UCLG DAEJEON 10-14 OCT 2022

CONGRES DE CGLU
SOMMET MONDIAL DES DIRIGEANTS LOCAUX ET REGIONAUX

Document politique sur les systèmes de soins

#CitiesAreListening

Circuit Town Hall

DOCUMENTS POLITIQUES

Un document politique préparé pour le Congrès mondial et Sommet des dirigeants locaux et régionaux de CGLU

Daejeon, Corée
10-14 octobre 2022

Présenté par

Cities Alliance

Public Services International

International Federation of Library Associations and Institutions

Civil Society Action Committee

Universal Health Coverage 2030

Résumé exécutif

Le soin est une activité humaine qui, dans sa meilleure expression, constitue un moyen de prendre soin les uns des autres et de la planète. Cependant, les pratiques traditionnelles de soins se concentrent sur la fourniture d'une assistance sanitaire, sociale ou d'aide sociale. Elles considèrent les personnes comme des bénéficiaires passifs, des utilisateur·ice·s, des bénéficiaires de services, ou des patient·e·s. Les systèmes actuels ne reconnaissent pas non plus les contributions — ainsi que les droits humains et du travail — des personnes qui fournissent des soins et ne favorisent pas leur bien-être et leur protection. Ces pratiques reproduisent, au lieu de les réparer, les schémas existants d'inégalité et d'exclusion, limitant encore davantage la capacité des personnes à prendre soin d'elles-mêmes, des autres et de la planète.

Ce document plaide en faveur d'une nouvelle compréhension de la notion de « soins », qui soit un moteur de la transformation sociale et structurelle et qui contribue à réparer les injustices historiques. Il considère que les soins sont holistiques et fondés sur les droits, qu'ils contribuent à l'autonomisation des personnes, qu'ils répondent aux besoins de tou·te·s et qu'ils doivent être soutenus par des systèmes et des infrastructures publics financés de manière adéquate et réglementés de manière responsable. L'adoption effective de cette approche implique de considérer toutes les personnes comme des détenteurs de droits et des décideurs actifs. Ils sont en mesure de faire leurs propres choix en termes d'assistance et de soutien ou de prise en charge des autres, indépendamment de leur âge, de leur genre ou de leur identité de genre, de leur couleur de peau, de leur groupe ethnique ou religieux, de leur statut migratoire ou économique, de leur handicap ou de leur état de santé.

Le soin est un besoin et un service, mais c'est aussi une valeur sociale qui permet de qualifier la manière dont les services, l'assistance et le soutien sont fournis. Par exemple, lorsque les services sont conçus en fonction de la valeur du soin, ils visent à préserver la sécurité et la dignité. Ils sont également adaptés aux besoins des personnes pour lesquelles ils sont conçus et les impliquent activement tout au long du processus. Leur accès est équitable et ils sont contrôlés et évalués pour leur efficacité et leur efficience. Une approche holistique des soins implique donc un système de services interconnectés fondé sur la valeur des soins et sur un esprit de solidarité et d'humanité qui guide le fonctionnement du système.

Des systèmes de soins inclusifs devraient donc intégrer un accès universel accru à un plus large éventail de services publics, d'infrastructures et de politiques qui doivent être soutenus et protégés par les institutions publiques. Ces systèmes devraient également permettre aux personnes de mener une vie autonome et indépendante dans toute la mesure du possible et les aider à réaliser leur plein potentiel.

Dans ce cadre, on considère les villes et les communautés locales comme des écosystèmes, des expressions des valeurs humaines et des espaces de soins et d'inclusion qui devraient être disponibles, acceptables, accessibles, abordables et de bonne qualité pour tou·te·s. Une ville bienveillante remplit ses obligations en matière de droits humains et répond aux besoins et aux aspirations de ceux et celles qui y vivent, y compris (mais sans s'y limiter) les minorités, les jeunes, les personnes âgées, les migrant·e·s et la diaspora, les femmes et les personnes handicapées.

Pour que les systèmes de soins soient efficaces, un nouveau contrat social est requis. Il impliquera une collaboration au sein des systèmes publiques, et entre les personnes et le public. Il sera fondé sur le respect des droits humains et des travailleu·r·se·s, la solidarité et l'environnement.

Table de matières

Résumé exécutif 3

Remerciements et contexte 5

Évaluation et défis 8

Recommandations aux gouvernements locaux et régionaux 12

Des environnements favorables à l'action locale 19

La voie commune à suivre 19

Anexes 21

Références 34

Remerciements et contexte

La conception et les pratiques traditionnelles des soins tendent à se concentrer sur la fourniture d'une assistance sanitaire, sociale ou de bien-être. Elles considèrent les personnes qui ont besoin d'aide et de soutien comme des bénéficiaires passifs, des bénéficiaires de services ou des patient·e·s. Comme la pandémie de Covid-19 l'a clairement montré, les systèmes actuels ne parviennent pas à fournir correctement un soutien et une assistance à ceux et celles qui en ont le plus besoin, en particulier les personnes âgées et les personnes handicapées[1]. Ils ne reconnaissent pas non plus les contributions et les droits humains et du travail de ceux et celles qui fournissent des soins — travailleu·r·se·s et soignant·e·s, qu'ils soient rémunérés ou non — et ne favorisent pas le bien-être et la protection de tou·te·s.

Les pratiques actuelles reproduisent, au lieu de les réparer, les schémas existants d'inégalité et d'exclusion, limitant encore davantage la capacité des personnes à prendre correctement soin d'elles-mêmes ou à fournir des soins de qualité aux autres et à la planète. Il est donc nécessaire d'adopter une conception nouvelle et plus large des « soins », qui soit **le moteur d'une transformation sociale et structurelle** axée sur la fourniture et l'accès équitables et inclusifs aux services et infrastructures publics, définis dans la mesure du possible par les personnes concernées. Une telle compréhension nécessite un nouveau contrat social, une confiance renouvelée dans les institutions publiques et des liens communautaires.

Ce document vise à offrir aux gouvernements locaux et régionaux des éléments clés à prendre en compte lors de la conception d'interventions urbaines sociales, politiques, économiques ou environnementales qui soutiennent **la création ou l'amélioration de systèmes, de sociétés et de communautés bienveillants fondés sur l'égalité, l'inclusion et les droits humains et des travailleu·r·se·s**. Il fournit également des informations sur les pratiques déjà mises en œuvre dans divers contextes et à différents niveaux qui font avancer l'idée que toutes les personnes détiennent des droits humains.

Ce document est le résultat du processus Town Hall de Cités et Gouvernements Locaux Unis (CGLU). Il a été élaboré collectivement par des parties prenantes qui travaillent, défendent et représentent les personnes marginalisées et vulnérables, les bénéficiaires de soins et les travailleu·r·se·s — des personnes qui sont souvent laissées pour compte par les politiques et services publics conçus de manière verticale et sans leur participation[2]. Les principes exposés dans ce document sont conformes aux agendas mondiaux et aux accords internationaux tels que la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, le Nouvel agenda urbain, l'Accord de Paris, l'Agenda 2030 pour le développement durable, le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, la Convention interaméricaine sur les droits des personnes

[1] Voir « End-Discrimination Campaign – Covid-19 », disponible sur https://www.internationaldisabilityalliance.org/discrimination-covid19.

[2] Le groupe de travail du Town Hall sur les systèmes de soins a été animé par Cities Alliance et comprenait l'Internationale des Services Publics (ISP), la Fédération internationale des associations et institutions de bibliothèques (IFLA), le Comité d'action de la société civile (AC), et UHC2030, ainsi que des représentant·e·s de trois caucus (transversaux) : la jeunesse (le grand groupe des Nations Unies pour l'enfance et la jeunesse, ou MGCY), le féminisme (la Commission Huairou) et l'accessibilité (co-dirigé par les groupes constitutifs partenaires du GAP [Personnes âgées et Personnes handicapées], l'Union mondiale des aveugles, World Enabled). Le document a également été revu par les membres de Cities Alliance opérant aux niveaux international, national et local.

âgées, la Déclaration des Nations unies sur la couverture sanitaire universelle et l'Agenda pour le travail décent.

Ces engagements nous incitent à ne laisser personne de côté, à assurer l'inclusion sociale, politique et culturelle en mettant l'accent sur les personnes les plus marginalisées et vulnérables de la société, tout en promouvant l'égalité des genres et la durabilité environnementale. En outre, ils reconnaissent le rôle des gouvernements locaux dans la promotion du développement durable et établissent le modèle d'une collaboration à plusieurs niveaux et multipartite.

1.1. Une nouvelle perspective sur les soins[3] : l'intersection entre les valeurs, les services et les systèmes

- *Dans ce document, nous plaidons pour une nouvelle conception des soins, dans laquelle* ***les soins sont considérés comme holistiques et fondés sur les droits, contribuent à l'autonomisation des personnes, répondent aux besoins de tou·te·s. Ils sont soutenus par des systèmes et des infrastructures publics adéquatement financés, équitables, accessibles[4] et réglementés de manière responsable****.*

Plus précisément, les soins sont compris à partir d'une approche fondée sur les droits humains selon lesquels chaque personne — indépendamment de son âge, de son genre ou de son identité de genre, de sa couleur de peau, de son groupe ethnique ou religieux, de son statut migratoire ou économique, de son handicap ou de son état de santé — est considérée comme un **acteur central de sa propre vie, un décideur actif et un détenteur de droits** capable de décider comment il veut fournir des soins et/ou recevoir une assistance et un soutien.

Cela signifie qu'il faut reconnaître et habiliter les personnes en tant que détenteurs de droits, en leur donnant **accès aux ressources dont ils ont besoin pour prendre leurs propres décisions, vivre de manière indépendante et être inclus dans la communauté**. Des soins de santé de qualité et d'autres services et aides doivent être fournis de manière professionnelle, équitable et en quantité suffisante à tou·te·s. Cela exige également la **reconnaissance des diverses modalités existantes de « soins », ainsi que la protection et le respect du travail et des droits des soignant·e·s.**

---

[3] « Les soins sont un droit, dans la mesure où il s'agit d'un besoin fondamental qui structure la vie commune, la coexistence et la solidarité entre les générations, et qui garantit une vie décente et la participation à nos communautés, au marché du travail, (aux sphères civiques et politiques), et à toutes les sphères de la vie sociale (et culturelle). Pour garantir que chacun·e· puisse recevoir des soins (adéquats et de qualité) et que les soins soient fournis dans des conditions équitables pour l'ensemble de la société, nous devons nous efforcer de rendre plus équitable et plus démocratique la façon dont nous prenons soin les uns des autres et la façon dont nous sommes pris en charge ». https://www.barcelona.cat/ciutatcuidadora/en/caring-city/strategy/goals (Phrases entre parenthèses ajoutées par les auteurs de cet article).

[4] Le paragraphe 36 de l'ANU, conformément à l'article 9 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), définit l'accessibilité comme « … mesures appropriées qui facilitent l'accès des personnes handicapées, en toute égalité, à l'environnement physique et plus particulièrement aux espaces publics, aux transports en commun, au logement, aux établissements d'enseignement et de santé, ainsi qu'à l'information et à la communication, y compris aux systèmes et technologies de l'information et des communications, et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public, tant dans les zones urbaines que dans les zones rurales.» (ONU, 2017).

L'acte de prendre soin est un lien fort qui nous relie tou·te·s, tout ce que nous faisons, et la planète que nous habitons. Une approche holistique du soin intègre donc les questions relatives à l'environnement, au genre, à la pauvreté, au bien-être, à la sécurité, à l'informalité, à la participation (démocratique, économique, sociale et culturelle) et à l'accès équitable au logement et aux services publics. **Elle aide les villes et les gouvernements locaux et régionaux à remplir leur fonction sociale**. (Voir le cas 1 à l'annexe A, pour une illustration de la manière dont une approche holistique a été adoptée par Iztapalapa, dans la ville de Mexico).

- *Selon cette conception, **le soin est à la fois une valeur sociale et un service**[5]**.** En tant que valeur sociale, il qualifie la manière dont les services sont conçus (pour préserver la sécurité et la dignité), élaborés (adaptés aux besoins et par le biais d'un mécanisme participatif), fournis (pour un accès équitable), et suivis et évalués (pour l'efficience et l'efficacité). **Une approche holistique des soins implique un système de services et d'infrastructures interconnectés, fondé sur un esprit de solidarité et d'humanité appliqué à tous les êtres vivants, à des échelles allant de l'individu à la planète entière.***

Des **systèmes de soins**[6] **solides doivent être mis en place** pour soutenir les personnes et fournir un cadre juridique inclusif qui permette aux individus et aux communautés d'agir en leur propre nom. Ces systèmes doivent être **fondés sur les droits intersectionnels, intergénérationnels, transformateurs de genre, inclusifs et équitables**. Étant donné que le travail de soins (rémunéré ou non) incombe de manière disproportionnée aux femmes (et de plus en plus aux migrant·e·s), les systèmes de soins doivent contribuer à corriger les inégalités de genre, raciales, intersectionnelles et territoriales en construisant une nouvelle organisation sociale des soins. Cette nouvelle organisation devrait s'articuler autour d'un partage équitable des responsabilités de soins entre les genres, entre les ménages et l'État, entre les gouvernements locaux et centraux, et au sein des sociétés.

