

Conférence Infos 24

L'économie politique et sociale des soins

Rapport de la conférence de l'UNRISD

6 mars 2009, Barnard College, Columbia University, New York

Ce document est la traduction en français de la publication de l'UNRISD *The Political and Social Economy of Care* (Conference News, UNRISD/CN24/09/2, September 2009). La version française n'est pas une publication formelle de l'UNRISD.

Table des matières

Introduction

Séance d'ouverture—(Re)penser les soins: Nord et Sud, passé et présent, recherches et réalité

Séance 1—L'Etat face au changement social en Europe, en Argentine et en République de Corée

Séance 2—Un familialisme élargi: Inde, Nicaragua et Tanzanie

Séance 3—Défamiliatisation des soins: le rôle des agents publics, privés et communautaires

Séance 4—Etablissement d'un programme politique pour les soins: le rôle des acteurs politiques

Conclusion

Programme

Participants

Introduction

Les paramètres des soins et de l'assistance aux personnes se sont profondément modifiés depuis vingt à trente ans, à mesure que s'intensifiait l'arrivée des femmes sur le marché du travail dans les différentes régions, que les structures familiales se transformaient (avec une incidence plus élevée, dans certaines régions, de ménages avec enfants tenus principalement par des femmes) et que des changements démographiques, épidémiologiques et socioculturels créaient une demande nouvelle de soins et aboutissaient à une conception nouvelle de ce que devraient impliquer de "bons soins".

Quand on pense aux soins et à l'assistance aux personnes, on pense généralement à des activités qui ont lieu à domicile, chez les intéressés, et dans les quartiers et qui sont structurées par les rapports de parenté et de voisinage: garde des enfants, soins et assistance aux adultes, qu'ils soient valides, faibles ou malades. Mais le travail non rémunéré des soins et de l'assistance aux personnes recouvre de nombreuses autres tâches—préparation des repas, ménage, lessive, vaisselle—qui prennent beaucoup de temps dans de nombreux pays pauvres où la population a peu accès à l'infrastructure appropriée et aux techniques qui permettraient d'économiser de la main-d'œuvre. De plus, ce travail qui était naguère effectué à la maison est de plus en plus assuré par l'intermédiaire du marché, de l'Etat et d'organisations à but non lucratif.

L'organisation des soins et leur répartition entre le ménage, le marché, l'Etat et des organismes à but non lucratif ont des incidences importantes sur l'accès à des soins

satisfaisants et sur ceux et celles qui en assument la charge. Universitaires et militantes féministes ont souvent répété que la division actuelle du travail dans ce domaine était loin d'être équitable. Le problème qui se pose est plutôt celui de "l'absence de contrepartie" pour reprendre l'idée de certains économistes: en effet, certains individus et groupes sociaux (dans leur grande majorité, des femmes et des filles, surtout celles des ménages économiquement faibles) font le gros du travail tandis que le reste de la société profite des fruits de ce travail. Le fait que la majeure partie de l'assistance aux personnes n'est pas rémunérée ne veut pas dire qu'elle n'entraîne pas de frais. Les femmes et les filles qui assument la plus grande part des soins non rémunérés, ont moins de temps à consacrer à un emploi rémunéré, aux soins de leur personne, aux loisirs, à l'organisation et à la vie politique. L'économie politique et sociale des soins est donc centrale pour l'égalité entre hommes et femmes.

Si les questions de soins et d'assistance aux personnes font de plus en plus partie des programmes de recherche et des programmes politiques des pays industriels avancés, il n'est pas de même dans le monde entier. Au cours du dernier quart de siècle, la recherche féministe sur les Etats-providence a produit une abondante littérature qui remet en question bien des postulats et limites de la littérature classique sur la politique sociale. Les soins et l'assistance aux personnes ont été au centre de ces débats. Cependant, cette recherche est surtout locale. Parmi les tendances qu'elle met en évidence, beaucoup ne sont pas universelles et les options politiques qu'elle envisage ne sont pas toutes transférables ailleurs. C'est particulièrement vrai dans un contexte de développement où le dispositif social est peu institutionnalisé. Les arrangements concernant les soins et l'assistance aux personnes dans les pays en développement n'ont pas reçu la même attention des universitaires que dans les Etats-providence. En réalité, on sait peu de choses des conditions dans lesquelles les soins et l'assistance aux personnes sont assurés dans les pays en développement.

Pour tenter de combler cette lacune, l'UNRISD a lancé en 2006 un projet de recherches comparatives dans lequel l'étude de huit pays est doublée d'une série d'études thématiques. Le fait de (re)penser et d'analyser les soins et l'assistance aux personnes dans un contexte de développement soulève plusieurs questions cruciales: quelles formes les arrangements concernant les soins et l'assistance aux personnes prennent-ils dans divers pays en développement? En quoi ces arrangements remettent-ils en question ou perpétuent-ils les inégalités existantes (de classe et de sexe, en particulier)? Les familles et ménages (dans toute leur diversité) sont-ils les seuls lieux de production des soins? Est-il nécessaire de distinguer entre des formes *différentes* de familialisme? Comment les Etats s'adaptent-ils aux changements structurels et aux normes socioculturelles qui déterminent les besoins en matière de soins? Les questions relatives aux soins et à l'assistance aux personnes sont-elles entrées dans le débat public? Quelles forces ont contribué à les faire sortir de l'ombre et avec quels effets? Quelles devraient être les priorités politiques dans chaque contexte?

La conférence qui s'est tenue au Barnard College (Columbia University) à New York le 6 mars 2009 a rassemblé des universitaires de divers pays et disciplines pour les faire réfléchir sur ces questions à la lumière des expériences de divers pays d'Asie, d'Amérique latine et d'Afrique subsaharienne et pour élargir le débat à partir des conclusions d'études réalisées en Europe et en Amérique du Nord.

Séance d'ouverture—(Re)penser les soins: Nord et Sud, passé et présent, recherches et réalité

Les exposés qui ont été présentés pendant la séance d'ouverture ont interrogé la place des soins dans la recherche et la réalité, le passé et le présent, au Nord et au Sud, plantant ainsi le décor pour les études nationales dont les conclusions seraient présentées dans les panels suivants. Si Joan Tronto a montré comment la poursuite d'une croissance illimitée avait entraîné un grave "désordre des soins" à notre époque, le discours d'Elizabeth Jelin a retracé l'évolution des débats universitaires et politiques sur la reproduction sociale et les soins et

l'assistance aux personnes à partir des années 70. Shahra Razavi, coordonnatrice de recherches, a ajouté une dimension de plus à la réflexion sur les soins: elle a jugé important de considérer les soins et l'assistance aux personnes non seulement comme un secteur mais aussi comme une perspective ou des lunettes à travers lesquelles on peut passer au crible des politiques et processus plus vastes—en particulier dans le contexte de pays en développement.

Dans son exposé, **Joan Tronto** a vigoureusement plaidé pour que l'on dépasse les “jeux de calcul” d'un “monde sans limites”. La marginalisation des soins et de l'assistance aux personnes, a-elle estimé, est due pour une large part à la croyance, profondément ancrée dans la pensée économique contemporaine, qu'il n'y a pas de limites à la création des richesses et que l'on peut toujours gagner en efficacité. Ce cadre tracé, les soins sont conçus comme une entreprise coûteuse et créatrice de dilemmes parce qu'elle a tendance à se heurter aux limites et à la fragilité des corps humains et des relations humaines. Dans un monde sans limites, les soins souffrent de la “maladie des coûts” du fait de leur résistance à une hausse de la productivité et provoquent le “dilemme de la bonne âme”, selon lequel ceux qui aident et assistent sont perdants dans une structure économique qui rétribue la participation à l'économie rémunérée mais offre un dédommagement dérisoire ou nul pour les soins et l'assistance aux personnes.

Familles et individus sont placés de force devant ce dilemme. Il déclenche un cercle vicieux dans lequel s'accroissent les inégalités déjà existantes, entre classes sociales, entre ethnies et entre hommes et femmes. Si le prix des soins et de l'assistance aux personnes monte, ceux qui sont déjà privilégiés dans d'autres domaines de la vie sociale et économique peuvent aussi accéder à une quantité et à une qualité de soins supérieures. Dans le cas d'enfants, le fait de recevoir moins de soins ou des soins de moindre qualité risque d'entraîner plus d'inégalités à l'avenir. Au niveau mondial, la marchandisation des soins accentue les divisions, car de nombreux pays pauvres “exportent” des soins vers les pays qui peuvent se permettre de les payer. Finalement se creuse un déficit des soins qui met en péril la santé, les soins et la plus élémentaire sécurité des enfants qui, d'un pays à l'autre, n'ont pas la surveillance adéquate.

“Nous pouvons nous attaquer à ces insuffisances à l'intérieur du paradigme de la croissance sans limites, mais nous ne réussissons pas [à les corriger]”, a expliqué Joan Tronto. Une autre vision du monde—“authentiquement et démocratiquement solidaire”—ne peut naître qu'à l'intérieur de limites, notamment celles du corps humain et de l'environnement mondial. Il faut, pour cela, avoir une conception large des soins, y voir une activité “qui englobe tout ce que nous faisons pour entretenir, perpétuer et réparer notre ‘monde’ afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos êtres et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier dans un réseau complexe dont dépend la vie même”. Pour concevoir les soins *non pas* comme un préalable à la croissance économique, mais comme le centre de la vie humaine, il faudrait renverser nos priorités, qui ne seraient plus de “faire de l'argent” ou de “produire” mais de “rendre des vies vivables” et “d'enrichir les réseaux de soins et de relations”. Dans ce monde autre, les besoins physiques, affectifs et relationnels des humains fixeraient les limites dans lesquelles on répondrait à d'autres préoccupations (dont celles de croissance économique, d'emploi et d'institutions organisatrices).

Comment parvenir à cette nouvelle démocratie des soins? Qui bénéficierait d'un tel mouvement politique? Pour faire naître ce sens de la solidarité, Joan Tronto a proposé de s'intéresser à un aspect fondamental assez négligé des soins, à savoir ceux qui les reçoivent. Ce n'est qu'en pensant à *tous* les êtres humains—pas seulement ceux qui sont fragiles et vulnérables—comme *objet* continu de soins, que l'unité des *soignants* peut se réaliser. Le fait d'articuler nos propres facteurs de vulnérabilité nous fera perdre un peu de notre recul par rapport aux soins et nous aurons ainsi plus de chance de les percevoir comme une activité qui est au centre, plutôt qu'en marge, de notre vie.

