

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 012/2011
ISSN 2177-9015

**“Care” et “care work”:
Le travail du “care”
au Brésil, en France, au Japon**

**Nadya Araujo Guimarães
Helena Sumiko Hirata
Kurumi Sugita**



centro de estudos da metrópole

**CENTRO DE ESTUDOS DA METRÓPOLE
SÉRIE TEXTOS PARA DISCUSSÃO CEM**

ISSN: 2177-9015

Centro de Estudos da Metrópole

Diretora

Marta Arretche

Conselho Diretor do CEM

Adrian Gurza Lavalle

Alvaro Augusto Comin

Antonio Sérgio Guimarães

Charles Kirschbaum

Eduardo Marques

Fernando Limongi

Gabriel Feltran

Nadya Araújo Guimarães

Márcia Lima

Marta Arretche

Henri Gervaiseau

Paula Montero

Ronaldo de Almeida

Sandra Gomes

Vera Schattan Coelho

Comissão Coordenadora do INCT

Antônio Sérgio Guimarães

Celi Scalon

Eduardo Marques

Elisa Reis

Fernando Limongi

Marta Arretche

Nadya Araújo Guimarães

Paula Montero

Editor de Textos para Discussão CEM

Rogério Schlegel

Publicação online cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos como parte da pesquisa do Centro de Estudos da Metrópole, de forma a favorecer a difusão de informações para pesquisadores, estudantes e profissionais especializados e estabelecer espaço para troca de idéias e sugestões.

Os textos desta série estão disponíveis em:

www.centrodametropole.org.br

As opiniões emitidas nesta publicação são de inteira responsabilidade de seus autores, não exprimindo necessariamente o ponto de vista do Centro de Estudos da Metrópole.

É permitida a reprodução dos textos e dados neles contidos, desde que citada a fonte e que não haja restrição expressa pelos autores. Reproduções para fins comerciais são proibidas.



centro de estudos da metrópole

www.centrodametropole.org.br

Rua Morgado de Mateus 615

Vila Mariana 04015 902

São Paulo SP Brasil

Fone 55 11 – 5574 0399

Fax 55 11 – 5574 5928

“Care” et « care work ».

Le travail du « care » au Brésil, en France, au Japon¹

Nadya ARAUJO GUIMARAES²

Helena Sumiko HIRATA³

Kurumi SUGITA⁴

Introduction

Les théories et les débats sur le « care » qui datent d’au moins trente ans dans le monde anglo-saxon, en particulier aux Etats-Unis (Gilligan, 1982 ; Tronto, 1993 ; Moller Okin, 1989), se sont développés bien plus récemment – au cours des cinq dernières années environ – en France (Paperman, Laugier, 2005 ; Molinier, Papeman, Laugier, 2009 ; Garrau, Le Goff, 2010) et suscitent un intérêt croissant en Amérique Latine et en Amérique Centrale⁵, où des recherches sont en cours de réalisation dans différents pays tels que le Chili, le Mexique, l’Argentine, le Nicaragua, par exemple. Il y a encore peu de recherches sur le « care » au Brésil dans les sciences sociales (cf. Lancman et al, 2007 ; Batista et al, 2008 ; Sorj, in Silveira, 2008 ; Lima et al, 2009 ; Garcia dos Santos, Georges, 2010 ; Camarano, 2010), et les quelques recherches portant notamment sur les aidants familiaux et le care à domicile, ont été réalisées dans les domaines de la gériatrie, de la gérontologie, des études infirmiers, de la santé publique⁶. Au Japon, c’étaient des médecins praticiens qui étaient les

¹ Ce texte a été présenté et discuté dans deux colloques internationaux et, dans sa mouture actuelle, a bénéficié de divers commentaires et suggestions reçus lors de ceux-ci. Nous remercions Heidi Gottfried, discutante de la section “Theorizing Gender and Economy, XVII International Sociological Association Congress, Gothenburg, 13/07/2010. Nous remercions également les commentaires de Bila Sorj, discutante de la table-ronde « Configurações sociais do “care” », au Colloque International “O que é o “care”? Emoções, divisão do trabalho, migrações”, Université de São Paulo, 26-27/08/2010. Également importantes ont été les suggestions reçues du lecteur anonyme du Centro de Estudos da Metrópole. Nous remercions également le soutien technique de Monica Varasquim Pedro et Paulo Henrique da Silva dans la préparation des données chiffrées sur le Brésil. La Fondation SEADE nous a permis l’accès aux données spéciales de l’enquête PED (Enquête Emploi Chômage) concernant l’auto-classification et la description de l’activité professionnelle par les travailleurs du “care” dans la région métropolitaine de São Paulo. Enfin nous remercions la FUNDACENTRO, du Ministère du Travail et de l’Emploi brésilien, qui a rendu possible la collaboration de Myrian Matsuo, chercheuse de l’institution, au travail de terrain dans les ILPIs (Institutions de longue permanence des personnes âgées) de São Paulo.

² Professeure à l’Université de São Paulo (USP), Département de Sociologie et Chercheuse CNPq au Centre d’Etudes de la Métropole (CEM)

³ Chercheuse au Centre de Recherches Sociologiques et Politiques de Paris (CRESPPA), équipe Genre, Travail, Mobilités (GTM) du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) a bénéficié du financement de la FAPESP pour développer ses activités de recherche au Brésil au cours de l’année 2010, pendant laquelle elle a été accueillie par le Centre d’Etudes de la Métropole Projet INCT-CEM et par le Département de Sociologie de l’USP

⁴ Chercheuse à l’Institut d’Asie Orientale (IAO)-École Normale Supérieure (ENS)-Laboratoire des Sciences Humaines (LSH) -CNRS, Lyon.

⁵ Le document de base de la XIème conférence régionale de la CEPAL (Commission Economique pour l’Amérique Latine et les Caraïbes) des Nations unies (2010) contient un chapitre sur « L’économie du care » qui présente la définition de « care » de Joan Tronto (2009,[1993]).

⁶ Un recensement démographique de grande envergure a été réalisé sous la coordination de Ana Amélia Camarano dans le cadre de l’IPEA, organisme fédéral de recherche publique et a donné lieu entre 2007 et 2010 à la publication de cinq rapports sur les ILPIs (Institutions de Longue Permanence pour les Personnes Agées) par région (Nord, Nordeste, Centre-Ouest, Sud et Sudest). Voir Camarano, 2010.

premiers à soulever et discuter la question des soins de long terme. Toutefois, c'est surtout dans les années 1990 autour du projet de loi de l'assurance des soins de longue durée (*kaigo hoken* introduite en 2000) que le débat s'est popularisé. Dès lors, les travaux dans les sciences sociales sur cette question se sont multipliés (cf. par exemple, Ito, Adachi, 2008, Ochiai, 2009, Mitomi, 2010, Kikuchi, 2010)⁷.

Dans ce papier, nous apportons des éléments d'analyse sur le travail de « care » dans trois pays très contrastés, le Brésil, la France et le Japon. Si des études comparatives ont été assez fréquentes sur ce thème, elles ont porté principalement sur l'analyse des pays européens (cf. par exemple Lyon, Glucksmann, 2008 ; Glucksmann, 2010). Ainsi, notre réflexion vise à éclairer les tendances observables dans d'autres réalités, et comme nous le verrons par la suite, intéressantes du point de vue analytique, tant par les modalités de construction de leurs régimes de protection sociale, que par les particularités de leurs processus démographiques et économiques, qui façonnent leurs structures d'âge et d'emploi. Pour le faire, nous allons nous appuyer sur la littérature secondaire et les données chiffrées disponibles ainsi que sur les premiers résultats des enquêtes de terrain en cours de réalisation par les auteurs.

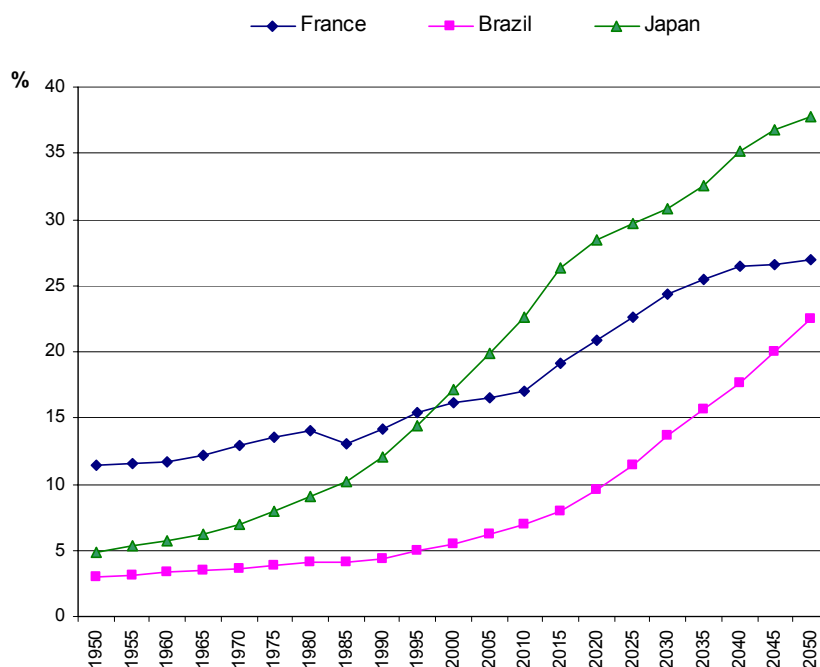
Nous allons concentrer notre analyse dans le travail de « care » aux personnes âgées dépendantes. Elles ne sont pas les seules à demander le service du « care ». En effet, une bonne partie de la littérature a privilégié d'autres bénéficiaires, tels que les enfants. Alors, pourquoi porter notre attention au « care » concernant les personnes âgées ? En effet, Brésil, France et Japon connaissent aujourd'hui, à des rythmes et à des dynamiques inégales, une forte croissance des personnes âgées dans l'ensemble des populations respectives. Ce processus de vieillissement de la population, comme nous développerons par la suite, pose de nouvelles exigences et produit des nouvelles configurations pour les activités traditionnelles de « care ». Elles se développent dans une échelle et avec une portée qui ont amené à la structuration d'un marché d'opportunités professionnelles de plus en plus larges, et à l'élaboration de politiques publiques d'accompagnement de longue durée aux personnes âgées et aux handicapés, avec des conséquences en termes de carrières et de réglementation professionnelle des conditions et des relations de travail de celles et ceux pourvoyeurs de ce type de service.