- *Les **sociétés qui prennent soin** des personnes intègrent un accès universel accru à un plus large éventail de services publics, d'infrastructures et de politiques qui suivent les principes de conception universelle et permettent aux personnes de mener une vie autonome et indépendante dans toute la mesure du possible. Elles les aident à réaliser leur plein potentiel. Elles préservent également le bien-être et les droits des soignant·e·s et des travailleu·r·se·s, quel que soit leur statut migratoire.*

Dans ce cadre, les villes et les communautés locales sont considérées comme des écosystèmes, des expressions des valeurs humaines et des espaces de soins et

---

[5] « Les services de soins apportent un soutien vital aux individus, aux ménages et aux communautés locales en assurant la santé, l'éducation, le bien-être, la dignité et l'inclusion socio-économique des personnes les plus vulnérables de nos sociétés ». Ces services vont de la prise en charge des enfants, des personnes âgées ou des personnes handicapées à l'assistance à domicile, en passant par les soins à domicile 24 heures sur 24 et les foyers résidentiels de longue durée, l'aide au revenu et les services de logement public ou social. Les services de soins comptent parmi les formes les plus complexes et les plus diversifiées de services publics, et leur mode de prestation varie selon les pays, les communautés, les cultures et les normes sociales » (ISP, 2022, « La dimension territoriale des services de soins sociaux »).

[6] Les « systèmes de soins » font généralement référence à des infrastructures sociales et physiques soutenues par un financement public, une réglementation et des politiques visant à fournir des services de soins équitables et de qualité à tou·te·s, partout, indépendamment du statut et de la capacité de payer, tout au long du cycle de vie humain, et dans l'intérêt commun, sans extraire de profit de ces services, afin que tou·te·s puissent vivre une vie pleine de sens et de dignité. (ISP)

d'inclusion qui devraient être disponibles, acceptables, accessibles, abordables et de bonne qualité pour tou·te·s. Bien que le soin soit ici considéré comme une **responsabilité partagée** qui implique tout le monde, à long terme, pour le soin de la planète et de toutes les formes de vie, **les institutions publiques et les gouvernements ont un rôle majeur à jouer**. Ils doivent soutenir, protéger, financer adéquatement et réglementer les divers services et infrastructures qui composent un système de soins afin de garantir un accès équitable et des conditions de travail sûres pour tous les individus. Plus important encore, ils doivent inclure les résident·e·s et la société civile organisée dans la conception, la mise en œuvre et le suivi.

- *Traduit en politique et en pratique urbaines, cela implique une approche[7] plus participative du soin,* ***un soin « avec » et pas un soin « pour ».*** *Un tel changement de valeurs permet de qualifier « comment » les systèmes de soins sont perçus, conceptualisés et fournis.*

Pour que les systèmes de soins soient efficaces, nous avons besoin d'un nouveau contrat social qui implique une collaboration entre les institutions publiques, et entre les personnes et ces institutions. Elle sera étayée par le respect des droits humains et des travailleu·r·se·s, de la solidarité et de l'environnement. En outre, des changements institutionnels et réglementaires immédiats ainsi que des investissements publics adéquats à long terme sont nécessaires pour mettre en place des infrastructures sociales, physiques et institutionnelles durables et inclusives. Il faudra également garantir un travail décent et des conditions d'emploi de qualité, afin que tous les habitant·e·s des villes puissent jouir pleinement de leurs droits et profiter des équipements urbains.

Évaluation et défis

2.1. L'importance de la gouvernance locale dans la promotion d'une ville solidaire

Le soin est une activité humaine qui, dans le meilleur des cas, constitue un moyen de prendre soin les uns des autres. Les gouvernements locaux et régionaux sont souvent les principaux fournisseurs de services publics et d'infrastructures essentiels, ainsi que le niveau de gouvernance le plus proche des résident·e·s. Ils sont donc généralement les mieux placés pour promouvoir des communautés solidaires. Les gouvernements locaux et régionaux devraient donc être responsables des normes d'assistance et de soutien fournies aux résident·e·s, du suivi de leur mise en œuvre et de l'ouverture de canaux de communication avec les résident·e·s, les soignant·e·s et la société civile pour garantir la responsabilité.

Les gouvernements locaux et régionaux facilitent également l'accès à l'emploi et à la sécurité et conçoivent les systèmes qui peuvent faciliter ou entraver la mobilité sociale. Cependant, une urbanisation rapide et les migrations transfrontalières, ainsi que les politiques d'exclusion néolibérales et les discriminations, sapent le potentiel des villes en tant que centres d'opportunités et garants des droits pour tou·te·s. L'accroissement des inégalités au sein des territoires et entre eux, ainsi que le manque d'investissements et

[7] Voir https://caringwith.city/About.

de personnel adéquats dans la fourniture de services publics, affectent principalement les plus marginalisé·e·s (qui sont trop souvent les travailleu·r·se·s sous-payé·e·s ou non rémunéré·e·s dans ces domaines) et leur capacité à prendre des décisions concernant leurs soins et ceux des autres. Cette situation enferme les individus et les ménages dans un cycle de pauvreté, d'exclusion, de discrimination et de marginalisation. Par exemple, l'OMS note que la moitié de la population mondiale n'a pas un accès correct aux soins de santé et que « 100 millions de personnes sombrent chaque année dans la pauvreté en raison des dépenses de santé qu'elles doivent assumer ».[8]

La promotion d'une ville solidaire exige un sens de l'entraide et une responsabilité partagée à tous les niveaux de gouvernance. Elle nécessite l'implication de toutes les parties prenantes, en plus de cadres juridiques et politiques nationaux complets qui permettent une action appropriée au niveau local. Ils doivent garantir que tout abus ou mauvaise utilisation peut être dénoncé par la société civile, avec des conséquences juridiques graves pour le fautif, étant donné les conséquences majeures à long terme dont souffriront les personnes vulnérables.

La subsidiarité des responsabilités[9] entre les différents niveaux de gouvernement (également connue sous le nom de dévolution ou de décentralisation) a largement transféré la responsabilité des soins aux familles, et parfois aux autorités locales et régionales, sans fournir de financement adéquat ou d'investissement dans des infrastructures appropriées. Il en résulte des services de mauvaise qualité, une charge accrue pour les membres de la famille (trop souvent les femmes et les filles), une privatisation massive des services de soins, des frais personnels élevés pour les utilisateurs des services de soins, de mauvaises conditions de travail, une exploitation accrue des aidant·e·s au statut précaire, une réduction de l'accès en fonction du statut migratoire et un manque de professionnalisation (ainsi qu'une démission massive et continue des travailleu·r·se·s des services de soins après la crise du Covid). Cela met également en péril le droit des personnes à accéder à un soutien et une assistance de qualité et réduit leur capacité à être incluses et à participer à la communauté.

La nature globale des systèmes de soins exige que les gouvernements locaux et régionaux prennent en compte la manière de financer et d'investir durablement dans l'environnement bâti, les espaces publics, le transport et la mobilité, le logement, la sécurité et d'autres services publics et infrastructures urbaines qui répondent aux préoccupations, besoins et expériences réels des résident·e·s, et la manière dont ils permettent ou entravent les pratiques de soins et d'assistance. Le logement, par exemple, est de plus en plus reconnu comme un besoin primaire et un espace de soins. Une attention particulière, des investissements publics et une réglementation sont donc nécessaires pour garantir le droit à un logement adéquat. Les transports publics font également partie intégrante de la ville dans le cadre d'un système de soins. L'accès à la mobilité est important, car il s'agit d'un droit fondamental et universel, qui ne peut être satisfait exclusivement ou même principalement par l'accès aux transports privés. Tout système de prise en charge doit permettre aux personnes de se déplacer de manière sûre, accessible, abordable et durable — pour travailler, voir leur famille et leurs amis, assumer leurs propres responsabilités de prise en charge ou demander de l'aide. La sécurité et la justice doivent également être considérées comme un droit universel et un

[8] OMS, https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.

[9] « Subsidiarity is a general principle that says that governance should take place as close as possible to the citizens. It translates into the protection of lower levels of government against undue interference by national government. It also translates into a preference for placing functions and powers at lower levels of government where possible. » (https://dullahomarinstitute.org.za/multilevel-govt/local-government-bulletin/archives/volume-10-issue-1-february-march-2008/vol-10-no-1-subsidiarity-in-the-constitution.pdf).

bien public contribuant à une société solidaire que les gouvernements locaux et régionaux se doivent de promouvoir.

2.2. Inclure les personnes souvent exclues

On a tendance à négliger les besoins et les droits liés aux soins des groupes marginalisés tels que les migrant·e·s, les personnes déplacées ou réfugiées, les citadin·e·s pauvres, les personnes âgées, les femmes et les enfants, les personnes handicapées et les travailleu·r·se·s du secteur des soins, tant dans l'économie formelle qu'informelle, ainsi que leurs syndicats. Bien que ces groupes composent la majeure partie de la population urbaine, ils sont souvent exclus des processus décisionnels et ne sont pas reconnus comme des contributeurs de valeur.

> « Les personnes handicapées sont confrontées à une discrimination importante et ont été touchées de manière disproportionnée par la pandémie de Covid-19. Des attitudes négatives font que les personnes handicapées sont souvent considérées comme moins prioritaires pour recevoir des soins de santé essentiels, ou bien leur vie est considérée comme moins importante que celle de personnes non handicapées. Les informations ne sont pas disponibles dans des formats accessibles, ce qui prive les personnes handicapées de leur droit de prendre des décisions en connaissance de cause. La distanciation sociale peut être particulièrement difficile pour les personnes handicapées qui ont besoin d'aide pour leurs soins personnels. Les personnes handicapées sont également plus susceptibles de vivre en milieu institutionnel, un environnement où le virus du Covid-19 est exacerbé. Les bâtiments physiques (y compris les établissements de santé et les centres de dépistage et de quarantaine) sont souvent inaccessibles, et les aménagements raisonnables comme les interprètes ne sont souvent pas disponibles. Dans de nombreuses situations, les interventions sanitaires liées au Covid-19 ont entravé l'accès des personnes handicapées à d'autres services de santé. Souvent, ces services de santé sont importants et permettent de sauver des vies, comme les services de réadaptation et les médicaments pour les personnes épileptiques. Les femmes et les filles handicapées se heurtent à des obstacles supplémentaires pour accéder à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. »[10]

En outre, de nombreux pays connaissent un vieillissement rapide de leur population. Cela signifie qu'un plus grand nombre de personnes sont confrontées à la solitude, à l'isolement et à l'anxiété. Elles sont incapables d'accéder aux services municipaux en raison de limitations de mobilité ou d'accès à la technologie. Cela est devenu particulièrement évident lors de la pandémie de Covid-19, qui a réduit la capacité des personnes âgées à rester en contact avec leur famille et leurs amis et a accru leur besoin d'accéder aux services publics tels que les soins de santé, tout en limitant leur capacité à le faire. Elles ont besoin d'un soutien pratique et émotionnel, et leurs « voix, opinions et préoccupations doivent être entendues. »[11]

Les systèmes de soins équitables doivent également inclure les personnes considérées comme apatrides ou sans papiers, que ce soit par naissance ou circonstanciel, car elles

[10] Extrait de : Campagne Covid-19 contre la discrimination. Disponible sur : https://www.internationaldisabilityalliance.org/discrimination-covid19.
[11] Réseau mondial du vieillissement de l'UNFPA. 2020. Implications de Covid-19 pour les personnes âgées : Répondre à la pandémie. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Older_Persons_and_COVID19_final.pdf.

sont souvent incapables d'accéder aux droits humains fondamentaux tels que les services, l'éducation, les soins de santé, l'emploi ou la liberté de mouvement.

2.3 Les femmes et le défi des soins

Les femmes et les jeunes filles représentent 70 % du personnel de santé[12] dans le monde et demeurent les principaux soignants dans les ménages et le secteur informel. En ce qui concerne la fourniture de services de soins, deux groupes étroitement liés portent ce fardeau sans être reconnus ni indemnisés comme il se doit : les travailleu·r·se·s sociaux·ales (des femmes pour la plupart) et les femmes et les filles, y compris les femmes handicapées.

La pandémie de Covid-19 a mis en lumière les conditions précaires auxquelles sont confrontés les travailleu·r·se·s du secteur des soins dans le monde entier, notamment l'absence de protection ou de voix au chapitre au travail, le peu de contrôle qu'ils exercent sur leur temps et leurs responsabilités, l'exposition à des environnements dangereux, des contrats précaires et des salaires de misère. Dans certains pays, les services de soins sont fournis par des travailleu·r·se·s migrant·e·s surexploité·e·s, principalement des femmes, qui ont peu accès à l'ensemble de leurs droits légaux en raison de barrières linguistiques, culturelles, juridiques et autres. Dans de nombreuses familles, les femmes âgées doivent assumer la responsabilité des soins aux petits-enfants et à toute personne malade. Par exemple, dans le contexte du VIH et du sida, des personnes âgées (principalement des femmes âgées) ont dû s'occuper d'orphelins, d'enfants vulnérables et de parents malades. Certains de ces soignant·e·s ont été infecté·e·s par le VIH au cours de ces soins. De même, pendant le Covid, des professionnel·le·s de la santé formé·e·s à la retraite ont repris le travail dans des conditions et des circonstances difficiles, et certain·e·s ont été infecté·e·s par le virus. Dans de nombreux pays, les filles subissent souvent des pressions de la part de leur communauté ou des membres de leur famille pour quitter l'école plus tôt afin de s'occuper de leurs frères et sœurs plus jeunes ou de membres de la famille moins valides. La reconnaissance des droits des soignant·e·s — y compris leur droit à la liberté d'association et à la négociation collective — est fondamentale pour garantir que les soins fournis sont de qualité adéquate et que les soignant·e·s bénéficient de conditions de travail décentes.

