

---

**mujer y desarrollo**

**É**conomie des soins aux  
enfants en Haïti: prestataires,  
ménages et parenté

Nathalie Lamaute-Brisson



Division de la promotion de l'égalité des sexes  
Santiago du Chili, janvier 2010

Ce document a été élaboré par Nathalie Lamaute-Brisson, consultante auprès de la Division de la promotion de l'égalité des sexes de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC).

Les opinions émises dans ce document qui n'a pas été soumis à révision éditoriale de la part de la CEPALC sont de l'exclusive responsabilité de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Organisation.

---

Publication des Nations Unies

ISSN imprimé : 1564-4170

ISSN électronique 1680-8967

LC/L.3130-P

ISBN: 92-1-221055-1

Copyright © Nations Unies, janvier 2010. Tous droits réservés

N° de vente: F.09.II.G.105

Imprimé aux Nations Unies, Santiago du Chili

---

Toute demande d'autorisation en vue de la reproduction partielle ou intégrale de cet ouvrage doit être adressée au Secrétaire du Comité des publications, siège des Nations Unies, New York, N. Y. 10017, Etats-Unis. Les Etats membres et leurs organismes gouvernementaux peuvent reproduire cet ouvrage sans autorisation préalable, en mentionnant la source et en informant les Nations Unies de cette reproduction.

## Table des matières

---

<b>Résumé.....</b>	<b>5</b>
I.- L'économie des soins: un cadrage théorique.....	7
A. De la rationalité du travail de soins .....	
1. Le sens de responsabilité à l'égard des personnes dépendantes: Une rationalité particulière?	
2. Des hypothèses discutables .....	11
3. Motivations marchandes et non-marchandes	
B. La prestation des soins dans la reproduction Anthroponomique.....	
1. La production des êtres humains .....	12
2. De la production de la force de travail à la production des ressources humaines à mobiliser.....	
C. L'économie des soins dans le circuit économique .....	13
1. Les interdépendances entre économie non-rémunérée et économie rémunérée dans le circuit de l'économie nationale.....	14
2. La prise en compte des spécificités de l'économie haïtienne dans le cadre d'une l'économie nationale	
3. Transnationalisation de la reproduction économique et sociale, transnationalisation de l'économie des soins..	15
D. L'économie des soins et les conditions de vie des ménages.....	19
1. Du niveau de vie monétaire au niveau de vie élargi.....	19
2. Une adaptation aux pays en développement .....	
E. Prestataires de soins, ancrage institutionnel et démo-économie .....	21
1. Famille, état, marché et institutions à but non lucratif.....	21
2. De la sphère domestique au régime socio-démographique .....	22

3. La famille du régime socio-démographique: relations d’alliance.....	23
4. La famille du régime socio-demographique: relations de descendance.....	24
5. Les spécificités de la division familiale du travail en Haïti en milieu urbain et en milieu rural .....	25
6. Relations de descendance et division sexuelle du travail des enfants.....	26
7. Les enfants, une force de travail disputée.....	27
8. Du complexe relations d’alliance/relations de descendance au lakou .....	27
F. Une représentation des prestataires de soins et de leurs ancrages institutionnels.....	27
1. Les prestataires de soins aux enfants vivant avec leurs parents.....	28
2. Les prestataires de soins aux enfants sans leurs parents.....	29
3. Des combinaisons de prestataires entre sphère domestique et sphère non-domestique.....	29
G. Conclusion .....	30
1. Vers une typologie des modes familiaux de prestation de soins aux enfants? .....	30
<b>II. Les savoirs empiriques sur les prestataires de soins aux enfants en Haïti.....</b>	<b>31</b>
A. Approches et méthodes des savoirs disponibles .....	31
B. Le genre des prestataires .....	32
1. La prédominance des femmes.....	30
2. Une présence non négligeable des hommes et en particulier des pères	
C.-Les prestataires hors des liens de parenté .....	31
1. Le recours aux employées domestiques est très largement minoritaire .....	
2. Un recours marginal aux garderies et jardins d’enfants.....	35
D.-La mobilisation des enfants comme prestataires de soins .....	35
1. La mobilisation des enfants du ménage comme prestataires de soins .....	35
2. La mobilisation des enfants domestiques.....	36
E. Conclusion.....	38
<b>III. Les prestataires de soins à la petite enfance (0-5 ans) .....</b>	<b>41</b>
A.-Profil des prestataires de soins.....	42
1. Plus d’un prestataire de soins pour la majorité des enfants .....	42
2. Le premier prestataire de soins est la mère .....	42
3. Une prise en charge non négligeable par les pères en second rang .....	43
4. La mobilisation de la fratrie de l’enfant en troisième rang .....	44
B. Les prestataires individuels dans la famille.....	44
1. Les hommes de la parenté en second rang.....	44
2. Les pères du milieu rural et des familles nucléaires .....	45
3. Une mobilisation modérée des grand-mères.....	46
4. Le rôle des enfants de la parenté.....	46
C.-Les combinaisons de prestataires dans le ménage et hors du ménage et les structures familiales des ménages .....	47
1. La prise en charge par le couple dans les familles nucléaires.....	47
2. Le couple mère/père assisté de la fratrie dans les familles nucléaires .....	48
3. Une moindre présence des pères et des chaînes féminines dans les familles monoparentales .....	49
4. La mobilisation de la parenté hors du ménage dans les familles nucléaires .....	50
D. Emploi des adultes et garde des enfants .....	50
1. La mère est le premier prestataire lorsque le couple travaille .....	51
2. Des pères moins présents et une plus forte prise en charge par les grands-parents lorsque l’homme ne travaille pas.....	52
3. La mobilisation des grands-parents en troisième rang lorsque la femme exerce un emploi .....	53
E. Conclusion.....	53
<b>IV. Conclusion .....</b>	<b>55</b>

1. Principaux résultats.....	55
2. De la nécessité d’approfondir les recherches .....	56
3. La prestation des soins comme domaine des politiques publiques:l’approche par les droits.....	57
4. De la réalisation du droit aux soins et à prendre soin d’autrui les politiques publiques: .....	59
<b>Bibliographie</b> .....	63
<b>Annexes</b> .....	67
1. Présentation des enquêtes auprès des ménages .....	68
2. Prestataires de soins à la petite enfance selon l’ECVH.....	70
3. Sous-stratégie pour l’éducation de la petite enfance dans la stratégie d’ Education pour Tous (EPT).....	72
<b>Serie mujer y desarrollo: numéros publiés</b> .....	73
<b>Indice de tableaux</b>	
TABLEAU 1 DIVISION SEXUELLE DU TRAVAIL PARMIS LES ADULTES A JEAN-RABEL (1997/1998).....	32
TABLEAU 2 PRESTATAIRES ALTERNATIFS DE SOINS EN MATIÈRE DE GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS LORSQUE LA MÈRE EXERCE UN EMPLOI SELON LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES.....	34
TABLEAU 3 TRAVAIL DOMESTIQUE ET TEMPS MOYEN REQUIS SELON LES TACHES A JEAN-RABEL.....	35
TABLEAU 4 DIVISION SEXUELLE DU TRAVAIL PARMIS LES ENFANTS A JEAN-RABEL. EN % DES MÉNAGES .....	36
TABLEAU 5 TRAVAUX EFFECTUÉS PAR LES ENFANTS DOMESTIQUES (5-17 ANS) AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L’ENQUÊTE (EN % DES ENFANTS) PAR MILIEU DE RÉSIDENCE ET SELON LE SEXE.....	37
TABLEAU 6 TRAVAUX EFFECTUÉS PAR LES ENFANTS DOMESTIQUES AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L’ENQUÊTE (EN % DES ENFANTS) PAR MILIEU DE RÉSIDENCE ET SELON LE SEXE.....	38
TABLEAU 7 DISTRIBUTION (%) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE NOMBRE DE PRESTATAIRES PAR MILIEU DE RÉSIDENCE .....	42
TABLEAU 8 DISTRIBUTION (%) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE PREMIER RANG PAR TRANCHE D’ÂGE DE L’ENFANT.....	43
TABLEAU 9 DISTRIBUTION (%) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SECOND RANG PAR TRANCHE D’ÂGE DE L’ENFANT .....	43
TABLEAU 10 DISTRIBUTION (%) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE TROISIÈME RANG PAR TRANCHE D’ÂGE DE L’ENFANT .....	44
TABLEAU 11 DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SECOND RANG PAR STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE .....	45
TABLEAU 12 DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT UN PRESTATAIRE DE SOINS SELON LE PRESTATAIRE PAR STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE .....	47
TABLEAU 13 DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT DEUX PRESTATAIRES DE SOINS SELON LA COMBINAISON DE PRESTATAIRES PAR STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE.....	48
TABLEAU 14 DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT TROIS PRESTATAIRES DE SOINS SELON LA COMBINAISON DE PRESTATAIRES PAR STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE .....	48

TABLEAU 15	DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT DEUX PRESTATAIRES DE SOINS SELON LA COMBINAISON DE PRESTATAIRES PAR SEXE DU CHEF DE MENAGE ET PRESENCE DU CONJOINT.....	49
TABLEAU 16	DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT TROIS PRESTATAIRES DE SOINS SELON LA COMBINAISON DE PRESTATAIRES PAR SEXE DU CHEF DE MENAGE ET PRESENCE DU CONJOINT.....	50
TABLEAU 17	DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE PREMIER RANG PAR TYPE DE RELATION DES MEMBRES DU COUPLE A L'ACTIVITE ECONOMIQUE ET A L'EMPLOI.....	51
TABLEAU 18	DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SECOND RANG PAR TYPE DE RELATION DES MEMBRES DU COUPLE A L'ACTIVITE ECONOMIQUE ET A L'EMPLOI.....	52
TABLEAU 19	DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE TROISIEME RANG PAR TYPE DE RELATION DES MEMBRES DU COUPLE A L'ACTIVITE ECONOMIQUE ET A L'EMPLOI.....	53

### Indice des encadres

ENCADRE 1	LE ROLE DES PERES COMME PRESTATAIRES DE SOINS DANS L'HAITI RURALE .....	23
ENCADRE 2	HORAIRE DE TRAVAIL DES ENFANTS EN MILIEU RURAL HAITIEN (KENS COFF).....	25
ENCADRE 3	LES ENFANTS EN DOMESTICITE ET LE BESOIN DE MAIN-D'ŒUVRE.....	27
ENCADRE 4	PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE SUR LES PRESTATAIRES DE SOINS AUX ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LE PLATEAU CENTRAL, HAITI (2003).....	33

### Indice des schéma

SCHEMA 1	LES INTERDEPENDANCES ENTRE L'ECONOMIE NON-REMUNEREE ET L'ECONOMIE REMUNEREE .....	15
SCHEMA 2	RELATIONS ENTRE ECONOMIES NON REMUNEREE ET REMUNEREE ET TRANSNATIONALISATION DE LA REPRODUCTION ECONOMIQUE ET SOCIALE.....	18
SCHEMA 3	LE CIRCUIT ELARGI DES CONDITIONS DE VIE DU MENAGE.....	21
SCHEMA 4	LE DIAMANT DE LA PRESTATION DE SOINS .....	22
SCHEMA 5	LA DIVERSITE DES PRESTATAIRES DE SOINS DANS LA SPHERE DOMESTIQUE ET LA SPHERE NON-DOMESTIQUE.....	28
SCHEMA 6	PRINCIPAUX PRESTATAIRES ALTERNATIFS DE SOINS AUX ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS EN HAITI SELON LA REVUE DE LITERATURE.....	39

## Resume

---

Cette étude porte sur l'économie des soins aux enfants et en particulier les enfants de moins de cinq ans en Haïti. Le travail de prestation de 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. 2003a, Menon et al, 2003b); les moyens d'existence des ménages (Bureau of Applied Research in Anthropology, 1996). Deux enquêtes d'envergure comportent un module sur la garde des enfants et les personnes chargées de cette garde à savoir l'Enquête sur la Mortalité, la Morbidité et l'Utilisation des Services (EMMUS) de 1994 de l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et de Macro International (Cayemittes et al., 1995), et l'Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages en Haïti (ECVH) réalisée par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) en 2001 (IHSI 2003, 2005). Une autre enquête, l'EMMUS de 2000, aborde la contribution des pères aux soins prodigués à leurs enfants (Cayemittes et al, 2001). Mais, dans l'ensemble, ces enquêtes ont été peu exploitées.

En amont, si les références théoriques relatives à l'économie des soins ne manquent pas, un cadre théorique pertinent fait encore défaut pour le cas haïtien. D'où l'impératif de jeter les bases pour la construction d'un tel cadre. Le premier chapitre de cette étude y est consacré, en croisant savoirs théoriques sur l'économie des soins en général et savoirs empiriques relatifs au cas haïtien. Ce cadre pose la question des modes familiaux de prestation de soins aux enfants. Après avoir fait le point sur les résultats et les limites de diverses enquêtes —localisées ou à échantillon national— portant sur l'identification des prestataires de soins aux enfants et plus précisément les prestataires alternatifs aux mères (chapitre 2), on procède, sous la contrainte des données disponibles, à l'analyse de l'ensemble des prestataires de soins à la petite enfance en prenant appui sur l'ECVH de 2001 (chapitre 3).





## I. L'économie des soins: un cadrage théorique

---

Ce chapitre propose les fondements d'un cadrage théorique de la prestation de 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 de 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 essentielle pour exhorter à aller vers plus de pertinence des cadrages théoriques.

On part du problème de la définition du travail des soins pour ensuite aborder la place de celui-ci dans la reproduction sociale et plus largement dans l'économie des soins dont on analyse la configuration et la représentation dans l'économie nationale. Puis, on s'intéresse à l'offre de soins ou plus précisément aux acteurs qui effectuent 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.

## A. De la rationalité du travail de soins

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 au bénéfice de leurs dépendants (young carers)<sup>1</sup>.

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 «diverses sortes de travail —mental, manuel et émotionnel— visant à fournir les soins nécessaires – définis historiquement, socialement et d'un point de vue biologique, au maintien de la vie et de la reproduction de la prochaine génération<sup>2</sup>.

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 etcare-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 prestation.<sup>3</sup> La prestation de soins n'en est pas moins constitutive de la poursuite de la vie et de la production des nouvelles générations.

### 1. Le sens des responsabilité à l'égard des personnes dépendantes: Une rationalité particulière?

L'approche de l'«éducation» 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 (2002) distingue en effet une sphère qui échappe précisément au cadre conceptuel de la comptabilité nationale —celle du travail non rémunéré— d'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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Traduction de l'auteur de: «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)

<sup>3</sup> Murillo (2003) insiste ainsi sur le sacrifice consenti dans les cas de forte dépendance. Cité in Aguirre (s.f.).

prestations de soins relèvent soit des entreprises privées soit du secteur public<sup>4</sup>. 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 sociales est particulièrement présent dans la sphère du travail non rémunéré tandis que *la rationalité économique standard* s'appliquerait mieux au travail rémunéré<sup>5</sup>. Une telle caractérisation repose sur plusieurs hypothèses.

## 2. Des hypothèses discutables

La séparation des deux rationalités suppose que le travail des soins 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 des soins. 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 et les enfants sont confiés à autrui.

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 de 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 (Cabanès 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).

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: a) les soins spontanés, occasionnels et volontaires, b) les soins nécessaires fournis aux enfants et aux personnes malades, c) les soins personnels délégués à d'autres personnes (Marco, 2007).

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 de soins 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).

<sup>4</sup> 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 de soins, en sus des services d'éducation et de santé par exemple

<sup>5</sup> Encore que cela soit discutable: il existe de nombreux travaux en économie qui récuse la représentation de *l'homo oeconomicus* en faisant intervenir les normes et la socialisation. Se reporter par exemple à Collectif (1994).

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.

### 3. Motivations marchandes et non-marchandes

Le choix de l'approche du travail reproductif permet d'échapper à la dichotomie instaurée par Himmelweit (2002) ou par Folbre (2006). Lorsqu'Himmelweit (2002) institue deux rationalités différentes, c'est qu'en amont elle considère que le travail des soins 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 monétaire. On note que Folbre abonde dans le même sens qu'Himmelweit en affirmant que «le travail des soins doit toujours avoir une motivation intrinsèque, les gens doivent le faire pour des raisons liées à leurs propres sentiments, leurs propres engagements, leurs propres obligations»<sup>6</sup>. Dans un article antérieur, Himmelweit (1999) s'inscrit pourtant en faux contre cette dichotomie. Les activités de soins doivent 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 (inévitablement) entre le prestataire et le bénéficiaire des soins.

## B. La prestation des soins dans la reproduction anthroponomique

### 1. La production des êtres humains

La prestation de soins participe 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 de soins entendue comme ensemble d'activités, de processus et de relations de face à face par lesquels les êtres humains sont (directement ou indirectement) produits, et maintenus (matériellement et psychologiquement) au quotidien et à l'échelle intergénérationnelle. Elle est façonnée par les structures et les normes sociales et contribue, d'une manière ou d'une autre à les reproduire ou éventuellement à les modifier<sup>7</sup>.