La grandeur de la croissance de la demande potentielle pour les services de « care » peut être saisi indirectement à l'observation du rythme de vieillissement dans les trois pays qui nous intéressent de près – France, Brésil et Japon. Le graphique 1 présente des données chiffrées concernant les dernières cinquante ans. Ainsi, tandis que la France et le Brésil ont connu une croissance continue et progressive qui s'est accélérée ces dernières années, au Japon le processus de vieillissement se fait à un rythme exponentiel à partir des années 1970. D'où le fait que Japon et Brésil, qui avaient des poids relativement similaires concernant leurs personnes âgées dans la population totale dans les années 1950, ont, en 2010, des situations sensiblement différentes.

Si on observe la population âgée de 65 ans et plus dans ces trois pays en 2010, on note que la vitesse de vieillissement de la population est plus accentuée au Japon (22,6). Pour la France (17%) il y a une tendance à la croissance dans un futur proche, même si a un rythme sensiblement plus faible que celui du Japon. Enfin, pour le Brésil (6,9%) cette tendance est plus récente mais il pourra constituer un sérieux problème dans un futur proche.

⁷ Force est de constater, cependant, qu'il manque la prise en compte des travaux précédents effectués par des médecins praticiens. On observe une rupture des travaux entre les deux champs.

Graphique 1
Population âgée de 65 ans et plus : 1950-2050
France, Brésil, Japon



Source: World population prospect - The 2008 Revision Population Database

Selon les critères établis par les Nations unies, le Japon serait une société « super âgée » (la part de la population âgée de 65 ans ou plus sur la population totale est égale ou à supérieure de 20%), la France une société « vieille » (la part se situe entre 14% et 20%) et le Brésil en voie de devenir très prochainement une société « vieillissante » (entre 7% et 14%) On peut conclure que les prochaines cinquante ans dessinent, pour les trois pays, un horizon de vieillissement notable de leurs populations respectives. On observe aussi dans ces trois pays une tendance à une augmentation des métiers liés au « care », et notamment dans le soin à domicile. Appelées « auxiliaires de vie », « homehelpers » ou « cuidadoras », ce sont majoritairement des femmes qui sont inscrites dans ces métiers.

Dans ce contexte, ce papier a l'objectif d'analyser dans une perspective comparative quelques aspects de la construction sociale du travail du « care », notamment les frontières entre travail domestique et travail du « care », dans ces trois différentes réalités: la France, le Japon et le Brésil. Il fait partie d'une recherche plus vaste sur trois aspects principaux : le marché du travail et les trajectoires des travailleuses/eurs du « care » ; les formes familiales et les réseaux sociaux concernés ; les politiques publiques et la question de la formation à ces métiers.

Avant de traiter des trois aspects mentionnés ci-dessus, situons-nous par rapport au concept et aux pratiques du *care*.

1. Care: concept et pratiques. Catégories indigènes et nomenclatures

Le concept de *care* partage avec d'autres concepts tels que le « travail » et le « genre » leur caractère à la fois multidimensionnel et transversal. Il convient de souligner en outre - ainsi que cela a été amplement discuté et commenté -, que ce concept anglais englobe un champ très large d'actions et d'attitudes par rapport aux concepts équivalents ou ceux qui lui seraient proches dans la plupart des autres langues.

En France, le terme « soin » qui est la traduction la plus courante de « care » signifie, selon Catherine Audard, « La sollicitude, qui est cette “affectueuse inquiétude pour autrui”. Il est un sens dérivé de *care* et doit être rattachée à un autre registre, celui de l'action en matière d'aide et d'assistance sociale. *Care* désignerait ainsi l'ensemble des dispositions publiques nécessaires au bien-être (*welfare*) de la population dans l'État-providence. C'est là un sens, selon Audard, où il n'existe pas d'équivalent français (Audard, 2004, p. 212 ; Martin, 2008, p. 28).

Au Brésil et dans les pays de langue espagnole, le mot « cuidado » est utilisé pour désigner l'attitude, mais c'est le verbe « cuidar », désignant l'action, qui semble mieux traduire le mot « care ». Ainsi, si « cuidado » ou « atividade do cuidado » ou même les « ocupações do cuidado » (métiers du soin), en tant que noms/substantifs sont d'introduction assez récente dans le langage natif, les notions de « cuidar », ou de « tomar conta » (prendre soin), sont connotées et sont des expressions d'usage quotidien largement diffusées. Elles désignent, au Brésil, un large spectre d'actions pleines de sens natif, répandus et larges dans leur signification pratique, et concentrés dans des agents subalternes et féminins: « cuidar da casa » (ou « tomar conta da casa ») (prendre soin de la maison), ainsi que « cuidar das crianças » (ou « tomar conta das crianças ») (prendre soin des enfants) ou même « cuidar do marido » (du mari) ou « dos pais » (des parents) sont, depuis toujours, dans le lexique qui s'associe à la sujétion, au début des esclaves et ensuite des femmes, blanches ou noires.

Par rapport au « care », « soin » ou au verbe « cuidar » qui sont les mots d'usage quotidien depuis fort longtemps, dans le cas du japonais, la généralisation du mot "*kaigo*" ne date que d'une vingtaine d'années. Nous trouvons le premier usage du mot vers le milieu de l'ère de Meiji (1852-1912) dans le contexte du droit lié à la protection sociale. Il entre dans la terminologie de politique sociale liée au bien-être des personnes âgées dans les années 60⁸. Dès les années 1970, le terme "*kaigo*" commence à être utilisé par les médias⁹, et il s'est répandu surtout tout au long des années 1990 grâce aux débats extrêmement populaires autour de l'introduction de l'assurance des soins de longue durée (LTCI ci-après¹⁰). Dans ce contexte, *kaigo* – souvent compris comme un équivalent du *kea* (care) – implique la notion de longue durée des soins, et se trouve fortement associé en particulier aux personnes âgées mais aussi aux personnes handicapées. Ainsi le mot *kaigo* dans son usage actuel couvre un champ beaucoup plus étroit comparé au *care* ou *cuidar*.

Cette première manière d'approcher le thème semble nous suggérer qu'il serait plus pertinent d'analyser comment les différentes déclinaisons du *care* se construisent dans différentes sociétés plutôt que de chercher la traduction la plus proche. Il serait intéressant de voir à cet égard les manières dont le marché (la marchandisation du service de « care » et la professionnalisation de celles/ceux qui en sont les pourvoyeurs) ainsi que les politiques publiques influencent ce processus, et comment les différents acteurs sociaux se constituent. Ce type d'approche montre d'emblée l'importance du niveau national d'analyse, étant donné le rôle décisif joué par l'Etat dans la construction des formes de régulation institutionnelle du

⁸ Nakajima Kieko, 1992, pp.26-32 cité dans Morikawa, 1999

⁹ Morikawa, 1999, p.23

¹⁰ Long-term Care Insurance

travail et de la professionnalisation des services du « care » dans chaque cas. Outre l'Etat, les institutions politiques telles que les syndicats et les partis ont été d'autres acteurs significatifs dans la construction historique de ces configurations au niveau national.

Dans les trois pays, on observe que la construction sociale et institutionnelle du « care » est beaucoup plus récent que l'émergence des termes « cuidado », « kaigo » ou « care ». Le terme « auxiliaire de vie sociale » n'a été institutionnalisé qu'en 2002 en France avec le diplôme DEAVS (cf. plus loin). Au Brésil également, par coïncidence, le terme « cuidador » apparaît seulement en 2002 dans la CBO (Classification Brésilienne des Professions) et par conséquence dans les statistiques de la RAIS (Relação Brasileira de Informações Sociais¹¹) qui concerne les emplois dans le secteur formel de l'économie. Au Japon l'apparition de services de soins à domicile remonte à 1956 ; il a été introduit dans la région de Nagano par l'initiative des conseils locaux pour le service social (*shakai fukushi kyogikai*).¹² C'est après l'introduction du plan décennal sur le service social pour les personnes âgées dit le "gold plan" que l'appellation "homehelper" a remplacé "katei hoshiin" employée jusque là pour désigner les soignants à domicile ; en 1991 on assiste à l'institutionnalisation du système de formation avec 3 classifications ; depuis l'introduction du « Long Term Care Insurance », LTCI, "homehelper" sont appelés également "homon kaigoin" et avec ce système de l'assurance, les services sont rendus dans le cadre d'un contrat passé entre le bénéficiaire du care et le fournisseur du service.

Du fait de son caractère multidimensionnel, le « care » renvoie tant au champ du travail professionnel (« care work »), donc au métier, qu'aux diverses dimensions traitées par la sociologie du travail (professionnalisation, formation ; qualification et compétence ; rémunération, salaires ; promotion ; organisation et procès de travail, etc.) (Zarifian, in *Cahiers du Genre*, 2000 ; Gadrey, 2003 ; Bercot, Coninck, 2005) ; ou encore au champ du privé, du domestique, de la famille (et donc à la sociologie de la famille et du genre) (Silveira, Tito, 2008 ; Gramain et al. 2005). La sociologie du genre et les « gender studies » se sont très tôt saisies de la question du « care » dans la mesure où la division sexuelle du travail de « care », la mobilisation de la masculinité et de la féminité, ou encore de l'affectivité, se trouvent, pour un certain nombre de chercheuses, au cœur de la conceptualisation même du « care » (Knijn, Ungerson, 1997 ; Ehrenreich, Hochschild, 2003 ; *Revue Travailler*, 2002).

On peut aussi ajouter, parmi les disciplines concernées par l'idée de « care », l'économie et la socio-économie des services à la personne (Glucksmann, 2006 ; *Revue française de socio-économie*, 2008 ; Devetter, Jany-Catrice, Ribault, 2009) ou encore la sociologie des migrations, dans le cas de pays tels que l'Argentine, le Japon, la France ou les Etats-Unis (par ex. Parrenas, 2001). La sociologie morale et politique, mais aussi les sciences politiques, la philosophie et l'éthique, sont également sollicitées en raison des dimensions éthiques et politiques du care (Gilligan, 2008 [1982] ; Tronto, 2009 [1993] ; Paperman, Laugier (2005)) ; enfin, il nous faut encore ajouter à cette longue liste la psychologie du travail et de l'action ainsi que les sciences sociales de la santé.¹³

¹¹ Il s'agit d'un formulaire administratif, obligatoire, qui doit être rempli par toute entreprise brésilienne pour indiquer au Ministère du Travail son stock de travailleurs au 31 décembre de chaque année. Il décrit les occupés en termes de profil et type de contrat.

