

Distr.
RESTREINTE

LC/R.2145
16 avril 2008

FRANÇAIS
SEULEMENT

Quarante-et-unième réunion du Bureau de la
Conférence régionale sur les femmes
de l'Amérique latine et des Caraïbes

Bogota, 24 et 25 avril 2008

ÉCONOMIE DES SOINS AUX ENFANTS EN HAÏTI: PRESTATAIRES, MÉNAGES ET PARENTÉ

Le présent document a été préparé par Nathalie Lamaute-Brisson, consultante de la Division Femmes et Développement de la CEPALC pour être présenté à la quarante-et-unième réunion du Bureau de la Conférence régionale sur les femmes de l'Amérique latine et des Caraïbes. Ce document n'a pas été soumis à une révision éditoriale, et les opinions qui y sont émises sont de la responsabilité de l'auteur et peuvent différer de celles de l'Organisation.

2008-256

Version préliminaire – 14 Avril 2008

Distr.
RESTREINTE

LC/R.2145
16 avril 2008

FRANÇAIS
SEULEMENT

Quarante-et-unième réunion du Bureau de la
Conférence régionale sur les femmes
de l'Amérique latine et des Caraïbes

Bogota, 24 et 25 avril 2008

**ÉCONOMIE DES SOINS AUX ENFANTS EN HAÏTI: PRESTATAIRES,
MÉNAGES ET PARENTÉ**

Le présent document a été préparé par Nathalie Lamaute-Brisson, consultante de la Division Femmes et Développement de la CEPALC pour être présenté à la quarante-et-unième réunion du Bureau de la Conférence régionale sur les femmes de l'Amérique latine et des Caraïbes. Ce document n'a pas été soumis à une révision éditoriale, et les opinions qui y sont émises sont de la responsabilité de l'auteur et peuvent différer de celles de l'Organisation.

2008-256

Version préliminaire – 14 Avril 2008

ÍNDICE

Chapitre I.- L'économie des soins: un cadrage théorique.....	3
Chapitre II.- Les savoirs empiriques sur les prestataires de soins aux enfants en Haïti	23
Chapitre III. Les prestataires de soins aux enfants selon l'Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti	29
Eléments pour la conclusion	37
ANNEXE 1	41

Chapitre I.- L'économie des soins : un cadrage théorique

1. Cette étude porte sur l'économie des soins aux enfants (et tout particulièrement les enfants de moins de cinq ans) en Haïti. Outre le fait que le travail de prestation des soins effectué demeure largement invisible pour les raisons que l'on connaît (le travail du genre) et qui dépassent le contexte haïtien, le travail des soins est relativement peu exploré dans les études sur Haïti. De plus, il est généralement abordé à partir d'une problématique connexe : l'état nutritionnel des enfants par exemple où les soins et les prestataires sont d'abord des instruments (Menon et al. 2003), les moyens d'existence des ménages (ADRA 1996). Quelques enquêtes comportent un module sur la garde des enfants et les personnes chargées de cette garde (EMMUS 1994, ECVH 2001) ou sur la contribution des pères aux soins prodigués à leurs enfants (EMMUS 2000). Mais ces enquêtes ont été peu exploitées.

2. Ce chapitre propose les fondements d'un cadrage théorique de la prestation des soins aux enfants en Haïti. Il y a un mouvement de va-et-vient entre les théories existantes sur le « care » comme tel et le travail des soins et les informations empiriques disponibles sur la famille, le travail domestique, les modes de prestation des soins en Haïti. Il faut souligner le caractère disparate des informations construites ou obtenues à partir de problématiques initialement étrangères à la question des soins aux enfants ou de problématiques « connexes ». Ces informations sont également dans bien des cas *localisées* : elles ont été produites à partir de petites études de cas, dans telle ou telle zone rurale ou dans tel quartier urbain. Ceci rend le mouvement de va-et-vient entre le théorique et l'empirique particulièrement ardu : comment prendre le risque de la généralisation à partir de cas isolés même s'ils sont concordants ? On tente toutefois de ne pas les écarter en insistant le cas échéant sur leur « fragilité » essentiellement pour exhorter à aller vers plus de pertinence des cadrages théoriques.

3. On part du problème de la définition du travail des soins pour ensuite aborder sa place dans la reproduction sociale et plus largement l'économie des soins, sa configuration et sa représentation dans l'économie nationale. Puis, on s'intéresse à l'offre de soins ou plus précisément aux acteurs qui effectuent le travail de soins, la prestation de soins aux personnes dépendantes (enfants, personnes âgées, personnes malades). L'accent est mis sur les soins aux enfants de moins de cinq ans : *Qui* prend en charge la prestation de soins à ces enfants ? Pour répondre à cette question, on propose un canevas permettant d'identifier les principaux acteurs. Il apparaît dans le cas haïtien que la prestation de soins aux enfants émane d'abord des familles et plus largement de la sphère domestique (celle de la non-accumulation). Toute la question est alors d'élucider les modes de prestations de soins dans la sphère domestique : on suppose en effet une hétérogénéité des prestataires et des « care arrangements ».

4. Les définitions du travail de soins sont multiples. Il faut à tout le moins éviter celles qui en dressent une image quelque peu idyllique – comme celles qui rattachent les soins au développement durable - en supposant que les soins ont pour finalité le bien-être des individus bénéficiaires. On sait en effet que la maltraitance peut être associée aux soins (Izquierdo (2003), qu'il existe des arbitrages – notamment en matière de nutrition – effectués au détriment des enfants, et que les enfants sont mobilisés pour être eux-mêmes des prestataires de soins soit de manière routinière en fonction des normes en vigueur, soit de manière exceptionnelle lorsque les parents ou les tuteurs ne sont pas eux-mêmes en condition de produire les soins à leurs dépendants (« young carers »)¹.

¹ Il ne s'agit pas d'écarter d'un revers de la main la préoccupation de faire émerger des pratiques de soins et des configurations institutionnelles visant effectivement au bien-être des individus dépendants. Cette préoccupation est de l'ordre du normatif que l'on cherche à faire advenir et non de l'ordre de l'analyse des faits en tant que tels.

5. On peut distinguer deux grandes tendances dans les tentatives de définition du travail de production de soins (« caring labor ») : celle qui renvoie les soins au fait d'élever, d'éduquer (« nurturance ») et l'autre qui renvoie au travail de production de la force de travail (« reproductive labor »). Dans la première perspective, il s'agit d'un « travail qui fournit un service de face-à-face et développe les capacités des bénéficiaires du service » (England, Budig, Folbre 2002 : 459). Dans la seconde perspective, la reproduction sociale est conçue comme englobant « various kinds of work – mental, manual and emotional – aimed at providing the historically and socially, as well as biologically, defined care necessary to maintain existing life and to reproduce the next generation » (Laslett, Brenner 1989 : 383).

6. Les deux tendances ont leurs avantages et leurs inconvénients. La première met l'accent sur les relations interpersonnelles en articulant sentiments, responsabilité, et action responsive. Tronto et Fisher (1990) soulignent ainsi qu'il existe plusieurs modalités ou phases du travail de soins : « caring about », « taking care of », « caregiving » et « care-receiving » qui s'imbriquent l'une à l'autre. En revanche, si la seconde approche reconnaît l'existence des rapports interpersonnels, la perspective dessinée est plus large et permet d'englober les prestations dépourvues de la dimension émotionnelle associée au « caring about ». Si l'on suit en effet la définition de Laslett et Brenner (1989), l'individu (ou l'entité) qui produit la prestation n'est pas nécessairement, par exemple, la mère de l'enfant, ou le fils ou la fille de la personne âgée. De plus, il n'y a pas nécessairement de retour ou de compensation (« care-receiving ») de la prestation². La prestation de soins n'en est pas moins constitutive de la poursuite de la vie et de la production des nouvelles générations.

7. L'approche de l'« éducation » (« nurturance ») conduit à établir une différence de nature entre les soins produits dans le cadre de l'économie non-rémunérée et ceux produits par les activités économiques classiquement intégrées dans la comptabilité nationale. Himmelweit distingue en effet une sphère qui échappe précisément au cadre conceptuel de la comptabilité nationale – celle du travail non rémunéré ou encore « unpaid economy » et une autre qui englobe la production de biens et de services marchands et non-marchands (publics). La première sphère où se déploie le travail non rémunéré des femmes correspond à l'**univers des ménages** au sein desquels les soins sont prodigués aux enfants et aux personnes âgées ainsi qu'aux personnes malades ou handicapées dans les ménages et dans la « communauté ». Dans la seconde sphère, les prestations de soins relèvent soit des entreprises privées soit du secteur public³. Ces deux sphères sont le lieu de rationalités différentes : le sens de responsabilité vis-à-vis des personnes dépendantes (enfants, personnes âgées et handicapés) façonné par des normes est particulièrement présent dans la sphère du travail non rémunéré tandis que la rationalité économique standard s'appliquerait mieux au travail rémunéré⁴. Une telle caractérisation repose sur plusieurs hypothèses.

- a. La séparation des deux rationalités suppose que le travail du « caring » est effectué par les parents et plus précisément les mères des enfants. Il est vrai que ce sens de responsabilité peut conduire à des arbitrages particuliers dans l'allocation du temps des mères à l'emploi et au travail du « caring ». Mais ceci n'est pas universel. On constate également (notamment dans les pays en développement) que la pourvoyance et plus particulièrement la survie peuvent l'emporter sur les soins : les mères sont moins présentes qu'il ne le faudrait (elles raccourcissent par exemple la durée de la lactation car il leur faut retourner sur le marché de l'emploi, reprendre le commerce par exemple) et les enfants sont confiés à autrui.

² . Murillo insiste ainsi sur le sacrifice consenti dans les cas de forte dépendance. Cité in Aguirre.

³ Le secteur public se distingue du secteur privé : il peut fournir, à la différence de celui-ci, les infrastructures économiques et sociales nécessaires à la prestation des soins, en sus des services d'éducation et de santé par exemple

⁴ Encore que cela soit discutable : il existe de nombreux travaux en économie qui récusent la représentation de l'*homo oeconomicus* en faisant intervenir les normes et la socialisation. Cf. Pour une autre économie.

- b. On suppose en outre que les enfants sont d'abord et avant tout l'objet des soins. Pourtant si l'on reconnaît le caractère dépendant des enfants, ceux-ci sont aussi considérés, dans les sociétés agricoles notamment, comme une ressource pour les travaux domestiques et les travaux productifs. Les filles sont dès leur plus jeune âge affectées aux tâches domestiques et les garçons sont principalement affectés aux travaux non-domestiques. Le travail des unes et des autres est perçu comme partie intégrante de leur socialisation (à laquelle contribue la prestation des soins), de leur formation même. De plus, il s'inscrit dans la dynamique intergénérationnelle des flux de richesse : « le travail donné par un enfant aujourd'hui lui sera rendu demain par le travail d'autres enfants (...) il n'est qu'une avance qu'ils récupéreront, une fois devenus parents, un échange différé entre générations » (Cabanes 1996). Mais le travail des enfants dans le groupe domestique est d'abord et surtout une obligation pour la survie (Lange 1996). Quelques études de cas montrent que les jeunes enfants de paysans constituent, en Haïti, des organisations de vente collective de travail dans certaines zones (Lamaute-Brisson, Damais, Egset 2005).
- c. Outre la participation des enfants à la prestation de soins à leurs frères et sœurs évoquée plus haut, il y a mobilisation, par les ménages, d'enfants non-apparentés mais aussi d'enfants apparentés en tant que prestataires de soins dans le cadre de relations de domesticité. On retrouve en effet des *enfants domestiques* qui travaillent aussi bien dans la prestation directe de soins aux enfants du ménage auquel ils ont été confiés (garde d'enfants) que dans les travaux domestiques qui fonctionnent comme une pré-condition des soins. Il y a là une *délégation* qui oblige à élargir l'éventail des catégories de soins. Celles-ci sont au nombre de trois (Marco 2007) : a) les soins spontanés, occasionnels et volontaires, b) les soins nécessaires fournis aux enfants et aux personnes malades, les soins personnels délégués à d'autres personnes. La délégation de la prestation peut s'effectuer soit dans la sphère domestique (on recourt par exemple aux voisins, aux réseaux d'amis, etc.), soit dans la sphère marchande (entreprises de prestation de soins). Avec la mobilisation des enfants domestiques, les soins délégués relevant de la sphère domestique se scinderaient en deux sous-catégories : ceux reposant sur des relations de parenté ou l'appartenance à des réseaux de proximité (voisins), et ceux qui mobilisent une relation de domesticité particulière puisque qu'elle engage des adultes et des dépendants (qui ont besoin d'une prestation de soins) que les premiers transforment en prestataires de soins en les privant, dans une bonne partie des cas. Plusieurs études soulignent en effet que, par exemple, l'état nutritionnel des enfants déplacés (d'un ménage à un autre) et en particulier des enfants en domesticité est moins bon que celui des enfants vivant avec leurs parents (Berggren et Berggren 1991).
- d. Il faut souligner que le « confiage » des enfants à d'autres ménages est généralement expliqué par la pauvreté. Il s'agit d'une stratégie d'adaptation des ménages : lorsque les ressources pour nourrir les membres du ménage manquent de manière importante (en cas de sécheresse par exemple), le ménage fait face en modifiant sa taille. Il faut ajouter à cela que fréquemment, l'une des motivations premières des parents qui confient leurs enfants est de permettre à ceux-ci d'aller à l'école. C'est d'ailleurs l'un des éléments majeurs du « contrat » entre le ménage qui confie et le ménage d'accueil.
8. Le choix de l'approche du travail reproductif permet d'échapper à la dichotomie instaurée par Himmelweit (2002) ou par Folbre (2005). Lorsqu'Himmelweit institue deux rationalités différentes, c'est qu'en amont elle considère que le « caring » est constitué d'une part de la *motivation* à prendre soin d'autrui et de la *prestation de soins* en tant qu'activité d'autre part. Dans l'économie rémunérée, c'est l'échange marchand qui prévaut et la motivation n'est que monétaire⁵ Dans un article antérieur, Himmelweit (1999) s'inscrit pourtant en faux contre cette dichotomie. Les activités de soins doivent

⁵ Folbre abonde dans le même sens qu'Himmelweit en affirmant ce qui suit "Care work always has to have some intrinsic motivation, people have to do it because for reasons which have to do with their own feelings and commitments and obligations". Ce que l'on ne retrouve pas dans les prestations rémunérées de soins. Ceci n'est guère évident...

être conçues *en général* comme des activités qui ne peuvent pas être pleinement marchandes : les individus exerçant les emplois correspondants ont des motivations qui ne sont pas purement monétaires et se préoccupent des résultats de leur travail. Ceci est dû au fait qu'une relation se développe (inévitavelmente) entre le prestataire de soins et le bénéficiaire des soins.

9. La prestation des soins est généralement d'abord le fait des femmes. D'une part, il y a une division du travail selon le genre entre les deux sphères : les femmes consacrent leur temps (de travail) à l'économie domestique ou le partagent entre travail marchand et travail domestique tandis que les hommes allouent d'abord – sinon exclusivement – leur temps à l'économie marchande. Pour être plus précis : on retrouve généralement relativement plus de femmes dans le travail domestique. D'autre part, la sphère domestique est structurée selon le genre : le temps que les femmes en couple allouent au travail domestique dans les ménages et tout particulièrement au travail de prestation des soins est plus important que celui de leur conjoint. Ici entre en ligne de compte le pouvoir de négociation des membres des ménages. On ajoutera à cela que la mobilisation de la parenté, de la fratrie notamment pour les soins aux enfants est d'abord une mobilisation de femmes : grand-mères, tantes, sœurs. De même, le recours aux employés domestiques et aux enfants en domesticité est une mobilisation de femmes. De même, lorsque les mères émigrent, elles sont le plus souvent remplacées par des femmes⁶. On note au passage qu'il y a alors modification du rôle des mères dans l'économie des soins : de prestataires exclusives ou de prestataires/travailleuses, elles deviennent des « pourvoyeuses » exclusives à travers les transferts (« remittances ») qu'elles envoient au ménage désormais responsable de leurs enfants.

10. La prestation des soins est au fondement de la reproduction sociale au sens large : elle participe en effet de la production de nouvelles générations et de leur socialisation ainsi que du maintien des personnes handicapées et des personnes âgées. En ce sens, le travail non rémunéré de la sphère domestique joue un rôle essentiel dans le développement de la « fabrique sociale » et le façonnement de l'ordre social. Là encore, il convient d'éviter les définitions optimistes. Par exemple Himmelweit (2002 : 53) estime que l'économie non rémunérée des soins contribue au développement du « sens de la communauté, de la responsabilité civique, et des normes qui maintiennent la confiance, la bonne volonté ». On considérera plutôt que la prestation des soins entendue comme ensemble *d'activités, de processus et de relations de face à face* par lesquels les être humains sont (directement ou indirectement) produits, et maintenus (matériellement et psychologiquement) au quotidien et à l'échelle intergénérationnelle est elle-même façonnée par les structures et les normes sociales et contribue, d'une manière ou d'une autre à les reproduire ou éventuellement à les modifier⁷.