De manière plus précise, la prestation de soins requiert du temps, de l'argent, la transformation de biens et de services. La mesure du temps consacré à la prestation de 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.

<sup>6</sup> Traduction de l'auteur: "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."

<sup>7</sup> A cet égard, il est utile de se reporter à Maria D. Alvarez et Gérard F. Murray (1981) qui montrent, 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.

## 2. De la production de la “force de travail” à la production des ressources humaines à mobiliser

La prestation de soins 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 fonctionnaliste<sup>8</sup> qu'il est nécessaire de dépasser. *Il faut en effet considérer que les fonctions économiques à assumer par les nouvelles générations sont ouvertes.* Autrement dit, dans certaines sociétés, la prestation de 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 prendre 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, ou s'y retrouvent principalement en tant que chômeurs. Le taux d'activité des jeunes est très bas. Le taux de chômage ouvert des 15-24 ans est de 45%. De plus, 88% de ces jeunes chômeurs sont des primo-demandeurs d'emploi et représentent 40% du total des chômeurs de 15 ans et plus<sup>9</sup>. 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 selon les dynamiques économiques à l'œuvre.*

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, 1988, Ovensen, 2005, Montas, 2007). On y reviendra.

De ce qui précède, il ressort que, pour plus de pertinence eu égard au cas haïtien, il est préférable de considérer que la prestation de soins a pour finalité *première* la production/reproduction des êtres humains en tant qu'êtres sociaux ou encore la *reproduction anthroponomique*. 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.

## C. L'économie des soins dans le circuit économique

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 nationale<sup>10</sup>.

### 1. Les interdépendances entre économie non-rémunérée et économie rémunérée dans le circuit de l'économie nationale

- On distingue l'économie rémunérée (paid economy) de l'économie non-rémunérée (unpaid economy). La seconde renvoie au «secteur domestique», celui des ménages notamment, où

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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.

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

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 marchande (unpaid non-market orientated labor) et peuvent être déléguées à d'autres personnes ou peuvent être achetées sur le marché (services marchands de prestation de soins).

- 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 régulation<sup>11</sup>. 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 de soins au sens large.
- 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 qui, comme les règles et les valeurs (Elson, 1998), contribuent à déterminer les comportements et la coordination entre les trois secteurs.
- 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 don<sup>12</sup>. Les ménages du secteur domestique fournissent à ces institutions plutôt nombreuses en Haïti des ressources humaines produites par le travail des soins.

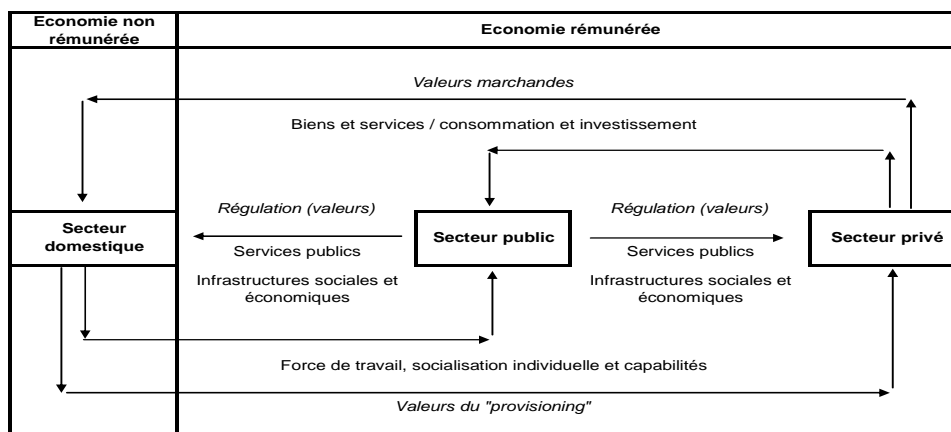
La prestation de soins peut être commune à l'économie non-rémunérée et à l'économie rémunérée dès lors que les entreprises privées ou le secteur public s'y consacrent. Les prestations de soins des secteurs public et privé tendent, historiquement, à se substituer partiellement aux prestations effectuées au sein des familles ou des ménages. Ces prestations extérieures à la famille n'articulent pas moins valeurs marchandes ou valeurs du service public d'une part et valeurs de la prestation en tant que telle d'autre part.

---

<sup>11</sup> 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.

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

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



Source: Elaboration de l'auteur à partir d'Elson (1998) et Himmelweit (2002).

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

## 2. La prise en compte des spécificités de l'économie haïtienne dans le cadre d'une l'économie nationale

Avant de pouvoir 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:

- 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.
- 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 urbain<sup>13</sup> et il importe de mettre en évidence les différenciations entre ces deux milieux ainsi que les inégalités internes aux milieux.

## 3. Transnationalisation de la reproduction économique et sociale, transnationalisation de l'économie des soins

Il importe par ailleurs d'intégrer la question de la «*transnationalisation*» de la reproduction économique et sociale. Cette question est d'importance dans le cas haïtien où les transferts des travailleurs émigrés représentent plus de 20% du PIB et contribuent à un degré ou à un autre à la survie d'une fraction non négligeable (autour de 20%) des ménages haïtiens.

- Le secteur domestique des ménages haïtiens fournit des ressources humaines aux secteurs privé et public des économies d'accueil des émigrés.
- L'émigration de ces ressources humaines donne lieu à la formation de chaînes globales de prestation de soins. Durano (2005) avance que ces chaînes se constituent dès lors que les travailleuses immigrées sont engagées dans des activités domestiques rémunérées et transfèrent à leur tour leurs propres responsabilités dans la prestation de soins (à leurs enfants

<sup>13</sup> 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.

ou aux personnes âgées des ménages d'origine) à d'autres —principalement des femmes— membres de leur ménage d'origine.

- Ce transfert de responsabilités renvoie à deux cas de figure: l'émigration d'un ou des deux parents d'enfants nés et demeurant dans le pays d'origine, le confiage ou le placement d'enfants nés dans le pays d'accueil à un ménage établi dans le pays d'origine des émigrés. Ce deuxième cas de figure est lié au fait que le coût de la prestation de soins aux enfants des immigrants est inaccessible ou trop élevé à supporter (qu'il s'agisse du coût direct de la prestation rémunérée de soins ou du coût d'opportunité de la prestation non rémunérée assurée par les parents eux-mêmes).
- Ces chaînes globales de prestation de soins déterminent —et prennent appui sur— la formation des ménages transnationaux, sachant qu'un ménage est dit transnational lorsque, à partir de lieux géographiques différents, ses membres vivent et se reproduisent dans leurs activités quotidiennes ou presque, sur la base de relations sociales (liens de parenté, flux d'informations, de valeurs, d'idées<sup>14</sup>), de flux de biens et de services ou de flux financiers (comme les transferts des travailleurs émigrés) qui traversent les frontières nationales<sup>15</sup>.
- Il y a par ailleurs, dans le cas haïtien, placement d'enfants à l'étranger dans les familles haïtiennes ou d'origine haïtienne établies à l'étranger, ainsi que dans des familles de la République Dominicaine, notamment sur la frontière commune aux deux pays. Ces placements sont déterminés par la même logique de placement d'enfants chez les ménages urbains du côté des parents et, du côté des familles d'accueil, par l'existence d'un système de placement d'enfants appelés *hijos de crianza* (Smucker, Murray, 2004), par le coût d'un travailleur domestique plus âgé que les enfants placés, le recul de la population des travailleuses domestiques (personnels de maison) en République Dominicaine, etc<sup>16</sup>. Smucker et Murray (2004) notent le placement d'enfants haïtiens issus de ménages ruraux pauvres auprès de ménages de la classe moyenne dominicaine plus nantis que les ménages de travailleurs pauvres des quartiers populaires de l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince.
- Le secteur domestique des ménages haïtiens reçoit des transferts (en espèces et en nature) en provenance des ménages du secteur domestique des économies d'accueil. Ces transferts sont issus des revenus perçus dans l'emploi des secteurs privé et public de ces économies. d'accueil. Le rôle de ces transferts dans l'économie des ménages haïtiens est encore insuffisamment étudié. On sait à tout le moins qu'en milieu urbain, ce sont d'abord les ménages dont le chef est une femme qui reçoivent plus fréquemment les transferts et qui perçoivent des montants de transfert moyens supérieurs à ceux perçus par les ménages dirigés par un homme (Lamaute-Brisson, 2008). Relativement aux autres revenus des ménages concernés, ces transferts semblent jouer trois rôles pour les ménages urbains. Ils ont pour fonction d'améliorer le niveau de vie lorsque les revenus d'activité sont faibles chez les ménages ayant des actifs occupés; ils font office de revenu d'appoint pour les ménages actifs et sans actifs occupés vivant d'autres revenus; ils constituent un revenu de remplacement en l'absence d'actifs occupés (Lamaute-Brisson, 2005a).

<sup>14</sup> L'émigration des mères et le transfert des responsabilités de la prestation de soins introduit une modification radicale dans le rôle des femmes, des mères surtout. A grands traits, de prestataires de soins elles deviennent *l'individu ou l'un des individus gagne-pain* du ménage d'origine. Mais il n'est pas dit que le fait d'assumer la fonction du gagne-pain à l'étranger exclut la transmission de valeurs —sauf que la réception peut être moins évidente— à travers les communications téléphoniques, autrefois les cassettes audio (k-7), et les visites comme le rappelle Glick Schiller (1993).

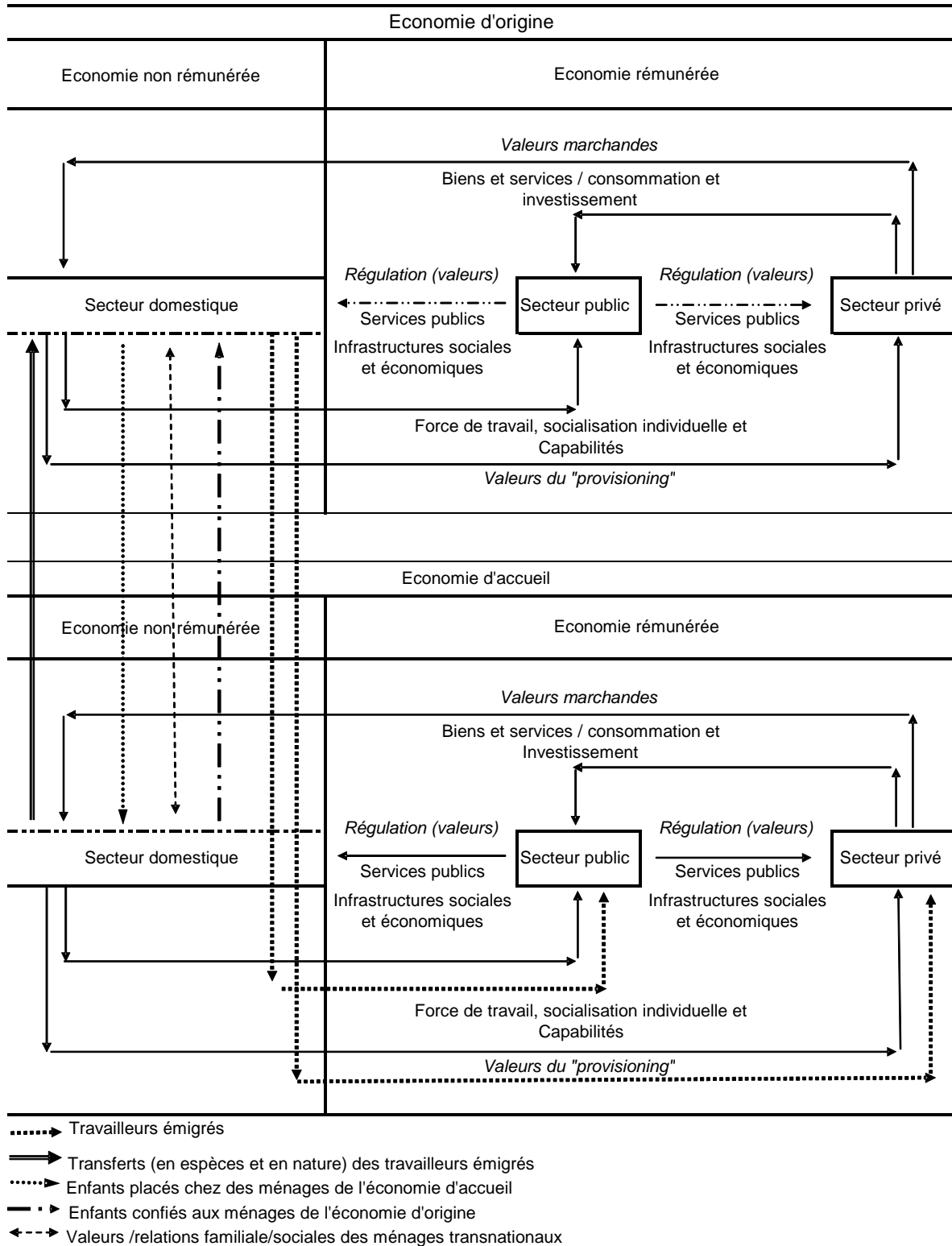
<sup>15</sup> Bryceson et Vuerola (2002) proposent une définition plus « subjective » et optimiste du ménage transnational: celui-ci est conçu comme un ménage dont les membres vivent séparés mais qui demeure uni et crée un sentiment collectif de bien-être et d'unité. Glick Schiller (1993) mentionne pourtant l'occurrence de conflits d'intérêt au sein des ménages transnationaux formés à partir de l'émigration haïtienne aux Etats-Unis, conflits qui peuvent menacer le bien-être ou favoriser des processus de désintégration des relations familiales.

<sup>16</sup> Smucker et Murray (2004) comparent le système de placement d'enfants en Haïti («enfants *restavèk*») et celui en vigueur en République Dominicaine («hijo de crianza»). Entre autres, il semble que l'obligation de scolariser l'enfant placé est plus largement honorée en République Dominicaine qu'en Haïti.



- On peut considérer que les transferts contribuent directement ou indirectement au financement de la prestation de soins. Le financement est direct lorsque les transferts permettent l'achat des biens et des services requis pour la prestation en tant que telle. Il s'agit là des transferts destinés à la consommation finale des bénéficiaires. Le financement est indirect lorsque les émigrés envoient de l'argent (ou des biens) en vue de financer l'activité économique de l'individu ou du ménage auquel ils ont confié leurs enfants (Glick Schiller, 1993). Ce sont les revenus de cette activité qui permettent au prestataire de soins désigné d'assurer l'entretien et la prestation de soins. Il faut garder à l'esprit que dans un cas comme dans l'autre, les transferts financent, en totalité ou en partie, la prestation de soins non seulement aux enfants des émigrés mais aussi à leurs propres parents (père ou mère) ou encore à d'autres parents (sœur/frère, neveu/niece, oncle/tante, etc.) restés au pays.

**SCHÉMA 2**  
**RELATIONS ENTRE ÉCONOMIES NON RÉMUNÉRÉE ET RÉMUNÉRÉE ET TRANSNATIONALISATION**  
**DE LA REPRODUCTION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE**



Source : Elaboration de l'auteur.

## D. L'économie des soins et les conditions de vie des ménages

### 1. Du niveau de vie monétaire au niveau de vie élargi

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.