¹² La loi de 1963 (rojin fukushiho – sur le service social pour les personnes âgées) institue ces services et les gouvernements locaux gèrent les services effectués par l'intermédiaire des conseils locaux pour le service social.

¹³ Dans un très intéressant article, Florence Weber et Loïc Trabut (2009) affirment que les travaux sur le care en France se développent dans deux directions : l'analyse de l'éthique du care et une approche par l'économie de la famille et la sociologie du travail domestique. Nous sommes tout à fait d'accord sur ces deux grandes

Le « care » renvoie aussi à la question du genre, dans la mesure où l'activité de « care » se trouve profondément naturalisée, comme si elle était inhérente à la position et à la disposition (« habitus ») féminines. Le « care », en tant que métier ou profession exercés en échange d'une rémunération, le poids et l'efficacité des politiques publiques s'avère explosif dans la mesure où il met en question la gratuité du travail domestique et l'assignation de ce travail au groupe social des femmes. Il interroge l'idée de « servitude volontaire » inhérente à ce service lorsqu'il est effectué dans l'espace privé de la « domus ». Le « care » comme profession implique une reconnaissance et une valorisation du travail domestique et du travail familial en tant que travail. Ainsi, le processus d'association du travail du *care* comme profession au caractère féminin ne va pas de soi. La construction de la rupture et/ou la continuité entre la spécialisation professionnelle du *care* et le *care* attribué au travail domestique et familial se fait de manières très diverses selon les contextes nationaux.

Ce caractère plus ou moins disruptif et reconfigurateur de l'activité professionnelle de «care» va dépendre du poids (ou de la prééminence) du travail domestique rémunéré (et sans prestige social), à côté de l'activité domestique non rémunérée, ainsi que de l'importance et de l'efficacité des politiques publiques liées au «care» et même de la force du segment entrepreneurial de pourvoi des soins. Ainsi, selon la manière dont ces éléments vont se configurer (marché, politiques publiques, travail domestique et familial, rémunéré ou pas) le statut de l'activité de «care» variera significativement dans chaque contexte national. D'où l'intérêt de revenir à la question des champs du *care* et leurs contextes historiques. Si, à travers l'histoire et les sociétés, les soins apportés aux membres de la famille incombent aux femmes, les soins de longue durée aux personnes âgées se posent comme une nouvelle donne. Ils ont fait l'objet d'interventions politiques dans de nombreuses sociétés. Du point de vue des acteurs qui fournissent les soins, cela représente également une nouveauté. La sphère de la reproduction comprend désormais le processus de vieillissement sur une plus longue durée, processus qui prendra fin avec la mort.

Il semblerait alors pertinent d'introduire, du moins provisoirement, la distinction analytique entre les tâches ménagères, les soins accordés aux enfants et les soins aux personnes dépendantes, c'est-à-dire les personnes âgées et handicapées, sur une longue durée. En fait, de nombreux chercheuses et chercheurs effectuent une telle distinction des champs. Toutefois, cela amène souvent à se limiter à un ou deux champs du *care*, alors que la configuration des champs dans leur ensemble ne fait que rarement l'objet d'étude¹⁴.

Les politiques publiques sont généralement diversifiées et ciblées en fonction de ces champs du care. La répartition de la provision des soins entre l'Etat, les communautés, les organisations bénévoles, le marché et la famille, par exemple, est très différente selon le champ concerné. La famille peut développer des stratégies différenciées. Continuité et discontinuité entre ces champs construits socialement vont de pair avec les types d'agents fournisseurs de soins disponibles (membres de la famille, domestiques, *careworkers* agréés, etc.) et les conditions de réalisation de soins. Ainsi, plusieurs recherches en Asie ont mis en évidence le fait que, pour certaines familles, les soins accordés aux enfants et aux parents n'occupent pas le même statut et font l'objet de stratégies différenciées. Selon Ochiai (2008, 2009), par exemple, on observe dans beaucoup de pays asiatiques une division du travail entre, d'une part, les mères et grands-mères qui s'occupent des soins aux enfants et, d'autre part, les domestiques auxquelles sont déléguées les autres tâches telles que le nettoyage, la lessive, les courses, etc. (cf. également Miranda pour l'Italie, 2003, 2010). Ce changement

orientations, mais nous avons voulu présenter la grande diversité des disciplines et domaines scientifiques touchés par cette problématique aujourd'hui.

¹⁴ Ces champs sont loin d'être exhaustifs. Il reste, entre autres, le champ bien controversé de l'industrie du sexe.

serait lié à la valorisation relativement récente de l'éducation des enfants dans ces pays. Quant au *care* aux personnes âgées, Ochiai rapporte une tendance opposée. Alors que le rôle des domestiques diminue dans le *care* apporté aux enfants, il progresse lorsqu'il s'agit du *care* aux personnes âgées. Vraisemblablement, les normes sociales ont changé et si les adultes filles et fils de personnes âgées financent une domestique pour le *care* à domicile du parent dépendant, ils sont considérés comme s'étant acquittés de leur obligation de piété filiale.

2. Le marché du travail du care

Sur les questions croisant migrations de travail et travail de care, l'Amérique Latine recouvre une grande diversité de situations. L'une des spécificités du **Brésil** est que les activités de care, que ce soit à domicile ou au sein des institutions pour personnes âgées, sont exercées par des brésiliens. Même si le travail domestique était pris en charge jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle par des esclaves provenant de l'Afrique et leurs descendants, et bien qu'au cours du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle, le Brésil ait connu d'importants flux migratoires en provenance d'Europe et du Japon pour le travail agricole et pour l'industrie, le secteur de l'emploi domestique rémunéré est essentiellement constitué aujourd'hui par des salariées de nationalité brésilienne, provenant souvent du Nord-Est, et parfois de Minas Gerais ou du Paraná. Il s'agit donc de migrations internes¹⁵. Nous n'avons pratiquement jamais rencontré au cours de notre enquête sur le terrain au Brésil des femmes migrantes étrangères parmi les « cuidadoras » dans des institutions de longue permanence pour les personnes âgées (ILPIs) ou dans des familles ou parmi des employées de maison.

Il faut dire ici que selon les données de la PNAD (Enquête Nationale d'Echantillon par Domiciles) de l'IBGE pour l'année 2007 il y avait officiellement 6 300 000 employés de maison et femmes de ménage au Brésil, dont 400 000 du sexe masculin. Il est ainsi impossible de penser le marché du travail pour les activités de "care" dans ce pays sans prendre en considération l'existence d'une fluidité des frontières assez remarquable qui obscurcit les limites entre travail professionnel de "care" et travail domestique rémunéré traditionnel de « tomar conta », de « cuidar ». Cette fluidité des frontières rend peu nettes les différences de profil entre l'un et l'autre type de salariées (la professionnelle du « care » et l'employée de maison). Ainsi, à la lumière des données chiffrées disponibles pour le Brésil fournies par la PNAD on peut dire que :

- le travail des « cuidadoras » est un travail sans protection formelle. En 2007, seulement 24% avaient leur travail enregistré, ce qui contraste avec la moyenne des travailleurs occupés, où 66% avaient une protection formelle, mais les rapproche des employées de maison, puisque seulement 28% avaient des contrats formels ;

- il est exercé par des travailleuses de faible scolarité (63% n'ont pas plus que l'enseignement fondamental (niveau collège en France), ce qui la rapproche des employées de maison, dont 80% ont au maximum 8 ans d'études et les éloigne des « auxiliaires de enfermagem » (aide-soignants) dont 75% avaient plus que l'enseignement fondamental)¹⁶

- il est l'objet d'une faible rémunération : 66% gagnaient jusqu'à un salaire minimum, ce qui ne les différencie pas beaucoup des employées de maison, puisque 70% de cette dernière catégorie professionnelle percevaient une rémunération similaire, et à nouveau les

¹⁵ Les vagues récentes d'immigré-e-s de Bolivie, du Paraguay et d'autres pays de l'Amérique Latine se dirigent, quant à elles, vers d'autres secteurs économiques – c'est le cas, par exemple, du secteur de la confection qui emploie au noir, dans des ateliers clandestins, des migrants boliviens.

¹⁶ Aujourd'hui le diplôme d'aide-soignant au Brésil exige un niveau équivalent à bac+1.

éloigne beaucoup de l'ensemble des travailleurs occupés, dont seulement 25% percevaient le salaire minimum.

Cette fluidité est également perceptible dans la manière dont les travailleuses/eurs qui exercent des activités de "care" se reconnaissent en termes professionnels. Ainsi, analysant les données de la PED (Enquête Emploi Chômage) pour la région métropolitaine de São Paulo en 2008, nous avons pu avoir accès à 7000 registres de personnes¹⁷ ; par l'information obtenue sur leur travail, elles seraient très probablement des travailleuses du "care". Cependant l'analyse sur la manière dont ces personnes se voyaient du point de vue professionnelle a montré que la majorité se reconnaissait comme des « employées de maison » plutôt que comme des « cuidadoras ». Une telle perception indique le peu de reconnaissance institutionnelle dont jouissent ces professionnels. En effet, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, au Brésil les statistiques démographiques et administratives n'ont que très récemment commencé à comptabiliser ces travailleuses/eurs en les identifiant en tant que professionnels du "care".

Si au lieu d'analyser les données de la PED ou de la PNAD, collectées auprès des ménages, nous prenons en considération les données chiffrées de la RAIS, qui portent sur les informations obtenues auprès des entreprises qui emploient les « cuidadoras/es » employés dans ses établissements¹⁸, nous aurons un portrait plus particulier des travailleurs du care. Ainsi, dans le segment marchand on observe

- un nombre relativement faible de salarié-e-s (autour de 30 000), avec une scolarité plus élevée (la moitié avec le « nivel médio completo », équivalent au niveau bac),

- où le poids des salarié-e-s dans les grands établissements est important (50% est employé dans des établissements avec 100 ou plus salarié-e-s.

- la majorité de ces établissements sont publics (40% des employeurs), ou philanthropiques (40%)¹⁹

- et ils sont concentrés dans les grandes métropoles, en particulier São Paulo, qui détient un tiers de tout l'emploi brésilien dans cette activité.²⁰

A l'inverse de ce que nous avons décrit pour le Brésil, et différemment de ce que l'on rencontre largement dans toute l'Asie, au **Japon** l'emploi de travailleuses domestiques n'est pas courant. A l'exception de la Chine où la vaste région rurale fournit cette main-d'œuvre, en Asie ces travailleuses proviennent directement du flux intra-asiatique transnational. La diffusion des domestiques étrangères est étroitement liée à la politique d'immigration. Le gouvernement japonais interdit l'introduction de la main-d'œuvre étrangère non qualifiée. Au Japon, à la place d'immigrées, ce sont largement les femmes autochtones adultes qui fournissent la main-d'œuvre dans l'aide de personnes âgées à domicile. Selon l'enquête menée

¹⁷ Nous remercions la Fondation SEADE pour avoir mis à notre disposition cette base.

