion de femmes que dans la présente simulation, ce qui contribuerait à réduire davantage les inégalités de genre, ce que ne permettrait pas un investissement dans le secteur de la construction.

Ces résultats indiquent très clairement la nécessité d'évaluer les effets de l'égalité des emplois chez les hommes et les femmes résultant de toute stimulation par l'investissement, que cet investissement ait essentiellement pour objectif de créer des emplois ou qu'il soit réalisé à d'autres fins. En particulier, les formes plus traditionnelles d'incitation par l'investissement, qui ont tendance à bénéficier au secteur de la construction, peuvent accentuer considérablement les disparités entre hommes et femmes dans l'emploi. Dans tous les cas, les actions bénéfiques destinées à lutter contre la prédominance masculine chez les fournisseurs du secteur de la construction, ainsi qu'au sein du secteur de la construction lui-même, seraient nécessaires pour atténuer ces effets.

Cette analyse ne cherche pas en soi à mettre en cause l'investissement dans le secteur de la construction. Elle vise plutôt à montrer, étant donné qu'un investissement dans le secteur de la santé et des soins agit de manière plus favorable sur les inégalités dans l'emploi et stimule autant ou davantage l'emploi dans son ensemble, que les décisions liées à tout investissement doivent prendre en compte, non seulement les effets sur l'emploi, mais aussi les avantages plus généraux pour la société de chaque type d'investissement. L'analyse indique clairement qu'un investissement dans les infrastructures physiques n'est pas le seul moyen de stimuler l'emploi.

Les effets positifs directs pour la société qu'offre un investissement dans le secteur de la santé et des soins, et plus particulièrement dans la prise en charge des personnes dépendantes, sont abordés dans une autre partie de la présente étude, ce qui permet de plaider en faveur de ce type d'investissement. Mais les effets sur l'emploi sont considérables également et leurs retombées sur les inégalités entre hommes et femmes ne font que confirmer cet argument, au moins en

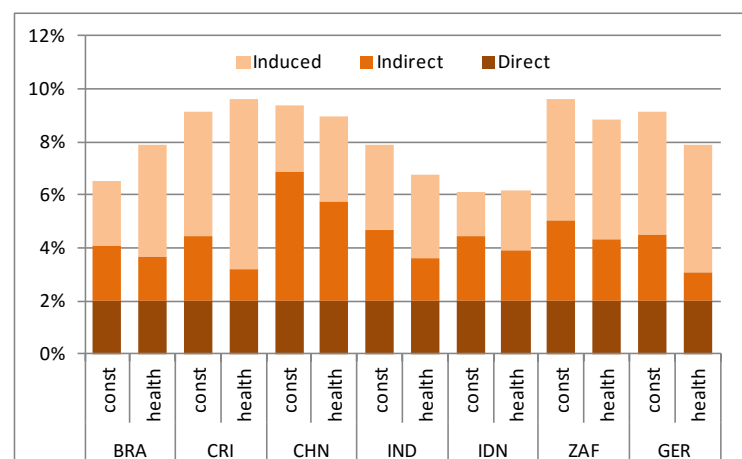
comparaison avec des formes plus traditionnelles de stimulation de l'emploi. S'il faut justifier l'investissement dans les infrastructures physiques, il faut aussi justifier la nécessité d'obtenir des résultats, et constater que les effets négatifs sur le genre sont atténués par d'autres types d'investissement. En termes de création d'emplois et de répercussions sur les inégalités entre hommes et femmes, un investissement dans le secteur des soins tend à se révéler plus efficace.

Effets sur la croissance économique

Il n'y a pas que l'effet sur l'emploi qu'il est intéressant d'analyser, mais aussi l'effet global sur le PIB, c'est-à-dire l'effet multiplicateur sur la production dû à la demande supplémentaire indirecte et induite générée suite à un investissement de 2% du PIB.