11. De manière plus précise, la prestation des soins requiert du *temps*, de *l'argent*, la *transformation de biens et de services*. La mesure du temps consacré à la prestation des soins fait l'objet de discussion. Le point de vue de Folbre (2006) sur la définition du temps alloué à la prestation de soins consiste à faire une analogie à partir du cas du pompier. Le temps passé dans des activités réalisées *avec les enfants* n'est qu'une composante du temps de la prestation de soins. C'est du « *temps actif* » (en considérant le temps passé par le pompier à lutter contre le feu). Mais il y a aussi le temps de la *supervision* (qui correspond, dans le cas le pompier, au temps alloué au contrôle et à l'entretien des équipements), et le *temps de l'état d'alerte* (« *on-call* ») ou de la *disponibilité à parer à toute éventualité*. Être disponible pour répondre à toute situation est moins demandeur en temps. Ce n'en est pas moins une composante significative de la prestation de soins.

⁶ Beneria (s.f. : 8) souligne que ces mères sont généralement remplacées – dans le cas des pays d'Amérique Latine – par d'autres femmes (même lorsque les pères assument la responsabilité de la prise en charge) issues de la parenté proche ou de la « famille étendue ».

⁷ A cet égard, il est utile de se reporter à Gérald F. Murray qui montre, sans nommer le travail de soins, comment celui-ci est, dans le domaine de la nutrition des enfants, une véritable *socialisation à la rareté* en milieu rural.

12. La prestation des soins dans la reproduction du système économique : elle produit les ressources humaines employées dans l'économie. A cet égard, la tendance du travail de production de la force de travail se caractérise par un biais fonctionnaliste⁸ qu'il est nécessaire de dépasser. Il faut en effet considérer que les fonctions économiques à assumer par les nouvelles générations produites sont ouvertes. Autrement dit, dans certaines sociétés, la prestation des soins contribue effectivement à produire la force de travail destinée à la salarisation. Dans d'autres, il s'agit de produire des ressources humaines qui seront mobilisées dans la petite production indépendante (comme aides familiaux ou comme travailleurs indépendants) dans l'agriculture notamment, mais aussi dans d'autres secteurs ou branches d'activité (commerce, production artisanale, etc.). Hormis ces deux grandes voies, il y en a une troisième – qui n'est peut-être pas un *modèle* en soi, en supposant que tout modèle s'ancre dans la durée en fonction de régularités – où l'insertion des nouvelles générations dans l'emploi, salarié ou non, est très largement compromise. On peut citer précisément à cet égard le cas d'Haïti où les jeunes entrants potentiels sur le marché du travail sont écartés de celui-ci par découragement, faute d'y trouver des opportunités d'emploi, s'y retrouvent principalement en tant que chômeurs. Le taux d'activité des jeunes est très bas, et le taux de chômage ouvert des jeunes de 15-24 ans est de 45%, 88% de ces jeunes chômeurs sont des primo-demandeurs d'emploi et représentent 40% du total des chômeurs de 15 ans et plus⁹. Ces chiffres issus du dernier recensement de population (2003) se situent dans le droit fil des constats antérieurs sur le fonctionnement des marchés de l'emploi depuis les années 1980 (Lamaute-Brisson 2000). Dans ces conditions, les prestations de soins produisent « essentiellement » des êtres humains dont la fonction dans l'économie nationale reste à définir en fonction des dynamiques économiques. Si l'on intègre dans l'analyse les interrelations entre l'économie nationale et le reste du monde, on observe que l'économie haïtienne produit des ressources humaines qui seront transformées en main-d'œuvre dans les pays d'émigration (Etats-Unis notamment). C'est un pays d'exportation de main-d'œuvre (Fass 1991, Mathelier et Montas 2002, Montas 2007). En retour, les transferts des travailleurs émigrés financent la prestation de soins, par-delà leur fonction macroéconomique de compensation du déficit commercial haïtien vis-à-vis du reste du monde (Lamaute-Brisson 2002).

13. De ce qui précède, il ressort que, pour plus de pertinence, il est préférable de considérer que la prestation des soins a pour finalité *première* la production des êtres humains en tant qu'êtres sociaux. Le statut de la population dans la société dépend ensuite des modes de mobilisation de celle-ci par la petite production marchande, par le capitalisme et par l'Etat à **l'intérieur des frontières nationales et au-delà de celles-ci.**

14. De la prestation des soins à l'économie des soins dans le circuit économique : les interdépendances entre économie non-rémunérée et économie rémunérée. Dès lors que l'on admet que la prestation de soins est au fondement de la reproduction sociale et qu'elle peut – dans certaines sociétés – produire des ressources humaines pour la production de biens et de services (via la salarisation ou le travail indépendant), il convient de repenser la représentation du circuit de l'économie nationale¹⁰.

- a. On distingue l'économie rémunérée (« paid economy ») de l'économie non-rémunérée (« unpaid economy »). La seconde renvoie au « secteur domestique », celle des ménages notamment, où l'on exerce des activités destinées à autrui ou à la communauté ou des emplois non-rémunérés pour des entreprises tournées vers le marché. Les activités destinées à autrui - c'est-à-dire le travail des soins - sont exercées dans les familles/ménages hors logique

⁸ Ce biais se retrouve, de manière moins marquée, chez Folbre (2006) qui précise que les prestations de soins visent à produire la nouvelle force de travail et les nouveaux contribuables.

⁹ Ne sont pas pris en compte ici les jeunes de 15 à 24 ans qui n'ont pas cherché du travail parce que découragés au cours de la période de référence du recensement de janvier 2003, soit 257 095 personnes contre 201 942 chômeurs ouverts de 15 à 24 ans.

¹⁰ On s'inspire ici des contributions de Himmelweit (2002), Folbre (2006) et Elson (1998).

marchande (« unpaid non-market orientated labor ») et peuvent être déléguées à d'autres personnes ou peuvent être achetées sur le marché.

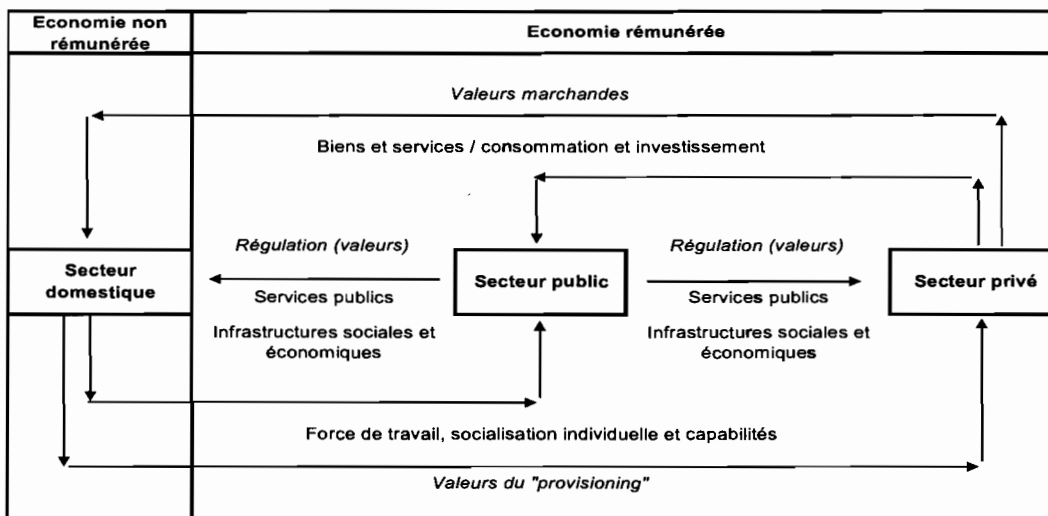
- b. Le travail des soins dans le secteur domestique produit des ressources humaines pour l'économie rémunérée où coexistent le secteur privé porté par une logique de recouvrement des coûts et de profit et le secteur public porté, selon Elson (1998) par une dynamique de régulation¹¹. Il requiert des biens et des services provenant du secteur public – dans certaines sociétés ou dans certains segments de la société - ainsi que du secteur privé. Le secteur public fournit également des infrastructures économiques et sociales qui peuvent être mobilisées pour la prestation des soins au sens large.
- c. Les relations entre les trois secteurs sont à la fois « matérielles » (flux de biens, de services et de personnes) et virtuelles dans la mesure où il y a émission de « signaux » comme les prix, les règles et les valeurs (Elson 1998) qui contribuent à déterminer les comportements et la coordination entre les trois secteurs.
- d. Mais il faudrait ajouter, dans le secteur domestique, les institutions à but non lucratif (ONG, fondations, etc.) qui produisent ou contribuent à la production des services de santé et de nutrition mais aussi d'éducation destinés directement aux membres des ménages sur la base d'une logique de don¹². Les ménages du secteur domestique fournissent à ces institutions plutôt nombreuses en Haïti des ressources humaines produites par le travail des soins.
- e. La prestation des soins peut être commune à l'économie non-rémunérée et à l'économie rémunérée dès lors que les entreprises privées ou le secteur public s'y consacrent. Les prestations de soins des secteurs public et privés tendent, historiquement, à se substituer partiellement aux prestations effectuées au sein des familles ou des ménages¹³. Ces prestations extérieures à la famille n'articulent pas moins valeurs marchandes (ou valeurs du service public ...) et valeurs du « provisioning ».

¹¹ Rien n'est moins sûr dans certaines sociétés. Il faut aussi prendre en considération le cas des Etats « faibles » ou encore des Etats où les normes de régulation sont produites pour ne pas être appliquées.

¹² Même que les services sont payés par les ménages, leur prix n'est pas fixé en fonction du principe de recouvrement des coûts.

¹³ On ne saurait parler de substitution complète. Les prestataires extérieurs à la famille ne remplacent jamais totalement celle-ci à moins qu'elle ne soit défailante ou inexistante en raison même du fait que le travail des soins est un travail *relationnel*. De plus, il y a plutôt reconfiguration des modalités concrètes de la prestation des soins plutôt qu'une disparition pure et simple.

SCHÉMA 1. LES INTERDÉPENDANCES ENTRE L'ÉCONOMIE NON-RÉMUNÉRÉE ET L'ÉCONOMIE RÉMUNÉRÉE



Source : Adapté de Elson (1998) et Himmelweit (2002)

Note : *Valeurs du « provisioning »* : valeurs propres au travail domestique destiné à autrui, à la prestation des soins.

f. En attendant de recueillir les données idoines pour le cas haïtien, il convient d'identifier quelques interrogations ou d'énoncer quelques réserves sur la pertinence de cette représentation dans le cadre d'une économie nationale :

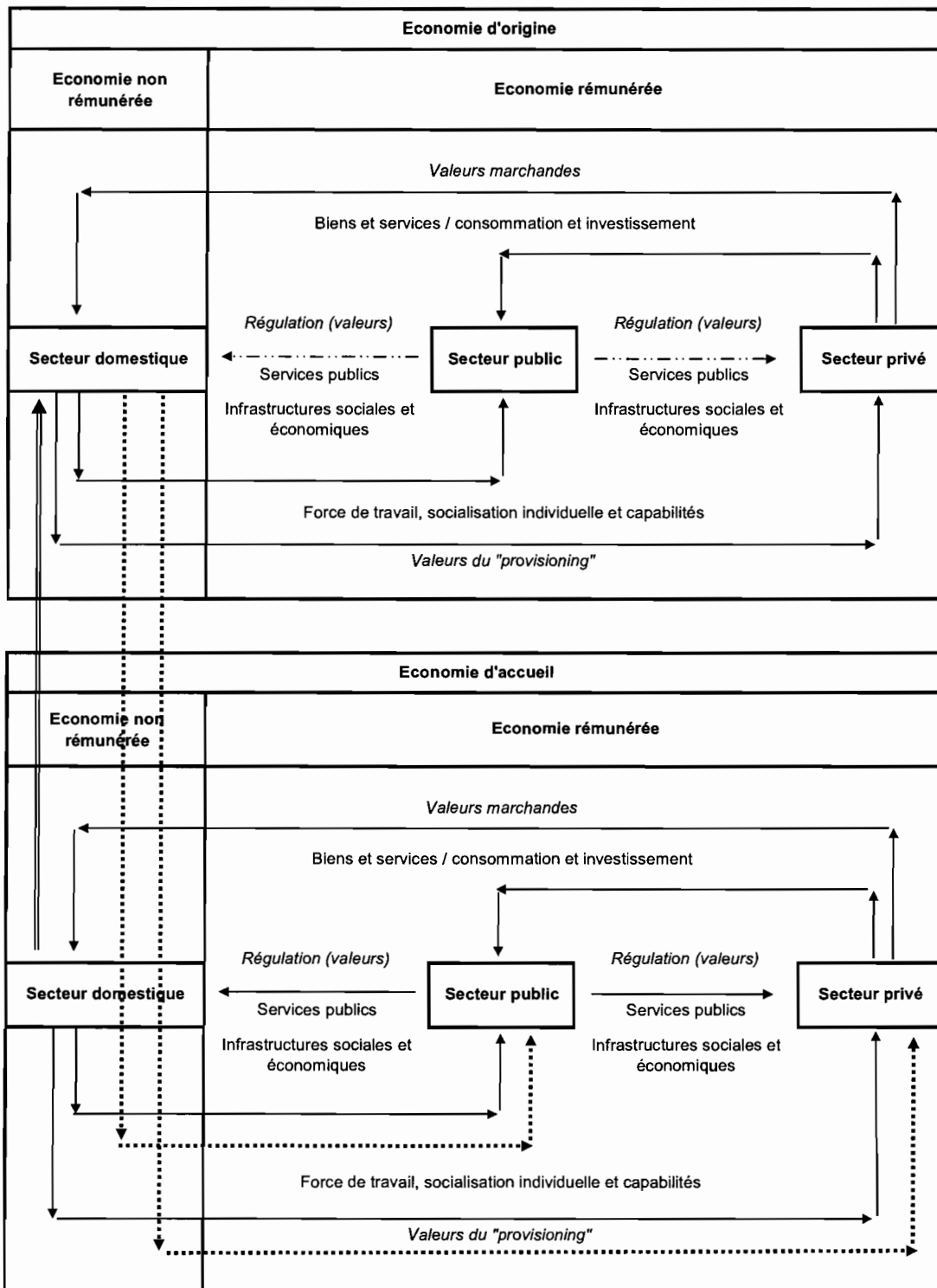
- i. Le secteur public, plutôt faible, produit-il effectivement une dynamique de régulation (au sens de la production *et* de l'application de normes) sur l'ensemble des secteurs (et de leurs composantes), dans tous (ou presque tous) les domaines et en particulier sur le travail de soins ? Par ailleurs le secteur public produit peu d'infrastructures sociales et économiques, largement en-deçà des besoins. L'interdépendance est dès lors limitée entre le secteur domestique et le secteur public.
- ii. Si le secteur privé fournit des biens et des services permettant la production des soins, les situations sont très contrastées entre le milieu rural et le milieu urbain¹⁴ et il importe de mettre en évidence les différenciations entre ces deux milieux tout comme d'ailleurs les inégalités internes aux milieux.

g. Il importe par ailleurs d'intégrer les considérations relatives à la « transnationalisation » de la reproduction économique et sociale :

- i. Le secteur domestique des ménages haïtiens fournit des ressources humaines aux secteurs privé et public des économies d'accueil des émigrés ;
- ii. Ce même secteur domestique reçoit des transferts (en espèces et en nature) en provenance des ménages du secteur domestique des économies d'accueil, ces transferts provenant des revenus perçus dans l'emploi des secteurs privé et public des économies d'accueil.

¹⁴ A lire Schwartz (2000) dans sa description de la dimension matérielle des soins apportés par les mères du milieu rural aux nouveaux-nés, on conclut – et c'est très largement observable – que le recours au marché est extrêmement limité.

**SCHÉMA 2. RELATIONS ENTRE ÉCONOMIES NON RÉMUNÉRÉE ET RÉMUNÉRÉE ET
TRANSNATIONALISATION DE LA REPRODUCTION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE.
ADAPTATIONS À PARTIR DU CAS HAÏTIEN**



Source : Auteur. Adapté du schéma précédent.

