



**Vue d'ensemble
sur l'organisation
sociale des soins en
temps de crise II:
Quels défis politiques
devons-nous affronter?**

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 connaissance 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 6: Vue d'ensemble sur l'organisation sociale des soins en temps de crise II :
Quels défis politiques devons-nous affronter?

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 II: Quels défis politiques devons-nous affronter?

Amaia Pérez Orozco

Série Genre, Migration et Développement

Document de travail

6



united nations
instraw



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. Le premier d'entre eux 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 l'importance d'aborder la question des soins lorsque l'on parle de développement, (2) arguer 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:

Le lien soins-inégalité-exclusion

- Il est urgent de reconnaître et d'examiner le lien historique qui existe entre les soins, l'inégalité sociale et l'exclusion de la citoyenneté, lien qui acquiert aujourd'hui de nouvelles et de graves dimensions globales.
 - Ce lien est un élément constitutif des régimes de soins et, en plus de son association systématique aux inégalités de genre et de classe, aujourd'hui s'ajoute celle de statut migratoire.
 - Le fait qu'il n'existe pas de responsabilité sociale de soins et que cette dernière soit confiée aux foyers (et, au sein de ces derniers, aux femmes), suppose que la possibilité de recevoir des soins soit en elle-même un indice et un vecteur d'inégalité sociale.
 - Ce n'est pas en les observant d'un point de vue économique que nous allons comprendre les soins: leur provision mercantile ne répond pas à la simple logique de l'offre et de la demande, et l'argent n'est pas non plus tout ce dont il faut tenir compte. La disponibilité des réseaux sociaux est un facteur clé.
 - Les soins ne sont ni socialement ni économiquement reconnus, c'est pour cela que le devoir de les dispenser repose sur les personnes ayant une moindre capacité de choix et de décision ; d'où la segmentation par sexe, ethnie et statut migratoire de ces tâches.

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.

- Un non-débat : la constitution des régimes de soins sur la base de l'exclusion et des inégalités se fait hors du débat public :
 - Les soins étant associés au cadre domestico-privé, ils font partie du programme officiel du développement.
 - Il est urgent d'engager un débat démocratique : qui doit soigner qui, comment, où, en échange de quoi. Ce débat ne doit pas seulement inclure les syndicats et le patronat.

Articuler un droit aux soins

- Briser le cercle vicieux soins-inégalité-exclusion exige l'élaboration d'un droit aux soins comme un des éléments essentiels du noyau dur de la citoyenneté et du processus de développement.
- Ce droit universel reste à construire et présente de multiples facettes:
 - Le droit de recevoir les soins nécessaires dans diverses circonstances et à différents stades du cycle de la vie.
 - Le droit de choisir si l'on veut ou non soigner, en combinant un droit aux soins dans de bonnes conditions avec un droit de ne pas soigner.
 - Le droit à des conditions de travail respectables dans le secteur des soins.

Les soins, une responsabilité publique

- Articuler un droit aux soins suppose de mettre un terme au rôle substitutif des familles qui tendent à suppléer l'État et à laisser les soins à l'écart des politiques de focalisation.
- De multiples mesures peuvent être mises en place pour articuler ce droit :
 - Temps dédié à soigner : instauration de prestations libérant du temps de travail pour le consacrer aux soins non rémunérés. Attention :
 - Les prestations non rémunérées peuvent accentuer une plus forte vulnérabilité professionnelle et vitale chez les femmes. Certaines d'entre elles ne reconnaissent pas au même titre les hommes et les femmes.
 - L'intérêt de ces prestations est équivoque et il est incertain qu'elles puissent être appliqués à des contextes de grande incidence du secteur informel et/ou du travail indépendant parce qu'elles sont généralement articulées autour du travail salarié formel.
 - Argent pour soigner : on octroie une rémunération pour les soins octroyés par une personne de l'entourage familial. Attention :
 - Comment reconnaître et valoriser ces travaux gratuits qui existent déjà, sans renforcer cette situation dans laquelle le gros du soin est dispensé par des personnes de l'entourage familial ? Services de soins : à domicile ou dans des espaces institutionnalisés. Attention :
 - Servicios de cuidados: en el hogar o en espacios institucionalizados. Ojo:
 - Qui et comment doit-on s'en charger ? Faut-il exiger des entreprises qu'elles facilitent les services à leurs employé(e)s ?

- L'Etat doit-il mettre à disposition ces services, dispenser directement les soins, financer leur achat dans des centres établis ou sur le marché libre ?
- Critères-clés pour décider des mesures :
 - Reconnaître les soins comme élément de base du bien-être et non comme un instrument pour d'autres fins. Il ne faut pas ancrer le droit dans un argument productiviste d'investissement en capital humain.
 - Il faut distinguer santé, éducation, soins et protection sociale, et établir les limites entre la professionnalisation du soin et d'autres compétences professionnelles.
 - L'interrelation entre les différents aspects du droit multidimensionnel aux soins peut être comprise comme une rétro-alimentation positive ou pas :
 - Dispenser-recevoir des soins peut facilement entrer en contradiction. Par exemple, si l'on abuse de la fonction de soigneuses non rémunérées des mères ou si l'on privatise le secteur et précarise l'emploi.
 - Les soins supposent des relations sociales d'interdépendance ; personne ne peut jouir que de l'un des deux aspects du droit (donner-recevoir). On doit jouir des deux en même temps.

Un droit aux soins... Dans quel régime économique ?

- Quel régime économique peut permettre l'articulation et l'exercice du droit aux soins ? Cette question doit être traitée à deux niveaux : organisationnel et structurel
- Sur le plan organisationnel, quelle articulation alternative au « diamant du soin » proposons-nous si nous désirons redistribuer la surcharge de travail des foyers ?
 - Les services de soins sont rentables si leur qualité varie selon la capacité de paiement des personnes qui en ont besoin et s'ils sont basés sur l'abus d'emplois précaires et vulnérables.
 - Garantir un accès égalitaire aux soins nécessaires sans amoindrir les droits professionnels exige que certains soins soient dispensés dans des sphères d'activité économique autres que les entreprises (telles que l'Etat ou le secteur à but non lucratif).
- Sur le plan structurel, la question est de savoir sur la base de quelle logique doit être structurée cette articulation des agents : les systèmes socioéconomiques, dont l'axe vertébral est l'accumulation de capital, peuvent-ils devenir les responsables de la garantie du droit aux soins ?
 - Des transformations sociales intégrales sont indispensables, de même qu'il est nécessaire, sous l'optique du droit aux soins comme principe d'orientation des aspects qui conforment la structure même du système socioéconomique, de s'interroger à nouveau sur :
 - L'organisation des espaces d'habitabilité
 - L'organisation des temps sociaux
 - L'image du travailleur idéal ou l'insertion économique normalisée : l'implantation sociale du modèle de travailleur productif est incompatible avec le droit aux soins.
 - Il devient urgent d'orienter le débat vers ce plan structurel et de ne plus poser la question du droit aux soins comme une simple décision sur les mesures les plus efficaces ou équitables dans l'éventail possible.