La figure 3 présente des résultats contrastés. Un investissement dans la santé et les soins entraîne moins d'effets multiplicateurs sur la production qu'un investissement équivalent dans la construction en Chine, en Inde, en Afrique du Sud et en Allemagne, mais en génère davantage au Brésil, au Costa Rica et en Indonésie. Dans tous les pays, les effets indirects sont plus importants dans le secteur de la construction que dans celui de la santé et des soins, pour les raisons exposées plus haut, mais c'est l'inverse qui se produit pour la demande induite, en partie parce que les niveaux de salaire sont plus élevés dans le secteur de la santé et des soins que dans la construction (dans les pays dont les effets directs sont relativement importants). Globalement, un investissement dans l'un ou l'autre secteur va générer des effets multiplicateurs qui vont varier entre un peu plus de 3 (en Indonésie) et presque 5 au Costa Rica (pour la santé et les soins) et en Afrique du Sud (pour la construction).

Figure 3: Effets directs, indirects et induits sur le PIB



Source: Calculs effectués par les auteurs

Conclusion

Le présent rapport montre que les politiques qui se révèlent efficaces pour promouvoir la croissance économique et l'emploi sont vraisemblablement celles qui comportent un investissement public dans les infrastructures. Cependant, il est nécessaire d'étudier les infrastructures sous un angle plus général que ce qui est habituellement décrit dans les rapports sur les plans d'intervention keynésiens. Les infrastructures sociales, c'est-à-dire les activités liées aux soins de santé, à l'éducation, à la petite enfance et aux soins de longue durée pour adultes, sont indispensables pour maintenir et améliorer la capacité de production d'une économie, et constituent des moyens essentiels pour développer la qualité de vie des citoyens et des citoyennes. En ce qui concerne les pays étudiés dans le présent rapport, les niveaux actuels d'investissement public dans ces services, en particulier dans le secteur de la santé et des soins, restent inférieurs à ceux des pays de l'OCDE.

À court terme, nos simulations indiquent que le fait d'investir l'équivalent de 2% du PIB dans le secteur de la santé et des soins ou dans celui de la construction génère des effets positifs considérables sur l'emploi et la production. Les différences d'ampleur de ces effets d'un pays à un autre sont liées aux différences de niveaux de productivité et de structure des économies. Un investissement dans le secteur de la santé et des soins produit des effets plus importants sur l'ensemble de l'emploi au Brésil, en Chine et en Indonésie et, dans une moindre mesure, au Costa Rica. En Afrique du Sud et en Inde, cet investissement génère des effets sur l'emploi légèrement plus faibles qu'un investissement comparable dans le secteur de la construction. Toutefois, dans tous les pays sauf l'Inde, un investissement dans les activités relatives à la santé et aux soins crée davantage d'emplois pour les femmes, ce qui contribue à réduire les inégalités entre hommes et femmes en matière d'emploi.

Bien que les données disponibles n'aient pas permis d'analyser spécifiquement les effets sur l'emploi d'un investissement dans la prise en charge des personnes dépendantes (petite enfance et soins de longue durée), les résultats ont montré que, compte tenu des niveaux de salaire plus faibles et d'une plus forte présence féminine dans la prise en charge de la

dépendance que dans les services de santé, il était probable que les effets directs sur l'emploi soient un peu plus importants qu'en investissant dans le secteur de santé et des soins en général. Cependant, la prise en charge des personnes dépendantes nécessite moins de résultats et les travailleurs/euses de ce secteur ont tendance à gagner moins d'argent, ce qui explique que l'effet sur la demande indirecte et induite soit moins marqué; or, si le schéma observé dans les pays à revenu élevé de notre précédente étude était applicable ici, un investissement spécifique dans la prise en charge des personnes dépendantes aurait un effet global sur l'emploi plus important.