¹⁸ La base de données de la RAIS révèle le côté plus marchand du travail du "care" au Brésil, puisqu'il rend compte des emplois disposant d'un contrat formel de travail dans un établissement spécialisé ; peut-être la RAIS contient pour cette raison le segment le plus comparable à ce qui existe dans d'autres pays.

¹⁹ Les données de la RAIS ne discriminent pas l'emploi de "care" des personnes âgées dans des maisons de retraite et des enfants dans les crèches et institutions publiques de garde des enfants. C'est probablement pour cette raison que les établissements publics sont sur représentés par rapport au "care", dans la mesure où il n'y a pratiquement pas des maisons de retraite publiques pour personnes âgées. Par contre, le nombre d'institutions philanthropiques concernant le "care" aux personnes âgées est traditionnellement important au Brésil.

²⁰ D'où notre choix de concentrer notre enquête au Brésil à São Paulo, tant pour l'étude empirique sur le terrain que pour le traitement des données secondaires issues de l'Enquête Emploi et Chômage (PED)

par JILPT²¹ en 2002, sur 11.239 *helpers* appartenant aux 854 établissements fournissant des aides à domicile, 96% de *helper* et *coordinator* (en dehors des personnes s'occupant uniquement du travail de *care manager*²²) sont des femmes. 70% sont concentrés dans les groupes d'âge de 40 à 69 ans, bien que, depuis l'introduction de la LTCI (Long-Term Care Insurance), la proportion de femmes plus jeunes est en progression. Seulement 20% travaillent en tant que salariés réguliers, c'est-à-dire en contrats à durée indéterminée à plein temps, tandis que 30% travaillent à temps partiel avec des horaires fixes. Quelques 40% sont enregistrés et sollicités à des horaires variables selon les besoins. La proportion de salariés réguliers a tendance à reculer alors que la part de travailleurs à temps partiel aux horaires variables progresse.

Selon l'enquête de 2008 réalisée par Care Work Foundation²³, sur 17.350 établissements de service de LTCI (5.929 réponses effectives) et 51.426 travailleurs(es) (18.035 réponses effectives), l'âge moyen de *homehelper* est de 50,9 ans. 93% de *homehelpers* ayant envoyé leurs réponses effectives sont des femmes. Parmi les diplômés et les qualifications détenus, c'est la qualification de la catégorie 2 de *homehelper*²⁴ qui domine (50% des travailleurs(es) aux réponses multiples suivis de *kaigo fukushishi* représentant 30%).

Reproduisant la segmentation sexuée du marché de l'emploi, et accentuant de plus en plus la caractéristique de la forme d'emploi atypique dans le secteur tertiaire, cette forme de mobilisation pose le problème de la pénurie de la main d'œuvre, d'autant plus qu'une large part de personnes formées pour devenir *homehelper* n'exerce pas cette profession.

L'engagement d'une domestique permet d'envisager la continuité des soins. Il s'agit ici de la continuité à la fois entre les différents champs (tâches ménagères, soins accordés aux enfants, soins aux personnes âgées) et entre les actes de soin à l'intérieur de chaque champ. Cette continuité et cette non spécialisation rendent la reconnaissance de la qualification difficile, à moins que soit mise en place une politique de formation soit par le pays d'accueil (ou du gouvernement local) ou du pays exportateur de la main-d'œuvre. Au Japon, où il n'y a pratiquement pas de domestiques, la continuité de soins est difficilement concevable, nécessitant des combinaisons entre différents agents fournisseurs des soins, depuis les membres de la famille jusqu'aux aidants de contrat privé, en passant par les *homehelpers* engagées dans le cadre de la LTCI et/ou les *kaigo fukushishi* dans des institutions de soins. En

En **France**, comme pour le Brésil, on peut affirmer qu'il y a des « sources statistiques multiples pour des emplois difficilement saisissables » (Devetter et al, 2009, p. 20). Nous savons déjà qu'à l'inverse du Brésil, où le contingent des employées de maison et des femmes de ménage chez les particuliers est pléthorique, elles ne constituent que 1% des emplois selon l'enquête Emploi de 2005, relativement à 5% au début du XXème siècle et représentent « 1,24 million de personnes salariées en gré à gré, hors assistantes maternelles, dont 90% sont des employés de maison » (cf. id.ibid. p.18-19).

Cette modalité d'emploi direct est beaucoup plus importante que les services prestataire et mandataire. Les organismes agréés de services à la personne (OASP) comptent en France environ 400.000 emplois salariés, dont 41% sous le système mandataire (cf. id ibid. p. 21). Les associations dominent le secteur, mais les entreprises privées connaissent une forte croissance.

²¹ The Japan Institute for Labour Policy and Training, 2003

²² Voir plus loin pour le travail de *care manager*.

²³ *Kaigo rodo antei center*

²⁴ Voir plus loin

En France, selon une enquête de la DREES réalisée en 2008 l'estimation du nombre d'intervenants au domicile de personnes fragilisées était de 515.000 personnes. Ces intervenants étaient 97,5% des femmes, avec l'âge moyen de 44,9 ans et seulement 21,2% avaient un diplôme du secteur sanitaire ou social. Cependant leur niveau de scolarité était relativement élevé, 37,5% ayant le niveau primaire ou collège et 67,5% ayant le niveau secondaire 2° cycle court, général, technologique, professionnel ou supérieur au baccalauréat.

En dépit d'un grand nombre de femmes immigrés travaillant dans ce secteur, en raison d'une politique migratoire accueillant des femmes pour les services à la personne, les données chiffrées de la DREES montrent que 95,3% des personnes sont nées en France ou ont la nationalité française. Les migrants de 2^{ème} génération peuvent en constituer une partie. L'on ne peut pas non plus sous estimer le nombre des salariées à domicile en emploi direct et travaillant au noir ou en tant qu'activité informelle.²⁵ Des mouvements de « sans papiers » ont rendu visible ces dernières deux années les femmes migrantes travaillant dans le secteur de services à la personne.

Cette modalité d'emploi fragile est aussi renforcée par le fait que les aides à domicile du secteur des services à la personne ont un nombre d'heures de travail réduit, ce qui est un indicateur de la précarité de leur statut : 70% ont des emplois à temps partiel contre 16% dans l'ensemble des actifs occupés selon l'enquête Emploi de 2005 (Devetter et al, 2009, p. 32).

3. Les politiques publiques du *care*

A quoi une personne âgée a droit par les institutions dans chacune de ces trois pays ? Au Japon, le gouvernement local paie aux organismes agréés (privés) qui envoient des agents chez des personnes âgées dépendantes. En France, on assiste à une politique similaire. Au Brésil, seulement dans la ville de São Paulo on peut voir le gouvernement municipal financer la prise en charge des personnes âgées par des aides à domicile (« cuidadores »), mais il s'agit d'une politique de portée encore très restreinte et avec un financement public assez faible.

Au **Brésil**, en dépit de la faiblesse du rôle de l'Etat dans la structuration de politiques sociales concernant les personnes âgées²⁶, une nouvelle figure a émergé depuis la fin des années quatre-vingt-dix : il s'agit des « agents communautaires de santé » (ACS) et des agents de protection sociale (APS), qui réalisent un service de santé de proximité en visitant des familles des quartiers défavorisés, dans le cadre d'un programme gouvernemental, le « Programme Santé de la famille » (Programa Saúde da Família). Il s'agit d'agents qui, en dépit de ses contrats formels, perçoivent de très bas revenus, et dont le recrutement obéit à un critère de proximité des foyers à visiter. Ces agents – majoritairement des femmes – exercent leur activité sur tout le territoire national. Ils s'occupent de la santé de l'ensemble des membres d'un foyer, dont les personnes âgées. Ils sont considérés comme faisant partie du « social care ».²⁷ Il s'agit de salarié-e-s de l'Etat brésilien, mais des nombreuses recherches sur cette catégorie professionnelle convergent: il s'agit d'une activité où ils ont très peu de moyens pour accomplir de façon satisfaisante leur mission.

²⁵ Cf. pour l'importance du travail non déclaré et du travail informel dans les activités de services à la personne, Devetter et al, 2009, p. 50-52.

²⁶ Pour une chronologie des politiques publiques concernant les personnes âgées au Brésil, cf. Soria Batista et al, 2008, p. 110. Cet ouvrage présente également les politiques publiques au Japon (p. 41 et suiv) et en France (p.63 et suiv)

²⁷ Nous renvoyons pour une présentation plus détaillée de ce Programme à Garcia dos Santos et Georges, 2010. Cf. également Lancman e al, 2007 ; Lima e al, 2008-9.

Un deuxième programme plus ciblée vers les personnes âgées a été créé plus récemment à São Paulo. Il s'agit du Programme d'Accompagnement de personnes âgées (PAI), développé avec un financement public (Secrétariat Municipal de la Santé). Ce financement est repassé à une ONG, l'Association Santé de la Famille (ASF), avec 3.000 salarié-e-s, et à une deuxième ONG, Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto. Le programme est développé dans cinq régions de la ville de São Paulo et compte avec 12 équipes de 17 travailleurs dans chaque équipe (1 assistant social, 1 infirmier, 1 médecin, 2 aides-soignants, 10 « auxiliaires de vie » (« acompanhantes de idosos » ou « cuidadores »), 1' auxiliaire administratif, 1 chauffeur avec une voiture). En tout 150 « cuidadores » sont répartis dans 5 régions de São Paulo²⁸.