1. Inverser le lien soins-exclusion : le droit aux soins

Le principal défi politique au regard de l'organisation sociale des soins à l'heure de la mondialisation, est de reconnaître et d'aborder la connexion historique qu'il existe entre les soins, l'inégalité sociale et l'exclusion de la citoyenneté². Cette connexion, perpétuée au niveau global avec d'indéniables et de grandes différences selon les contextes temporels et territoriaux, acquiert aujourd'hui de nouvelles et de plus graves dimensions transnationales.

Le lien soins-inégalité-exclusion est constitutif des divers régimes de soins ; comme l'affirme Izquierdo, nous concevons « une citoyenneté faite à base d'exclusions, toutes reliées à différentes dimensions du soin » (Izquierdo, 2003 : 5). Cela est systématiquement lié à l'inégalité de genre et à l'adjudication du devoir de soigner aux femmes. Dans les sociétés capitalistes du centre, les régimes de soins sont en train de vivre d'importantes transformations qui engendrent une privatisation intensifiée de la reproduction sociale et un redimensionnement de la division sexuelle du travail (voir document de travail n°1). Lequel a, à son tour, des répercussions significatives à l'échelle mondiale et fait que le statut migratoire fonctionne chaque fois plus comme un axe articulatoire du lien soins-inégalité-exclusion, en s'ajoutant à l'historique du genre et des classes.

1.1. Le lien soins-inégalité-exclusion

Le manque de soins a été comblé dans les foyers

selon l'accès de chacun de leurs membre aux différentes ressources. Ceci implique que la possibilité de recevoir des soins est à la fois un indice et un vecteur d'inégalité sociale. D'où proviennent ces inégalités ? La majorité des soins continuent d'être dispensés gratuitement dans un environnement caractérisé par les liens de parenté ou communautaires; le « familisme »³ reste le modèle habituel de gestion des soins. Les inégalités d'accès (ou l'accès refusé) aux soins sont plus marquées par la disponibilité ou la carence de réseaux sociaux et, concrètement, familiaux. Nous ne pouvons pas observer les soins d'un point de vue économique pour comprendre l'exclusion : la provision mercantile de soins ne répond pas à « la simple logique de l'offre et de la demande » (Carrasco y Rodriguez, 2005 : 51), et l'argent n'est pas non plus tout ce dont il faut tenir compte. Evidemment, la disponibilité des revenus est un facteur clé d'inégalité/exclusion, touchant les foyers tant indirectement (en établissant ce que nous pourrions appeler les prérequis du soin⁴) que directement (capacité d'achat de soins). Cependant, même si l'on dispose d'argent, il n'y a pas forcément de marché capable de répondre à la demande d'acheter des soins⁵, ou il n'y a pas forcément de volonté d'acheter les soins, étant donné que le familisme entraîne aussi une réprobation/résistance éthico-morale à déléguer les soins. Enfin, il tend à exister une corrélation négative entre les deux dimensions : le manque de revenus accentue souvent la mise en marche de réseaux sociaux, comme les soupes populaires dirigées par des femmes par exemple.

Le lien soins-inégalité-exclusion souligne la constante rétro-alimentation entre l'assomption d'obligations de soins, l'inégalité de distribution des emplois et des ressour-

² Nous comprenons la citoyenneté comme l'accès aux droits, soit: la jouissance d'une reconnaissance formelle et la capacité d'exercice effectif. Il n'y a pas de délimitation nette entre l'inclusion et l'exclusion, mais une continuité négation-reconnaissance formelle-plein exercice ; dans cette configuration, de multiples facteurs économiques, sociaux, politiques et culturels agissent.

³ Dans ses diverses versions: étendue par le biais de réseaux communautaires, modifiée par la commercialisation partielle du soin, etc.

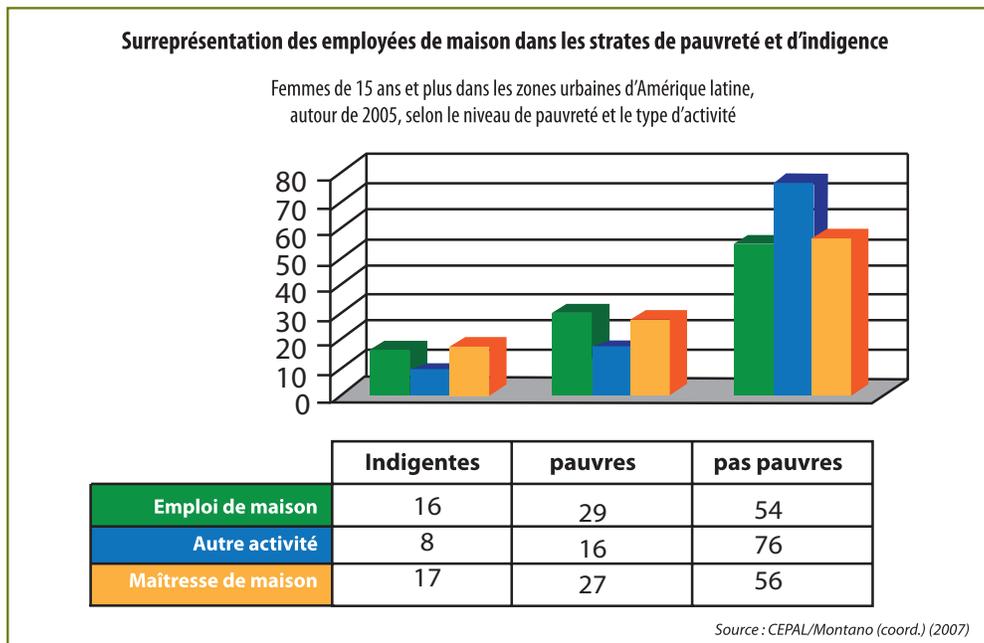
⁴ Ainsi, par exemple, disposer d'un logement spacieux est un facteur fondamental pour établir des relations personnelles satisfaisantes dans le soin des personnes âgées. Dans les pays à bas revenus, le manque de biens de première nécessité, tels qu'un fauteuil roulant, rend les personnes souffrant d'un handicap totalement dépendantes: elles ne peuvent pas développer d'autonomie vitale. De la même manière, répondre aux besoins essentiels requiert énormément de temps de travail non rémunéré lorsque l'accès à l'infrastructure appropriée vient à manquer (transporter l'eau, assurer des sources de combustible, etc.)