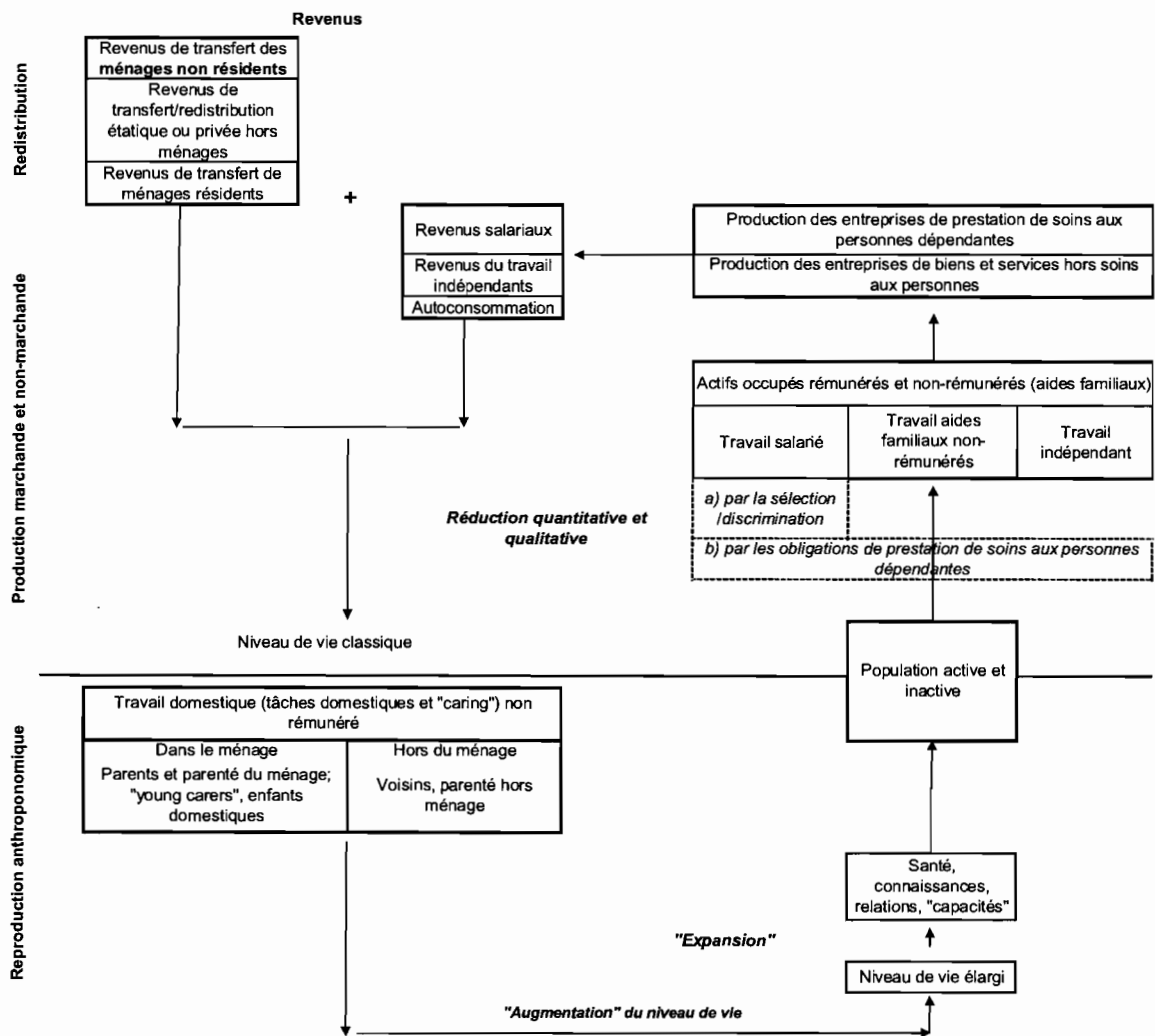
15. L'économie des soins et les conditions de vie des ménages. Du point de vue des ménages, la prise en compte du travail non rémunéré sous-jacent à la prestation de soins dans la sphère domestique conduit à reconsidérer la représentation de leur niveau de vie et de leur insertion dans le circuit macro-économique des revenus. Picchio (2001) propose ainsi de réviser les grandes fonctions du travail de reproduction des ménages. Le travail domestique non rémunéré contribue à l'« augmentation » du revenu monétaire : les ménages ont accès à un niveau de vie « élargi ». Celui-ci s'étend comme une forme de bien-être effectif des membres des ménages liée à des niveaux spécifiques d'éducation, de santé et de vie sociale. D'où la participation des membres des ménages à l'activité économique. Mais cette participation est contrainte par le fait que la sélection des demandeurs d'emploi prend appui précisément sur les résultats du travail domestique non rémunéré, à savoir les capacités personnelles à mettre en œuvre dans les processus de production. En ce sens, le travail non-rémunéré a un effet de « réduction » quantitative et qualitative de la population potentiellement occupée.

16. Cette nouvelle représentation de Picchio (2001) est fort intéressante mais elle mérite quelques amendements pour en assurer notamment une meilleure pertinence vis-à-vis des faits déjà observés dans les pays du tiers-monde en ce qui a trait aux formes d'emploi et aux types de revenus.

- a. La reproduction des ménages est déterminée par l'articulation entre l'activité économique au sens de la comptabilité nationale et la reproduction anthropométrique
- b. Le niveau de vie tel que calculé habituellement comprend aussi bien les revenus monétaires (les revenus tirés du travail, les revenus de transfert) que l'autoconsommation. Certes l'autoconsommation est plus importante dans les économies agricoles que dans les économies urbaines.
- c. A ce niveau de vie traditionnel « s'ajoute » le travail domestique non-rémunéré consistant en l'exécution des tâches qui permettent la vie quotidienne et la prestation de soins. Ce travail domestique est effectué par les membres du ménage mais aussi par des individus (ou groupes) extérieurs au ménage (parents, voisins, organisations à but non lucratif) en dehors de toute relation marchande. Niveau de vie classique et travail domestique non rémunéré déterminent un niveau de vie élargi.
- d. Celui-ci se traduit, du point de vue des ressources humaines, par l'état de santé, les connaissances les relations sociales et les « capacités » au sens de Sen des membres du ménage. Il y a « expansion » du niveau de vie élargi.
- e. Ces derniers
 - i. se présentent sur le marché du travail où ils sont sélectionnés en fonction des caractéristiques personnelles partiellement façonnées par la prestation des soins,
 - ii. s'établissent à leur propre compte (travailleurs indépendants), le choix de la branche d'activité dépendant pour partie de la socialisation déterminée par la prestation de soins¹⁵
 - iii. ou sont « recrutés » par la famille (dans et hors des frontières du ménages) sans rémunération.
- f. Mais l'insertion dans l'emploi est déterminée par les normes de genre et le travail de prestation des soins (et des autres tâches domestiques). Les femmes ayant des enfants en bas âge doivent, à défaut de prestataire alternatif de soins (issu ou non de la famille), se retirer de l'emploi ou retarder leur retour dans l'emploi.

¹⁵ L'insertion par exemple des jeunes femmes dans le commerce indépendant est en grande partie liée, en Haïti, au fait que la socialisation dans le ménage passe par leur contribution en tant qu'aides familiales au commerce de leur mère ou d'une autre femme de la parenté.

SCHÉMA 3. LE CIRCUIT ÉLARGI DES CONDITIONS DE VIE DU MÉNAGE



Source : Auteur, inspiré de Picchio, Marco et adapté en fonction des savoirs disponibles pour Haïti.

Note : Reproduction anthroponomique=production et reproduction des êtres humains comme êtres sociaux.

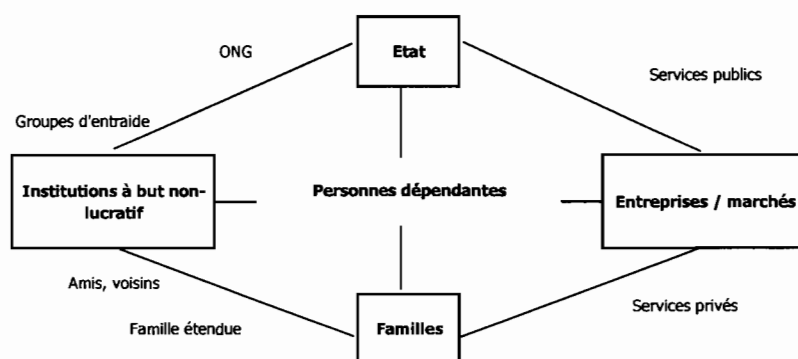
- g. Quelle que soit la forme d'emploi, les actifs occupés contribuent à la production de biens et de services des entreprises privées ou du secteur public, dont les services de soins aux personnes dépendantes.
- h. Cette production génère des revenus dits revenus d'activité ainsi que les produits destinés à la consommation, revenus auxquels s'ajoutent – du point de vue des ménages - les revenus de transfert issus de la redistribution étatique ou de la redistribution entre ménages, qu'il s'agisse des ménages résidents ou des ménages émigrés. L'ensemble de ces revenus détermine le niveau de vie classique ensuite élargi par le travail domestique non rémunéré dont la prestation de soins aux personnes dépendantes

17. L'organisation des prestations de soins. Les rôles et les places de la prestation de soins ou encore du travail des soins à l'échelle de la société et de l'économie étant connus, qu'en est-il de l'organisation de la prestation de soins en tant que telle ? Y a-t-il des modèles de prestations de soins entendus comme un complexe construit à partir :

- a. des acteurs chargés de la prestation de soins et de leurs modes de « recrutement » ou de leur « ancrage institutionnel » en termes des secteurs identifiés plus haut, et plus spécifiquement des structures familiales ou des structures des ménages pour ce qui est du secteur domestique,
- b. des combinaisons ou des articulations entre plusieurs prestataires ou types de prestataires (« care arrangements »)
- c. des relations entre ces prestataires et les personnes dépendantes,
- d. de l'organisation de la production des soins comme processus engageant diverses ressources, à savoir : le temps (en tenant compte des lignes de partage entre le temps du travail des soins et celui du travail rémunéré ou non dans l'économie marchande ou publique), les ressources matérielles (biens) et la technologie, mais aussi les ressources cognitives des prestataires,
- e. des pratiques de prestation des soins (gestes, normes et valeurs),
- f. des sources de financement et des ressources financières pour la prestation de soins et plus généralement l'entretien des personnes dépendantes.

18. Qui sont les prestataires de soins ? Où sont-ils « recrutés » ? Pour répondre à ces questions, plusieurs notions ont été proposées : les régimes de soins (« care regimes »), le diamant des soins (« the diamond of care »)¹⁶. L'une et l'autre ont le mérite d'identifier les différents acteurs potentiels de la production des soins : les familles ou les ménages, le marché, l'Etat, les institutions à but non lucratif mais aussi les « communautés ». Il s'agit alors d'établir des typologies des modalités institutionnelles de la fourniture des soins en mettant en lumière les interrelations entre ces différents acteurs et leur fonctionnement propre (celui-ci étant façonné pour partie par les interrelations).

SCHEMA 4. LE DIAMANT DE LA PRESTATION DE SOINS



Source : Aguirre (2007 : 195)

¹⁶ Voir par exemple Razavi (2007).

19. Les typologies établies portent généralement sur les pays développés ou sur les pays émergents où l'Etat-providence s'est constitué. Les oppositions classiques entre un modèle familialiste et un modèle welfariste renseignent peu sur l'organisation des prestations de soins au sein même des familles ou plus précisément au sein de la sphère domestique¹⁷. La pluralité des formes familiales et celle des « recrutements » des prestataires exigent pourtant une caractérisation plus fine de la sphère domestique en tant que telle. Cette exigence est de surcroît impérative lorsque l'on est en présence d'Etats dont la vocation sociale est peu développée ou est quasiment absente comme c'est le cas en Haïti¹⁸. Une exploration de la littérature disponible permet de constater que la famille (fondée sur les liens de parenté) est *le premier acteur de la fourniture des soins* pour ce qui est des enfants de moins de 5 ans en Haïti. En outre, au-delà de la famille, les autres prestataires de soins connus relèvent exclusivement de la sphère domestique (enfants domestiques, amis/voisins) à l'exception des employées domestiques dont l'embauche et le travail renvoient à une articulation complexe entre le travail marchand (elles sont recrutées sur le marché du travail et sont rémunérées) et le travail non rémunéré (leur travail n'est pas payé à sa valeur).

20. En clair, il y a *a priori* diversité des prestataires de soins *dans la sphère domestique*, dans et hors la famille. Mais comment rendre compte théoriquement et empiriquement de cette diversité ? **D'un point de vue théorique**, la problématique est celle des déterminants du « choix » des prestataires **par les ménages** ayant des besoins en prestations de soins à satisfaire. Ce, en fonction de plusieurs facteurs : les normes définissant les rôles des hommes et des femmes d'une part mais aussi les rôles des générations quant aux soins des enfants, le pouvoir de négociation des femmes quant à la prise en charge du travail domestique (y compris la prestation de soins), les ressources démographiques et leur structure (par âge et par sexe) des ménages, la nature de la relation entre le ménage et l'activité économique (articulation ménage/petite production indépendante des choses, articulation ménage/travail salarié et production de la force de travail), le temps des uns et des autres au sein du ménage.

21. En réalité, tous ces facteurs prennent place dans ce que Théret (1992) nomme le *régime socio-démographique*. Celui-ci est le régime de l'« ordre domestique » constitué par la petite production marchande de vraies marchandises et la production de la « marchandise » force de travail insérées dans la famille. Il se distingue en cela de l'Etat et de l'ordre économique/capitaliste. Le régime socio-démographique est un complexe qui « règle les relations d'alliance et de descendance au sein de la famille en fonction du réseau d'interdépendances externes dans lequel la petite production marchande est prise » (Théret 1992 : 108), ces relations externes étant celles qui définissent la soumission de la famille à l'ordre économique du capitalisme (sur le marché des biens et le marché du travail) et à l'ordre étatique (quand il y a tutelle politique sur les relations internes d'alliance et de descendance). Pour rester dans le droit fil du refus du *fonctionnalisme* évoqué plus haut, on considère ici que, du point de vue des relations externes, il n'y a pas nécessairement soumission de la famille au capitalisme sur le marché du travail (la salarisation est historique et il n'y a pas toujours absorption des ressources humaines produites par le salariat).

22. La famille elle-même est un complexe de relations d'alliance et de descendance. Les premières renvoient au choix du conjoint et aux apports matériels (dotes, prestations en nature et en travail, obligations, soins, protection, habitat) et symboliques. Les seconds gèrent l'éducation des enfants et l'héritage mais aussi les soins aux enfants et leur rôle éventuel dans la prestation de soins. En clair,

¹⁷ Aguirre parle même d'une forme d'invisibilisation de la famille dans l'analyse de la prestation des soins en Amérique Latine.

¹⁸ Voir par exemple Cadet (1995) qui met l'accent sur « l'indifférence structurale » de l'Etat haïtien aux besoins sociaux. Une analyse exploratoire des informations disponibles permet d'affirmer d'une part que l'Etat est très peu présent de l'offre de soins, notamment des soins aux personnes dépendantes (enfants, personnes âgées, etc). A tout le moins, la prise en charge par l'Etat des enfants d'âge préscolaire dans des établissements préscolaires est nulle si l'on en croit les données du dernier recensement scolaire de 2003-2004 : les effectifs d'enfants au préscolaire se retrouvent dans leur totalité dans des établissements privés.

ces relations définissent une division « familiale » du travail (y compris du travail des soins) à la fois selon le genre et selon l'âge.

a. Relations d'alliance

- i. Les relations d'alliance définissent les rôles selon le genre. Alvarez et Murray (1981) soulignent que, dans l'organisation traditionnelle du travail en milieu rural, les femmes ont « le droit » de mener des activités génératrices de revenu en sus de leur travail domestique. Il identifie deux activités : la vente des produits agricoles provenant du travail du conjoint et des enfants, le commerce de biens (agricoles ou non-agricoles) dont le financement initial est tiré de la vente des produits agricoles. La vente des produits agricoles et surtout le commerce requièrent des déplacements hors du domicile qui peuvent durer plusieurs jours et la conjointe peut s'absenter¹⁹. Sur la base de son commerce, la conjointe doit se procurer de quoi garantir l'alimentation quotidienne du ménage. On retrouve des profils similaires en milieu urbain, notamment pour ce qui est de l'insertion des femmes dans le commerce informel. Le financement initial est tiré soit de leur épargne personnelle (issue d'un travail salarié en entreprise ou dans un ménage), soit d'un don ou d'un prêt obtenu dans la sphère familiale (Lamaute 2000)²⁰. Ce « contrat » entre les sexes est bien éloigné du modèle « homme gagne-pain/femme inactive - chargée du travail domestique et du travail des soins ». Il admet également que les hommes remplacent les mères en tant que prestataires de soins lorsque celles-ci s'absentent (Menon et al. 2003).

ENCADRÉ 1 THE ROLE OF FATHERS AS CAREGIVERS

To understand the caregiving roles played by fathers, we conducted interviews with groups of fathers to see how they viewed their responsibilities to their children. Two group interviews (Marmont and Casse) and one interview with a couple (Doco) provided the data for this topic. The interviews revealed that fathers had a very broad view of their caregiving roles and did not think of themselves solely as providers of income and food. The provision of food and money, imparting moral and spiritual guidance to their children, taking their children to the health center when they were ill, and ensuring that their children were well-educated were among the responsibilities they defined for themselves. They were also actively involved in the care and feeding of younger children, including bathing, cleaning, feeding, preparing food, and performing a number of other activities.