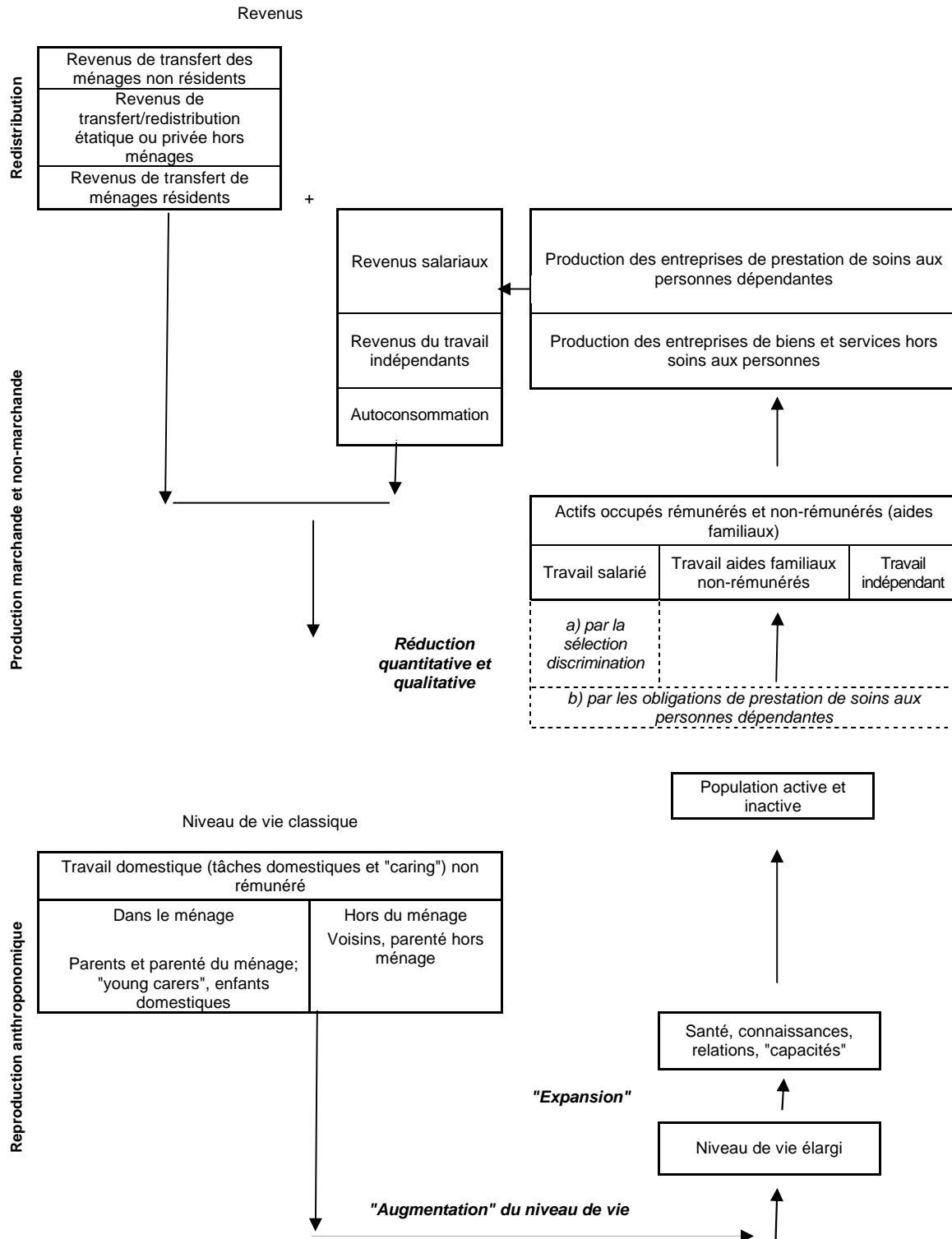
### 2. Une adaptation aux pays en développement

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 (schéma 3).

- La reproduction des ménages est déterminée par l'articulation entre l'activité économique au sens de la comptabilité nationale et la reproduction anthropomique.
- 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 plus importante dans les économies agricoles que dans les économies urbaines.
- 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 alors un niveau de vie élargi.
- 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 (2000) des membres du ménage. Il y a ainsi expansion du niveau de vie élargi.
- Ensuite, les membres des ménages
  - Se présentent sur le marché du travail où ils sont sélectionnés en fonction des caractéristiques personnelles partiellement façonnées par la prestation de soins.
  - 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 soins<sup>17</sup>.
  - Sont «recrutés» par la famille (dans et hors des frontières du ménage) sans rémunération.
  - Mais l'insertion dans l'emploi est déterminée par les normes de genre et le travail de prestation de 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.

<sup>17</sup> 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: Elaboration de l'auteur à partir de Picchio (2001), Marco (2007) et en fonction des savoirs disponibles sur Haïti.

Rappel: La reproduction anthroponomique est la production et la reproduction des êtres humains comme êtres sociaux.

- 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.
- Cette production génère des 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.

## E. Prestataires de soins, ancrage institutionnel et démo-économie

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? On pourrait tenter d'analyser l'existence de ces modèles en considérant que ceux-ci sont constitués:

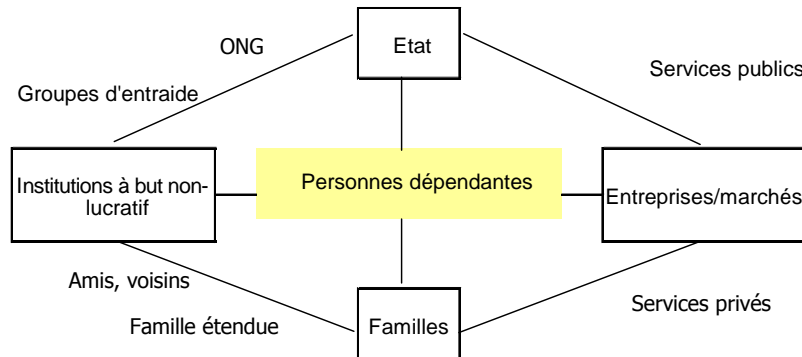
- a. Des *acteurs* chargés de la prestation de soins et de leurs modes de recrutement «ou de leur ancrage institutionnel» en termes des *secteurs* identifiés plus haut, et plus spécifiquement des structures familiales ou des structures des ménages pour ce qui est du secteur domestique.
- b. Des *combinaisons 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 de 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.

### 1. Famille, Etat, marché et institutions à but non lucratif

Qui sont les prestataires de soins? Où sont-ils recrutés? Pour répondre à ces questions, deux notions ont été proposées: les régimes de prestation de soins (care regimes) et le diamant des soins (the diamond of care)<sup>18</sup>. 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).

<sup>18</sup> Voir par exemple Razavi (2007).

#### SCHÉMA 4 LE DIAMANT DE LA PRESTATION DE SOINS



Source : Aguirre (2007 : 195)

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 domestique<sup>19</sup>. La pluralité des structures 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 Haïti<sup>20</sup>.

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 entre le travail marchand (elles sont recrutées sur le marché du travail et sont rémunérées) et le travail non rémunéré.

## 2. De la sphère domestique au régime socio-démographique

En clair, il y a *a priori* diversité des prestataires de soins *dans la sphère domestique*, dans et hors de 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 des ménages (taille et structure par âge et par sexe),
- 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 (et son allocation) des uns et des autres au sein du ménage.

<sup>19</sup> Aguirre (s.f.) parle même d'une forme d'invisibilisation de la famille dans l'analyse de la prestation de soins en Amérique latine. Il faut ajouter que parmi les études récentes, celle de Rodriguez (2007) conclut à l'existence, dans l'économie des soins, de caractéristiques familialistes «en dépit» de l'existence d'un Etat-providence pour ce qui est de l'Argentine et de l'Uruguay. C'est que l'Etat dit Etat-providence n'intervient pas nécessairement dans le domaine de l'économie des soins et plus particulièrement dans la sphère du travail des soins non rémunéré.

<sup>20</sup> 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 que l'Etat est très peu présent dans l'offre de soins, notamment des soins aux personnes dépendantes (enfants, personnes âgées, etc).

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 force de travail comme marchandise. 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).

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 (dots, prestations en nature et en travail, obligations, soins, protection, habitat) et symboliques. Les secondes portent sur l'éducation des enfants et l'héritage mais aussi sur les soins aux enfants et leur rôle éventuel dans la prestation de soins. En clair, ces relations définissent une division «familiale» du travail y compris du travail des soins à la fois selon le genre et selon l'âge/la génération.

### 3. La famille du régime socio-démographique: relations d'alliance

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 haïtien les femmes ont «le droit» de mener des activités génératrices de revenu en sus de leur travail domestique. Ils identifient deux activités: la vente des produits agricoles provenant du travail du conjoint et des enfants et 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'absenter<sup>21</sup>. Sur la base de son commerce, la conjointe doit se procurer de quoi garantir l'alimentation quotidienne du ménage.

#### ENCADRÉ 1 LE RÔLE DES PÈRES COMME PRESTATAIRES DE SOINS DANS L'HAÏTI RURALE

Afin de comprendre les rôles que jouent les pères en tant que prestataires de soins, nous avons conduit des entrevues avec des groupes de pères pour connaître la manière dont ils perçoivent leurs responsabilités à l'égard de leurs enfants. Deux entrevues de groupe (à Marmont et à Casse) et une entrevue avec un couple (à Doco) ont fourni les données sur ce thème. Les entrevues ont révélé que les pères ont une vision très large de leurs rôles de prestataires de soins et ne se pensent pas uniquement comme celui qui procure le revenu et la nourriture, comme le gagne-pain. Fournir l'argent la nourriture. Apporter la nourriture et l'argent, guider leurs enfants sur le plan moral et spirituel, emmener leurs enfants au centre de santé lorsqu'ils sont malades, et assurer que les enfants sont bien éduqués figurent parmi les responsabilités qu'ils définissent pour eux-mêmes. Ils étaient également engagés dans la prestation de soins aux plus jeunes enfants, y compris le bain, le nettoyage, l'alimentation, la préparation de nourriture, ainsi que d'autres activités.

Cependant, ils jouent ce rôle principalement lorsque les mères sont loin du foyer, et les mères sont perçues, comme dans beaucoup d'autres cultures, comme le premier prestataire de soins. Les pères interviewés pour cette étude étaient principalement engagés dans des activités agricoles. Ils allaient à leurs jardins dans la matinée, revenant habituellement chez eux à la mi-journée pour une pause, puis dans l'après-midi pour leur repas. Malheureusement, les interviews ne renseignent pas sur les horaires détaillés des pères et sur la personne responsable de l'enfant lorsqu'ils doivent être au travail. En même temps, le travail agricole est plus flexible en termes de temps que les activités de marché, et il est possible que les parents adaptent leurs temps de travail de manière à assumer leurs responsabilités comme prestataires de soins. Dans l'ensemble, les interviews suggèrent que les pères jouent un rôle plus important dans les soins aux enfants que ce qui avait été reconnu dans la planification des activités du projet. Etant donné l'importance de leur participation dans les soins quotidiens aux enfants, il est impératif d'inclure les pères dans le (...) projet.

Source : Extrait et traduit de Menon et al. (2003b : 37-38).

<sup>21</sup> Selon Alvarez et Murray (1981: 121), ces absences traduisent, pour la plupart des conjoints, le fait «qu'ils se sont trouvé une bonne conjointe/épouse».

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-Brisson, 2000)<sup>22</sup>. 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. 2003b).

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 peut admettre que le modèle homme gagne-pain/femme inactive » en vigueur dans les classes moyennes il y a une ou deux générations s'est progressivement délité.

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.

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.

#### 4. La famille du régime socio-démographique: relations de descendance

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.

Pour Caldwell (1978) 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 les 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 que dans l'économie rémunérée<sup>23</sup>.

Plusieurs études le confirment pour le milieu rural haïtien (SACAD/FAMV 1993, Sassine 2003, Schwartz 2000). La dernière Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS IV) réalisée par l'IHE en 2005-2006 sur 9998 ménages indique pour sa part que 89% des enfants de 5-17 ans du milieu rural ont effectué un travail quelconque (travaux domestiques ou activités économiques) au cours de la semaine précédant l'enquête, et que la majorité d'entre eux (74.2%) y ont consacré 4 heures ou plus par jour (Cayemittes et al., 2007).

Du point de vue de l'utilisation du temps des enfants, l'encadré 2 présente la description des horaires de travail d'enfants scolarisés en milieu rural, à Kenscoff, non loin de Port-au-Prince. On observe ainsi que le fait d'aller à l'école a conduit à un aménagement particulier de l'allocation du temps dans la journée: le transport au marché et les travaux domestiques se font aux premières heures du jour, dans l'après-midi et en fin de soirée<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> 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.

<sup>23</sup> L'insertion dans l'économie rémunérée ne signifie pas nécessairement que les enfants perçoivent eux-mêmes une rémunération monétaire: les *aides familiaux* ne sont généralement pas rémunérés.

<sup>24</sup> 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 alors que l'âge obligatoire d'entrée en première année fondamentale est 6 ans – pourrait être expliquée par la mobilisation des enfants entre 6 et 10 ans pour les travaux domestiques.



**ENCADRÉ 2**  
**HORAIRES DE TRAVAIL DES ENFANTS EN MILIEU RURAL HAÏTIEN (KENSCHOFF)**

MATIN	APRÈS-MIDI	SOIR
(Entre) 0-6 heures : Transport au marché 6-8 heures. Soins aux animaux, portage d'eau, ramassage du bois, arrosage, travaux domestiques	13-18 heures : travaux domestiques, jeux, travaux de jardin	(entre) 20-24 : transport au marché
8 – 13 heures: Ecole		

Note: Les jours de transport au marché étant selon l'enfant: lundi=10 cas; mardi=19 cas; mercredi=14 cas; jeudi=23 cas; vendredi=52 cas.

Source: UNIQ/Kellogg (2000)

Schwartz (2000) souligne qu'à Jean-Rabel 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)<sup>25</sup>. Devenus grands, ces enfants seront des bâtons de vieillesse pour les parents âgés, sur la base de la transmission du patrimoine (la terre).

## 5. Les spécificités de la “division familiale du travail” en Haïti en milieu urbain et en milieu rural

Ce modèle devrait être amendé pour mieux saisir la division familiale du travail en milieu rural haïtien sachant que

- La transmission du patrimoine terre est de moins en moins une caractéristique déterminante du régime socio-démographique en raison du jeu entre la pression démographique et la règle de l'héritage égalitaire<sup>26</sup>. 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.
- Même si les taux de scolarisation des enfants en milieu rural sont plus faibles qu'en milieu urbain (IHSI 2005, Cayemittes et al. 2007), ils 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 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'agriculture.

Il est évident qu'il aurait fallu connaître les différenciations éventuelles au sein du milieu rural: si les enfants sont la richesse des pauvres, tous les ménages du milieu rural ne sont pas pauvres<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> 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 leurs 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.

<sup>26</sup> En vertu de la règle d'héritage égalitaire, la pression démographique a déterminé largement la parcellisation des terres et la constitution de très petites exploitations agricoles. 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 (Lamaute-Brisson et al., 2008).

<sup>27</sup> Selon les dernières estimations disponibles, 67% des ménages du milieu rural vivaient, en dessous du seuil de pauvreté extrême (\$1/jour/per capita) et 88% en dessous du seuil de pauvreté (\$2/jour/per capita) en 2001 (Egset Willy, Sletten Pål, 2003). Il est plus que probable que les taux de pauvreté monétaire aient augmenté depuis. En tout cas, du point de vue de l'indice de richesse reflétant la qualité du logement et la possession de biens durables, il apparaît à l'échelle nationale (milieux urbains et rural confondus) que les proportions d'enfants engagés dans des activités économiques pour quelqu'un d'extérieur au ménage ou dans les champs/affaires de la famille diminuent de manière significative à mesure que l'on passe du quintile le plus pauvre au quintile le plus riche (Cayemittes et al., 2007).

En milieu urbain, le rôle économique des enfants est distinct de celui observé en milieu rural selon Caldwell (1978): le régime de l'enfant-investissement tendrait à prévaloir en milieu urbain. Dans ce régime, l'enfant n'est guère ou est peu mobilisé: les parents investissent dans son éducation et à ce titre l'enfant a un coût. De plus les parents s'attendent à ce que l'enfant redistribue ses gains futurs en leur faveur. Si la fécondité demeure élevée en milieu urbain c'est 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, sa famille d'origine bénéficiera de ses revenus futurs.

On ne dispose guère de données anthropologiques pour le milieu urbain. Les données statistiques —dont l'analyse doit être approfondie— indiquent d'une part que la population d'enfants à mobiliser est bien plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural: l'indice synthétique de fécondité y vaut en effet 2,8 enfants contre 5 enfants en milieu rural en 2005. D'autre part, l'engagement des jeunes dans l'activité économique est plutôt restreint. Les statistiques sur l'activité économique et l'emploi indiquent que la majorité des jeunes urbains de 10 à 15-20 ans poursuivent leurs études. L'EMMUS IV (2005-2006) confirme que les enfants de 5-17 ans vivant en milieu urbain sont moins mobilisés dans les activités économiques que leurs pairs résidant en milieu rural. Respectivement 13,9% et 4,7% des premiers ont travaillé durant la semaine précédant l'enquête pour quelqu'un d'extérieur à leur ménage d'appartenance et dans les champs/affaires de la famille contre 22,1% et 26% des seconds (Cayemittes et al., 2007).

S'agissant du travail domestique, une étude sur les enfants en domesticité basée sur le module de l'ECVH (2001) relatif aux enfants de 5-17 ans indique que ceux qui vivent en milieu urbain 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 courtes. 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.

Grosso modo, on serait en présence d'un modèle distinct du modèle «pur» de Caldwell (1978). Il s'agit d'un modèle où:

- Le coût des enfants (scolarisés) serait (très) partiellement «compensé» par leur mobilisation dans le cadre des activités domestiques d'une part. Là encore, comme pour le milieu rural, la question des différenciations selon le niveau de vie mérite d'être creusée.
- Le fort chômage ouvert des jeunes, la forte présence de «chômeurs découragés» chez les jeunes ainsi que la prédominance des primo-demandeurs d'emploi laissent un point d'interrogation sur la représentation des flux intergénérationnels de richesse proposée par Caldwell. Les flux (de retour) des enfants —en tout cas ceux restés au pays— vers les parents ne sont guère assurés.