⁵ Dans de nombreux pays de revenus moyens ou faibles, le marché des services de soins de qualité est très peu développé et la majorité des achats de soins se fait à un extrême informel du spectre mercantile (UNRISD, 2007). Dans les pays de revenus moyens, le marché des soins est un peu plus qu'un simple secteur émergent.

ces, et le risque d'exclusion et de pauvreté. Soigner au sein des foyers non seulement ne génère pas de droits (étant donné que les soins s'organisent comme des prestations contributives dérivées du travail salarié), mais en plus cela impose de sérieuses limitations à leur incorporation au marché du travail⁶. Quant aux emplois dans le secteur des soins, ils vont de paire avec une « pénalisation salariale » (UNRISD) et des conditions particulières de précarité, qui s'accroissent (en frisant ou en tombant carrément dans la pauvreté) dans le cas d'un emploi de maison. Le graphique suivant montre la surreprésentation des employées de maison chez les femmes indigentes et pauvres :

on fuit les soins comme la peste » (2008). D'où la segmentation par sexe, ethnie et statut migratoire prototypique de ce secteur professionnel, et la répartition des soins selon des axes de pouvoir (de genre et de génération surtout) au sein des familles.

L'association qui existe entre les soins, l'inégalité et l'exclusion de la citoyenneté n'est pas nouvelle. En revanche, elle acquiert bien une nouvelle dimension globale, dans la mesure où son internationalisation est liée à sa commercialisation. Ceci resserre le lien entre quantité et qualité des soins reçus, capacité de consommation, et accroissement des inégalités sociales à l'échelle mondiale.



Lorsque les soins ne sont ni socialement ni économiquement reconnus, les dispenser est une mission attribuée aux personnes ayant une moindre capacité de choix et de décision (manque d'alternatives, de ressources, de pouvoir de négociation, etc.). Comme l'affirme Izquierdo, «

En même temps, les créneaux professionnels que cela crée ne supposent pas de développement substantiel de l'accès aux droits des soigneuses, puisque l'emploi dans ce secteur s'offre dans un contexte de précarisation prononcée et d'« informalisation » professionnelle⁷.

⁶ On tire de ce constat des notions comme la citoyenneté secondaire des femmes dans le modèle où l'homme rapporte l'argent et la femme soigne. Dans ce modèle, c'est l'homme salarié qui accède à des droits directs, tandis que son épouse et ses enfants, dans la mesure où ils sont considérés comme dépendants de lui, accèdent à des droits dérivés. En plus de l'inégale reconnaissance des emplois salariés et des soins non rémunérés, ce modèle a été mis en question car il considérerait la famille (nucléaire patriarcale) comme sujet. Ce débat ne sera pas abordé dans ce document ; simplement, il est nécessaire de préciser que le droit aux soins qui est proposé ici est compris comme un droit individuel et non de la famille.

⁷ De fait, ces deux phénomènes font partie de ce que l'on appelle la féminisation, ou domestication, du travail, qui englobe une double dimension de transformation du contenu du travail (entre autres, le transfert au marché d'activités autrefois réalisées au sein du foyer, telles que les soins) ainsi que des conditions de travail (rapprochement progressif de l'emploi aux conditions de travail dans le domestique). A son tour, cette domestication du travail se lie de façon complexe à l'augmentation du nombre de femmes sur le marché du travail, processus connu sous le nom de féminisation de la main d'œuvre.

Discrimination professionnelle et négation du droit d'expression des employées de maison

L'emploi de maison est un secteur particulièrement précaire et vulnérable, comme le montre le lien historique qui existe entre l'emploi de maison et la migration _ principalement rurale-urbaine _ aujourd'hui internationale ; comme cela est affirmé par la Asociación de Trabajadoras del Hogar de Bizkaia ATH-ELE (Association de travailleuses à domicile de Biskaia: <http://www.ath-ele.com>), ce travail est, et a toujours été, « une question de femmes pauvres ».

Souvent, ce travail n'est pas pris en compte dans la législation professionnelle commune puisqu'il n'est absolument pas protégé (c'est le cas dans de nombreux pays asiatiques). A d'autres occasions, il est régi par des réglementations spécifiques qui présentent des conditions discriminatoires quant aux secteurs (comme dans la majorité des pays latino-américains). De plus, ces réglementations ne sont souvent pas mises en application, l'emploi de maison faisant partie de l'économie informelle ; rares sont les fois où l'inspection du travail intervient dans ce secteur.

Le problème additionnel que l'on peut relever est, lorsque la réglementation du secteur est débattue, la négociation généralement tripartite : gouvernement-syndicats-patronat. Les travailleuses salariées à domicile sont rarement représentées dans les syndicats et leurs organisations spécifiques restent ainsi hors du débat.

En 1948, l'Organisation internationale du travail a déclaré qu'elle considérerait une convention spécifique sur le secteur. Mais plus de 60 ans ont passé avant que ne commence son élaboration ; pendant tout ce temps, soigner est resté un emploi de maison non protégé par la réglementation internationale. C'est en 2011 que, selon ce qui a été prévu, la convention sera approuvée. Étant donné que seuls les gouvernements et les organisations syndicales et patronales peuvent participer à son élaboration, les employées de maison sont en train de s'organiser dans le but de peser sur les rapports et les propositions des syndicats et des gouvernements. De cette façon, elles tenteront de participer, même indirectement, à la rédaction d'une norme dont elles seront les premières cibles.