Au **Japon**, c'est dans les années 1960 que le problème des soins de longue durée émerge. On parlait alors des "personnes âgées alitées de manière permanente" (*netakiri rôjin*). Lorsqu'en 1962 le service d'envoi des aidants à domicile pour les personnes âgées (*rôjin katei hoshiin haken seido*) fut introduit, les aidants n'étaient pas qualifiés et n'avaient aucun diplôme. Aucun programme de formation ne fut mis en place et ce furent des femmes en situation économique relativement précaire qui ont occupé ces postes. Ainsi le travail de *care* et les tâches domestiques n'étaient pas encore différenciés. L'année 1969 marque un changement dans la politique de service à domicile avec la prise de conscience du problème de plus en plus pressant du vieillissement. Toutefois, la politique générale se concentrait sur le développement des institutions de soins, et le service à domicile n'était envisagé que pour pallier la pénurie de ces institutions. Les aidants à domicile étaient alors censés dispenser le même service que les spécialistes travaillant dans les institutions. On y voit une ouverture pour la reconnaissance de la compétence professionnelle de l'aidant à domicile. Cependant, au milieu des années 1970, le gouvernement central se retire du devant de la scène du *welfare* s'appuyant sur les gouvernements locaux, les communautés locales, et des organisations privées. Concrètement, le soin aux personnes âgées à domicile retombe sur les femmes bénévoles. En 1976, un service d'envoi des soignants aux personnes âgées (*rojin kaigonin hakenjigyo*) est mis en place, offrant une allocation à des habitantes des quartiers afin qu'elles s'occupent des personnes âgées ayant besoin d'une aide à domicile. En 1982, cette institution a été abolie ; de fait, ces soignantes (*kaigonin*) qui étaient des citoyennes non formées ont été intégrées et mis ensemble avec les aidants à domicile (*katei hoshiin*). Ce fait clôt définitivement la possibilité de spécialisation/professionnalisation du travail du *care*, instaurant au contraire un lien fort entre le travail de *care* et le travail des femmes au foyer (Morikawa, 1999). La situation relative à la formation de professions se modifie avec l'introduction de la LTCI en 2000, mais elle s'inscrit au sein de cette association entre travail de l'aidant à domicile et travail féminin construite et consolidée tout au long de ce processus historique.

Plusieurs volets composent les politiques publiques en **France** concernant le développement des services à la personne, notamment aux personnes âgées. Le Plan dit « Borloo » - plan de développement des services à la personne – lancé en 2005 par le Ministère du Travail, avait comme objectif la création de 500 000 emplois en 3 ans (Devetter et al, 2009, p. 14). L'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP) a été créée la même année, doté d'un budget d'environ 30 millions d'euros par an (Devetter et al, id ib)²⁹. Les subventions pour promouvoir l'aide à domicile existent depuis les années 1990, par exemple le chèque emploi service. Le chèque emploi service universel (CESU) a été voté en

²⁸ Ces données ont été cueillies dans les interviews avec les responsables de ces programmes au Secrétariat de la Santé Publique et à l'Association gérant ce programme.

²⁹ Une des conséquences de ce Plan Borloo a été la croissance du nombre de structures agréés au niveau des entreprises privées (cf. Gardin in Devetter et al, 2008, p. 24)

1991, permettant aux familles de se procurer des aides à domicile pour garder des enfants, s'occuper des personnes âgées ou faire le ménage sans avoir à payer des impôts. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a été créée en 2002 et fait partie des politiques sociales qui ont eu une répercussion positive, à l'inverse de la prestation spécifique dépendance (PSD) qui a vu le jour en 1997³⁰. Toute personne dépendante, âgée de 60 ans ou plus, peut bénéficier de l'APA

Le montant varie selon le degré de dépendance, le revenu du bénéficiaire, et selon qu'ils résident chez eux ou en institution. La loi sur l'APA confie le financement de cette allocation aux Conseils Généraux.

4. Configurations nationales des différents champs du care et interdépendance des agents

On a déjà indiqué que la répartition de la provision des soins entre l'Etat, les communautés, les organisations bénévoles, le marché et la famille est très différente selon les différents champs du care (travail domestique, les soins accordés aux enfants ou les soins aux personnes dépendantes, c'est-à-dire les personnes âgées et handicapées). Mais elle est aussi différente selon les sociétés.

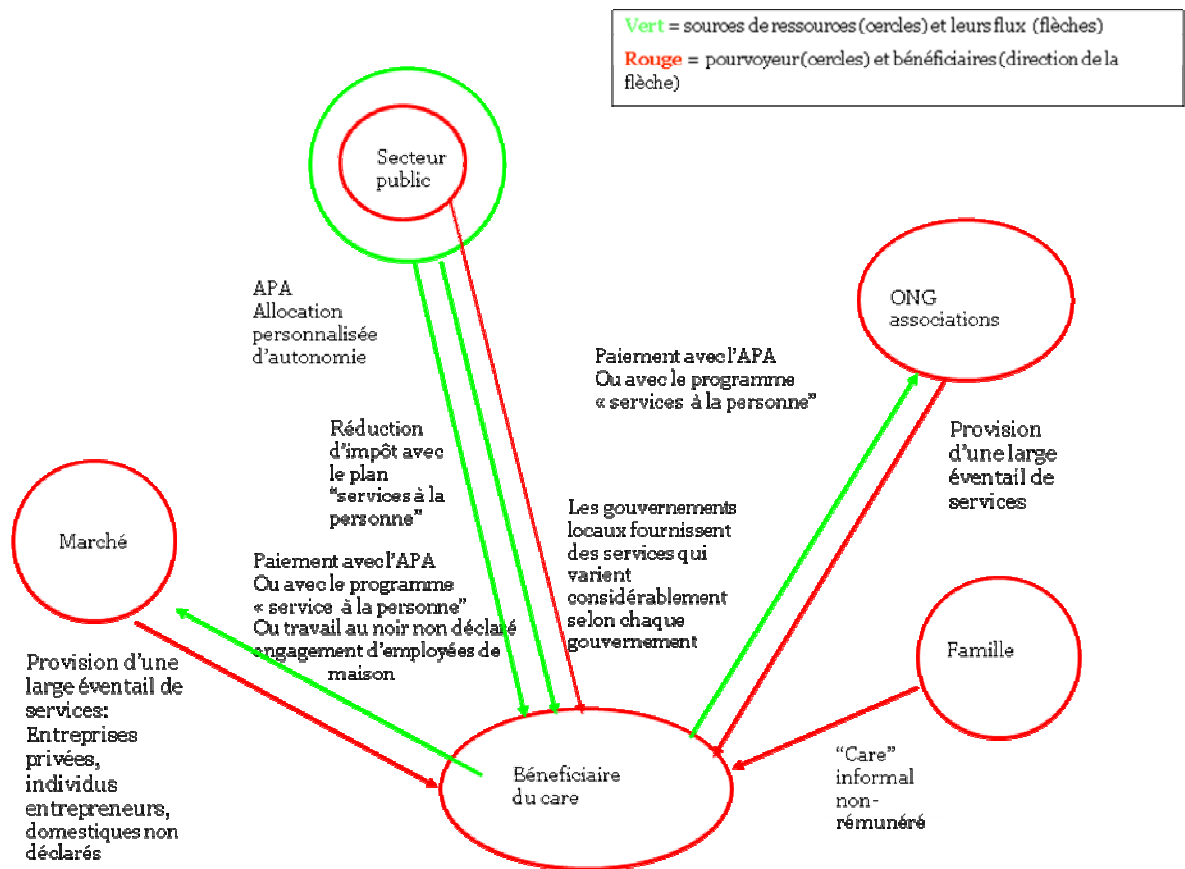
Pour bien avancer sur cet argument, nous nous sommes inspirés ici d'un diagramme élaboré par Glucksmann (2010) pour décrire et analyser les configurations du "care" dans quatre pays européens (Italie, Pays-Bas, Grande-Bretagne et Suède). Ce diagramme organise les modes de « care » à partir de l'identification d'un ensemble d'acteurs élémentaires. D'un côté le bénéficiaire du « care »; de l'autre un ensemble de pourvoyeurs : la famille, l'Etat, les institutions philanthropiques et les organisations non gouvernementales et les institutions du marché. Inspirées par l'analyse de Glucksmann, nous avons essayé de systématiser les configurations prises par le « care » en France, Japon et Brésil, selon les types de relations établies entre ces différents acteurs.

Les modalités d'offre du « care » qui caractérisent chaque pays considéré varient, mais nous retrouvons aussi certains aspects constants. D'abord, la centralité de l'Etat qui, par son pouvoir régulateur au niveau national détermine, dans une grande mesure, l'espace d'action possible pour les autres acteurs. Ensuite, une autre convergence concerne la famille ; même si à des degrés variables (plus au Japon, moins en France), elle participe néanmoins toujours directement au « care » informel et non rémunéré.

³⁰ Pour une chronologie des politiques publiques concernant les services à domicile en France, cf. Devetter et al, 2009, p. 47.

Graphique 2

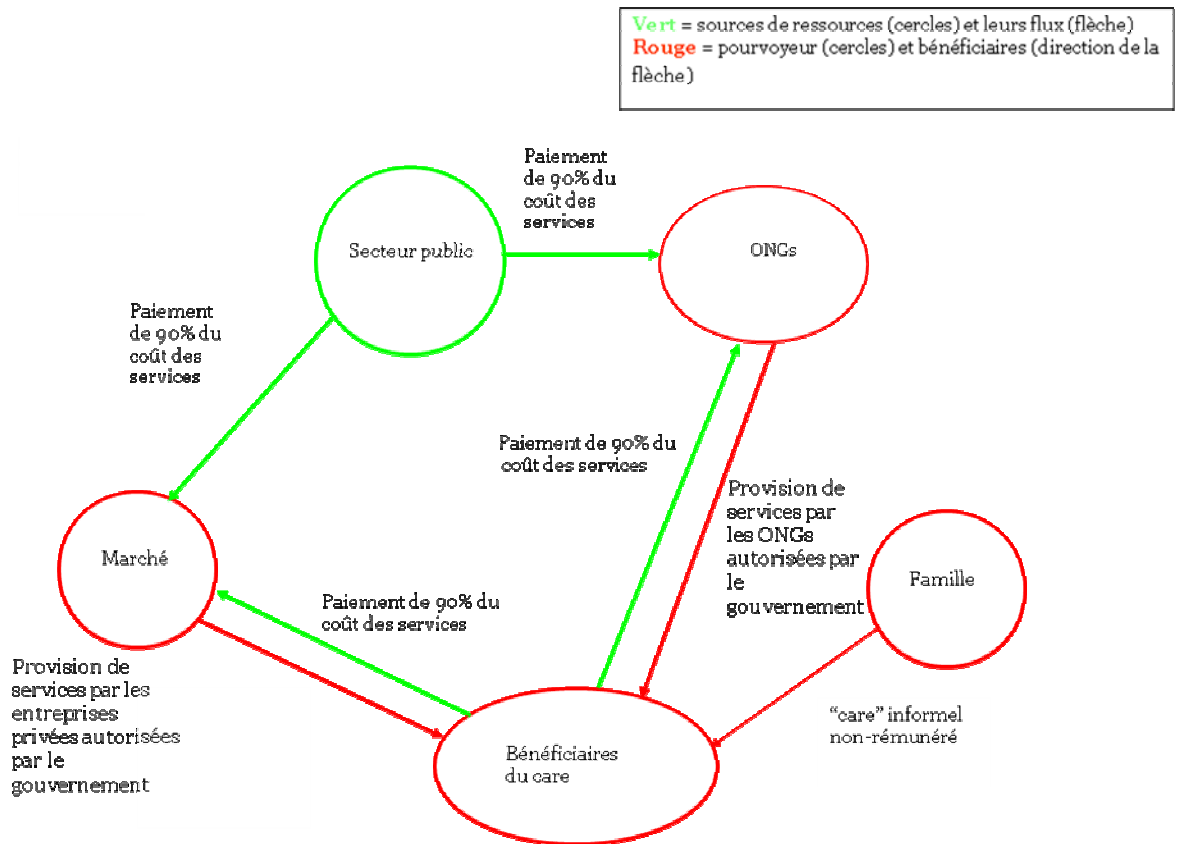
France: Configuration du « care » aux personnes âgées