## 6. Relations de descendance et division sexuelle du travail des enfants

Il y a une division sexuelle du travail entre les enfants qui pose 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 sont ainsi davantage affectées aux travaux domestiques tandis que les garçons sont plutôt employés dans les activités économiques peu pénibles (Cayemittes et al., 2007). 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) à l'instar de la division sexuelle entre adultes. Schwartz (2000) mais aussi SACAD/FAMV (1993) montrent comment les femmes prennent aussi en charge des activités généralement assumées par les hommes. L'inverse n'est cependant pas vrai pour les hommes.

## 7. Les enfants, une «force de travail disputée»<sup>28</sup>

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*. Reste que d'autres relations de parenté sous-tendent le recours aux enfants domestiques. Par ailleurs, une partie des enfants domestiques sont mobilisés en dehors de tout lien de parenté. Comment penser ces diverses formes de mobilisation dans la famille et hors de la famille?

### ENCADRÉ 3 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»

Source : Extrait de Sommerfelt et al. (2002 : 87)

## 8. Du complexe relations d'alliance/relations de descendance au lakou

Selon Bastien (1985), 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» dont les occupants se trouvaient sous l'autorité d'un chef et se référaient à des *loas* communs. Bastien parle alors de «famille étendue». Mais, déjà dans les années cinquante au cours desquelles cet auteur conduit sa recherche, le *lakou* est en voie de délitement en raison, entre autres, de la pression démographique. Il semble pourtant qu'il ne disparaisse pas tout à fait, avec sans doute des changements. Laguerre (1982) retrouve le *lakou* en milieu urbain alors que l'économie du ménage ne repose pas sur les mêmes bases qu'en milieu rural. Schwartz (1999) 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 de 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.

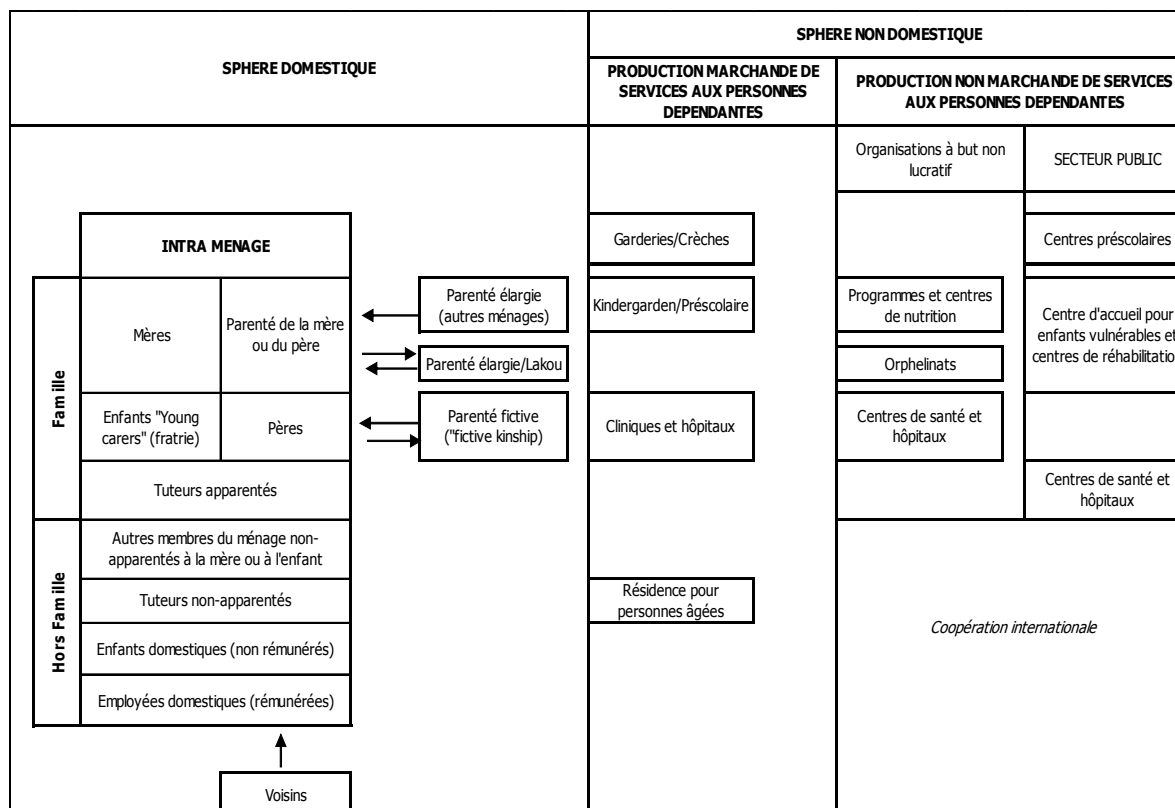
## F. Une représentation des prestataires de soins et de leurs ancrages institutionnels

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.

<sup>28</sup> Pour reprendre le titre de l'article de Marie-France Lange (1996).

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).

**SCHÉMA 5  
LA DIVERSITÉ DES PRESTATAIRES DE SOINS DANS LA SPHÈRE DOMESTIQUE  
ET LA SPHÈRE NON-DOMESTIQUE**



Source: Elaboration de l'auteur à partir de Marco (2007) en fonction des savoirs disponibles sur Haïti.

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.

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.

### 1. Les prestataires de soins aux enfants vivant avec leurs parents

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.

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. L'étude de Sommerfelt et al. (2002) s'intéresse plutôt à la question de la maltraitance des enfants domestiques qui peut être intégrée comme une dimension de la prestation des soins: celle de la qualité des soins.

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 et al., 2002). Ils travaillent en effet dans l'agriculture ou dans le petit commerce.

## 2. Les prestataires de soins aux 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'a fait l'objet d'études spécifiques<sup>29</sup>.

## 3. Des combinaisons de prestataires entre sphère domestique et sphère non-domestique

Dans les cas où il y a recours à plus d'un prestataire de soins, 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 les 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)<sup>30</sup>, soit les liens de parenté constitutifs du *lakou*, soit ce que les anthropologues appellent la «parenté fictive» 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 de soins vaudrait pour les enfants des uns et des autres ménages. Par ailleurs, le ménage peut également s'adresser aux voisins ou aux amis pour la garde des enfants.

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 l'exclusion par les prix. Le secteur privé est largement prédominant, en Haïti, dans les garderies (lorsqu'elles existent) et dans les établissements préscolaires.

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)<sup>31</sup>. Il existe des institutions à but non lucratif, plutôt spécialisées dans les soins de santé et de nutrition aux enfants, et qui s'adosent pour une bonne part à la coopération internationale.

Le positionnement de la ligne de partage entre la sphère domestique et la sphère non-domestique —fortement hétérogènes au demeurant—varie d'un modèle de 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

<sup>29</sup> La dernière EMMUS (2005) indique qu'environ 20% des enfants et jeunes de moins de 18 ans vivent dans des ménages sans leurs parents (père et mère), la majorité d'entre eux (14,5%) n'étant orphelins ni de père ni de mère. Le rapport ne concerne pas la prise en charge de ces enfants et jeunes mais s'intéresse plutôt à la vulnérabilité des orphelins

<sup>30</sup> Ce peut être aussi une solution de remplacement du premier prestataire vivant dans le ménage avec l'enfant ou les enfants concerné(s).

<sup>31</sup> L'offre en termes d'établissements préscolaires était, selon le recensement scolaire de 2002-2003, en effet très largement dominée par le secteur non-public qui regroupe 94,5% des établissements préscolaires et accueille 95,3% des élèves fréquentant les établissements préscolaires (Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle, 2007: 12).

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, le principe d'entretien et le principe de soins (Sainsbury, 2000: 272-273).

## G. Conclusion

### 1. 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 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 part<sup>32</sup>.

L'ambition de la présente étude doit être plus modeste dans la mesure où la caractérisation des régimes démo-économiques est exigeante et que les enquêtes disponibles n'ont pas été conçues à cette fin. 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 de 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.

On cherchera donc à mettre en lumière les principales caractéristiques de l'offre de soins aux enfants, et plus précisément à identifier les prestataires de soins tant en milieu urbain qu'en milieu rural, en considérant les dimensions suivantes des combinaisons (éventuelles) de prestataires de soins à savoir: les structures familiales du ménage, les rapports des adultes et plus précisément du chef de son ménage ou de son/sa conjoint(e) à l'activité économique. Une revue de la littérature disponible s'impose en préalable à cette analyse.

<sup>32</sup> Notons 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 volume considérable 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).

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

---

On aborde ici la prestation de soins aux enfants en général et lorsque les données le permettent la prestation de soins aux enfants de moins de 5 ans. Il s'agit d'une part de faire le point sur les démarches mises en œuvre dans les études ou enquêtes se rapportant à ces thèmes. Aussi la première section présente-t-elle les approches et méthodes des savoirs disponibles sur les prestations de soins aux enfants. D'autre part, on cherche à mettre en évidence, dans les sections suivantes, les principaux résultats empiriques sur les prestataires de soins, en référence à la représentation des prestataires et de leurs ancrages institutionnels évoquée au chapitre précédent (schéma 5).

### A. Approches et méthodes des savoirs disponibles

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

- La plupart des études disponibles s'intéressent à l'identification des *prestataires de soins*. La prestation de soins n'est abordée du point de vue des *pratiques et des connaissances* que dans le cadre d'une étude sur la survie des enfants (Menon et al. 2003a). 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.

- L'identification des prestataires de soins repose en principe sur une définition des soins. L'examen des documents disponibles montre que l'on cherche plutôt les prestataires alternatifs aux 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 de 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.
- Il existe également des interrogations —et des données— sur l'engagement des pères dans le travail des soins et dans l'entretien des enfants (Cayemittes et al. 2001). 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.
- 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 la santé des enfants et le travail des femmes 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.

## B. Le genre des prestataires

### 1. La prédominance des femmes

Les prestataires de soins sont, sans surprise, majoritairement des femmes (Schwartz 2000, Menon et al. 2003a). Par exemple, dans 77,1% des ménages ruraux de Jean-Rabel, ce sont les femmes qui prennent soin des enfants seules, et dans 7,4% des cas, elles le font avec les hommes (sans que la contribution réelle des hommes soit ici indiquée).

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

Tâche	Homme	Femme	Deux sexes	Homme, Femme, les deux	Aucun adulte du ménage	Total
Faire le ménage	5,4	86,0	6,7	98,1	1,8	100,0
Faire la cuisine	5,6	87,6	4,6	97,8	2,4	100,0
Prendre soin des enfants	5,3	77,1	7,4	89,8	10,3	100,0
Porter de l'eau	6,7	79,1	7,8	93,6	6,4	100,0
Vendre les produits	6,1	75,2	4,6	85,9	14,2	100,0
Vendre les cheptels	24,4	34,6	22,3	81,3	18,8	100,0
Garder les cheptels	58,4	11,7	16,4	86,5	13,5	100,0
Travaux agricoles	58,7	13,8	20,9	93,4	6,6	100,0
Travail salarié	24,4	5,8	3,0	33,2	66,9	100,0

Source: Schwartz (2000).



## 2. Une présence non négligeable des hommes et en particulier des pères

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). En outre, 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, les emmener au centre de santé), dans des proportions non négligeables. 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.

De plus des études relativement récentes confirment les trouvailles de Alvarez et Murray (1981) concernant le rôle des pères 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/les conjointes (Devin et Erickson, 1996, Menon et al. 2003b), surtout lorsque celles-ci sont la seule femme du ménage. Cette participation des pères (voire des frères) pourrait, en toute hypothèse, expliquer pour partie la moindre mobilisation des mères qui travaillent en milieu rural. 11,5% seulement des mères du milieu rural qui travaillaient et avaient un enfant de moins de 5 ans en 1994-1995 (EMMUS II) s'occupaient elles-mêmes de leurs enfants contre 27,3% en milieu urbain. Elles pouvaient en effet compter sur l'aide de leur conjoint dans 11,3% dans cas.

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)<sup>33</sup>.

### ENCADRÉ 4

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

Une enquête plus récente que la première EMMUS (1994-1995) 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 de 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.).

Réalisée auprès de 1524 ménages, 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 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 et al, 2003a.

## C. Les prestataires hors des liens de parenté

### 1. Le recours aux employées domestiques est très largement minoritaire

L'EMMUS 1994 s'est intéressée à la population des mères des enfants de moins de 5 ans ayant un emploi.

Sur l'ensemble des mères interrogées (soit 2019 mères), 3,5% d'entre elles déclarent que leur enfant est gardé par un(e) employé(e) domestique. 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 (Cayemittes et al., 1995).

<sup>33</sup> 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.

L'étude du Plateau central présentée dans l'encadré 4 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 du pays. Le recensement de 2003 compte 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.

**TABLEAU 2**  
**PRESTATAIRES ALTERNATIFS DE SOINS EN MATIÈRE DE GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS LORSQUE LA MÈRE EXERCE UN EMPLOI SELON LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES (EMMUS II 1994-1995)**

Caractéristique démographique	Femme avec emploi		Personne qui prend soin de l'enfant							Total	Nombre de mères ayant un emploi
	Pourcentage ayant un enfant < 5 ans ou + à la maison	Enquêtée elle-même	Conjoint	Enfant plus âgé	Autres parents	Voisin/ami	Domestique	Jardin d'enfant			
<b>Milieu de résidence</b>											
Aire Métropolitaine	30,90	27,50	5,20	9,80	34,00	4,60	15,70	3,30	100,00	494	
Autres villes	38,50	26,90	7,60	18,60	37,90	3,40	4,80	0,70	100,00	288	
Ensemble urbain	33,70	27,20	6,20	13,50	35,60	4,10	11,10	2,10	100,00	782	
Rural	53,10	11,50	11,30	29,20	38,50	8,50	0,50	0,20	100,00	1 237	
<b>Niveau d'instruction</b>											
Aucun	49,60	13,80	10,40	34,50	30,90	9,40	0,60	0,00	100,00	969	
Alphabétisation/Primaire	44,20	17,90	10,60	16,70	45,00	5,70	4,20	0,00	100,00	775	
Secondaire ou plus	35,20	19,70	4,50	5,10	45,50	2,10	16,00	7,10	100,00	276	
<b>Type d'emploi</b>											
A son compte	35,20	0,00	7,30	21,50	43,00	24,10	0,00	3,90	100,00	72	
Affaire de famille	24,10	12,50	11,00	10,80	36,80	7,30	14,90	6,80	100,00	250	
Autre	49,10	16,70	9,80	25,70	37,70	6,70	2,80	0,20	100,00	1 696	
<b>Occupation</b>											
Agriculture	54,40	3,10	4,20	43,30	37,60	11,70	0,00	0,00	100,00	387	
Non-agricole	43,60	19,80	11,50	19,20	37,70	5,90	4,60	0,90	100,00	1 628	
<b>Ensemble de femmes</b>	<b>45,60</b>	<b>16,00</b>	<b>9,80</b>	<b>24,70</b>	<b>37,70</b>	<b>7,30</b>	<b>3,50</b>	<b>0,70</b>	<b>100,00</b>	<b>2 019</b>	

Source: Cayemittes et al. (1995).

On est peut-être en présence d'une sous-estimation du nombre d'employées domestiques<sup>34</sup>. 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 1982<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> 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 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.

<sup>35</sup> 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. Se reporter à Joseph (1997). La thèse de Joseph (1997) se fonde sur les données originales de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique. Elles ne concordent pas toujours avec les données publiées.

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 ménages<sup>36</sup>. Il y a là une porte ouverte au recours au travail des enfants, au travail des *restavèk*.

## 2. Un recours marginal aux garderies et jardins d'enfants

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 et autres frais de scolarité, écolage et dépenses connexes), leur faible disponibilité mais aussi une méconnaissance des avantages de l'apprentissage préscolaire expliquent largement cet état de fait.

Il est probable que cette proportion ait augmenté depuis dans la mesure où il y a eu progression du nombre d'établissements préscolaires. 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 (IHSI 2005). Le taux brut de scolarisation au préscolaire s'élevait pour la même année à 44% (IHSI 2005). Autrement dit, l'essentiel de la population fréquentant les établissements préscolaires était âgée de plus de 5 ans.

## D. La mobilisation des enfants comme prestataires de soins

### 1. La mobilisation des enfants du ménage comme prestataires de soins

Le travail des enfants considéré dans le modèle de Caldwell s'explique en grande partie par le caractère rudimentaire de la technologie et les distances (liées à l'habitat dispersé mais surtout à l'absence d'aménagement du territoire/de production d'infrastructures). Le travail domestique est alors un travail qui prend beaucoup de temps comme on peut le constater sur le tableau ci-dessous.