Pour accéder à plus d'informations, voir : <http://www.domesticworkerrights.org/>

1.2. L'absence de débat sur le lien soins-exclusion

La constitution des régimes de soins sur la base de l'exclusion et de l'inégalité se fait en dehors des lumières du débat public: les soins ne sont qu'officieusement au programme du développement (UN-INSTRAW, 2008). Ce non-débat répond à l'association des soins avec le milieu domestico-privé, entendu comme un espace étranger aux discussions politiques et socioéconomiques. Qui doit soigner qui, comment, en échange de quoi, etc. Tant de questions qui n'ont pas été publiquement ni politiquement négociées, mais renvoyées en marge d'une liberté supposée du domaine privé. Cependant, les réponses à ces questions ne sont pas le fruit de la négociation individuelle qui a lieu dans chaque maison, mais

de l'opération de critères éthico-moraux étroitement liés aux relations de genre, à l'inégalité et à la distribution macro-sociale des emplois (comme cela a été largement souligné depuis le féminisme : ce qui est personnel est politique). Le premier pas pour articuler un droit aux soins est de commencer à débattre ouvertement et démocratiquement sur ce qui se passe sur le plan domestique, en reconnaissant que dans ce domaine des structures sociales opèrent, et en renégociant la frontière qui délimite le public du domestico-privé.

La parole des protagonistes des relations de soins doit mener cette discussion, en brisant la dynamique historique de négation de parole (dans le sens de capacité d'incidence politique) et de reconnaissance exclusive des agents so-

ciaux organisés autour du travail salarié ; aucun débat sur le régime des soins ne peut considérer comme uniques paroles celles légitimées par les syndicats et le patronat.

2. Articuler un droit aux soins

Le lien soins-inégalité-exclusion a été établi par défaut, c'est-à-dire en tant que conséquence directe de l'inexistence d'un droit aux soins. La rupture d'un pareil cercle vicieux passe par l'élaboration d'un droit aux soins comme élément essentiel du noyau dur de la citoyenneté et, par conséquent, du processus de développement (compris comme « droit permettant de profiter pleinement de l'ensemble des droits », tel que nous l'avons défini antérieurement, UN-INSTRAW, 2008 :22). Nous parlons d'un droit aux soins au sens d'un droit propre et universel de toute la citoyenneté, d'où la double facette de citoyen(ne)s qui ont besoin de soin et qui soignent. Cette perspective holistique, qui doit inspirer le processus de développement, se concrétise à un double niveau : la réception et la provision des soins.

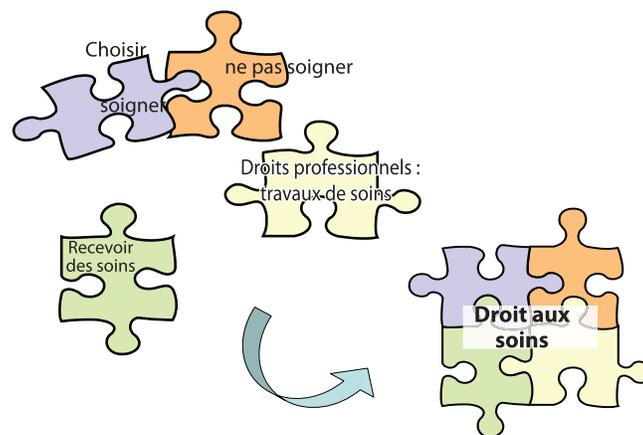
Ce droit, qui ne préexiste même pas conceptuellement et qui reste à construire, supposerait : (1) le droit de recevoir les soins nécessaires dans diverses circonstances et à différents stades du cycle de la vie, sans que la réponse à ces besoins de base dépende de la disponibilité individualisée des revenus, et des liens familiaux ou affectifs. (2) Quant aux soins non rémunérés, le droit de choisir si l'on désire soigner ou pas, en combinant

un droit de soigner (dans de bonnes conditions) avec un droit de ne pas soigner⁸. Et (3) le droit aux conditions de travail respectables dans le secteur des soins, en éliminant la pénalisation du secteur et en portant une attention toute particulière à l'emploi de maison⁹.

Le droit aux soins peut être perçu comme un principe orientateur de la structure sociale. A partir de ce premier niveau, il faut identifier quels droits spécifiques comprend-on dans la réception des soins, dans leur provision non rémunérée, et dans l'emploi dans le secteur des soins (deuxième niveau) ; et, finalement, débattre à travers quelles mesures cela peut-il se matérialiser (troisième niveau).

2.1. quelles politiques publiques ?

Les soins n'étant pas reconnus comme constituants des droits citoyens (de même que

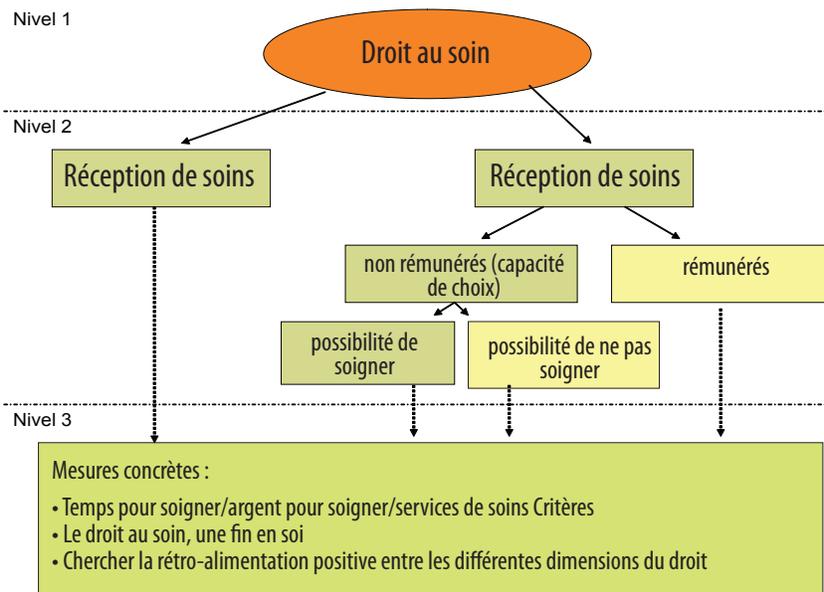


l'éducation ou l'hygiène ne l'ont pas été en leur temps, et ne le sont toujours pas aujourd'hui dans beaucoup de pays), l'Etat tend à suppléer les familles. Ce phénomène concerne les per-

⁸ Tout ceci implique une révision des dimensions de protection que doit procurer l'état de bien-être. Souvent, la protection sociale a été uniquement entendue comme garantie d'un degré suffisant de « décommercialisation » : c'est-à-dire, la possibilité de se dissocier du marché (du travail rémunéré) et de garder un niveau de vie acceptable. Cela présuppose que les uniques risques sociaux qui méritent une protection sont ceux étant liés au travail de marché, et non aux travaux de soins hors de ce dernier. L'idée de décommercialisation (qui, dans une certaine mesure, garantirait le droit de soigner, en permettant de n'être pas sujet(te) aux rythmes du marché du travail), doit être complétée par la « défamilisation », en comprenant pour tel la possibilité d'arrêter de soigner au sein de la famille, sachant que des formules garantissent la provision des soins nécessaires (soit, le droit de ne pas soigner).