L'actuel "désordre des soins" crée des obstacles à la mobilisation collective. Parmi eux, les conceptions contemporaines de la démocratie, qui ont eu tendance à faire l'impasse sur la nécessité de recevoir et de dispenser des soins. Les soins comme priorité politique pourraient être à la base de la prochaine révolution démocratique. Une conception vraiment démocratique des soins se caractériserait non seulement par l'opposition à une économie politique fondée sur l'idée d'une croissance sans limites mais aussi par une forte volonté d'égalité, y compris dans l'accès de tous les êtres humains à des soins de qualité. Cette stratégie politique de l'opposition demande des acteurs qui se perçoivent à la fois comme agents *et* comme personnes à charge: "sans cette prise de conscience, nous allons nous cogner, à nos risques et périls, à la réalité d'un monde sans limites", a dit Joan Tronto.

Dans son exposé liminaire, **Elizabeth Jelin** a porté un regard rétrospectif sur les années 70 pour étudier les conceptualisations passées et présentes de la sphère domestique, où la majeure partie des soins est dispensée par des femmes et non rémunérée. Elle a établi des parallèles entre les débats féministes suscités par l'ouvrage de Claude Meillassoux *Femmes, greniers et capitaux* (1975),¹ sur les modes de production domestique et capitaliste et les discussions plus récentes sur le rôle des familles dans les Etats-providence inspirées par les travaux de Gøsta Esping-Andersen (1990).²

Dans son ouvrage, Claude Meillassoux examinait différents modes de production et leur rôle dans les économies capitalistes. Il faisait valoir que dans la transition vers le capitalisme, la "communauté domestique" était dépouillée de ses fonctions productives mais gardait un rôle essentiel dans la production et la reproduction de la force de travail pour le système capitaliste. Quel type de "produit" était cette force de travail et était-elle produite pour sa valeur d'usage ou pour sa valeur d'échange? Ces questions ont suscité des débats passionnés. Les féministes ont été promptes à relever les limites de la théorie de Claude Meillassoux, notamment son utilisation anhistorique de la catégorie "femmes" et l'ambiguïté de ses concepts. Toutefois, a fait valoir Elizabeth Jelin, l'attention portée à la communauté domestique et au rôle de la famille *dans* le contexte économique général a été le point de départ de ce dont on débat aujourd'hui sous l'étiquette des soins et de l'assistance aux personnes.

Ménages et familles tiennent encore aujourd'hui une place centrale dans les processus économiques et sociaux. Pourtant, la reproduction physique, sociale, affective et morale des êtres humains au jour le jour n'apparaît pas dans les systèmes de comptabilité nationaux tant qu'elle s'opère dans la sphère domestique et n'est pas rémunérée. Cette invisibilité des familles et de la contribution qu'apportent les femmes au bien-être social par leur travail non rémunéré était toujours une question litigieuse pendant les années 90. De fait, l'ouvrage de Gøsta Esping-Andersen, *Les trois mondes de l'Etat-providence*—dans lequel il montrait que le rôle des marchés et des Etats et les rapports entre eux tenaient une place centrale dans le fonctionnement des différents types d'Etats-providence—n'accordait aucune attention au rôle des ménages et des familles dans la fourniture des services sociaux. Le dialogue critique des féministes avec son œuvre a généré une littérature fondée sur l'expérience et informée par la théorie qui conteste les conceptions classiques de la politique sociale et de l'Etat-providence et, dans son ouvrage ultérieur (1999)³, Gøsta Esping-Andersen a tenu compte du ménage dans son analyse de l'Etat-providence. A la différence de l'ouvrage de Claude Meillassoux, a relevé Elizabeth Jelin, la littérature récente consacrée à l'Etat-providence ne se contente pas

¹ Meillassoux, Claude. 1975. Ed. Maspéro, Paris. Réédité par les Editions L'Harmattan en 2000. L'ouvrage a été publié en anglais en 1981 par Cambridge University Press, New York sous le titre *Maidens, Meal, and Money: Capitalism and the Domestic Community*.

² Esping-Andersen, Gøsta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press, Cambridge. Publié en français sous le titre *Les trois mondes de l'Etat-providence-Essai sur le capitalisme moderne*, PUF, Paris, 1999.

³ Esping-Andersen, Gøsta. 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford University Press, Oxford.

d'étudier les rapports entre le capitalisme et la communauté domestique, mais s'intéresse à tout un éventail d'institutions participant à la prestation des services sociaux.

Cette complexité croissante éloigne les analyses actuelles des "grandes théories" sur lesquelles s'appuyait l'ouvrage de Claude Meillassoux. Mais si ce dernier souhaitait et pouvait appliquer indifféremment ses hypothèses à l'Afrique et à l'Europe, la littérature actuelle sur les Etats-providence repose presque exclusivement sur l'expérience des économies capitalistes avancées. Son souci de l'accès et des droits à l'aide sociale et à la dignité met *l'Etat* au centre de l'analyse. Aussi ses théories sont-elles peu applicables à l'autre moitié du monde où ménages, familles et communautés jouent un rôle dominant dans l'aide sociale.

Dans son allocution d'ouverture, **Shahra Razavi** est revenue sur la préoccupation d'Elizabeth Jelin quant à la nécessité de (re)penser les soins et l'assistance aux personnes dans un contexte de développement, en formulant diverses questions que pose le projet de l'UNRISD. S'inspirant de Jane Jenson (1997),⁴ elle a fait valoir l'utilité de penser aux soins et à l'assistance aux personnes comme une *perspective* ou des *lunettes*, plutôt que comme un secteur ou un ensemble d'activités. Comme de bons soins demandent diverses ressources, dont des ressources matérielles, du temps et des savoir-faire, des politiques et structures générales peuvent faciliter ou entraver l'administration de ces soins. Cela revêt une importance particulière dans un contexte de développement, où l'on ne peut pas tenir pour acquises bien des conditions préalables à l'administration des soins, comme l'infrastructure et les technologies propres à accroître la productivité du travail domestique non rémunéré, et la disponibilité d'emplois rémunérés qui rapportent un salaire décent permettant d'acheter certains biens indispensables aux soins (tels qu'une alimentation riche en substances nutritives pour la famille et des billets de transport pour aller au centre de santé le plus proche). On ne peut donc pas poser a priori que la croissance et le développement économique entraînent une amélioration des soins et des conditions d'existence. La question est plutôt de savoir si l'accumulation de capitaux, qui est une nécessité pour les pays en développement, facilite l'administration des soins et améliore les conditions de vie des populations ou si elle se produit à leurs dépens.

Bien que l'aide sociale et les soins soient principalement assurés par des relations et réseaux familiaux informels, un regard exclusivement dirigé sur les familles et les ménages peut être trompeur. L'analogie du "carré des soins" proposée par le projet illustre la multiplicité des lieux et des institutions qui participent à l'administration des soins. Les familles/ménages, les marchés, le public et les secteurs à but non lucratif fonctionnent de manière complexe et les frontières qui les séparent ne sont ni nettes ni statiques. Bien que, dans la plupart des pays, les soins soient d'abord dispensés par les familles et les ménages, les pays en développement présentent une grande diversité pour ce qui est de la capacité (fiscale et administrative) de l'Etat et de la volonté de fournir des services sociaux et des soins ou de mettre en place des mesures globales de protection sociale. On constate aussi d'importantes variations entre les politiques sociales des six pays du projet, qui, selon les cas, sont axées sur la "familialisation" (par exemple dispositions prévoyant des congés pour s'occuper d'enfants ou de malades, transferts liés aux soins et droits sociaux attachés à la maternité ou la paternité, par exemple des crédits de pension pour ceux qui ont élevé des enfants) ou sur la "défamilialisation" (création par l'Etat de services de garderie et subvention publique des services de garde ou de soins offerts par le marché). L'étude des politiques publiques permet aussi d'aller au-delà des visées actuelles de certaines institutions multilatérales, qui interviennent uniquement au niveau micro-économique pour amener plus d'hommes à participer aux soins. Selon Shahra Razavi, de telles mesures, qui gravitent autour de la promotion de la paternité, par exemple, sont largement insuffisantes, du moins dans beaucoup de pays en développement, où il faut aller beaucoup plus loin dans la mise en place de politiques, de programmes et de structures

⁴ Jenson, Jane. 1997. "Who cares? Gender and welfare regimes." *Social Politics*, Vol. 4, No. 2, pp. 182–187.

qui aident à redistribuer les coûts des soins entre les classes sociales et permettent aux femmes de renégocier dans de meilleures conditions leurs responsabilités en la matière avec les hommes.

Enfin, Shahra Razavi a signalé le problème de l'organisation pluraliste de l'aide sociale dans un contexte de développement, où les soins sont répartis uniformément entre les quatre pôles du carré. En théorie, les gouvernements peuvent orchestrer l'offre publique, privée et communautaire, garantir l'accessibilité des services pour chacun, ainsi que de bonnes conditions de travail pour ceux qui aident et soignent. Mais il faut que l'Etat soit doté de capacités à la fois fiscales, de contrôle et de réglementation telles qu'il puisse encadrer l'activité des entités non publiques dispensatrices de soins, faire appliquer des normes de qualité et prendre à sa charge certains des coûts des services rendus aux utilisateurs économiquement faibles.

Il doit avoir aussi la volonté politique d'investir dans des services publics de base dans les domaines de la santé et de l'éducation, et dans une infrastructure appropriée, élément du dispositif social essentiel pour réduire les soins non rémunérés dont la charge revient aux familles et aux ménages. Cependant, si les gouvernements concluent des partenariats public-privé, c'est souvent pour économiser des coûts (de personnel en particulier). En conséquence, a mis en garde Shahra Razavi, il faut être particulièrement attentif au type d'emplois que ces conglomerats public-privé offrent à leur personnel. Une offre pluraliste de services sociaux et de soins peut avoir pour effet de produire des inégalités, sinon de l'exclusion, dans des contextes où l'Etat ne joue pas son rôle de leader. Dans les sociétés historiquement marquées par les inégalités, le pluralisme peut aisément dégénérer en fragmentation car les lacunes sont comblées par des fournisseurs qui offrent des services de qualité variable, pour qu'ils soient accessibles à différents segments de la population et répondent à leurs besoins. Dans de tels contextes, il arrive que l'offre privée (de services de santé, de pensions et de soins) s'adressant à la clientèle aisée soit subventionnée par l'Etat, tandis que les services publics ou communautaires de santé et d'éducation et les soins de piètre qualité destinés à la majorité ne reçoivent que de maigres ressources et que les utilisateurs doivent fournir des contributions en nature ou verser des "dessous-de-table" pour en bénéficier.