Afin que les pays soient comparables, la simulation propose d'investir une proportion identique du PIB de chaque pays dans l'un ou l'autre secteur. Une autre forme de comparaison consisterait à estimer les effets d'une harmonisation des niveaux de dépenses de santé et de soins des pays plus développés. Par exemple, comme le montre le tableau 1, en prenant l'Allemagne comme point de référence, l'investissement supplémentaire nécessaire dans le secteur de la santé en pourcentage du PIB pour correspondre aux 11% de l'Allemagne serait de 2% au Costa Rica (selon la simulation), 2,5% en Afrique du Sud, 3% au Brésil, 6% en Chine, 6,5% en Inde et 8% en Indonésie (soit quatre fois les données utilisées pour la simulation, dans le présent rapport). Les effets sur l'emploi en Inde et en Indonésie s'amplifieraient alors d'autant. Comme les niveaux actuels de dépenses et d'emploi dans le secteur de la santé et des soins offrent un accès beaucoup plus limité à des services de santé et de prise en charge de la dépendance abordables et de haute qualité que dans les pays à revenu élevé de l'OCDE, l'intérêt d'investir dans ces services apparaît clairement, de même que la nécessité d'améliorer les infrastructures physiques essentielles pour l'approvisionnement en eau potable, les systèmes d'assainissement et les moyens de transport pour les collectivités isolées.

De plus, un investissement dans les services de soins sera plus à même de faciliter l'accès à l'emploi pour les femmes, permettant ainsi d'accroître la main-d'œuvre féminine globale. Si davantage de femmes occupent les emplois nouvellement créés, en particulier dans d'autres secteurs par le jeu

des effets indirects et des effets induits, l'effet compensateur sur l'emploi d'un investissement dans les soins serait plus marqué que les effets observés dans nos présentes simulations, en particulier dans les pays qui affichent d'importantes disparités entre hommes et femmes en matière d'emploi comme l'Inde, le Costa Rica et l'Indonésie.

Enfin, l'argument à retenir est que les avantages d'investir à la fois dans les infrastructures sociales et dans les infrastructures physiques durables et respectueuses de l'environnement sont supérieurs à leurs effets économiques et à leurs effets sur l'emploi. Des prestations de haute qualité en termes de santé et de prise en charge de la dépendance sont propres à une société civilisée et en bonne santé et constituent en soi une condition suffisante pour plaider en faveur de l'investissement public dans des services de soins de haute qualité. En outre, investir dans des services de soins ainsi que dans des projets de construction répondant à des critères renouvelables et respectueux de l'environnement représente une étape incontournable pour permettre aux sociétés d'être plus durables. Il convient d'étudier les deux types d'investissement ensemble. Ce rapport suggère que l'investissement dans les infrastructures sociales est une priorité pour faire face au besoin urgent de combler les lacunes du secteur de la santé et des soins et de résoudre le problème des inégalités entre hommes et femmes. Quoiqu'il en soit, les résultats de cette analyse et d'autres études montrent que, en tant qu'alternative efficace à l'austérité et à l'ajustement structurel, l'investissement dans les infrastructures physiques ne peut être présenté comme la seule forme d'investissement susceptible de stimuler l'emploi et l'activité économique.