Les pauvres — en particulier ceux qui vivent dans des établissements informels et travaillent dans le secteur informel, notamment les femmes — subissent de manière disproportionnée les effets du changement climatique en raison de leur exposition et de leur vulnérabilité physique, sociale et économique[13]. L'inégalité d'accès aux ressources, notamment financières, signifie que les femmes sont souvent moins à même de faire face aux catastrophes ou aux stress induits par le climat, une situation qui est particulièrement critique pour les femmes handicapées. Les femmes travaillant dans le secteur informel voient aussi souvent leurs moyens de subsistance affectés. Et ce sont **les femmes qui ont généralement la plus grande responsabilité dans le processus de soins et de rétablissement après les chocs climatiques.**

---

[12] OIT. 2020. « Covid-19 : Protéger les travailleurs sur le lieu de travail : Les travailleuses de la santé : Travailler sans relâche dans les hôpitaux et à domicile ». https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_741060/lang--en/index.htm.

[13] Cities Alliance. (2021). *Building Climate Resilient and Sustainable Cities for All*. https://www.citiesalliance.org/sites/default/files/2021-10/CitiesAlliance_Building%20Climate%20Resilient%20and%20Sustainable%20Cities%20for%20All_spreads_Oct2021.pdf

Les femmes migrantes en situation précaire sont de plus en plus souvent recrutées comme prestataires de soins afin de réduire les coûts et de minimiser la rémunération des soignant·e·s. Cela double la pression et la charge sur les femmes migrantes, qui supportent déjà le poids déséquilibré de la prise en charge de leur propre famille et doivent ensuite assumer l'essentiel de la responsabilité de la prise en charge d'autres familles plus privilégiées.

L'organisation sociale actuelle des soins — la manière dont les besoins en matière de soins sont satisfaits, l'interrelation entre le travail de soins non rémunéré et rémunéré, l'approvisionnement public et privé, et les arrangements de soins communautaires — est fondamentalement déséquilibrée et inégale. Elle fait peser sur les femmes une part écrasante de la charge des soins, un travail souvent invisible, non reconnu et non rémunéré. Pourtant, avec une meilleure compréhension de la question, les soins ont le potentiel de générer un travail productif, décent et des conditions d'emploi de qualité pour beaucoup. Le recours excessif des femmes pour fournir des soins peu rémunérés ou non rémunérés fait de la réforme progressive des systèmes de soins au niveau mondial une question urgente d'égalité, d'équité et de non-discrimination.

Il est urgent de mettre en place *des* villes et des systèmes de soins transformateurs au niveau du genre pour reconnaître, réduire et redistribuer le travail de soins non rémunéré, récompenser correctement le travail de soins rémunéré et établir une coresponsabilité entre les acteur·ice·s des soins (ménages, communautés, marché et État) guidés par une approche basée sur les droits humains et l'agenda du travail décent de l'OIT. Les gouvernements à tous les niveaux (national, régional et local) ont la responsabilité principale de concevoir et de réglementer un système de soins équitable et inclusif, intégrant les travailleu·r·euse·s sociaux·ales et la représentation des femmes.

Recommandations aux gouvernements locaux et régionaux

Une ville solidaire est une ville qui répond aux besoins et aux aspirations de tous ceux et celles qui y vivent, y compris, mais sans s'y limiter, les citadin·e·s pauvres, les minorités, les jeunes, les personnes âgées, les migrant·e·s et la diaspora, les femmes et les personnes handicapées. Elle adhère aux accords[14] sur les droits humains, en veillant à ce que tous les résidents soient inclus et participent à la communauté, et puissent jouir pleinement du droit à la ville. En collaboration avec les résident·e·s, les communautés de migrant·e·s et de la diaspora, les syndicats et la société civile organisée, les gouvernements — en particulier au niveau local et régional — ont un rôle majeur à jouer dans l'identification des besoins des personnes, la mise en évidence de l'importance du travail de soins, la garantie de conditions de travail décentes pour tous les travailleu·r·se·s de soins et ceux qui fournissent des services de soins, l'amélioration de la qualité des services et l'autonomisation des personnes qui reçoivent une aide et un soutien.

[14] Plusieurs traités et cadres relatifs aux droits humains, tels que la CDPH, obligent les gouvernements à tous les niveaux à adhérer aux accords relatifs aux droits humains.

Étant donné que les villes répondent à des besoins collectifs étroitement liés et apportent une valeur socio-économique aux ménages, aux communautés, aux sociétés et aux économies, les institutions publiques doivent soutenir et protéger les différents services et infrastructures qui composent un système de soins. Elles doivent être financées de manière adéquate et correctement réglementées pour garantir un accès équitable et des conditions de travail sûres.

Pour mettre en place des systèmes de soins fonctionnels, ce document politique suggère de structurer les interventions autour de quatre éléments principaux, chacun possédant son propre ensemble de recommandations interconnectées.

1. **Se concentrer sur les personnes informelles et les plus marginalisées**. Toute tentative de créer des systèmes de prise en charge cohérents, fonctionnels et inclusifs doit commencer par les groupes souvent exclus des opportunités sociales, économiques, culturelles et politiques. Des systèmes de prise en charge solides valorisent les contributions, les besoins et les droits des individus et des ménages rendus invisibles par les pratiques actuelles, et aident à réparer les erreurs historiques. Pour ce faire, il est recommandé aux gouvernements locaux et régionaux de prendre les mesures suivantes :

    - *Fournir un accès universel aux services et infrastructures essentiels pour tou·te·s avec une perspective de parcours de vie et des principes de conception universelle*, notamment, mais sans s'y limiter, les services de garde d'enfants, les soins de santé, l'eau et l'assainissement, le logement, l'apprentissage tout au long de la vie et les transports pour tou·te·s, indépendamment du statut migratoire, de la couleur de peau, du groupe ethnique ou religieux, du genre, de l'identité de genre, de l'âge, du statut économique ou social, du handicap ou de l'état de santé. Cela inclut les éléments tangibles à forte intensité de ressources, tels que le logement, ainsi que les services d'assistance moins tangibles à forte intensité de main-d'œuvre et de temps, dans le but de parvenir à l'équité et au bien-être. Il s'agit, par exemple, de garantir des systèmes intégrés de services de soins tout au long du cycle de vie des utilisateurs de soins, des conceptions urbaines accessibles et répondant aux besoins des personnes âgées, des personnes handicapées, des femmes et des filles. Il faudra reconnaître comme résidents actifs les personnes vivant dans des zones informelles, les travailleu·r·se·s de l'économie informelle, les migrant·e·s et les sans-papiers (comme dans les villes sanctuaires, voir le cas n° 4 en annexe, et dans les services de garde d'enfants dans le secteur informel, voir le cas n° 7 en annexe).

    - *Encourager les initiatives publiques* qui garantissent l'intégration des considérations de genre dans les politiques, les biens et les services publics. Par exemple, l'éclairage public et les services de mobilité doivent tenir compte des besoins et usages spécifiques des femmes. Ces initiatives doivent inclure des mesures adéquates et appropriées pour garantir la sécurité. Il est essentiel d'inclure les femmes, les filles, la communauté LGBTQIA+, les résident·e·s de tous âges et de tous horizons, ainsi que leurs associations, dans le processus de discussion et de décision.

    - *Promouvoir le leadership féministe dans tous les espaces institutionnels*, qu'il s'agisse de pouvoir exécutif, législatif, des bureaucraties d'État, de la société

civile ou du secteur privé. Soutenir les organisations de défense des droits des femmes et leurs contributions à la responsabilité démocratique et à la prestation de services publics.

- *Reconnaître que le logement est une composante essentielle* des infrastructures de soins, car sans logement adéquat, il ne peut y avoir d'accès équitable à des services de soins efficaces. Par conséquent, promouvoir un logement abordable et adéquat et la sécurité d'occupation.

- *Prendre soin des soignant·e·s* en protégeant les droits humains, du travail et syndicaux ainsi que le bien-être des soignant·e·s et des aidant·e·s en améliorant les conditions de travail (notamment les droits syndicaux fondamentaux). Il faudra garantir une rémunération équitable et offrir un environnement plus sûr pour les protéger de la violence sexiste, des expulsions, de l'exploitation et des abus des employeurs, dans une perspective de santé et de sécurité au travail (SST), entre autres. En outre, l'adaptation des services publics aux besoins des aidant·e·s rémunéré·e·s ou non en termes d'horaires, de mobilité et d'accès contribue à la correction des inégalités et à une meilleure harmonisation entre les soins et les autres tâches. Par exemple, créer des services d'accueil de jour supplémentaires pour les enfants et les personnes âgées qui en ont besoin pour de courtes périodes, ce qui permet aux aidant·e·s de faire face à d'autres engagements occasionnels (voir l'exemple de Bogota, cas 2 en annexe).

- *Veiller à ce que les personnes âgées et handicapées bénéficient de services de soins accessibles qui protègent leur autonomie* et garantissent leur droit de prendre des décisions concernant les soins et les services qu'elles reçoivent. De même, il est essentiel de veiller à ce que les fonctionnaires et les travailleu·r·euse·s sociaux·ales connaissent bien l'histoire des abus et des privations dont sont victimes les personnes handicapées et les personnes âgées dans les foyers institutionnels au sein de certains « systèmes de soins », afin de contribuer à réparer les erreurs commises par le passé.

- *Investir dans la formation et le renforcement des compétences pour assurer la professionnalisation et l'employabilité à long terme des fonctionnaires, des membres de la communauté et des travailleu·r·se·s des soins*. Ces mesures contribuent à la déconstruction de la division genrée du travail, à une plus grande égalité d'accès aux opportunités et au partage des responsabilités de soins au sein des ménages, ainsi qu'entre les ménages et l'État, et permettent de lutter contre l'âgisme et la discrimination fondée sur la capacité physique.

2. **Favoriser le développement émanant de la base et soutenir les approches collaboratives**. La gouvernance participative, la collaboration et les partenariats sont les pierres angulaires de systèmes de soins inclusifs et permettent de mieux comprendre les défis, les besoins et les contributions des habitants des villes. Les travailleu·r·se·s des soins, les syndicats et les résident·e·s (en particulier ceux et celles qui appartiennent à des groupes marginalisés et exclus) doivent avoir une voix égale dans la prise de décision. Afin de renforcer l'efficacité et l'efficience des interventions sociales, économiques et urbaines, il est recommandé aux gouvernements locaux et régionaux de :

- *Soutenir un travail de collaboration qui rassemble toutes les parties prenantes afin de réduire les actions fragmentées*. Par exemple, les gouvernements locaux et régionaux devraient établir un dialogue social et des négociations collectives solides avec les travailleu·r·se·s du secteur des soins et leurs syndicats, qui ont une connaissance approfondie des besoins et des attentes des patient·e·s et bénéficiaires de soins. De même, les communautés de migrant·e·s et de la diaspora, les organisations de la société civile, les organisations de personnes handicapées (OPD) et les associations de personnes âgées sont des partenaires importants dans la mise en place de systèmes de soins.

- *Institutionnaliser des mécanismes participatifs* pour inclure la société civile dans la conception des politiques, la prise de décision et les processus de révision. Les jeunes, par exemple, ont un rôle clé à jouer dans le façonnement de l'avenir des villes et devraient avoir une place significative à la table des processus d'élaboration des politiques. Il existe une multitude d'outils et de méthodologies pour soutenir la co-création, comme le « design thinking », qui peuvent aider les gouvernements locaux et régionaux dans leurs efforts. Travailler de manière proactive pour renforcer la confiance et les compétences nécessaires à la participation, plutôt que de laisser les voix les plus fortes se faire entendre, et promouvoir l'éducation aux médias et à l'information comme base d'un engagement significatif dans les discussions politiques. Il est essentiel de mettre en place des programmes de renforcement des capacités et de compensation financière pour garantir une participation autoreprésentative, autoorganisée et à accès égal des groupes de parties prenantes,

- *Examiner comment les installations, services et infrastructures existants peuvent être mobilisés pour soutenir les systèmes de soins et suivre les principes de conception universelle pour être accessibles à tou·te·s*. La planification urbaine et sociale intégrée qui prend en compte les intersections entre les espaces publics, les services et les infrastructures nécessite de solides efforts coordonnés de la part des gouvernements et peut offrir une vision globale des solutions potentielles. Par exemple, les bibliothèques publiques offrent des services qui sont principalement axés sur les besoins individuels en matière d'information ; ces services pourraient être davantage exploités ou réorientés pour aider à répondre à des besoins individuels ou de soins communautaires (voir le cas n° 6 en annexe). Pour ce faire, il faut encourager et soutenir les partenariats locaux avec des institutions telles que les banques alimentaires, les jardins communautaires et les réseaux sociaux de contrôle téléphonique, qui sont locaux et privés ou à but non lucratif.

