

# Chaînes globales de soins

Sur quels droits baser un régime  
global de soins juste?



# Chaînes Globales de Soins

Sur quels droits baser un régime  
global de soins juste ?

Amaia Orozco

**L'Institut international de recherche et de formation pour la promotion de la femme (UN-INSTRAW - Fait partie d'ONU Femmes)** encourage la recherche appliquée sur le genre et l'autonomisation des femmes, facilite la gestion des connaissances, et travaille pour le renforcement des capacités via l'établissement de réseaux de contacts et d'alliances avec les agences de l'ONU, les gouvernements, le monde académique et la société civile.

Chaînes globales de soins. Sur quels droits baser un régime global de soins juste ?

Auteure: Amaia Pérez Orozco

Traduction de l'espagnol au français: Célia Depommier et Elisabeth Robert

Graphisme: Sughey Abreu

UN-INSTRAW

César Nicolás Pensón 102-A

Saint Domingue, République Dominicaine

Tel: 1-809-685-2111

Fax: 1-809-685-2117

Courrier électronique: [info@un-instraw.org](mailto:info@un-instraw.org)

Page Web: [www.un-instraw.org](http://www.un-instraw.org)

ISBN: 978-92-1-227004-3

eISBN: 978-92-1-054578-5

Copyright c2010

Tous droits réservés

N'importe quelle partie de cette publication peut être reproduite sans permission pour des motifs éducatifs ou à des fins lucratives, si la source est citée.

Les termes utilisés dans la présentation du matériel de cette publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part du Secrétaire général des Nations Unies, de ses pays membres, de l'UN-INSTRAW ou du PNUD: ni au sujet des conditions légales d'un quelconque pays, territoire, ville ou région, ni à propos de leurs autorités, et encore moins concernant la délimitation de leurs frontières ou limites.

Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion des Nations Unies, de ses pays membres, de l'UN-INSTRAW ou du PNUD.

---

Ce document est le fruit des efforts de recherche de l'UN-INSTRAW en matière de migration, genre et développement, et de ses avancées vers un nouvel axe stratégique : les chaînes globales de soins<sup>1</sup>. 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 sensible au genre 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 interrégionale) ; on en parle moins dans le contexte latino américain et caribéen, sur lequel se concentre ce document. Dans ce document, on s'interroge sur "ce qu'il se passe" et sur "la façon dont il faut intervenir sur ce qu'il se passe". En introduisant ce document 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 travailler sur l'organisation sociale des soins comme cas de développement à l'échelle transnationale.

---

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.



# Idées-force du document

## 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.

## Le lien soins-inégalité-exclusion : un non-débat

- 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.

- 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.

### **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.
- 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.

### **Impacts 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 migrant(e)s, 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 ?

### 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'Etat 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 appliquées 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 :
  - 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.

### **Une intuition finale : pour un régime global de soins juste**

- Les soins sont un élément clé de différenciation des groupes sociaux
  - Ils doivent faire partie des politiques de redistribution
  - Les groupes sociaux privilégiés accèdent aux soins dignes, les autres ont recours à des soins précaires
- Il faut éviter que le pari pour un droit aux soins hérite des problèmes prototypiques du féminisme libéral et/ou ethnocentrique :
  - Le contraste entre la reconnaissance formelle et l'exercice réel : Comment parvenir à ce que ce droit sorte de la simple rhétorique ?
  - Le caractère libéral et individualisé des revendications en termes de droits : Comment parvenir à une demande de soins basés sur un compromis mutuel et de la collectivité, en renégociant l'interdépendance propre des soins ?
- Placer les soins au centre implique une redéfinition du développement en de nouveaux termes éthico-moraux.
- Pour un régime global de soins juste : en partant du bien vivre, les soins décents comme un minimum immédiat irrévocable, et les soins justes comme un horizon de changement.



# Sommaire

|           |                                                                                                                   |           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1.</b> | Introduction.....                                                                                                 | <b>1</b>  |
| <b>2.</b> | Les soins sont la base invisible du système socio-économique.....                                                 | <b>2</b>  |
| <b>3.</b> | Le lien soins-inégalité-exclusion : un non-débat.....                                                             | <b>5</b>  |
| <b>4.</b> | Les soins sont déjà mondiaux : les chaînes globales de soins.....                                                 | <b>8</b>  |
| <b>5.</b> | Impacts de la globalisation des soins sur le développement : quelques certitudes<br>et beaucoup de questions..... | <b>11</b> |
|           | 5.1. Impacts sur les foyers protagonistes des chaînes.....                                                        | <b>11</b> |
|           | 5.2. Impacts macro sociaux.....                                                                                   | <b>14</b> |
| <b>6.</b> | Inverser le lien soins-exclusion : le droit aux soins.....                                                        | <b>18</b> |
|           | 6.1. Articuler un droit aux soins en tant que responsabilité publique.....                                        | <b>18</b> |
|           | 6.1.1. Temps consacré à soigner.....                                                                              | <b>20</b> |
|           | 6.1.2. Argent dédié aux soins.....                                                                                | <b>21</b> |
|           | 6.1.3. Services de soins.....                                                                                     | <b>21</b> |
|           | 6.2. Critères d'identification de politiques publiques concrètes.....                                             | <b>22</b> |
|           | 6.2.1. Le droit aux soins doit être une fin en soi.....                                                           | <b>22</b> |
|           | 6.2.2. Différencier le droit aux soins des autres droits.....                                                     | <b>22</b> |
|           | 6.2.3. Vers une rétro alimentation positive des différentes dimensions.....                                       | <b>23</b> |
| <b>7.</b> | Un droit aux soins... Dans quel régime économique ?.....                                                          | <b>24</b> |
| <b>8.</b> | ... et une intuition finale.....                                                                                  | <b>27</b> |
|           | Bibliographie.....                                                                                                | <b>29</b> |



# 1. Introduction<sup>2</sup>

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 les<sup>3</sup>) 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 est de comprendre que les soins font partie de celle-ci.