Séance 1—L'Etat face au changement social en Europe, en Argentine et en République de Corée

Des changements majeurs, économiques, démographiques et sociaux, se sont produits au cours des dernières décennies—baisse des taux de fécondité, évolution des mœurs conjugales, ainsi que des structures du ménage et de la famille, vieillissement de la population et migrations—et ont eu d'importantes conséquences pour l'organisation des soins. Comment les Etats réagissent-ils à ces changements? En quoi assiste-t-on à une nouvelle répartition des responsabilités du financement et des soins dans différents contextes?

Dans son exposé, **Mary Daly** a brossé un tableau général des tendances qui se dessinent en Europe, en se concentrant sur les moteurs et les soubassements idéologiques des réformes contemporaines liées aux soins et menées dans les domaines de la santé, de la protection sociale, de la famille et de l'emploi. Elle a expliqué que les réformes n'étaient pas réellement motivées par un intérêt pour les soins en soi mais plutôt par ce qui est perçu comme un impératif démographique, social et économique. Outre que la stimulation du marché du travail et les investissements dans le développement et le bien-être des enfants comme "citoyens-travailleurs de demain"⁵ répondent à une logique économique, les politiques en rapport avec les soins et l'assistance aux personnes semblent motivées par le souci de la famille comme principale institution à créer et à maintenir du lien et de l'ordre social. Si les

⁵ Lister, Ruth. 2003. "Investing in the citizen-workers of the future: Transformations in citizenship and the state under New Labour." *Social Policy and Administration*, Vol. 37, No. 5, pp. 427–443.

mesures politiques—notamment les fonds, les services et le temps consacré aux soins, ainsi que leur poids relatif dans chaque pays—se caractérisent par la diversité, le désengagement de l'Etat apparaît comme un trait commun entre les pays, même ceux où traditionnellement l'Etat assumait une grande part des services sociaux et des soins. De plus, un consensus semble se dégager sur des idées essentielles dont finalement s'inspirent les politiques sociales et qui concernent les rapports entre les rôles de la famille et du marché.

Cinq tendances ressortent particulièrement. Premièrement, les gouvernements considèrent de plus en plus que toutes les femmes travaillent et s'attendent à voir augmenter la proportion des ménages à double salaire et, deuxièmement, ils jugent souhaitable que les pères s'impliquent dans la vie de la famille. Troisièmement, le bien-être et le développement des enfants deviennent de plus en plus une préoccupation de politique sociale comme investissement dans le capital humain, ce qui a pour corollaire une quatrième tendance: le fait que l'on considère nécessaire qu'une part de la garde des enfants soit assurée par d'autres que la mère. Enfin, les soins aux personnes âgées font l'objet de débats séparés et, pour elles, les secteurs de la santé et des retraites, principalement, prônent des combinaisons diverses d'autonomie et de financement public. Bien que les deux premières tendances aient pour origine la pensée et les mouvements féministes, Mary Daly a estimé qu'elles s'adossaient moins à des préoccupations d'égalité entre hommes et femmes qu'à des considérations économiques pures et dures. D'une part, comme l'aide aux ménages traditionnels composés d'un homme soutien de famille et d'une femme au foyer apparaît maintenant comme coûteuse, les familles à double salaire, capables de pourvoir seules à leurs besoins, sont devenues la norme souhaitée. D'autre part, les décideurs politiques espèrent que les liens tissés entre les pères et leurs jeunes enfants seront bons pour le développement des enfants et inciteront davantage les hommes à subvenir aux besoins de leurs enfants à des stades ultérieurs, ce qui devrait soulager les budgets publics en réduisant les crédits à affecter à l'aide à l'enfance.

Les politiques de conciliation du travail et de la famille sont devenues un sujet de discussion majeur sur les soins en Europe. Selon Mary Daly, elles ne sont pas seulement motivées par le désir d'accroître l'emploi des parents par l'aménagement du temps de travail et l'octroi de congés qui facilitent la participation des deux parents à l'économie rémunérée. Le but est aussi d'arrondir les angles et de maintenir l'harmonie entre les institutions du marché et de la famille parce que la qualité de la vie familiale à court terme est perçue comme cruciale pour le maintien de l'ordre social à long terme. Cette conception va de pair avec la conscience des limites des processus d'individualisation et de défamilialisation. Elle a produit des politiques qui accordent aux familles plus de droits en matière d'administration des soins et qui essaient de garder une harmonie entre les institutions et les domaines de la vie.

Mary Daly a conclu en évoquant "l'irréversible confusion" des Etats européens, dont les politiques en matière de soins et d'assistance aux personnes vont dans plusieurs directions à la fois. Une offre plus abondante de services de garde et de soins (défamilialisation et marchandisation) encourage les familles à double salaire. En même temps, l'aménagement du temps et des droits plus grands en la matière (tels que congé pour soins, réduction du temps de travail, horaires flexibles) permettent aux parents de s'occuper davantage de leurs enfants (familialisation et démarchandisation). En conséquence, il n'y a pas de tendance simple au "modèle de l'adulte actif".⁶ La tendance à l'individualisation doit, elle aussi, être nuancée, a fait valoir Mary Daly, car les politiques visent les enfants *dans* les familles, les communautés et *sur* les marchés, et les femmes et les hommes dans leur contexte familial. En conséquence, les soins sont encore dispensés par une pluralité d'acteurs—Etat, marché, organisations bénévoles et familles. Les femmes se voient de plus en plus attribuer un double

⁶ Voir la contribution de Jane Lewis et Susanna Giullari. 2005. "The adult-worker-model family and gender equality: Principles to enable the valuing and sharing of care" dans l'ouvrage publié sous la direction de Shahra Razavi et Shireen Hassim, *Gender and Social Policy in a Global Context: Uncovering the Gendered Structure of "The Social"*. UNRISD et Palgrave, Basingstoke.

rôle, celui de soignante et de soutien de famille, et l'égalité entre hommes et femmes cède la priorité dans les préoccupations aux finances publiques, aux investissements pour les enfants comme citoyens-travailleurs de demain et à la qualité de la vie de famille comme facteur de stabilisation contribuant à l'ordre social à long terme.

L'exposé d'**Ito Peng** a fait écho à bien des observations de Mary Daly. Tout d'abord, a-t-elle dit, les considérations économiques ont été un moteur important des récentes réformes en République de Corée. Ces réformes suggèrent une modification possible d'un système très familialiste qui, historiquement, était fondé sur le modèle de l'homme soutien de famille. En fait, l'aide apportée par l'Etat pour que la famille dispose de plus de temps, d'argent et de services de soins a augmenté depuis 2003, principalement dans le cadre des politiques de conciliation de la famille et du travail. La durée du congé de maternité entièrement rémunéré a été portée à 90 jours à la fois pour les emplois fixes et pour les temporaires et les journaliers, et un congé de paternité de trois jours a été introduit. Le gouvernement a aussi continué à réglementer le travail à temps partiel et l'horaire de travail flexible. De plus, les parents ayant un emploi fixe ont maintenant droit à un congé parental de neuf mois et à une allocation mensuelle de l'Etat pendant ces neuf mois. Les allocations pour enfant ont été augmentées et leur durée prolongée et les services de garderie se sont multipliés puisque, de 2 000 centres environ en 1990, leur nombre est passé à près de 30 000 en 2007. Beaucoup de ces centres sont gérés par des institutions privées, à but lucratif et à but non lucratif, qui sont très encadrées et bénéficient d'importantes subventions de l'Etat.

Ce tournant sans précédent de la politique sociale en faveur des familles et des enfants en République de Corée est dû à un ensemble de facteurs démographiques, économiques et politiques étroitement liés entre eux. Premièrement, une forte baisse de la fécondité et un vieillissement rapide de la population ont fait craindre des pénuries de main-d'œuvre dans un pays qui, historiquement, n'est pas ouvert à l'immigration. Deuxièmement, depuis la crise économique asiatique de 1997, la République de Corée se bat pour relancer l'économie et créer des emplois. Face à la crise économique et aux conditions de renflouement fixées par le Fonds monétaire international (FMI), le gouvernement a entrepris de restructurer en profondeur le marché du travail, par des mesures notamment de déréglementation et de flexibilisation. Cette politique a sapé le modèle de l'homme soutien de famille puisque les "salaires familiaux" avaient tendance à disparaître. En même temps, les femmes étant de plus en plus nombreuses à entrer sur le marché du travail, le temps disponible pour les soins non rémunérés s'est trouvé réduit. Troisièmement, les mouvements féminins et les "fémocrates", dont la représentation au gouvernement s'est renforcée depuis dix ans, ont revendiqué l'égalité avec les hommes. Pour répondre aux différentes revendications, le gouvernement a recouru aux politiques de style "investissements sociaux", qui visent à mobiliser la main-d'œuvre féminine et à accroître la fécondité par un élargissement de la gamme des options offertes pour concilier travail et vie familiale. En même temps, l'expansion des services de garderie a été perçue comme un moyen de créer des emplois et d'investir dans le capital humain tout en répondant à certaines des revendications du mouvement féminin. Si cette logique a suscité d'importants changements de politique, elle repose aussi sur une définition très étroite des soins—les soins des personnes à charge, surtout des enfants et des personnes âgées. La satisfaction de leurs besoins est apparue comme un moyen de servir la croissance économique et le développement.

L'exposé d'**Eleonor Faur** sur l'organisation des services de garderie d'enfants en Argentine a montré que les politiques sociales liées aux soins étaient marquées par les profondes inégalités sociales qui caractérisaient le pays et contribuaient à les reproduire. Comme la République de Corée, l'Argentine a connu au cours des décennies passées de profonds changements qui touchent à la pauvreté, aux inégalités, à la structure de l'emploi, à la composition des familles et des ménages, ainsi que des crises économiques à répétition. Ces changements ont modifié les besoins et les revendications en matière de garde d'enfants. Comme la politique sociale est très stratifiée—certains droits étant universels et d'autres ciblés

et soumis à des conditions de ressources—et les inégalités de revenu très fortes, les stratégies de garde diffèrent selon le revenu des ménages. C’est pourquoi il n’existe pas, selon Eleonor Faur, de “politique des soins” dans le pays, et il est difficile de dégager un “régime des soins”, l’expression même laissant penser à une configuration relativement stable. Elle a proposé de parler au contraire de “l’organisation sociale de la garde des enfants” pour désigner la “configuration mouvante des services de garderie offerts par différentes institutions”.