⁹ Pour plus de clarté, nous différencions recevoir des soins, les dispenser bénévolement et les réaliser en échange d'un salaire. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'entre ces trois dimensions, il n'existe pas de délimitation nette, mais une ligne de continuité sur laquelle on peut et on doit influencer. Par exemple, de nombreuses mesures qui rendent effectif le droit de soigner, dans la mesure où elles supposent l'apport de conditions matérielles pour pouvoir le faire (temps disponible, en permettant les absences du marché de travail sans discréditer la carrière professionnelle et en garantissant des revenus ; considération du temps consacré au soin comme du temps cotisé pour les systèmes de prestation ; prestations monétaires destinées aux personnes qui soignent dans le cadre domestique etc.) sont en train de redéfinir la frontière entre travail de soins rémunéré et travail de soins gratuit.

Au sein de quel régime économique ?



sonnes ne pouvant pas garantir l'accès aux soins par leurs propres moyens : en raison de réseaux sociaux défaillants et de revenus insuffisants. Les soins sont au cœur des politiques de focalisation destinées à éviter ou pallier des situations d'exclusion sociale et de pauvreté. La prolifération de mesures et services divers et fragmentés est prototypique des systèmes dans lesquels les droits universels n'existent pas et où une vaste couche de la population connaît l'exclusion. Lorsque nous parlons d'un droit aux soins, afin que celui-ci en soit un (c'est-à-dire qu'il soit reconnu et exercé également chez tous les citoyens), il faut qu'il soit un droit universel, donc incompatible avec une politique de focalisation¹⁰.

Dans les plus vieux Etats de bien-être, aux trois piliers classiques (santé, éducation et protection sociale) est en train de s'ajouter un certain « quatrième pilier » qui reconnaît le droit à recevoir de

l'attention en cas de dépendance. L'apparition de cette dimension du bien-être est liée au vieillissement de la population et suppose le début de la reconnaissance du droit de recevoir des soins (limité aux situations de dépendance, terme dans lequel on inclut généralement les personnes souffrant d'un handicap, lié ou non à l'âge¹¹). De plus, ce que l'on appelle les politiques de conciliation de la vie professionnelle et familiale se développent.

Le droit aux soins peut être articulé de multiples manières. Une des façons de classer les différentes mesures est celle qui distingue le temps consacré à soigner, de l'argent nécessaire aux soins et des services de soins. Ensuite, on peut se lancer dans des débats brûlants sur chacune d'elles.

2.1.1- Temps consacré à soigner

Il s'agit de prestations qui libèrent du temps de

¹⁰ La mise en place d'un droit aux soins exige la mise en marche progressive de prestations et de services s'étendant peu à peu à l'ensemble de la population. C'est pourquoi décider à quels groupes sociaux doit-on donner la priorité. Cependant, cette mise en place progressive ne doit pas être confondue avec le pari sur la focalisation, qui ne garantit pas de droits, mais une protection partielle face à l'exclusion.

¹¹ Voilà un débat houleux: quelle direction doit prendre l'engagement public, en ce qui concerne l'attention envers les personnes souffrant d'un handicap, la minimisation de la perte d'autonomie liée à un handicap ; en d'autres termes, faut-il se concentrer sur le droit de recevoir des soins ou sur la promotion du droit à une vie autonome. Ceci est associé à la vision qu'ont les personnes bénéficiaires : selon que la dépendance soit perçue comme une situation individualisée et statique ou comme le résultat de la capacité du contexte social à admettre les personnes dont le corps ou l'esprit fonctionne différemment (en minimisant la dépendance dérivée de ce que l'on appelle la diversité fonctionnelle).

travail pour le consacrer aux soins non rémunérés (congés de maternité et de paternité, pauses pour allaiter, arrêt de travail pour s'occuper de proches, réduction du temps de travail journalier, etc.). Elles peuvent être rémunérées ou pas, de même que le temps de travail en moins peut ou non continuer d'être comptabilisé comme temps cotisé à l'assurance sociale. Les prestations qui ne sont pas rémunérées sont souvent accusées de renforcer le rôle de soigneuses gratuites des femmes et d'accentuer leur plus forte vulnérabilité professionnelle et vitale. La majorité de ces prestations sont reconnues de la même façon chez les hommes et les femmes, mais ce sont des droits exercés presque uniquement par les femmes. L'exception est le congé de paternité qui, très souvent, n'est pas reconnu et qui, s'il l'est, est d'une durée totalement disproportionnée avec le congé de maternité.

Toutes ces prestations sont organisées autour du travail rémunéré dans le secteur formel¹², ce qui fait que leur importance et leur applicabilité à des contextes de grande incidence du secteur informel sont très réduites. Beneria (2008) considère qu'il serait plus pertinent de penser les services de soins en se référant au domicile, étant donné que si les personnes ne bénéficient pas d'un environnement professionnel fixe, ce dernier est souvent le principal espace de référence des gens en général, et des femmes concrètement. Cette critique acquiert de plus en plus de sens dans les régions comme l'Europe, qui connaît un fort processus de précarisation professionnelle, diluant les frontières entre le marché du travail formel et informel, et multipliant le nombre de travailleurs/travailleuses indépendant(e)s.

2.1.2. Argent dédié aux soins

Ce sont des prestations qui sont accordées en échange du temps consacré aux soins d'une personne de l'entourage familial. Elles diluent la frontière entre les soins non rémunérés et rémunérés dans le secteur. Ce sont des prestations très polémiques dans la mesure où elles peuvent être

considérées comme une forme de précarisation du secteur, ou d'exploitation des soins qui ne sont plus entièrement gratuits, mais bien mal payés. On peut contre-argumenter ceci en expliquant que c'est une manière de valoriser les travaux que réalisent déjà de facto les femmes chez elles, et de leur accorder une certaine indépendance économique. En dernier ressort, la tension est la suivante : comment reconnaître et valoriser ces travaux qui existent déjà en accordant des droits économiques et sociaux aux personnes qui les réalisent, sans renforcer cette situation dans laquelle le gros du soin est dispensé par cette voie.