Ce texte commence par une proposition, celle de « récupérer » les soins, et de les considérer comme la base invisible de tout le système socioéconomique (partie 2) et défend l'idée que, malgré la diversité des régimes de soins, on constate une connexion systématique entre les soins, l'inégalité et l'exclusion (partie 3). L'organisation des soins n'est pas interchangeable et de fait, aujourd'hui, nous pouvons dire qu'elle est en train de se globaliser, prenant la forme de ce qu'on appelle les chaînes globales de soins (partie 4). En termes de développement, quel est l'impact de la globalisation des soins, incarnée par les chaînes mondiales de soins ? Il existe de sérieux problèmes concernant la jouissance des droits aux soins que la migration ne crée pas en origine ni ne résout à destination mais qu'elle met à découvert. Cependant, ce phénomène ne sert pas comme catalyseur pour exiger l'exercice des responsabilités publiques ni des réponses sociales. Au contraire, il se produit un processus de privatisation intensifiée de la reproduction sociale (partie 5). La rupture du cercle vicieux soins-inégalité-exclusion qui se reproduit aujourd'hui à l'échelle globale requiert la configuration d'un droit aux soins qui constitue le noyau dur de la citoyenneté et des processus de développement. Comment comprendre ce droit universel et multifacétique qui est en construction et avec quelles politiques publiques le créer? (partie 6). Nous ne pouvons pas parler du droit aux soins comme une simple décision sur les mesures les plus efficaces ou équitables dans l'éventail des possibilités. Il faut au contraire orienter le débat vers un plan structurel : Dans quel régime économique peut-on articuler et exercer le droit aux soins? Les systèmes socio économiques dont l'axe vertébral est l'accumulation de capital peuvent-ils être responsables de garantir un droit aux soins (partie 7) ? Et une intuition finale : Que se passe-t-il si nous parions sur un régime global de soins juste comme une dimension irrévocable du bien vivre (partie 8)?

---

2. Ce texte est basé sur le travail d'UN-INSTRAW dans le domaine de la migration, du genre et du développement, et du chemin parcouru dans un nouvel axe stratégique : celui des chaînes globales de soins (voir [www.un-instraw.org](http://www.un-instraw.org)). Ce texte recueille également les réflexions et les discussions soutenues dans le cadre du projet financé par l'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (AECID) « Tisser des réseaux : les femmes latino américaines dans les chaînes globales de soins ». Ces discussions ont eu lieu avec les femmes de toutes les équipes qui ont participé (intégrées dans les institutions suivantes : CIDES-UMSA en Bolivie, Centro de Estudios de la Mujer au Chili, FLACSO en Equateur et CISEPA-Pontificia Universidad Católica au Pérou). Bien qu'on n'ait pas cité toutes les femmes et les quelques hommes qui ont participé, sans compter l'utilisation de données concrètes ou de citations précises, précisons que sans leur réflexion et sans les débats soutenus, ce texte ne serait pas ce qu'il est.

3. 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.

## 2. Les soins sont la base invisible du système socioéconomique

Le fonctionnement des marchés, le devenir des structures politiques, la création de culture et de pensée... Tout ce que nous évaluons normalement pour parler de développement repose sur une condition sine qua non : la production et la reproduction journalière de la vie et de la santé des personnes, c'est-à-dire leurs soins<sup>4</sup>. Nous pouvons dire que les soins constituent la base sur laquelle sont fondés les systèmes socioéconomiques. 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 féminine<sup>5</sup>, 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, 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.

L'invisibilité des soins permet que ces derniers soient utilisés gratuitement comme élément de réajustement du système socio économique. Ils entrent dans le terrain du débat public seulement 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 foyers<sup>6</sup>. 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 enfants<sup>7</sup>. Les soins sont toujours

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'attellant à ces tâches augmente.

6. Martínez Franzoni (2007) propose une bonne analyse qui intègre ces dimensions pour l'Amérique Latine.

7. Concernant l'interrelation entre les citoyens non rémunérés et la politique sociale dans les pays de la périphérie, voir Razavi (2007a et 2007b), Molyneux (2007) et UNRISD (2009).

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.**

**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 ne 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<sup>8</sup>.

### Enquêtes sur l'Emploi du Temps : rendre le travail (de soins) non rémunéré visible

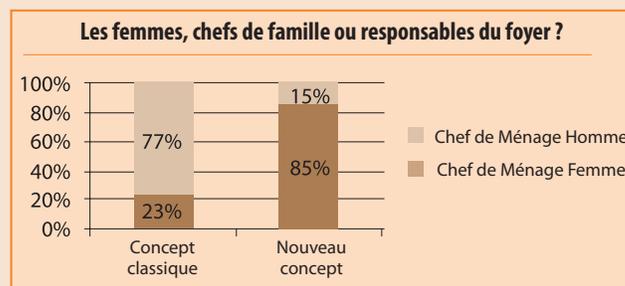
Malgré la grande diversité de méthodologies utilisées dans les différentes enquêtes sur l'emploi du temps, toutes tendent à confirmer, de façon relativement évidente, les découvertes suivantes :

#### 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 nécessaire pour que la société fonctionne.
- 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 :



8. Budlender (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](http://www.smu.ca/partners/iatur/iatur.htm)) et Centre for Time Use Research ([www.timeuse.org/](http://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(e) migrant(e) à ceux sans aucun(e) migrant(e), 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 grands-mères à la charge d'enfants de migrant(e)s. Informations de Vazconez et al. (2009).

### 3. Le lien soins-inégalité-exclusion : un non débat

Un autre élément caractéristique des soins est que leur manque est comblé dans les foyers selon l'accès de chacun de leurs membres 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 »<sup>9</sup> reste le modèle habituel de gestion des soins.

**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.** 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. Le manque de revenus augmente souvent la nécessité de mettre en marche des réseaux sociaux, comme les restaurants populaires gérés par les femmes au Pérou. Clairement, la disponibilité de revenus est aussi un facteur clé lorsqu'on discute des inégalités et de l'exclusion, car il a un effet indirecte (en établissant ce que nous pourrions appeler les pré conditions des soins<sup>10</sup>), et direct (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 soins<sup>11</sup>, 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. L'achat de soins est aussi à croiser avec l'ethnicité. Par exemple, en Bolivie, les données (Wanderley, 2003 et Jiménez Zamora, 2009) signalent que les tâches les moins déléguées aux employées de maison sont celles de soins aux mineur(e)s tandis que ces dernières assument celles qu'elles considèrent les plus difficiles comme l'alimentation et le nettoyage. Et cela « amène des éléments d'ordre ethnico-culturel associés à la scission entre travail manuel et travail intellectuel (...) on suppose que les femmes (« pollera ») ont moins de ressources culturelles pour les tâches de soins comme on les pratique en Occident » (Jimenez Zamora, 2009).