3. **Investir dans les progrès technologiques accessibles pour permettre aux personnes de recevoir les services essentiels**. La technologie moderne peut être utile aux administrations publiques et aux personnes dans la mise en place et la promotion de systèmes de soins, à condition que la technologie soit disponible, abordable, appropriée et accessible (et qu'elle prenne en compte ceux et celles qui n'y ont pas accès). Par exemple, la collecte de données désagrégées peut aider à concentrer les services sur les personnes marginalisées et vulnérables en facilitant la compréhension de leurs besoins, des lacunes existantes et de la meilleure façon de fournir des services en ligne. Une communication efficace et des sources de connaissances fiables sont essentielles au développement de systèmes de soins et peuvent être facilitées par des technologies de pointe disponibles localement. Pour

mieux intégrer les développements technologiques dans les systèmes de prise en charge, les gouvernements locaux et régionaux peuvent :

- *Favoriser un processus de numérisation qui améliore l'accès aux services*. Il s'agit notamment d'offrir une formation en compétences et de tester le parcours de l'utilisateur, en particulier pour les personnes âgées qui n'ont pas grandi avec les technologies de communication, comme au Népal (voir le cas n° 8 en annexe). La numérisation ne doit pas remplacer ou amoindrir les avantages des interactions en personne.

- *Promouvoir la collecte et l'utilisation de données adéquates ventilées par genre, handicap et âge pour plus de responsabilisation et une planification plus efficace* basée sur les besoins et les expériences vécues. Offrir un haut niveau de protection de la vie privée et de la sécurité et en garantissant une utilisation éthique des données (notamment lorsqu'il y a des lacunes dans les données, par exemple autour des migrant·e·s sans papiers, des personnes handicapées, des personnes âgées, etc.).

- *Promouvoir l'accès des résident·e·s à des informations fiables et à des technologies abordables et accessibles, ainsi que les compétences et la confiance nécessaires pour les utiliser*. Investir dans l'initiation à la technologie et aux compétences numériques, notamment par l'intermédiaire d'institutions communautaires telles que les bibliothèques et les écoles, peut contribuer à éliminer les obstacles dans les systèmes de soins, y compris les barrières linguistiques. Les interventions devraient se concentrer sur la fourniture d'un accès aux informations et aux services de manière totalement accessible, mais aussi sur les capacités pour qu'ils soient utilisés et capitalisés de la bonne manière.

Lorsqu'ils envisagent la technologie, il est important que les gouvernements locaux et régionaux veillent aux points clés suivants :

- Il faut protéger la confidentialité des données et propriété et contrôle publics de la technologie et des données générées afin que les données des systèmes de soins ne puissent pas être utilisées à des fins commerciales et que les autorités locales puissent toujours accéder à celles-ci (par exemple, la Charte numérique de Barcelone.[15])

- La technologie numérique émane de la base, en répondant aux besoins réels des utilisateurs de soins, des travailleu·r·se·s et des résident·e·s, et n'est pas introduite de manière verticale en fonction de considérations de réduction des coûts.

- Les environnements numériques seront sûrs et les personnes sont protégées contre la fraude, les abus et l'exploitation, en particulier les résident·e·s ayant un faible niveau de culture numérique et nécessitant une assistance pour utiliser les nouvelles technologies.

- La numérisation ne doit pas être utilisée pour réduire ou concurrencer le personnel de soins. Les services de soins ont une main-d'œuvre importante, car des soins de qualité impliquent nécessairement des interactions personnalisées

[15] https://digitalrightsbarcelona.org/la-carta/?lang=en

et en face à face qui ne peuvent être remplacées par des services mécanisés et numérisés.[16]

4. **Prendre soin des personnes et de l'environnement en favorisant une transition juste**. Les systèmes de soins englobent non seulement les services et les structures créés par les humains, mais aussi l'environnement et les éléments de la nature. Les récentes catastrophes et les impacts croissants du changement climatique ont mis en évidence les liens profonds entre les activités humaines, la nature, la santé et le bien-être dans le monde. L'amplification de l'intégration environnementale est une considération importante pour les gouvernements locaux et régionaux, tout comme la promotion de la résilience climatique et l'atténuation des impacts négatifs du changement climatique. Ce document recommande aux gouvernements locaux et régionaux de :

   - *Reconnaître qu'avoir un environnement sain est un droit humain* et investir dans des infrastructures appropriées pour réduire l'exposition des communautés pauvres et marginalisées aux épidémies et aux impacts négatifs du changement climatique.

   - *Élaborer et mettre en œuvre des programmes inclusifs qui améliorent la résilience climatique de leurs résident·e·s les plus vulnérables*, en particulier les personnes (et les femmes) vivant et travaillant dans le secteur informel, les personnes âgées, les personnes handicapées et les enfants.

   - *Promouvoir des actions visant à soutenir le respect de toutes les formes de vie*, y compris les habitats naturels, la flore et la faune locales.

   - *Investir dans une planification urbaine intégrée et durable, en accordant une attention particulière à la relation entre les activités humaines et l'environnement, et adopter des approches féministes intersectionnelles.* Par exemple, les solutions fondées sur la nature et conçues en collaboration avec les populations locales et autochtones peuvent contribuer à faire progresser les pratiques solidaires qui profitent à tous les êtres vivants. Parallèlement, l'investissement dans les transports publics et le transfert modal vers ces derniers peuvent réduire les émissions de gaz à effet de serre et la pollution atmosphérique, offrir un meilleur accès à la mobilité aux groupes marginalisés et libérer l'espace urbain pour d'autres usages.

   - *Fournir des espaces publics et verts sûrs et sécurisés*, accessibles à tous les groupes sociaux, en particulier ceux qui sont confrontés à des obstacles et qui ne participe pas à la communauté sur une base d'égalité. Il s'agit notamment des minorités racialisées, des communautés de migrant·e·s et de sans-papiers, des femmes, des personnes âgées, des personnes handicapées et des communautés LGBTQIA+. Il est important de reconnaître les diverses représentations et utilisations de l'espace lorsque les résident·e·s se déplacent d'une zone urbaine à l'autre pour s'acquitter de

[16] PSI. 2021. La numérisation des services publics locaux et des lieux de travail. Série du Réseau des travailleurs des collectivités locales et régionales de l'ISP intitulée Next2021, dossier n° 4. 4. https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/b730516a-3c46-4a85-807d-f130fc74c008_2021_EN_LRG_Conf_Brief_4.pdf.

leurs obligations professionnelles et de leurs responsabilités en matière de soins ou pour chercher de l'aide.[17]

- *Intégrer les considérations environnementales dans toutes les initiatives publiques*, en contribuant ainsi à garantir un avenir viable et équitable. En considérant consciemment les opportunités et les risques d'une intervention urbaine donnée pour l'environnement, il est possible d'adopter des mesures d'atténuation à un stade précoce, ce qui permet d'éviter de nouveaux dommages environnementaux tout en améliorant les résultats positifs pour les personnes et la planète.

- *Reconnaitre et soutenir les actions existantes menées par les travailleu·r·ses·formel·le·s et informel·le·s et les réseaux communautaires qui contribuent à un environnement sain*. Par exemple, les politiques et cadres locaux qui valorisent et respectent les droits humains et des travailleu·r·se·. Ils garantissent des conditions de travail décentes, notamment une rémunération et une protection sociale adéquates pour tous les travailleu·r·se·s du secteur des déchets, quel que soit leur statut, car ils et elles renforcent l'économie circulaire, protègent la santé publique et l'environnement, et favorisent des modèles de consommation et de comportement durables.

5. **Veiller à ce que les services publics soient financés, fournis et réglementés par des institutions publiques qui travaillent avec une approche de bien public**. Cela implique d'éviter la privatisation de l'aide sociale et de reconnaître que les soins et l'assistance tout au long de la vie sont des services vitaux et des droits humains, plutôt que de fonctionner dans une perspective de génération de profits comme dans une économie de marché (comme le soulignent les cas du Danemark et du Canada, cas 9 en annexe).

    - *Renforcer les systèmes fiscaux municipaux pour financer de manière adéquate l'accès équitable à des services de soins de qualité* pour tous les usagers et toutes les communautés sur leur territoire et permettre une redistribution plus large pour soutenir les besoins des localités et des régions qui en ont le plus besoin. Par exemple, la création de consortiums intercommunaux de soins, comme l'a fait la Belgique, peut être un moyen efficace de regrouper les ressources et de renforcer les capacités des services de soins et autres services de base (voir le cas 10 en annexe).

    - *Reconnaître l'interdépendance de l'économie formelle et informelle et la prestation de services non monétisés* comme des contributions efficaces aux systèmes de soins, tout en protégeant les droits et le bien-être des personnes concernées. Par exemple, les soins dispensés bénévolement peuvent se voir attribuer une valeur monétaire pour indiquer leur valeur économique réelle.

    - *Donner la priorité aux investissements publics et au transfert modal vers les transports publics,* qui peuvent apporter des avantages économiques,

[17] Shokry, Galia et Isabelle Anguelovski. 2020. Ramener la nature dans la métropole pour tous. Observatoire de Metropolis. Disponible à l'adresse : https://www.metropolis.org/sites/default/files/resources/Observatory_Bringing-nature-back-metropolis-all_Anguelovski-Shokry.pdf.

sociaux et environnementaux majeurs à tous les résident·e·s. Tous les systèmes de transport public devraient être fondés sur le travail décent, y compris le respect des normes fondamentales du travail de l'Organisation internationale du travail des Nations unies.

- *Adopter une budgétisation municipale et régionale* tenant compte de la dimension de genre, qui prenne en compte les besoins et les expériences de toutes les femmes et les filles. À des fins de responsabilisation, elle sera contrôlée en permanence par des données ventilées par genre, handicap et âge.

Des environnements favorables à l'action locale

La responsabilité des soins s'étend à l'ensemble du gouvernement. Les gouvernements locaux et régionaux doivent être soutenus et habilités à opérer les transformations nécessaires à l'échelle de la ville en faveur de systèmes de soins. À cette fin, le présent document recommande les mesures suivantes à prendre au niveau **national** :

a. *La mise en place de cadres réglementaires et politiques adéquats et inclusifs* établissant la base de services publics et d'infrastructures écologiques, durables et accessibles, transformateurs au niveau du genre et qui soutiennent les pauvres urbains, les personnes âgées, les jeunes, les migrant·e·s et les personnes handicapées.

b. *Assurer un transfert et une allocation adéquats des ressources financières* pour renforcer les capacités techniques au niveau local et permettre une mise en œuvre efficace.

c. *Établir les bases juridiques nécessaires à l'institutionnalisation d'une gouvernance participative et multiniveau* qui tienne compte de l'ensemble de la société, en dépassant les alliances politiques et en promouvant la responsabilité du gouvernement à tous les niveaux.

La voie commune à suivre

Le soin est une responsabilité partagée. Pour que les systèmes de soins fonctionnent correctement, il faut que les actions complémentaires menées par les gouvernements nationaux, locaux et régionaux, les communautés et les individus soient alignées et se soutiennent mutuellement dans une nouvelle organisation sociale des soins. Le présent document politique recommande la mise en place de mécanismes solides qui permettent la collaboration en vue d'un changement social, et qui reposent sur les éléments suivants :

a. La reconnaissance des soins comme un droit humain et un bien public, la promotion de l'accès universel à ces soins, et la détermination que les personnes recevant des soins ont le droit de les définir dans la mesure du possible.

b. La gouvernance participative par le biais de plateformes collaboratives, d'un dialogue social solide, d'une gouvernance et d'une représentation démocratiques, et d'efforts proactifs pour garantir que tou·te·s aient une réelle possibilité de s'engager de manière significative, quel que soit leur statut.

c. Des systèmes de solidarité comme moyen de promouvoir des politiques de redistribution, de réduire durablement les inégalités et d'exercer les droits humains.

d. Remettre en question la division genrée du travail de soins rémunérés et non rémunérés, promouvoir les tâches de soins de la « vie quotidienne » comme étant la responsabilité de chacun·e· et redistribuer les soins des ménages aux services publics.

e. Le respect et l'appréciation des connaissances locales et indigènes.

f. Un financement public adéquat basé sur des systèmes fiscaux progressifs.

g. Une gestion de l'information adéquate, accessible et éthique qui favorise l'analyse contextuelle, une prise de décision éclairée et la responsabilisation, l'État étant le principal responsable.

h. Un meilleur suivi en s'assurant que des indicateurs spécifiques pour évaluer l'économie solidaire sont inclus dans la planification, la conception et la mise en œuvre des politiques macro et microéconomiques[18].

i. Une protection accrue des prestataires de soins — formels et informels, rémunérés et non rémunérés — grâce à l'accès aux soins de santé et aux programmes de protection sociale tels que les transferts financiers et les congés maladie rémunérés, qui sont transférables et accessibles quel que soit leur statut.

18 https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2020/08/Final%20Brief/cuidados%20covid%20INGLES.pdf.

Annexe A.

