

**Vue d'ensemble
sur l'organisation
sociale des soins en
temps de crise I:
Que se passe-t-il?**

Amaia Pérez Orozco

Série Genre, Migration et Développement

L'Institut International de Recherche et de Formation des Nations Unies pour la Promotion de la Femme (UN-INSTRAW) promeut la recherche appliquée sur le genre et l'émancipation des femmes, facilite la gestion de connaissances et appuie le renforcement des capacités en établissant des réseaux de contacts et des alliances avec les agences de l'ONU, les gouvernements, le monde académique et la société civile.

Série Genre, Migration et Développement

Document de travail 5: Vue d'ensemble sur l'organisation sociale des soins en temps de crise I : Que se pass-t-il?

Auteure: Amaia Pérez Orozco

Traductrices: Célia Depommier et Elisabeth Robert

Copyright C 2005

Tous droits réservés

Institut International de Recherche et de Formation des Nations Unies pour la Promotion de la Femme (UN-INSTRAW)

César Nicolás Penson 102-A

Saint Domigue, République Dominicaine

Tel: 1-809-685-2111

Fax: 1-809-685-2117

Email: info@un-instraw.org

Page web: <http://www.un-instraw.org>

Les dénominations utilisées dans la présentation du matériel de cette publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part du Secrétariat des Nations Unies ou de l'UN-INSTRAW en relation avec la condition légale de n'importe quel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ou qui concerne les délimitations de ses frontières ou limites.

Les opinions exprimées sont celles de l'auteure et ne reflètent pas nécessairement l'opinion des Nations Unies ou de l'UN-INSTRAW.

Vue d'ensemble sur l'organisation sociale des soins en temps de crise I: Que se passe-t-il?

Amaia Pérez Orozco

Série Genre, Migration et Développement

Document de travail

5

Ces documents de travail sont le fruit des efforts de recherche de l'UN-INSTRAW en matière de migration, genre et développement, et de ses récentes avancées vers un nouvel axe stratégique : les chaînes globales de soins¹. L'UN-INSTRAW est convaincu que la conformation des chaînes globales de soins s'insère dans un processus plus large de mondialisation des soins, et que le débat sur l'interrelation entre migration et développement peut grandement s'enrichir par leur prise en compte.

Les chaînes ont surtout été étudiées dans le cadre de la migration asiatique (intra-régionale ou vers d'autres pays, comme les Etats-Unis) ; on en a beaucoup moins parlé dans le contexte latino américain et caribéen, sur lequel se concentrent ces documents. Dans le premier document, on s'interroge sur « ce qu'il se passe », tandis que le second traite de « la façon dont il faut intervenir sur ce qu'il se passe ». En introduisant ces documents dans le débat public, notre intention est triple : (1) montrer en quoi il est important d'aborder la question des soins lorsque l'on parle de développement, (2) démontrer que nous ne pouvons parler de soins sans évoquer la mondialisation et la migration, et (3) apporter des éléments de réflexion novateurs pour les personnes qui sont déjà en train de plancher sur l'organisation sociale des soins comme cas de développement à l'échelle transnationale.

Idées-force du document:

- La crise des soins fait partie intégrante de la crise multidimensionnelle et globale que nous vivons actuellement.
- Les soins sont la base invisible du système socioéconomique :
 - Le devoir de soigner est souvent considéré comme une tâche féminine et, dans la majorité des cas, il est assumé sans compensation monétaire.
 - Comme il n'est ni rémunéré ni valorisé, on ne mesure pas sa portée ; comme il n'est pas reconnu, on n'en tient pas compte dans l'élaboration des programmes politiques. Les enquêtes sur l'emploi du temps constituent un outil clé pour sortir de ce cercle vicieux.
 - L'« invisibilité » des soins rend possible leur distribution gratuite en dernier recours. En effet, en entrant dans le champ du débat politique seulement quand ils manquent, ils permettent de réajuster le système socioéconomique.
- Les soins sont déjà globaux : les chaînes globales de soins
 - Aujourd'hui, il n'existe aucune dimension du système socioéconomique qui soit si autarcique qu'elle puisse s'expliquer dans les seules limites des frontières nationales. Il est indispensable d'introduire une perspective transnationale dans l'analyse de la demande et de la prestation sociale de soins.
 - Les gens bougent, le travail dans le secteur des soins s'internationalise. Ainsi se forment ce que l'on appelle les chaînes globales de soins, entremêlements de foyers disséminés à la surface du globe qui se transfèrent mutuellement des soins.
 - La migration transforme la manière de soigner, les moyens disponibles pour le faire, la façon de gérer et de comprendre la famille et la m/paternité, ainsi que les idées propres à chacun de ce qu'est (bien) soigner.

¹ Cette avancée consiste en l'élargissement des thématiques traitées dans ce domaine, autrefois centrées sur l'usage et l'impact des transferts d'argent, et provient des réflexions conceptuelles et des résultats de l'étude empirique antérieure (voir cadre conceptuel de l'UN-INSTRAW, 2005 et sa réactualisation en 2008). Cette ouverture thématique est aussi physique étant donné que l'UN-INSTRAW possède aujourd'hui un bureau à l'Université autonome de Madrid, Espagne, depuis laquelle sont coordonnées les 4 études de cas du projet sur les chaînes globales de soins entre Equateur/Pérou/Bolivie- Espagne et Pérou-Chili.

- Les agents supranationaux ont un rôle de plus en plus important concernant la provision des soins (multinationales, coopération internationale, organismes multilatéraux) et la délocalisation du secteur prend de l'ampleur.
- Impact de la globalisation des soins sur le développement : quelques certitudes et beaucoup de questions
 - Les effets sur le développement doivent s'évaluer à deux niveaux : dans les foyers directement impliqués dans les chaînes, et dans l'ensemble de la structure socioéconomique.
 - Impacts ambivalents et/ou contradictoires sur les foyers : (1) sur les foyers employeurs dans les pays de destination: ce n'est pas une solution miracle, mais plutôt une réponse à l'urgence des besoins ; (2) sur les foyers transnationaux : résultats contradictoires entre les différentes sphères qui garantissent la reproduction matérielle et émotionnelle ; (3) sur les foyers migrants : graves violations de leur droit aux soins.
 - Il existe une pénurie inquiétante d'analyses de l'impact sur le développement au sens systémique (les soins sont toujours compris comme quelque chose de propre à l'intimité et à la famille). Cette pénurie s'aggrave dans les pays d'origine des migrants, où les études tendent à utiliser des concepts et des méthodes importés qui ne répondent pas à leurs réalités.
 - Il y a de sérieux problèmes concernant le droit aux soins. La migration ne cause pas ces problèmes dans les pays de départ et ne les résout pas non plus dans les pays d'arrivée ; elle les révèle seulement au grand jour. Cela sert-il de catalyseur pour exiger aux instances publiques d'assumer leurs responsabilités et d'apporter des réponses sociales ?
 - Un phénomène de privatisation intensifiée de la reproduction sociale est en train de se produire, étant donné qu'on la considère comme une obligation domestique, et que l'achat de services de soins sur le marché est toujours plus fréquent.
 - Les soins restent invisibles : ils ne sont toujours pas évoqués dans le débat public et, lorsqu'ils sortent des limites du foyer, c'est sous forme d'achat-vente individualisé et non en tant que droit. Ils continuent d'être injustement dispensés : la division sexuelle du travail acquiert de nouvelles dimensions globales.
 - Dans le pays d'origine comme dans celui de destination de la migration, les relations de genre ont subi des changements qui révèlent des problèmes latents. Cela tend à dériver vers un processus de privatisation intensifiée de la reproduction sociale et vers le redimensionnement de la division sexuelle du travail. S'agit-il de la solution traditionnelle qui consiste en une injuste distribution des emplois pour ne pas engager la responsabilité publique de dispense de soins, mais cette fois avec une nouvelle dimension transnationale ?

