

Conférence Infos 24

L'économie politique et sociale des soins

Rapport de la conférence de l'UNRISD

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

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

Table des matières

Introduction

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

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

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

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

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

Conclusion

Programme

Participants

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_21073