Références

- Acciari, L. (à paraître), «Domestic workers' mobilisations in Brazil and the struggle for labour rights», PhD thesis, London: London School of Economics.
- Ahmed, S. (2002), «Mainstreaming Gender Equity in Water Management: Institutions, Policy and Practice in Gujarat, India», in *Natural Resources Management and Gender: A Global Source Book*. KIT (Royal Tropical Institute), the Netherlands, pp 33-43.
- Antonopoulos, R., Adam, S., Kim, K., Masterson, T., Papadimitriou, T. (2014), «Responding to the Unemployment Challenge: A Job Guarantee Proposal for Greece». Levy Institute Research Report. Accessible (en anglais) sur: <http://www.levyinstitute.org/publications/responding-to-the-unemployment-challenge-a-job-guarantee-proposal-for-greece>.
- Banque mondiale (2016), Indicateurs du développement dans le monde. Accessible sur: http://databank.banquemondiale.org/data/reports.aspx?Code=SI.POV.GINI&id=af3ce82b&report_name=Popular_indicators&populartype=series&ispopular=y&Type=TABLE.
- Banque mondiale (2012), Rapport sur le développement dans le monde. Gender equality and development. Accessible (en anglais) sur: <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTWDRS/EXTWDR2012/0,,contentMDK:23004468~pagePK:64167689~piPK:64167673~theSitePK:7778063,00.html>.
- De Henau, J., Himmelweit, S., Lapniewska, Z., Perrons, D. (2016) «Investir dans l'économie des soins. Une analyse par sexe d'une stimulation de l'emploi dans sept pays de l'OCDE», rapport du Women's Budget Group pour la Confédération syndicale internationale, Bruxelles, mars 2016. Accessible sur: <http://www.ituc-csi.org/CareJobs>.
- Elson, D. and Fontana, M. (2014), «Public provision on water provision and early childhood education and care: do they reduce or redistribute unpaid work?», *Gender and Development*, 22 (3): 459-474.
- Engles, Z. (2011), «Costa Rica Balancing Act. Social welfare programs and Neoliberal Reforms», *Claremont Journal of International Affairs*. Accessible (en anglais) sur: <https://claremontjia.wordpress.com/2011/08/05/costa-rica%E2%80%99s-balancing-act-social-welfare-programs-and-neoliberal-policies/>.
- FMI (2016), *South Africa Labour market Dynamics and Inequality*, WP/16/137 written by R. Anand., Kuthari, S. and Kumar, N. Accessible sur: <https://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=44078.0>.
- Huang, S. (2016), «Investigating resistances in China's transition from the One Child Policy to the Universal Two-Child Policy», MSc Dissertation, Gender Institute, London School of Economics.
- Gideon, J. (2016), «Migration and health in a Chinese Context: examining linkages through a gender lens». In J. Gideon (eds) *International Handbook on Gender and Health*, Cheltenham: Edward Elgar.
- Gouvernement écossais, 2015. *Input-Output Methodology Guide* [en ligne], accessible sur: <http://www.gov.scot/Topics/Statistics/Browse/Economy/Input-Output/MultiplierMethodology> (consulté le 04/07/2016).
- Gretton, P., 2013. «On input-output tables: uses and abuses». Australian Productivity Commission Staff Research Note [en ligne] <http://www.pc.gov.au/research/completed/input-output-tables> (consulté le 04/08/2015).
- Kabeer, N., Assaad, R., Darkwah, A., Mahmud, S., Sholkamy, H., Tasneem, S. and Tsikata, D. (2013), *Paid work, women's empowerment and inclusive growth: Transforming the structures of constraint*, New York: ONU Femmes. Accessible (en anglais) sur: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2013/1/paid-work-womens-empowerment-and-inclusive-growth#sthash.yswRQMsB.dpuf>.
- Keynes, John Maynard, 1936. *Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie*, Livre III, La propension à consommer, chapitre X: La propension marginale à consommer et le multiplicateur. In *The Collected Writings of John*

Maynard Keynes Volume VII, London: MacMillan St Martin's Press.

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

Nations Unies (2016), Objectifs de développement durable. Accessible (en anglais) sur: <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>.

ONUSIDA (2016), indicateurs du VIH. Accessible (en anglais) [en ligne] sur: <http://aidsinfo.unaids.org/>.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2016), base de données de l'Observatoire mondial de la santé [en ligne] (accessible en anglais sur: <http://apps.who.int/gho/data/node.home>, consulté le 13/07/2016).

Paes de Barros, R., Olinto, P., Lunde, T. and Carvalho, M. (2011), «The Impact of Access to Free Childcare on Women's Labor Market Outcomes: Evidence from a Randomized Trial in Low-income Neighborhoods of Rio de Janeiro», document préparé pour le Forum des économistes de la Banque mondiale en 2011, mars 2011.

Paim, J., Travassos, C. A., Ligia B., Macinko, J. (2011), «The Brazilian health system: history, advances, and challenges», *Lancet*, May: 1778-1797.

Reuters (2016), «Brazil's unemployment rate hits 4-year high as recession bites», 29 juillet. Accessible (en anglais) sur: <http://www.cnbc.com/2016/07/29/brazils-unemployment-rate-hits-4-year-high-as-recession-bites.html>.

Sauma, P. (2012), «Protección social y trabajo no remunerado: Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica», United Nations, CEPAL, División de Asuntos de Género, Santiago de Chile.

Scheil-Adlung, X. (2015), «Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries», ESS Working Paper 50, International Labour office, Geneva.

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

Smith, A. (1776), *The Wealth of Nations*, Volume 2 Book 5 Chapter 1, (1976 edition) Chicago: University Press.