Exemples inspirants de systèmes de soins

Les cas présentés ci-dessous illustrent la manière dont différents gouvernements dans le monde ont adopté de nouvelles pratiques en matière de soins et de fourniture d'aide et de soutien aux personnes dans le besoin. Il s'agit des cas suivants :

1. Soins intégrés et espaces sûrs contre les violences sexistes : Mexico
2. Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU), ou système de soins de quartier : Bogota, Colombie
3. La lutte pour la reconnaissance des agent·e·s de santé communautaires en tant qu'employé·e·s public.que. s : Pakistan
4. Le modèle des villes sanctuaires : États-Unis d'Amérique
5. Mise à disposition de garderies pour les travailleurs informels : Durban, Afrique du Sud
6. Bibliothèques publiques : Canada, Norvège, Colombie et Nigeria
7. L'Alliance pour les soins à domicile (Home-base care Alliance, HBCA), composée de femmes de la communauté qui fournissent des soins : Afrique
8. Cours d'alphabétisation pour les personnes âgées : Ageing Népal
9. Investissement municipal dans les foyers de soins pour personnes âgées : données du Danemark et du Canada
10. Coopération intercommunale en matière d'aide sociale : Belgique
11. Réponse communautaire, en particulier des résident·e·s âgé·e·s, pour mieux reconstruire après une catastrophe naturelle : Japon, Népal et Philippines

---

Cas 1 :

Soins intégrés et espaces sûrs contre les violences sexistes : Mexico

Iztapalapa, la plus grande banlieue de Mexico, a lancé le programme Utopias (Unidades de Transformación y Organización para la Inclusión y la Armonía Social) afin d'améliorer la qualité de vie des habitant·e·s et de leur permettre de mieux jouir de leurs droits. Douze utopies ont été créées pour améliorer l'espace public, renforcer le vivre ensemble, réduire les inégalités territoriales et créer de nouveaux espaces pour l'apprentissage, les loisirs, la culture et l'exercice des droits. Elles favorisent le développement de la communauté environnante, le dialogue et l'interaction de tous les résident·e·s, et permettent aux personnes âgées d'accéder à diverses activités[19]. Le programme Utopias comporte plusieurs facettes et adopte une approche intégrée et holistique des soins. Ses principaux éléments sont les suivants : Caminos de mujeres libres y seguras (des chemins sûrs et libres pour les femmes), Iztapalapa Mural, Mercomuna, visites à domicile Siemprevivas, Mujeres estudiando (les femmes qui étudient), un système public de soins de santé et les centres Colibri.

Caminos de mujeres libres y seguras (Des chemins sûrs et libres pour les femmes)

Cette intervention urbaine et sociale dans l'espace public vise à transformer les rues et les nœuds de quartiers les plus importants en améliorant la sécurité, en illuminant les

[19] Alcadía Iztapalapa, Un Sueño Hecho Realidad Para Iztapalapa.

espaces publics, en garantissant une accessibilité universelle, en transformant l'image urbaine, en récupérant l'histoire et l'identité du quartier, en générant de nouvelles centralités et en renforçant le développement économique local. Les plans sont élaborés et mis en œuvre de manière participative, en impliquant toutes les personnes concernées.

Au cours des trois années qui ont suivi leur lancement, 188 voies sécurisées ont été mises en œuvre dans 211 zones, le long de plus de 216 km de routes, bénéficiant directement à 1 344 625 habitants. Les vols ont diminué de 57 %, les crimes contre les femmes de 44 % et le trafic de drogue de 26 %.

Les mesures concrètes prises par le gouvernement local sont les suivantes :

- Réparation des routes et des nids de poule, élagage des arbres et des buissons, et enlèvement des ordures.
- Des zones piétonnes clairement délimitées et des passages pour piétons dans les rues.
- Signalisation et bornes pour garantir l'accessibilité universelle et protéger les piétons.
- Amélioration de l'image urbaine grâce à des peintures murales sur les façades et à l'urbanisme tactique.
- Récupération des parcs et des espaces situés sur les routes.
- Installation de 70 377 nouveaux lampadaires pour accroître la visibilité et la sécurité.
- Installation de boutons d'urgence, de caméras de sécurité, d'alarmes de quartier, et liens avec le C5, une patrouille de la mairie pour surveiller les routes.
- Suppression des sites de vente illégale de boissons alcoolisées, des véhicules hors d'usage et des objets qui entravent la mobilité.

La stratégie de sécurité à Iztapalapa est globale, multidimensionnelle, intersectorielle et sensible au genre. Elle s'attaque à l'insécurité et à la criminalité dont les causes sont multiples, notamment les effets sur les activités économiques, sociales et culturelles. Les mesures prises par le gouvernement local et directement axées sur la sécurité dans ces espaces publics sont les suivantes :

- Surveillance vidéo 24 heures sur 24.
- Véhicule de patrouille de police pour chaque route (moto ou voiture).
- Coordination sur le terrain avec d'autres fournisseurs de sécurité.
- Patrouilles à pied notamment aux intersections clés.
- Analyse géospatiale des crimes.
- Évaluation mensuelle des crimes et des infractions civiques.

Mercomuna

Ce programme a vu le jour avec les mesures d'isolement social du Covid-19. Il visait à soutenir les personnes touchées par la pandémie au moyen d'un transfert d'argent et à réactiver l'économie locale en délivrant des bons interchangeables contre des produits alimentaires dans les commerces de proximité. Chaque année, 200 000 personnes en ont bénéficié, ce qui représente une dépense de 870,5 millions de pesos dans les petits commerces de l'économie locale au cours des deux années de fonctionnement de cette initiative. Cet exemple d'intervention publique pour soutenir la population la plus touchée a été reproduit dans la plupart des divisions territoriales de la ville de Mexico.

Siemprevivas

Avec les restrictions du Covid-19, on a constaté une augmentation de 25 % des appels à la ligne 911 pour des cas de violence sexiste, tandis que le Réseau national des refuges (RNR) a reçu plus de 60 % de demandes de soutien supplémentaires. Lancée en octobre 2020, Siemprevivas est une stratégie interinstitutionnelle visant à prévenir la violence familiale et la violence contre les femmes, en particulier la violence sexuelle, qui est généralement commise par des proches au domicile des victimes. L'intervention consiste en une équipe multidisciplinaire de femmes professionnelles (psychologues, avocates, travailleuses sociales, entre autres) qui visite les familles à leur domicile, où elles réfléchissent à la prévention de la violence familiale, à la parentalité sensible et aux relations familiales harmonieuses. Si un cas de violence est détecté lors de la visite, il est adressé aux autorités spécialisées appropriées. Ces conseillères communautaires sont considérées comme des agents de changement social qui encouragent les femmes à accéder à leurs droits.

En outre, des réseaux de femmes ont été développés par le biais d'ateliers et de groupes WhatsApp afin de promouvoir l'autonomisation et de réduire l'isolement. Douze refuges ont été construits, ouverts 24 heures sur 24, où des conseils juridiques et psychologiques sont fournis aux femmes victimes de violences sexistes. En 2022, 1 486 femmes avaient reçu des conseils juridiques et 3 038 une assistance psychologique.

Mujeres estudiando (les femmes qui étudient)

Ce programme vise à donner aux femmes non instruites de plus de 30 ans la possibilité de poursuivre ou d'achever leur formation, d'améliorer leur qualité de vie et de réduire leur exclusion et les inégalités, en exerçant leur droit à l'éducation. Depuis 2019, 7 575 femmes en ont bénéficié et 4 675 « ateliers de vie » ont été fournis.

Système public de soins de santé

La Constitution politique de la ville de Mexico est la seule de son genre à considérer les soins de santé comme un droit et une obligation de l'État. C'est pourquoi la mairie d'Iztapalapa promeut l'intégration d'un système de soins public en tant qu'intervention gouvernementale visant à créer des conditions qui garantissent le droit aux soins, mais qui veille également aux droits des personnes dont il s'occupe. Ce programme national d'avant-garde cherche à générer un changement de paradigme sur les responsabilités des soins, où les femmes ne seraient plus les seules à accomplir cette tâche dans la sphère privée. Les soins sont plutôt considérés comme une obligation de l'État et une action vitale pour la production sociale. Le programme appelle à la reconnaissance et à la valorisation du travail domestique et des soins non rémunérés par le biais de la fourniture de services publics et de politiques de protection sociale, en tant que catalyseur de l'égalité des genres et d'autonomisation. Il affirme que les soins, conçus comme un droit, peuvent être exigés, et que les gouvernements doivent répondre par des politiques publiques qui contribuent à la transformation de l'organisation sociale des soins. Le programme comprend des visites à domicile, la fourniture de services médicaux, une thérapie psychologique, des soins nutritionnels et, dans certaines utopies, du yoga, des activités physiques, de la relaxation et de la méditation guidée. À ce jour, 7 669 aidant·e·s ont bénéficié du programme, dont 98 % de femmes.

Les centres colibri

Les centres Colibri constituent un modèle unique d'intervention publique basé sur les droits humains dans le cadre de la réduction des risques, de la reconnexion sociale et du développement personnel. Ils offrent des soins professionnels aux consommateurs·trices de substances psychoactives et à leurs familles en matière de prévention, de psychoéducation, de promotion de la santé et de soins primaires. Il existe 11 centres Colibri dans le district, dont deux stratégiquement situés dans des quartiers à forte consommation de substances psychoactives, et neuf dans les Utopies.

Cas 2 :

Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU), ou système de soins de quartier : Bogota, Colombie[20]

Les municipalités peuvent jouer un rôle clé pour assurer le bien-être des résident·e·s vulnérables et le droit des aidant·e·s à une plus grande couverture publique, comme on peut le constater à Bogota. Grâce à son système de soins de quartier, à ses initiatives de rénovation urbaine et à la mise en place de systèmes de transport multimodaux et durables (tels que la première ligne de métro et le Regiotram), la ville favorise un développement économique, social et environnemental inclusif et durable et améliore la qualité de vie[21] de ses habitant·e·s. Pour Bogota, les soins sont une vision qui se concrétise par des opportunités de croissance pour les soignant·e·s, leurs familles et les enfants, et qui génère des économies autour de ces questions[22].

Introduit en 2020, le système de soins du quartier est une approche de l'aménagement urbain et des soins mise en œuvre par la maire Claudia López et son cabinet. Il vise à surmonter la féminisation de la pauvreté et des inégalités et à faire en sorte que les aidant·e·s bénéficient de meilleurs services et d'un meilleur soutien. Il veille également à ce que les services dont ils ont besoin se trouvent à proximité, ce qui leur libère du temps pour reprendre le travail ou poursuivre leurs études.[23]. Il découle du plan de développement du district intitulé « Un nouveau contrat social et environnemental pour le XXIe siècle ». Il place les femmes au centre en identifiant, analysant et éliminant la vulnérabilité, la discrimination et la violence dont elles sont victimes et en leur donnant davantage de contrôle sur leurs propres résultats. L'approche est fondée sur la coresponsabilité entre le district, le gouvernement national, le secteur privé, les communautés et les ménages. Elle « articule les services, existants et nouveaux, pour répondre aux demandes et aux besoins de soins des personnes qui nécessitent un niveau élevé de soutien », comme les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées et les soignant·e·s. [24]

Le système de soins de quartier consiste en un réseau de « blocs de soins » à travers la ville, qui constituent la pierre angulaire de sa stratégie de réactivation économique. Le système favorise l'accès des femmes à l'emploi et à l'entrepreneuriat et les invite à jouer un rôle politique plus actif[25]. Le premier bloc de soins, celui de Ciudad Bolívar, s'étend

---

[20] Site Web de la ville de Bogota : https://bogota.gov.co/.
[21] https://bogota.gov.co/en/international/thanks-its-care-system-bogota-will-host-international-summit.
[22] https://bogota.gov.co/en/international/un-praises-bogota-mayors-offices-work-care-economy.
[23] https://bogota.gov.co/en/international/latin-americas-first-care-block-starts-ciudad-bolivar.
[24] Ibid.
[25] https://bogota.gov.co/en/international/mayor-lopez-unveils-district-care-system-international-community.

sur 800 m² autour du nouveau SuperCADE Manitas, une zone qui abrite environ 100 000 aidant·e·s non rémunéré·e·s. Cet espace de services aux citoyen·ne·s a été construit grâce à un investissement de près de 25 000 millions de pesos (environ 1236 dollars) et accueille 16 entités de district ou nationales, réunies en un seul lieu. Il dispose d'un grand espace pour les sports et les loisirs et est accessible à tou·te·s. il possède un accès direct à la station TransMiCable Manitas et à la rampe d'accès et à l'ascenseur, ainsi que des installations conçues pour les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées.

Plus de 30 services faisant partie du système de soins de quartier sont fournis dans cette zone. Il cherche à faire reconnaître le travail de soins des personnes qui le réalisent, de redistribuer le travail de soins entre les hommes et les femmes et de réduire le temps de travail non rémunéré des soignant·e·s. Ces services comprennent une formation flexible, la formation à l'emploi et à l'insertion professionnelle, des cours de préparation à la vie active, des ateliers d'entrepreneuriat et de gestion de l'argent, ainsi que des services de soins de santé de base. On y trouve aussi des soins de santé complets pour les personnes handicapées, des espaces publics de loisirs, des conseils pour accéder aux mécanismes de financement collectif et à une alimentation équilibrée, et des programmes visant à garantir la garde des enfants et le temps familial, ainsi que des activités récréatives, des jeux et le développement de l'enfant. Depuis 2021, et malgré les restrictions imposées par le Covid, de nouveaux blocs de soins ont été créés dans les villes de San Cristóbal, Usme, Kennedy, Los Mártires et Usaquén.[26]

Cette approche a été couronnée de succès. En 2021, dans les Manzanas del Cuidado, 1875 femmes ont été formées aux outils de bureau, 2255 femmes ont suivi des cours qui leur ont fourni des outils de travail, 88 soignants ont obtenu leur baccalauréat, 420 soignant·e·s apprennent à créer et à gérer leur propre entreprise, et plus de 2000 femmes ont participé aux activités d'exercice proposées.

Le gouvernement de Bogota espère construire 45 blocs de soins, afin que chacun·e· puisse trouver des services de soins, de culture et de loisirs à 20 ou 30 minutes de marche de son domicile[27]. En adoptant cette approche, Bogota est devenue la première ville d'Amérique latine à répondre aux besoins liés aux soins qui, s'ils étaient payés, représenteraient 13 % du PIB de la ville.