1. Qu'est-ce qui est en crise ?

Nous vivons actuellement une période de crise : une crise forte, mondiale et à facettes multiples où l'effondrement financier a provoqué une crise du modèle de développement, qui prenait l'eau de parts et d'autres. Les structures sociales et économiques souffraient déjà de divers processus de faillite : crise alimentaire, environnementale, énergétique... et des soins.

Avant le crash financier, la (ou les²) crise(s) des soins étai(en)t déjà perceptible(s), tant dans les pays du centre que dans ceux de la périphérie. Dans les premiers, il s'agit de l'échec du modèle antérieur de couverture de soins, qui trouvait ses fondements dans la norme de la famille nucléaire fordiste et dans la division sexuelle du travail. Dans ce modèle, les soins étaient laissés à la charge des femmes sans contrepartie monétaire et ils étaient effectués dans le cadre privé/domestique. Les perspectives de reproduction sociale changent et une redistribution du travail devient nécessaire qui, n'ayant pas lieu, génère de fortes tensions sociales et familiales. Dans les seconds, la crise fait plutôt référence aux difficultés de garantir les processus mêmes de reproduction sociale, entraînant un déploiement de nouvelles stratégies de survie des foyers. Ces stratégies sont également entremêlées de diverses obligations assumées par les femmes et les hommes, impliquant différents coûts et réponses de la part des unes et des autres. Une première et incontournable tâche pour penser

la crise multidimensionnelle globale et de comprendre les soins comme partie inhérente de celle-ci.

La façon de s'acquitter des besoins de soins dans les différents pays est en train d'évoluer. Pour comprendre ces transformations, nous devons élargir nos horizons et voir quelles ressources de soins viennent de l'intérieur et de l'extérieur, et comment ce qui se passe ailleurs affecte chaque pays. En effet, comme cela est expliqué dans ce texte, les soins se globalisent. Quel est le sens de ces changements ? En termes de développement, quel est l'impact de la globalisation des soins, incarnée par les chaînes mondiales de soins ?

2. Les soins sont la base invisible du système socioéconomique

Qui, comment et en échange de quoi sont-ils dispensés ? La réponse n'est pas aussi simple qu'on le pense. Ceci dit, on peut au moins citer deux caractéristiques : le devoir de soigner est compris comme une tâche féminine⁵, et une grande partie des soins est dispensée sans compensation monétaire. Dans nos sociétés capitalistes, toute activité n'impliquant pas de transferts d'argent devient invisible : elle n'est ni reconnue ni considérée. Même si l'(in)visibilité des procédés socioéconomiques est multidimensionnelle, le manque de données est l'un des aspects essentiels,

² Zimmerman et al. (2006) parlent de « multiples crises des soins » qui renferment : un déficit de soins, la marchandisation des soins et le rôle croissant des organisations supranationales dans la configuration des soins dans ce que l'on appelle les pays en développement.

³ L'impact profond de la crise des soins sur les structures économiques et sociales devient de plus en plus évident (comme l'affirme WIDE dans son invitation à la conférence sur l'« économie de soins et soins de crise », Basel, 18-20 juin 2009, www.wide-network.ch); les situations les plus sanglantes se trouvant dans les zones touchées par la pandémie de VIH/SIDA. La répartition des obligations de soin dans ces zones est devenue le thème prioritaire de la 53ème session du Commission sur le Statut de la Femme <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/53sess.htm>. Une bonne vue d'ensemble sur les soins est fournie par Esplen (2009).

⁴ Lorsque nous évoquons les soins, nous nous référons à la gestion et au maintien quotidien de la vie et de la santé. La plupart du temps, c'est dans les foyers, à travers le travail non rémunéré des femmes, que les soins sont quotidiennement garantis, au moyen du développement d'activités d'attention directe aux personnes en situation de dépendance qui, à leur tour, exigent la garantie au préalable de ce que nous appelons communément les « pré requis du soin » (alimentation, hygiène, etc.) ; chose dont nous avons tous besoin. La manière de soigner, ainsi que les significations associées aux soins, renferment un profond sens éthique et expriment des aspirations vitales. Cela signifie que, même si soigner est une tâche quotidienne, les soins traduisent « un sentiment de transcendance » (Anderson, 2008) ; les soins sont une dimension clé du développement humain compris comme vivre une vie honorable.

⁵ Le fait que les soins soient associés aux femmes a deux origines. Ils sont tout d'abord associés à la féminité symboliquement. En effet, on présuppose une capacité de soigner innée chez les femmes, raison pour laquelle ils ne sont toujours pas perçus comme un emploi qualifié, ou simplement comme un emploi. Matériellement, on adjuge le devoir de soigner aux femmes soit à travers une exécution directe de leur part, soit via la gestion, en cas d'achat de soins sur le marché ou de recours aux services publics. L'association soin-féminité entraîne une disqualification des connaissances requises pour ce travail. On observe que, dans la mesure où certaines tâches se professionnalisent et où certaines qualifications sont en voie de reconnaissance, on cesse de les appeler soins et le pourcentage d'hommes s'attendant à ces tâches augmente.

qui rétro-alimente les autres : si un procédé n'est pas considéré, il n'est pas évalué ; n'étant pas reconnu, il n'est pas pris en compte dans l'élaboration des politiques.

Les Enquêtes sur l'Emploi du Temps sont le principal instrument pour relever la grande quantité de travail non rémunéré qui permet aux structures économiques de fonctionner et ainsi, de saisir un élément essentiel pour avancer dans la compréhension de ce qui se passe au niveau des soins (qui, où, comment soigner ; pour qui,

dans quelles conditions, etc.). Leur mise en place étant récente, leur développement est toujours insuffisant, tant en termes d'extension que de qualité méthodologique. Le problème majeur vient sans doute du fait que les résultats fournis se sont pas interprétés à la lumière d'autres données pour supporter une prise de décisions publiques. En d'autres termes, la richesse des données que ces enquêtes contiennent n'est pas suffisamment exploitée et ces dernières ne sont pas utilisées pour comprendre l'ensemble du système ⁶.

Enquêtes sur l'Emploi du Temps : visualiser les dispenses (de soins) non rémunérées

Malgré la grande diversité de méthodologies qui utilisent différentes enquêtes sur l'emploi du temps, toutes tendent à confirmer, de façon relativement évidente, les découvertes suivantes :

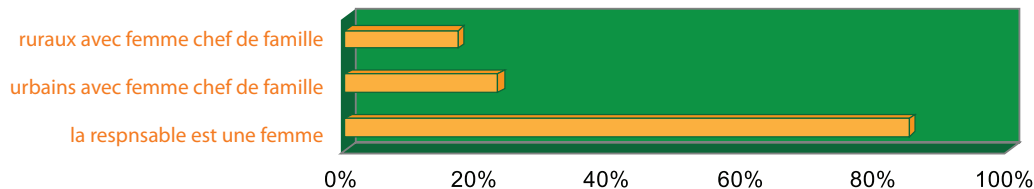
Découverte 1: charge globale du travail : comment et qui génère le bien-être ?

- Le travail non rémunéré est un composant central pour assurer les niveaux de bien-être et d'activité économique.
- Les femmes travaillent plus d'heures que les hommes dans le sens où elles assument plus de la moitié du temps de travail socialement nécessaire.
- La majeure partie du temps de travail des hommes est dédiée aux activités rémunérées, tandis que les femmes consacrent plus du double au travail non rémunéré.
- La répartition du temps de travail non rémunéré varie beaucoup selon les pays : dans les pays de la périphérie, le manque d'infrastructures de base et de technologie oblige à consacrer énormément de temps à des activités comme aller chercher l'eau ou laver les vêtements, qui deviennent désuètes à mesure que le pouvoir d'achat devient plus important.

Découverte 2 : Les femmes, chefs de famille ou responsables du foyer ?