Tcheineva, P. (2012), «What Do Poor Women Want? Public Employment or Cash Transfers? Lessons from Argentina», Levy Institute Working Paper 705. Accessible (en anglais) sur: <http://www.levyinstitute.org/publications/what-do-poor-women-want-public-employment-or-cash-transfers>.

Annexe 1: Méthodologie de la simulation

Méthode générale

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

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

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

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

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

ou par une de ses composantes, pour calculer le volume d'emplois supplémentaires générés.

Effets sur l'emploi de type I (indirects)

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

1. Ces tableaux comprennent également des lignes pour les importations et pour la valeur brute ajoutée par secteur; ainsi, les totaux de la colonne indiquent la production totale de chaque secteur;
2. Les tableaux comportent par ailleurs des colonnes pour indiquer la composition de la demande finale, provenant du gouvernement, des consommateurs (ménages), de la formation brute de capital et des exportations;
3. Ces tableaux sont réalisés par les bureaux nationaux de statistiques, mais certains bureaux élaborent des tableaux produit par produit ($P \times P$) et non secteur par secteur ($S \times S$). La méthodologie utilisée ensuite reste inchangée, mais les résultats doivent être interprétés en termes de produits plutôt qu'en termes de secteur;
4. Voir les notes de la méthodologie écossaise pour en savoir plus sur la réalisation des tableaux symétriques, qui peut paraître un peu compliquée. Chaque bureau de statistiques émet des hypothèses légèrement différentes.

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

- W_j la production totale du secteur *j*, correspond au total de la colonne j^{me} du tableau symétrique.

- La matrice des besoins directs, A , est calculée à partir du tableau symétrique en divisant chaque cellule par le total de sa colonne.

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

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

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

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

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

- L'**effet direct** w_j correspond à la main-d'œuvre directe nécessaire pour obtenir une unité de production dans le secteur j .

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

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

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

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

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

Effets sur l'emploi de type II (induits)

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

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

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

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

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

Quelques remarques

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

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

1. **Offre disponible.** Nous partons du principe que l'économie n'a pas de contraintes au niveau de l'offre, c'est-à-dire que toute entrée supplémentaire nécessaire, y compris la main-d'œuvre, peut être présente ou produite sans enlever de ressources aux activités existantes. Si ce n'est pas le cas, les effets sur l'emploi sont surevalués. Les effets réels sur l'emploi vont probablement dépendre de la mesure dans laquelle l'économie fonctionne à pleine capacité ou presque, ou du niveau de chômage.
2. **Pas d'effets sur les niveaux de salaire ou de prix.** S'il existe des contraintes sur la disponibilité des entrées, telles que la main-d'œuvre qualifiée, les salaires et les prix devraient logiquement augmenter et, ainsi, réduire la quantité que tout volume donné de dépenses peut acheter. Nous supposons que ces effets «d'éviction» ne se produisent pas. C'est pourquoi, en particulier lorsqu'il y a des pénuries de main-d'œuvre qualifiée ou autre, les effets sur l'emploi peuvent être surestimés.
3. **Pas de changement des méthodes de production.** Nous partons du principe que la demande supplémentaire n'entraîne pas de changement du mode de production des entreprises donc, de leurs impératifs d'entrée (et de

leur approvisionnement). Il se peut que cette hypothèse ne tienne pas lorsqu'il y a des besoins de capital fixe, des économies d'échelle ou diverses manières d'obtenir la même production. Si cette hypothèse ne se réalise pas, mais que les deux précédentes se réalisent tout de même, les effets sur l'emploi peuvent être surestimés ou sous-estimés.

4. **Tous les ménages dépensent et continuent de dépenser de la même manière.** En calculant les effets induits, la demande finale des ménages devrait conserver sa composition existante et simplement augmenter ou diminuer proportionnellement au revenu des ménages. Si l'emploi supplémentaire conduit les ménages à économiser plus, cette hypothèse ne tient pas et les effets sur l'emploi risquent d'être légèrement exagérés. Cette hypothèse ne pourra pas se réaliser non plus si les revenus supplémentaires générés grâce à l'emploi vont aux ménages dont les modes de dépenses diffèrent systématiquement de la moyenne; sans enquêter sur le mode de dépenses de différents types de ménages, nous ne pouvons pas savoir si cela surestimerait ou sous-estimerait les effets sur l'emploi.