Trois types de politiques déterminent l’organisation sociale des soins en Argentine. S’agissant du premier—la réglementation relative à l’emploi—la nature stratifiée du marché du travail se traduit directement en droits différents pour ce qui est des soins. N’ont droit aux congés de maternité, par exemple, que celles qui ont un emploi dans l’économie structurée (dans un pays où l’économie parallèle emploie la moitié des femmes actives). Ce droit est encore stratifié selon qu’on est employé dans le secteur privé (90 jours) ou le secteur public (jusqu’à 165 jours pour les enseignantes des écoles publiques, par exemple). En raison d’une application laxiste, l’exécution par les entreprises de leur obligation d’offrir des services de garderie dépend dans une large mesure des conventions collectives qui varient fortement selon les secteurs et les établissements. Le deuxième type de politiques relève des stratégies de lutte contre la pauvreté. Face à la crise économique de 2001-2002, les programmes de réduction de la pauvreté ont ciblé les familles pauvres et visé, par des transferts en espèces et des programmes nutritionnels, à améliorer les indicateurs dans les domaines de l’éducation, de la santé et de la nutrition. Ces programmes reposent dans une large mesure sur le travail non rémunéré de femmes pauvres, alors que l’Etat a été réticent à étendre les services d’éducation et de santé. Ainsi, loin d’offrir des options en vue d’une défamilialisation, a expliqué Eleonor Faur, les programmes argentins de réduction de la pauvreté semblent promouvoir “le familialisme et le maternalisme pour les pauvres”. Selon elle, ce sont les politiques de la troisième catégorie, qui touchent aux services d’éducation pour les petits, qui pourraient universaliser l’organisation des services de garderie par delà les classes sociales. La fréquentation d’établissements préscolaires, qui est obligatoire pour les enfants de cinq ans depuis 1993, a sensiblement réduit les inégalités entre régions et entre classes pour ce qui est de l’accès de ce groupe d’âge à l’éducation préscolaire. Cependant, des différences sensibles de classe demeurent entre les jeunes enfants car les familles à bas revenu ont beaucoup moins de chances de placer leurs enfants dans un établissement préscolaire. Bien que la fréquentation pour les petits soit plus forte dans la ville de Buenos Aires, les établissements privés absorbent une grande part des inscriptions, alors que l’offre de l’Etat est restée plutôt stagnante ces dernières années. Il en résulte de graves problèmes d’abordabilité. Dans les communautés pauvres, l’Etat subventionne des programmes communautaires alternatifs de garderie qui emploient des bénévoles ou du personnel non professionnel.

En conclusion, Eleonor Faur a récapitulé la façon dont chaque couche sociale organisait la garde des enfants en Argentine: les familles pauvres ont recours à des nourrices non rémunérées ou confient leurs enfants à des parents. Elles se donnent beaucoup de peine pour accéder aux services publics ou alternatifs de garderie, tandis que les programmes publics de réduction de la pauvreté tentent de maintenir la familialisation des soins et comptent sur le travail non rémunéré des femmes pauvres. Les familles à revenu intermédiaire, en particulier celles dans lesquelles un adulte est employé dans l’économie structurée, ont recours généralement à la fois aux services de l’Etat ou de l’employeur et à différentes solutions familiales. Les ménages les plus aisés, en revanche, ont le choix entre une grande diversité de services, qui se chevauchent parfois et qui sont offerts par l’Etat, l’employeur et le marché, et peuvent aussi engager des employés de maison. Par leur caractère disparate, les politiques actuellement menées en Argentine pour ce qui est de la garde des enfants reproduisent donc le marché du travail et les inégalités de revenu.

Discussion

La discussion qui a suivi s'est attardée sur la question des inégalités soulevée par Eleonor Faur. Après avoir constaté avec préoccupation que seul l'exposé sur l'Argentine avait traité des inégalités de classe dans les soins, une participante s'est demandé si cela tenait à un choix délibéré des chercheurs ou si cela traduisait des réalités sociales différentes. Plusieurs participantes ont relevé les différences des trajectoires suivies en matière de développement économique, qui se sont soldées par des inégalités de revenu nettement inférieures en République de Corée. Ito Peng a expliqué que la croissance économique de l'après-guerre avait reposé sur le postulat d'une nation homogène (monoethnique et monoraciale). Il en était résulté un mode de croissance assez inclusif et peu enclin à perpétuer les inégalités de revenu. Cependant, avec l'inquiétude suscitée par l'évolution démographique, ce discours, sur lequel s'étaient construites l'identité et la cohésion nationales, devenait problématique. L'ouverture du pays à l'immigration pour faire face aux pénuries de main-d'œuvre possibles le remettrait en question. Une autre participante a ajouté que l'inégalité plus faible des revenus en République de Corée avait restreint les possibilités d'engager des nationales—solution couramment adoptée par les ménages les plus aisés en Argentine—car le réservoir de femmes pauvres, qui fournissent traditionnellement ces services, était très limité sinon inexistant. Ce facteur, allié à la réticence à faire entrer des travailleurs immigrés, aurait pu inciter l'Etat à s'engager davantage sur le terrain des soins en République de Corée qu'en Argentine. Cependant, la signature récente d'accords bilatéraux libéralisant la réglementation relative à l'immigration pour les soignants non professionnels d'Indonésie et des Philippines pourrait démonter cette dynamique.

Un intérêt particulier pour les inégalités raciales et ethniques, dont aucun exposé n'avait traité, s'est manifesté pendant la discussion. Deux personnes ont soulevé ce point à propos de la convergence des politiques européennes évoquée par Mary Daly dans son exposé. Dans quelle mesure les réformes actuelles sont-elles motivées par le souci d'intégrer les enfants issus de minorités ethniques et de familles d'immigrés et de les voir s'adapter? En quoi les réformes des politiques relatives aux soins touchent-elles les femmes, les hommes et les enfants des minorités ethniques et des communautés immigrées? Les participants ont aussi souligné la nécessité de relier les débats sur les soins aux débats généraux sur le changement social et la citoyenneté sociale, en faisant valoir qu'un programme féministe inclusif devait aussi remettre en question les inégalités fondées sur la race ou l'origine ethnique ou nationale. Mary Daly a marqué son accord, et relevé l'extrême importance des inégalités à la fois de race et de revenu dans les débats européens actuels sur les soins. L'intérêt pour le bien-être et le développement de l'enfant, a-t-elle expliqué, était dans une large mesure une inquiétude au sujet des enfants des minorités et de l'incapacité, du moins perçue comme telle, des parents immigrés à s'intégrer. Les débats sur l'évolution démographique, principalement déclenchés par la chute des taux de natalité ou la "grève de la fécondité" chez les femmes blanches et instruites des classes moyenne et supérieure, ont aussi pour origine des préoccupations quant à la structure des classes et la composition ethnique.

La discussion a aussi porté sur la "confusion" des politiques européennes en matière de soins, également évoquée par Mary Daly dans son exposé. Une participante a fait valoir que la confusion n'était pas le propre des Etats puisqu'on la retrouvait chez les femmes elles-mêmes, qui voulaient à la fois travailler *et* être mères et revendiquaient et le droit de travailler et celui de prendre soin de leurs enfants. Mary Daly a reconnu la complexité de la question et a souligné que les politiques contradictoires menées par les gouvernements européens étaient dues pour une large part au fait que les soins n'étaient une priorité pour aucun de ces pays. De plus, au lieu de voir dans les soins une préoccupation en soi, les initiatives politiques prennent souvent naissance dans des ministères qui perçoivent les soins comme un obstacle à surmonter pour atteindre d'autres objectifs, l'emploi des parents, par exemple.

Séance 2—Un familialisme élargi: Inde, Nicaragua et Tanzanie

Dans la plupart des pays à bas revenu, les Etats ont été beaucoup moins sensibles aux besoins de leurs populations en matière de soins. Ils ont laissé les ménages et les communautés en assumer la plus grosse part, en confiant à leur tour ces tâches à des femmes non rémunérées et “bénévoles”, pour la plupart. Si ces pays ont moins de ressources pour financer les soins, beaucoup doivent faire face à des problèmes supplémentaires tels qu’un taux élevé de personnes qui en dépendent, des pandémies ou un grand nombre d’enfants rendus orphelins par la guerre et de personnes handicapées après un conflit armé. L’Inde, le Nicaragua et la Tanzanie sont très familialisés dans l’organisation à la fois des moyens d’existence matériels et des soins. Cependant, si l’on tient compte des différences de capacité administrative et fiscale que présentent ces Etats, la performance de l’Inde en matière de soins est particulièrement préoccupante. L’Inde et le Nicaragua ont un produit intérieur brut (PIB) par habitant, des taux de pauvreté absolue et des rapports de la population à charge à la population active similaires. Pourtant, le Nicaragua bat l’Inde sur plusieurs indicateurs, notamment la mortalité infantile et la densité des services de garde et d’éducation de la petite enfance, bien que l’Inde ait sans doute une administration d’une capacité supérieure, ce qui renvoie à des trajectoires historiques et politiques différentes dans le passé et à des niveaux différents d’engagement de l’Etat sur le terrain des soins.

Rajni Palriwala a montré dans son exposé que les programmes sociaux très élaborés de l’histoire de l’Inde et “l’excès de rhétorique” ont tendance à masquer la part largement résiduelle que prend l’Etat à l’aide sociale (autrement dit, il apporte une assistance minimale et seulement lorsque toutes les autres dispositions sociales ont échoué ou ont été épuisées). Elle a expliqué que les politiques sociales de l’Inde se caractérisaient par un ensemble hétérogène de programmes, quelques éléments universels, un manque sérieux de financement, des services publics de piètre qualité, des solutions au cas par cas et des patronages. Les années 90 ont été marquées par une forte croissance économique qui a entraîné l’émergence d’une petite classe moyenne instruite et compétitive sur le marché mondial. Cependant, les masses de citadins et de ruraux employés dans l’économie informelle et leurs familles sont restés largement exclus de la réussite internationale du pays et privés de la protection sociale à laquelle l’emploi donne droit. La difficulté de joindre les deux bouts sur le plan financier et de trouver le temps de prendre soin de la famille est évidente lorsqu’on connaît les horaires de travail, qui sont extrêmement longs, le niveau bas des salaires et l’importance de l’activité indépendante, en particulier pour les femmes qui travaillent dans des entreprises familiales ou à domicile. Dans ce scénario, le travail des femmes, qui relève à la fois de la production et de la reproduction, a tendance à rester familialisé et non marchandisé (c’est-à-dire non rémunéré). Les politiques d’aide sociale comme les politiques salariales, a dit Rajni Palriwala, sont conçues pour décourager ces actives non rémunérées d’entrer sur le marché du travail, partant de l’hypothèse que “la place d’une femme” est dans la famille et la communauté.