Dans le cas de la **France** les politiques publiques ont un rôle très central dans le « care » aux personnes âgées, avec un grand nombre de dispositifs (cf. chapitre ci-dessus sur les politiques du « care » dans les trois pays). L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de 2002, renforce le rôle des pouvoirs locaux (Conseils Régionaux) dans ce dispositif de « care » aux personnes âgées. Le secteur associatif et les NPO (Non Profit Organisations) sont également très actifs dans la provision du care à cette catégorie d'individus. Ils sont structurés pour effectuer une véritable médiation entre les bénéficiaires du care et les différents acteurs pourvoyeurs. Le volontariat, à leurs côtés, est aussi structuré et actif depuis au moins une vingtaine d'années. Quant au marché, on constate le développement d'un marché de travail au noir et de travail informel, d'une part, et, d'autre part, le développement de structures agréées au niveaux des entreprises privées.

Graphique 3

Japon : Configuration du « care » aux personnes âgées



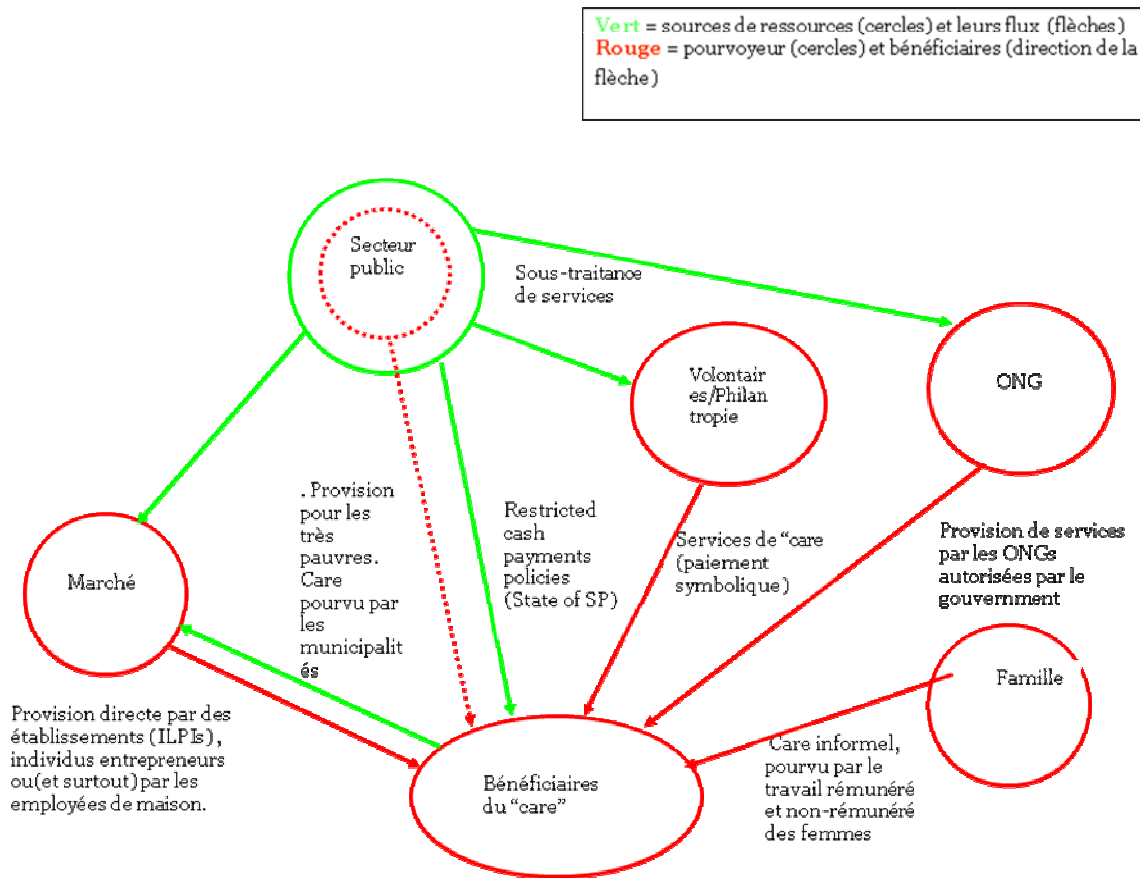
Dans le cas du **Japon**, il y a assignation du « care » aux personnes âgées à la famille et, très particulièrement, aux femmes au sein des familles³¹. Ainsi, le « care » informel non rémunéré a un rôle central dans la provision du « care » dans ce pays. Par ailleurs, le secteur public est très actif ces dernières années et surtout depuis « la reconnaissance institutionnelle du care » (Ito, 2010 : p.139) par la promulgation du LTCI – Long-Term Care Insurance – en 2000.

Comme en France, le marché assiste aux « care recipients » sous la forme d’entreprises privées qui ont l’autorisation d’opérer dans ce secteur par le gouvernement. Des flux financiers sont importants notamment entre le secteur public et le marché, d’une part, les organisations non lucratives (NPO), d’autre part. Le LTCI est financé à son tour par une cotisation obligatoire de tous les résidents de 40 ans ou plus. En cas de besoin de « care » un résident paie 10% des coûts, le gouvernement local payant les 90% restants. Enfin, des programmes plus récents tels que l’APEJI (Accord de Partenariat Economique) signé en 2007, essaient d’introduire la main d’œuvre immigrée dans le secteur du « care ».

³¹ Selon l’analyse de questionnaire sur les soins de longue durée de [Comprehensive Survey of Living Conditions](#) réalisée par le MHLW en 2004, « 13,6% des personnes âgées reçoivent des soins dans des établissements de soins de longue durée, alors que 75% sont soignées par des membres de leur famille (66% cohabitant avec, et 9% vivant séparément des soignants familiaux). Parmi ceux-ci, 75% sont de sexe féminin : belles-filles, épouses et filles. 37% des soignants familiaux sont des époux (13%) et des épouses (25%). 29% sont des fils (12%) et des filles (17%), et 31% des beaux-fils (1%) et des belles-filles (30%). La tendance générale est la diminution de la part de femmes et la diversification des relations. En ce qui concerne les relations entre le soignant et le soigné, les relations conjugales sont en progression au détriment de relations parents/enfants. De même, la part de fils augmente alors que celle de belles filles diminue nettement.

Graphique 4

Brésil : Configuration du « care » aux personnes âgées



Dans le cas du **Brésil**, ce sont les réseaux sociaux (réseaux familiaux, réseaux de voisinage, réseaux sociaux plus larges) qui sont centraux dans la prise en charge du destinataire du « care ». La famille est encore le lieu prédominant de soins et de sollicitude et le « care » est du ressort des membres de la famille, notamment des femmes, mais également des employées de maison et des femmes de ménage qui sont amenées à s'occuper également des personnes âgées au sein de ces familles.

Le marché est ainsi un pourvoyeur de soins notamment par l'offre des services de ces employées de maison, mais aussi par des entreprises de « home care », qui font l'intermédiation entre les familles qui ont besoin de « care » et les travailleurs.

L'Etat, en dépit des efforts systématiques déployés notamment depuis les années quatre-vingt-dix, n'a pas encore un programme de prise en charge des personnes âgées efficace et bien doté financièrement, en dépit de certains programmes localisés et décentralisés de type expérimentaux. Les associations œuvrent notamment dans la gestion de ces programmes.

5. Le *care* comme métier: les questions de formation, certification et conditions de travail

En ce qui concerne cet aspect sont également significatives les différences observées dans la constitution du travail professionnel du « *care* » dans les trois pays. Ces différences indiquent les formes de constitution de la régulation de ce type de travail, dans chaque cas, dans l'interface entre l'action de l'Etat et des organisations de représentation des travailleurs, ce qui indique aussi la diversité des systèmes d'emploi et de formation professionnelle qui se sont structurés dans chacun des cas.

Au **Brésil**, il n'y a pas de formation sanctionnée par un diplôme d'Etat pour les auxiliaires de vie, les « *cuidadoras* ». Il y a un seul cours de niveau universitaire, d'une durée d'un an, promu dans le cadre de l'Ecole des Infirmières de l'Université de São Paulo. Il s'agit d'une exception relativement peu connue de la masse des travailleuses du « *care* » à São Paulo. La concurrence est forte, dans ce cas, des formations d'aide soignante (« *auxiliar de enfermagem* ») et de techniciens soignants (« *técnicos de enfermagem* »), formations équivalentes, en France, à Bac+1 et Bac + 2, respectivement. Il s'agit de deux métiers sanctionnés par des diplômes reconnus par l'Etat, ce qui n'est pas le cas des formations par des organismes privés des « *cuidadoras* ». Les institutions de longue permanence des personnes âgées préfèrent embaucher ces aides soignants qui peuvent exécuter des actes techniques, que d'embaucher des « *cuidadoras* » qui ne peuvent pas administrer des médicaments ou appliquer des injections. Ces institutions font des substitutions systématiques depuis 2 ou 3 ans, de son corps de « *cuidadoras* » par des « *auxiliares e tecnicos de enfermagem* ».