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 ressources, et le risque d'exclusion et de pauvreté**. Soigner au sein des foyers, d'une part, ne génère pas de droits (étant donné que les soins s'organisent comme des prestations contributives dérivées du travail salarié), et d'autre part, impose de sérieuses limitations à leur incorporation au marché du travail.<sup>12</sup> Quant aux

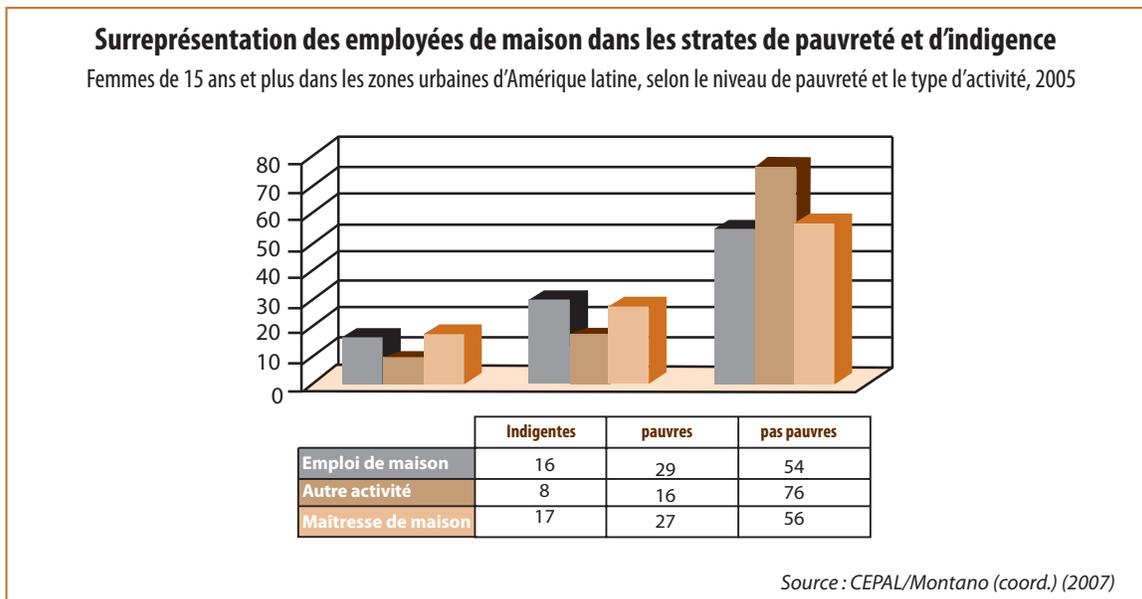
9. Dans ses diverses versions: étendue par le biais de réseaux communautaires, modifiée par la commercialisation partielle du soin, etc.

10. 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.)

11. 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.

12. 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 considérait 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.

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 :



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, « 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).

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. 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 » professionnelle<sup>13</sup>.

13. 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 l'affirme 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 que lorsque la réglementation du secteur est débattue, la négociation est 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 considèrerait 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. Etant 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/>

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.

## 4. 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 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 immigrant(e)s 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 familial<sup>14</sup>, 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 traditionnels, 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-INSTRRAW, 2008 :90).

14. 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-INSTRRAW, 2008).

## 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 rejointe 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 mise d'accord avec sa belle-soeur 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 on les a renvoyés deux fois, dès leur arrivée à l'aéroport. Seul l'aîné a réussi 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 resté dormir tout seul (difficultés de concilier la vie professionnelle et la vie de famille). Elle sent que cette situation n'est pas tenable.

## 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.

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 migrant(e)s 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 migrant(e)s 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 mineur(e)s 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.

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 prédéterminant 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.

### 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 migrant(e)s. 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'insertion des femmes autochtones sur le marché du travail.

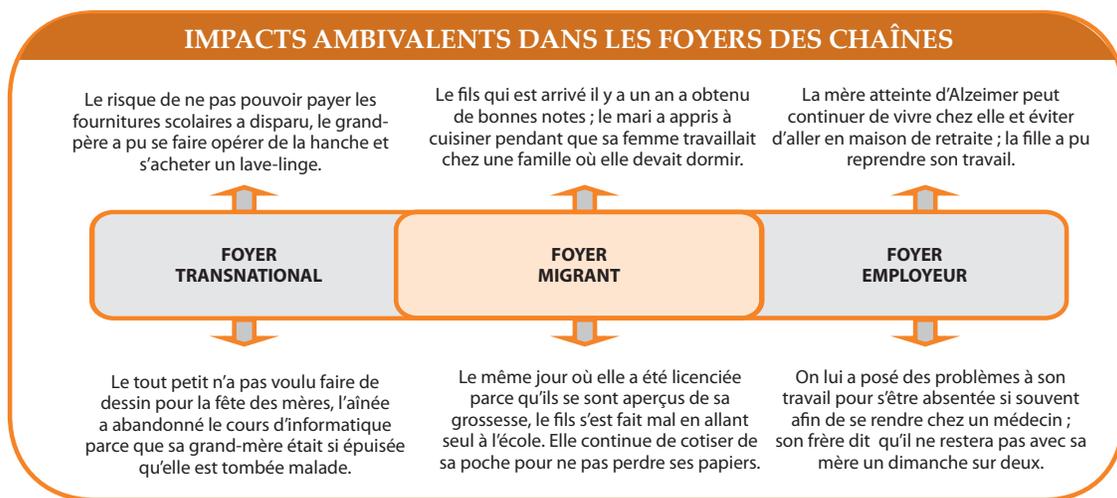
## 5. Impacts de la globalisation des soins sur le développement: quelques certitudes et beaucoup de questions

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 dans 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.

### 5.1. Impacts sur les foyers protagonistes des chaînes

Le premier lieu, et le lieu le plus évident, pour évaluer les impacts de la globalisation des soins, **ce sont les foyers eux-mêmes, qui sont les principaux acteurs des chaînes**, a leur tour composées, rappelons-le, d'au moins trois maillons : foyers qui achètent des services de soins en destination, foyers de migrant(e)s et les foyers qui restent en origine.