L’un des principaux programmes actuels de mise au travail des allocataires sociaux, le *National Rural Employment Guarantee Scheme* (NREGS-Plan national de l’emploi rural garanti) qui visait à donner une plus grande sécurité matérielle aux ménages ruraux en leur garantissant par la loi au moins 100 jours d’emploi salarié par an et par ménage, à la fois contredit et conforte cette hypothèse. Si près de 40 pour cent des participants sont des femmes, la plupart des lieux de travail ne sont pas équipés pour surveiller les enfants, encore moins de services de garderie, bien que ces deux éléments soient spécifiés dans la loi qui a porté création du NREGS. Par ailleurs, si les questions de soins sont entrées dans la politique gouvernementale, c’est plutôt par inadvertance au travers d’efforts déployés pour améliorer la nutrition et abaisser les taux de mortalité néonatale et infantile. *L’Integrated Child Development Scheme* (ICDS - Plan intégré pour le développement de l’enfant), qui a été conçu pour répondre aux préoccupations relatives à la nutrition des enfants et à la mortalité infantile et maternelle, a mis en place avec le temps un minimum de services de garderie, dès lors que certains des programmes nutritionnels exigeaient que les enfants restent sur les lieux. Il en est résulté des crèches gouvernementales ou *anganwandis*. Cependant, seul un petit nombre d’enfants y ont accès, les horaires d’ouverture sont courts et irréguliers et les effectifs

dérisoires pour le nombre d'enfants à garder. De plus, le personnel de base de ces *anganwadis* est très peu rémunéré, a une situation d'emploi ambiguë et une énorme charge de travail. Les travailleurs ne sont pas considérés comme des employés du secteur public et, bien que leur rémunération ait augmenté au fil des années, elle reste bien inférieure au salaire moyen des enseignants du primaire. Il semble toutefois qu'ils ne ménagent pas leurs efforts pour s'organiser et revendiquer une régularisation de leur situation d'emploi, l'accès aux allocations de sécurité sociale et de meilleurs salaires.

Inutile de dire que ce scénario aboutit à un familialisme très stratifié pour ce qui est de l'accès aux soins. Les familles aisées et celles de la classe moyenne optent pour des solutions privées, notamment l'engagement d'employées de maison, et se désintéressent ainsi de la qualité et de l'accessibilité des services publics de garderie, ou s'arrangent avec certains de leurs membres pour leur confier les enfants. Etant donné l'absence de services adéquats de garderie et la difficulté de faire appel à d'autres membres de la famille qui ont toutes les chances d'être sur le marché du travail, les familles pauvres ont souvent des arrangements extrêmement précaires pour la garde des enfants, qu'elles confient à des voisines, aux frères et sœurs plus âgés ou qu'elles laissent seuls, ce qui met en danger les enfants en question et leur bien-être.

L'exposé de **Juliana Martínez Franzoni** a porté sur la garde des enfants au Nicaragua, le deuxième pays le plus pauvre de l'hémisphère occidental. Les dépenses sociales de l'Etat sont faibles (environ 95 dollars⁷ par habitant en 2006), ce qui se traduit par un faible pourcentage d'enfants ayant accès aux garderies publiques: sur dix enfants de moins de six ans, huit n'ont pas accès aux services sociaux publics, notamment à divers programmes préscolaires et nutritionnels. De plus, la mesure dans laquelle les programmes existants peuvent être qualifiés de publics est elle-même contestable, car ils font appel, pour le travail, à des volontaires de la communauté qu'ils ne rémunèrent pas, pour le financement, à des donateurs, et demandent une contribution en espèces ou en nature. En réalité, les programmes alimentaires et préscolaires sont administrés avec la "participation de la population" et dépendent de membres des familles—le plus souvent des mères—pour faire la cuisine, servir les repas et surveiller les enfants. Différentes sources de financement, nationales et extérieures, et différents agents d'exécution convertissent les services existants en une mosaïque de projets et d'actions.

Bien que l'Etat fasse assez peu dans le secteur social, il semble que la population ait une haute idée du rôle de l'Etat dans la prestation des services sociaux, héritée sans doute de la Révolution sandiniste (1979–1990), période pendant laquelle les services de santé publique, d'éducation et de garderie ont connu une forte expansion. En fait, une grande partie des services de garderie existants date de cette période. L'importance du bénévolat dans la fourniture des services sociaux peut aussi être considérée, du moins en partie, comme un héritage du projet révolutionnaire, dans lequel la participation de la communauté tenait une place centrale, en particulier dans les campagnes pour la santé et l'alphabétisation. Juliana Martínez Franzoni a expliqué que, pendant qu'il était dans l'opposition, jusqu'en 2006, le parti sandiniste a cherché à "gouverner depuis la base" en maintenant actifs les mouvements communautaires. D'autre part, en organisant le désengagement de l'Etat, les gouvernements conservateurs postrévolutionnaires ont compté de plus en plus sur le travail de la communauté et de bénévoles.

Juliana Martínez Franzoni a conclu en tirant diverses conséquences politiques. Elle a mentionné notamment la nécessité de transformer le travail non rémunéré de membres de la famille ou de la communauté dans les programmes sociaux en travail rémunéré, l'urgence de relever le niveau des dépenses sociales publiques et la nécessité de regrouper ressources nationales et extérieures pour mettre en place des programmes coordonnés de protection sociale et de soins ou de garde.

⁷ Tous les chiffres cités en dollars (\$) sont en dollars des Etats-Unis.

Marjorie Mbilinyi a examiné les soins dans le contexte du VIH/sida en Tanzanie. La stratégie de riposte du pays au VIH/sida, a-t-elle expliqué, doit être replacée dans le cadre de ses politiques macroéconomiques, qui ont eu pour effet de réduire le soutien de l'Etat aux systèmes de santé publique, d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Il en est résulté une aggravation de la pauvreté et des inégalités de revenus, ainsi qu'une incidence croissante du VIH/sida, qui a alourdi la charge des soins à dispenser aux malades souffrant de maladies opportunistes et de la tuberculose. La réduction des effectifs dans le secteur public et les coupes sombres réalisées dans les services de santé ont entraîné une pénurie de médicaments et de fournitures médicales, ainsi qu'une dégradation générale de l'infrastructure de la santé et de l'éducation. La propagation du VIH/sida a encore éprouvé un système de santé qui, même en l'absence de pandémie, avait déjà la plus grande peine à répondre aux besoins élémentaires des citoyens. Les politiques orthodoxes ont été quelque peu revues depuis le début des années 90, mais l'incertitude demeure sur le point de savoir si l'augmentation des fonds disponibles pour les secteurs sociaux sert effectivement à la mise en place de services sociaux publics.

Dans ce contexte, des programmes de soins à domicile ont été intégrés à la stratégie gouvernementale de riposte au VIH/sida. Ces programmes forment des volontaires dans les communautés qui, ensuite, rendent visite aux malades du VIH/sida chez eux, leur dispensent des soins et soulagent d'autant la famille. Le gouvernement tanzanien a vivement plaidé la cause des programmes de soins à domicile et, avec la disponibilité de sources extérieures de financement, plusieurs organisations non gouvernementales d'inspiration religieuse et organismes communautaires ont répondu présents à l'appel. En pratique cependant, les programmes de soins à domicile se heurtent à des difficultés innombrables: les systèmes d'aiguillage sur d'autres services laissent à désirer; les volontaires, qui sont pour la plupart des femmes pauvres, reçoivent une formation très insuffisante qui ne leur apprend ni les rudiments des soins aux malades ni les précautions à prendre pour se protéger, et elles n'ont pas toujours la trousse de base et l'argent nécessaire. En outre, les services de soins à domicile souffrent d'un grave déficit de financement: 1 à 2 pour cent seulement des dépenses consacrées au VIH/sida par le gouvernement et les donateurs. Selon Marjorie Mbilinyi, les personnes vivant avec le VIH/sida, leurs familles, communautés et soignants auraient besoin de plus de ressources pour mieux s'organiser et travailler en réseau. De plus, les volontaires constituent une catégorie intermédiaire entre les soins rémunérés et ceux qui ne le sont pas. Bien qu'ils partagent avec les employés à temps complet bon nombre de caractéristiques (les heures de travail par exemple), leur travail n'est ni reconnu comme emploi ni suffisamment rémunéré (quand il n'est pas totalement gratuit). En Tanzanie, ces "volontaires" comblent de plus en plus les vides laissés par les systèmes déficients de santé publique.

Outre la famille, l'Etat, la communauté et le marché (dont l'offre est très restreinte), les donateurs internationaux semblent être un pôle supplémentaire du carré des soins en Tanzanie. Comme au Nicaragua, les ressources extérieures représentent plus du tiers du budget public, et il existe aussi un important financement extrabudgétaire, en particulier de programmes de santé et de riposte au VIH/sida. Les donateurs exercent une très grande influence sur l'élaboration des politiques et des programmes de riposte au VIH/sida, a expliqué Marjorie Mbilinyi, et apportent souvent des idées "nouvelles" qui ne correspondent pas nécessairement aux stratégies de base ni aux besoins essentiels. Jusqu'à présent, les soins à domicile ont très peu bénéficié du financement des donateurs, sinon pas du tout.

En quête de formules communautaires qui permettent de dispenser de "bons" soins aux personnes vivant avec le VIH/sida, tout en réduisant la charge individuelle de travail non rémunéré et en sortant les soins du cadre domestique, des militants ont préconisé la création et le renforcement de centres communautaires pour les repas, les soins de santé et les loisirs, des visites à domicile rendues par des agents de santé communautaire dûment formés et des hospices communautaires pour les plus malades. Cependant, tout cela demande des

financements et exige qu'une plus large part des ressources publiques aille aux personnes vivant avec le VIH/sida et à ceux qui les soignent.

Discussion

La discussion a soulevé deux grandes questions. La première avait trait au rôle des institutions religieuses et à leur influence sur les politiques relatives aux soins. Une participante a émis l'idée que des gouvernements ou des organisations internationales pouvaient opter pour une démarche familialiste pour circonvenir l'opposition de forces religieuses conservatrices. Leur influence politique s'étant accrue tant en Inde qu'au Nicaragua, elle a pu avoir une incidence sur la tendance à la reprivatisation des soins. Rajni Palriwala a objecté que le familialisme indien était probablement antérieur à la droite religieuse à bien des égards et que les préoccupations d'identité et de maintien de la tradition s'étaient généralisées à la faveur de l'ouverture de l'Inde au monde extérieur et n'étaient pas propres à ce mouvement religieux. A ce propos, on a assisté en Inde à un retour en force des mariages selon le rituel de la caste et d'autres rituels religieux qui demandent de la famille un gros travail non rémunéré. Juliana Martínez Franzoni a fait observer que la religion, en ce qu'elle influence la façon dont les femmes se perçoivent comme mères et dispensatrices de soins, et par l'influence que les institutions d'inspiration religieuse exercent sur les politiques des soins, était un facteur important sur lequel le projet ne s'était pas suffisamment penché. Selon elle, le premier type d'influence—c'est-à-dire la façon dont la religion conditionne l'idée que les femmes se font d'elles-mêmes—semblait plus d'actualité que le second, du moins au Nicaragua.