A partir des informations fournies par les enquêtes sur l'emploi du temps, nous pouvons nous interroger à nouveau sur le genre du chef de famille. Si nous considérons que l'acteur principal du foyer est celui qui assume la majorité des tâches d'entretien quotidien (dons de soins et tâches ménagères), la plupart des foyers sont tenus par des femmes :

% de foyers, Equateur 2005-2007



Source: CEPAL y Vásconez et al. (2009)

⁶Budlender (2008) signale quelques déficiences méthodologiques (dans la conception d'enquêtes et dans le fonctionnement même des enquêtes) mais surtout, des déficiences dans l'exploitation et l'utilisation postérieure des enquêtes sur l'emploi du temps, voir UNSD (2005). L'UN-INSTRAW a été une entité pionnière dans l'étude des activités non rémunérées au sein des foyers, aspect qu'elle a étudié entre 1984 et 1996. Concernant l'emploi du temps, il est possible de consulter : International Association of Time Use Research (www.smu.ca/partners/iatur/iatur.htm) et Centre for Time Use Research (www.timeuse.org/).

Découverte 3 : Pas seulement les différences par sexe

Il est insuffisant d'analyser l'emploi du temps seulement en fonction du sexe, il faut aussi se servir de données sur d'autres variables :

- Les différences dans l'exécution de tâches non rémunérées sont très grandes entre les femmes elles-mêmes, et bien plus importantes que celles entre hommes.
- La classe sociale, l'environnement rural ou urbain et l'ethnicité constituent des éléments déterminants pour expliquer les schémas d'utilisation du temps.
- Dans le cadre qui nous intéresse, il est particulièrement important de prendre en compte les informations concernant l'emploi du temps dans les pays d'origine de la migration, et de connaître l'éventuelle utilisation différentielle du temps de la population autochtone et migrante dans les pays d'arrivée :
 - L'exemple de l'Espagne : la population étrangère consacre plus de temps au travail rémunéré, et moins à toutes les questions qui ne sont pas considérées comme strictement nécessaires (vie sociale, loisirs), en accordant au foyer et à la famille quasiment le même temps que la population espagnole. On peut conclure à grands traits que la population étrangère a moins de liberté lorsqu'il s'agit de choisir que faire de son temps. Données de l'Institut national de statistiques (2003).
 - L'exemple de l'Equateur : En comparant les foyers comptant au moins un migrant à ceux sans aucun migrant, on remarque que : (1) dans les premiers, les hommes consacrent plus de temps aux dons de soins, bien que dans la majorité des foyers, la femme reste la principale soigneuse. On remarque aussi que (2) les femmes qui dispensent des soins ont pour la plupart entre 46 et 65 ans ; en accord avec l'information qualitative, il s'agit de grand-mères à la charge d'enfants de migrants. Informations de Vazconez et al. (2009).

Les soins sont la base invisible du système, on ne les perçoit que lorsqu'ils viennent à manquer. Pendant plusieurs années, les débats autour de l'état de bien-être ont éludé le fait qu'il repose sur la provision de travail invisible, ce qui a rendu impossible la compréhension des interactions entre marché, état et foyers⁷. C'est dans ce contexte de la crise dont nous parlions précédemment, que se discute la pertinence de mettre en place le fameux quatrième pilier de l'état de bien-être (l'attention aux personnes en situation de dépendance) et que s'élargissent les prestations et services destinés à faciliter la conciliation de la vie privée, familiale et professionnelle. D'autre part, les soins constituent une base qui est implicitement considérée comme établie. Ainsi, les politiques d'ajustement qui diminuent le poids du secteur public de facto, assument qu'il existe une sorte de réserve de travail familiale pour se charger de ce qui était autrefois une responsabilité publique et ainsi combler le manque de services de base. De la même façon, ce qu'on appelle la Nouvelle Politique Sociale (caractéristique, entre autres, de nombreux

pays latino-américains) établit comme axe stratégique du combat contre la pauvreté les programmes de transferts de revenus conditionnels, grâce auxquels les familles perçoivent un versement minimum en échange du fait que les mères garantissent l'accès à l'éducation et à la santé de leurs enfants⁸. Les soins sont toujours là, soutenant l'ensemble : ils ne sont pas reconnus, et leur existence et leur infinie flexibilité sont considérées comme un fait établi. Leur invisibilité permet précisément leur utilisation gratuite comme dernier élément de réajustement du système socioéconomique, et ils n'entrent dans le champ du débat public que lorsqu'ils viennent à manquer.

3. Les soins sont déjà mondiaux : les chaînes globales de soins

Nous parlons très peu de soins et surtout, lorsque nous les évoquons, nous avons tendance à les limiter strictement à la territorialité de l'état-nation. C'est un des cadres dans

⁷ Une bonne analyse intégrant ces dimensions pour l'Amérique latine provient de Martínez Franzoni (2007)

⁸ Sur l'interrelation entre soins non rémunérés et politique sociale des pays de la périphérie, voir Razavi (2007a et 2007b), Molyneux (2007) et UNRISD (2009).

lequel on ressent plus fortement les effets négatifs de ce que l'on nomme le « nationalisme méthodologique ». Nous comprenons les soins comme une chose dont toute l'explication réside dans les limites nationales, qui n'est pas affectée par ce qui se passe ailleurs. Dans le contexte de la mondialisation, il est évidemment impensable qu'il y ait une dimension du système socioéconomique aussi autarcique. C'est pour cela qu'il faut s'efforcer de penser en quoi consiste l'introduction d'une perspective transnationale dans l'analyse de la demande et de la prestation sociale de soins. Ou, si nous souhaitons le dire autrement, comment comprendre l'organisation sociale des soins dans un contexte mondialisé.

La résolution (partielle et déficiente) de la crise des soins des pays du centre est passée par l'externalisation et/ou la commercialisation d'une grande partie du travail qui était autrefois effectué gratuitement par les femmes à domicile. Et, de plus en plus, ce travail est réalisé par des immigrants venus d'autres pays. L'emploi dans le secteur du soin s'internationalise : aussi bien l'emploi institutionnalisé comme dans le cas des maisons de retraite, hôpitaux de jour, écoles, services d'aide à domicile, etc., géré par le secteur public ou par les entreprises, que l'emploi de maison directement engagé par les familles. La provision de soins est directement liée au processus de féminisation des migrations. En effet, les femmes sont de plus en plus protagonistes de la migration, à la fois encouragées par la crise de la reproduction sociale à laquelle elles doivent réagir en tant que dernières, si ce n'est uniques, garantes du bien-être familial⁹, et par les opportunités professionnelles dans le secteur des services que la crise des soins leur offre.

Comme l'affirme l'OIM (2008), la migration de travail des femmes est centrée sur les activités associées aux rôles de genre tradi-

Les chaînes globales de soins évoluent

Lola est arrivée en Espagne en 2005. Ses enfants sont restés avec son mari en Bolivie (constitution de familles transnationales). Il l'a rejoint quelques mois plus tard (il n'assumait pas le rôle de soigneur principal, identité masculine associée au rôle de pourvoyeur de revenus). Tous deux ont trouvé un emploi, elle en tant qu'employée de maison (travail préférentiel, marchés discriminés sexuellement). Leurs enfants sont dans un premier temps restés avec leurs grands-parents maternels (gestion du foyer à distance), mais cela n'a pas convenu à Lola qui s'est mis d'accord avec sa belle sœur pour qu'ils déménagent (réorganisations des stratégies familiales).

Lorsqu'ils ont acquis une certaine stabilité professionnelle, ils ont voulu faire venir leurs enfants avant qu'un visa ne soit nécessaire (stratégies familiales affectées par la politique migratoire) ; mais deux fois, on les renvoya dès leur arrivée à l'aéroport. Seul l'aîné réussit à entrer (regroupement familial). Lola a besoin de papiers et a déménagé dans une autre ville avec son fils parce qu'elle a décroché un contrat là-bas (stratégies professionnelles affectées par la politique migratoire). Elle s'occupe d'une personne âgée pendant la nuit et son fils reste dormir tout seul (difficultés de concilier la vie professionnelle et la vie de famille). Elle sent que cette situation n'est pas tenable.

⁹ Les gens ne migrent pas qu'en raison de besoins économiques. Il y a d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte et ce différemment chez les hommes et les femmes. Parmi les motivations de partir des femmes, nous pouvons évoquer le désir d'une plus grande liberté et autonomie vitale et sexuelle, l'éloignement de situations de violence de genre, etc. Nous avons approfondi ces questions dans une autre publication (*un-INSTRAW, 2008).