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 employé(e)s 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 d'argent 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 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 physique<sup>15</sup>. **La réalité se situe probablement entre les deux mais, pour pouvoir en conclure quoi que ce soit, il faudrait plus et de meilleures informations**, étant donné que les données actuelles présentent de sérieuses déficiences méthodologiques<sup>16</sup>. 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, comme c'est le cas dans certains pays d'Amérique Latine (Huenchuan, ed., 2009).

### Envoi d'argent et maintien des liens

Partir ne signifie pas se déresponsabiliser 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 €                                                     |

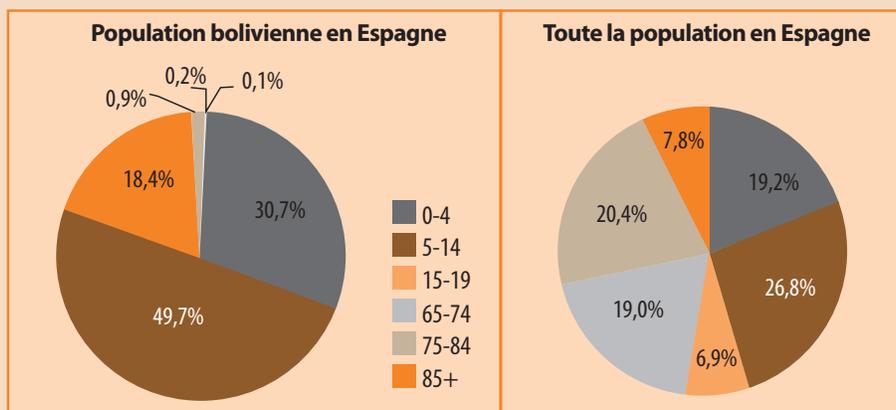
Source : élaboration propre sur la base des données de l'Enquête Nationale des Immigrants 2007 (ENI)

15. Le premier discours est très répandu dans les pays de départ des migrant(e)s 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).

16. 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).

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)<sup>17</sup>. 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. Par exemple, la demande

### Besoins particuliers : Unités demande de soins de tierces personnes à des femmes de 18-64 ans



Source : *Elaboration propre, à partir des données de l'Institut National de Statistiques (Padrón municipal, 2008)*

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.

Ils montrent de quels groupes de la population provient la demande de soins non rémunérés, à laquelle doivent répondre les femmes. Pour l'ensemble des femmes en Espagne, la demande est répartie plus ou moins 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. Au contraire, la demande de soins non rémunérés dont font l'objet les femmes boliviennes qui vivent en Espagne est celle qui provient, presque exclusivement, de mineurs.

La présence de ces 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). Cependant, elles ont des responsabilités de soins spécifiques : cette situation est-elle reconnue en termes de politiques publiques ? La tendance à entraver le regroupement des ascendants âgés montre le contraire. Cette politique n'est pas cohérente avec la pression nulle qu'exerce ce segment sur les services publics et peut couper la possibilité de recourir à une stratégie de conciliation qu'utilisent habituellement les autochtones : les soins proportionnés gratuitement par les grands-mères.

17. Kofman et Raghuram (2007) assurent qu'il y a quatre types de migrant(e)s 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.

de soins non rémunérés que reçoit l'ensemble des femmes en Espagne concerne la population de moins de 18 ans (52.8%) et de plus de 65 ans (47.2%), la pression exercée par cette dernière tranche d'âge étant la plus problématique. Cependant, la demande de soins non rémunérés que reçoivent les femmes migrantes a une structure très différente. Par exemple, les Boliviennes qui vivent en Espagne (qui travaillent en très grande partie pour la population âgée), a une demande de soins non rémunérés qui provient, en presque totalité, de mineurs (98.8%)<sup>18</sup>. On peut se demander si les politiques publiques prennent en compte cette situation et la réponse est négative. Par exemple, la tendance à freiner le regroupement des parents ou grands-parents empêche aux migrant(e)s d'utiliser la seule forme de conciliation possible entre vie familiale et vie professionnelle : amener les grands-mères pour qu'elles prennent soin des enfants. En même temps, aucun budget additionnel n'est prévu pour que leurs enfants soient pris en charge par un réseau publique de soins.

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 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 sociaux<sup>19</sup>. 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 migrant(e)s.**

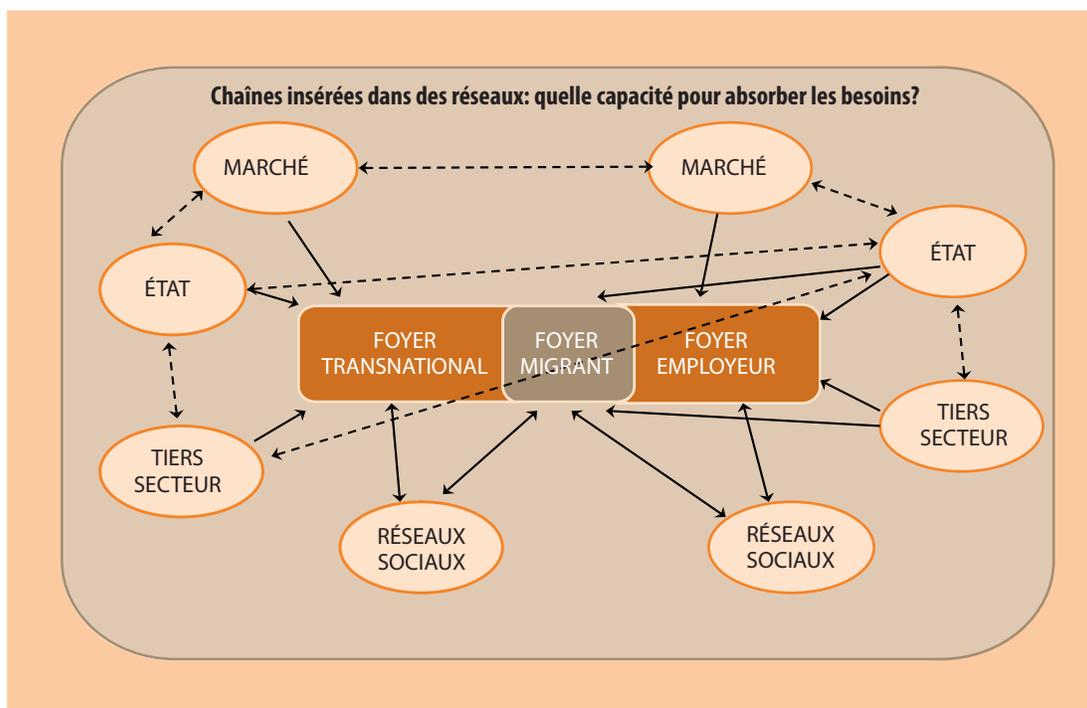
## 5.2- Impacts macro sociaux

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 mondialisation 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 différentielle<sup>20</sup>. **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 migrant(e)s, 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.