La deuxième question a porté sur les causes des différents types d'indifférence de l'Etat aux besoins de la population en matière de soins au Nicaragua et en Inde. Si la faible réactivité de l'Etat et sa tendance à se décharger de ses responsabilités sur des volontaires non rémunérés au Nicaragua (et en Tanzanie) peuvent en partie s'expliquer par un budget très limité, la dépendance financière à l'égard de donateurs extérieurs et une faible capacité de l'Etat, rien de tout cela ne vaut pour l'Inde, qui dépend peu de bailleurs de fonds extérieurs et où l'Etat dispose d'une assez bonne administration. Shahra Razavi a suggéré que le peu de cas fait par l'Etat indien des besoins de services publics en matière de garderie pouvait venir de son souci de réduire la fécondité, en particulier dans les classes et castes inférieures. Si l'Etat peut faire confiance aux familles riches pour accéder aux services de garde offerts sur le marché, il peut ne pas vouloir encourager les pauvres à avoir plus d'enfants en leur proposant des services accessibles et de qualité. Najri Palriwala a reconnu que le facteur démographique entrainait en ligne de compte dans l'offre des services sociaux de l'Etat: preuve en était que les mères ou les familles de plus de deux enfants n'avaient pas droit à certaines allocations et étaient privées de certains droits. Cependant, le rapport entre ces intérêts et l'offre de services de garderie est plus compliqué. Najri Palriwala a suggéré, par exemple, que l'existence d'une abondante main-d'œuvre infantine, qui ne pourrait que se réduire si les garderies et les établissements préscolaires formaient un réseau plus dense, pouvait être un élément d'explication.

Juliana Martínez Franzoni a souligné que les ressources objectivement limitées (ou restreintes pour des raisons idéologiques) n'étaient pas le seul facteur susceptible d'expliquer la faible capacité et la piètre performance de l'Etat, comme le montre une comparaison entre El Salvador et le Nicaragua. Pendant une grande partie des années 90, les deux pays étaient gouvernés par des partis de droite favorables au modèle résiduel de l'Etat. Cependant, El Salvador a su mieux que le Nicaragua renforcer sa capacité à répondre aux besoins sociaux. Les donateurs et prêteurs sont des acteurs et des facteurs importants lorsqu'il s'agit d'expliquer pourquoi les capacités de l'Etat restent sous-développées: en effet, ils préfèrent souvent dépenser en services sociaux plutôt que renforcer la capacité de l'Etat. Le rôle des organisations et mouvements féminins entre aussi en ligne de compte. Pendant les années de désengagement de l'Etat, les ONG féminines au Nicaragua ont pris en main les services sociaux, laissés à l'abandon; d'où l'habitude que l'on a aujourd'hui de voir des bénévoles

gérer les services sociaux. Elle a souligné la nécessité de trouver des solutions de rechange auxquelles la collectivité puisse affecter des ressources, des solutions qui n'attendent pas des femmes qu'elles travaillent gratuitement là où la capacité de l'Etat est faible et où il investit peu. Pour y parvenir, il faudrait analyser de quelles manières donateurs et entreprises pourraient être incités à financer l'offre de services sociaux collectifs.

Pour résumer la séance, une participante a dit que les cas étudiés montraient à quel point "le tsunami néolibéral" avait mis à mal la notion de "bien public". Cependant, si la population du Nicaragua avait hérité de la période sandiniste une haute idée du rôle de l'Etat, elle avait l'impression qu'en Inde, où pourtant les mouvements sociaux faisaient preuve d'un grand dynamisme, l'Etat apparaissait sous un jour plutôt cynique. Elle a souligné que l'avenir des soins dépendrait non seulement des attentes à l'égard de la chose publique, mais aussi de la façon dont elles se mobilisent lorsque le moment se révèle propice à la formulation de revendications sociales, comme c'est le cas avec la crise économique actuelle.

Séance 3—Défamilialisation des soins: le rôle des agents publics, privés et communautaires

Ces dernières décennies, bon nombre de tâches intimes associées aux soins sont sorties du cadre domestique pour passer dans la sphère publique des marchés et des Etats, l'activité grandissante des femmes réduisant le temps disponible pour les tâches familiales non rémunérées. Des formes marchandisées de soins, fournies au sein d'établissements publics, privés ou à but non lucratif, sont donc intrinsèquement liées à des arrangements plus généraux en matière de soins. On a longtemps prétendu que la sous-estimation de l'économie solidaire et de la reproduction sociale tenait à ce qu'elles étaient confinées à l'espace domiciliaire privé. Cependant, l'offre croissante de soins et de services de garde par le marché, l'Etat et les communautés n'a pas réglé le problème de la sous-estimation, et n'a rien changé au fait que ces services, dans leur grande majorité, sont rendus par des femmes. Dans les pays avancés comme dans les pays en développement, la majorité des soignants sont des femmes et elles sont surreprésentées dans ces secteurs par rapport à leur part de la main-d'œuvre totale. Les soins dispensés hors du ménage recouvrent diverses professions qui se différencient de façon marquée les unes des autres par le statut et les qualifications: les médecins sont à une extrémité du spectre et les employées de maison à l'autre. Bien que les salaires et les conditions de travail de ces personnels varient selon les catégories et les pays, des éléments empiriques montrent que, dans de nombreux pays, les professions liées aux soins se heurtent à une discrimination salariale par rapport à d'autres professions exigeant des niveaux comparables d'études et de qualifications, phénomène décrit comme la "pénalisation des soins".

Dans son exposé, **Nancy Folbre** s'est intéressée principalement aux rapports entre les salaires et les conditions de travail des personnels et les questions de qualité. Elle a commencé par mettre en évidence les similitudes entre les activités de soins rémunérées et non rémunérées, qui reposent, les unes comme les autres, sur des relations personnelles et des motivations intrinsèques. Il serait erroné de croire que cette dimension personnelle, affective et relationnelle des activités de soins disparaît quand les soins sont marchandisés et payants. En fait, la promesse de "qualité" attachée aux soins rémunérés s'appuie dans une large mesure sur des motivations intrinsèques, l'interaction des personnes et l'attachement affectif. Si les consommateurs bénéficient des motivations des soignants parce qu'elles aident à garantir la qualité, ces mêmes motivations rendent les soignants vulnérables, car les luttes menées pour obtenir une amélioration des conditions de travail et des salaires risquent d'affecter le bien-être des personnes dont ils s'occupent. L'attachement aux personnes qu'ils soignent fait des soignants (qu'ils soient rémunérés ou non) des "prisonniers de l'amour". D'un point de vue économique, les motivations intrinsèques et l'attachement ont donc un rôle à jouer dans la fonction "production" des services de soins. La continuité des tâches et un faible taux de

renouvellement du personnel ont toutes les chances de multiplier les occasions de contacts personnels et de dialogue continu qui nourrissent l'attachement.

Pourtant aux Etats-Unis, le secteur des soins évolue actuellement dans un tout autre sens. L'inquiétude suscitée par la hausse des coûts des services de l'éducation, de la santé et des soins a eu pour conséquence des stratégies de réduction des coûts—c'est la voie dite "à petite vitesse". Il est vrai que les prix des soins ont augmenté plus vite que ceux d'autres biens de consommation personnels. Deux facteurs ont contribué à cette tendance. D'une part, l'augmentation du taux d'activité des femmes a réduit l'offre de services de soins non rémunérés. D'autre part, la nature relationnelle et interpersonnelle des soins rend plus difficile l'adoption de technologies qui permettraient d'économiser de la main-d'œuvre. L'effort de réduction des coûts est donc supporté dans une large mesure par le personnel, dont les salaires stagnent et dont les conditions de travail se détériorent. Cette tendance, qui met en péril la qualité des soins, est de plus en plus contestée par des coalitions de producteurs et de consommateurs aux Etats-Unis. Les actions menées pour promouvoir des stratégies "à grande vitesse" dans le secteur des soins, telles que la campagne pour des salaires dignes, se sont focalisées sur la hausse des salaires du personnel soignant et ont tenté de persuader les consommateurs que de meilleurs salaires allaient entraîner une meilleure qualité des services. Nancy Folbre a donné raison à Joan Tronto et a reconnu que l'idée que chacun dépend des services de soins était l'idée fédératrice par excellence. Des services accessibles et de qualité vont dans l'intérêt commun; ils peuvent donc être un important facteur de mobilisation pour une plus grande socialisation des soins.

Valeria Esquivel a pris la suite avec un exposé sur les conditions de travail et les salaires des personnels soignants en Argentine, en s'intéressant particulièrement aux cas assez opposés des éducatrices des écoles maternelles et des employées de maison. Si les deux professions sont fortement féminisées, leurs salaires et leurs conditions de travail diffèrent sensiblement.

Comme dans de nombreux pays en développement, les travaux ménagers ont été une importante source d'emploi pour les femmes en Argentine et l'une des formes premières que revêt l'offre de soins marchands. La faible rémunération et le manque de reconnaissance de cette activité, ainsi que les mauvaises conditions de travail des employées de maison sont parmi les manifestations les plus regrettables de la dévalorisation des activités de soins. En Argentine, la plupart des employées de maison sont d'âge mûr et peu instruites. L'activité d'employée de maison est peu encadrée. Elle est en fait explicitement exclue du code du travail argentin. Malgré des efforts récents pour régulariser ces emplois, les deux tiers des employées de maison ne sont pas déclarées et n'ont donc pas droit aux allocations de sécurité sociale. Un tiers des employées de maison viennent de ménages pauvres, taux supérieur à la moyenne nationale. Le fait que les employées de maison aient pour employeurs des ménages les empêche en outre de s'organiser. En conséquence, leurs salaires sont bien inférieurs au salaire minimum dans le reste de l'économie.

La profession d'éducatrice de maternelle, par contraste, apparaît comme une activité très professionnalisée: presque toutes ont un diplôme de l'enseignement tertiaire. Comme les autres enseignants du secteur public en Argentine, les éducatrices de maternelle sont syndicalisées; des organisations intermédiaires négocient de manière centralisée leurs salaires et leurs conditions de travail avec les autorités de l'Education nationale (leurs salaires sont négociés en même temps que ceux des enseignants du primaire). Le personnel enseignant bénéficie ainsi des droits officiellement reconnus aux travailleurs et ont accès à un emploi très encadré, stable et relativement bien payé.

Pour ce qui est des salaires des personnels soignants, Valeria Esquivel n'a mis en évidence aucun élément indiquant que les soins en général pourraient être pénalisés en Argentine, où les différences salariales semblent être dues à l'importance du marché parallèle du travail et à la ségrégation des sexes plutôt qu'à une composante "soins". Cependant, comme le laissent à

penser les données concernant les employées de maison, s'il est une pénalité, elle est attachée au travail domestique rémunéré.