Les chaînes globales de soins sont-elles une affaire de femmes ?

- Il y a aussi des hommes qui dispensent des soins : dans les pays de départ des migrantes, il est fréquent qu'ils se consacrent plus aux soins non rémunérés, surtout lorsqu'ils restent avec des enfants mineurs. Toutefois, il s'agit souvent de situations transitoires et ils sont généralement secondés par un vaste cercle de femmes de l'entourage (le soin se disperse). Dans les pays d'arrivée, les hommes qui soignent, surtout des personnes âgées, en échange d'une rémunération sont de plus en plus nombreux. Cependant, leur départ n'implique pas forcément une réorganisation importante du foyer d'origine. En d'autres termes, leur absence n'entraîne pas de conformation de chaînes. Les hommes n'assument en général pas, ni avant ni après la migration, durablement la responsabilité de soigneurs principaux, ce qui fait qu'ils ne conforment pas de chaînes.
- Même si les actrices principales des chaînes sont les femmes, il faut se demander quelle place occupent les autres acteurs, spécialement les hommes, les institutions publiques et les entreprises : nous pouvons parler de l'absence de ces agents en termes d'assomption de responsabilités et de présence au sens de réception des bienfaits des soins conçus par les chaînes.

tionnels, quelque soit le niveau d'éducation de ces dernières. C'est dans le secteur des services en général, et dans le sous-secteur des soins concrètement, que se concentre leur travail. Plus spécialement, l'emploi de maison constitue la principale porte d'entrée pour les femmes (piège duquel il est souvent dur de sortir).

A son tour, le départ des femmes exige une réorganisation de leurs foyers dans les pays d'origine. Il suppose aussi une redistribution des travaux de soins qu'elles réalisaient avant de migrer. En même temps, le départ n'implique pas que le contact se perde, les liens avec le foyer d'origine sont maintenus. Il se forme ce que l'on nomme les familles transnationales, dans lesquelles la gestion du bien-être familial acquiert des dimensions qui dépassent les frontières des pays. Ce processus complexe de transfert de soins et de constitution de liaisons entre différents foyers est ce que nous appelons les chaînes globales de soins. Comme nous l'avons défini ailleurs, ces dernières sont ces chaînes de dimensions transnationales qui se conforment en vue de soutenir quotidiennement la vie, et dans lesquelles les foyers se transfèrent des travaux de soins les uns aux autres sur la base d'axes de pouvoir, parmi lesquels nous noterons le genre, l'ethnie, la classe sociale, et le pays d'origine » (UN-INSTRAW, 2008 :90).

La conformation de chaînes globales de soins suppose la création d'espaces transnationaux de soins, c'est-à-dire de réseaux à distance qui occasionnent l'élaboration de nouvelles manières de gérer le foyer et d'assister les personnes sans contact physique. Les soins regroupent ce que l'on nomme les modes transnationaux d'être ; la gestion des soins se fait par delà les frontières, la p/maternité devient transnationale, etc. Ils regroupent aussi les modes transnationaux d'appartenance ; la migration modifie la notion même de ce qu'est bien soigner, qui doit le faire et comment cela doit être fait, et pour qui. De fait, les chaînes globales de soins provoquent toujours un

changement dans la modalité d'attention : de la co-présence à l'apport de ressources financières. De plus, les soins sont un élément constitutif des champs sociaux transnationaux : ils font partie du tissu socioéconomique local qui se modifie et se voit affecté par la migration. En ce sens, la capacité de répondre aux besoins quotidiens d'une extrémité à l'autre des chaînes dépend de ce qui se passe dans les autres états, au niveau macro et micro : les changements dans les foyers employeurs touchent les personnes qui travaillent dans ces foyers; il peut se produire des changements dans les pays d'origine des migrants qui engendrent un processus de regroupement dans les pays d'arrivée, ou de retour ; les politiques sociales, migratoires et de travail influent sur l'ouverture du secteur, conditionnant les opportunités professionnelles des migrants et, par conséquent, l'envoi d'argent, etc. Les besoins en soins se transforment en raison des importants changements démographiques que génère la migration, faisant varier considérablement le poids des populations les plus en demande d'attention, comme les mineurs ou les personnes âgées.

Non seulement les individus se déplacent internationalement donnant lieu à la constitution des chaînes, mais en plus des agents privés ou publics avec une capacité d'incidence supranationale apparaissent. En effet, les agents supranationaux jouent un rôle de plus en plus important dans la provision de soins ; cet aspect mériterait que l'on se penche dessus plus que nous ne l'avons fait jusqu'à présent. Une partie significative des soins peut être délocalisée dans le contexte de la libéralisation du secteur des services. Par exemple, les services de téléassistance qui reçoivent des appels de personnes âgées ou handicapées. De même, les entreprises transnationales ont tendance à être plus influentes dans un contexte de commercialisation de nombreuses prestations (aide à domicile, maison de retraite, assurance de dépendance, etc. y compris l'emploi de maison lui-même) et de diversification de l'éventail de services offert par les grandes entreprises.

Un lien direct entre l'insertion des femmes autochtones sur le marché du travail et l'importation de travaux de soins ?

La migration des femmes et leur insertion dans le secteur des soins sont encouragées par la crise des soins dans les pays de destination des migrants. Cette crise est elle-même étroitement liée à l'insertion des femmes autochtones sur le marché du travail. Mais cette suite logique n'est pas toujours valable, elle n'est pas non plus la seule valable :

- La crise des soins n'offre pas forcément d'opportunités professionnelles. Ainsi, bien que l'on puisse parler de crise au Japon, jusqu'à très récemment, aucun recours à l'embauche de femmes migrantes n'a été fait.
- La crise des soins ne se déclenche pas uniquement en raison de forts taux d'activités rémunérées des femmes autochtones : en plus de ce facteur (et de l'autre souvent mentionné, le vieillissement de la population), d'autres éléments entrent en jeu ; parmi ceux-ci, le modèle de croissance urbaine qui complique considérablement le fonctionnement des réseaux sociaux et de la famille au sens large. En effet, ce modèle provoque la disparition des espaces publics comme lieux de soins moins intensifs et plus collectifs, fait de la rue un espace hostile pour les enfants, augmente les temps de trajet, fragmente la ville et sépare les espaces de loisirs/ de soins/ de travail, etc. Ce modèle d'urbanisation est au centre de la crise environnementale et énergétique. Les différentes dimensions de la crise mondiale se rétro-alimentent.
- La demande de personnel de soins étranger n'est pas toujours une réponse au manque de temps des femmes autochtones pour remplir cette tâche : il y a des régions, comme dans les pays du Golfe, où de forts taux d'embauche d'employées de maison sont enregistrés malgré les faibles taux d'insertions des femmes autochtones sur le marché du travail.

Il est certes essentiel de signaler l'importance du secteur privé, mais cela l'est encore plus de souligner celle des organismes publics, à un double niveau. D'un côté, on relèvera le poids des organismes multilatéraux dans la prise de décisions en matière de politiques publiques relatives aux soins ou, plus généralement, de politiques économiques et sociales prédominant les conditions d'émergence de ces politiques relatives aux soins. Comme le met en avant Zimmerman et al., « comment les sociétés à niveau individuel peuvent-elles effectuer des changements sociaux positifs et progresser dans des domaines tels que l'amélioration du statut du travail de soins [...] lorsque les politiques des organisations multilatérales peuvent aller à l'encontre de ces efforts ? Les politiques d'ajustement structurel bloquent la promotion des femmes en renforçant les activités et rôles traditionnels ». (2006 : 24). De l'autre côté, la coopération internationale est toujours plus présente dans la provision de soins, les dispensant directement ou finançant leur distribution ; et les accords bilatéraux de sécurité sociale qui coordonnent les prestations des états de bien-être entre les pays de départ et d'arrivée prennent de plus en plus d'importance.