18. Elaboration propre à partir des données de l'Institut National de Statistiques (Padrón municipal, 2008)

19. 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).

20. 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](http://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 migrant(e)s, 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 migrant(e)s, 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 (cela est expliqué plus loin). 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 ait permis que ne soient pas redéfinies d'autres questions importantes » (2008 : 87)<sup>21</sup>. **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 reconnues 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**. Cette dernière 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).

### 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...

21. Cette même question a été posée par cette auteure 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 migrant(e)s, 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>.

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 stratégies de survie, de conciliation et de promotion sociale<sup>22</sup>. **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 migrant(e)s dans les pays d'origine, ainsi qu'entre les employeur(euse)s et les employé(e)s 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 pas mais prennent d'autres formes. Les soins sont encore associés aux femmes sur deux plans, symbolique et matériel, que nous avons mentionnés au début. Mais les différences des femmes entre elles augmentent, au regard de ce que certains 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 migrant(e)s, 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 migrant(e)s, 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 remédier 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 ?**

---

22. 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).

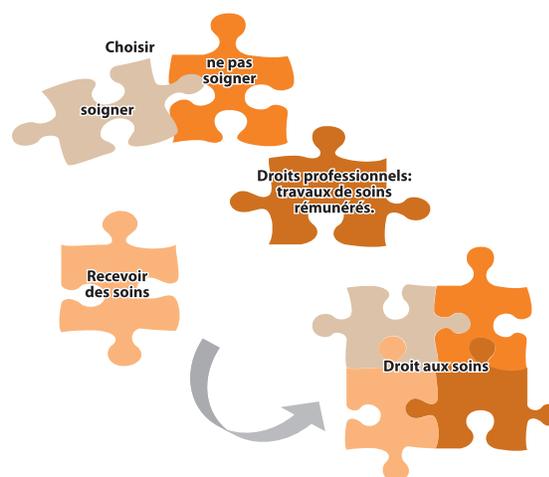
## 6. Inverser le lien soins-exclusion : le droit aux soins

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 citoyenneté<sup>23</sup>. 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 celui historique du genre et des classes.

### 6.1- Articuler un droit aux soins en tant que responsabilité publique

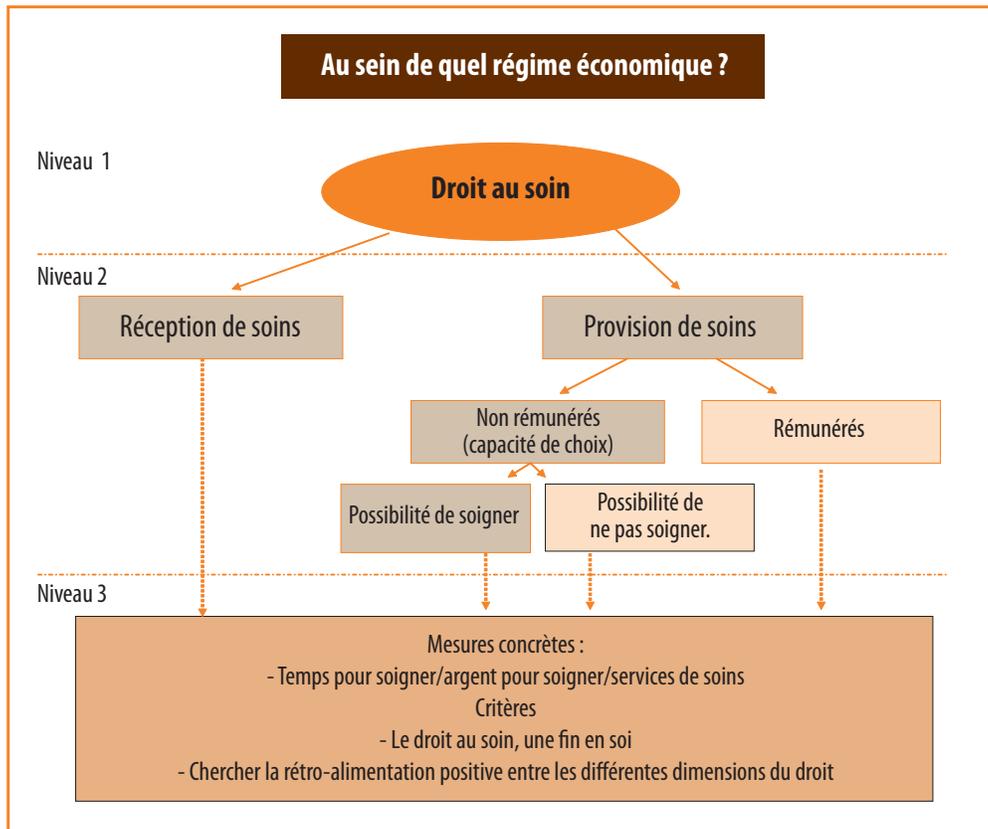
Le lien soins-inégalité-exclusion a été établi par défaut, c'est-à-dire en tant que conséquence directe de l'inexistence d'un droit aux soins. La rupture d'un pareil cercle vicieux passe par **l'élaboration d'un droit aux soins comme élément essentiel du noyau dur de la citoyenneté** et, par conséquent, 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.



23. Nous définissons 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.

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 soigner<sup>24</sup>. Et **(3) le droit aux conditions de travail respectables dans le secteur des soins**, en éliminant les pénalités du secteur et en portant une attention toute particulière à l'emploi de maison<sup>25</sup>.

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 sont compris dans la réception des soins, dans leur provision non rémunérée, et dans l'emploi dans le secteur des soins (deuxième niveau) ; et, finalement, débattre sur les mesures à-travers lesquelles cela peut se matérialiser (troisième niveau).