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

Annexe 2: Sources et définitions utilisées pour la simulation

Sources principales des données des entrées-sorties pour la simulation

- Les données principales sont issues des tableaux des entrées-sorties de l'OCDE figurant dans la base de données d'analyse structurelle (OECD.Stat). Les tableaux, présentés secteur par secteur, indiquent les prix de base et les matrices inverses de Leontief de type I.
- La base de données de l'OCDE comporte les chiffres sur l'emploi de chaque secteur pour tous les pays hormis le Costa Rica, pour lequel nous avons utilisé les données de recensement (2011) relevées par le bureau national de statistiques (<http://www.inec.go.cr/>). Les données sur l'emploi par secteur se basent sur les effectifs, pour l'ensemble de l'emploi rémunéré (informel et formel, rural et urbain, tous les types d'emploi, c'est-à-dire les employés, les travailleurs indépendants, les employeurs, ainsi que les travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale, à condition qu'ils soient rémunérés).
- Les chiffres relatifs à la proportion de femmes dans chaque secteur proviennent de diverses sources statistiques nationales ou de la base de données de l'OIT sur l'emploi, ILOSTAT, la base de données de l'OCDE ne fournissant pas ces chiffres:
 - o Brésil: recensement de 2010
 - o Costa Rica: recensement de 2011
 - o Chine: ILOSTAT (secteur global de la fabrication)
 - o Inde: recensement de 2011
 - o Indonésie: ILOSTAT (secteur global de la fabrication)
 - o Afrique du Sud: recensement de 2011
 - o Allemagne: banque de données Eurostat
- Certaines données proviennent également de la Division de statistique des Nations Unies (population, revenu disponible des ménages et taux de change) et sont accessibles sur <http://unstats.un.org/unsd/default.htm>.
- Des comparaisons et des contrôles de cohérence ont été réalisés par rapport à d'autres tableaux des entrées-sorties disponibles pour certains pays:
 - o Base de données mondiale des entrées-sorties (WIOD) pour l'Inde, l'Indonésie, la Chine et le Brésil (http://www.wiod.org/new_site/home.htm)
 - o Tableau national des entrées-sorties pour l'Afrique du Sud, extrait des statistiques sur l'Afrique du Sud: http://www.statssa.gov.za/?page_id=7944.

Nomenclature des activités économiques

Les tableaux des entrées-sorties de l'OCDE distinguent 34 secteurs regroupés selon la nomenclature des Nations Unies, International Standard Industry Classification (ISIC rév. 3.1), comme suit:

C01-05: Agriculture, chasse, sylviculture et pêche	C40-41: Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau
C10-14: Activités extractives et exploitation de carrières	C45: Construction
C15-16: Fabrication de produits alimentaires, boissons et tabac	C50-52: Commerce de gros et commerce de détail; réparation
C17-19: Fabrication des textiles, d'articles d'habillement, préparation du cuir et fabrication de chaussures	C55: Hôtels et restaurants
C20: Production de bois et d'articles en bois et en liège	C60-63: Transport et entreposage
C21-22: Fabrication de papier, de carton et d'articles en papier et en carton, édition et imprimerie	C64: Postes et télécommunications
C23: Cokéfaction, fabrication de produits pétroliers raffinés et de combustibles nucléaires	C65-67: Intermédiation financière
C24: Fabrication de produits chimiques	C70: Activités immobilières
C25: Fabrication d'articles en caoutchouc et en matières plastiques	C71: Location de machines et d'équipements
C26: Fabrication d'autres produits minéraux non métalliques	C72: Activités informatiques et activités rattachées
C27: Fabrication de produits métallurgiques de base	C73-74: Recherche-développement; autres activités de services aux entreprises
C28: Fabrication d'ouvrages en métaux	C75: Administration publique et défense; sécurité sociale obligatoire
C29: Fabrication de machines et de matériel n.c.a.	C80: Éducation
C30-33: Fabrication de matériel informatique, électronique et optique	C85: Santé et action sociale
C31: Fabrication de machines et d'appareils électriques n.c.a.	C90-93: Autres activités de services collectifs, sociaux et personnels
C34: Construction de véhicules automobiles, de remorques et de semi-remorques	C95: Ménages privés employant du personnel domestique
C35: Fabrication d'autres matériels de transport	
C36-37: Activités de fabrication n.c.a.; récupération	

Les secteurs faisant l'objet de la présente étude relèvent des catégories «C45 construction» et «C85 santé et action sociale».