4. Impacts sur le développement : quelques certitudes et beaucoup de questions

La dispense de soins se globalise en raison du processus de crise dans le centre et la périphérie, et de la transformation des relations de genre. Comment comprendre toutes ces transformations en termes de développement ? Tout comme nous l'avons expliqué à l'UN-INSTRAW (2007b et 2008), il faut répondre à cette question à un double niveau : en s'intéressant aux foyers directement impliqués, et en évaluant l'impact

sur l'ensemble de la structure socioéconomique.

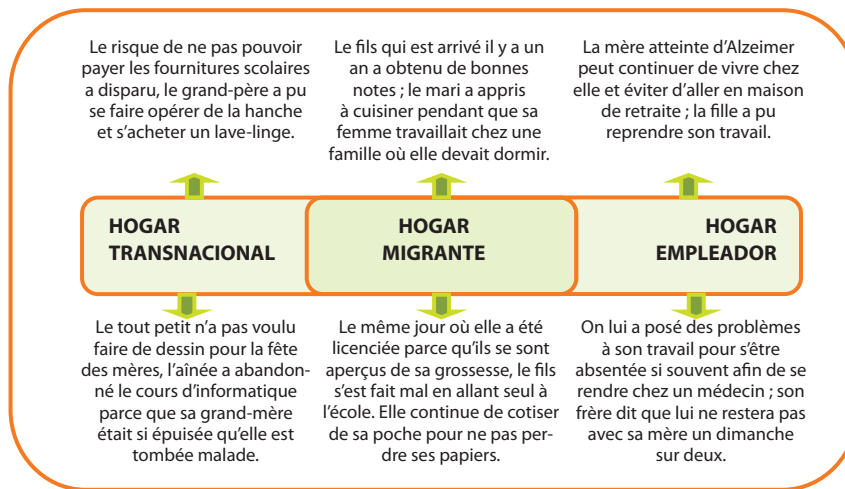
4.1. Impact sur les foyers protagonistes des chaînes

L'impact est le plus souvent et surtout le mieux évalué dans les foyers mêmes, qui sont les principaux acteurs des chaînes, à leur tour composées, rappelons-le, d'au moins trois maillons.

A une extrémité des chaînes se trouvent les foyers destinataires des travaux de soins réalisés par des personnes migrantes ; beaucoup d'entre eux sont des employeurs directs. L'impact pour ces foyers est indéniablement positif, le recours aux employés de maison ou à l'achat de services sur le marché satisfaisant des besoins urgents : couvrir un espace que l'on ne pouvait remplir ; libérer du temps afin d'obtenir une meilleure qualité de vie ou de pouvoir consacrer plus de temps à sa carrière professionnelle ; répondre aux attentes sociales associées à la différenciation des classes ; etc. Cependant, il ne faut pas penser que la réception de ces travaux soit une solution miracle à tous les manques de soins, ni qu'elle implique la fin des travaux de soins non rémunérés (de fait, ils demeurent indispensables, tant pour harmoniser les différentes sources de soins que pour combler les lacunes que le travail rémunéré ne compense pas ; ces tâches gratuites restent avant tout un devoir de femmes).

A l'autre bout de la chaîne, il y a les familles transnationales conformées suite au départ des femmes ; on ne peut pas dire que l'impact pour ces foyers soit clairement positif. Les pré requis du soin s'améliorent-ils et le soin direct devient-il plus complexe ? La migration est une stratégie et la réception de transferts permet de répondre aux attentes (ou besoins urgents) de bien-être matériel. Toutefois, l'impact sur la provision de soins n'est pas net. En effet, à cet égard, nous avons trouvé deux approches contradictoires (décomposition familiale versus recombinaison familiale, UN-INSTRAW, 2007a et Paiewonsky, 2008) : d'un côté, on

¹⁰ Le premier discours est très répandu dans les pays de départ des migrants au niveau social et médiatique, et, d'une façon probablement peu recherchée, il est lié à un troisième discours sur le déficit de soins qui creuse les inégalités mondiales, permettant ainsi aux pays les plus riches d'exploiter les capacités affectives des plus pauvres. Le second discours est quand à lui plus « académique et élitiste » (Herrera, 2009).



prolifère un discours alarmiste sur les déstructurations des familles provoquées par l'absence des mères ; de l'autre, on met en avant les nouvelles modalités de fonctionnement des familles et de la maternité transnationales qui permettent de surmonter la séparation physique¹¹. La réalité se situe probablement entre les deux mais, pour pouvoir en conclure quoi que ce soit, il y aurait besoin de plus et de meilleures informations, étant donné que les données actuelles présentent de sérieuses déficiences méthodologiques¹¹. Il faut ajouter à cela la pertinence de jeter un regard plus complexe sur les familles, entendues comme

institutions sociales en reconstruction, unités de « conflit coopératif » (comme le dirait Amartya Sen), qui agissent dans le cadre d'un réseau institutionnel plus vaste ; ainsi que sur les contextes de départ et d'arrivée. Ces contextes ne sont pas homogènes mais pluriels, et nombreuses sont les variables que influent sur le fait que la migration devienne un facteur de vulnérabilité ou de puissance (Herrera, 2009). Enfin, il faut ajouter le problème que peut éventuellement représenter l'attention aux personnes âgées dans les pays d'émigration nette qui connaissent un rapide processus de vieillissement.

Envoi d'argent et maintien des liens

Partir ne signifie pas se désresponsabiliser vis-à-vis de sa famille d'origine. Au contraire, la migration apparaît très souvent comme une réponse aux besoins du foyer et le transfert d'argent est une des formes clés d'apport à distance.

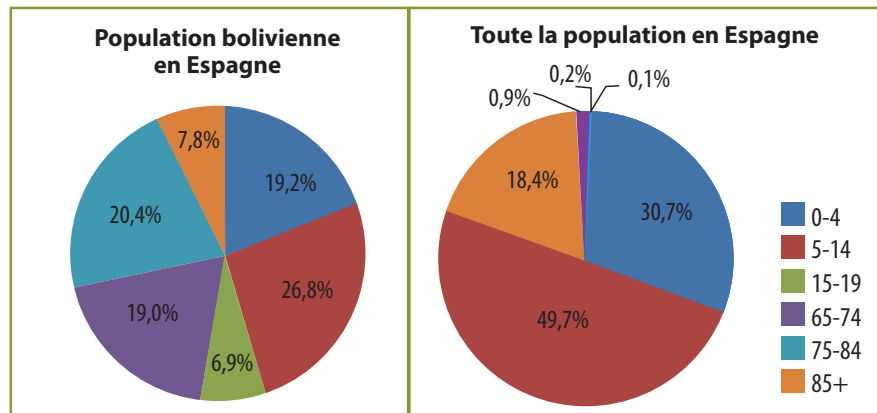
Les femmes sont plus constantes que les hommes en ce qui concerne l'envoi d'argent : elles le font plus fréquemment, sur une plus longue durée, et avec une plus forte capacité de réponse aux besoins changeant du foyer d'origine. De plus, l'effort relatif à leurs salaires est plus important que celui des hommes. En 2006, 60% des transferts d'argent depuis l'Espagne en direction de l'Amérique latine ont été effectués par des femmes. Elles ont envoyé 39% de leur salaire ; les hommes 15% (Moré et al., 2008). Les liens exprimés en termes d'envois d'argent sont encore plus étroits chez les employées de maison.

Envoi d'argent	Toutes les personnes migrantes	Employées de maison de Bolivie, Colombie, Equateur et Pérou
Au moins une fois par mois	19,3%	58,1%
D'une fois tous les trois mois à une fois par an	11,5%	15,7%
Occasionnellement	8,2%	7,8%
Pas d'envoi	61%	18,3%
Montant moyen annuel d'envoi	1.895 €	2.052 €

Source : élaboration propre sur la base des données de l'Enquête Nationale des Immigrants 2007 (ENI)

¹¹ Parmi celles-ci nous pouvons relever la qualité douteuse des sources d'information, le manque de fiabilité et de précision des instruments de mesure, et les faiblesses de conception (manque de comparabilité, abus d'analyses transectorielles, problèmes d'échantillonnage). A tout cela s'ajoute la perméabilité particulière de cette thématique aux biais idéologiques car, comme nous l'avons affirmé à d'autres occasions, « il s'agit d'une affaire qui concerne tous les aspects essentiels de l'ordre social de genre » (UN-INSTRAW, 2007a).