24. 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).

25. 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.

Articuler un droit aux soins suppose de **mettre fin au rôle de substitution aux familles que joue l'état et sortir les soins des politiques de focalisation**. 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 personnes 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 focalisation<sup>26</sup>.

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'âge<sup>27</sup>). 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. Voici quelques débats brûlants sur chacune d'elles.

### 6.1.1 Temps consacré à soigner

Il s'agit de prestations qui libèrent du temps de 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 formel<sup>28</sup>, 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

26. 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 dans ce sens qu'on doit décider quels groupes sociaux prioriser. 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.

27. 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).

28. 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.

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.

### 6.1.2 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 : la Misión Madres de Barrio « Josefa Joaquin Sánchez » au Venezuela, dans laquelle l'assignation mensuelle de 80% du revenu minimum est considérée comme une « compensation économique à la provision de soins [qui] est une reconnaissance [...] à sa valeur économique et son apport social » (Carosío, 2008 :73).

### 6.1.3 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 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'employées<sup>29</sup>. La fonction publique pourrait alors assumer directement cette responsabilité, en fournissant elle-même les services grâce au financement de centres 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.

29. 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.

## 6.2- Critères d'identification de politiques publiques 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. Les voix des sujets protagonistes des relations de soins doivent mener cette discussion, en rompant la dynamique historique de négation de voix (dans le sens de capacité d'incidence politique) et de reconnaissance exclusive des agents sociaux articulés autour du travail salarié; aucun débat sur le régime des soins ne peut considérer comme uniques voix légitimes celles des syndicats et du patronat. Nous pouvons préciser plusieurs critères-clés pour aider à la prise de décision.

### 6.2.1. 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 commercial <sup>30</sup>.

### 6.2.2. 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 qualifiées<sup>31</sup>. Le risque de cette tendance de professionnalisation est que, par défaut, les soins peuvent finir par être identifiés aux tâches polyvalentes et ne requérant pas de qualification, en tombant, encore une fois, dans la naturalisation des tâches.

30. 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.

31. Par exemple, dans les Etats 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.

### 6.2.3. Vers une rétro-alimentation positive 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 donne ; 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 cadre 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<sup>32</sup>. 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 droit 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. De même, le fait d'étendre les services de soins aux quintiles les plus pauvres engendre souvent le fait de profiter du travail aux limites du volontariat-informel<sup>33</sup>. Un autre cas habituel de contradiction est la vieille question : qui soigne les soigneuses ?<sup>34</sup>

**L'interrelation entre les différentes facettes du droit multidimensionnel aux soins peut devenir une rétro-alimentation positive<sup>35</sup>. 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.****

32. Mais à nouveau, cela se fait sans en parler ni en discuter. Ainsi, par exemple, Villatoro Saavedra (2007), dans sa révision exhaustive de ce type de mesures dans plusieurs pays d'Amérique Latine, ne présente qu'en ultime instance le débat sur la surcharge de travail qu'elles impliquent, pour les femmes, et il le fait en termes de question psychosociale et culturelle, dans aucun cas économique. Molyneux (2007) présente une critique à ces mesures. Voir Arriagada et Mathivet (2007) pour une analyse comparative de ces programmes au Chili et au Mexique.

33. Comme cela est discuté dans le cas du Réseau d'Instances Infantiles promues par le Secrétariat de Développement social du Mexique.

34. 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 antérieurement, sont souvent reconnues uniquement comme agents réalisant des soins, et jamais comme personnes qui en ont besoin.

35. 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.

## 7. 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 organisation 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).

Cependant, les soins sont en train de se mercantiler peu à peu. 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 (usagères). 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**. S'ouvre ainsi le débat sur quelles devraient être ces sphères et sur quels changements devraient avoir lieu dans ces autres sphères qui ne sont pas le marché : le secteur non gouvernemental ? L'état<sup>36</sup> ? Quel état et avec quelles conditions de légitimité ? Le débat va au-delà, et comprend les formes et les processus de démocratisation des sphères d'activité économique, politique et de la vie sociale.

36. L'étude de l'UNRISD montre que la pénalisation professionnelle se réduit significativement dans le secteur public : « Dans beaucoup de pays, les pénalités significatives concernant les soins rencontrées dans le secteur privé se réduisent, mais ne sont pas éliminées, quand ils se réalisent dans le secteur public. » (UNRISD, 2008: 15).

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 qui oriente 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 ?

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,** comme on l'a mentionné antérieurement, et la gestion du temps. Un pré-requis du droit au 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 action transversale (d'eux dépend 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 soient 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 idéal<sup>37</sup>, 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 comble 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.

---

37. 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.

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.

## 8. ... et une intuition finale

Récemment, la perspective de droits présentée dans ce texte a été exposée dans une réunion réalisée à Lima avec les chercheuses du projet « Tisser des réseaux : les femmes latino américaines dans les chaînes globales de soins ». Nous y avons débattu des forces et des faiblesses de cette proposition... et l'avons reformulée. Pour des questions de temps, il n'a pas été possible de récrire le cadre conceptuel en intégrant les nouvelles idées ; cependant, nous exposons ici brièvement ces idées en sachant qu'elles ne représentent pas toute la richesse des discussions.

Lorsque nous parlons du lien soins-inégalité-exclusion, nous situons les soins comme un élément clé de différenciation des groupes sociaux. **Ce sont les groupes sociaux privilégiés qui peuvent échapper aux soins précaires** auxquels recourent le reste de la population. Devant l'étendue du travail précaire, **les soins décents se situeront comme une revendication de minimums irrévocable** à tout procès de transformation économique qui situe au centre le bien être des personnes. Et les soins passeront à faire partie inhérente des politiques de redistribution.