La catégorie C45 correspond à la section F, division 45 (construction), et comprend les activités suivantes, comme l'indique la Division de statistique des Nations Unies:

«Cette division comporte la construction générale et la construction commerciale spécifique des bâtiments et du génie civil, l'installation et l'achèvement des bâtiments, ainsi que les rénovations, les réparations, les extensions et les modifications, l'installation de bâtiments ou de structures préfabriqués sur site et la construction de bâtiments à caractère provisoire». (<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=17&Lg=1&Co=45>)

La catégorie C85 correspond à la section N, division 85 (santé et action sociale), qui englobe les groupes 851 (activités de santé humaine), 852 (activités vétérinaires) et 853 (activités d'action sociale). Toutefois, la catégorie C85 du tableau des entrées-sorties de l'OCDE ne prend pas en compte les activités vétérinaires, qui sont regroupées dans les catégories C73-74 (recherche-développement et autres activités de services aux entreprises, qui concernent diverses autres professions dans

le domaine du droit, de la comptabilité et des services de sécurité). La nomenclature révisée (ISIC rév. 4) est plus précise et porte uniquement sur la santé humaine (division 86) et l'action sociale, résidentielle (division 87) ou non (division 88), comme nous l'avons vu dans la précédente étude (De Henau et al., 2016).

Les activités figurant dans ce secteur sont définies comme suit (à l'exception des activités vétérinaires):

«Ce secteur prend en compte les prestations de soins de santé faisant l'objet d'un diagnostic et d'un traitement, les soins résidentiels pour raison médicale et sociale, ainsi que l'assistance sociale, notamment les services liés au conseil, au bien-être, à la protection de l'enfance, aux logements collectifs et à la restauration collective, à la réadaptation professionnelle et à la petite enfance, pour les personnes qui ont besoin d'une telle assistance».

(<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?CI=17&Lg=1&Co=85>)

Emploi informel

Les données sur l'emploi informel proviennent de la base de données sur l'emploi de l'Organisation internationale du travail (voir ILOSTAT <http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/lang--fr/index.htm>). La définition de l'emploi informel de l'OIT s'applique aux travailleurs/euses suivants:

- Les travailleurs indépendants du secteur informel (qui ne sont donc pas soumis à la législation liée à la sécurité sociale et aux impôts);
- Les travailleurs indépendants qui produisent des biens exclusivement pour l'usage de leur foyer (agriculture vivrière, ou habitation construite par le travailleur lui-même);
- Les travailleurs familiaux collaborant à l'entreprise familiale, que l'entreprise appartienne au secteur formel ou informel. Le caractère informel de leur emploi est dû au fait que, en général, les travailleurs de cette catégorie n'ont pas de contrats d'emploi écrits explicites et que leur emploi n'est pas soumis à la législation du travail, aux réglementations de sécurité sociale, à des conventions collectives, etc.;
- Les employés occupant des emplois informels, qu'ils soient embauchés par des entreprises du secteur formel ou du secteur informel, ou qu'il s'agisse de travailleurs domestiques rémunérés par des ménages. Ces

employés sont considérés comme ayant un emploi informel si leur relation de travail n'est pas soumise, dans le droit ou dans la pratique, à la législation nationale du travail, à l'impôt sur le revenu, à la protection sociale ou au droit à certaines prestations liées à l'emploi (congrés payés, congés de maladie, etc.) pour les raisons suivantes, entre autres:

- non-déclaration des emplois ou des employés;
- emplois occasionnels ou emplois de courte durée;
- emplois dont le nombre d'heures de travail ou le salaire se situent en dessous d'un seuil spécifique (pour les contributions de sécurité sociale, par exemple);
- emploi proposé par des entreprises non constituées en société ou par des ménages;
- emplois dans lesquels le lieu de travail de l'employé se trouve en dehors des locaux de l'entreprise de l'employeur (travailleurs à domicile sans contrat de travail, par exemple);
- emplois pour lesquels les réglementations du travail ne sont pas appliquées, pas imposées, ou pas respectées, pour quelque raison que ce soit.