However, this occurred mainly when mothers were away from home, and mothers were, as in many other cultures, perceived as the primary caregivers. The fathers who were interviewed for this study were mostly involved in agricultural activities and tended their farms in the morning, usually returning home at noon for a break, and again later in the afternoon for their meal. Unfortunately, the interviews did not provide further information on the detailed schedules of the fathers and whom they left the child with when they had to be at work. At the same time, agricultural work is more flexible in terms of timing than market activities, and it is possible that parents adjust their working patterns to accommodate childcare responsibilities. Overall, the results on the roles of fathers suggest that they play a greater role in childcare than has been acknowledged in the planning of program activities. Given the extent to which they participate in daily care activities for their children, it is imperative to include fathers in the (...) program.

Source : Extrait de Menon et al. 2003a, pp. 37-38.

- ii. Ce « contrat » est spécifique à des catégories particulières de la population, notamment les pauvres. On ne connaît pas les autres « contrats » même si l'on admet que le modèle

¹⁹ Selon Murray (1981 : 121), pour la plupart des conjoints, ces absences traduisent le fait « qu'ils se sont trouvés une bonne conjointe/épouse ».

²⁰ Des entretiens réalisés en 2005 dans quelques quartiers populaires/bidonvilles de Port-au-Prince laissent également entendre que les hommes financent l'activité économique de leur conjointe dans le but précisément d'assurer la survie alimentaire quotidienne.

« homme gagne-pain/femme inactive » en vigueur dans les classes moyennes il y a une ou deux générations s'est progressivement délitée.

- iii. Par ailleurs, les alliances peuvent être rompues ou distendues pour diverses raisons (veuvage, divorce, séparation, migration de l'un des conjoints). Il faut donc considérer les familles dites monoparentales en tenant compte du genre du parent présent.
- iv. Le lien avec la transnationalisation de la reproduction des ménages – fondée sur l'envoi des transferts des émigrés – doit être également établi afin d'identifier les prestataires alternatifs en cas d'émigration de la mère.
- b. **Relations de descendance : le travail des enfants.** Dans la mesure où les enfants sont objet des soins et dans certains cas prestataires de soins, il faut accorder une attention particulière à la place et aux rôles des enfants dans la famille comme telle et dans l'économie de celle-ci. Place et rôles sont définis par l'articulation entre les rapports de descendance et la place des membres du ménage dans l'activité économique.
 - i. Pour Caldwell qui cherche à expliquer la fécondité des familles, on peut distinguer deux régimes démo-économiques : celui de l'enfant-ressources et celui de l'enfant-investissement. Dans le premier régime – que l'on retrouve surtout dans les sociétés agricoles – les enfants sont mobilisés comme force de travail (non rémunérée) dans la production du ménage, et les plus jeunes sont affectés à des travaux peu pénibles (des travaux domestiques mais aussi des travaux non-domestiques comme la garde des cheptels) mais qui prennent du temps : ils libèrent ainsi adultes qui peuvent s'employer alors à des tâches plus productives. C'est dire que les enfants sont aussi bien engagés dans l'économie non rémunérée et dans l'économie rémunérée (sans percevoir de rémunération lorsqu'ils sont des aides familiaux). Schwartz (2000) souligne qu'à Jean-Rabel (Haïti) le droit des parents à contrôler l'offre de travail et la prestation de travail des enfants est inaliénable et il est étendu aux grands-parents ainsi qu'aux membres de la parenté fictive (les parrains et marraines). Ce contrôle passe par des actes visant à discipliner les enfants (par le fouet par exemple)²¹. Devenus grands, ces enfants seront des bâtons de vieillesse pour les parents âgés, sur la base de la transmission du patrimoine (la terre). Ce modèle devrait être amendé pour mieux saisir la « division familiale du travail » en milieu rural haïtien sachant que
 - ii. la transmission du patrimoine terre est de moins en moins une caractéristique déterminante du régime socio-démographique en raison de la contradiction entre la pression démographique et la règle de l'héritage égalitaire²². Autrement dit, le rôle de bâton de vieillesse n'est plus exercé par l'ensemble des héritiers sinon par l'héritier ou encore par les fils ou les filles sortis de l'agriculture.
 - iii. même si les taux de scolarisation des enfants en milieu rural sont bien plus faibles qu'en milieu urbain, les taux de scolarisation en milieu rural sont aujourd'hui bien plus élevés par rapport au début des années cinquante (période pour laquelle on dispose de statistiques nationales sur l'emploi à partir du premier recensement moderne). Autrement dit, les conditions de mobilisation des enfants ont changé : se pose alors le problème de l'articulation entre le temps de l'école et le temps du travail domestique, ainsi que le

²¹ Selon Schwartz (2000), 20% des répondants ont déclaré fouetter en premier lieu leurs enfants lorsque ceux-ci n'exécutent pas ou exécutent mal les travaux qui leur sont assignés. 26% déclarent qu'ils le font principalement en raison de la « négligence » de l'enfant, autrement dit lorsque l'enfant a failli à ses tâches de garde du bétail.

²² Il est vrai que des compromis se sont noués pour continuer à travailler les parcelles sans les séparer comme le stipule la loi (nul ne doit être dans l'indivision). Mais on peut considérer que la majeure partie des enfants des ménages insérés dans l'agriculture n'a plus accès à la terre par héritage. De plus, on observe que les jeunes ruraux s'engagent bien moins dans l'agriculture que leurs aînés.

problème du report sur certains enfants – ceux qui ne fréquentent pas l'école – de tout ou partie des travaux domestiques et du travail dans l'agriculture²³.

- iv. Il est évident qu'il aurait fallu connaître les différenciations éventuelles en milieu rural même : si les enfants sont la richesse des pauvres, tous les ménages du milieu rural ne sont pas pauvres.
- v. En milieu urbain, le rôle économique des enfants est distinct de celui observé en milieu rural selon Caldwell : le régime de l'enfant-investissement tendrait à prévaloir en milieu urbain. Dans ce régime, les enfants ne sont guère mobilisés : les parents investissent dans leur éducation et à ce titre l'enfant a un coût. De plus les parents s'attendent à ce que les enfants redistribuent leurs gains futurs en leur faveur. Les choses sont certainement plus complexes dans la réalité, surtout lorsque la fécondité demeure élevée (tout en étant inférieure à celle observée en milieu rural). Dans un contexte d'urbanisation, la fécondité élevée tient à ce que chaque enfant est assimilé à un billet de loterie : s'il est remarqué par quelqu'un qui a réussi, s'il parvient à s'insérer dans un réseau porteur, ses revenus futurs bénéficieront à sa famille d'origine.

1. On ne dispose guère de données anthropologiques pour le milieu urbain et les données statistiques sont encore insuffisantes. On sait que la fécondité y est plus faible qu'en milieu rural, les statistiques sur l'activité économique et l'emploi indiquent que la majorité des jeunes de 10 à 15-20 ans y poursuivent leurs études²⁴. Selon une enquête de 1997, la taille des entreprises informelles (non-enregistrées) est, dans leur immense majorité, de un (1) actif occupé. Il n'y aurait donc pas de mobilisation (en tout cas significative) des enfants dans ces entreprises.

2. En fait, une étude sur les enfants en domesticité, basée sur le module de l'ECVH relatif aux enfants de 5-17 ans, indique que ceux-ci sont pour la plupart mobilisés dans les travaux domestiques. Ceci n'a rien d'étonnant puisque la technologie des activités domestiques urbaines est quasiment identique à celle des activités domestiques rurales, à ceci près que les distances à parcourir sont peut-être plus courtes²⁵. Reste que le nombre d'heures travaillées par les enfants non-domestiques du milieu urbain est plus faible, tant pour les filles que pour les garçons, qu'en milieu rural. La participation des enfants aux activités économiques semble être plutôt « rare ». On y reviendra

3. *Grosso modo*, on serait en présence d'un modèle de « transition » entre les deux modèles « purs » de Caldwell où le coût des enfants (scolarisés) serait partiellement « compensé » par leur mobilisation dans le cadre des activités domestiques d'une part. Là encore, la question des différenciations selon le niveau de vie reste ouverte. Les enfants des ménages les plus riches sont davantage scolarisés (Lamaute-Brisson 2005) mais on ne sait rien de précis à propos du partage de leur temps entre travail domestique et travail scolaire (à l'école et à domicile)²⁶.

²³ Des entretiens réalisés dans le cadre d'autres études indiquent une participation des jeunes scolarisés (plus de 8-10 ans) au travail collectif dans l'agriculture dans le cadre d'organisations traditionnelles de travail très tôt le matin ou en période de vacances scolaires. Par ailleurs, la persistance de la scolarisation tardive, notamment en milieu rural – les enfants commencent à fréquenter l'école vers 9-10 ans lors l'âge obligatoire d'entrée en première année fondamentale – pourrait être expliquée par la mobilisation ancienne des enfants entre 6 et 10 ans pour les travaux domestiques.

²⁴ Cohérence à vérifier avec les données sur la scolarisation.

²⁵ On reviendra sur le nombre d'heures consacrées à ces travaux domestiques.

²⁶ Sommerfelt et al. (2002) remarque toutefois que, dans la population des enfants de 5 à 17 ans, ceux qui sont scolarisés travaillent moins que les autres.

4. D'autre part, le fort chômage ouvert des jeunes, la forte présence de « chômeurs découragés » chez les jeunes ainsi que la prédominance (?) des primo-demandeurs d'emploi laisse un point d'interrogation sur la représentation des flux intergénérationnels de richesse proposée par Caldwell. Les flux (de retour) des enfants vers les parents ne sont guère assurés.

- c. **Relations de descendance : la division sexuelle du travail des enfants.** Il y a une division sexuelle du travail entre les enfants qui pose d'ailleurs les bases de la division sexuelle du travail entre les adultes : le travail des enfants est en effet conçu ou mieux perçu comme une composante de leur socialisation. Les filles seraient davantage affectées aux travaux domestiques tandis que les garçons seraient employés dans les activités économiques peu pénibles. La division sexuelle du travail des enfants peut être plus ou moins nette, plus ou moins tranchée selon les contextes et les besoins en main-d'œuvre (pour la sphère domestique ou pour la sphère économique ou les deux) tout comme la division sexuelle entre adultes : Schwartz (2000) – mais aussi SACAD/FAMV – montrent comment les femmes s'insèrent dans ou prennent en charge des activités généralement assumée par les hommes. L'inverse n'est cependant pas vrai pour ce qui est des activités économiques.

23. Au-delà des relations de descendance : les enfants, une « force de travail disputée »²⁷. Les relations de descendance gouvernent la mobilisation des enfants de la famille, qu'il s'agisse des liens de filiation directe, entre deux générations, ou des liens de filiation entre trois générations. Ainsi, les grands-parents ont un droit de contrôle sur les enfants comme main-d'œuvre pour les travaux domestiques, les soins, etc. (Schwartz 2000). Ceci irait jusqu'à faire des petits-enfants des *enfants domestiques*. Mais d'autres relations de parenté sous-tendent le recours aux enfants domestiques. Hormis cela, des enfants domestiques sont mobilisés en dehors de tout lien de parenté. Comment penser ces diverses formes de mobilisation dans la famille et hors la famille ?

ENCADRÉ 2

LES ENFANTS EN DOMESTICITÉ ET LE BESOIN DE MAIN-D'ŒUVRE

« Le nombre d'enfants dans le foyer d'accueil, à l'exception des enfants en domesticité, a un effet négatif sur le nombre d'enfants domestiques dans tous les cas, à l'exception de celui où les enfants âgés de 11 à 17 ans ne sont pas inscrits à l'école (ces derniers sont très peu nombreux). Il se peut donc que d'autres enfants travaillent à la place d'enfants domestiques. Autrement dit, quand un foyer comprend beaucoup d'enfants, il n'y a pas besoin de prendre un enfant supplémentaire pour travailler. Toutefois le ratio de dépendance d'un foyer, c'est-à-dire le nombre de personnes âgées de moins de 15 ans et de plus de 64 ans rapporté au nombre de personnes de 15 à 64 ans, augmente le nombre d'enfants domestiques. Donc, plus la charge de travail d'un foyer est élevée, plus on y trouve d'enfants en domesticité (...) ».

« La régression semble valider davantage la première hypothèse, « le besoin de main-d'œuvre », que la seconde, « le remplacement », dans la mesure où le fait d'avoir ses propres enfants fait diminuer la tendance à prendre des enfants en domesticité. Donc la majorité des enfants domestiques ne travaillent pas afin que les autres enfants acquièrent une éducation, mais tous les enfants travaillent afin de combler le besoin de main-d'œuvre du foyer »

Sommerfelt et al.2003 : 87

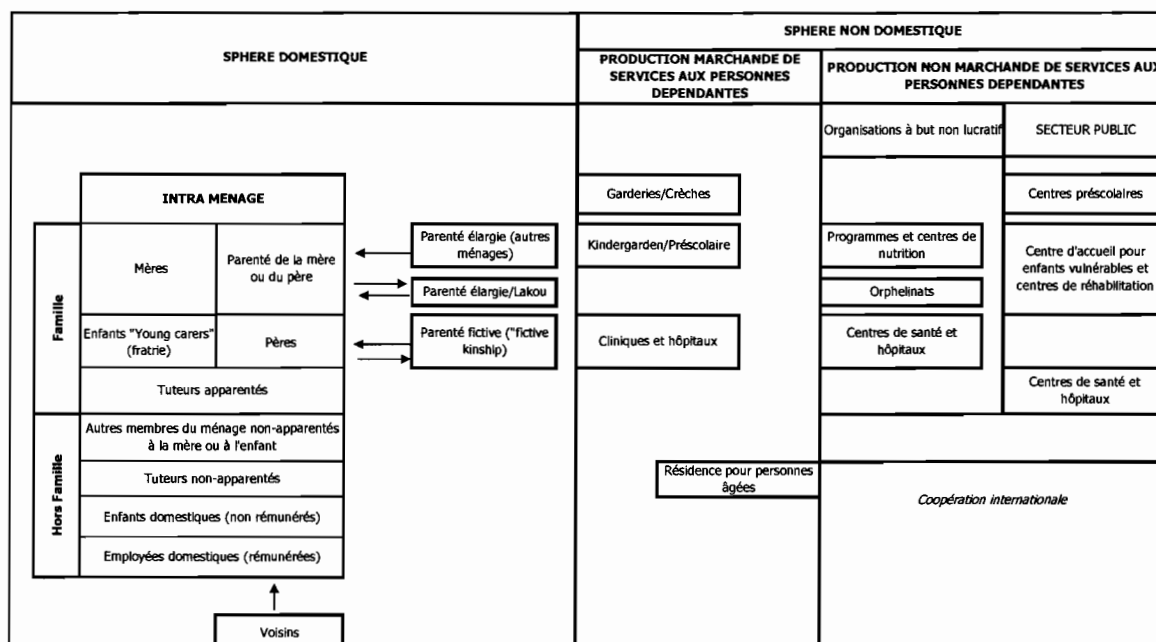
²⁷ Pour reprendre le titre de l'article de Marie-France Lange ().

24. Du complexe relations d'alliance/rerelations de descendance au lakou. Selon Bastien, le *lakou* est la forme première de la famille rurale en Haïti : il s'agit d'un groupement d'habitations occupées par une seule famille » (Bastien 1985: 44), dont les occupants se trouvaient sous l'autorité d'un chef et se référaient à des *loas* communs. Bastien parle alors de « famille étendue » (44). Mais, déjà dans les années cinquante au cours desquelles Bastien conduit sa recherche, le *lakou* est en voie de délitement entre autres en raison de la pression démographique. Il semble pourtant qu'il ne disparaît pas tout à fait, avec sans doute des changements. Laguerre (1977) retrouve le *lakou* en milieu urbain alors que l'économie du ménage ne repose pas sur les mêmes bases qu'en milieu rural. Schwartz (1997-1998) trouve encore de nombreux *lakou* dans la région de Jean-Rabel : environ 40% des ménages vivaient dans des *lakou* de 2 à 3 ménages. Edmond, Randolph et Richard (2007) ont étudié récemment un *lakou* dans la zone rurale de Léogâne. Cette forme particulière d'organisation familiale devrait être prise en compte : elle favorise *a priori* un « partage » de la prestation des soins aux enfants entre la mère et les autres femmes du *lakou*. Encore faut-il prendre en compte les contraintes que fait peser la pauvreté sur les possibilités de partage.

25. A partir de ce qui précède, on tente de représenter graphiquement les différents prestataires de soins aux enfants en partant du ménage et non de la famille pour des raisons de commodité : les enquêtes se réfèrent systématiquement ou presque au ménage qui n'est guère équivalent à la famille. On fait également le distinguo entre sphère domestique (celle de l'ordre domestique) et la sphère non-domestique qui compte la production marchande des services de soins aux personnes dépendantes et la production non-marchande/publique de ces soins.