TABLEAU 3  
TRAVAIL DOMESTIQUE ET TEMPS MOYEN REQUIS SELON LES TÂCHES À JEAN-RABEL

Tâche	Fréquence par jour	Nombre de jours par semaine	Nombre d'heures moyen pour l'exécution d'une tâche en une fois	Temps moyen par semaine en heures de travail d'un adulte	
				Minimum	Maximum
Nettoyage de la maison le matin	1	6	1 – 2	6,0	12,0
Nettoyage hebdomadaire de la maison	1	1	3 – 6	3,0	6,0
Transport de l'eau	1-4	7	1,2	8,4	33,6
Repas du matin	1	7	1 – 2	7,0	14,0
Repas de l'après-midi	1	7	2 – 4	14,0	28,0
Collecte de bois de feu	1	7	1 – 3	7,0	21,0
Lessive	1	2	6 – 12	12,0	24,0
Trajet vers le "jardin" (parcelles) et récolte	1	3,5	2,5	8,8	8,8
Trajet vers le marché et achats	1	2	4	8,0	8,0
Total	-	-	-	74,2	155,4

Source: Schwartz (2000).

Les enfants du milieu rural sont doublement engagés dans l'économie des soins: ils produisent les biens ou services requis pour la prestation de soins et sont chargés de la prestation de soins à proprement parler<sup>37</sup>. A Jean-Rabel par exemple, les enfants prodiguent des soins à d'autres, à ceux en bas âge, dans

<sup>36</sup> 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.

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

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 prestation de soins aux enfants.

**TABLEAU 4**  
**DIVISION SEXUELLE DU TRAVAIL PARMIS LES ENFANTS\* À JEAN-RABEL.**  
**EN POURCENTAGE DES MÉNAGES (N = 1,482) \*\***

Tâche	Hommes	Femmes	Hommes et femmes	Hommes, femmes et les deux	Aucun***	Total
Tâches ménagères	11,7	49,2	14,8	75,7	24,3	100,0
Cuisine	12,4	46,9	13,5	72,8	27,2	100,0
Soins aux enfants	9,8	40,4	12,3	62,5	37,5	100,0
Collecte eau	13,4	28,7	31,5	73,6	26,4	100,0
Vente des produits agricoles	10,9	10,6	10,1	31,6	68,4	100,0
Vente de bétail	5,1	22,1	5,7	32,9	67,1	100,0
Garde du bétail	40,7	5,6	10,2	56,5	43,5	100,0
Travail agricole	39,1	4,4	9,2	52,7	47,3	100,0
Travail salarié	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.

L'EMMUS II (1994-1995) indique également que pour 24,7% des mères d'enfants en bas âge ayant un emploi, 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, le recours aux aînés est bien moindre: 9,8% des mères de l'Aire Métropolitaine ayant un emploi le déclarent contre 29% de leurs homologues 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.

La famille est donc le premier vivier de prestataires de soins. Les deux constats précédents relatifs au faible poids des prestataires extérieurs à la famille laissent entendre que c'est dans la famille que les prestataires de soins sont «recrutés». C'est évident dans le cas de l'EMMUS II (1994-1995) où la mère elle-même ainsi que le conjoint, les autres enfants plus âgés et les «autres parents» comptent pour 88,2% des femmes travaillant et ayant un enfant de moins de 5 ans.

## 2. La mobilisation des enfants domestiques

L'EMMUS II (1994-1995) ne prend pas en compte les enfants domestiques. Mais une étude relativement récente (Sommerfelt et al., 2002) sur le travail des enfants domestiques montre que ceux-ci sont bel et bien engagés dans la garde d'enfants.

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 âge<sup>38</sup> et le fait de travailler<sup>39</sup> 8,7% des enfants de 5 à 17 ans (173 000) sont ainsi classés comme des enfants domestiques.

Les principales caractéristiques socio-démographiques des enfants domestiques sont les suivantes:

- 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.

<sup>38</sup> 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.

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

- 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 a 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).

S'agissant du travail effectué par les enfants, il convient de noter que:

- Les enfants non-domestiques effectuent également des tâches domestiques mais la moyenne d'heures de travail durant la semaine précédant l'enquête est moins élevée.
- 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.
- Les enfants domestiques sont chargés des activités en amont de la prestation de soins et de la prestation de soins en tant que telle (garde des enfants).
- leur mobilisation est quasi-universelle pour des tâches comme la collecte de l'eau (plus de 90% pour les deux sexes) et le nettoyage de la maison (en raison, vraisemblablement, d'une «technologie» sommaire et archaïque).

**TABLEAU 5**  
**TRAVAUX EFFECTUÉS PAR LES ENFANTS DOMESTIQUES (5-17 ANS) AU COURS DES 12 MOIS**  
**PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE (EN POURCENTAGE DES ENFANTS) PAR MILIEU DE RÉSIDENCE**  
**ET SELON LE SEXE**

Travaux des 12 derniers mois	Milieu urbain		Milieu rural	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Chercher /transporter l'eau	90,7	91,8	91,4	95,1
Balayer/laver les sols	73,0	86,6	45,0	68,1
Faire sa propre lessive	36,3	76,3	29,9	68,3
Faire les courses	71,8	76,2	39,6	46,9
Faire la cuisine	34,2	68,3	45,3	65,8
Autres tâches domestiques	59,2	62,5	53,3	57,2
Faire la lessive des autres	4,3	50,5	8,9	40,3
Étudier	16,8	34,8	16,0	12,3
Garder les enfants	26,8	25,4	8,3	18,7
Aider les adultes	35,9	25,3	23,0	18,5
S'occuper des animaux	3,2	0,6	38,5	6,0
Travaux agricoles	-	0,3	22,1	4,1

Source : Sommerfelt et al. (2002).

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 mois précédant l'enquête (autour de 25%) tandis que les garçons du milieu rural sont plus faiblement mobilisés que les filles (8,3% contre 18,7%).

Lorsque la période de référence est la semaine précédant l'enquête, la mobilisation des garçons est plus faible par rapport à celle déclarée sur les 12 derniers mois, notamment en milieu urbain. Tout se

passé comme si la mobilisation des garçons est moins systématique ou est plus ponctuelle (en cas de besoin) que celle des filles.

**TABEAU 6**  
**TRAVAUX EFFECTUÉS PAR LES ENFANTS DOMESTIQUES AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE (EN POURCENTAGE DES ENFANTS) PAR MILIEU DE RÉSIDENCE ET SELON LE SEXE**

Travaux de la semaine précédente	Milieu urbain		Milieu rural	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Chercher /transporter l'eau	90,9	91,8	90,2	94,2
Balayer/laver les sols	65,6	82,1	38,8	61,5
Faire sa propre lessive	36,4	70,9	23,7	62,5
Faire les courses	51,0	73,9	31,1	37,7
Faire la cuisine	34,6	67,5	39,7	62,0
Autres tâches domestiques	38,9	57,5	51,5	54,1
Faire la lessive des autres	3,6	44,1	7,3	34,3
Étudier	13,8	30,2	11,6	10,1
Garder les enfants	18,0	24,2	6,4	13,8
Aider les adultes	32,3	21,6	20,3	14,6
S'occuper des animaux	1,2	0,0	34,6	4,2
Travaux agricoles	0,6	1,3	18,1	3,5

Source: Sommerfelt et al. (2002).

En tout état de cause, les différences dans les rôles assignés selon le sexe sont plus nettes entre le milieu rural d'un côté et le milieu urbain de l'autre. Et la mobilisation des garçons est toujours plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural pour le travail de garde. Ceci serait lié, en partie, au fait que les garçons domestiques ruraux sont davantage engagés dans les activités de l'exploitation agricole: ils s'occupent des animaux (34% durant la semaine antérieure contre 4,2% des filles) et effectuent des travaux agricoles (18% contre 3,5%). Alors que les filles sont davantage engagées dans des travaux domestiques (notamment balayer, faire les courses, faire la cuisine et la lessive).

## E. Conclusion

En définitive, la prestation de soins aux enfants (notamment aux enfants de moins de cinq ans) est essentiellement ancrée *dans* la famille<sup>40</sup> sur la base d'un complexe constitué par;

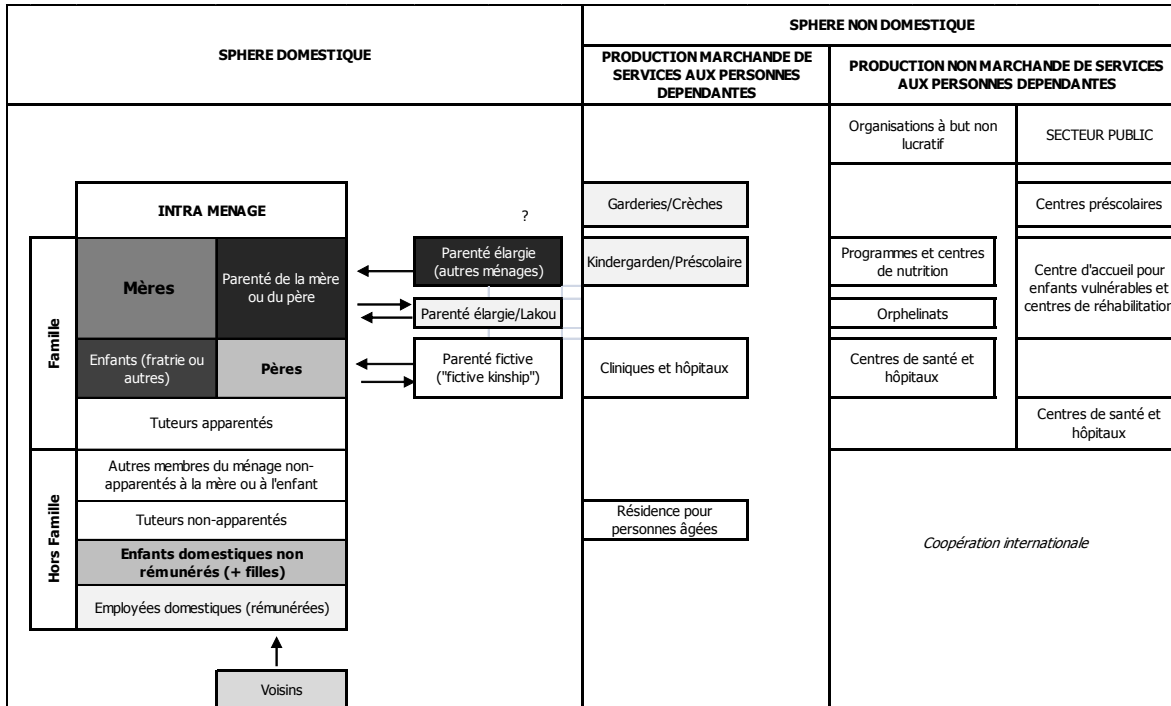
- i. une division sexuelle du travail (entre adultes mais aussi entre enfants) où les femmes et les filles sont largement mobilisées;
- ii. une division intergénérationnelle du travail (entre parents et enfants, entre grands-parents/enfants/petits-enfants) où les enfants plus âgés sont mis à contribution lorsque la mère travaille;
- iii. une division du travail entre enfants (de la famille ou du ménage) et enfants domestiques où les uns et les autres contribuent à la garde des enfants, avec un apport plus important des enfants domestiques.

Le schéma suivant permet de récapituler les principaux résultats extraits de la revue de littérature. Il porte essentiellement sur les principaux prestataires alternatifs aux mères puisque le rôle de celles-ci n'est pas encore élucidé. Même si l'on se doute bien que ce rôle est majeur.

Parmi les prestataires alternatifs, les autres parents (qu'ils appartiennent ou non au ménage) sont fortement mobilisés, puis viennent les enfants plus âgés de la fratrie ainsi que les enfants domestiques et les voisins. La parenté du lakou est également engagée dans la prestation de soins sans qu'il soit possible d'en mesurer le poids. Les garderies et les crèches sont très peu présentes.

<sup>40</sup> Sans que l'on soit en mesure de faire aussi précisément que possible le point sur la mobilisation de la famille hors du ménage d'appartenance.

**SCHÉMA 6**  
**PRINCIPAUX PRESTATAIRES ALTERNATIFS DE SOINS AUX ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS EN**  
**HAÏTI SELON LA REVUE DE LITTÉRATURE**



Source: Elaboration de l'auteur à partir du schéma 5 et des résultats de Schwartz, (2000), Cayemittes et al., (1995), Sommerfelt et al., (2002), Menon et al., (2003a, 2003b), Edmond et al., (2007).

L'importance des types de prestataires est retracée par les dégradés de grisés, par ordre décroissant du plus foncé au plus pâle. Les mères représentées ici sont celles qui travaillent et assurent la garde de leurs enfants en bas âge.

Par ailleurs, 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. 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.





### **III. Les prestataires de soins à la petite enfance (0-5 ans)**

---

#### **1. Selon l'Enquête sur les conditions de vie en Haïti (2001)**

Ce chapitre s'intéresse à l'identification de l'ensemble des prestataires de soins aux enfants de moins de cinq ans. On procède à l'analyse des données du module relatif à la garde des enfants de moins de cinq ans<sup>41</sup> durant la journée de l'Enquête sur les Conditions de Vie des ménages en Haïti (ECVH) de 2001. 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 les combinaisons de prestataires.

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 dans lequel vit l'enfant), selon les sphères de prestation de soins (sphère domestique/familiale, sphère non-domestique) sans que l'appartenance au secteur public ou privé soit précisée. Les enfants domestiques ou restavèk ne figurent pas comme prestataire potentiel de soins dans cette nomenclature<sup>42</sup>.

Ce module prend pour une unité statistique l'enfant de moins de cinq ans. L'enquête concerne une population estimée à 836 218 enfants de moins de 5 ans en 2001, dont sept sur dix résident en milieu rural. La majorité de ces enfants (70% environ) sont les fils ou les filles du chef de ménage.

---

<sup>41</sup> On raisonne ici en termes d'âge révolu.

<sup>42</sup> Il faudrait un traitement particulier du module relatif au travail des enfants de 5 à 17 ans.

Il faut souligner que l'ECVH ne permet pas d'aborder la question de la transnationalisation de l'économie des soins ne serait-ce que sous l'angle de la réception de transferts en provenance des travailleurs haïtiens émigrés. En effet, la quasi-totalité des ménages dans lesquels on retrouve les enfants de moins de cinq ans ayant fait l'objet du module sur les prestataires de soins ne reçoivent pas ce type de transferts<sup>43</sup>.

Après avoir construit un profil général des prestataires de soins aux enfants, les principaux types de prestataires pris individuellement sont mis en évidence selon leur rang d'intervention puis les combinaisons de prestataires en regard des structures familiales des ménages. Enfin, on cherche à connaître les relations entre la mobilisation de tel ou tel type de prestataires compte tenu de l'insertion du chef de ménage et de son conjoint dans l'activité économique.

## A. Profil des prestataires de soins

### 1. Plus d'un prestataire de soins pour la majorité des enfants

Dans l'ensemble, 68,8% des enfants de moins de cinq ans ont entre deux et trois prestataires de soins (tableau 7). Il existe des contrastes entre les milieux de résidence: 39,8% des enfants n'ont qu'un seul prestataire en *milieu urbain* contre 27,4% de ceux du milieu rural. Partant, 56,2% des enfants de l'Aire Métropolitaine ont deux prestataires au moins contre 72,6% en milieu rural.

TABLEAU 7  
DISTRIBUTION (PORCENTAGE) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE NOMBRE DE PRESTATAIRES PAR MILIEU DE RÉSIDENCE

Nombre de prestataires de soins pendant la journée	Aire Métropolitaine	Autre urbain	Rural	Ensemble	Population estimée	Echantillon
1	43,8	33,1	27,4	31,2	261 158	999
2	34,8	34,1	40,1	38,4	320 844	1 353
3	21,4	32,8	32,5	30,4	254 216	1 102
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	836 218	3 454
Population estimée	161 431	98 977	575 810	836 218		
Echantillon	371	490	2593	3454		

Source: ECVH 2001 (IHSI). Calculs propres.

### 2. Le premier prestataire de soins est la mère

La distribution de l'ensemble des enfants selon le premier prestataire de soins indique une écrasante majorité de mères: 80,2% (tableau 8). Il n'y a pas de différences majeures entre le milieu urbain et le milieu rural. Mais le tableau est plus contrasté lorsque l'on tient compte de l'âge des enfants. 90,9% des enfants de moins d'un an sont pris en charge par leur mère, mais la mère n'est présente que pour 80,2% et 74,4% 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 11%) et dans une moins large mesure par leur père (autour de 3% contre 2,1% pour les moins d'un an), ou leur sœur, avec une très faible occurrence de la tante (1,7%) ou des voisins (1,8%).