Par contre, prolifèrent des cours proposés par des agences privées de formation ou par des maisons de retraite, qui ne dépassent pas 20h (5 modules de 4h, 1 module par semaine). Ces cours enseignent au « *cuidador* » à prendre soin de la personne âgée au quotidien (alimentation, hygiène, loisirs, etc.) et donne des informations sur les principales maladies et l'attitude à prendre en cas d'accidents

Au **Japon**, actuellement il existe trois catégories hiérarchisées de *homehelper* correspondant à des différents cursus de formation avec des nombres d'heures divers (1^{er} catégorie 230 heures, 2^e catégorie 130 heures et 3^e catégorie 50 heures). Il n'y a pas d'examen, cependant les personnes ayant reçu la formation obtiennent un certificat de fin d'étude. Il existe également des diplômés avec le concours de l'Etat ou publics dans le domaine de *care*. Parmi ces diplômé-e-s, le travailleur/euse le plus proche du *helper* du point de vue du travail effectué serait le *kaigo fukushishi* employés plutôt au sein des institutions de soins.

Lorsque, suite à un examen, une personne âgée est reconnue comme pouvant bénéficier d'une prestation dans le cadre de la LTCI, un *care manager* établit le *care plan* selon son degré de dépendance et ses besoins spécifiques. Selon ce planning, celui-ci va mettre en contact un établissement fournisseur de *homehelper* avec le client (la personne âgée ou la famille) qui signe un contrat. Le *care plan* peut également inclure une option d'utiliser le *day care center* signe un contrat. Le *care plan* peut également inclure, comme option, la possibilité d'utiliser le *day care center* où la personne âgée peut passer la journée. S'il s'agit d'une dépendance élevée, on peut envisager l'accueil de la personne âgée dans une institution de soin permanent. Entre les deux, il existe des pratiques de *short stay*, de courts séjours qui offrent du répit à l'entourage familial. Suivant le *care plan*, une ou plusieurs *helpers* interviennent à domicile afin de réaliser les tâches stipulées dans le *care plan*. Dans ce cadre, le travail de *care*, jusque-là non parcellisé, est désormais décomposé en tâches spécifiques en vue de la facturation de la prestation de services (Sadamatsu, 2009; Matsukawa, 2005). Dans ce contexte, les tâches qui ne sont pas reconnues par la LTCI sont exclues de la prestation.

Ainsi, la politique publique influe sur la définition de tâches domestiques, du travail de *care* reconnu institutionnellement, et du travail de *cure* (intervention d'infirmière à domicile).

Cette situation introduit une discontinuité dans le travail de soin, et cela pose problème pour les personnes âgées habitant seules, qui n'ont pas les moyens financiers d'acheter des services supplémentaires en dehors du cadre de la LTCI, et auprès desquelles aucun membre de la famille n'intervient pour les effectuer. Elle pose aussi un problème sérieux de prise en charge par des membres de la famille et notamment par des femmes, - mais non seulement, d'autant plus que le *care* devient de plus en plus l'affaire de couple -, de *care* non prise en compte socialement. Ce problème est d'autant plus grave qu'actuellement aucune mesure est prévue dans le cadre de la LTCI en vue de *care* pour *caregivers* familiaux.

La parcellisation, la spécialisation et l'organisation du travail qui vont ensemble avec la « marchandisation » du travail de *care* ne se réalisent pas de la même manière d'un lieu à l'autre, et les conditions de la mise en oeuvre sont toujours très ancrées dans les situations locales.

En **France**, le diplôme DEAVS (diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale) a remplacé, en 2002, le CAFAD (Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile), créé en 1988³². Les certifications ont pour référence le lieu du travail. Jusqu'aux années 1990 elles concernent un travail qui se déroule au sein des structures, organismes, institutions. Après les années 1990 la « maisonnée », le « domicile », apparaissent nettement comme les lieux de travail. (Makridou, 2010) Ce changement est également perceptible dans la description des activités de chaque certification.

Makridou note aussi que les conditions d'accès au diplôme de DEAVS sont plus aisées que celles pour l'accès au CAFAD. Les demandeurs d'emploi peuvent ainsi avoir accès au DEAVS.

Si le CAFAD exige 280h de formation théorique et 120h de stage, le DEAVS exige 500h d'enseignements théoriques et pratiques en centre de formation, plus 560 heures de stage (Moreau, 2003). Il relève d'un titre professionnel de niveau V (équivalent au CAP) et est reconnu par le ministère de l'emploi. Il est constitué de trois certificats qui réunissent chacun sept ou huit compétences différentes.

A cela s'ajoute les possibilités de validation des acquis de l'expérience (VAE) pour aider à la professionnalisation et au développement d'un marché du travail plus qualifié du « care » (cf. pour la VAE, Doniol-Shaw, 2005).

6. Conclusions

Nous avons situé l'environnement du *care* dans les contextes nationaux, évoquant les phases de l'évolution démographique qu'elles traversent, des perceptions sociales des rôles de la famille, du travail domestique rémunéré et du « care », et de la diversité des formes d'interventions publiques ou associatives. A l'intérieur de chaque champ du care (le travail domestique, la prise en charge de la petite enfance, le soin aux personnes âgées, handicapées et dépendantes, etc), la répartition des fournisseurs de *care* (l'Etat, le marché, la famille, la communauté) influence les conditions de sa mise en oeuvre. La configuration nationale des différents champs de *care* et la répartition des agents sont interdépendantes.

³² Pour la transformation du CAFAD au DEAVS cf. Moreau, 2003

En dépit des grandes différences qui ont été soulignées tout au long des parties précédentes, il est peut être heuristique de conclure, de manière peut être un peu provocatrice, énonçant que nous avons repéré aussi un certain nombre de convergences.

Le premier grand trait commun : dans tous les trois pays, ce sont massivement les femmes qui travaillent comme travailleuses du « care », tant à domicile que dans les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPADs en France, ILPIs au Brésil, *Kaigo sisetu* au Japon)

Ces travailleuses sont, au Brésil, des migrantes de la migration interne; au Japon, il s'agit de femmes relativement âgées ; en France, il y a une pourcentage importante de personnes d'origine étrangère ou descendants. Dans tous les trois cas, les salaires sont médiocres, et la perspective de carrière est très limitée. Ainsi, ce marché du « care » semble fonctionner sur le principe de l'inégalité (hommes/femmes, migrants/non migrants, etc.).

Une deuxième convergence : le statut précaire de l'aidant à domicile quel que soit le régime local adopté. Cette précarité correspond à un faible niveau de qualification reconnue, à une faible reconnaissance sociale de la compétence professionnelle ainsi que l'insuffisance de la spécialisation et de la formation professionnelle. Dans le cas brésilien, la formation et la formalisation du statut professionnelle insuffisantes correspondent à la difficulté d'auto-reconnaissance en tant que « cuidadoras » et non en tant qu'employées de maison, y compris quand elles accomplissent des fonctions de « cuidado », comme on a pu voir ci-dessus à partir des données de la PED. Il faut noter également l'affiliation de l'emploi de l'aide à domicile aux nouvelles formes d'emploi en développement dans le secteur tertiaire, "cuidadoras domiciliarias" au Brésil, "homehelpers enregistrées" au Japon, « auxiliaires de vie sociale » en France. La précarité de la position s'accroît lorsque la personne cumule les « désavantages » tels que le fait d'être immigrée étrangère ou interne (Inaba, 2009).

Une troisième convergence notable entre les trois pays : les gouvernements centraux s'appuient sur les réseaux locaux, notamment sur les personnes pouvant apporter une aide de proximité aux familles et aux les personnes âgées. Cet appui de l'Etat sur le secteur public municipal ne semble être uniquement une caractéristique des trois pays considérés. Miriam Glucksmann (2010) se réfère également à ce montage pour le cas de la Suède. Au Brésil, où l'implication des réseaux familiaux, de voisinage et de quartier est plus puissant, l'appui de l'Etat sur ces agents de proximité constitue toute une politique de prévention de la santé de la famille y compris des enfants et des personnes âgées au niveau de l'Etat fédéral.

Face à l'évolution démographique présentée au début de cette communication, les trois pays font face aujourd'hui à l'ensemble des questions d'actualité scientifique et sociale relatives au « care » telles que la division du travail du « care » dans la société, la professionnalisation, la qualité de ces emplois, la formation et la validation des acquis de l'expérience, entre autres. Mieux connaître ce que c'est le care et comprendre la dynamique des métiers liés au soin et à la sollicitude sont aujourd'hui un défi auquel notre communication essaie d'ébaucher quelques pistes de recherche à poursuivre.

Références bibliographiques

- Audard, Catherine (2004) « Care », in Cassin, B. (éd), *Vocabulaire européen des philosophies*, Paris : le Seuil, Le Robert, p.211-212.
- Avril, Christelle (2006) Le travail des aides à domicile pour personnes âgées: contraintes et savoir-faire, *Le Mouvement Social*, n°216, pp.87-99
- Batista, Analia Soria, Jaccoud, Luciana de Barros, Aquino, Luseni, El-Moor, Patricia Dario (2008) *Envelhecimento e dependência : desafios para a organização da proteção social*. Brasilia :Ministério da Previdência Social/Secretaria da Previdência Social, coleção Previdênica Social, vol. 28.
- Balzani, Bernard (dir) (2010). *Les services à la personne*. Paris: La documentation Française, 139p.
- Bercot, Régine, Coninck, Frédéric de (coord) (2005) L'univers des services, Paris:L'Harmattan, Logiques Sociales, 174p.
- Camarano, Ana Amélia (org.). (2010). *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 350 pp.
- CEPAL (2010) Que tipo de Estado ? Que tipo de igualdade ? , documento de base para a XI Conferencia Regional sobre a Mulher da América Latina e do Caribe, Brasilia, 13 a 16 de julho de 2010, CEPAL/Nações Unidas e Secretaria de Políticas para as Mulheres , 93p.
- Chang, K-S. (1999) Compressed modernity and its discontents: South Korean society in transition, *Economy and Society*, 28, pp.30-55
- Cahiers du genre* (2000), dossier : La relation de service. Regards croisés, n° 28, 172p.
- Constable, N. (1997) *Maid to Order in Hong Kong: Stories of Filipina Workers*, Ithaca and London: Cornell University Press, cité dans Ito R. "Saiseisan rodo no kokusai iten to jenda chitsujo no saihen" in Ito R., Adachi M. éd., 2008, *Kokusai ido to rensa suru jenda. Saiseisan no gurobaruka*, Sakuhinsha, Tokyo.
- Devetter, François-Xavier et al (2008) L'aide à domicile face aux services à la personne. Mutations, confusions, paradoxes. Synthèse. Paris : *Rapport pour la DIIESES*. 32p.
- Devetter, François-Xavier Jany-Catrice, Florence, Ribault, Thierry (2009) *Les services à la personne*, Paris: la Découverte, Repères, 122p.
- Doniol-Shaw (2005) La Validation des Acquis de l'Expérience dans les métiers d'Assistante de vie. Analyse et Enseignements, Paris, Rapport de recherche LATTs, 145p.
- Doniol, Ghislaine (2009) L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes, in *Travailler*, n° 22, p. 27-42.
- Ehrenreich, Barbara, Hochschild, Arlie Russel (ed) (2003) *Global woman. Nannies, maids and sex workers in the new economy*, New York: Henry Holt and Company, 328p.
- Fontaine, Roméo, Agnès Gramain et Jérôme Wittwer (2007), "*Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe*", *Economie et Statistique*, N°403/404, pp. 97-115
- Gadrey, Jean (2003) *Socio-économie des services*, Paris : la Découverte, Repères, 122p.