- a. Les ménages sont constitués sur la base de l'unité de résidence et sur le partage des repas dans les statistiques de population. La parenté n'est pas un critère de configuration des ménages : y vivent des personnes apparentées ou des personnes non-apparentées ou encore des personnes apparentées et d'autres non-apparentées. Il faut donc distinguer les relations de parenté (famille) des relations hors parenté (hors famille).
- b. Les prestations de soins aux enfants (tout comme aux personnes âgées) relèvent de la sphère domestique d'une part, des entreprises privées, du secteur public et des institutions privées à but non lucratif qui se déploient hors de la sphère domestique d'autre part.
- c. A l'intérieur de la sphère domestique, il faut considérer d'une part ce qui se passe *au sein des ménages* et ce qui se passe *entre les ménages*, en distinguant les enfants vivant avec leurs parents des enfants vivant sans leurs parents dans les ménages d'appartenance.

SCHEMA 5. LA DIVERSITE DES PRESTATAIRES DE SOINS DANS LA SPHERE DOMESTIQUE ET LA SPHERE NON-DOMESTIQUE



Source : Auteur, inspiré de Marco (2007) et adapté en fonction des savoirs disponibles pour Haïti.

i. Les enfants vivant avec leurs parents

1. Les enfants vivant avec leurs deux parents ou avec leur mère (père absent ou décédé) bénéficient *a priori* des prestations de soins de leurs mères, et en fonction la structure démographique du ménage et de l'insertion (ou non) de la mère dans l'emploi, reçoivent partiellement ou exclusivement les prestations de la parenté (la fratrie, les parents de la mère ou du père, plutôt les grand-mères, les tantes...). Le père peut intervenir en second rang.
 2. Les enfants vivant avec leurs deux parents, avec leur mère ou avec leur père peuvent être confiés en partie ou totalement aux soins des employées domestiques rémunérées (généralement lorsque le ménage a les moyens d'en embaucher) ou des « enfants domestiques » dénommés restavèk. La question des soins aux enfants domestiques reste ouverte.
 3. On notera que l'expression « enfants domestiques » n'est pas tout à fait juste : apparentés ou non aux membres du ménage d'appartenance, ces enfants exécutent aussi bien du travail domestique que du travail non-domestique en participant à l'activité économique marchande des membres du ménage (Sommerfelt 2003). Ils travaillent en effet dans l'agriculture ou dans le petit commerce.
- ii. **Les enfants vivant sans leurs parents.** Il existe des cas où les enfants vivent dans des ménages sans co-résider avec leurs parents (enfants orphelins, enfants dont les parents ont migré ou émigré, etc.) et sans être mobilisés comme « enfants domestiques ». Ces enfants peuvent être pris en charge par des tuteurs apparentés ou par des tuteurs non-apparentés et scolarisés selon le vœu des parents qui les ont confiés. Ce cas de figure n'est pas véritablement étudié.

- d. Dans les cas où il y a recours à plus d'un prestataire de soins (« multiple caregivers »), les prestataires peuvent provenir exclusivement de la sphère domestique. Plus précisément, ils peuvent provenir, en fonction de la structure démographique du ménage, soit du ménage seulement (en mêlant éventuellement parenté et non-parenté), soit du ménage d'appartenance et d'autres ménages. Un ménage donné à la recherche d'un (ou plusieurs) prestataires extérieurs peut activer soit des liens de parenté qui le relie à d'autres ménages (par exemple on confie l'enfant à sa grand-mère qui vit dans un autre ménage)²⁸, soit des liens de parenté constitutifs du lakou, soit ce que les anthropologues appellent la « parenté fictive » (fictive kinship) que l'on retrouve également en Haïti. On note que dans le cadre du lakou, les relations entre ménages se fonderaient sur un principe de réciprocité : le partage de la prestation des soins vaudrait pour les enfants des uns et des autres ménages. Par ailleurs, le ménage peut également s'adresser aux voisins ou aux amis par exemple pour la garde des enfants.
- e. Le recours aux prestations de soins produites par les entreprises privées dépend évidemment de la distribution des revenus entre les ménages, le marché étant fondé sur le fonctionnement par les prix. Le secteur privé est largement prédominant, en Haïti, dans les garderies (lorsqu'elles existent) et dans les établissements préscolaires.
- f. L'intervention de l'Etat est a priori limitée dans ce domaine : elle revoie principalement aux « centres d'accueil », à quelques foyers pour enfants et à quelques orphelinats et aux rares établissements préscolaires (ou sections préscolaires d'écoles primaires publiques). Il existe bien des institutions à but non lucratif, plutôt spécialisées dans les soins de santé et de nutrition aux enfants, et qui s'adossent pour une bonne part à la coopération internationale.
- g. Le positionnement de la ligne de partage entre la sphère domestique et la sphère non-domestique – fortement hétérogène au demeurant – varie d'un modèle société à l'autre, mais aussi, au sein d'une même société d'une catégorie socio-économique à une autre. Il est courant que l'on cherche à expliquer la prééminence de telle ou telle sphère par la faiblesse de l'autre... Par exemple, il est coutume d'affirmer que l'importance de la sphère domestique dans les prestations de soins est déterminée par la faiblesse de l'intervention de l'Etat. La famille est pourtant première : historiquement l'intervention de l'Etat dans le domaine des soins aux personnes dépendantes est tardive et ne vaut principalement que pour certaines formes d'Etat-providence qui fondent les droits aux prestations sociales sur différents principes : celui des besoins, celui de la performance sur le marché de l'emploi, la citoyenneté ou le principe d'entretien et le principe de soins (Sainsbury 2000 : 272-273).

26. Vers une typologie des *modes familiaux de prestation de soins aux enfants* ? L'identification des « types » de prestataires potentiels de soins aux enfants n'est qu'une première étape pour retracer l'organisation des prestations. Par-delà en effet la diversité des prestataires, on cherche à connaître les « care arrangements » ou encore les articulations éventuelles entre les divers prestataires. A un niveau supérieur, à quelles formes familiales et à quels régimes démo-économiques – ceux de Caldwell – correspondent ou se raccordent les « care arrangements » ? Ceci revient à chercher à élucider le régime socio-démographique dont le cœur est précisément l'articulation entre les formes de la famille (ou d'un point de vue opérationnel les structures familiales des ménages) et l'économie domestique d'une part, l'insertion dans l'emploi et les rapports à l'Etat d'autre part²⁹.

²⁸ Ce peut être aussi une solution de remplacement du premier prestataire (« primary caregiver ») vivant dans le ménage avec l'enfant ou les enfants concerné(s).

²⁹ Rappelons que pour Théret (1992 : 103), l'ordre domestique est celui de « l'infra-économie » de Braudel, celle des structures du quotidien. Il écrit ainsi que « En assimilant cette infra-économie à l'économie domestique et en considérant simultanément que cette économie domestique est le niveau économique de l'ordre des pratiques de petite production marchande (en un sens plus large que le sens usuel), on peut, en effet, considérer que la science économique oublie toujours d'inclure dans son champ d'analyse une économie de

27. L'ambition de ce travail doit être plus modeste dans la mesure où la caractérisation des régimes démo-économiques est exigeante³⁰ et que les enquêtes disponibles n'ont pas été conçues à cette fin. On cherchera donc à déterminer s'il existe des modèles (« patterns ») de prestations de soins aux enfants dans les ménages, en milieu urbain et en milieu rural, en considérant les dimensions suivantes :

- a. La combinaison (éventuelle) de prestataires de soins ou « care arrangements »
- b. La structure familiale du ménage (de la famille nucléaire à la famille « complexe » en passant par la famille monoparentale)
- c. Le sexe du chef de ménage
- d. Les rapports à l'activité économique³¹ :
 - i. La situation d'activité de l'un au moins des deux parents (avec la caractérisation des couples)
 - ii. La situation dans l'emploi de l'un au moins des deux parents (salarie, travailleur indépendant)
 - iii. La branche d'activité de l'un au moins des deux parents (agriculture, commerce, activités de production, services autres que le commerce, autres)

28. Une revue de la littérature disponible s'impose au préalable à cette analyse.

volume considerable puisque l'économie domestique représenterait dans la France de 1975 environ 54% du nombre total des heures de travail et, selon différentes évaluations monétaires, entre 32% et 77% du Produit Intérieur Brut marchand » (Théret 1992 : 103-104).

³⁰ Il faudrait en effet travailler à la fois sur la fécondité, la présence d'enfants de moins de cinq ans, la structure familiale des ménages (en identifiant les cohabitations entre générations), la mobilisation des enfants (de 5 à 17 ans) dans l'économie domestique et notamment dans la prestation des soins aux enfants (en termes d'incidence et en termes de budget-temps), l'insertion dans l'emploi et les revenus des hommes et des femmes, le budget-temps des femmes et des hommes, quel que soit leur statut dans le ménage, les prestataires de soins (selon leur sexe, selon qu'ils appartiennent ou non à la famille, selon qu'ils résident ou non dans le ménage, leur mode de rémunération s'il en y a...), le niveau de vie des ménages, etc. .

³¹ En gardant à l'esprit que les données sur l'activité économique ont une référence temporelle précise : la semaine précédant l'enquête. Si l'agriculteur – *cultivateur* en Haïti – l'est toute l'année (par-delà le fait qu'il puisse avoir d'autres activités y compris migrer pour travailler dans une autre branche que la nourriture), il n'y a pas nécessairement d'ancrage dans l'ancienneté pour une partie des emplois urbains, notamment les emplois informels.

Chapitre II.- Les savoirs empiriques sur les prestataires de soins aux enfants en Haïti

1. On peut considérer deux grands types de prestations de soins : celles en faveur des enfants et des adolescents et celles en faveur des personnes dépendantes en raison d'une maladie (ou d'un handicap) chronique ou aiguë. Les secondes relèvent d'une logique d'assistance tandis que les premières sont intimement liées au travail d'éducation des enfants. On s'intéresse ici exclusivement aux prestations de soins aux enfants et plus particulièrement aux enfants de moins de 5 ans. Ce choix est principalement dicté par la disponibilité des données : les informations existantes, notamment dans le corpus des enquêtes auprès des ménages réalisées en Haïti, portent sur les enfants de moins de 5 ans. On sait également que la prise en charge des personnes handicapées ou des personnes malades – comme celles atteintes par le SIDA, un fléau non négligeable en Haïti quoique son incidence soit plus faible que dans les pays africains – est peu documentée, tout comme celle de la prise en charge des orphelins. Il faudra évidemment, à l'avenir, élargir le champ de recherche aux jeunes et aux adolescents, ainsi qu'aux personnes âgées, et aux personnes malades ou handicapées.

2. L'examen de la littérature disponible conduit à énoncer, du point de vue des approches et des méthodes, les constats suivants :

- a. La plupart des études disponibles s'intéressent à l'identification des *prestataires de soins*. La prestation de soins n'est abordée que du point de vue des *pratiques et des connaissances* – dans le cadre d'une étude sur la survie des enfants. L'appréhension du *travail* de prestation de soins – comme activité qui requiert une dépense d'énergie, une « consommation » de temps – est toujours réductrice : la prestation de soins n'est jamais qu'un aspect du travail dans la sphère domestique. Il n'est donc jamais exploré comme tel.
- b. L'identification des prestataires de soins repose en principe sur une définition des soins et donc sur une référence temporelle. L'examen des documents disponibles montre que l'on cherche plutôt les prestataires alternatifs de soins pour les mères qui travaillent ou plus précisément les responsables de la *garde* des enfants lorsque la mère travaille. Certes, le travail de prestation de soins peut être conçu comme un obstacle au travail marchand des femmes (notamment au travail salarié) dès lors que l'on se place dans une optique de conciliation entre travail domestique et travail marchand. Mais une telle optique fait abstraction des modalités de prestation des soins dans les cas où les femmes sont inactives (du point de vue des catégories traditionnelles de l'activité économique et de la participation à celle-ci). Le fait que la femme soit inactive ne signifie nullement qu'elle est – à tout le moins – la seule et unique prestataire de soins, surtout si l'on tient compte de la taille de la famille (ou du ménage) et en particulier du nombre d'enfants comme indicateur de la charge de travail en matière de prestation de soins.
- c. Il existe également des interrogations – et des données – sur l'engagement des pères dans le travail des soins et dans l'entretien des enfants (EMMUS IV). La référence temporelle est celle du *temps actif* : celui des activités avec les enfants ou des actes comme le fait d'emmener les enfants chez le médecin. Mais les questions relatives à la participation aux activités des enfants ne concernent que les enfants vivant avec leur père.
- d. Par ailleurs, les études disponibles les plus intéressantes, les plus fouillées, ne portent que sur le milieu rural à l'exception d'une étude – quelque peu ancienne (Haggerty 1981) - sur le travail des femmes et la santé des enfants dans un quartier populaire de Port-au-Prince (Cité Simone) ! On sait peu de choses sur la prestation de soins aux enfants en milieu urbain. Il s'agit d'une lacune importante : le pays s'est fortement urbanisé depuis une trentaine d'années (même si 50% de la population vivent encore en milieu rural), les taux d'activité

sont plus faibles en milieu urbain et les articulations entre travail domestique et travail marchand (salarié ou non) diffèrent *a priori* de celles à l'œuvre en milieu rural.

3. Du point de vue des résultats empiriques, les principaux constats sont les suivants :

a. *Les prestataires de soins sont, sans surprise, majoritairement des femmes* (EMMUS 1994, Schwartz 2000, Menon et al. 2003b). *Mais le « recrutement » et la contribution des hommes doivent être examinés.* Les diverses études consultées indiquent que les hommes sont mobilisés dans la prestation des soins.

i. Ainsi, dans 12.7% des ménages de Jean-Rabel, il y a des hommes qui s'occupent des enfants soit seuls soit avec des femmes (Schwartz 2000).

TABLEAU 1. DIVISION SEXUELLE DU TRAVAIL PARMIS LES ADULTES À JEAN-RABEL (1997-1998). EN % DES MÉNAGES (N = 1,482).

Task	Male	Female	Both	Male, Female and Both	Neither*	Total
Housework	5.4	86.0	6.7	98.1	1.8	100.0
Cooking	5.6	87.6	4.6	97.8	2.4	100.0
Childcare	5.3	77.1	7.4	89.8	10.3	100.0
Carry water	6.7	79.1	7.8	93.6	6.4	100.0
Sell produce	6.1	75.2	4.6	85.9	14.2	100.0
Sell livestock	24.4	34.6	22.3	81.3	18.8	100.0
Tend Livestock	58.4	11.7	16.4	86.5	13.5	100.0
Garden work	58.7	13.8	20.9	93.4	6.6	100.0
Wage labor	24.4	5.8	3.0	33.2	66.9	100.0

Source : Schwartz (2000). * Signifie qu'aucun adulte du ménage n'exécute cette tâche.

ii. En milieu rural, lorsque les mères doivent s'absenter pour le commerce – dont on sait qu'il constitue un pilier de l'économie du ménage moyen -, les pères (ou les frères) remplacent les mères/leurs conjointes (Menon et al. 2003, Devin, Erickson 1996), surtout lorsque celles-ci sont la seule femme du ménage. L'analyse de ces prestataires masculins est d'autant plus importante qu'il semble que, dans certains cas tout au moins, la survie des enfants est négativement affectée par le recours aux prestataires masculins (Devin et Erickson 1996)³².

ENCADRÉ 3

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LES PRESTATAIRES DE SOINS AUX ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LE PLATEAU CENTRAL (2003)

Une enquête plus récente que la première EMMUS a été réalisée dans le Plateau Central en Haïti (2003) sur les déterminants de la survie de l'enfant de moins de cinq ans. Cette enquête conçoit la prestation des soins aux enfants comme une composante centrale du processus permettant aux jeunes enfants dépendants d'avoir accès aux ressources déterminant leur survie (nourriture en quantité et en adéquation avec les besoins, soins de santé, etc.).

L'enquête révèle que l'immense majorité des femmes travaillent (83.7%) principalement dans l'agriculture et le commerce. Mais pour 54% d'entre elles, le travail rémunéré est exercé de manière saisonnière (en adéquation avec le cycle agricole peut-être) et pour 56% d'entre elles, il y a dissociation entre le domicile et le lieu d'exercice de l'emploi (surtout pour celles qui pratiquent le commerce). Quant à celles qui quittent leur domicile pour aller travailler, elles laissent, dans leur immense majorité (85.4%) leurs enfants avec quelqu'un d'autre.