<sup>43</sup> Ceci est peut-être lié, pour partie, à la sous-déclaration des enfants de moins de cinq ans, phénomène classique dans les recensements et les enquêtes. Sous-déclaration qui trouve aussi ses racines dans les perceptions que se font les individus de ces déclarations. Par ailleurs, on trouve parmi les ménages recevant des transferts des ménages où vivent des enfants de 5 à 17 ans mais on ne dispose d'aucune information sur la prestation de soins à ces enfants. On sait tout au plus que la scolarisation des enfants de 6-11 ans est corrélée à la réception des transferts externes: la probabilité d'être scolarisé est en effet plus grande lorsque le ménage est bénéficiaire de transferts toutes choses égales par ailleurs (Lamaute-Brisson, 2005a).

**TABLEAU 8**  
**DISTRIBUTION (POURCENTAGE) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE**  
**DE SOINS DE PREMIER RANG PAR TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT**

Prestataire de premier rang	Moins d'un an	1 à 2 ans	3 à 4 ans	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Mère	90,9	80,2	74,4	80,2	670 634	2 767
Père	2,1	3,4	3,6	3,2	27 006	106
Soeur	1,3	2,3	3,3	2,5	20 785	88
Frère	0,4	0,6	1,0	0,7	5 810	24
Grand-mère	3,8	8,4	11,1	8,5	71 026	304
Grand-père	0,2	0,6	0,6	0,6	4 604	18
Tante	0,3	2,1	1,7	1,6	13 025	57
Oncle	0,2	0,3	0,3	0,3	2 460	9
Servante	-	0,1	0,3	0,2	1 499	6
Voisin(e)	0,2	0,6	1,8	1,0	8 504	35
Kindergarten/préscolaire	-	-	0,4	0,1	1 153	6
Autre	0,4	1,4	1,3	1,2	9 712	34
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	836 218	3 454
Population estimée	174 068	335 385	326 765	836 218		
Echantillon	714	1372	1368	3454		

Source: ECVH 2001 (IHSI). Calculs propres.

### 3. Une prise en charge non négligeable par les pères en second rang

40,3% des enfants ayant un second prestataire de soins sont pris en charge par leur père (tableau 9). Suivent, loin derrière, les grand-mères (17,2%), les sœurs (9,7%) et les voisins (7,8%), puis les tantes (6,8%). Le poids des grand-mères diminue à mesure que l'âge croît: elles comptent pour 21,6% des enfants de moins d'un an mais pour 14,4% des enfants de trois à quatre ans. Elles sont en quelque sorte progressivement «remplacées» par divers prestataires : les grands-pères, les oncles et les voisins et de manière marginale par les kindergarden pour les enfants de trois à cinq ans (1,4%).

**TABLEAU 9**  
**DISTRIBUTION (POURCENTAGE) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE**  
**DE SOINS DE SECOND RANG PAR TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT**

Prestataire de second rang	Moins d'un an	1 à 2 ans	3 à 4 ans	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Père	40,8	41,1	39,2	40,3	231 604	992
Soeur	12,6	8,0	10,1	9,7	56 034	237
Frère	3,0	4,1	6,5	4,8	27 853	125
Grand-mère	21,6	17,7	14,4	17,2	98 821	438
Grand-père	3,3	6,5	6,4	5,8	33 523	149
Tante	6,9	8,3	5,3	6,8	39 391	155
Oncle	1,4	1,3	3,0	2,0	11 282	47
Servante	0,6	0,5	0,1	0,4	2 103	8
Voisin(e)	6,6	7,5	8,7	7,8	44 919	192
Garderie	0,2	0,1	0,3	0,2	1 114	5
Kindergarten/préscolaire		0,3	1,4	0,7	3 812	12
Autre	3,1	4,6	4,6	4,3	24 606	95
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	575 060	2 455
Population estimée	116 896	233 401	224 763	575 060		
Echantillon	489	1 000	966	2 455		

Source: ECVH 2001 (IHSI). Calculs propres.

## 4. La mobilisation de la fratrie de l'enfant en troisième rang

Le troisième prestataire se situe au-delà des père et mère de l'enfant (tableau 10). C'est d'abord la fratrie de l'enfant qui est mobilisée: 33,7% des enfants sont pris en charge par leurs sœurs et frères.

**TABLEAU 10**  
**DISTRIBUTION (POURCENTAGE) DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE TROISIÈME RANG PAR TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT**

Prestataire de troisième rang	Moins d'un an	1 à 2 ans	3 à 4 ans	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Soeur	12,5	15,9	19,0	16,5	42 007	182
Frère	15,7	16,8	18,2	17,2	43 642	184
Grand-mère	12,7	15,4	10,8	13,1	33 204	144
Grand-père	9,2	7,6	7,4	7,8	19 891	91
Tante	17,3	15,0	12,7	14,5	36 812	162
Oncle	12,9	8,5	7,5	8,9	22 555	94
Servante		0,4	1,0	0,6	1 520	5
Voisin(e)	7,5	14,4	13,4	12,7	32 322	144
Kindergarten/préscolaire		0,2	1,3	0,6	1 602	7
Autre	12,3	5,9	8,5	8,1	20 662	89
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	254 216	1 102
Population estimée	46 829	10 5097	102 290	25 4216		
Echantillon	206	451	445	1 102		

Source: IHSI/ECVH 2001. Calculs propres.

Suivent ceux qui sont gardés par leurs grands-parents —les grand-mères d'abord— (20,9%) et ceux qui sont gardés par les membres de la fratrie de l'un ou l'autre des parents (tante et oncle). On note que le poids des enfants gardés par les voisin(e)s double lorsque l'on passe des enfants de moins d'un an aux enfants plus âgés.

## B.- Les prestataires individuels dans la famille

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 individuels hors famille, à savoir les voisins et les «autres» individus en viennent à compter —tous ensemble— pour environ 21% des enfants.

### 1. Les hommes de la parenté en second rang

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 (92,7%) mais les hommes de la parenté (pères et autres) figurent en bonne place parmi les prestataires de second rang : ils comptent en effet pour 52,9% 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 contre 34% des enfants gardés par les hommes de la parenté<sup>44</sup>.

<sup>44</sup> Le reste des enfants est gardé par des prestataires extérieurs à la famille en second rang.

**ENCADRÉ 5****STRUCTURE FAMILIALE DES MÉNAGES ET ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS L'ECVH (2001)**

La structure familiale du ménage a été établie à partir des liens de parenté entre les membres du ménage et le chef.

- La famille nucléaire est ainsi composée du chef et de son/sa conjoint(e) – quel que soit le type d'union (mariage ou plaçage) et des enfants du chef (25,9% du total des ménages selon l'ECVH).
- La famille monoparentale («pure») est composée du chef et de ses enfants (11,9%)
- La famille élargie est composée du chef de ménage, de son/sa conjoint(e) le cas échéant, des enfants du chef le cas échéant, et d'autres personnes apparentées au chef (38%). Il n'y a donc pas nécessairement de couple (chef de ménage/conjoint) dans la famille élargie.
- La famille complexe ne comprend aucun noyau chef/conjoint/enfant et renferme des personnes non-apparentées au chef de ménage (10%). Lorsque les enfants du chef de ménage sont présents, il n'y a pas de conjoint.
- On trouve par ailleurs les couples sans enfant (4,8%) et les ménages unipersonnels (9,3%).

Les enfants de moins de cinq ans ayant fait l'objet du module relatif au prestataire de soins se répartissent comme suit selon la structure familiale du ménage d'appartenance :

- 37,4% dans les familles nucléaires
- 8,4% dans les familles monoparentales « pures »
- 43,8% dans les familles élargies et
- 10,4% dans les familles complexes.

Mais en fait, 30,4% des enfants de moins de cinq ans vivent dans des familles où il n'y a pas de conjoint cohabitant avec le chef de ménage. Hormis ceux des familles monoparentales «pures» (8,4%), on trouve des enfants vivant dans des familles élargies (18,6%) et d'autres vivants dans des familles complexes (3,6%).

Il est à noter que les familles monoparentales «pures» sont généralement dirigées par des femmes. Ici, les enfants vivant dans ces familles se retrouvent dans leur immense majorité (91%) dans des ménages dont le chef est une femme. Une tendance similaire —quoique moins marquée— est repérable dans le cas des familles élargies et des familles complexes où le chef de ménage n'a pas de conjoint. En effet, 82,7% et 80,2% des enfants vivant dans ces familles ont pour une femme pour chef de ménage.

Source : ECVH 2001. Calculs de l'auteur.

## 2. 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 à structure familiale nucléaire. 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 33,2% dans les familles complexes (tableau 11). Quant aux enfants vivant dans les familles monoparentales pures —peu nombreux au demeurant— 6,4% seulement d'entre eux sont pris en charge par leur père. Dans ces familles monoparentales «pures», les prestataires alternatifs de soins de second rang sont les sœurs (32,4%) —et les frères (10,8%)—, les voisins (24%) et les grand-mères (12,2%).

**TABLEAU 11**  
**DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS DE**  
**SECOND RANG PAR STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE**

Prestataire de second rang	Famille nucléaire	Famille monoparentale	Famille élargie	Famille complexe	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Père	67,2	6,4	23,6	33,2	40,3	231 604	992
Soeur	9,0	32,4	8,0	7,0	9,7	56 034	237
Frère	4,6	10,8	4,4	4,0	4,8	27 853	125
Grand-mère	7,2	12,2	26,8	15,1	17,2	98 821	438
Grand-père	0,6	0,6	10,6	7,4	5,8	33 523	149
Tante	1,0	8,9	11,4	7,6	6,8	39 391	155
Oncle	0,2	2,0	3,6	1,4	2,0	11 282	47
Servante			0,4	1,9	0,4	2 103	8
Voisin(e)	7,1	24,0	6,3	7,7	7,8	44 919	192
Garderie	0,4			0,4	0,2	1 114	5
Kindergarten/préscolaire	0,4	1,7	0,5	1,7	0,7	3 812	12
Autre	2,2	1,0	4,5	12,6	4,3	24 606	95
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	575 060	2 455
Population estimée	219 943	34 490	259 044	61 584	575 060		
Echantillon	969	151	1 099	236	2 455		

Source: IHSI/ECVH 2001. Calculs propres.

### 3. 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). 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: les grand-mères seraient moins nombreuses qu'on le croit. A moins qu'il ne faille compter avec l'état de santé de celles-ci. 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 proportion d'enfants gardés par leurs grands-parents, leurs grand-mères surtout, est bien plus élevée dans les familles élargies (27,5% pris en charge leur grand-mère et 10,5% par leur grand-père) que dans les autres structures familiales. Tout se passe comme si le recours à la génération antérieure à celle des parents passe d'abord par la cohabitation des trois générations. Enfin, on pourrait considérer que le recours aux grand-mères est 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. Mais cette hypothèse est ténue: on a vu plus haut que le poids des grands-mères diminue quand l'âge des enfants augmente.

### 4. Le rôle des enfants de la parenté

Le recours aux enfants, plus précisément aux sœurs et aux frères des enfants de moins de cinq ans, est également «modéré» si l'on s'en tient à l'identification des prestataires de second rang. Respectivement 9,7% et 4,8% des enfants de moins de cinq ans ont pour second prestataire leur sœur et leur frère. En fait, la mobilisation des enfants est plutôt remarquable dans les ménages à famille monoparentale pure: respectivement 32,4% et 10,8% des enfants de moins de cinq ans sont pris en charge par leur sœur et par leur frère. Dans la mesure où les enfants issus des familles monoparentales pures sont relativement peu nombreux, on pourrait penser que la mobilisation des enfants est globalement un phénomène mineur. En réalité, elle est plus tangible parmi les prestataires de troisième rang (soit 33% des enfants ayant trois prestataires). Il faudrait chercher à connaître le temps que consacrent ces aînés à la garde de leurs petits frères ou petites sœurs.

## C. Les combinaisons de prestataires dans le ménage et hors du ménage et les structures familiales des ménages

Les analyses précédentes portent sur les prestataires pris individuellement. Il importe de passer à l'analyse des combinaisons de prestataires afin de saisir les modes de mobilisation de la parenté en fonction de la structure familiale du ménage d'appartenance des enfants. On laisse donc de côté les enfants ayant un seul prestataire non sans souligner que la distribution de ces enfants selon le prestataire varie avec la structure familiale du ménage. Ainsi, les mères sont largement prédominantes (à plus de 80% des enfants) dans les familles nucléaires et, l'on devait s'y attendre, dans les familles monoparentales. En revanche, elles sont moins présentes dans les familles élargies et complexes où il y a une plus forte mobilisation des grand-mères qui comptent respectivement 20,7% et 15,9% des enfants ayant un prestataire de soins.

**Tableau 12**  
**DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT UN PRESTATAIRE DE SOINS SELON LE PRESTATAIRE PAR STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE**

Prestataire de soins	Famille nucléaire	Famille monoparentale	Famille élargie	Famille complexe	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Mère	86,0	85,9	61,5	59,5	73,4	191 615	719
Père	3,4	2,8	0,8	9,7	2,9	7 489	30
Soeur	2,0	2,7	2,1		1,9	4 992	21
Frère	1,1	3,5			0,9	2 255	8
Grand-mère	3,7	2,4	20,7	15,9	11,7	30 475	123
Grand-père			1,3		0,5	1 358	6
Tante	0,3		4,3	3,0	2,2	5 620	25
Voisin(e)	3,0	0,9	3,5	2,5	2,8	7 434	30
Kindergarten/préscolaire	0,3	0,5	0,7		0,4	1 153	6
Autre	0,2	1,4	5,4	9,3	3,4	8 764	31
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	261 158	999
Population estimée	93 060	35 775	10 020	25 303	261 158		
Echantillon	375	112	419	93	999		

Source: IHSI/ECVH 2001. Calculs propres.

### 1. La prise en charge par le couple dans les familles nucléaires

Quant aux enfants ayant deux prestataires, il apparaît clairement que la prise en charge par le couple «mère, père» est très largement caractéristique des familles nucléaires (63,2% des enfants) tandis que les associations entre la mère et la grand-mère ou entre la mère et la sœur de l'enfant se retrouvent plus fréquemment dans les familles élargies et dans les familles monoparentales « pures » (respectivement 21,4% et 19,6%).

On observe par ailleurs —mais l'échantillon n'est pas grand et la prudence est de mise— une forte présence de l'association «mère/voisin(e)» dans le cas des familles monoparentales (25% des enfants). Tout se passe comme si une bonne partie de ces familles monoparentales ne disposent pas de ressources démographiques familiales (au sein et hors du ménage) suffisantes pour assurer la garde des enfants en bas âge.

**Tableau 13**  
**DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT DEUX PRESTATAIRES DE SOINS**  
**SELON LA COMBINAISON DE PRESTATAIRES PAR STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE**

Combinaison de deux prestataires de soins	Famille nucléaire	Famille monoparentale	Famille élargie	Famille complexe	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Mère et père	63,2	5,0	16,5	31,9	35,6	114 277	493
Mère et grand-mère	6,9	9,2	21,4	9,8	13,6	43 793	192
Mère et sœur	5,4	19,6	6,4	1,8	6,5	20 885	82
Mère et tante	0,4		7,5	5,0	3,9	12 415	44
Grand-mère et tante	0,8	1,6	3,9	1,5	2,3	7 293	36
Chaînes féminines	13,5	30,4	39,1	18,0	26,3		
Mère, frère/ oncle / grand-père	4,5	13,0	8,5	6,2	7,0	22 589	97
Mère et voisin(e)	9,1	25,2	4,7	5,5	8,0	25 708	109
Mère et autre	2,4	3,9	4,4	21,8	5,3	16 914	57
Sœur/frère	1,6	3,5	1,8	0,7	1,7	5 553	25
Grand-mère et grand-père			7,0	3,4	3,4	10 816	48
Père, autres parents, autres	2,6	7,8	3,9	2,8	3,5	11 352	49
Autres combinaisons	3,0	11,2	14,2	9,6	9,1	29 250	121
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	320 844	1 353
Population estimée	126 726	23 304	139 636	31 178	320 844		
Echantillon	563	94	578	118	1353		

Source: IHSI/ECVH 2001. Calculs propres.