“Tous les groupes sociaux n’ont pas les mêmes besoins et demandes de soins”



Méthodologie: Ces graphiques ont été réalisés en supposant que les besoins en soins varient en fonction de l’âge (ils sont plus importants chez les enfants et les personnes âgées) et que les personnes qui soignent sont habituellement des femmes entre 18 et 64 ans. Il ne s’agit que de soins non rémunérés proportionnés aux personnes qui résident dans un même territoire (par exemple, si les enfants d’une migrante bolivienne qui est en Espagne ne vivent pas dans ce pays, leurs besoins ne sont pas pris en compte).

Pour l’ensemble des femmes en Espagne, la demande est répartie de plus en plus équitablement entre ce que l’on appelle la dépendance juvénile (mineurs) et sénile (plus de 65 ans). La pression croissante de ce dernier groupe génère des difficultés et se résout, en grande partie, grâce au recrutement de femmes migrantes comme personnel de soins. La présence de femmes migrantes est cruciale pour résoudre partiellement les problèmes dérivés du vieillissement de la population espagnole (pour le travail de soins qu’elles réalisent et aussi parce qu’elles permettent d’augmenter le taux très bas de fécondité des femmes espagnoles).

Au contraire, la demande de soins non rémunérés dont font l’objet les femmes migrantes a une structure très différente. Par exemple, les Boliviennes qui vivent en Espagne ont des demandes qui proviennent, presque exclusivement, de mineurs. On peut se demander si les politiques publiques prennent en compte cette situation. La réponse est négative. Par exemple, la tendance à entraver le regroupement des ascendants âgés ferme ce qui pour beaucoup de migrantes est l’unique moyen de concilier la vie professionnelle et familiale : amener les grand-mères pour qu’elles prennent soin de leurs petits-enfants. En même temps, aucune ressource additionnelle n’est prévue pour que leurs enfants soient pris en charge par le réseau public de soins.

Il faut aussi prendre en compte un troisième groupe : celui que constituent les foyers migrants dans les pays d’arrivée. Les analyses sur ces derniers brillent par leur absence (c’est une preuve de plus du nationalisme méthodologique qui domine l’approche des soins)¹². Il est courant de ne voir les femmes migrantes que comme des soigneuses salariées qui ne s’occupent ni de leurs propres niveau et qualité de vie, ni de ceux de leur famille. Malgré le manque d’études, on peut tout de même affirmer que, en raison de leur structure démographique particulière, ces familles ont des besoins en soins particuliers. Ainsi, pour la population migrante, la dépendance et la demande en

soins émanent avant tout des mineurs (en effet, c’est grâce à la population migrante que les taux de fécondité sont en hausse dans beaucoup de pays de destination), tandis que pour les autochtones, le besoin se fait pressant principalement à cause des personnes âgées.

D’autre part, les facteurs explicatifs des difficultés de conciliation de la vie professionnelle et familiale s’intensifient dans l’expérience des familles migrantes et, plus encore, des employées de maison : entre autres, la précarité de l’emploi (ainsi que tout ce qui y est associé : l’instabilité, la flexibilité non choisie de temps et d’espace, les

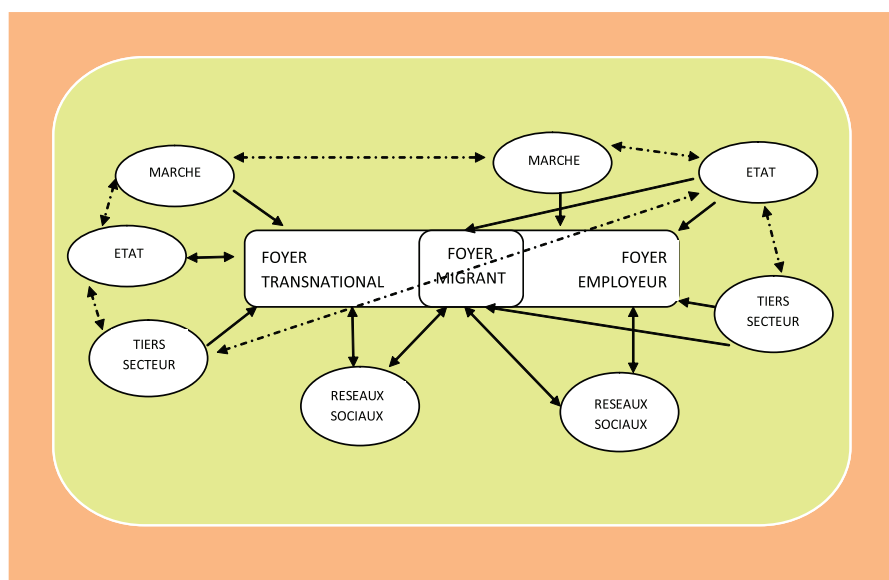
¹² Kofman et Raghuram (2007) assurent qu’il y a quatre types de migrants au regard des soins, mais que l’on ne tient généralement compte que des deux premiers: (1) les personnes qui migrent en tant que soigneuses, (2) celles qui migrent et abandonnent leur devoir de soigner, (3) celles qui émigrent et restent respectueuses de leur devoir, et (4) celles qui migrent et ont besoin de soins.

problèmes d'accès à des prestations contributives et aux droits professionnels de conciliation et de soins), la pénurie de ressources monétaires permettant l'achat de services de soins, et le manque de réseaux sociaux¹³. Dans l'ensemble, nous pouvons affirmer que les familles migrantes rencontrent bien des obstacles (plus sérieux encore chez les employées de maison) pour dispenser les soins nécessaires ; cette insuffisance n'est généralement pas convenablement comblée par les institutions publiques. D'importantes violations du droit aux soins sont constatées, et ceci devient un problème majeur de développement pour les pays d'arrivée des migrants.

4.2. Impact macrosocial

L'impact au niveau familial n'est pas clairement positif, surtout si nous tenons compte de l'expérience des familles migrantes dans les pays de destination. Mais, au-delà de cela, que se passe-t-il au niveau macrosocial ? Nous avons tendance à assimiler les soins au milieu familial/domestique et cela constitue une limitation essentielle au moment de s'interroger sur l'effet de la mon-

dialisation des soins sur le développement. Les soins sont toujours compris comme quelque chose de propre à l'intimité et à la famille, et non à l'ensemble de la structure socioéconomique. Si les études de l'impact sur les foyers sont rares, celles qui vont au-delà des familles et considèrent le développement au sens systémique le sont encore davantage. Cette carence est plus importante dans les pays d'origine, la récente attention que l'on porte aux soins s'étant focalisée sur les pays du centre. Peu d'analyses sur la provision de soins font référence aux pays de la périphérie et, lorsqu'elles le font, elles sont basées sur un cadre conceptuel et méthodologique qui ne correspond pas à leur réalité différentielle¹⁴. Il y a une faiblesse analytique multiple dans l'analyse de l'impact macrosocial de la globalisation des soins : (1) dans les pays du centre, l'invisibilité des soins n'a commencé à être palliée que récemment, (2) dans les pays de départ des migrants, l'invisibilité est intensifiée et les outils utilisés ne sont pas appropriés (problème amplifié dans les milieux ruraux), et (3) les études sur les soins font en général preuve de nationalisme méthodologique.



¹³ Ainsi, dans le cas de l'Espagne, Flauer et Solé affirment dans leur étude sur l'utilisation que font les femmes migrantes des politiques sociales que : « les conclusions qui sont tirées des travaux ici présentés décrivent un paysage plutôt désolant. [...] Le résultat est que le problème se déplace des femmes espagnoles aux immigrantes, de sorte que ce sont ces dernières qui connaissent les plus gros déficits de soins pour leurs proches » (2005 : 17-8).