72.7% des prestataires alternatifs de soins aux enfants sont de sexe féminin, 59.6% sont des membres de la famille (sans autre précision sur le type de lien de parenté et l'appartenance au ménage). L'âge moyen de ces prestataires est de 33 ans mais 30% d'entre eux avaient moins de 15 ans et une proportion similaire étaient âgés

³² Ces hommes s'occupent d'enfants qui sont davantage exposés au risque de malnutrition en raison du faible espacement des naissances et ils possèdent moins de compétences que les femmes en matière de nutrition.

de 50 ans et plus. On suppose alors que les prestataires alternatifs de soins sont les enfants plus âgés (frères et sœurs) et les grands-parents. Par ailleurs, 82.6% des femmes de l'enquête ont déclaré avoir été des prestataires de soins à de jeunes enfants dans leur enfance.

Source : Menon, Ruel 2003b.

iii. Par ailleurs, l'EMMUS III (2000) indique que les pères participent aux activités de leurs enfants qui vivent avec eux (jouer avec eux, vérifier s'ils ont fait leurs devoirs, emmener au centre de santé), dans des proportions non négligeables³³. En effet, les pères jouent souvent avec leurs enfants qui résident avec eux (58%), vérifient souvent que les enfants ont fait leurs devoirs (39%) et les emmènent au centre de santé (53%). Il faut souligner que ce sont surtout les pères jeunes (30 ans) et les plus éduqués (niveau d'études secondaires) qui s'investissent le plus.

b. Le recours aux employées domestiques est très largement minoritaire.

i. L'EMMUS 1994 qui s'est intéressée à la population des mères des enfants de moins de 5 ans ayant un emploi. Sur l'ensemble des mères interrogées (la taille de l'échantillon s'élève à 2019 individus), 3.5% d'entre elles déclarent que leur enfant est gardé par un(e) employé(e) domestique. Il est vrai que le contraste entre l'Aire Métropolitaine et le milieu rural est remarquable : 15.7% des mères d'enfants de moins de cinq ans recourent à un domestique dans la capitale contre ...0.5% de celles vivant en milieu rural (EMMUS 1994 : 30).

TABLEAU 2. PRESTATAIRES ALTERNATIFS DE SOINS EN MATIÈRE DE GARDE D'ENFANTS LORSQUE LA MÈRE EXERCE UN EMPLOI (EMMUS II 1994-1995)

Caractéristique démographique	Femmes ayant un emploi		Personne qui prend soin de l'enfant							Total	Nombre de mères ayant un emploi
	Pas d'enfant <5 ans à la maison	Un enfant ou plus	Enquêtée elle-même	Enfant plus âgé							
				Conjoint	Autres parents	Voisin/ Ami	Domestique	Jardin d'enfants			
Milieu de résidence											
Aire Métropolitaine	69.1	30.9	27.5	5.2	9.8	34.0	4.6	15.7	3.3	100.0	494
Autres villes	61.5	38.5	26.9	7.6	18.6	37.9	3.4	4.8	0.7	100.0	288
Ensemble urbain	66.3	33.7	27.2	6.2	13.5	35.6	4.1	11.1	2.1	100.0	782
Rural	46.9	53.1	11.5	11.3	29.2	38.5	8.5	0.5	0.2	100.0	1 237
Niveau d'instruction											
Aucun	50.4	49.6	13.8	10.4	34.5	30.9	9.4	0.6	0.0	100.0	969
Alphabétisation/Primaire	55.8	44.2	17.9	10.6	16.7	45.0	5.7	4.2	0.0	100.0	775
Secondaire ou plus	64.8	35.2	19.7	4.5	5.1	45.5	2.1	16.0	7.1	100.0	276
Type d'emploi											
A son compte	64.8	35.2	0.0	7.3	21.5	43.0	24.1	0.0	3.9	100.0	72
Affaire de famille	75.9	24.1	12.5	11.0	10.8	36.8	7.3	14.9	6.8	100.0	250
Autre	50.9	49.1	16.7	9.8	23.7	37.7	6.7	2.8	0.2	100.0	1 096
Occupation											
Agriculture	45.6	54.4	3.1	4.2	43.3	37.6	11.7	0.0	0.0	100.0	387
Non-agricole	56.4	43.6	19.8	11.5	19.2	37.7	5.9	4.6	0.9	100.0	1 628
Ensemble de femmes¹	54.4	45.6	16.0	9.8	24.7	37.7	7.3	3.5	0.7	100.0	2 019

¹ Y compris les "non-déterminés"

³³ Ces trois activités ne suffisent pas pour que l'on se fasse une idée de la participation réelle des hommes au travail de soins. De plus, d'autres études qualitatives indiquent qu'en milieu rural les pères nourrissent leurs enfants en cas d'absence de la mère partie pour le commerce (Menon 2003a, Menon 2003b).

- ii. L'étude du Plateau central présentée dans l'encadré ci-dessus indique que 1.3% des prestataires alternatifs de soins sont payés pour leurs services. On peut considérer que ces prestataires relèvent de la catégorie des *employé(e)s domestiques*. On notera que le poids de cette catégorie ou mieux des *personnes travaillant pour des « ménages employant du personnel domestique »* est relativement « faible » dans la population active occupée. Le recensement de 2003 compte pour l'ensemble du pays 37 429 individus sous cette rubrique, dont 31 469 femmes, soit respectivement 1.9% des actifs occupés et 3.9% des femmes exerçant un emploi. L'essentiel des employées domestiques – soit 25 032 (79.5% du total) – se retrouvent en milieu urbain où elles représentent 8% des femmes occupées. On est peut-être en présence d'une sous-estimation du nombre d'employées domestiques³⁴ : en admettant que les employées domestiques travaillent principalement pour des ménages de la « classe moyenne », encore faudrait-il être en mesure d'estimer le poids de ces ménages dans le total des ménages. On rappellera tout au moins qu'une tendance au recul du poids des salariés des services domestiques dans l'emploi total de l'Aire Métropolitaine était déjà perceptible entre 1971 et 1982³⁵. Parallèlement, le travail indépendant, en particulier dans le commerce et la restauration (notamment la restauration de rue) devenait – et l'est encore si l'on en croit les statistiques - la modalité majeure d'insertion des femmes dans l'emploi en milieu urbain et surtout dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince. Dès lors, on peut considérer que le travail des employées domestiques ne vient pas se substituer au travail des mères ou des femmes de la parenté (y compris les filles) dans la majorité des ménages³⁶. Il y a là une porte ouverte au recours au travail des enfants, au travail des *restavèk*.

c. Le recours aux garderies et jardins d'enfants est marginal.

- i. Moins de 1% des femmes ayant un emploi confient leurs enfants de moins de cinq ans aux garderies ou jardins d'enfants (encore appelés *kindergarden*). Ce chiffre date de 1994-1995, année de la deuxième EMMUS. Le coût de la fréquentation des établissements préscolaires (inscription, écolage et dépenses connexes), leur faible disponibilité mais aussi une méconnaissance des avantages de l'apprentissage préscolaire expliquent largement cet état de fait.
- ii. Il est probable que cette proportion ait augmenté depuis dans la mesure où il y a eu progression du nombre d'établissements préscolaires (à vérifier). On rappellera toutefois qu'en 2001, le taux net de scolarisation au préscolaire des enfants âgés de 3 à 5 ans s'élevait à 2% seulement (IHESI, ECVH 2001). Le taux brut de scolarisation au préscolaire s'élevait pour la même année à 44% (IHESI, ECVH2001). Autrement dit, en regard de l'extrême faiblesse du taux net de scolarisation au préscolaire, l'essentiel de la population fréquentant les établissements préscolaires est âgée de plus de 5 ans !

³⁴ Il faut noter qu'il y a quelques erreurs de codification de la profession pour ces individus travaillant pour des "ménages employant du personnel domestique" : on en trouve effet quelques-uns dans les classes de professions erronées : personnels des services et vendeur de magasin et de marché (1219 individus) ou encore chez les artisans et ouvriers des métiers de type artisanal (212 individus) etc.

³⁵ En 1971, les services domestiques comptent pour 30% environ des actifs occupés, soit près du double de leur poids en 1950. Ils régressent ensuite pour ne mobiliser qu'un cinquième des actifs en 1982. Voir JOSEPH Fritz-Pierre, *La presencia de la mujer haitiana en el mercado laboral : sus dinámicas y características entre 1950 et 1982*, Tesis para optar por el grado de Doctor en Ciencias Sociales, El Colegio de México, México D.F., Mayo de 1997, 321 p. Cette thèse se fonde sur les données originales de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique. Elles ne concordent pas toujours avec les données publiées.

³⁶ En faisant l'hypothèse d'une employée domestique par ménage, un peu plus de 25 000 ménages seraient concernés par la contribution de cette employée au travail non rémunéré au sein du ménage.

- d. **Les enfants sont des prestataires de soins.** Le travail des enfants considéré dans le modèle de Caldwell s'explique en grande partie par le fait que l'absence de technologie et les distances (liées à l'habitat dispersé mais surtout à l'absence d'aménagement du territoire/de production d'infrastructures) font du travail domestique un travail qui prend beaucoup de temps (cf. annexe 1).
- i. Les enfants du milieu rural sont doublement engagés dans l'économie des soins : ils produisent les biens ou services requis pour la prestation des soins et sont également chargés de la prestation de soins à proprement parler³⁷. A Jean-Rabel par exemple, les enfants prodiguent des soins à d'autres, à ceux en bas âge, dans 62.5% des ménages. La majorité des prestataires sont de sexe féminin, mais on trouve une large minorité de prestataires masculins (seuls ou avec des prestataires féminins), soit 35% des ménages dans lesquels il y a une prestation de soins aux enfants.

**TABLEAU 3. DIVISION SEXUELLE DU TRAVAIL PARMIS LES ENFANTS*
À JEAN-RABEL. EN % DES MÉNAGES (N = 1,482)****

Task	Male	Female	Both	Male, Female and Both	Neither***	Total
Housework	11.7	49.2	14.8	75.7	24.3	100.0
Cooking	12.4	46.9	13.5	72.8	27.2	100.0
Childcare	9.8	40.4	12.3	62.5	37.5	100.0
Carry water	13.4	28.7	31.5	73.6	26.4	100.0
Sell produce	10.9	10.6	10.1	31.6	68.4	100.0
Sell livestock	5.1	22.1	5.7	32.9	67.1	100.0
Tend Livestock	40.7	5.6	10.2	56.5	43.5	100.0
Garden work	39.1	4.4	9.2	52.7	47.3	100.0
Wage labor	5.6	1.2	1.5	8.3	91.7	100.0

Source : Schwartz (2000). * L'âge des enfants n'est pas précisé. ** Inclut les ménages avec uniquement des enfants en bas âge *** Signifie qu'aucun enfant dans le ménage n'exécute cette tâche.

- ii. L'EMMUS II (1994-1995) indique également que pour 24.7% des mères d'enfants en bas âge, le prestataire alternatif de soins est un enfant plus âgé (un aîné). C'est particulièrement vrai en milieu rural et dans les populations de mères sans niveau d'études ou ayant un niveau d'études primaires. En milieu urbain où davantage d'enfants de 6 ans et plus sont scolarisés qu'en milieu rural, la mobilisation des aînés est bien moindre : 9.8% des mères de l'Aire Métropolitaine contre 29.% des mères du milieu rural. En fait, la mobilisation des mères elles-mêmes (27% de l'Aire Métropolitaine contre 11% en milieu rural) et des employées domestiques (15.7% dans l'Aire Métropolitaine) se substituerait en quelque sorte à celle des aînés.
- e. **Les enfants domestiques sont des prestataires de soins.** L'EMMUS II (1994-1995) ne prend pas en compte les enfants domestiques. Une étude relativement récente (Sommerfelt et al. 2003) sur le travail des enfants domestiques permet de faire les constats suivants
- f. L'identification des enfants domestiques repose sur trois critères dans cette étude : le fait de vivre sans ses parents (ni père ni mère, 19% des enfants), le fait d'avoir un niveau d'études inférieur à celui correspondant à son âge³⁸ et le fait de travailler³⁹. 8.7% des enfants de 5 à 17 ans (173 000) sont ainsi classés comme des enfants domestiques.

³⁷ Il faudra mettre en regard la division sexuelle du travail parmi les adultes et la division sexuelle du travail parmi les enfants.

³⁸ Selon Sommerfelt et al. (2002 : 39), 61% des enfants âgés de cinq à dix-sept ans « ou 1 290 000 enfants » ne sont jamais allés à l'école, ne sont pas inscrits actuellement, ou se trouvent en situation, de retard scolaire par rapport à leur tranche d'âge.

³⁹ La plupart des enfants travaillent, mais les charges horaires de travail sont très inégalement réparties.

- i. Les enfants domestiques sont en majorité des filles (59% à l'échelle nationale et 72% en milieu urbain) et vivent en majorité (73%) en milieu rural.
- ii. Environ deux tiers des enfants domestiques ont toujours vécu dans le ménage où ils résidaient au moment de l'enquête et la plupart d'entre eux co-résident avec des parents (frères/sœurs, grands-parents, oncles-/tantes, autres parents). On note deux particularités : en milieu rural, plus d'un tiers des enfants domestiques vivent avec leurs grands-parents contre moins de 10% en milieu urbain) et 32% des enfants domestiques de sexe féminin du milieu urbain cohabitent avec des personnes non-apparentées. Il y donc une « domesticité parentale » : les enfants sont confiés à d'autres parents. Et « les relations parentales sont (...) des relations de dette sociale et d'aide mutuelle pouvant se décliner sous la forme d'un travail ou d'autres contributions. En d'autres termes, il n'y a aucune raison pour qu'une relation parentale entraîne moins de travail qu'une relation non-parentale » (Sommerfelt et al. 2002 : 93).
- iii. Les enfants non-domestiques effectuent également des tâches domestiques mais la moyenne d'heures de travail durant la semaine précédant l'enquête est plus élevée chez les enfants domestiques.
- iv. Le nombre d'heures travaillées (au cours de la semaine précédant l'enquête) des filles est toujours plus élevé que celui des garçons. Ceci vaut d'ailleurs pour les enfants non-domestiques.
- v. Les enfants domestiques sont chargés des activités en amont de la prestation de soins et de la prestation de soins (garde des enfants). On observe que leur mobilisation est quasi-universelle pour des tâches comme la collecte de l'eau (plus de 90%), le nettoyage de la maison (en raison, vraisemblablement, d'une « technologie » sommaire et archaïque). La garde des enfants assurée par plus de 20% des enfants domestiques est bien plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural. Elle est assurée par des proportions similaires de filles et de garçons en milieu urbain (sur les 12 derniers mois) mais est plus fréquente pour les filles au cours de la semaine précédant l'enquête. Mais les garçons sont moins mobilisés que les filles en milieu rural (8.3% contre 18.7%).

4. *En guise de conclusion.*

- a. Très brièvement, en partant des enquêtes auprès des ménages, la prestation de soins aux enfants (notamment aux enfants de moins de cinq ans) est essentiellement ancrée *dans* la famille ou le ménage sur la base d'un complexe constitué par (i) une division sexuelle du travail (entre adultes mais aussi entre enfants), (ii) une division intergénérationnelle du travail (entre parents et enfants, entre grands-parents/enfants/petits-enfants), (iii) et une division du travail entre enfants (de la famille ou du ménage) et enfants domestiques.
- b. Il existe des différences entre milieu rural et milieu urbain : le recours aux enfants est vraisemblablement plus fréquent dans le premier que dans le second, de même que le recours aux pères. Parallèlement, le milieu urbain – où le niveau d'étude moyen est plus élevé qu'en milieu rural – se distingue par un recours plus fréquent aux employées domestiques (l'Aire Métropolitaine surtout) et aux garderies, même si ces deux types de prestataires de soins sont loin de constituer une large minorité dans l'ensemble des prestataires.

Chapitre III. Les prestataires de soins aux enfants selon l'Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti

1. Ce chapitre est consacré à l'analyse des données du module relatif aux personnes qui s'occupent des enfants de moins de cinq ans de l'Enquête sur les Conditions de Vie des ménages en Haïti de 2001. Ce module prend pour une unité statistique l'enfant de moins de cinq ans. L'objectif ultime poursuivi ici est la mise en évidence de modèles éventuels de prestations des soins.

2. Il s'agit bien évidemment d'une analyse exploratoire : les données ne portent que sur la garde des enfants durant la journée. Toutefois, la recherche de modèles semble plus intéressante ici relativement aux autres enquêtes : en adoptant le principe d'une question à réponses multiples, l'ECVH permet d'apprécier la diversité éventuelle des prestataires de soins et de restituer des combinaisons de prestataires (« care arrangements »)⁴⁰.

3. La nomenclature des prestataires de soins proposée dans le questionnaire est organisée selon le lien de parenté (sans aucune considération sur l'appartenance du prestataire au ménage d'appartenance de l'enfant), selon les sphères de prestation des soins (sphère domestique/familiale, sphère non-domestique) sans précisions sur l'appartenance au secteur public ou privé. Mais les *enfants domestiques* ou *restavèk* ne figurent pas comme prestataire potentiel de soins dans cette nomenclature⁴¹.