Discussion

Une grande partie de la discussion qui a suivi a porté sur les questions de solidarité et le rassemblement possible des personnels soignants, malgré des différences très sensibles de conditions de travail, de salaire et de reconnaissance. Deux participantes ont relevé la difficulté de rassembler producteurs et consommateurs, en particulier dans des pays marqués par de fortes inégalités sociales. L'une d'elles a fait valoir que "former une coalition politique pour les soins avec un coefficient de Gini de 0,3 est une tout autre affaire que d'en former une avec un coefficient de 0,6 ou de 0,5". De nombreux pays du Sud se caractérisent par une forte stratification sociale qui se retrouve dans les mouvements sociaux, y compris les mouvements féminins.

Elizabeth Jelin a fait observer qu'une séance consacrée aux personnels soignants n'était sans doute pas le lieu pour parler de coalition. Bien que la plupart des professions liées aux soins soient fortement féminisées, il ne faut pas s'attendre à ce que les employées de maison et les éducatrices de maternelle aient des intérêts semblables. Ce serait comme attendre des mécaniciens automobiles et des médecins qu'ils aient des préoccupations similaires en matière d'emploi. Il faudrait plutôt repenser la façon dont est construite l'économie, comme l'a suggéré Joan Tronto dans son exposé, et envisager dans ce contexte les questions de coalition.

Nancy Folbre a fait valoir que, malgré les difficultés, les discussions doivent aller au-delà de ce qu'elle considère comme l'attitude cynique—"nous ne pouvons rien faire"—déclenchée par la prédominance du néolibéralisme au cours des décennies passées. Il est nécessaire de mener une réflexion plus positive et créatrice sur les solutions de rechange. Selon Nancy Folbre, le principal moteur de la réforme de l'économie des soins, c'est le constat que le système actuel "ne fonctionne pas".

La discussion s'est aussi intéressée au rôle des salaires et des conditions de travail des personnels soignants rémunérés dans un cadre théorique général de défense des soins. Plusieurs participants ont repris à leur compte cette préoccupation, initialement exprimée par Ito Peng. Elizabeth Jelin a contesté l'utilité pour l'analyse de mettre dans le même panier des démarches différentes (le fait, par exemple, de donner à manger à un malade et d'éduquer des enfants). Selon elle, la grande difficulté consiste à rendre justice à l'hétérogénéité des différentes catégories de soignants (comme celles des éducatrices de maternelle très qualifiées, dont la profession est très encadrée, et des employées de maison, dont l'activité ne l'est pas du tout), sans oublier de reconstituer ensuite le puzzle et d'intégrer ces résultats dans un cadre général. Valeria Esquivel a estimé qu'il existait une abondante littérature théorique qui essayait de trouver des explications au manque de reconnaissance et à la faible rétribution des soignants rémunérés, y compris celle de la "prison de l'amour" mentionnée par Nancy Folbre. L'accent devrait porter au contraire sur de meilleures conditions de travail et de meilleurs salaires pour tous les travailleurs. Bien que cela semble élémentaire, a relevé Valeria Esquivel, le droit au travail, à un salaire qui permette de vivre et à des conditions de travail décentes ne va pas de soi, surtout dans un contexte de développement.

Les données en provenance d'Inde, du Nicaragua et de Tanzanie ont montré une tendance de plus en plus nette à utiliser des travailleurs bénévoles pour fournir des services sociaux et dispenser des soins. S'agissant des soignants bénévoles dans le contexte du VIH/sida en Tanzanie, Shahra Razavi a demandé quelles étaient les ripostes politiques à cette situation. Si certaines organisations féminines de base demandent qu'une partie des ressources provenant des donateurs leur soit affectée directement, les organisations communautaires ne sauraient remplacer l'Etat. Marjorie Mbilinyi a dit que les volontaires des communautés ne pouvaient

que venir en complément des politiques sociales publiques. Ces organisations doivent leur création à deux facteurs combinés: des services sociaux de base laissant beaucoup à désirer (car gravement affaiblis pendant l'ajustement structurel) et la pandémie de VIH/sida. Dans ce contexte, si l'Etat a besoin de ressources financières pour fournir ces services aux citoyens, il faut aussi lui rappeler sans cesse qu'il est de sa responsabilité de le faire.

Séance 4—Etablissement d'un programme politique pour les soins: le rôle des acteurs politiques

Les deux exposés de cette séance ont étudié les cadres politiques dans lesquels entrent les soins aux niveaux national et international et les discours politiques tenus à ce sujet. Les deux présentatrices ont expliqué que gouvernements nationaux et organisations internationales avaient repris certaines des questions et des préoccupations exprimées par les mouvements féministes et ceux des droits civils, mais qu'ils ne l'avaient fait que partiellement, laissant de côté certaines revendications essentielles inspirées par un sens de la justice sociale et de la justice entre hommes et femmes.

Dans son exposé, **Fiona Williams** a présenté deux discours qui sont à la base des politiques sociales et des politiques des soins suivies actuellement: (i) les soins comme affaire de justice sociale, et (ii) les soins comme affaire d'investissement social. Différents mouvements à travers le monde, dont ceux des femmes, des handicapés et des personnes soignant à domicile, ont réclamé une aide pour les soins sur la base de la justice sociale. L'égalité des sexes à la maison et au lieu de travail, le droit des enfants à des soins de qualité, le droit de disposer de temps pour soigner ou s'occuper des enfants ou des malades, et une place visible, le droit à la parole et une indemnisation pour les soignants non rémunérés ont été parmi leurs principales préoccupations. Or, on ne peut pas traiter ces questions de manière satisfaisante sans reconnaître les responsabilités qui vont de pair avec les soins ni aborder leur redistribution. Des services de soins abordables, accessibles et de qualité, qui tiennent compte des besoins et des préférences des soignants ont fait partie intégrante des revendications féministes sur les soins. Le mouvement des handicapés, pour sa part, a rejeté le concept de soins et prôné un modèle social intégrant le handicap. Selon lui, l'environnement physique, social et culturel dans lequel vivent les gens les handicape plus que leurs déficiences. Il a donc mis l'accent sur la création d'un environnement favorable et a plaidé pour que les usagers des soins aient davantage voix du chapitre et soient davantage maîtres de leur sort.

A la différence de ces conceptions des soins fondées sur les droits, on a assisté au cours des dix dernières années à une convergence des gouvernements de diverses régions, ainsi que d'institutions multilatérales comme l'Union européenne (UE) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), sur les idées de l'investissement social comme cadre dominant et comme logique des politiques publiques des soins. Si les questions d'égalité entre hommes et femmes et de justice sociale n'ont pas complètement disparu de l'ordre du jour, elles ont été subordonnées à un autre courant d'idées plus vaste, allant dans le sens de la construction d'une économie compétitive du savoir. Le courant de l'investissement social cible les mères comme personnes actives et les enfants comme futurs actifs, qu'il faut mobiliser et dans lesquels il faut investir par des politiques de relance du marché du travail, des mesures de lutte contre la pauvreté, une éducation qui commence tôt et des services de garderie. Si ce cadre laisse quelque place à un plus grand engagement de l'Etat sur le terrain des soins, il ne défend pas le droit de les dispenser et de les recevoir. Les soins ne sont pas conçus comme une valeur en soi, et soignants et soignés n'ont pas plus voix au chapitre. Le désintérêt pour les droits et besoins des personnes âgées ou handicapées est particulièrement frappant. En réalité, a constaté Fiona Williams, au lieu de reconnaître les différences et de laisser les gens faire leur propre choix en matière de soins, les politiques inspirées par l'investissement social imposent un mode d'organisation particulier des soins.

Comme points de départ d'une reformulation des revendications concernant les soins, Fiona Williams a proposé d'aligner les soins sur la citoyenneté en mettant en avant l'interdépendance, la solidarité sociale et les vertus civiques qui les accompagnent. Les négociations sur le temps et l'espace peuvent aussi servir à élargir la gamme des options possibles en matière de soins, parmi lesquelles figurent la négociation collective du temps que l'on peut passer en famille ou des projets du type "temps dans la cité". Parmi les mesures novatrices touchant au travail, on peut citer l'annualisation des heures, les comptes épargne-temps, les banques du temps ou la réduction du temps de travail. Dans le cadre des projets "temps dans la cité" réalisés en France, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Italie, des employeurs, des syndicats et des organisations communautaires se sont réunis pour faire concorder différents horaires-services, temps personnel, temps de déplacement et temps en famille-à travers la ville. L'espace est un autre champ important dans lequel on peut traiter des questions des soins en offrant des lieux publics sûrs et accessibles, des boutiques et des moyens de transport pour les personnes âgées, les jeunes ou les handicapés ou encore les femmes qui allaitent. Pour créer un environnement social favorable aux soins, il faut ajouter aux revendications traditionnelles d'argent, de temps et de services, des services de transport et autres ainsi qu'une infrastructure physique.

Passant au niveau mondial, l'exposé de **Kate Bedford** a interrogé l'approche "genre et développement" de la Banque mondiale pour voir de quelles manières elle obligeait à prêter attention à la fois à la "restructuration des marchés" et à la "réorganisation de la vie privée". Selon Kate Bedford, ce processus est marqué à la fois par l'évaluation critique qui s'opère au sein du programme Genre de la Banque et par les activités de recherche et de plaidoyer pour des politiques féministes, menées hors de la Banque. S'il est vrai que les programmes Genre et développement de la Banque de l'après-consensus de Washington ont accordé plus d'attention au travail non rémunéré, aux dangers de trop demander aux femmes et à la nécessité d'inclure des hommes dans les démarches genre et développement, les experts de la Banque en matière de genre ont choisi un champ assez étroit en concentrant leur étude de ces questions sur les rapports entre hommes et femmes à l'intérieur des ménages. "L'ajustement des charges de travail dans les couples qui s'aiment" est apparu comme une façon de s'attaquer aux problèmes de développement. Ils préconisent la participation des hommes au travail non rémunéré, solution jugée "efficace" et "libératrice" pour les femmes comme pour les hommes, en particulier les hommes pauvres, décrits comme passant par une "crise de la masculinité" après avoir perdu leur rôle de soutien de famille pendant l'ajustement structurel.