Le pari pour un droit aux soins hérite des problèmes associés aux revendications en termes de droits propres du féminisme libéral et/ou de type européisant en Amérique Latine. Un premier problème clé est le contraste entre la reconnaissance formelle et l'exercice réel des droits. Bien que beaucoup de constitutions latino américaines reconnaissent un grand éventail de droits, ces droits restent dans le domaine de la rhétorique pour la majorité de la population. **En exigeant un droit aux soins, sommes-nous en train d'étendre cette « littérature bien intentionnée » sans impact effectif ?** Comment traduire cette revendication en quelque chose de concret et d'exigible ? Un second problème est le caractère individualisé des revendications en termes de droits. D'un côté, ce biais individualiste choque face à la réalité des soins qui se caractérisent, précisément, par l'interdépendance entre les personnes, à différents moments du cycle vital et dans les différentes facettes du bien être, et du fait qu'ils existent dans le cadre de relations de sociabilité. Comment faire des revendications individuelles sur les dimensions vitales intrinsèquement interdépendantes ? Les soins se réalisent toujours dans un cadre de relations d'interdépendance, le problème étant si ces relations sont symétriques ou asymétriques. **Comment obtenir une demande de soins basés sur un compromis mutuel et la collectivité, en évitant une approche libérale et individualiste des droits ?** Par ailleurs, cette tension individu-communauté est sous-jacente à certains conflits politiques dans lesquelles se superposent les luttes de décolonisation et « le modèle occidental de conquête des droits citoyens. » (Monasterios, 2007). **Lorsqu'on exige un droit (individuel) aux soins, nous abandonnons cette scission, en perpétuant la brèche entre les luttes pour la reconnaissance (décolonisation) et la redistribution (de ressources, de travaux, et de soins) ?**

Parler de soins justes pourrait-il constituer un pas en avant pour sortir de cette impasse ? La revendication d'un régime de soins juste semble avoir plus de poids politique et ouvrir la possibilité de faire confluer ces deux perspectives de transformation. Il est sans doute plus simple d'accepter que les régimes de soins existants sont injustes. Ils sont injustes car les soins sont invisibles et ils se résolvent dans le domaine du privé-domestique ; parce qu'il existe une forte inégalité dans l'accès et la distribution ; parce qu'ils nient la réalité d'interdépendance et existent dans un cadre d'exaltation d'une autosuffisance chimérique et perverse (celle du

travailleur champignon, celle de l'homo economicus) ; parce que la division sexuelle du travail se croise avec d'autres axes d'inégalité ; parce que les agents impliqués n'ont pas de voix dans la prise de décision. **En commençant par reconnaître l'injustice des régimes actuels, il est urgent d'exiger que les soins décents soient un minimum immédiat et irrévocable, et les positionner comme un horizon de changement.**

Mettre les soins au centre des systèmes socio économiques correspond bien avec le repositionnement du développement en termes de **bien vivre (sumak kasway) ou vivre bien (suma qamaña)** adoptée par plusieurs constitutions récemment approuvées (dans l'ordre, l'équatorienne et la bolivienne). Ces principes ético-moraux donnent sens à l'idée que nous présentions dans les pages antérieures : situer le droit aux soins comme un principe qui oriente la structure sociale, et à partir de là, repenser le régime économique dans lequel cela peut avoir lieu. Mais ces principes dotent cette idée de sa dimension de collectivité et de « relation harmonique et intégrale entre les êtres humains et la nature » (León, 2008 :36) qui, autrement, peut s'échapper face à la tradition individualiste d'une grande partie des approches de droits.

**Le pari se redéfinit avec force : pour un régime global de soins juste.**

# Bibliographie

- Anderson, Jeanine (2008), "Nuevas políticas sociales de producción y reproducción". In Arriagada (ed.), *Futuro de las familias y desafíos para las políticas*, Serie Seminarios y Conferencias, ECLAC, No. 5. Disponible sur: [www.eclac.org/publicaciones/xml/9/32699/ssc\\_52\\_Familias.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/32699/ssc_52_Familias.pdf).
- Andia Fagalde, Elizabeth (2009), *El cuidado: un "trabajo" que contempla la dimensión afectiva y la racional: genealogía del cuidado en Bolivia*, (bientôt sur : [www.un-instraw.org](http://www.un-instraw.org))
- Arriagada, Irma and Charlotte Mathivet (2007), *Los programas de alivio a la pobreza Puente y Oportunidades. Una mirada desde los actores*, Serie Políticas Sociales, ECLAC, No. 134. Disponible sur : [www.eclac.org/publicaciones/xml/9/28599/sps134\\_lcl2740.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/28599/sps134_lcl2740.pdf)
- Benería, Lourdes (2008), "The crisis of care, international migration, and public policy", *Feminist Economics*, No.14, Vol.3, pp.1-21.
- Budlender, Debbie (2008), "The Statistical Evidence on Care and Non-Care Work across Six Countries", *Gender and Development Programme Paper*, No.4, disponible sur : [www.unrisd.org](http://www.unrisd.org).
- Carosío, Alba (2008), "Feminizar las políticas para un desarrollo humano sustentable y emancipador", *Umbrales*, No.18, pp.45-78.
- Carrasco, Cristina, Maribel Mayordomo, Màrius Domínguez, and Anna Alabart (2004), *Trabajo con mirada de mujer. Propuesta de una encuesta de población activa no androcéntrica*, Madrid: CES.
- 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*, No.26, Vol.2, pp.71-89.
- ECLAC (ed. Sonia Montañó) (2007), *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile. Disponible sur : [www.choike.org/documentos/cepal2007/03cepal2007.pdf](http://www.choike.org/documentos/cepal2007/03cepal2007.pdf).
- Esplen, Emily (2009), *Gender and care*, BRIDGE Cutting Edge Pack, disponible sur : [www.bridge.ids.ac.uk/reports/CEP\\_Care\\_OR.pdf](http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/CEP_Care_OR.pdf).
- Flaquer, Lluís and Carlota Solé (2005) "Prefacio". In Solé and Flaquer (eds.), *El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes*, MTAS-Instituto de la Mujer. Disponible sur : [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*, 23-26 March, Santa Cruz, FIIAPP/UN-INSTRAW/AECID.
- Huenchuan, Sandra (ed.) (2009), *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, ECLAC. Disponible sur: [www.eclac.org/publicaciones/xml/4/36004/LCG2389-P.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/36004/LCG2389-P.pdf).
- IOM (2008), *World Migration 2008: Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy*.
- 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 December. Video bientôt sur: [www.un-instraw.org/es/md/global-care-chains/video-mujeres-que-migran-mujeres-que-cuidan-2.html](http://www.un-instraw.org/es/md/global-care-chains/video-mujeres-que-migran-mujeres-que-cuidan-2.html).
- Jiménez Zamora, Elizabeth (with Cecilia Salazar) (2009), *La organización social de los cuidados en Bolivia* (bientôt sur : [www.un-instraw.org](http://www.un-instraw.org)).
- Kofman, Eleonore and Parvati Raghuram (2007), "The Implications of Migration for Gender and Care Regimes in the South", *Social Policy and Migration in Developing Countries*, UNRISD-IOM-IFS workshop. Disponible sur [www.unrisd.org](http://www.unrisd.org).