4. Ce chapitre en est encore à sa version préliminaire. On y présente le profil des enfants de moins de cinq ans puis une première description des prestataires de soins. Il apparaît que le « lieu » principal de la prestation de soins est bien la famille. Mais les prestataires diffèrent selon la structure familiale du ménage et les relations des chefs de ménage et de leurs conjoints à l'activité économique et à l'emploi.

5. *Les enfants de moins de cinq ans. Profil.*

- a. La population des enfants de moins de cinq ans s'élevait, en 2001, à 830 226 selon les extrapolations de l'ECVH.
- b. Près de sept enfants sur dix résident en milieu rural. Il s'agit d'une proportion supérieure à celle de la population totale vivant en milieu rural, vraisemblablement liée au fait que la fécondité est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain.
- c. 37.4% de ces enfants ont été repérés dans des familles nucléaires, 43.8% dans des familles élargies et 8.3% dans des familles monoparentales. Le reste se trouvait dans des « familles complexes ».
- d. Les enfants des familles monoparentales vivent dans leur immense majorité (91%) dans des ménages dont le chef de ménage est une femme. Il sont ainsi plus présents chez les ménages dirigés par une femme (13.9% contre 1.5% chez les ménages dirigés par un homme).
- e. La majorité des enfants de moins de cinq ans repérés – soit 69.4% - sont les fils ou les filles du chef de ménage.

6. Les prestataires de soins.

- a. *L'existence de plusieurs prestataires de soins.* Dans l'ensemble, 68.6% des enfants de moins de cinq ans ont entre deux et trois prestataires de soins (tableau 1). Il existe des contrastes entre les milieux de résidence : 42% des enfants n'ont qu'un seul prestataire contre 27.5% de ceux du milieu rural. Partant, un peu moins de 60% des enfants de l'Aire Métropolitaine ont deux prestataires au moins, ils sont 72.2% en milieu rural.

⁴⁰ Les chiffres présentés ici sont provisoires et doivent être soumis à d'ultimes vérifications.

⁴¹ Il faudrait un traitement particulier du module relatif au travail des enfants de 5 à 17 ans.

TABLEAU 1. DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE NOMBRE DE PRESTATAIRES 42

Nombre de prestataires de soins pendant la journée	Aire Métropolitaine	Autre urbain	Rural	Ensemble	Population estimée	Echantillon
1	42,0	34,3	27,5	31,2	259177	1005
2	36,6	35,6	40,5	39,2	325707	1390
3	21,2	30,1	31,7	29,4	244836	1073
NR	0,2	0,0	0,2	0,2	1795	8
	100,0	100,0	100,0	100,0	831514	3476

Source : ECVH 2001 (IHSI). Calculs propres.

- b. **Le premier prestataire est la mère.** La distribution de l'ensemble des enfants selon le premier prestataire de soins indique une écrasante majorité de mères : 81% (tableau 2). Mais, le tableau est plus contrasté lorsque l'on tient compte de l'âge des enfants. 91% des enfants de moins d'un an sont pris en charge par leur mère, mais la mère n'est présente que pour 81.1% et 75.6% des enfants de 1 à deux ans et de 3 à 4 ans. Ces derniers sont plus fréquemment pris en charge au premier chef par leur grand-mère (entre 8% et 10%) et dans une moins large mesure par leur père (3% contre 1.8% pour les moins d'un an), ou leur sœur, avec une très faible occurrence de la tante (1%) ou des voisins (autour de 1%).

TABLEAU 2. DISTRIBUTION (%) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE PREMIER RANG PAR TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT

Prestataire de soins	Moins d'un an	1 à 2 ans	3 à 4 ans	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Mère	91,0	81,1	75,6	81,0	664978	2775
Père	1,8	3,1	3,5	3,0	24405	98
Soeur	1,3	2,2	3,1	2,4	19339	83
Frère	0,4	0,5	0,9	0,6	5242	22
Grand-mère	3,9	8,1	10,9	8,3	68315	295
Grand-père	0,2	0,6	0,6	0,5	4360	17
Tante	0,3	1,9	1,5	1,4	11710	53
Oncle	0,3	0,3	0,3	0,3	2394	9
Servante	0,0	0,1	0,3	0,2	1499	6
Voisin(e)	0,2	0,6	1,8	1,0	8455	35
Kindergarten/préscolaire	0,0	0,0	0,4	0,1	1153	6
Autre	0,4	1,4	1,0	1,0	8382	30
NSP	0,1	0,0	0,0	0,0	186	1
NR	0,0	0,0	0,1	0,0	383	1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	820802	3431

Source : ECVH 2001 (IHSI). Calculs propres.

- c. **Une prise en charge non négligeable par les pères en second rang.** La distribution des enfants qui ont un second prestataire de soins révèle que 41% sont pris en charge par leur père (tableau 3). Ceci peut paraître surprenant à première vue. On y reviendra. Suivent, loin derrière, les grand-mères (17%), les sœurs (9%) et les voisins (7%), puis les tantes (6%). Le poids des grand-mères à mesure que l'âge croît : elles comptent pour 21% des enfants de

⁴² Vérifier échantillons enfants à 3 prestataires / enfants avec prestataires de troisième rang..

moins d'un an mais pour 14% des enfants de trois à quatre ans. En fait, elles sont supplantées par divers prestataires : les grands-pères, les oncles et les voisins et de manière marginale par les kindergarden pour les enfants de trois à quatre ans (1.4%)..

TABLEAU 3. DISTRIBUTION (%) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SECOND RANG PAR TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT

Prestataire de soins	Moins d'un an	1 a 2 ans	3 a 4 ans	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Père	41,7	41,9	39,9	41,1	232845	1003
Soeur	12,0	7,6	10,1	9,4	53533	230
Frère	3,2	4,0	6,5	4,8	27353	124
Grand-mère	21,3	18,6	14,7	17,6	99722	447
Grand-père	3,4	6,4	6,4	5,8	32873	148
Tante	6,9	7,9	5,5	6,7	38142	153
Oncle	1,4	1,3	3,1	2,0	11369	48
Servante	0,6	0,5	0,1	0,3	1976	7
Voisin(e)	6,2	7,1	8,4	7,4	42030	183
Garderie	0,2	0,2	0,2	0,2	1106	5
Kindergarten/précolaire	0,0	0,2	1,4	0,6	3660	11
Autre	3,1	4,1	3,7	3,9	22076	84
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	566685	2443

- d. *La mobilisation de la fratrie de l'enfant en troisième rang.* La distribution des enfants qui ont un troisième prestataire indique d'une part que le troisième prestataire se situe au-delà des père et mère de l'enfant (tableau 4). C'est d'abord la fratrie de l'enfant qui est mobilisée : les sœurs et les frères (33.4% au total), puis les grands-parents (les grand-mères d'abord) et ensuite la fratrie de l'un ou l'autre des parents (tante et oncle). On note que le recours aux voisins est plus fréquent lorsque l'enfant atteint l'âge de 3-4 ans.

TABLEAU 4. DISTRIBUTION (%) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE TROISIÈME RANG PAR TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT

Prestataire de soins	Moins d'un an	1 a 2 ans	3 a 4 ans	Ensemble	Population	Echantillon
Soeur	12,6	15,6	18,9	16,4	42445	185
Frère	14,9	16,6	18,4	17,0	43989	187
Grand-mère	12,9	14,9	10,3	12,7	32905	144
Grand-père	9,0	7,9	7,4	7,9	20510	94
Tante	18,0	15,3	13,1	14,9	38570	170
Oncle	12,5	8,0	7,4	8,6	22306	94
Servante	0,0	0,6	1,1	0,7	1816	7
Voisin(e)	7,7	14,0	13,0	12,4	32168	146
Garderie	0,0	0,0	0,1	0,0	102	1
Kindergarten/précolaire	0,0	0,3	1,3	0,7	1724	8
Autre	11,5	6,6	8,8	8,4	21646	96
Personne ou NR	0,6	0,1	0,1	0,2	525	4
NSP	0,4	0,0	0,0	0,1	176	1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	258878	1137

7. La famille comme « locus » de la prestation de soins aux enfants.

- a. **Globalement donc**, la famille est le « lieu » des prestations de soins aux jeunes enfants (le rôle des domestiques est ici très largement marginal). Ce n'est que dans les cas où il y a trois prestataires de soins, que les prestataires hors famille, à savoir les voisins et les « autres » individus en viennent à compter – tous ensemble – pour 21% des enfants.
- b. **La division sexuelle du travail et les rangs des prestataires.** Il y a diversité des prestataires selon le sexe. Certes, les femmes de la parenté (mères et autres) prédominent parmi les prestataires de soins de premier rang (93%) mais les hommes de la parenté (pères et autres) figurent en bonne place parmi les prestataires de second rang : ils comptent en effet pour 53.7% des enfants de moins de 5 ans. Les femmes de la parenté « l'emportent » toutefois de nouveau en troisième rang avec 44% des enfants de moins de cinq ans.
- c. **Les pères du milieu rural et des familles nucléaires.** La mobilisation des pères est plus forte en milieu rural (43%) qu'en milieu urbain (34%). Elle est surtout caractéristique des ménages constitués par une « famille nucléaire » (le chef de ménage et son conjoint et les enfants du chef). Si 40% des enfants ayant un second prestataire sont pris en charge par leur père en second rang, près de 7 enfants sur dix vivant dans les familles nucléaires le sont contre 24% dans les familles élargies et 33.8% dans les familles complexes (tableau 5). Quant aux enfants vivant dans les familles monoparentales – peu nombreux au demeurant - 8.5% seulement d'entre eux sont pris en charge par leur père (vérifier s'il est dans le ménage ou à l'extérieur du ménage). Dans ces familles monoparentales, les prestataires alternatifs de soins de second rang sont les sœurs (30.4%) - et les frères (11.1%) -, les voisins (23%) et les grand-mères (12.5%).

TABLEAU 5. DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SECOND RANG PAR STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE

	Famille nucléaire	Famille monoparentale	Famille élargie	Famille complexe	ENSEMBLE	Population estimée	Echantillon
Père	68,2	8,5	24,3	33,8	41,1	232845	1003
Soeur	8,5	30,4	8,0	7,1	9,4	53533	230
Frère	4,7	11,1	4,4	3,7	4,8	27353	124
Grand-mère	7,2	12,5	27,5	15,6	17,6	99722	447
Grand-père	0,6	0,6	10,5	7,4	5,8	32873	148
Tante	1,0	9,1	10,7	8,9	6,7	38142	153
Oncle	0,2	2,1	3,7	1,4	2,0	11369	48
Servante			0,4	1,7	0,3	1976	7
Voisin(e)	6,80	23,10	5,90	7,30	7,4	42030	183
Garderie	0,40		0,00	0,40	0,2	1106	5
Kindergarten/précolaire	0,40	1,70	0,40	1,70	0,6	3660	11
Autre	2,10	1,00	4,10	10,50	3,8	22076	84
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,0	566686	2443

- d. **La division intergénérationnelle du travail de prestation de soins : une mobilisation « modérée » des grand-mères.** Il y a mobilisation de plusieurs générations : celle des parents (parents, tantes et oncles), celle des grands-parents et celle des enfants (la fratrie des enfants dépendants). Ceci étant, la mobilisation des grand-mères semble être modérée. Ceci est peut-être lié au fait que l'espérance de vie à la naissance est encore plutôt faible en Haïti (entre 55 ans et 58 ans selon diverses estimations) : les grand-mères seraient moins nombreuses qu'on le croit. A moins qu'il ne faille compter avec l'état de santé des grand-mères. Il y a bien évidemment la question de la proximité des grands-parents : ceux-ci vivent-ils dans le

ménage ou non ? En considérant la structure familiale du ménage, il apparaît que la mobilisation des grands-parents, des grand-mères surtout, est plus fréquente dans les familles élargies : 27.5% des enfants de moins de cinq ans sont pris en charge par leur grand-mère et 10.5% par leur grand-père (des proportions inégalées dans les autres structures familiales). Tout se passe comme si le recours à la génération antérieure à celle des parents passe par la cohabitation des trois générations. Enfin, il est possible que le recours aux grand-mères soit plus fréquent lorsque les enfants sont plus âgés : les enfants de moins de cinq ans requièrent davantage de soins et une attention soutenue en raison de leur plus forte dépendance à l'égard d'autrui.

8. *Emploi des adultes et « garde » des enfants*

- a. On cherche ici à connaître les prestataires de soins en fonction de la relation entre le ménage et l'activité économique et l'emploi. Le traitement est encore largement exploratoire. La relation entre le ménage et l'activité économique et l'emploi est appréhendée par la situation d'activité du couple constitué par le chef de ménage et son ou sa conjoint(e). Ce, indépendamment du fait – pour le moment – du lien de parenté entre l'enfant de moins de cinq ans et le couple (on sait que la majorité de ces enfants sont les fils ou les filles du chef de ménage, mais le lien de parenté avec le ou la conjoint(e) du chef n'est pas encore établi. Une analyse des cas où il n'y a pas de couple devrait également être menée. En l'état, on propose une première nomenclature pour appréhender les relations entre couple et activité économique avec les modalités suivantes (sans préciser le sexe du chef de ménage pour le moment) :
 - i. Les deux membres du couple travaillent
 - ii. Homme travaille, femme inactive ou chômeuse
 - iii. Homme inactif ou chômeur, femme travaille
 - iv. Homme inactif ou chômeur, femme inactive ou chômeuse
 - v. Pas de couple⁴³
- b. Quelques constats
 - i. L'immense majorité des enfants vivant dans les ménages où le chef et son/sa conjoint(e) travaillent sont pris en charge en premier rang par leur mère. La proportion est inférieure – de 8 points de pourcentage – à celle observée lorsque l'homme travaille et que la femme est inactive ou en quête d'emploi. Un tel résultat interpelle à propos de la conciliation, par les femmes, entre l'exercice de l'emploi et la garde des enfants. Il s'agirait de connaître les caractéristiques de l'emploi exercé en termes du nombre d'heures travaillées et de la localisation de l'emploi par rapport au domicile.

⁴³ Cette catégorie pourra être scindée si les données le permettent. On ne fera pas ici de commentaires sur les cas où il n'y a pas de couples.

**TABLEAU 5 DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON
LE PRESTATAIRE DE SOINS DE PREMIER RANG PAR TYPE DE RELATION DES
MEMBRES DU COUPLE À L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET À L'EMPLOI**

Prestataire de soins	Homme travaille/ Femme travaille	Homme travaille/ femme inactives ou chômeuse	Homme inactif ou chômeur/ femme travaille	Homme inactif ou chômeur/ femme inactives ou chômeuse	Pas de couple	Population estimée	Echantillon
Mère	81,50%	89,80%	72,40%		75,90%	611042	2568*
Père	3,20%	2,20%	2,10%		2,80%	21624	86*
Soeur	3,00%	0,90%	5,30%		2,10%	18578	78*
Frère	0,80%		0,30%		1,00%	5242	22
Grand-mère	6,60%	5,70%	17,40%	100,00%	11,30%	64024	275*
Grand-père	0,20%	0,20%	1,40%		1,20%	4325	16
Tante	1,50%	0,40%	0,40%		2,10%	11110	51
Oncle					0,80%	2014	8
Servante	0,30%					1040	4
Voisin(e)	1,30%	0,30%			1,20%	8068	34
Kindergarten/pré-scolaire	0,20%				0,10%	1153	6
Autre	1,40%	0,40%	0,80%		1,10%	8382	30
NSP					0,10%	186	1
NR					0,20%	383	1
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	757171	3180

- ii. En revanche, lorsque la femme travaille et que l'homme est lui-même inactif ou chômeur, la part des enfants pris en charge par leur mère est bien plus basse – même si elle demeure largement substantielle : 72.4%. Davantage d'enfants sont confiés à leur grand-mère (17.4%).
- iii. En second rang, les pères sont les plus présents (entre 50% et 60% des enfants) lorsque l'homme travaille, indépendamment de la situation d'activité de la femme (tableau 6). Leur poids baisse mais demeure substantiel (39.8%) lorsque l'homme est inactif ou chômeur, les grands-parents prenant en charge 36% des enfants (24% par leur grand-mère), et les voisins 9%. Ce résultat est, à première vue, surprenant (en supposant bien sûr que les enfants concernés sont bien ceux du couple), d'autant que l'on peut difficilement parler d'un investissement plus ou moins lourd (en temps) dans la recherche d'emploi. Outre le fait qu'il n'existe pas d'agences d'emploi institutionnelles, le recours aux réseaux de parents ou amis, le recours aux « courtiers » qui assurent la rencontre entre l'offre et la demande de travail pour certains types d'emplois (emplois domestiques) sont relativement peu consommateurs de temps. De plus, la recherche d'emploi est particulièrement coûteuse. Tout se passe comme si non seulement le temps « libéré » ou le temps « libre »- par rapport au temps d'un actif occupé – n'est pas consacré au travail de garde des enfants mais encore que le fait même des chômeurs exclurait un engagements dans la prestation des soins. Ceci reste à élucider⁴⁴. Il faut chercher à connaître le contenu du « contrat » (au sens de modus vivendi) existant entre les hommes sans emploi et les femmes qui travaillent. De toute évidence, le contrat où la pourvoyance relève de la responsabilité des femmes avec une

⁴⁴ Ceci passe évidemment par l'analyse de l'utilisation du temps.

contrepartie – partielle et imposée pour partie par le manque de ressources démographiques⁴⁵ – en termes de contribution des pères à la prestation de soins aux enfants ne tient plus ici.