Les éléments dont la Banque s'est servie pour promouvoir cette approche viennent de recherches commandées, souvent exécutées par des entreprises féministes qui essaient d'influencer la réflexion de la Banque sur le genre. A l'aide de plusieurs exemples provenant de l'Amérique latine et des Caraïbes, Kate Bedford a montré comment la Banque suivait une "politique sélective quant aux mesures, publications et citations" sur lesquelles ses représentants s'appuyaient pour concevoir des interventions mettant en pratique des stratégies de partenariat pour le partage des soins non rémunérés et des emplois rémunérés. Le savoir produit par les entreprises féministes ne remonte que partiellement dans la hiérarchie des textes de l'institution et peut même être délibérément ignoré lorsqu'il ne cadre pas avec les priorités politiques de la Banque. Cette façon de procéder soumet à d'importantes contraintes l'établissement d'un programme féministe à la Banque. Elle confirme aussi la nécessité de porter un regard critique sur les processus de production du savoir sur lesquels se fondent certaines affirmations sur le développement international et les soins.

En fait, l'accent mis sur la présence active de l'homme à la maison peut aussi être interprété comme une "reprivatisation de la reproduction sociale" et éclipser les priorités féministes allant au-delà de l'équilibrage et du "partage" dans les couples qui s'aiment, telles que par exemple des services de garderie publics, accessibles et abordables qui puissent faciliter l'accès des femmes à un emploi rémunéré, à la sécurité économique et à la vie politique, indépendamment de la présence et de l'appui d'un partenaire masculin à la maison. Il est

aussi manifestement fondé sur un modèle hétérosexuel normatif qui non seulement exclut d'autres formes de vie en ménage et en famille mais ignore aussi le rôle des rapports de force et du conflit à l'intérieur du ménage.

Conclusions

Lentement mais sûrement, l'idée que ménages et familles peuvent subvenir sans aide à leurs besoins en matière de soins, bat en retraite. Cependant, les ripostes à ce que l'on a appelé une "crise mondiale des soins" semblent assez maigres, comparées au zèle avec lequel responsables politiques et économiques ont réagi à l'effondrement récent du système financier mondial. L'"autre" crise ne fait pas autant de bruit. Il s'agit plutôt d'un déficit des soins pour les enfants, les personnes âgées, fragiles et malades, qui se creuse peu à peu; d'une charge matérielle, physique et affective de plus en plus lourde pour les soignants non rémunérés; et d'une détérioration croissante des conditions de travail pour les professionnels des soins dans les établissements publics et privés. La pandémie de VIH/sida a fait ressortir ces déficits de manière spectaculaire, et c'est dans ce contexte que les soins ont été inscrits à l'ordre du jour politique des institutions nationales et internationales.

Le fait que les soins sont souvent davantage pris au sérieux lorsque l'ordre économique et social en place est menacé—notamment par une pandémie de VIH/sida, une chute des taux de fécondité et un vieillissement rapide de la population—montre que dans l'esprit de beaucoup, ce travail continue à aller de soi. Si les mesures politiques adoptées au cas par cas face aux crises des soins peuvent ouvrir des portes, elles ne déboucheront probablement pas sur une reconnaissance de la place centrale des soins dans le développement humain et social, et produiront des solutions disparates et de courte vue. Pour parvenir à un engagement global à long terme en matière de soins, Joan Tronto nous a rappelé l'importance de tendre à l'adoption d'un "contre-paradigme" qui mette le souci de son propre bien-être et de celui des autres au centre de l'existence humaine.

Programme

Vendredi 6 mars 2009

SEANCE D'OUVERTURE

- 9.00–9.15 *Accueil et introduction*, Gisela Fosado et Shahra Razavi
9.15–9.45 *Exposé principal—Politique, soins et démocratie dans un monde de limites*, Joan Tronto
9.45–10.15 *Exposé principal—Les inégalités entre hommes et femmes dans les soins et devant l'adversité: débats publics et drames privés*, Elizabeth Jelin
10.30–11.00 *Introduction aux recherches de l'UNRISD sur l'économie politique et sociale des soins*, Shahra Razavi

SEANCE 1

L'Etat face au changement social

Présidence—Sakiko Fukuda-Parr

- 11.00–11.20 Soins et politiques publiques en Europe, Mary Daly
11.20–11.40 L'économie politique et sociale des soins en République de Corée, Ito Peng
11.40–12.00 Politiques et programmes de soins en Argentine: la reproduction des inégalités sociales, Eleonor Faur
12.00–12.40 Discussion

SEANCE 2

Un familialisme élargi

Présidence—Rosalind Petchesky

- 13.50–14.10 La garde des enfants au Nicaragua: familialisme, politiques sociales et exclusion, Juliana Martínez Franzoni
14.10–14.30 Un familialisme stratifié: le carré des soins en Inde, Rajni Palriwala
14.30–15.00 Discussion

SEANCE 3

Défamilialisation des soins: le rôle des agents publics, privés et communautaires

Présidence—Linda Gordon

- 15.00–15.20 Les activités de soins rémunérées, Nancy Folbre
15.20–15.40 Personnels soignants en Argentine: éducatrices de maternelle et employées de maison, Valeria Esquivel
15.40–16.00 Les soins à domicile et le VIH/sida en Tanzanie, Marjorie Mbilinyi
16.00–16.30 Discussion

SEANCE 4

Etablissement d'un programme politique pour les soins: le rôle des acteurs politiques

Présidence—Shahra Razavi

- 16.50–17.10 *L'élaboration des politiques en matière de soins: cadres et revendications*, Fiona Williams
17.10–17.30 *L'intégration des hommes: un impératif en question ou comment les institutions multilatérales conditionnent les politiques des soins*, Kate Bedford
17.30–18.00 Discussion

Participants

Gladys Acosta
Fonds de développement des Nations Unies pour la femme–Amérique latine et Caraïbes
(UNIFEM-ALC)
Etats-Unis

Linda Basch
National Council for Research on Women
Etats-Unis

Kate Bedford
Université du Kent
Royaume-Uni

Gwendolyn Beetham
London School of Economics and Political Science
Royaume-Uni

Elizabeth Bernstein
Barnard College
Etats-Unis

Daphne Berry
University of Massachusetts Amherst
Etats-Unis

Francesca Bettio
Université de Sienne
Italie

Hadas Cohen
The New School for Social Research
Etats-Unis

Mary Daly
Queen's University
Irlande

R.A. Dello Buono
New College
Etats-Unis

Valeria Esquivel
Universidad Nacional de General Sarmiento
Argentine

Eleonor Faur
Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)
Argentine

Barbara J. Fields
Columbia University
Etats-Unis

Nancy Folbre
University of Massachusetts Amherst
Etats-Unis

Gisela Fosado
Barnard Center for Research on Women
Etats-Unis

Sakiko Fukuda-Parr
The New School
Etats-Unis

Adam Gannaway
The New School for Social Research
Etats-Unis

Asha George
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Etats-Unis

Linda Gordon
New York University
Etats-Unis

Judith Green
Fordham University
Etats-Unis

Rebecca Harshbarger
Women's eNews
Ouganda

Ben Holtzman
Routledge
Etats-Unis

Evelyne Huber
University of North California
Etats-Unis

Rounaq Jahan
Columbia University
Etats-Unis

Devaki Jain
Institute of Social Studies Trust
Inde

Elizabeth Jelin
Université de Buenos Aires
Argentine

Gloria Jimenez
The New School for Social Research
Etats-Unis

Miranda Johnson
City College New York
Etats-Unis

Mala Kumar
The New School for Social Research
Etats-Unis

Hymok Lee
Cornell University
Etats-Unis

Valeria Lizardo
The New School for Social Research
Etats-Unis

Valeria Llobet
Université de San Martin
Pérou

Juliana Martínez Franzoni
Université du Costa Rica
Costa Rica

Marjorie Mbilinyi
Tanzania Gender Networking Programme (TGNP)
Tanzanie

Sujata Moorti
Middlebury College
Etats-Unis

Ana Maria Muñoz
Banque mondiale
Etats-Unis

JoAnne Myers
Marist College
Etats-Unis

Rajni Palriwala
Université de Delhi
Inde

Edison Peña
City College New York
Etats-Unis

Ito Peng
Université de Toronto
Canada

Rosalind Petchesky
City University of New York (CUNY)
Etats-Unis

Shahra Razavi
UNRISD
Suisse

Mary Sue Richardson
New York University
Etats-Unis

Linda Schoener
Columbia University
Etats-Unis

Silke Staab
UNRISD
Suisse

Joan Tronto
City University of New York (CUNY)
Etats-Unis

S. Venkateswar
National Council for Research on Women
Etats-Unis

Donato Villalba
University of Pennsylvania
Etats-Unis

Sam Vong
Yale University
Etats-Unis

Fiona Williams
Université de Leeds
Royaume-Uni

David Woods
Fordham University
Etats-Unis

L'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD) est une institution autonome qui entreprend des recherches multidisciplinaires sur les dimensions sociales de problèmes contemporains ayant une incidence sur le développement. Il est guidé dans son travail par la conviction qu'il est indispensable, pour définir des politiques efficaces de développement, de bien comprendre le contexte social et politique. L'Institut tente donc de donner aux gouvernements, aux organismes de développement, aux organisations de base et aux universitaires, les moyens de mieux comprendre comment les politiques de développement et les changements d'ordre économique, social et environnemental affectent divers groupes sociaux. Travaillant au travers d'un vaste réseau de centres de recherche nationaux, l'UNRISD vise à encourager une recherche originale et à renforcer la capacité de recherche des pays en développement.

Ses recherches actuelles portent notamment sur les thèmes suivants: Politique sociale et développement; Démocratie, gouvernance et bien-être; Marchés, entreprises et réglementation; Société civile et mouvements sociaux; Identités, conflit et cohésion; et Genre et développement.

Il est possible de se procurer la liste des publications de l'Institut, avec leurs prix pour celles qui ne sont pas gratuites, en s'adressant au Centre de référence, UNRISD, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse; téléphone 41 (0)22 9173020; fax 41 (0)22 9170650; info@unrisd.org; www.unrisd.org.

L'UNRISD tient à exprimer sa reconnaissance au Centre de recherches pour le développement international (CRDI, Canada), à la Direction du développement et de la coopération (Suisse) et au Programme des Nations Unies pour le développement (Japon/Fonds WID) qui ont soutenu ce projet. Il remercie aussi les gouvernements d'Afrique du Sud, du Danemark, de Finlande, du Mexique, du Royaume-Uni, de Suède et de Suisse qui ont assuré le financement de son budget général.

Ces **Conférences Infos de l'UNRISD** ont été rédigées par Silke Staab.

Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD)
Palais des Nations
1211 Genève 10, Suisse

Téléphone: 41 (0)22 9173020

Fax: 41 (0)22 9170650

info@unrisd.org

www.unrisd.org

Ce document est la traduction en français de la publication de l'UNRISD *The Political and Social Economy of Care* (Conference News, UNRISD/CN24/09/2, September 2009). La version française n'est pas une publication formelle de l'UNRISD.