Les pays définissent les emplois informels selon les critères fonctionnels suivants: couverture insuffisante du système de sécurité sociale; droits insuffisants aux congés payés annuels ou aux congés de maladie; absence de contrat de travail écrit.

Annexe 3: Tableaux supplémentaires

Tableau A.1: Effets indirects sur l'emploi le long de la chaîne d'approvisionnement

	Construction	Santé et soins		
	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)	Nombre d'emplois créés	Hausse du taux d'emploi (en points de %)
Brésil	953 000	0,7%	851 000	0,7%
Costa Rica	17 000	0,6%	9 000	0,3%
Chine	7 609 000	0,8%	7 124 000	0,7%
Inde	3 783 000	0,5%	2 654 000	0,3%
Indonésie	1 169 000	0,7%	1 319 000	0,8%
Afrique du Sud	164 000	0 6%	121 000	0,4%
Allemagne	481 000	1,0%	249 000	0,5%

Source: Calculs effectués par les auteurs

Tableau A.2: Effets indirects sur l'emploi par sexe

	Construction			Santé et soins		
	% d'emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)	% d'emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d'emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d'emploi des hommes (en points de %)
Brésil	29,7%	0,4%	1,0%	37,5%	0,5%	0,8%
Costa Rica	28,1%	0,3%	0,9%	31,6%	0,2%	0,4%
Chine	42,8%	0,7%	0,9%	44,3%	0,6%	0,8%
Inde	18,0%	0,2%	0,8%	23,1%	0,2%	0,5%
Indonésie	33,4%	0,5%	1,0%	37,5%	0,6%	1,0%
Afrique du Sud	32,6%	0,3%	0,7%	33,7%	0,2%	0,5%
Allemagne	36,3%	0,7%	1,3%	47,6%	0,5%	0,5%

Source: Calculs effectués par les auteurs

Tableau A.3: Effets induits sur l’emploi générés par les dépenses des ménages

	Construction		Santé et soins	
	Nombre d’emplois créés	Hausse du taux d’em-ploi (en points de %)	Nombre d’emplois créés	Hausse du taux d’emploi (en points de %)
Brésil	895 800	0,7%	1 569 400	1,2%
Costa Rica	26 200	0,9%	35 500	1,2%
Chine	5 595 400	0,6%	7 113 400	0,7%
Inde	5 676 700	0,7%	4 846 700	0,6%
Indonésie	533 200	0,3%	724 800	0,5%
Afrique du Sud	156 900	0,5%	155 300	0,5%
Allemagne	602 600	1,2%	617 300	1,3%

Source: Calculs effectués par les auteurs

Tableau A.4: Effets induits sur l’emploi par sexe

	Construction			Santé et soins		
	% d’emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d’emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d’emploi des hommes (en points de %)	% d’emplois créés occupés par des femmes	Hausse du taux d’emploi des femmes (en points de %)	Hausse du taux d’emploi des hommes (en points de %)
Brésil	47,7%	0,6%	0,7%	47,7%	1,1%	1,3%
Costa Rica	38,1%	0,7%	1,1%	38,1%	0,9%	1,6%
Chine	47,5%	0,5%	0,6%	47,5%	0,7%	0,7%
Inde	29,8%	0,5%	1,0%	29,8%	0,4%	0,9%
Indonésie	39,0%	0,3%	0,4%	39,0%	0,4%	0,6%
Afrique du Sud	35,0%	0,3%	0,6%	35,0%	0,3%	0,6%
Allemagne	46,6%	1,1%	1,3%	46,6%	1,2%	1,4%

Source: Calculs effectués par les auteurs

Éditrice responsable:
Sharan Burrow, secrétaire générale

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

D/2017/11.962/2