Cas 3 :

La lutte pour la reconnaissance des agent·e·s de santé communautaires en tant qu'employé·e·s public.que. s : Pakistan

Les agent·e·s de santé communautaires (ASC) jouent un rôle essentiel en fournissant des soins de santé primaires et des informations, tout en sensibilisant et en facilitant l'accès aux soins de santé publique à des centaines de millions de personnes vivant en milieu rural. En Asie du Sud, ils/elles sont également connu·e 3 s sous le nom d'ASHA (Accredited Social Health Activists, agent·e·s sanitaires et sociaux·ales certifié·e·s) en Inde, de Lady Health Workers (femmes agents sanitaires) au Pakistan et de Female Community Health Volunteers (femmes volontaires communautaires à vocation

[26] https://bogota.gov.co/mi-ciudad/mujer/sistema-distrital-de-cuidado-beneficiados-con-manzanas-del-cuidado
[27] https://bogota.gov.co/en/international/mayor-claudia-lopez-helps-launch-council-urban-initiatives.

sanitaire) au Népal. Ces ASC sont presque toutes des femmes qui doivent accomplir ce travail vital, mais ne sont pas reconnues comme des agentes de santé publique. Bien souvent, elles ne disposent pas de contrat de travail écrit, de protection sociale ou d'équipement de protection individuelle (ÉPI) et leurs salaires sont bas. De nombreuses ASC fournissent des services de santé et de soins sous la responsabilité directe des autorités municipales ou étatiques. Au Népal, les ASC représentent jusqu'à 75 % du personnel de santé.[28]

Les ASC se voient généralement refuser le droit de recevoir un salaire minimum, sauf au Pakistan. Cette exception est le résultat d'années de luttes menées par les travailleuses pakistanaises des ASC de la province du Sindh, qui se sont organisées en 2013 au sein du syndicat « All Sindh Lady Health Workers Association » (ASLHWA, association de toutes les femmes agentes sanitaires). Réunissant 25 000 travailleuses, l'ASLHWA se bat depuis collectivement pour les droits des ASC du Sindh. En 2016, elle a lancé la campagne « Stolen Wages » (salaires volés), a organisé des réunions au niveau des districts et s'est engagée auprès des responsables du gouvernement local et de l'État, des parlementaires et des politicien·ne·s. Elle a tenu des réunions publiques et mené des recherches liées aux conditions de travail insoutenables endurées par les ASC. En 2017, l'ASLHWA a obtenu la régularisation de l'emploi des ASC, l'inclusion de leurs coûts salariaux dans la proposition de budget de l'État du Sindh, le paiement des arriérés, ainsi que l'accès à l'identité biométrique pour les employé·e·s du district afin de garantir la couverture sociale.[29]

Cas 4 :

Modèle de villes sanctuaires : États-Unis d'Amérique

Les villes sanctuaires permettent aux sans-papiers d'accéder aux services publics sans craindre une répression contre eux et leur famille. Ces villes découragent les forces de l'ordre locales de signaler le statut d'immigration des personnes, sauf s'il s'agit d'enquêter sur un crime grave.[30] Les politiques des villes sanctuaires reposent sur une forte empathie, souvent soutenue par les églises et les organisations d'aide locales, et visent à aider les personnes en situation d'extrême vulnérabilité à se frayer un chemin vers une vie aussi sûre et saine que possible. Il existe de nombreux exemples de villes sanctuaires dans le monde, notamment aux États-Unis, où elles sont souvent impulsées par les actions des agents Service de l'immigration et des contrôles douaniers (ICE).

Par exemple, l'approche politique générale de San Francisco consistant à promouvoir une culture d'hospitalité envers les immigrant·e·s, les demandeurs·euses d'asile et les réfugié·e·s est inscrite dans son code administratif. Il stipule que tous les résident·e·s

---

[28] PSI. 2020. La santé communautaire, c'est du travail ! Campagne mondiale et Combattre le Covid en première ligne : Histoires de travailleurs communautaires d'Asie du Sud https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/5bebafc9-603d-4281-b472-8adeac6761f7_PSI_Storybook_Final_Hi-res.pdf.

[29] Ali, Mir Zulfiqar. « Community Health Workers in Pakistan - a Struggle for Union Registration ». Site Web de l'ISP, https://www.world-psi.org/en/community-health-workers-pakistan-struggle-union-registration ; et PSI, *Decent Work for Community Health Workers in South Asia A Path to Gender Equality and Sustainable Development* http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/decent_work_for_chw_in_south_asia_ilo_jan2018.pdf.

[30] https://www.lirs.org/what-are-sanctuary-cities-why-do-they-exist/.

doivent bénéficier d'une protection et d'un traitement égaux, quel que soit leur statut d'immigration, et que les services de santé publique, de sécurité et de bien-être doivent répondre aux besoins de tous les membres de la communauté, y compris les immigré·e·s. Les politiques d'immigration ne peuvent pas être utilisées dans les enquêtes impliquant les forces de l'ordre locales, les fonctionnaires de l'ICE se voient refuser l'entrée des prisons locales et les fonctionnaires municipaux n'envoient pas les empreintes digitales au département de sécurité intérieure. Cela favorise l'accès aux services sociaux (scolarité, soins médicaux, etc.) et réduit le nombre d'immigrant·e·s qui ne peuvent accéder aux services publics.[31]

Cas 5 :

Mise à disposition de garderies pour les travailleurs informels : Durban, Afrique du Sud[32]

De nombreux travailleu·r·se·s informel·le·s sont des femmes et des mères. Elles ne bénéficient d'aucun congé maternité ni d'aucune prestation, et sont donc souvent contraintes de choisir entre la perte de revenus pour s'occuper de leurs enfants, le fait de laisser leurs enfants à la famille ou à des tiers, ou le fait de les amener au travail et de les exposer ainsi à des conditions loin d'être idéales. Cette situation a été exacerbée pendant les confinements dus au Covid-19, qui ont limité les possibilités de garde des enfants et les ont exposés aux infections, augmentant ainsi les responsabilités des femmes en matière de soins au sein de la famille et réduisant leurs revenus[33]. Asiye eTafuleni (AeT) à Durban, en Afrique du Sud, en collaboration avec Women in Informal Employment Globalizing and Organizing (WIEGO), a travaillé en étroite collaboration avec des mères et des soignant·e·s qui sont des travailleu·r·se·s informel·le·s pour développer et piloter une solution. Sur les quelque 8000 travailleu·r·se·s informel·le·s qui opèrent à Warwick Junction, un grand échangeur de transport et un centre de commerce informel dans le centre de Durban, plus de la moitié sont des femmes. Elles ont le droit de travailler et d'être en bonne santé physique et mentale, et leurs enfants ont le droit d'être soignés, d'avoir une santé optimale et de se développer.

AeT a conçu et piloté, en collaboration avec des mères, des structures d'accueil pop-up à microéchelle pour les enfants âgés de 6 mois à 3 ans, chacune pouvant accueillir 6 à 8 enfants. Le « Silindokuhle » (Nous espérons le meilleur) consiste en une structure de tente et des boîtes de rangement qui peuvent être montées chaque matin et démontées chaque après-midi. Ils ont été placés dans des parties peu utilisées du marché, en les transformant en « espaces plus sûrs » où les enfants peuvent s'adonner à des activités adaptées à leur âge sous la supervision d'un·e· soignant·e· formé·e et à proximité de leur mère. La plupart des mères ont suivi une formation de soignante, et deux d'entre elles s'occupent des enfants à plein temps, moyennant une rémunération journalière abordable payée par les autres mères.

---

[31] Manfredi-Sánchez, Juan Luis. 2020. «Sanctuary Cities: What Global Migration Means for Local Governments. » *Social Sciences*, août 2020.

[32] Childcare Interventions – Asiye eTafuleni (aet.org.za); Silindokuhle Micro-Childcare Facility: Reviving hope for children of informally working mothers – Asiye eTafuleni (aet.org.za); Umzanyana: a case study for technological innovation among informal workers – Asiye eTafuleni (aet.org.za); AeT has broadened their scope of work to respond to evolving urban needs; childcare – Asiye eTafuleni

[33] Boatang-Pobee et al., 2021, et Ogando et al., 2021.

Cela a conduit à des discussions avec les gouvernements locaux sur l'élaboration de lignes directrices pour la mise en place de structures de garde d'enfants viables pour les travailleu·r·se·s informel·le·s. De telles lignes directrices pour la mise à disposition de centres de garde d'enfants dans et autour des marchés ont été développées à Accra, au Ghana[34], et devraient être adoptées par les autorités nationales et locales. L'évaluation 2020 de la politique ghanéenne de développement des soins à la petite enfance (ECCD) de 2004 a montré que cette politique accordait peu d'attention aux besoins des travailleu·r·se·s informel·le·s. Elle n'a pas non plus tenu compte de l'environnement de services complexe auquel sont confrontés les gouvernements locaux. Au Ghana, les assemblées métropolitaines, municipales et de district (MMDA) sont tenues d'allouer des ressources pour soutenir les interventions en faveur de la petite enfance dans leurs juridictions et sont responsables du paiement des salaires des prestataires de soins relevant de leur juridiction.

Bien que cela puisse favoriser la prestation de services de garde d'enfants dans les espaces commerciaux, l'évaluation a révélé qu'un guide pratique et une conceptualisation claire du rôle du gouvernement local dans la contribution à la prestation et à la réalisation des résultats de l'ECCD étaient nécessaires. Les lignes directrices ont été élaborées par un forum multipartite facilité par WIEGO, comprenant le ministère du Genre, de l'Enfance et de la Protection sociale, les autorités municipales concernées, les associations de marché, les commerçant·e·s, les vendeu·r·se·s de rue et les représentant·e·s des porteurs de charge, ainsi que les prestataires de services de garde d'enfants. Les lignes directrices fournissent des outils pratiques, des normes et des conseils sur les meilleures pratiques pour les installations de développement de la petite enfance, en particulier sur et autour des marchés. Elles notent que les prestataires de services de garde d'enfants sur et autour des marchés doivent reconnaître que leurs services seront principalement accessibles aux travailleu·r·se·s informel·le·s à faible revenu, vulnérables, et aux femmes. Cela pose un problème de financement, car les services de garde d'enfants de qualité sont coûteux et ne peuvent pas reposer uniquement sur les frais d'utilisation. Ils nécessitent des subventions croisées de la part du gouvernement et d'autres partenaires.

Cas 6 :

Bibliothèques publiques : Canada, Norvège, Colombie et Nigeria

Plusieurs bibliothèques à travers le monde ont étendu leur fonction traditionnelle pour promouvoir une éducation et des connaissances plus larges. Au Canada, la bibliothèque publique de Toronto a exploité son potentiel en tant que centre de démocratie inclusive grâce à son programme « On Civil Society » (Sur la société civile). Ce programme fait intervenir à la bibliothèque un large éventail de conférenciers·ères sur des questions politiques clés, ce qui permet à des personnes de tous horizons d'entendre des points de vue différents et de comprendre les faits concernant des questions essentielles.[35]

À Oslo, les bibliothèques ont mis en place des cafés linguistiques pour les immigrant·e·s, afin de favoriser leur intégration politique.[36] . Outre l'acquisition de compétences en

[34] *Guidelines and Standards for Day care Centres in and Around Markets in Ghana*, projet novembre 2021.
[35] https://www.torontopubliclibrary.ca/programs-and-classes/featured/on-civil-society.jsp#:~:text=On%20Civil%20Society%3A%20Democracy,our%20democracy%20transparent%20and%20fair.
[36] https://www.tradeunionandlibraries.no/language-cafe/.

norvégien, ces cafés offrent la possibilité de nouer des liens avec la population locale, mais aussi d'ouvrir la voie à la compréhension et à la participation à des processus démocratiques plus larges et à des décisions politiques, notamment en ce qui concerne les questions de soins.[37]

En Colombie, les bibliothèques ont servi de points de collecte de données sur la pollution atmosphérique, puis ont expliqué ces données aux habitant·e·s et leur ont donné les outils nécessaires pour les interpréter et les manipuler.[38] De cette manière, il a été possible de faire participer plus efficacement les habitant·e·s aux discussions sur les approches politiques des questions environnementales, en promouvant une ville plus propre, plus saine et plus solidaire.

Les recherches menées au Nigeria ont montré que l'un des principaux facteurs de désaffection et de désengagement politiques est le manque de compréhension de l'élaboration des politiques et du gouvernement. Cette situation est étroitement liée à la possibilité pour les gens d'accéder à des informations pertinentes et de s'y engager, ce qui conduit à des appels à un investissement accru dans les bibliothèques.[39]

Cas 7 :

L'Alliance pour les soins à domicile (Home-base care Alliance, HBCA), composée de femmes de la communauté qui fournissent des soins : Afrique

L'HBCA a été initialement créée en réponse à la crise du VIH en Afrique. Elle a poursuivi son travail pendant la pandémie de Covid-19. Elle représente plus de 30 000 soignantes organisées en alliances de soins à domicile multidistricts dans 11 pays africains, qui s'occupent d'environ 200 000 personnes dans leurs communautés. Ces soignantes sont des femmes de la communauté dont le travail va au-delà de la simple prestation de services,. Elle ont permis de réduire globalement les impacts du VIH/SIDA ainsi que ses effets, tels que le dépouillement des terres et des biens, la stigmatisation sociale, l'insécurité alimentaire et la violence sexiste.