## 2. Le couple mère/père assisté de la fratrie dans les familles nucléaires

Lorsqu'il y a trois prestataires pour un enfant, on trouve une nomenclature très diversifiée de combinaisons de prestataires. Les combinaisons les plus atypiques mais aussi les plus atomisées car très faiblement représentées une à une ont été regroupées sous la catégorie «autres» dont le poids est

**Tableau 14**  
**DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT TROIS PRESTATAIRES DE SOINS**  
**SELON LA COMBINAISON DE PRESTATAIRES PAR STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE**

Combinaison de trois prestataires de soins	Famille nucléaire	Famille monoparentale	Famille élargie	Famille complexe	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Mère, père, sœur	30,2	3,1	7,4	7,3	15,5	39 499	171
Mère, père, frère	16,2	3,6	2,8	7,6	8,3	21 162	86
Mère, père, grand-mère	8,1	2,7	9,4	9,3	8,6	21 919	96
Mère, père, tante	2,9	0,0	4,3	1,1	3,2	8 182	39
Mère, père, voisin(e)	9,4	0,0	2,8	0,4	4,8	12 207	51
Mère, grand-mère, grand-père	2,1	3,8	7,9	6,9	5,5	13 971	67
Mère, grand-mère, tante	1,2	6,9	10,9	5,2	6,5	16 469	72
Mère, sœur, frère	8,0	32,7	5,6	7,3	7,9	19 994	91
Mère, sœur, grand-mère	0,3	0,0	2,8	1,4	1,6	4 093	19
Mère, père et autres	5,9	0,0	5,2	8,8	5,6	14 357	56
Mère, grand-mère et autres	1,0	5,8	7,8	8,5	5,3	13 409	64
Mère, frère/oncle/ grand-père et autres	1,6	7,2	11,0	6,4	6,9	17 457	76
Autres combinaisons	13,1	34,3	22,1	29,8	20,3	51 497	214
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	254 216	1 102
Population estimée	93216	11 186	119 408	30 406	254 216		
Echantillon	406	57*	521	118	1102		

Source: IHSI/ECVH 2001. Calculs propres. \* Echantillon trop petit.



finalement important dans le cas des familles élargies et des familles complexes (entre 20% et 30%). Reste que les enfants des familles nucléaires sont d'abord gardés par le noyau père/mère assisté de la sœur de l'enfant (30,2% des enfants) ou moins fréquemment de son frère (16,2%).

### 3. Une moindre présence des pères et des « chaînes féminines » dans les familles monoparentales

La mobilisation des pères est généralement plus faible dans les familles où le chef de ménage n'a pas de conjoint cohabitant, indépendamment de la structure familiale comme on peut l'observer dans le tableau 15 qui prend en compte le sexe du chef de ménage.

En effet, la participation du père à la garde des enfants durant la journée ne concerne que 7,4% des enfants des familles dirigées par une femme sans conjoint cohabitant contre 50,6% des enfants des ménages où la femme chef de ménage a un conjoint cohabitant<sup>45</sup>. Cette plus faible présence du père est en quelque sorte «compensée» par les chaînes féminines (mère/grand-mère, mère/sœur, mère/tante). Il faut souligner ici le poids du recours aux grands-mères: 26,3% des enfants de familles monoparentales dirigées par une femme sont pris en charge par leur mère et par leur grand-mère.

**Tableau 15**  
**DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT DEUX PRESTATAIRES DE SOINS SELON LA COMBINAISON DE PRESTATAIRES PAR SEXE DU CHEF DE MÉNAGE ET PRÉSENCE DU CONJOINT**

Combinaison de deux prestataires	Homme		Femme		Ensemble	Population estimée	Echantillon
	Sans conjoint	Avec conjoint	Sans conjoint	Avec conjoint			
Mère et père	9,4	48,9	5,4	46,5	35,6	114 277	493
Mère et grand-mère	6,5	10,1	26,3	8,8	13,6	43 793	192
Mère et soeur		3,8	12,8	6,0	6,5	20 885	82
Mère et tante	5,1	1,1	9,3	3,0	3,9	12 415	44
Mère, frère, oncle ou grand-père	26,9	6,6	6,4	5,4	7,0	22 589	97
Mère et voisin(e)	4,6	5,2	9,5	11,3	8,0	25 708	109
Mère et autre	2,8	5,3	6,7	4,4	5,3	16 914	57
Soeur/frère		2,4	1,6	1,1	1,7	5 553	25
Grand-mère et grand-père	4,4	4,7	1,4	3,1	3,4	10 816	48
Grand-mère et tante	3,3	2,1	3,6	1,2	2,3	7 293	36
Père, autres parents, autres	21,0	2,4	2,0	4,1	3,5	11 352	49
Autres combinaisons	16,0	7,6	15,1	5,2	9,1	29 250	121
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	320 844	1 353
Population estimée	13 444	133 815	80 479	93 107	320 844		
Echantillon	59*	576	312	406	1 353		

Source: IHSI/ECVH 2001. Calculs propres. \* Echantillon trop petit.

Dans le cas des enfants à trois prestataires, on trouve un profil similaire en ce qui concerne la prise en charge des enfants par le père comme l'atteste le tableau 16.

<sup>45</sup> Ces pourcentages sont obtenus en totalisant les proportions d'enfants pris en charge par la combinaison «mère/père» et par la combinaison «père, autres parents, autres».

**Tableau 16**  
**DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT TROIS PRESTATAIRES DE SOINS SELON LA COMBINAISON DE PRESTATAIRES PAR SEXE DU CHEF DE MÉNAGE ET PRÉSENCE DU CONJOINT**

Combinaison de trois prestataires	Homme chef de ménage		Femme chef de ménage		Ensemble	Population estimée	Echantillon
	Sans conjoint	Avec conjoint	Sans conjoint	Avec conjoint			
Mère, père, sœur		19,0	0,6	24,8	15,5	39 499	171
Mère, père, frère	1,3	14,3	0,7	5,5	8,3	21 162	86
Mère, père, grand-mère	11,1	10,4	7,1	6,3	8,6	21 919	96
Mère, père, tante	1,2	4,9	0,4	2,9	3,2	8 182	39
Mère, père, voisin(e)		7,5	0,3	4,8	4,8	12 207	51
Mère, grand-mère, grand-père		7,4	1,6	6,5	5,5	13 971	67
Mère, grand-mère, tante		2,3	20,5	3,4	6,5	16 469	72
Mère, sœur, frère	10,0	5,3	11,5	8,9	7,9	19 994	91
Mère, sœur, grand-mère		0,4	4,2	1,8	1,6	4 093	19
Mère, père et autres	16,9	6,2	0,9	6,7	5,6	14 357	56
Mère et grand-mère et autres		2,0	13,6	5,1	5,3	13 409	64
Mère, frère, oncle ou grand-père et autres	32,8	4,1	12,7	2,0	6,9	17 457	76
Autre	26,6	16,3	26,0	21,3	20,3	51 497	214
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	254 216	1 102
Population estimée	12 298	118 504	56 167	67 247	254 216		
Echantillon	50*	493	257	302	1102		

Source: IHSI/ECVH 2001. Calculs propres. \* Echantillon trop petit.

#### 4. La mobilisation de la parenté hors du ménage dans les familles nucléaires

Par ailleurs, les combinaisons de prestataires peuvent bien déborder les frontières du ménage, notamment lorsqu'il y a trois prestataires (tableau 14). C'est le cas pour les enfants issus de familles nucléaires (où les grands-parents et les fratries des membres du couple sont par définition absents). En effet, environ un quart des enfants vivant dans ces familles sont pris en charge par la parenté extérieure au ménage et près de 10% sont gardés aussi par les voisin(e)s.

En résumé, l'analyse des combinaisons de prestataires restituées par l'enquête sur les conditions de vie permet d'affirmer que:

- Les types de prestataires mobilisés dépendent bien de la structure familiale du ménage;
- Les chaînes féminines sont bien là et qu'elles tendent à compenser notamment l'absence des pères dans les familles monoparentales *lato sensu*. Elles ne sont pas massivement présentes. Les ressources démographiques du ménage constituent bel et bien une contrainte à partir de laquelle la garde des enfants est organisée;
- Si la mobilisation des grands-mères semble être modérée à première vue, elle n'en est pas moins importante selon la structure familiale du ménage. Elle est liée d'abord à la cohabitation entre trois générations pour ce qui est des familles élargies. Mais elle déborde également les frontières des ménages à famille nucléaire;
- Le recours à la fratrie des enfants est plus fréquent dans les familles nucléaires que dans les autres. Là encore, c'est la contrainte des ressources démographiques du ménage qui joue, les enfants étant en quelque sorte «remplacés» par les adultes dans les familles non-nucléaires.

#### D. Emploi des adultes et garde des enfants

On cherche ici à connaître les prestataires de soins en fonction de la relation entre le ménage d'une part, l'activité économique et l'emploi d'autre part. Cette relation est appréhendée d'un côté par la situation

d'activité du couple constitué par le chef de ménage et son ou sa conjoint(e). Ce, indépendamment du lien de parenté entre l'enfant de moins de cinq ans et le couple<sup>46</sup>. Une nomenclature est proposée avec les modalités suivantes:

- Les deux membres du couple travaillent;
- L'homme travaille, la femme est inactive ou chômeuse;
- L'homme est inactif ou chômeur, la femme travaille;
- L'homme est inactif ou chômeur, la femme est inactive ou chômeuse.

On considère par ailleurs les ménages où le chef de ménage n'a pas de conjoint cohabitant.

## 1. La mère est le premier prestataire lorsque le couple travaille

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 de 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.

**Tableau 17**  
**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 inactive ou chômeuse	Homme inactif ou chômeur/ femme travaille	Homme inactif ou chômeur/ femme inactive ou chômeuse	Pas de couple	Population estimée	Echantillon
Mère	81,5	89,8	72,4		75,90	611 042	2 568*
Père	3,2	2,2	2,1		2,80	21 624	86*
Soeur	3,0	0,9	5,3		2,10	18 578	78*
Frère	0,8		0,3		1,00	5 242	22
Grand-mère	6,6	5,7	17,4	100,00	11,30	64 024	275*
Grand-père	0,2	0,2	1,4		1,20	4 325	16
Tante	1,5	0,4	0,4		2,10	11 110	51
Oncle					0,80	2 014	8
Servante	0,3					1 040	4
Voisin(e)	1,3	0,3			1,20	8 068	34
Kindergarten/préscolaire	0,2				0,10	1 153	6
Autre	1,4	0,4	0,80		1,10	8 382	30
NSP					0,10	186	1
NR					0,20	383	1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	757 171	3 180

Source: IHSI/ECVH 2001. Calculs propres.

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 faible, mais elle demeure largement substantielle (72,4%). Davantage d'enfants sont confiés à leur grand-mère (17,4%).

<sup>46</sup> 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 établi L'ECVH fournit un tableau des relations de parenté entre tous les membres du ménage. Le traitement des données correspondantes est complexe mais pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

## 2. Des pères moins présents et une plus forte prise en charge par les grands-parents lorsque l'homme ne travaille pas

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 18). Leur présence baisse fortement mais demeure importante (39,8%) lorsque l'homme est inactif ou chômeur, les grands-parents prenant en charge 36% des enfants (il s'agit de la grand-mère dans 24% des cas) et les voisins 9%.

Ce résultat est, à première vue, surprenant (en supposant bien sûr que les enfants concernés sont bien ceux du couple) quand l'on sait que l'investissement en temps dans la recherche d'emploi n'est pas très important. Outre le fait qu'il existe très peu d'agences —privées— de recrutement ou d'emploi (essentiellement en milieu urbain), 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 (les emplois domestiques par exemple) sont relativement peu consommateurs de temps. De plus, la recherche d'emploi est particulièrement coûteuse.

**Tableau 18**  
**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 inactif ou chômeuse	Homme inactif ou chômeur/ femme travaille	Homme inactif ou chômeur/ femme inactif ou chômeuse	Pas de couple	Population estimée	Echantillon
Père	50,40	61,90	39,80		11,30	208 579	908*
Soeur	8,90	5,00	3,30		14,90	51 124	222*
Frère	5,10	4,30	1,80		6,00	26 547	119*
Grand-mère	12,70	14,50	24,00		28,20	95 555	427*
Grand-père	3,90	4,30	12,50	100,00	7,90	29 292	134*
Tante	4,70	1,40	4,50		14,10	36 587	145*
Oncle	2,20	0,40	2,30		2,70	10 677	45
Servante		0,70	2,60			1 221	5
Voisin(e)	7,40	4,60	9,00		9,30	39 301	171
Garderie	0,40				0,10	1 106	5
Kindergarten/préscolaire	0,70				1,00	3 280	10
Autre	3,50	3,00			4,70	18 921	73
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	522 191	2264

Source IHSI/ECVH 2001. Calculs propres.

Tout se passe alors comme si non seulement le temps «libre» du chômeur —par rapport au temps d'un actif occupé— n'est pas consacré au travail de garde des enfants mais encore que le fait même d'être chômeur exclurait un engagement dans la prestation de soins. Ceci reste à élucider<sup>47</sup>. 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. Car de toute évidence, le «contrat» où la pourvoyance relève de la responsabilité des femmes avec une contrepartie —partielle et imposée pour partie par le manque de ressources démographiques du ménage<sup>48</sup> —en termes de contribution des pères à la prestation de soins aux enfants ne tient plus ici.

<sup>47</sup> Il faudrait pour ce faire procéder à l'analyse de l'utilisation du temps.

<sup>48</sup> 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.

### 3. La mobilisation des grands-parents en troisième rang lorsque la femme exerce un emploi

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 19). 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 19**  
**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	Pas de couple	Population estimée	Echantillon
Soeur	23,50	26,40	6,00	1,90	40 844	176*
Frère	18,30	27,50	4,00	12,60	42 327	181*
Grand-mère	11,60	6,40	17,80	16,30	29 915	136*
Grand-père	9,90	8,00	18,20	3,50	19 600	89*
Tante	9,10	11,50	16,60	25,10	34 986	153*
Oncle	5,50	2,40	13,70	14,80	19 463	84*
Servante	0,60			1,30	1 625	6
Voisin(e)	13,20	11,90	1,30	13,60	30 196	136*
Garderie	0,10				102	1
Kindergarten/pré-scolaire	0,60	0,50	3,30	0,60	1 724	8
Autre	7,00	5,20	19,20	10,30	19 851	90*
Personne	0,40				524	4
NSP	0,10				176	1
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	241 334	1 065

Source: IHSI/ECVH 2001. Calculs propres.

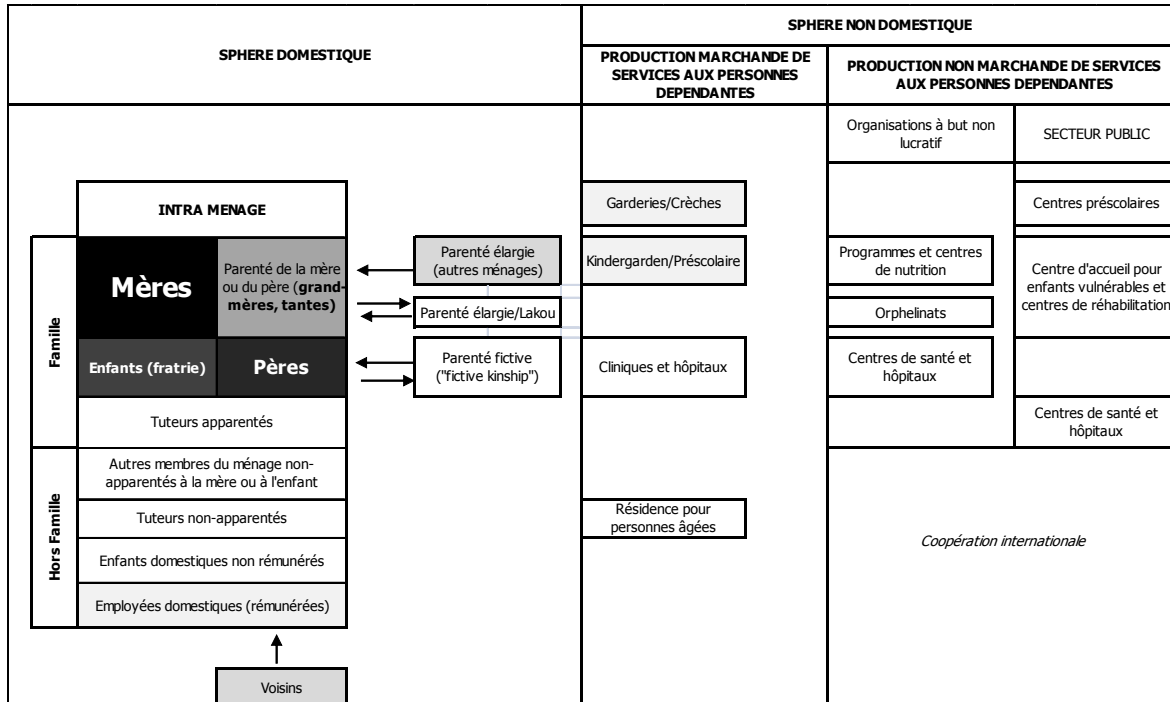
### E. Conclusion

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 présentés au chapitre 2 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 de soins (cf. chapitre 1). En particulier, les *enfants domestiques* y sont invisibles.

Comme au chapitre précédent, on récapitule les principaux résultats de l'analyse de l'ECVH à l'aide du schéma représentant la diversité des prestataires de soins aux enfants. Ici, il s'agit des principaux prestataires, sachant que le rôle des mères comme prestataires de premier rang est clairement établi et que les autres prestataires interviennent principalement en second ou en troisième rang.

Les résultats de l'ECVH permettent de «confirmer» la mobilisation des pères évoquée au chapitre 2. Elle vaut en particulier, il est vrai, pour les familles nucléaires et le milieu rural.