Ici, l'on retrouve le débat classique sur le salaire des maîtresses de maison. Ce débat, qui à l'origine avait des couleurs plus revendicatrices que possibilistes, tient aujourd'hui en deux lignes : dans les Etats de bien-être plus anciens, on pense la possibilité de reconnaître et de valoriser les soins informels dans le cadre familial, afin d'assister les personnes en situation de dépendance. Dans le contexte latino-américain, plusieurs constitutions reconnaissent le rôle productif de l'emploi de maison (par exemple, le Venezuela ou l'Equateur), lequel est entremêlé avec la revendication du rôle actif des femmes issues des milieux populaires comme soutien des foyers et des communautés. C'est dans ce cadre que sont mises en place des mesures telles que les assignations économiques temporaires (par exemple : Mision Madres de Barrio au Venezuela) ou se discutent les retraites des maîtresses de maison.

2.1.3. Services de soins

De manière alternative, afin de faciliter les soins réalisés par des proches (qui consacrent du temps ou de l'argent pour ces soins), des services de soins pourraient être mis en place au sein du foyer (par exemple, l'assistance à domicile) ou dans des espaces institutionnalisés (résidences pour personnes âgées, garderies, hôpital de jour et de nuit, centres de séjour temporaire, activités extrascolaires

¹² Ce sont des prestations généralement liées à l'emploi salarié, bien que certaines (surtout celles concernant la maternité) s'étendent peu à peu au travail indépendant.

pour les mineurs...). Cela pourrait forcer les entreprises privées à proposer ce type de services, comme c'est le cas des garderies, obligatoires dans les centres comptant un certain nombre d'employées¹³. La fonction publique pourrait alors assumer directement cette responsabilité, en fournissant elle-même les services grâce au financement de centre privés (dirigés par des entreprises ou des ONG), ou en accordant des prestations monétaires pour financer le libre achat sur le marché. Il reste ensuite à savoir quel est le degré de privatisation souhaité pour ces services, et s'il est nécessaire qu'ils soient accompagnés d'un co-paiement des usagers(ères) (contrairement aux autres droits, comme celui à l'hygiène, il s'agit souvent de services qui ne sont pas totalement gratuits). Nous reviendrons plus tard sur ce débat.

2.2. Critères d'identification des mesures concrètes

Décider des politiques concrètes à adopter pour articuler le droit aux soins doit être, comme nous le disions, le fruit d'un débat démocratique. Nous pouvons préciser plusieurs critères-clés pour aider à la prise de décision.

2.2.1. Le droit aux soins doit être une fin en soi

Instaurer un droit aux soins a pour but de reconnaître cette dimension vitale comme élément de base du bien-être et de la citoyenneté. C'est une fin en soi, si bien que les mesures adoptées ne peuvent s'articuler comme de simples instruments au service d'autres objectifs. Ceci contraste avec le discours à la mode qui argumente en faveur des soins comme une forme d'investir en capital humain et ainsi d'améliorer la productivité et le développement entendu comme expansion mercantile. Cet argument est utilisé tant dans les programmes de santé et d'éducation infantile

associés à ladite Nouvelle politique sociale (le soin comme instrument pour augmenter les stocks de capital humain à venir), que dans les politiques de conciliation (comme une formule qui permet de profiter efficacement du capital humain des femmes). Le problème réside dans le fait que cet argument exclut d'emblée que les ressources publiques soient dédiées aux personnes qui ne sont pas considérées comme potentiellement productives au sens commercial¹⁴.

2.2.2. Différencier le droit aux soins des autres droits

Bien que le droit aux soins en tant que principe orientateur recoupe beaucoup d'autres droits sociaux, les mesures concrètes qui l'articulent doivent permettre de le différencier des autres, tels que le droit à l'éducation ou le droit à la santé ; de la distinction entre la santé, l'éducation, les soins, etc. résultent des configurations particulières des Etats de bien-être et des systèmes de protection sociale. Par exemple, dans les pays européens, les interactions du « quatrième pilier » avec le système sanitaire sont confuses ; en même temps, on se demande si l'attention portée aux mineurs de trois ans fait partie ou non du système éducatif, etc. En dernier recours, cette confusion et indétermination démontre que les soins, même s'ils sont fragmentés et épars, ont pénétré les champs du débat public, mais que cette apparition est si récente qu'il manque une approche clairement définie..

Marquer les limites entre ces droits va de paire avec la distinction entre le travail de soins et d'autres compétences professionnelles. Aujourd'hui, la professionnalisation (entendue comme identification claire des tâches, conditions de travail et formation requise) tend à déplacer la conception de l'activité sous forme générique « soin » vers des professions plus qualifiées¹⁵. Le risque de cette tendance de professionnalisation est que, par défaut, les soins

¹³ Ce sont souvent des services associés au rôle de mère des employées, inexistant pour les hommes, et qui ne couvrent que les soins aux mineurs. Le service est plus compris comme une façon de garantir le droit à l'emploi des femmes.

¹⁴ C'est pour cela que l'on ne l'utilise généralement pas dans les politiques destinées aux personnes âgées, à celles souffrant d'un handicap, etc. ; Et c'est aussi pour cela que c'est un argument très faible quand on tente de l'appliquer aux autres champs, par exemple quand on justifie l'investissement de ressources dans la promotion de la correspondance des femmes et des hommes au sein du foyer pour arriver à une meilleure exploitation du capital soigneur des hommes.

peuvent finir par être identifiés aux tâches polyvalentes et ne requérant pas de qualification.

2.2.3. Vers une rétro-alimentation des différentes dimensions

Le droit aux soins est multidimensionnel et les différentes facettes qui le composent ne sont pas indépendantes les unes des autres : si quelqu'un reçoit des soins, quelqu'un d'autre les reçoit ; la personne qui soigne a besoin de soins ; la variété de conditions de travail de l'emploi de maison révèlent différentes qualités pour soigner la famille ; etc. Cette interrelation peut facilement acquérir un caractère contradictoire.

Parmi les contradictions les plus courantes, il y a l'affrontement du droit à recevoir des soins avec celui de ne pas soigner. Prenons deux exemples. D'un côté, les prestations accordées pour consacrer du temps ou de l'argent aux soins qui ne sont pas accompagnées de services alternatifs hors du domestique garantissent les soins en les imposant à la famille. Cela se passe, par exemple, avec le développement de figures comme les arrêts de travail pour s'occuper d'un parent, dans des situations où les maisons de retraite brillent par leur absence : si l'on n'arrête pas de travailler, quelle alternative reste-t-il ? De l'autre côté, les programmes de virements conditionnés, prototypiques de la Nouvelle politique sociale, recherchent le bien-être des mineurs en situation de pauvreté, en exerçant un contrôle sur le rôle des mères ; ainsi, ils renforcent leur rôle de soigneuses non rémunérées. Dans les deux cas, le droit de choisir de façon différentielle selon les sexes est nié, tant indirectement (les personnes qui prennent un arrêt de travail sont en général les femmes, même si les hommes y ont droits aussi), que directement (les programmes de virements conditionnés sont expressément destinés aux mères, non aux pères).