TABLEAU 6 DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SECOND RANG PAR TYPE DE RELATION DES MEMBRES DU COUPLE À L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET À L'EMPLOI

Prestataire de soins	Homme travaille/ Femme travaille	Homme travaille/ femme inactives ou chômeuse	Homme inactif ou chômeur/ femme travaille	Homme inactif ou chômeur/ femme inactives ou chômeuse	Pas de couple	Population estimée	Echantillon
Père	50,40%	61,90%	39,80%		11,30%	208579	908*
Soeur	8,90%	5,00%	3,30%		14,90%	51124	222*
Frère	5,10%	4,30%	1,80%		6,00%	26547	119*
Grand-mère	12,70%	14,50%	24,00%		28,20%	95555	427*
Grand-père	3,90%	4,30%	12,50%	100,00%	7,90%	29292	134*
Tante	4,70%	1,40%	4,50%		14,10%	36587	145*
Oncle	2,20%	0,40%	2,30%		2,70%	10677	45
Servante		0,70%	2,60%			1221	5
Voisin(e)	7,40%	4,60%	9,00%		9,30%	39301	171
Garderie	0,40%				0,10%	1106	5
Kindergarten/préscolaire	0,70%				1,00%	3280	10
Autre	3,50%	3,00%			4,70%	18921	73
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	522191	2264

- iv. En troisième rang, entre 40% et 50% des enfants sont gardés par leurs sœurs et frères lorsque l'homme travaille, indépendamment de la situation d'activité de la conjointe (tableau 7). On est loin d'une telle mobilisation dans le cas où l'homme ne travaille pas et où la femme exerce un emploi : ce sont d'abord les grands-parents qui sont mobilisés, puis les oncles et tantes puis d'autres prestataires de soins non spécifiés (19% des enfants concernés !).

TABLEAU 7 DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE TROISIÈME RANG PAR TYPE DE RELATION DES MEMBRES DU COUPLE À L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET À L'EMPLOI

Prestataires de soins	Homme travaille/ Femme travaille	Homme travaille/ femme inactives ou chômeuse	Homme inactif ou chômeur/ femme travaille	Homme inactif ou chômeur/ femme inactives ou chômeuse	Pas de couple	Population estimée	Echantillon
Soeur	23,50%	26,40%	6,00%		1,90%	40844	176*
Frère	18,30%	27,50%	4,00%		12,60%	42327	181*
Grand-mère	11,60%	6,40%	17,80%		16,30%	29915	136*
Grand-père	9,90%	8,00%	18,20%		3,50%	19600	89*
Tante	9,10%	11,50%	16,60%		25,10%	34986	153*
Oncle	5,50%	2,40%	13,70%		14,80%	19463	84*
Servante	0,60%				1,30%	1625	6
Voisin(e)	13,20%	11,90%	1,30%		13,60%	30196	136*
Garderie	0,10%					102	1
Kindergarten/préscolaire	0,60%	0,50%	3,30%		0,60%	1724	8

⁴⁵ Les ménages où le prestataire alternatif de soins est un homme (les pères et en second rang, en termes de fréquence, les frères) se caractérisent selon Devin et Erickson (1996) par un ratio enfants/femmes plus élevé que dans les autres ménages.

Autre	7,00%	5,20%	19,20%		10,30%	19851	90*
Personne	0,40%					524	4
NSP	0,10%					176	1
	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	241334	1065

9. En guise de conclusion

- a. Avant toute chose, il faut rappeler que l'on raisonne, avec l'ECVH, sur le nombre d'enfants de moins de cinq ans gardés par tel ou tel prestataire de soins et non sur le nombre de femmes exerçant un emploi selon le type de prestataire alternatif de soins (en matière de garde d'enfants). En toute rigueur, il n'y a donc pas de comparaison possible entre les savoirs empiriques antérieurs et les résultats de l'ECVH. Et ce, même si l'on ramène les résultats précédents à l'échelle des ménages. D'autre part, l'ECVH ne permet pas de couvrir toute la palette des prestataires envisagée dans l'organisation de la prestation des soins (cf. chapitre 1). En particulier, les *enfants domestiques* y sont invisibles.
- b. On confirme qu'il peut exister plus d'un prestataire alternatif de soins (par rapport à la mère dans l'immense majorité des cas). Les combinaisons de prestataires devront être restituées à l'échelle des ménages.
- c. En l'état, ces résultats « confirment » la mobilisation des pères, en particulier, il est vrai, dans les familles nucléaires et en milieu rural.
- d. Par ailleurs, la mobilisation des enfants, c'est-à-dire des sœurs et frères aînés des enfants de moins de cinq ans se fait principalement en troisième rang (en proportion des enfants gardés). Ils ne joueraient, dans ces conditions, qu'un rôle d'appoint, en cohérence avec le fait que le nombre d'heures passées à travailler par les enfants non-domestiques de 5 à 17 ans est relativement faible. Mais ce n'est qu'une conjecture : il faut connaître l'utilisation du temps des enfants et en particulier la durée consacrée à la garde des enfants. Par ailleurs, le rôle d'appoint peut ne l'être qu'en apparence : reste en effet à savoir ce que font les parents du temps libéré par le travail des enfants.
- e. Enfin, le recours aux employées domestiques – minoritaire mais remarquable dans l'EMMUS II 1994-1995 – est quasiment inexistant (toujours en proportion des enfants gardés). Ceci interpelle considérablement d'autant que l'échantillon de l'ECVH (7186 ménages) est bien plus grand que celui de l'EMMUS II 1994-1995 (4000 ménages) et aurait pu couvrir relativement plus de cas de recours aux employées domestiques. A moins que, réellement, celles-ci soient à la moins nombreuses (comme on l'a vu plus haut) et moins mobilisées pour *la garde* des enfants en bas âge (elles participeraient davantage au travail domestique en amont de la prestation de soins proprement dite).....
- f. Par ailleurs, il apparaît, en première analyse, que les types de prestataires mobilisés dépendent pour partie de la structure familiale des ménages (autrement dit des ressources démographiques du ménage lui-même) et des relations du couple constitué par le chef de ménage et son/sa conjoint(e) avec l'activité économique et l'emploi. Ce n'est pas à proprement parler une trouvaille, mais il importe de creuser en analysant également le cas des ménages où le chef de ménage n'a pas de conjoint cohabitant.
- g. Enfin, les analyses précédentes ont fait peu cas du clivage urbain / rural et il faudra s'y atteler.

Éléments pour la conclusion

1. Il y a encore fort à faire pour la mise en évidence des « modèles » de prestations de soins dans la sphère domestique, en conformité avec le cadrage théorique esquissé au premier chapitre. En première étape, il faudra notamment distinguer les enfants des chefs de ménage des autres, faire également le distinguo entre les enfants du couple constitué par le chef de ménage et son conjoint et les autres (enfants du chef de ménage seul et autres enfants) et enfin identifier les ménages où travaillent des enfants domestiques⁴⁶. En seconde étape, dès lors que les variables de base auront été établies, on cherchera, à l'aide d'une analyse à composantes multiples (ACM), à connaître les corrélations entre les types de prestataires, la structure familiale du ménage, la relation entre le ménage et l'activité économique et l'emploi, qu'il s'agisse de la situation d'activité, du statut dans l'emploi et de la branche d'activité, mais aussi le lien avec les transferts des émigrés.

2. Au-delà, il convient d'identifier d'une part les pistes pour une meilleure connaissance de la prestation de soins aux enfants en Haïti.

- a. S'agissant des prestataires de soins et des combinaisons (« care arrangements »), il convient de reconfigurer la nomenclature proposée dans l'ECVH en intégrant le distinguo entre les prestataires résidant dans le ménage et ceux issus d'autres ménages. Ceci permettra d'étudier les éventuels reports de coûts liés à la prestation des soins des ménages urbains vers les ménages ruraux par exemple.
- b. Il faut un travail plus systématique sur les régimes démo-économiques en milieu urbain et en milieu rural, documenter les mobilisations inter-générationnelles, les inégalités entre les enfants.
- c. La question de la conciliation entre prestation de soins (et plus largement travail domestique) et emploi mérite d'être approfondie en prenant en considération, les prestataires alternatifs de soins et l'articulation du temps de la prestation et du temps de l'emploi.
- d. Les relations entre la prestation des soins et la *transnationalisation* du régime socio-démographique (via l'émigration des parents et les transferts) doivent être également étudiées de manière approfondie. Il faut pouvoir identifier les enfants dont l'un des parents au moins se trouve à l'étranger (et envoie des transferts) De manière anecdotique, il semble qu'il existe des cas où des immigrés en territoire étranger cherchent à réduire le coût (y compris en temps) de la prestation de soins en confiant leurs enfants à des ménages en Haïti avec pour contrepartie l'envoi de transferts en espèces et en nature. Dans la mesure où l'ECVH contient des informations sur l'existence de parents émigrés et sur les transferts reçus par les ménages, on cherchera à savoir s'il existe des profils différenciés des prestataires selon que le ménage d'appartenance de l'enfant a des parents émigrés ou non, reçoit ou non des transferts en provenance de l'étranger.
- e. L'analyse des budget-temps des hommes et des femmes reste bien entendu à faire.

⁴⁶ Si l'on sait que les enfants domestiques répertoriés sont chargés de garder des enfants, on n'est pas en mesure d'affirmer qu'ils sont spécifiquement chargés de la garde des enfants de moins de cinq ans.

3. Quelques recommandations doivent être également considérées.

- a. Faire du travail des soins un objet de politiques publiques suppose d'évaluer les besoins en termes de prestations de soins aux enfants⁴⁷. Il faut élucider d'autre part l'économie des prestations actuelles en évaluant les coûts et avantages (y compris pour les enfants domestiques) des solutions déjà adoptées au regard des formes d'emploi ou de l'inactivité des femmes.
- b. Il convient de souligner que toute proposition de politique publique en matière de prestations de soins aux enfants doit être articulée à une politique d'emploi. Il s'agit d'une part de permettre aux ménages d'être en mesure d'assurer l'entretien des enfants et le cas échéant le recours à des prestations de soins provenant du secteur public ou du secteur privé. D'autre part, dans la mesure où la famille est le *lieu* principal de la prestation de soins et que l'auto-emploi l'emporte sur l'emploi salarié, les dispositifs d'aide à la prestations des soins devront partir du *ménage* et non du travail, en prenant en compte le couplage ou la dissociation (ou non) des lieux de résidence et des lieux de travail.
- c. Il faut également une politique d'infrastructures et d'innovations technologiques pour réduire le temps du travail domestique et laisser ainsi la voie à une réduction du *besoin de main-d'œuvre* des ménages qui les porte à mobiliser les enfants et en particulier les enfants domestiques.

⁴⁷ On rappelle que Sommerfelt et al. (2002) montrent que le recours aux enfants domestiques relève d'un *besoin de main-d'œuvre* pour le travail domestique (et accessoirement pour la participation à l'activité économique).

Bibliographie sélective (à compléter)

- Aguirre Rosario (s.f.), *Familias como proveedoras de servicios de cuidados*
- Aguirre Rosario (2007), "Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas" in Arriagada Irma (coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*, CEPAL, UNFPA, Santiago de Chile
- Becker Saul (2005), *Young Carers : Evidence and Messages from UK and Australian Research*
- Beneria Lourdes (1999), "The Enduring Debate over Unpaid Labour", *International Labour Review*, Vol 138, Issue 3
- Beneria Lourdes (2005), *Paid/unpaid work and the globalization of reproduction*, Meeting on « social Cohesion, Policies of Reconciliation and Public Budget », UNFPA/GTZ, México City, October 24-26.
- Berggren Gretchen, Berggren Warren (1991), *Household structure, mobility, family building and dissolution in rural Haiti. Insights from longitudinal studies of rural Haitian Communities*, Presented at the International Union for the Scientific Study of Population [IUSSP] Committee on Anthropological Demography and ORSTOM Seminar on Socio-Cultural Determinants of Morbidity and Mortality in Developing Countries: the Role of Longitudinal Studies, Saly Portudal, Senegal, October 7-11,
- Cabanes Robert (1996), « Présentation : Logique domestique et logique du marché », *Cahiers des Sciences Humaines*, Orstom/IRD, in Schlemmer Bernard (dir), *L'enfant exploité. Oppression, mise au travail, prolétarianisation*, Paris, éditions Karthala-Orstom
- CEPALC (2007), *La contribution des femmes à l'égalité en Amérique Latine et dans les Caraïbes*, X Conférence régionale sur les Femmes de l'Amérique Latine et des Caraïbes, Quito, Equateur
- Edmond Yanique M., Suzanne M. Randolph, Guylaine L. Richard (2007), « The Lakou System: A Cultural, Ecological Analysis of Mothering in Rural Haiti », *The Journal of Pan African Studies*, vol.2, no.01, November
- Elson Diane (1998), "The Economic, the Political and the Domestic: Businesses, States and Households in the Organisation of Production", *New Political Economy*, Vol. 3, No.2, 1998
- Feeny, Thomas and Jo Boyden (2004), *Acting in Adversity – Rethinking the Causes, Experiences and Effects of Child Poverty in Contemporary Litterature*, Queen Elizabeth House Working Paper Series No. 116
- Folbre Nancy (2006), "Rethinking the Child Care Sector", *Journal of the Community Development Society*, Vol. 37, No. 2, Summer : 38-52.
- Haïti Solidarité Internationale (2002), *Les fondements de la pratique de la domesticité des enfants en Haïti*, Ministère des Affaires Sociales et du Travail, PNUD, Unicef, OIT-IPEC, Save the Children Canada, Save the Children UK, Port-au-Prince
- Himmelweit Susan (2002), "Making Visible the Hidden Economy : The Case for Gender-Impact Analysis of Economic Policy", *Feminist Economics*, (1) : 49-70.
- Lange Marie-France (1996), « Une force de travail disputée - la main d'œuvre enfantine en milieu rural togolais - » in Schlemmer Bernard (dir), *L'enfant exploité. Oppression, mise au travail, prolétarianisation*, Paris, éditions Karthala-Orstom, 1996, pp. 407-418.
- Menon Purnima Marie Ruel et Mary Arimond, Arsène Ferrus (2003), *Childcare, Nutrition and Health in the Central Plateau of Haiti: The Role of Community, Household and Caregiver Resources*, IFPRI, November
- Alvarez Maria D., Murray Gérald F. (1981), *Socialization for scarcity : Child Feeding Beliefs and Practices in a Haitian Village*
- Overturf Johnson, Julia (2005), *Who's Minding the Kids ? Child Care Arrangements : Winter 2002*, US Census Bureau

- Sainsbury Diane (2000), « Les droits sociaux des femmes et des hommes. Les dimensions du genre dans les états-providence » in *Genre et politique. Débats et perspectives*, Gallimard, Folio Essais, Paris
- Schwartz Timothy T. (2000), “*Children are the wealth of the poor*” : *High Fertility and the Organization of Labor in the Rural Economy of Jean-Rabel, Haiti*, Ph. Dissertation presented to the University of Florida.
- Sommerfelt Tone, Jon Pedersen, Anne Hatloy (2002), *Les fondements de la pratique de la domesticité des enfants en Haïti*, Ministère des Affaires Sociales et du Travail, PNUD, Unicef, OIT-IPEC, Save the Children Canada, Save the Children UK, Port-au-Prince
- Théret Bruno (1992), *Régimes économiques de l'ordre politique*, PUF, Paris

ANNEXE 1

**TABLE 10-1: AVERAGE DAILY LABOR REQUIREMENTS FOR
PRINCIPAL HOUSEHOLD TASKS À JEAN-RABEL**

Task	Frequency per day	Days per week	Avg number Hours per performance	Avg. Time per week (in Hours of Adult labor)	
				Minimum	Maximum
Morning house cleaning		6	1 – 2	6.0	12.0
Weekly house cleaning		1	3 – 6	3.0	6.0
Water carrying ¹	1-	7	1.2	8.4	33.6
Morning meal		7	1 – 2	7.0	14.0
Afternoon meal		7	2 – 4	14.0	28.0
Gathering fire wood		7	1 – 3	7.0	21.0
Laundry		2	6 – 12	12.0	24.0
Walk to garden + harvesting...		3.5	2.5	8.8	8.8
Trip to market and purchasing		2	4	8.0	8.0
Total		-	-	74.2	155.4

Source : Schwartz (2000)