¹⁴ Pour apporter une réponse à ces erreurs, on retiendra le projet sur l'Economie politique et sociale du soin dans les pays en développement réalisé par l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD), qui, en plus d'avoir produit plusieurs documents d'intérêt et d'application internationaux, analyse de façon détaillée huit pays : l'Argentine, le Nicaragua, l'Afrique du Sud, La Tanzanie, l'Inde, la Corée du Sud, le Japon et la Suisse. Ses résultats peuvent être consultés sur www.unrisd.org.

Dans le paragraphe précédent, nous avons vu que la migration a des résultats ambivalents en termes de soins. Dans les pays de destination des migrants, il s'agit plutôt de résultats contradictoires en fonction du type de foyers impliqués. Pour les foyers autochtones qui reçoivent des soins de la part des migrants, l'impact est positif. En revanche, les foyers migrants ont des difficultés à combler de manière adaptée leurs besoins en soins. Ceci est aussi le cas dans les foyers autochtones en marge du réseau défaillant des services publics de soins, dont le pouvoir d'achat est par ailleurs insuffisant pour embaucher personnellement quelqu'un. Dans les pays d'origine, les résultats diffèrent selon les sphères garantissant la reproduction matérielle et émotionnelle des foyers. Comment interpréter cette ambivalence et cette contradiction en termes systémiques ?

Nous pouvons nous risquer à affirmer qu'il y a de sérieux problèmes de provision sociale de soins : la migration crée un manque dans les pays de départ et ne comble pas celui des pays d'arrivée. Au contraire, dans les deux cas, elle révèle cette carence au grand jour. Autrement dit, la globalisation des soins, et spécialement la conformation des chaînes globales de soins, permet de visualiser les problèmes préexistants d'accès et de jouissance du droit aux soins. Ces difficultés sont occasionnées par l'articulation déficiente des diverses institutions sur lesquelles devrait reposer la responsabilité de garantir l'exercice de ce droit aux soins (dans le 2nd document de travail, nous spécifions quels sont ces problèmes, de notre point de vue). Ou peut-être serait-il plus correct de dire que la globalisation des soins permettrait de visualiser les problèmes de fonds, s'il existait une volonté sociale et politique, qui n'existe pas actuellement.

Vu ainsi, la question est différente : la globalisation des soins sert-elle de catalyseur à la conformation d'une voix collective en quête de responsabilités publiques et de réponses sociales à ces problèmes

qui sont aujourd'hui plus visibles que jamais ? La réponse est décourageante. Comme l'affirme Diaz Gorfinkiel : « il est possible que la création de ce marché de travaux de soins aie permis que ne soient pas redéfinies d'autres questions importantes » (2008 : 87)¹⁵. Nous assistons à un processus que nous pouvons qualifier de double privatisation de la reproduction sociale, étant donné que le devoir de la garantir continue d'être considéré comme une obligation domestique. Ainsi, les foyers font appel aux différentes ressources de travail gratuit, c'est-à-dire aux services publics, et chaque fois plus, à l'achat de services, c'est-à-dire à la commercialisation des soins.

Les moyens de dispense de soins se privatisent à deux niveaux. En premier lieu, beaucoup de soins autrefois réalisés gratuitement s'achètent aujourd'hui sur le marché. De fait, de nombreuses prestations publiques de soins récemment reconues apparaissent avec un degré de privatisation méconnu dans les autres piliers de l'état de bien-être. L'essor du recours à l'emploi de maison, la présence croissante des entreprises dans le secteur, ainsi que le processus généralisé de privatisation de la prestation publique de services permettent d'affirmer qu'une commercialisation des soins est en marche. Laquelle prend des formes diverses dans les différents pays : tandis que dans les pays les plus riches le marché des soins est assez homogène et se caractérise par sa dualité (une majorité de la force de travail localisée dans les secteurs plus précaires et une minorité dans les activités de haute reconnaissance et avec les meilleures conditions de travail), dans les pays de revenus moyens, le marché des services de qualité est sous-développé, la majorité des soins étant fournis dans un contexte commercial des plus informels. (Razavi, 2007a).

En second lieu, les soins se privatisent parce qu'ils continuent à être gérés dans l'espace des foyers où est garantie l'articulation des différentes ressources et où foisonnent diverses

¹⁵ Cette même question a été posée par cette auteur à l'occasion des journées « Femmes qui migrent, femmes qui soignent : la nouvelle division sexuelle du travail » (Madrid, 1, 2 et 3 décembre 2008, ACSUR-Plaraforma 2015 et plus, UN-INSTRAW). Et la réponse, tant pour la partie qui fait référence aux pays de destination des migrants, que pour celle de Denise Paiewonsky qui traite des pays d'origine, a été clairement négative : au lieu de revendiquer l'assomption de responsabilités, la migration fonctionne comme une soupape de sûreté individualisée. Voir les présentations sur <http://un-instraw.org/es/md/global-care-chains/2008-diciembre-1-2-3.html>.

Loi de dépendance : opportunités et défis

La fameuse loi de dépendance (39/2006) a été adoptée en 2006 en Espagne. Elle reconnaît le droit subjectif, individuel et universel des personnes en situation de dépendance de recevoir des soins, et articule diverses prestations de services (aide à domicile, téléassistance, hôpital de jour et de nuit, maison de retraite, etc.) et monétaires. Cela signifie une grande avancée dans la construction du quatrième pilier de l'état de bien-être. Cependant, plusieurs facteurs mettent en danger cette progression :

- La notion de dépendance au sens étroit, sur laquelle cette loi a été fondée, ne tient pas compte d'une grande partie de situations.
- Le budget établi et la coordination entre les différentes administrations impliquées sont insuffisants.
- Le degré de privatisation des services autorisé dans la loi, et constaté dans sa mise en application, génère des inégalités de qualité de services et favorise la précarité de l'emploi.
- Même si un recours exceptionnel a été déclaré, la création du concept de soins non professionnels dans le cadre familial a configuré, dans la pratique, le travail mal rémunéré et reconnu des soigneuses familiales et des employées de maison (migrantes) comme fondement principal de la loi.
- L'établissement d'un système de copaiement conduit à l'informalité de l'emploi de maison et fait payer aux citoyens la jouissance d'un droit.
- L'exercice de ce droit est stratifié par des conditions telles que : le statut migratoire, la région de résidence, le statut économique, le niveau de dépendance reconnu, le sexe, etc. . .

stratégies de survie, de conciliation et de promotion sociale¹⁶. Assurer les soins reste une « question domestique » et non un devoir qui se traduirait par l'existence d'un droit aux soins. Les problèmes et attentes des familles se résolvent d'eux-mêmes, sur la base d'une marge de manœuvre propre, déterminée par l'accès aux services publics, la situation professionnelle, le pouvoir d'achat, les ressources éducatives et d'informations, les réseaux sociaux, etc. Cette situation engendre davantage d'inégalités sociales, particulièrement marquées entre les foyers avec et sans migrants dans les pays d'origine, ainsi qu'entre les employeurs et les employés dans les pays de destination.

Ce double procédé de commercialisation et de renforcement du champ domestique signifie que les soins ne sont toujours pas évoqués dans le débat public et que, lorsqu'ils sortent des limites du foyer, ils le font sous forme d'achat-vente individualisée et non en tant que droit. Ils demeurent invisibles. Et ceci est lié au fait que les inégalités de genre ne disparaissent mais prennent d'autres formes. Les soins sont encore associés aux femmes sur deux plans, symbo-

lique et matériel, que nous avons mentionnés au début. Mais les différences des femmes entre elles augmentent, au regard de ce que certaines auteurs ont défini comme une « stratification sexuelle et ethnique » du travail de soins. La division sexuelle du travail acquiert de nouvelles dimensions globales.