La contradiction entre recevoir et donner des soins peut aussi apparaître dans les travaux rémunérés. Par exemple, plus les services sont privatisés et commercialisés (soin à domicile, jardin d'enfants, maisons de retraite...), plus ils promeuvent l'emploi précaire. Un autre cas habituel de contradiction est la vieille question : qui soigne les soigneuses ?¹⁶

L'interrelation entre les différentes facettes du droit multidimensionnel aux soins peut devenir une rétro-alimentation positive¹⁷. C'est-à-dire que l'objectif central est de comprendre l'interconnexion inévitable et de chercher un procédé de renforcement mutuel, et non de négociation en cascade. Cela exige d'admettre qu'il n'existe pas de scission nette entre la personne qui réalise les soins et celle qui les reçoit, mais que les soins ont lieu dans le cadre des relations sociales d'interdépendance ; et que personne ne peut exercer qu'une seule des deux facettes d'un droit, mais les deux à la fois.

3. Un droit aux soins... Dans quel régime économique?

Comprendre le droit aux soins depuis une perspective holistique, et non en tant que « droit particulier » (Pautassi, 2007), débouche sur une dernière question d'une importance capitale et d'une portée supérieure à celle du débat sur les mesures spécifiques à adopter à court et moyen terme : dans quel régime économique peut être articulé et exercé un tel droit ?

Il faut répondre à cette question sur deux points de vue. En premier lieu, sur un point de vue organisationnel : si l'objectif est de redistribuer la surcharge de soins attribuée aux foyers (et, au sein de ces derniers, aux femmes), quelle or-

¹⁵ Par exemple, dans les États de bien-être plus développés, on considère que le système éducatif remplit une fonction éducative et non de soins ; et le débat s'étend aux périodes antérieures à la scolarisation obligatoire, où l'on se propose de différencier l'éducation infantile (et donc la profession d'éducateur/éducatrice infantiles) du soin des mineurs.

¹⁶ Ce glissement, qui en reconnaissant les femmes comme soigneuses, oublie leurs propres besoins en soins, est plus simple s'il prend en compte les femmes migrantes qui, comme nous l'avons expliqué dans le premier document de travail, sont souvent reconnues uniquement comme agents réalisant des soins, et jamais comme personnes qui en ont besoin. os en el documento de trabajo 1, suelen ser reconocidas únicamente como agentes que dan cuidados, y nunca como personas que los necesitan.

¹⁷ Plus il y a d'écoles pour les enfants, plus il sera facile d'opter pour ne pas soigner gratuitement dans le cadre domestique. Si ces services sont proposés par les services publics, qui recrutent dans des conditions de travail respectables, cette amélioration professionnelle permettra une meilleure qualité des soins offerts. Reconnaître les droits professionnels dans le secteur des soins ou garantir des conditions dignes pour les soins familiaux est en soi une manière de veiller sur les soins des travailleurs/travailleuses, etc.

ganisation alternative du fameux « diamant du soin » proposons nous ? Quel rôle doivent jouer les différents agents et espaces institutionnels : le marché, l'Etat, les foyers et les réseaux sociaux ou encore le secteur à but non lucratif ? Il est très difficile d'exercer le droit aux soins à travers la promotion des services commerciaux à but lucratif. Nous avons vu qu'il existe une tendance à la violation des droits professionnels dans le secteur des soins. A quoi cette pénalisation du secteur est-elle due ? Dans la mesure où c'est un secteur qui nécessite énormément de travail _ les relations humaines y acquièrent une importance centrale et doivent se soumettre à un rythme flexible (lié aux besoins physiologiques) _ il est très complexe d'en augmenter la productivité au moyen de la substitution du travail humain par la technologie ou de l'augmentation de la « quantité » de soins par unité de travail. Ceci a été défini historiquement comme la « maladie du coût », qui convertissait les soins en une activité non commercialisable, en empêchant que, dans ce secteur, la logique « développementaliste » opère (en empêchant que les soins soient le moteur du développement économique entendu comme expansion mercantile).

Une des manières de compenser cette contradiction entre les soins et la rentabilité patronale a été la détérioration progressive des conditions de travail. Pourquoi les travailleurs/travailleuses acceptent-ils/elles cette détérioration ? Un élément de pression est l'existence d'un sentiment de responsabilité sur le bien-être d'autrui des soigneuses, qui les force à réaliser le travail en marge de la reconnaissance professionnelle. C'est-à-dire à travers l'« utilisation et abus » du rôle de soigneuses des femmes. Un autre élément est d'augmenter le prix du service, permettant de varier la qualité des services reçus en fonction du pouvoir d'achat des usagers(e) s¹⁸. Dans l'ensemble, l'expansion d'un droit aux soins semble exiger l'instauration de limites

strictes à l'opération de la sphère commerciale et de la logique à but lucratif. Garantir un accès égalitaire aux soins nécessaires sans amoindrir les droits professionnels requiert que ceux-ci soient dispensés dans des sphères d'activité économique autres que les entreprises (telles que l'Etat ou le secteur à but non lucratif ¹⁹).

D'un point de vue structurel, la question est de savoir sur la base de quelle logique doit-on structurer cette organisation des agents. En partant des systèmes socioéconomiques organisés autour de la logique d'accumulation qui vise à garantir le bon fonctionnement des procédés d'accumulation de capital, peut-on instaurer le droit aux soins comme principe orientateur de la structure sociale ? En d'autres termes : peut-on faire d'un système socioéconomique, dont le mot d'ordre est l'accumulation de capital, le garant du droit aux soins ? Jusqu'à quel point la négation du droit aux soins a-t-elle été indispensable pour contenir des tensions structurelles d'un système socioéconomique qui, en priorisant la logique d'accumulation, inhibe l'existence d'une responsabilité sociale de soin de la vie ? Pour concrétiser ces questions abstraites, il est préférable de se pencher sur au moins trois aspects.