Ces soignantes cherchent à faire reconnaître leur travail, à obtenir un soutien direct pour l'organisation et le développement du leadership, et à être incluses à tous les niveaux de la prise de décision, de la programmation et de la mise en œuvre en matière de SIDA. Elles donnent la priorité à l'entraide mutuelle et sont à l'origine d'activités collectives innovantes génératrices de revenus. Elles agissent en tant qu'agentes de développement communautaire et de prestation de services et devraient bénéficier de subventions publiques tout comme les ONG. Les données disponibles confirment la capacité de ces groupes de femmes communautaires à favoriser les relations et à collecter des données et des informations qui renforcent la responsabilité et la transparence vis-à-vis de leurs gouvernements..[40]

---

[37] https://www.uio.no/english/student-life/events/special-events/may/Language-cafe-may.html.
[38] https://blog.techsoup.org/posts/how-nonprofits-and-libraries-can-use-open-data-to-lead-to-cleaner-air.
[39] Nwofor, Florence Amaka et Hope C. Ilorah. 2015. «Sustaining Nigeria's Democracy: Public Libraries as an Indispensable Instrument in Anambra State. » *Library Philosophy and Practice* (revue électronique de l'Université du Nebraska — Lincoln). 1222. https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3207&context=libphilprac.
[40] https://huairou.org/old-file/wp-content/uploads/2016/06/HBCA-MYTHS-ONE-PAGER.pdf.

L'HBCA défend une approche communautaire de la réponse au SIDA, plutôt qu'une approche émanant du sommet. Cette approche établit le lien entre les personnes et l'accès aux services de santé dont elles auraient besoin, et travaille à réduire les impacts du VIH/SIDA, à réduire la pauvreté et la marginalisation, et à encourager la propriété communautaire et la responsabilité du gouvernement. En dépit de leurs contributions significatives, documentées par des recherches fondées sur des données probantes, les organisations communautaires de femmes restent fragiles et manquent de ressources. Leurs dirigeantes sont surchargées de travail et proches du burn-out, et leur travail est repris par des ONG qui cherchent à les remplacer ou à les absorber en tant que prestataires de services (et non en tant que développeuses communautaires).

L'HBCA demande une reconnaissance officielle de leurs contributions avec :

- un accès prioritaire aux services de santé gouvernementaux, aux fournitures médicales, alimentaires et de protection, et par la création de répertoires nationaux indiquant l'emplacement, le champ d'action et les contacts des groupes d'alliance de soins à domicile des femmes.
- un budget réservé à une proportion des fonds municipaux, du Conseil national du SIDA et de la réduction de la pauvreté (1-5 %) pour les organisations de femmes enregistrées dans la HBCA.
- la création d'activités d'autonomisation des femmes et de réduction de la pauvreté au niveau local et des sièges dans les organes de planification et de décision qui conçoivent et financent le développement communautaire et les programmes de services sociaux pour les femmes et les familles pauvres affectées/infectées.

Elle aimerait également bénéficier d'un financement public et philanthropique pour développer et soutenir ses activités, notamment des subventions, des initiatives de mutuelles de santé, d'épargne et de crédit, un financement direct pour le renforcement des capacités, l'organisation et le développement du leadership, ainsi que des auditions et des consultations publiques et transparentes sur les budgets liés au SIDA et à la santé, qui incluent une forte représentation des groupes de soins des femmes communautaires..

Cas 8 :

Cours d'alphabétisation pour les personnes âgées : Ageing Nepal [41]

Au Népal, 36 % de la population adulte âgée de 15 ans et plus n'a pas de compétences de base en matière d'alphabétisation, et ce pourcentage est bien plus élevé chez les personnes de plus de 60 ans. Sans compétences de base en matière d'alphabétisation, les personnes âgées peuvent éprouver des difficultés à vivre de manière indépendante. Cela contribue également à l'augmentation du risque d'être victime de la maltraitance et du harcèlement des personnes âgées. Ageing Nepal travaille avec des ONG locales pour mettre en place des cours d'alphabétisation de base pour les personnes âgées, afin de leur permettre d'acquérir des compétences de base en lecture, écriture et calcul. Elle cherche à renforcer leur capacité à vivre de manière indépendante dans la communauté locale et à promouvoir le changement social et l'apprentissage tout au long de la vie grâce à l'alphabétisation. L'alphabétisation est proposée dans la langue officielle (le népalais), avec l'anglais comme deuxième langue, et offre des cours de

[41] https://sdgs.un.org/partnerships/ageing-nepal-piloted-basic-literacy-class-urban-center-kathmandu-metropolitan-ageing.

calcul et une formation aux compétences de la vie courante telles que l'utilisation d'appareils électroménagers, le fonctionnement des téléphones portables et la navigation autonome dans la ville. Il est important de noter que le programme a été continuellement modifié en fonction des besoins et des commentaires des apprenant·e·s.

Le programme a eu un impact à la fois sur les apprenant·e·s individuel·l·e·s et sur leurs communautés, en améliorant les niveaux d'alphabétisation, en renforçant la confiance en soi et en créant une communauté de soutien. Le gouvernement et la communauté locale ont tous deux reconnu le succès de la mise en œuvre de la classe d'alphabétisation de base pour les personnes âgées. À la fin du programme pilote réussi, début 2017, le projet a été remis au gouvernement local, qui a alloué des fonds annuels pour la poursuite du programme. Le programme a été reproduit dans quatre autres quartiers de Katmandou. Toutes les classes d'alphabétisation de base fonctionnent désormais avec le soutien financier du gouvernement local.

Cas 9 :

Investissement municipal dans les foyers de soins pour personnes âgées : données du Danemark et du Canada

Il est nécessaire que l'État investisse dans les foyers pour personnes âgées et les surveille étroitement, comme le montrent les exemples du Danemark et du Canada. Au Danemark, le rôle des entreprises privées à but lucratif en tant que prestataires de services sociaux (par exemple, la fourniture de logements pour les enfants et les adultes ayant des difficultés physiques ou mentales) a fait l'objet d'un vaste débat. Le syndicat FOA a révélé plusieurs exemples d'entreprises privées de services sociaux fournissant des services de mauvaise qualité alors que les propriétaires engrangent d'importants bénéfices en espèces.

Un exemple concerne un très gros bénéfice tiré de la vente en 2017 de l'institution privée Søbækskolerne pour 18 millions d'euros (y compris un bonus spécial) à la multinationale Olivia A/S. L'institution fournit des services aux jeunes ayant des besoins spéciaux, à la fois des formations éducatives et des logements. Toutefois, la vente n'a pas transféré les actifs physiques, mais uniquement les obligations de fournir le service. L'ancien propriétaire peut ainsi continuer à percevoir un revenu important en louant des bâtiments au nouveau fournisseur.[42]

Le Canada a enregistré le pire score de décès dus au Covid-19 dans les services de soins aux personnes âgées du monde entier : quatre décès sur cinq concernaient des résident·e·s ou des membres du personnel d'une maison de soins de longue durée, 29 d'entre elles étant largement gérées par des entreprises privées, dont certaines pratiquent activement l'évasion fiscale, comme Revera. En 2020, le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) a lancé la campagne nationale « FixLongTermCare » (redressement des soins de longue durée) pour empêcher le profit sur le compte des soins de longue durée aux personnes âgées. Il exigeait que le gouvernement canadien prenne en charge et investisse dans les maisons de soins de longue durée pour personnes âgées et fixe une norme nationale de qualité de service et des conditions de

[42] Enghausen, T. 2019. « Problems Without Benefits? The Danish Experience with Outsourcing and Remunicipalisation » dans *The Future is Public*, TNI, p. 71.

travail sûres et décentes pour le personnel dans toutes les provinces. La campagne a contribué à la décision du gouvernement de la Saskatchewan, en 2021, d'investir 80 millions de dollars canadiens dans les soins de longue durée, en commençant par la municipalisation de deux établissements grâce à un investissement public substantiel. De plus, 82 projets de renouvellement et 13 nouveaux foyers publics de soins pour personnes âgées ont été planifiés dans les zones rurales et éloignées de la province.[43]

Ces deux exemples ne portent que sur les questions médicales liées aux personnes âgées et non sur leur contribution considérable en tant que bénévoles et employé·e·s rémunéré·e·s pendant et après le Covid-19.

Cas 10 :

Coopération intercommunale en matière d'aide sociale : Belgique [44]

Le cas de Welfare Care Kempen (WCK) illustre les défis que les prestataires locaux de services sociaux ont dû relever depuis le début de la pandémie de Covid-19. La pandémie a incité les prestataires de services publics locaux à s'adapter rapidement, à revoir leurs processus et opérations et à redéployer leur personnel sous la contrainte. Consortium intercommunal de propriété et de gestion publiques regroupant 27 municipalités, WCK fournit des services de soins à domicile aux résident·e·s de la Région flamande de Campine, notamment des soins de santé et médicaux, une aide aux courses, une aide aux tâches ménagères, des loisirs et des contacts sociaux pour les personnes âgées, les personnes handicapées ou les résident·e·s isolé·e·s, ainsi que des conseils sur les difficultés financières et l'endettement.

WCK met également les résident·e·s en contact avec une grande variété de services connexes et complémentaires, tels que les services de santé mentale et de protection de la jeunesse, faisant office de centre de services publics de soins locaux pour le territoire. La plupart des utilisateurs de WCK sont des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que des familles en détresse sociale ou financière. Ses 270 travailleurs, en majorité des femmes, dont beaucoup sont issues de l'immigration, couvrent une population de 500 000 habitants. WCK est un réservoir d'emplois décents pour la région de Campine, car il assure des services de soins sociaux de qualité et fournit des emplois stables avec une formation et des qualifications professionnelles pour la communauté locale.

Durant la pandémie de Covid-19, grâce au contrôle et à la gestion publics directs des services, au dialogue constructif avec les travailleurs·euses et les syndicats, et à l'accent mis sur le bien public plutôt que sur les résultats, WCK a pu rapidement redéployer les services vers les utilisateurs·trices les plus dans le besoin et protéger les travailleurs·euses qui n'avaient pas de directives claires des autorités. Cela n'aurait pas

---

[43] Extrait de Cibrario, D. 2021. « Challenging Decades of Privatization and De-funding of Public Services. »
Spotlight on Sustainable Development Report, pp. 30-33.

[44] PSI. 2022. *Local Public Services and Trade Unions Through the Covid Pandemic, The Case Of Welfare Care Kempen* (Belgique), https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/45e14b83-f454-44bf-98d5-46a0e05eafce_PSIPB-LRGTU-WelfareCareKempen-EN.pdf; et *Local Public Services In Crisis Mode: Adapting Governance Models To Exceptional Times Emergency Governance for Cities and Regions*. UCLG, Metropolis, LSE Cities Policy Brief no. 5, mars 2022. https://gold.uclg.org/sites/default/files/egi_policy_brief_5.pdf.

été possible si le service avait été fragmenté entre différents opérateurs privés dont les contrats imposaient des impératifs de rentabilité. En outre, une solide pratique de dialogue social et de négociation collective basée sur la confiance entre la direction de WCK et les syndicats a été cruciale pour assurer la continuité et la résilience du service.

Cas 11 :

Réponse communautaire, en particulier des résident·e·s âgé·e·s, pour mieux reconstruire après une catastrophe naturelle : Japon, Népal et Philippines[45]

Ibasho signifie « un endroit où l'on peut se sentir soi-même » en japonais. La première communauté Ibasho a été fondée au Japon en 2012 après le tsunami provoqué par le grand tremblement de terre de 2011 dans l'est du Japon. Elle comprend un centre communautaire créé et géré par les aîné·e·s, un café, un potager, un marché fermier, une boutique de ramen, une garderie, un centre d'évacuation et un centre de ressources communautaires où les aîné·e·s enseignent les traditions culturelles aux plus jeunes. Le projet Ibasho a été reproduit au Népal après le tremblement de terre de Gorkha en 2015 et aux Philippines après le typhon Yoland en 2014.

[45] https://ibasho.org.

Références

Alcadía de Bogota. « Sistema Distrital de Cuidado. » https://bogota.gov.co

Alcadía Iztapalapa. « Utopías: Un Sueño Hecho Realidad Para Iztapalapa ». https://www.utopiasiztapalapa.com/

Ali, Mir Zulfiqar. « Community Health Workers in Pakistan – a Struggle for Union Registration. » PSI website, https://www.world-psi.org/en/community-health-workers-pakistan-struggle-union-registration ; et PSI, Decent Work for Community Health Workers in South Asia" A Path to Gender Equality and Sustainable Development http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/decent_work_for_chw_in_south_asia_ilo_jan2018.pdf

Asiye eTafuleni. Site Web officiel. https://aet.org.za/.

Charte de Barcelone des droits des citoyens à l'ère numérique. https://digitalrightsbarcelona.org/la-carta/?lang=en.

Boatang-Pobee, Lydia, Sarah Heneck, Anne Kamau, Francis Kapere, Kweku Kyere, Misiwe Maphumulo et Rachel Moussié. 2021. *Women Informal Traders and Child Care during the COVID-19 Pandemic: Findings from Accra, Durban and Nakuru*. WIEGO Resource Document No. 20. Manchester, UK : WIEGO.

Caring with Cities. Site Web officiel. https://caringwith.city/

Cibrario, D. 2021. « Challenging Decades of Privatization and De-Funding of Public Services. » *Spotlight on Sustainable Development Report 2021*, pp. 30-33.

Cities Alliance. 2021. *Building Climate Resilient and Sustainable Cities for All: At the Intersection of Climate Change and Poverty*. Cities Alliance/UNOPS: Bruxelles.