Garcia dos Santos, Yumi, Georges, Isabel (2010) Social Care workers in Brazil : re-defining frontiers between public and private sphere ? Communication for the ISA World Congress, Gothenbourg, 26p.

Garrau, Marie, Le Goff, Alice (2010) *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du Care*, Paris: PUF, Philosophies.

Georges, Isabel (2009) Trabalho precario ou inclusão social e econômica? O caso dos agentes comunitarios de saude e dos agentes de proteção social da região metropolitana de São Paulo, Brasil. Communication colloque Economie solidaire, UNICAMP, août.

Giddens, Anthony (1990) *The Consequences of Modernity*, London: Polity Press,

Gilligan, Carol (2008) [1982] *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris :Flammarion, Champs essais, 284p.

Glucksmann, Miriam (2006) Developing an economic sociology of care and rights in (ed.) L. Morris, *Rights: Sociological Perspectives*. London: Routledge

Glucksmann, Miriam (2010) Towards an economic sociology of care work: contrasting comparative configurations in four European countries, Colloque International *Migrations, Travail et Care*, CRESPPA-GTM-CNRS-Paris 8, ISP-CNRS-Paris 10, GEM-ULB, Paris, 25-26.

Gramain, Agnès, Laure Lacan, Florence Weber, Jérôme Wittwer (2005), "Économie domestique et décisions familiales dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. De l'ethnographie à la formalisation microéconomique", *Revue économique*, 56: 2, pp. 465-484

Hikaku Kazokushi Gakkai (The Society for Comparative Family History) ed. (2005) *Kaigo to Kazoku* (Care and Family), Tokyo, Waseda Daigaku Shuppanbu

Inaba, Nanako (2009), "Filipin jin ijyu josei no kiseki : Nippon ni okeru teihenso no keisei wo meguru mondai" in Research Collective on International Migration & Gender ed., *Ajia ni okeru saiseisan ryoiki no global ka to gender haichi* , pp.121-131

Ito, Ruri, Adachi M. (éd) (2008) *Kokusai ido to rensa suru jenda. Saiseisan no gurobaruka*, Tokyo: Sakuhinsha

Ito, Ruri et al (2008), "Ikanishite 'care jyoze na firipin jin' wa tsukurareruka? Caregiver to saiseisan rodo no 'kokusai shohin' ka" in Ito R., Adachi M. éd., 2008, *Kokusai ido to rensa suru jenda. Saiseisan no gurobaruka*, Sakuhinsha, Tokyo, pp.117-143

Ito, Ruri (2010) Immigration et travail de *care* dans une société vieillissante: le cas du Japon in Falquet, Jules et al (dir), *Le sexe de la mondialisation*, Paris, Presses de Sciences Politiques.

(The) Japan Institute for Labour Policy and Training (2003), *Homehelper no shigoto, yakuwari wo meguru shomondai : homehelper no shugyo jittai to ishiki ni kansuru chosakenkyu hokoku*, Chosa kenkyu hokokusho series, N°153

Kikuchi Izumi (2010) *Kazoku kaigo heno genkin siharai – Koreisha kaigo seisaku no tennkan wo megutte* (Payments for Family Care – Transformation of Elderly Care Politics), Tokyo, Koshokuken

Knijn, Trudie, Ungerson, Claire (eds)(1997) Gender and Care Work in Welfare States, n° spécial de *Social Politics. International Studies in Gender, State and Society*, vol.4, n° 3, 124p.

- Lancman, Selma, Uchida, Seiji, Szelwar, Laerte, De Andrade Jardim, Tatiana (2007), Un agent de santé communautaire: un travail où l'on s'expose, *Travailler*, 2007/1, n° 17, p.97-124.
- Letablier, Marie-Thérèse, Weber, Florence (org) (2008), *Retraite et société* 2008/1, n° 53.
- Lima, Jacob Carlos, Cockell, Fernanda F. (2008-9), "As novas institucionalidades do trabalho no setor publico: os agentes comunitarios de saude", *Trabalho, Educação, Saude*, vol. 6, n° 3, p. 481-501, nov. 2008-fev. 2009.
- Lyon, Dawn, Glucksmann, Miriam (2008) Comparative Configurations of Care Work across Europe, in *Sociology*, Volume 42(1), p. 101-118, february.
- Makridou, Efthymia (2010) L'aide à domicile pour personnes dépendantes et le développement des services à la personne : élargissement des compétences, précarisation d'emploi, communication au colloque international « La dimension relationnelle des métiers de service : cache-sexe ou révélateur du genre ? », GDRE MAGE, LabSO, LIEGE (org.) Université de Lausanne, 2-3 septembre 2010
- Marquier, Rémy (2010) « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008, *Etudes et résultats* n° 728, juin, Paris : DREES, 8p.
- Martin, Claude (2001), "Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes", *Travail, genre et société*, N°6, pp. 83-103
- Martin, Claude (2008), "Qu'est-ce que le social care ? Une revue de questions", *Revue française de Socio-Economie*, N°2, pp.27-42
- Matsukawa Seiichi (2005), "Kaigo service no shohin ka to homehelp shoku no rodo katei", *Tokyo Gakugei Daigaku Kiyo*, 3:56, pp.139-153
- Miranda, Adelina (2003) Une frontière dans l'intimité. La confrontation culturelle entre femmes étrangères et femmes autochtones dans l'espace domestique, in *CEDREF, Genre, travail et migrations en Europe* , p. 115-132.
- Miranda, Adelina (2010) Ces migrations féminines qui interrogent l'espace domestique. Migrants d'Europe de l'est dans la région de Naples, communication à la journée *Migrations, Travail invisible et Globalisation*, Pôle international et interdisciplinaire *Travail, Espaces et Mondialisation*.
- Mitomi, Kiyoshi (2010) *Obei no kaigo hoshu to kaigoshu shien - kazoku seisaku to shakaiteki hosetsu, fukushi kokka ruikeron* (Long term care and caring for carers in Europe and the USA - family policies, social inclusion and welfare state typology), Kyoto, Minerva shobo
- Molinier, Pascale, Laugier, Sandra, Paperman, Patricia (2009) *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris : Payot & Rivages, Petite Bibliothèque Payot, 298p.
- Moller Okin, Susan ((2008)[1989] *Justice, genre et famille*, Paris: Flammarion, Champs essais.
- Moreau Sylvie (2003) Du CAFAD au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale, *Gérontologie et société*, n° 104, 2003, p. 149-160.
- Morikawa Mie (1999), "Zaitaku kaigo rodo no seidoka katei: shoki (1970 nenndai – 1980 nenndai zenhan) ni okeru ryoiki settei to koishazokusei no rennkan wa megutte", *Ohara shakaimonai kenkyusho zasshi*, N°486, pp. 23-30
- Ochiai E., Molony B. (éd) (2008), *Asia's New Mothers*, Global Oriental, Kent, UK.

- Ochiai E. (2009) "Care Diamonds and Welfare Regimes in East and South-East Asian Societies: Bringing Family and Welfare Sociology" in *International Journal of Japanese Sociology*, N°18, pp.60-78.
- Paperman, Patricia, Laugier, Sandra (dir) (2005) *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris : Editions de l'EHESS, 348p.
- Parrenas, Rhacel Salazar (2001) *Servants of Globalization. Women, migration and domestic work*, Stanford, Stanford University Press, 309p.
- Research Collective on International Migration & Gender ed. (2009), *Ajia ni okeru saiseisan ryōiki no global ka to gender haichi*, rapport, Hitotsubashi University
- Retraite et société* (2008), Face à la dépendance : familles et professionnels, n° 53, 2008/1, 228 pages
- Revue Française de Socio-Economie* (2008), *Le care : entre transactions familiales et économie des services*, second semestre 2008, Paris : la Découverte, 237p.
- Sadamatsu A. (2009) "Nippon no kaigo fukushi to gaikokujin kea rodosha no ichi zuke" in Research Collective on International Migration and Gender Ed., *Ajia ni okeru saiseisan ryōiki no gurobaruka to jenda saihachi* (Globalization of the Reproductive Sphere and Gender Reconfiguration in Asia), pp.152-162
- Azevedo dos Santos, Silvia Maria, Rifiotis, Theophilos (2006) Cuidadores familiares de idosos dementados : uma reflexão sobre a dinâmica do cuidado e da conflitualidade intra-familiar. Laboratorio de Estudos das Violencias, CFH/UFSC, in <http://www.cfh.ufsc.br/>
- Sassen, Saskia (2002) Countergeographies of globalization: the feminization of survival, paper presented at the conference on *Gender Budgets, Financial Markets, Financing for Development*, Feb 19th & 20th, Berlin
- Silveira, Maria Lucia da, Tito, Neuza (org) (2008) *Trabalho domestico e de cuidados. Por outro paradigma de sustentabilidade da vida humana*, São Paulo : SOF, 130p.
- Soria Batista, Analia, Barros Jaccoud, Luciana, Aquino, Luseni, Dario El-Moor, Patricia (2008) *Envelhecimento e Dependência : Desafios para a Organização da Proteção Social*, Ministério da Previdência Social/Secretaria de Previdência Social, Coleção Previdência Social, n° 28.
- Revue Travailler*, Dossier : Travail domestique et affectivité, n° 8, 2002, 220p.
- Tronto, Joan (2009) [1993] *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : la Découverte, Textes à l'appui/philosophie pratique, 238p.
- Tsudome Masatoshi, Saito Mao (2007) *Dansei kaigoshu hakusho* (White paper on male carers), Kyoto, Komogawa shuppan
- Weber, Florence, Trabut, Loïc (2009) How to Make Care-Work Visible? The Case of Dependence Policies in France, in Lisa A. Keister (ed.) *Economic Sociology of Work (Research in the Sociology of Work, Volume 18)*, Emerald Group Publishing Limited, pp.343-368



centro de estudos da metrópole



centro de estudos da metrópole

www.centrodametropole.org.br