La reconnaissance d'un véritable droit aux soins et l'instauration de conditions qui garantissent son exercice, requièrent des transformations sociales intégrales et la remise en question, dans cette optique, des aspects qui composent la structure même du système socioéconomique. Parmi ceux-ci : l'organisation des espaces d'habitabilité (les modèles de développement urbain, voir le document de travail n°1) et la gestion du temps. Un pré-requis du soin est la disponibilité de temps : pour soigner, pour recevoir des soins, pour s'auto-soigner, pour s'insérer dans les relations de soins de réciprocité qui dépassent la dichotomie donner/recevoir, etc. C'est-à-dire que les soins ont une ac-

¹⁸ Les conflits entre « les propos et les faits », « l'amour et l'indifférence », « l'exception et la justice », « la patience et les horaires », « les relations familiales et les relations professionnelles », « les relations et les normes », etc. se résolvent différemment (Stone, 2000). Il ne semble pas exister de « conciliation » simple entre chacune d'entre elles.

¹⁹ L'étude de l'UNRISD montre que la pénalisation professionnelle se réduit significativement dans le secteur public : « In several countries the significant care penalties found in the private sector are comparatively reduced, though not eliminated when performed in the public sector » (UNRISD, 2008: 15).

tion transversale (d'eux dépendent l'ensemble de la vie) et indispensable (ils dépassent les horaires d'une activité donnée, les rythmes fixes et planifiables), qui ne peut se concilier avec le fait que les temps vitaux son soumis au « temps minuté » des marchés, comme c'est le cas aujourd'hui.

Cette indispensable renégociation des temps sociaux implique la mise en question du schéma d'insertion économique normalisée. Le travailleur normalisé, ou idéal²⁰, est celui peint grotesquement comme le « travailleur champignon » (Carrasco et al. 2004) : celui qui n'a ni de besoins ni d'obligation de soins, mais qui émerge quotidiennement du néant pleinement disponible pour l'emploi. C'est l'image à laquelle on peut assimiler une partie de la population dans la mesure où il existe tout un cadre du travail de soins rendu invisible qui comblent tous ces besoins et remplit toutes ces obligations. Ce que l'on nomme « les problèmes de conciliation de la vie professionnelle et familiale » sont plutôt des procédés de mise en évidence de l'impossibilité structurelle de répandre ce modèle comme standard du travailleur. Dans ce schéma, les besoins qu'ont les entreprises de disposer du temps (et du mouvement) des employé(e)s, et les nécessités et obligations de soins de ces derniers(ères) s'affrontent. Dans cet affrontement interviennent les politiques de conciliation qui, devant les tensions, finissent par prioriser le milieu commercial (son objectif final n'est pas d'assurer un droit de choisir à proprement parler, mais de rendre possible l'insertion professionnelle).

La consolidation d'un droit aux soins exige de reconnaître les travailleurs/travailleuses sur le marché comme sujets ayant des besoins en soins et des obligations de soigner les personnes de leur entourage. La capacité qu'a le marché de s'autoréguler lorsqu'il doit en même temps garantir le cours du processus qui donne un sens à son existence (l'accumulation de

capital), est viciée d'avance. L'actuel établissement du modèle de travailleur productif est incompatible avec le droit aux soins.

En définitive, il existe une contradiction inhérente non seulement à la tentative de garantir un droit aux soins à travers l'expansion commerciale, mais aussi à la volonté de le faire dans le cadre d'un système dont la logique d'accumulation est l'axe prioritaire d'organisation socioéconomique. Ce sont au final des questions qui, au-delà de l'efficacité, l'efficience ou l'équité des mesures concrètes, placent la discussion sur un plan structurel : quel régime économique peut alimenter l'instauration du droit aux soins ? Concilier la logique d'accumulation, axe organisateur du système socioéconomique, avec le droit aux soins semble difficilement possible. La constante dérive vers l'argument productiviste d'investissement en soins pour pouvoir investir en capital humain montre que, dans la tension soins-accumulation, le but ultime (et celui qui prédominera en cas de conflit) est le bon fonctionnement de l'activité commerciale à but lucratif. Il devient urgent de porter le débat vers ce plan structurel et de ne plus présenter le droit aux soins comme une simple décision sur les mesures les plus pertinentes dans l'éventail de possibilités disponibles.

²⁰ Nous parlons de « travailleur normalisé » car c'est sur cette base que l'on structure le marché du travail et pour lequel sont pensés les droits sociaux et économiques. C'est également le schéma auquel les femmes doivent s'assimiler quand elles s'insèrent sur le marché du travail. De plus, ce schéma se profile comme un modèle de mal développement, entendu comme simple expansion commerciale.

Références

- *Benería, Lourdes (2008), "The crisis of care, international migration, and public policy", Feminist Economics, 14(3), pp. 1-21*
- *Carrasco, Cristina, Mayordomo, Maribel, Domínguez, Màrius y Alabart, Anna (2004), Trabajo con mirada de mujer. Propuesta de una encuesta de población activa no androcéntrica, Madrid: CES*
- *CEPAL (Montaño, Sonia, coord.) (2007), El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe, CEPAL: Santiago de Chile. Disponible en <http://www.choike.org/documentos/cepal2007/03cepal2007.pdf>*
- *Izquierdo, María Jesús (2008), "Los cuidados y las cadenas vistas desde los países de destino", Mujeres que migran, mujeres que cuidan: la nueva división sexual del trabajo, 1-3 diciembre 2008, vídeo disponible en <http://www.un-instraw.org/es/md/global-care-chains/video-mujeres-que-migran-mujeres-que-cuidan-2.html>*
- *Pautassi, Laura C. (2007), El cuidado como una cuestión social desde un enfoque de derechos, Serie Mujer y Desarrollo, Num. 87, CEPAL, <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/31535/lcl2800.pdf>*
- *Stone, Deborah (2000), "Caring by the Book" en Harrington Meyer, Madonna (ed.) (2000), Care Work. Gender, Labour and the Welfare State, Londres and NY: Routledge, pp. 89-112*
- *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, <http://www.un-instraw.org/es/publications/gender-remittances-and-development/3.html>*
- *UNRISD (Shahra Razavi) (2007) "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, www.unrisd.org*
- *UNRISD (Shahra Razavi y Silke Staab) (2008), The Social and Political Economy of Care: Contesting Gender and Class Inequalities, Expert Group Meeting on "Equal sharing of responsibilities between women and men, including care-giving in the context of HIV/AIDS", <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/equalsharing/EGM-ESOR-2008-BP-3%20UNRISD%20Paper.pdf>*