De Visser, J. 2008. « Subsidiarity in the Constitution: Slapstick Asymmetry or a 'Rights-based' Approach to Powers? » Dulla Omar Institute Local Government Bulletin, 10 (1). https://dullahomarinstitute.org.za/multilevel-govt/local-government-bulletin/archives/volume-10-issue-1-february-march-2008/vol-10-no-1-subsidiarity-in-the-constitution.pdf.

Enghausen, T. 2019. « Problems Without Benefits? The Danish Experience with Outsourcing and Remunicipalisation » dans The Future is Public, TNI, p. 71.

Gonzalez, Benjamin, Loren Collingwood et Stephen Omar El-Khatib. 2017. « The Politics of Refuge: Sanctuary Cities, Crime, and Undocumented Immigration. » *Urban Affairs Review*, pp.1-38. http://valencia.unm.edu/library/handouts/evaluationsources/sanctuaryd.pdf

Women in Informal Employment Globalizing and Organizing, « Guidelines and standards for day care centres in and around markets in Ghana », document préparatoire final, nov. 2021

Huairou Organization. « Home-Based Care Alliance Myths and Reality Check. » https://huairou.org/old-file/wp-content/uploads/2016/06/HBCA-MYTHS-ONE-PAGER.pdf.

Ibasho. Site Web officiel. https://ibasho.org

OIT. 2020. « Women Health Workers: Working Relentlessly in Hospitals and at Home. » site Web de l'OIT. Disponible sur : https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_741060/lang--en/index.htm

International Disability Alliance (IDA). « End Discrimination Covid-19 Campaign. » site Web de l'IDA. Disponible sur : https://www.internationaldisabilityalliance.org/discrimination-covid19

Jackson, Stephen.2018. « How Nonprofits and Libraries Can Use Open Data to Lead to Cleaner Air. »Techsoup Blog. https://blog.techsoup.org/posts/how-nonprofits-and-libraries-can-use-open-data-to-lead-to-cleaner-air

Lutheran Immigration and Refugee Service (LIRS). 2021. « What Are Sanctuary Cities and Why Do They Exist? » Site Web du LIRS. https://www.lirs.org/what-are-sanctuary-cities-why-do-they-exist/.

Manfredi-Sánchez, Juan Luis. 2020. « Sanctuary Cities: What Global Migration Means for Local Governments. » *Social Sciences*, août 2020. https://www.mdpi.com/2076-0760/9/8/146/htm.

Munro, Greg. 2021. « Climate Change and Urban Poverty: Why We Should Care. » Site Web de la Thomson Reuters Foundation. 29 octobre. https://news.trust.org/item/20211029123906-uwqi6/

Nwofor, Florence Amaka et Hope C. Ilorah. 2015. « Sustaining Nigeria's Democracy: Public Libraries as an Indispensable Instrument in Anambra State. » *Library Philosophy and Practice* (Revue électronique de l'Université du Nebraska — Lincoln). 1222. https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3207&context=libphilprac

PSI. 2018. *Decent Work for Community Health Workers in South Asia: A Path to Gender Equality and Sustainable Development*. http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/decent_work_for_chw_in_south_asia_ilo_jan2018.pdf

PSI. 2020. *Community Health Work is Work! Global Campaign and Fighting Covid on the Frontlines: Stories of South Asia's Community Workers.* https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/5bebafc9-603d-4281-b472-8adeac6761f7_PSI_Storybook_Final_Hi-res.pdf

PSI. 2021. *The Digitalisation of Local Public Services and Workplaces.* PSI Local & Regional Government Workers' Network Series Next2021, Brief no. 4. https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/b730516a-3c46-4a85-807d-f130fc74c008_2021_EN_LRG_Conf_Brief_4.pdf

PSI. 2022. *Local Public Services and Trade Unions Through the Covid Pandemic the Case of the Community Call (Ireland)*. https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/5b3dfd56-a150-4f5b-ad76-83261f4dfc54_PSIPB-LRGTU-CommunityCall-EN.pdf

PSI. 2022. *Local Public Services and Trade Unions Through the Covid Pandemic, The Case of Welfare Care Kempen (Belgium)*. https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/45e14b83-f454-44bf-98d5-46a0e05eafce_PSIPB-LRGTU-WelfareCareKempen-EN.pdf

PSI. 2022. *The Territorial Dimension of Social Care Services*. Note d'orientation https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/d6d15866-c581-4cdf-8810-7ec5eef6db3c_2021_EN_LRG_Conf_Brief_9.pdf

Shokry, Galia et Isabelle Anguelovski. 2020. *Bringing Nature Back to the Metropolis for All*. Metropolis Observatory. https://www.metropolis.org/sites/default/files/resources/Observatory_Bringing-nature-back-metropolis-all_Anguelovski-Shokry.pdf.

Bibliothèque publique de Toronto. Site Web officiel. https://www.torontopubliclibrary.ca/.

Trade Union and Libraries. Site Web officiel. https://www.tradeunionandlibraries.no/language-cafe/

CGLU. 2019. *Inclusive and Accessible Cities*. Document politique. https://www.uclg.org/sites/default/files/inclusive_accessible_cities_policypaper.pdf.

CGLU, Metropolis, LSE Cities. 2022. *Local Public Services in Crisis Mode: Adapting Governance Models to Exceptional Times Emergency Governance for Cities and Regions*. UCLG, Metropolis, LSE Cities Policy Brief no. 5. https://gold.uclg.org/sites/default/files/egi_policy_brief_5.pdf.

DESA. Ageing Nepal Basic Literacy Class project overview. https://sdgs.un.org/partnerships/ageing-nepal-piloted-basic-literacy-class-urban-center-kathmandu-metropolitan-ageing

ONU Femmes et ONU CEPALC. 2020. *Care in Latin America and the Caribbean during the Covid-19. Towards Comprehensive Systems to Strengthen Response and Recovery*. Disponible sur :

https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2020/08/Final%20Brief/cuidados%20covid%20INGLES.pdf

UNFPA. 2020. *Implications of Covid-19 for Older Persons: Responding to the Pandemic*. Note technique globale de l'UNFPA.

Nations Unies. 2006. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Site Web de l'ONU. Consulté le 30 mai 2022. https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html.

Nations Unies. 2015. *The Paris Agreement*. Site Web de la CCNUCC. Consulté le 30 mai 2022. https://unfccc.int/sites/default/files/english_paris_agreement.pdf.

Nations Unies. 2016 b. *The Sustainable Development Agenda 2030.* UN DESA website. Consulté le 30 mai 2022. https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld.

Nations Unies. 2017. *The New Urban Agenda* [Online]. Disponible sur : https://habitat3.org/the-new-urban-agenda/ [Consulté le 30 mai 2022].

US Legal. « Basic Needs Law and Legal Definition. » USLegal.com. https://definitions.uslegal.com/b/basic-needs/.

Women in Informal Employment Globalizing and Organizing, 2002. « Child Care and Informal Workers. » Contenu Web. https://www.wiego.org/child-care-and-informal-workers

Organisation mondiale de la santé. 2022. « Universal Health Coverage. » Contenu Web. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.

Lectures complémentaires

Bonal, Xavier, Yayo Herrero, Marina Canals, Mª Ángeles Cabeza, et Aina Masgoret. 2021. *Socio-spatial Inequality and Local Educational Action in the Construction of Caring Cities*. Série de documents de travail GOLD VI no. 3. https://gold.uclg.org/sites/default/files/gold_vi_working_paper_03.pdf

Cibrario, Daria and Vera Weghmann. 2021. *Enabling Access to Quality Local Public Services for All: A Precondition to Beat Inequality*. Série de documents de travail GOLD VI no. 2. https://bit.ly/3gfu4VT.

Civil Society Action Committee. 2020. « First, Save Lives: Solutions for the COVID-19 Pandemic and New Solidarity with Migrants and Refugees - A Global Civil Society Statement. » https://csactioncommittee.org/wp-content/uploads/2020/04/Civil-Society-Statement-on-COVID-19-and-Migrants-final.pdf

CLGF, Cities Alliance, UKRI. « COP26 — A Global Call for Climate Justice. » Session de la COP26 sur le lien entre la résilience climatique, la pauvreté urbaine et l'informalité. Vidéo, YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=iz5XiNVl-ig&t=5s.

CNM (Confédération nationale des municipalités du Brésil). 2017. *Guía de Re-Aplicación del Proyecto Mujeres Seguras.* https://www.citiesalliance.org/sites/default/files/Guia_de_Re-aplicacion_Mujeres%20Seguras.pdf.

OIT, WIEGO. 2020. *Extending childcare services to workers in the informal economy: Policy lessons from country experiences.* Policy Brief No. 3. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/genericdocument/wcms_737555.pdf

OIT. 2022. *Care at Work: Investing in Care Leave and Services for a More Gender Equal World of Work*. Organisation internationale du travail. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_838653.pdf.

IFLA, UNESCO. 2009. « IFLA–UNESCO Multicultural Library Manifesto. » Site Web de l'IFLA. https://www.ifla.org/ifla-unesco-multicultural-library-manifesto/.

IFLA, UNESCO. 2022. IFLA–UNESCO Public Library Manifesto 2022. https://repository.ifla.org/bitstream/123456789/2006/1/IFLA-UNESCO%20Public%20Library%20Manifesto%202022.pdf.

Fédération internationale des ouvriers du transport. Politique populaire de transport public. Fiches politiques sur la propriété, le financement, le contrôle de la technologie, le climat et le genre.. www.OPTPolicy.org.

Ogando, A.C., M. Rogan et R. Moussié. 2021. *The Triple Crisis: Impact of COVID-19 on Informal Workers' Care Responsibilities, Paid Work and Earnings*. WIEGO Policy Insights No. 3. https://www.wiego.org/sites/default/files/resources/file/PolicyInsights3.pdf.

PSI. 2020. Série de vidéos sur les soins, YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=VhDaAhyCrTM&list=PLTth89T4iWwxzn1EMncxnDaEf1Ei37__2

PSI. 2021. Care Givers and Takers - How Finance Extracts Wealth from the Care Sector. https://psishort.link/Caregivers_EN. Également disponible en français, allemand et espagnol.

PSI. 2021. *Ten Tricks — A Short Handbook of Financial Engineering*. https://psishort.link/10Tricks_EN. Également disponible en français, allemand et espagnol.

PSI. 2021. *The Social Organisation of Care: A Global Snapshot.* https://popshort.link/GlobalStudyonCare

PSI. 2021. « The Human Right to Care. » Article du PSI sur le Web pour la Journée internationale des droits de l'homme 2021. https://publicservices.international/resources/news/the-human-right-to-care?id=12544&lang=en

PSI. 2021. « What Does Care Have to Do with Human Rights? Analysing the Impact on Women's Rights and Gender Equality. » Site Web de la PSI. 10 décembre. https://publicservices.international/resources/news/what-does-care-have-to-do-with-human-rights-?lang=en&id=12549. Résumé de Carmona, Magdalena Sepúlveda et Kate Donald. 2014. « What Does Care Have to Do with Human Rights? Analysing the Impact on Women's Rights and Gender Equality. » *Gender and Development*. Oxfam et Routledge.

PSI. 2022. « Care Manifesto: Rebuilding the Social Organisation of Care. » Site Web de la PSI, 29 mars. https://publicservices.international/resources/campaigns/care-manifesto-rebuilding-the-social-organization-of-care?id=11655&lang=en.

PSI. 2022. *The Crisis in Long Term Care: Effects of Private Provision*. https://psishort.link/CrisisLTC_EN. Également disponible en français, allemand et espagnol.

PSI. 2022. *Transformando La Organización Social del Cuidado: Desafíos para una agenda feminista y sindical en América Latina*. https://publicservices.international/resources/publications/desafos-para-una-agenda-feminista-y-sindical-en-amrica-latina?id=12845&lang=es

Sachs, Jeffrey D., Salim S. Abdool Karim, Lara Aknin, Joseph Allen, Kirsten Brosbøl, Francesca Colombo, Gabriela Cuevas Barron, María Fernanda Espinosa, Vitor Gaspar, Alejandro Gaviria, Andy Haines, Peter J Hotez, Phoebe Koundouri, Felipe Larraín Bascuñán, Jong-Koo Lee, Muhammad Ali Pate, Gabriela Ramos, K Srinath Reddy, Ismail Serageldin, John Thwaites, Vaira Vike-Freiberga, Chen Wang, Miriam Khamadi Were, Lan Xue, Chandrika Bahadur, Maria Elena Bottazzi, Chris Bullen, George Laryea-Adjei, Yanis Ben Amor, Ozge Karadag, Guillaume Lafortune, Emma Torres, Lauren Barredo, Juliana G E Bartels, Neena Joshi, Margaret Hellard, Uyen Kim Huynh, Shweta Khandelwal, Jeffrey V Lazarus, and Susan Michie. 2022. « The Lancet Commission on Lessons for the Future from the COVID-19 Pandemic. » *The Lancet*. 14 septembre. https://doi.org/10.1016/S0140-6736 (22) 01585-9. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673622015859.

OMS, ONU Habitat. 2016. *Global Report on Urban Health : Equitable Healthier Cities for Sustainable Development*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/204715.

OMS. 2019. *Integrated Care for Older People (ICOPE): Guidance for Person-centred Assessment and Pathways in Primary Care*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1.

#UCLGcongress

daejeon2022.uclg.org

UCLG CGLU

LOCAL 4 ACTION HUB by UCLG