Tout ceci nous amène à nous poser une dernière question : tant dans les pays de départ que d'arrivée des migrants, des transformations se sont produites dans les relations de genre, qui sont à l'origine de la globalisation des soins. Dans les pays de destination des migrants, ces transformations des relations de genre sont un facteur fondamental de la faillite du précédent modèle de couverture des soins. Dans les pays d'origine, la féminisation des migrations va de paire avec un processus antérieur de plus grande autonomie et de meilleur accès aux droits des femmes. Ces transformations des relations de genre révèlent au grand jour les problèmes latents associés à l'inexistence de responsabilité publique en matière de soins. Et, malgré le fait que la mondialisation révèle des tensions structurelles, les autorités publiques ne s'engagent pas à remé-

¹⁶ Nous avons déjà signalé ce processus dans lequel la migration s'érige comme réponse individualisée à la pénurie de droits basiques, en parlant de la réception et de l'utilisation des transferts d'argent : ces derniers permettent d'acheter sur le marché des services de santé et d'éducation ainsi que de suppléer à l'absence d'un réseau de protection sociale (UN-INSTRAW, 2008 et 2009).

dier à ces défaillances ; c'est un processus de privatisation intensifiée de la reproduction sociale et un redimensionnement de la division sexuelle du travail qui corrigent ces faiblesses. S'agit-il de la solution traditionnelle qui consiste en une injuste distribution des emplois pour éviter les obligations publiques de dispense de soins, mais cette fois avec une nouvelle dimension transnationale ? Il ne s'agit pas d'apporter de réponses mais d'explicitier des questions qui mettent en évidence la pertinence de se pencher sur ces problèmes en termes de développement et de responsabilité politique.

Références

- Anderson, Jeanine (2008), "Nuevas políticas sociales de producción y reproducción", en Arriagada, Irma (ed.), *Futuro de las familias y desafíos para las políticas*, CEPAL - Serie Seminarios y conferencias No 52, [Uhttp://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/32699/ssc_52_Familias.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/32699/ssc_52_Familias.pdf)
- Budlender, Debbie (2008), "The Statistical Evidence on Care and Non-Care Work across Six Countries", *Gender and Development Programme Paper*, num. 4, [Uwww.unrisd.org](http://www.unrisd.org)
- Díaz Gorfinkiel, Magdalena (2008), "El Mercado de trabajo de los cuidados y la creación de las cadenas globales de cuidado: ¿cómo concilian las cuidadoras?", *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 26(2), págs. 71-89
- Esplen, Emily (2009), *Gender and care, BRIDGE Cutting edge pack series*, disponible en [Uhttp://www.bridge.ids.ac.uk/reports/CEP_Care_OR.pdf](http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/CEP_Care_OR.pdf)
- Flaquer, Lluís y Solé, Carlota (2005) "Prefacio", en Solé, Carlota y Flaquer, Lluís (eds.), *El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes*, MTAS-Instituto de la Mujer, disponible en [Uhttp://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/mujeres%20inmigrantes.pdf](http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/mujeres%20inmigrantes.pdf)
- Herrera, Gioconda (2009), "Impactos en origen: nuevos roles familiares, impacto en los regímenes de protección social y respuestas desde las políticas públicas", *Curso Migración, género y desarrollo*, 23 al 26 de marzo, Santa Cruz-Bolivia, FIIAPP, UN-INSTRAW y AECID.
- IOM (2008), *World Migration 2008. Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy*, IOM,
- Kofman, Eleonore y Raghuram, Parvati (2007), "The Implications of Migration for Gender and Care Regimes in the South", *Social Policy and Migration in Developing Countries*, UNRISD-IOM-IFS workshop, [Uwww.unrisd.org](http://www.unrisd.org)
- Levitt, Peggy y Nina Glick Schiller (2004), "Conceptualizing Simultaneity: A Transnational Social Field Perspective on Society", *International Migration Review*, (36: 3)
- Martínez Franzoni, Juliana (2007), *Regímenes de bienestar en América Latina*, Fundación Carolina-CeALCI, [Uhttp://www.fundacioncarolina.es/es-ES/publicaciones/documentostrabajo/Documents/DT11.pdf](http://www.fundacioncarolina.es/es-ES/publicaciones/documentostrabajo/Documents/DT11.pdf)
- Molyneux, Maxine (2007), "Change and Copntinuity in Social Protection in Latin America: Mothers at the Service of the State?", *Gender and Development Program Paper*, num. 1, UNRISD, [Uwww.unrisd.org](http://www.unrisd.org)
- Moré, Iñigo, con la colaboración de Alfonso Echazarra de Gregorio, Bouchra Halloufi y Ramona Petra (2008), *Cuantificación de las remesas enviadas por mujeres inmigrantes desde España*, [Uwww.remesas.org](http://www.remesas.org)
- Paiewonsky, Denise (2008), "Impactos de las migraciones en la organización social de los cuidados en los países de origen: el caso de República Dominicana", *Jornadas mujeres que migran, mujeres que cuidan*, Madrid 1-3 diciembre 2008, [Uhttp://www.un-instraw.org/es/md/global-care-chains/2008-diciembre-1-2-3.html](http://www.un-instraw.org/es/md/global-care-chains/2008-diciembre-1-2-3.html)
- Razavi, Shahra (2007a) "Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options", *Gender and Development Programme Paper*, num. 3, UNRISD, [Uwww.unrisd.org](http://www.unrisd.org)
- Razavi, Shahra (2007b), "The Return to Social Policy and the Persistent Neglect of Unpaid Care", *Development and Change*, 38(3), págs. 377-400
- UN-INSTRAW (Ramírez, Carlota; García Domínguez, Mar y Míguez Morais, Julia (2005), *Cruzando fronteras: remesas, género y desarrollo*, Santo Domingo: UN-INSTRAW, [Uhttp://www.un-instraw.org/es/publications/gender-remittances-and-development/3.html](http://www.un-instraw.org/es/publications/gender-remittances-and-development/3.html)
- ----- (Paiewonsky, Denise) (2007a), "El impacto de la migración en los hijos e hijas de migrantes: Consideraciones conceptuales y hallazgos parciales de los estudios de UN-INSTRAW", *Seminario Familia, niñez y migración*, Quito, 26-28 Febrero 2007, [Uhttp://www.un-instraw.org/es/publications/gender-remittances-and-development/3.html](http://www.un-instraw.org/es/publications/gender-remittances-and-development/3.html)
- ----- (Pérez Orozco, Amaia) (2007b) "Global Care Chains", *Working Paper 2 Gender, Remittances and Development Series UN-INSTRAW*
- ----- (Pérez Orozco, Amaia, Paiewonsky, Denise y García Domínguez, Mar) (2008), *Cruzando fronteras II: migración y desarrollo desde una perspectiva de género*, Madrid: Instituto de la Mujer y UN-INSTRAW, [Uhttp://www.un-instraw.org/es/publications/gender-remittances-and-development/3.html](http://www.un-instraw.org/es/publications/gender-remittances-and-development/3.html)
- ----- (Pérez Orozco, Amaia y García Domínguez, Mar) (2009), "El paradigma remesas para el desarrollo: evidencias empíricas y cuestionamientos desde una perspectiva de género", en Molina Bayón y San miguel Abad (coords.), *Nuevas líneas de investigación en género y desarrollo*, Cuadernos Solidarios-UAM, [Uhttp://www.uam.es/otros/uamsolidaria/investig/cuadernos_solidarios_3.pdf](http://www.uam.es/otros/uamsolidaria/investig/cuadernos_solidarios_3.pdf)
- UNRISD (Razavi, Shahra, ed.) (2009), *The Gendered Impact of Globalisation. Towards Embedded Liberalism?*, Routledge
- UN Statistical Division (2005), *Guide to Producing Statistics on Time Use: Measuring Paid and Unpaid Work*, UN Department of Statistics and Social Affairs, [Uhttp://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_93E.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_93E.pdf)
- Váscquez, Alison, Armas, Amparo y Contreras, Jacqueline (2009), *Estudio del Cuidado en el Ecuador*, Mimeo
- Yeates, Nicola (2005): "Global Care Chains: a Critical Introduction", *Global Migration Perspectives*, No. 44, [Uhttp://www.iom.int/jahia/Jahia/policy-research/migration-policy/pid/1606](http://www.iom.int/jahia/Jahia/policy-research/migration-policy/pid/1606)
- Zimmerman, Mary K., Litt, Jacquelyn S. y Bose, Christine E. (eds.) (2006), *Global dimensions of Gender and Carework*, Stanford University Press