- León T., Magdalena (2008), "Después del "desarrollo": "el buen vivir" y las perspectivas feministas para otro modelo de América Latina", *Umbrales*, No.18, pp.35-44.
- Levitt, Peggy and Nina Glick Schiller (2004), "Conceptualizing Simultaneity: A Transnational Social Field Perspective on Society", *International Migration Review*, No.36, Vol.3.
- Martínez Franzoni, Juliana (2007), Regímenes de bienestar en América Latina, Documento de Trabajo, No. 11, Fundación Carolina-CeALCI. Disponible sur : [www.fundacioncarolina.es/es-ES/publicaciones/documentostrabajo/Documents/DT11.pdf](http://www.fundacioncarolina.es/es-ES/publicaciones/documentostrabajo/Documents/DT11.pdf).
- Milosavljevic, Vivian and Odette Tacla (2007), Incorporando un módulo de uso del tiempo a las encuestas de hogares: restricciones y potencialidades, *Serie Mujer y Desarrollo*, No. 83, ECLAC, [www.eclac.org/publicaciones/xml/1/28541/lcl2709e.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/28541/lcl2709e.pdf).
- Molyneux, Maxine (2007), "Change and Continuity in Social Protection in Latin America: Mothers at the Service of the State?", *Gender and Development Program Paper*, No. 1, UNRISD, disponible sur : [www.unrisd.org](http://www.unrisd.org).
- Monasterios, Karin (2007), "Condiciones de posibilidad del feminismo en contextos de colonialismo interno y de lucha por la descolonización". In Monasterios, Stefanoni, and Do Alto (eds.), *Reinventando la nación en Bolivia. Movimientos sociales, estado y postcolonialidad*, CLACSO/Plural Editores.
- Montaña, Sonia (coord.) (2007), *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe*, CEPAL: Santiago de Chile
- Moré, Iñigo, with Alfonso Echazarra de Gregorio, Bouchra Halloufi and Ramona Petra (2008), *Cuantificación de las remesas enviadas por mujeres inmigrantes desde España*. Disponible sur: [www.remasas.org](http://www.remasas.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 December. Disponible sur : [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).
- Pautassi, Laura C. (2007), *El cuidado como una cuestión social desde un enfoque de derechos*, *Serie Mujer y Desarrollo*, No.87, ECLAC. Disponible sur : [www.eclac.org/publicaciones/xml/5/31535/lcl2800.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/31535/lcl2800.pdf).
- 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*, No.3, UNRISD, disponible sur: [www.unrisd.org](http://www.unrisd.org).
- \_\_\_\_\_ (2007b), "The Return to Social Policy and the Persistent Neglect of Unpaid Care", *Development and Change*, No.38, Vol.3, pp.377-400.
- Razavi, Shahra and 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". Disponible sur: [www.un.org/womenwatch/daw/egm/equalsharing/EGM-ESOR-2008-BP-3%20UNRISD%20Paper.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/equalsharing/EGM-ESOR-2008-BP-3%20UNRISD%20Paper.pdf).
- UN-INSTRAW (Carlota Ramírez, Mar García Domínguez, and Julia Míguez Morais) (2005), *Crossing Borders: Gender, Remittances and Development*, Santo Domingo: UN-INSTRAW. Disponible sur : [www.un-instraw.org/View-document-details/379-Crossing-Borders-Gender-Remittances-and-Development.html](http://www.un-instraw.org/View-document-details/379-Crossing-Borders-Gender-Remittances-and-Development.html).
- \_\_\_\_\_ (Denise Paiewonsky) (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 February. Disponible sur: [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).

- \_\_\_\_\_ (Amaia Pérez Orozco) (2007b) "Global Care Chains", Working Paper 2, Gender, Remittances and Development Series.
- \_\_\_\_\_ (Amaia Pérez Orozco, Denise Paiewonsky, and Mar García Domínguez) (2008), Cruzando fronteras II: migración y desarrollo desde una perspectiva de género, Madrid: Instituto de la Mujer/UN-INSTRAW. Disponible sur: [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).
- \_\_\_\_\_ (Amaia Pérez Orozco and Mar García Domínguez) (2009), "El paradigma remesas para el desarrollo: evidencias empíricas y cuestionamientos desde una perspectiva de género". In Molina Bayón and San Miguel Abad (eds.), Nuevas líneas de investigación en género y desarrollo, Cuadernos Solidarios-UAM. Disponible sur: [www.uam.es/otros/uamsolidaria/investig/cuadernos\\_solidarios\\_3.pdf](http://www.uam.es/otros/uamsolidaria/investig/cuadernos_solidarios_3.pdf).
- UNRISD (ed. Shahra Razavi) (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. Disponible sur: [http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF\\_93E.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_93E.pdf).
- Váscónez, Alison, Amparo Armas, and Jackeline Contreras (2009), Estudio del cuidado en el Ecuador, mimeo.
- Villatoro Saavedra, Pablo (2007), Las transferencias condicionadas en América Latina: Luces y sombras, Presentation at the "Evolución y desafíos de los programas de transferencia condicionadas" seminar, ECLAC Brasilia, 20-21 November. Disponible sur: [www.cepal.org/dds/noticias/paginas/1/30291/CEPAL\\_PabloVillatoro.ppt.pdf](http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/1/30291/CEPAL_PabloVillatoro.ppt.pdf).
- Wanderley, Fernanda (2003), Inserción laboral y trabajo no mercantil: un abordaje de género desde los hogares, PLURAL Editores, CIDES UMSA, La Paz.
- Yeates, Nicola (2005): "Global Care Chains: A Critical Introduction", Global Migration Perspectives, No. 44. Disponible sur: [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., Jacquelyn S. Litt, and Christine E. Bose (eds.) (2006), Global Dimensions of Gender and Carework, Stanford University Press

## Chaînes globales de soins. Sur quels droits baser un régime global de soins juste?