**Schéma 7**  
**PRINCIPAUX PRESTATAIRES DE SOINS AUX ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS EN HAÏTI**  
**SELON L'ECVH (2001)**



Source: Elaboration de l'auteur à partir du schéma 5 et des résultats de l'ECVH (2001). L'importance des types de prestataires est retracée par les dégradés de grisés par ordre décroissant, du plus foncé au plus pâle.

La mobilisation de la fratrie au sein du ménage est clarifiée. Les sœurs et —dans une moindre mesure— les frères aînés des enfants de moins de cinq ans apparaissent principalement en troisième rang (en proportion des enfants gardés). Ces enfants 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 le temps consacré à la garde des enfants en bas âge. 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.

Le recours aux employées domestiques minoritaire mais remarquable dans l'EMMUS II 1994-1995 est quasiment inexistant (toujours en proportion des enfants gardés) dans l'ECVH (2001). Ceci interpelle considérablement d'autant que l'échantillon de l'ECVH (7 186 ménages) est bien plus grand que celui de l'EMMUS II (4000 ménages) et aurait pu couvrir relativement plus de cas de recours aux employées domestiques. A moins que, réellement, celles-ci soient à la fois 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.

Enfin, là encore, 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.

L'analyse des combinaisons de prestataires en fonction de la structure familiale du ménage enseigne également que la mobilisation de la parenté se fait bel et bien au-delà des frontières du ménage, notamment dans le cas des familles nucléaires qui regroupent 37,4% des enfants de moins de cinq ans.

## IV. Conclusion

---

### 1. Principaux résultats

Pour l'essentiel, les prestataires de soins relèvent au premier chef de la famille, au sein du ménage et à l'extérieur du ménage. Ce sont principalement des femmes, les mères surtout puis, loin derrière, les grand-mères et les sœurs. On retrouve des «chaînes féminines» de prestataires de soins dans les cas où les enfants ont trois prestataires déclarés, notamment dans les familles élargies où tendent à cohabiter plusieurs générations.

La présence des pères parmi les prestataires de second rang n'est pas négligeable et c'est remarquable. Il est vrai que leur contribution relève moins d'une logique égalitaire de partage des tâches que d'une obligation induite par le manque de ressources humaines, la taille et la structure démographique des ménages pouvant être entendus comme l'une des contraintes qui déterminent le choix des prestataires de soins aux enfants. Et de fait, les inégalités sont bien présentes dans les relations de genre qui sous-tendent la prestation de soins des parents. Les mères sont presque toujours le premier prestataire de soins, même lorsqu'il y a une combinaison de deux ou trois prestataires. De plus, même lorsqu'elles travaillent, elles sont, dans l'immense majorité des cas, le prestataire de premier rang. Or, même en l'absence d'une enquête sur l'utilisation du temps, on peut penser que la charge de la prestation des soins représente un lourd fardeau pour les femmes. Le faible niveau de technologie rend la prestation de soins et par extension le travail domestique coûteux en temps.

La division intergénérationnelle et la division intra-générationnelle du travail des soins consacrent des relations inégalitaires entre les générations (lorsque les membres de la fratrie doivent prendre en charge les plus jeunes) et au niveau intra-générationnel entre les enfants domestiques *et* les enfants non-domestiques. Les inégalités de genre structurent également ces divisions spécifiques: ce sont d'abord les sœurs qui prennent en charge les plus jeunes, les enfants domestiques sont majoritairement des filles et celles-ci sont plus fréquemment mobilisées que leurs pairs masculins pour la *garde* des enfants comme telle.

Des différences apparaissent également entre milieu rural et milieu urbain: dans le premier les pères sont davantage présents, dans le second le recours aux prestataires non apparentés (travailleurs domestiques) est plus fréquent.

## 2. De la nécessité d'approfondir les recherches

Cette étude ne constitue qu'un tout premier pas vers l'analyse de l'économie des soins aux personnes dépendantes en Haïti. Comme on a pu le constater, l'analyse empirique n'a porté que sur l'identification des prestataires de soins (aux enfants de moins de cinq ans) et non sur le travail de soins comme processus qui peut satisfaire les besoins en «quantité» et en «qualité». Quelques études sur la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans renseignent sur certaines pratiques dans le cadre du travail des soins (Menon et al. 2003a), mais elles sont loin d'être suffisantes. En outre, les soins aux autres catégories de personnes dépendantes comme les personnes âgées, les personnes malades —y compris celles affectées par le VIH-SIDA— ainsi que les personnes handicapées doivent être étudiés. Par ailleurs, il est essentiel rendre visible le travail de prestation de soins, de tenter de mesurer la contribution du travail non-rémunéré à la formation du PIB.

Si l'on s'en tient aux prestations de soins aux enfants de moins de cinq ans, 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. Il convient donc d'identifier quelques pistes pour une meilleure connaissance de la prestation de soins aux enfants en Haïti.

- S'agissant des prestataires de soins et de leurs combinaisons, il importe 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 de soins des ménages urbains vers les ménages ruraux par exemple.
- Il faut une étude approfondie sur le travail des enfants selon leurs liens de parenté avec les membres du ménage, leur statut comme enfant domestique ou non, comme enfant confié ou non. Il s'agit à la fois d'identifier les tâches accomplies tant dans l'économie rémunérée que dans l'économie non-rémunérée et de mesurer le temps consacré à ces tâches, notamment en regard de leur scolarisation.
- Il faut documenter le *travail des soins* des hommes, des pères et des autres membres de la parenté, restituer les lignes de partage des tâches entre les générations, au sein du couple, entre les adultes et les enfants.
- Il faut également documenter le travail des employées domestiques qui contribuent directement ou indirectement au travail des soins, la place de celles-ci dans les «chaînes féminines» et leur apport (en temps et en valeur) au travail non rémunéré lors même qu'il s'agit d'employées salariées.
- La question de la conciliation entre la prestation de soins (et plus largement le travail domestique) et l'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.
- Ce qui précède requiert évidemment une enquête sur l'utilisation du temps qui devra prendre en compte les tâches effectuées par les différents prestataires dans le cadre même du travail de prestation de soins.



- La *transnationalisation* du régime socio-démographique et en particulier celle de la prestation de soins doit être élucidée au-delà des premiers jalons théoriques ici posés. Il s'agit à la fois de restituer les formes et les degrés de transnationalisation ainsi que leur impact sur la configuration de l'organisation des soins. L'identification et l'analyse des ménages transnationaux sont, à cet égard, centrales. Ceci requiert entre autres un dispositif d'enquête particulier puisqu'il faut assurer l'appariement d'un échantillon de ménages du pays d'origine et d'un échantillon d'émigrés/immigrés établis dans un pays d'accueil. Il est possible de s'inspirer pour ce faire de l'étude d'Osili (2007) sur les transferts d'émigrés nigériens en faveur de leurs familles d'origine. En partant du genre des émigrés, l'enquête devrait porter sur plusieurs thèmes:
  - Les types de migrations internationales (émigration définitive ou temporaire);
  - La reconfiguration des dispositifs de prestation de soins et en particulier des combinaisons de prestataires de toutes provenances<sup>49</sup> en l'absence du père ou de la mère;
  - L'insertion des émigrés dans l'économie des soins des pays d'accueil afin de pouvoir retracer les «chaînes globales» de prestation de soins;
  - Les différents liens entre le ménage d'origine et le ménage établi dans le pays d'accueil afin de mettre en évidence les soubassements de la formation des ménages transnationaux: visites, télécommunications, prise en charge maternelle transnationale (transnational motherhood), transmission de valeurs, envoi de transferts, ainsi que le placement au sein du ménage d'origine ou d'un autre ménage d'enfants nés dans le pays d'accueil et le retour temporaire d'enfants ayant déjà émigré;
  - L'envoi des transferts (montants, périodicité, déterminants des envois, durée de résidence de l'émigré, ancienneté de l'envoi des transferts) selon le lien de parenté avec l'émigré et le sexe de celui-ci;
  - Les usages des transferts (achat de biens et de services pour l'entretien et la prestation de soins, recrutement/paiement de prestataires de soins, financement de l'activité économique des membres du ménage).

### 3. La prestation des soins comme domaine des politiques publiques: l'approche par les droits

Il ressort de la présente étude un impératif de justice non seulement en termes de genre mais aussi en ce qui a trait aux rapports entre les générations ou au sein d'une même génération. En particulier, du point de vue intergénérationnel, la mobilisation des enfants comme prestataires de soins soit pour leurs cadets soit en tant qu'enfants domestiques pour d'autres enfants ayant ou non des liens de parenté avec eux pose le problème de la diversité des destins par rapport au socle des droits de l'enfant.

Face à cet impératif de justice, mobiliser une approche par les droits présente un triple intérêt. D'une part, les droits sont universels, par-delà toute considération sur le genre, l'âge, la provenance géographique ou tout autre critère à partir duquel l'on peut établir des clivages délimitant des populations particulières. D'autre part, l'approche par les droits permet de poser le problème du caractère juste des procédures mises en œuvre pour atteindre l'égalité des droits. Enfin, l'approche par les droits définit les obligations attachées aux droits, en particulier celles de l'Etat qui sont au nombre de trois: respecter, protéger et mettre en œuvre (Moser et al., 2005: 13). La mise en œuvre renvoie pour sa part à trois obligations spécifiques: faciliter l'émergence ou l'épanouissement des droits, fournir les biens ou les services y relatifs et promouvoir les droits. Le respect par l'Etat de ces obligations a pour effet de redéfinir les frontières entre la sphère publique et la sphère privée.

<sup>49</sup> Le recrutement de travailleuses domestiques migrantes est aussi un recours: c'est le cas notamment des mères émigrées originaires de la République Dominicaine qui embauchent une travailleuse migrante haïtienne (Garcia, Paiewonsky, 2006).

En même temps, faire de l'économie des soins un champ d'application d'une approche par les droits bouscule le principe d'autonomie du sujet des droits. Comme le rappelle Marco (2007), la démocratie se conçoit en prétendant que les citoyens entrent en relation les uns avec les autres à partir de leur autonomie et non à partir de la conscience de leur faiblesse, de leur dépendance vis-à-vis d'autrui et de leur vulnérabilité. Il n'en reste pas moins qu'une approche par les droits suppose également que l'individu est un être doté d'une dignité inaliénable qui doit être protégée.

En tout cas, l'approche par les droits peut être intégrée à l'analyse du régime socio-démographique dans la mesure où les relations externes entre la famille et l'ordre politique relèvent pour partie de la tutelle politique sur les relations internes d'alliance et de descendance. Cette tutelle s'exerce au premier chef à travers l'émission des normes de droit relatives à la famille ainsi qu'à partir des dispositifs de mise en application ou de sanction du non-respect des normes de droit.

Il faut garder à l'esprit que, dans le cas haïtien, les normes existantes ne couvrent pas entièrement la réalité de la diversité des formes de la famille: on pense ici au silence ou sinon au flou du droit étatique relatif au plaçage, forme d'union largement pratiquée en Haïti (Vieux, 1989, Lamaute-Brisson, 2005c) et remodelée par les transformations démo-économiques (passage de la transmission du patrimoine terrien à l'investissement dans l'éducation, urbanisation, etc.) des cinquante dernières années (Vieux, 2007). La question de la sortie du dualisme entre la famille légale et la famille coutumière demeure encore ouverte (Vieux 2007) et doit être réglée de manière à assurer une tutelle uniforme de l'Etat.

La question de la prestation des soins, et plus particulièrement des responsabilités en matière de prestation de soins aux personnes dépendantes doit être intégrée comme un champ du droit de la famille en sus de l'obligation alimentaire.

Par ailleurs, toujours dans la perspective du régime socio-démographique, l'ordre politique peut participer à la reproduction anthropométrique. Dans les pays où l'Etat-providence a émergé, la relation entre l'ordre politique et la famille renvoie à une «relation de protection domestique» (Théret, 1997)<sup>50</sup> où l'Etat fournit les moyens collectifs de consommation, c'est-à-dire un «ensemble des biens et services rendus accessibles aux individus pour leur consommation individuelle par la médiation de l'Etat-Providence (...), que cet accès passe par des transferts monétaires de type assurantiel ou assistanciel ou encore par la distribution en nature de services sociaux et publics (Théret, 1997).

Mais Théret (1997) n'analyse pas les fondements des droits aux prestations des Etats-Providence. Ces fondements qui participent de la définition de la citoyenneté sociale sont divers selon les trajectoires historiques des Etats-Providence. Sainsbury (2000) distingue plusieurs fondements possibles à savoir les besoins, la présence et la performance sur le marché du travail, le principe d'entretien (qui renvoie au statut de gagne-pain du chef de famille dont dérivent les droits des épouses aux prestations sociales) et le principe de soins. Sainsbury (2000) retrouve ce dernier principe dans le cas de la Suède où la prise en charge par la mère des autres membres de la famille a influencé la législation sociale de telle sorte que les prestations étaient adressées aux mères —y compris les mères célibataires— et que la fiscalité était favorable aux mères actives.

L'enjeu ici est de partir du droit aux soins (y compris celui de prendre soin de soi-même) et à prendre soin d'autrui pour redéfinir la division du travail de soins entre les genres et donc reconfigurer le régime socio-démographique sur la base d'une autre relation entre l'Etat et la famille. Le droit à bénéficier des soins et à prendre soin d'autrui est universel. Autrement dit, il vaut aussi bien pour les femmes que pour les hommes et s'accompagne, pour les unes et les autres, de l'obligation de prendre soin d'autrui.

Ce caractère d'universalité est essentiel. Si l'on s'en tient à la seule reconnaissance de la prestation des soins non-rémunérée des femmes dans la sphère familiale, on se contente de concevoir

<sup>50</sup> La relation de *protection domestique* découle, dans la construction théorique de Théret (1997), d'une relation d'union entre l'ordre politique (l'Etat) et l'ordre économique (le capital) qui articule les fondements juridico-étatiques de la reproduction généalogique des générations et les fondements monétaro-économiques (via le salariat) de la reproduction viagère des générations.

une citoyenneté spécifique aux femmes (liée à leur engagement dans le travail de soins) et donc d'envisager uniquement un déplacement de la frontière public/privé en matière de prestation de soins. En revanche, l'universalité du droit et des obligations qui y sont attachées permet de se rapprocher du modèle de «prestataire de soins universel» (universal caregiver model) que propose Fraser (1994). Ce modèle repose sur un partage (plus) égalitaire de la responsabilité et des tâches de la prestation de soins entre hommes et femmes au sein de la famille.

Un tel modèle ne peut certes advenir qu'avec un changement de mentalités, une ré-élaboration du droit de la famille, de la législation sociale, des lois sur le travail voire une redéfinition du système fiscal, des mesures qui libèrent le temps nécessaire à la prestation de soins, la mise en place des infrastructures et surtout des services publics de prestation de soins.

Entre autres, la ré-élaboration des lois sur le travail tient à ce que la réalisation du droit aux soins et à prendre soin d'autrui suppose le respect du droit au travail des prestataires de soins rémunérés, plus précisément du droit d'exercer un emploi dans des conditions garantissant la liberté, la sécurité et la dignité humaine du travailleur ainsi qu'une rémunération juste. A cet égard, la question des droits des employées domestiques qui contribuent directement à la prestation de soins ou la rendent possible en exerçant les activités domestiques en amont de cette prestation est ouverte.

A date, on sait que leurs conditions de travail sont généralement mauvaises, ancrées aussi bien dans les pratiques que dans le droit du travail haïtien jusqu'au vote en mai 2009 d'une loi qui vise à l'amélioration de ces conditions en matière de repos, de congés payés et de versement du bonus en fin d'année calendaire. Cette loi étend aux employées domestiques les conditions de travail déjà reconnues formellement aux salariés d'entreprise. Elle vaut en ce sens reconnaissance symbolique d'un statut d'employé salarié par opposition à celui de personnel de maison inscrit dans des relations souvent proches de la servitude ou du moins fortement marquées par le paternalisme des ménages employeurs.

Le changement réel de statut dépend évidemment de la capacité de l'Etat à faire appliquer la loi, du degré de résilience des mentalités, des effets de l'application sur l'économie des ménages employeurs (par exemple une augmentation des coûts liée aux périodes de congé) mais aussi sur les moyens d'existence des employées domestiques et de leurs familles (augmentation des coûts d'entretien durant les périodes de congé). L'ampleur des effets économiques dépend notamment des niveaux de vie des ménages employeurs et de leurs employés qu'il faudrait pouvoir reconstituer à l'aide d'une enquête permettant d'apparier les informations sur ces ménage et celles sur les employés et leurs propres ménages.

#### **4. De la réalisation du droit aux soins et à prendre soin d'autrui: les politiques publiques**

Il est évident que le chemin à parcourir pour parvenir à l'émergence du modèle du «prestataire de soins universel» dans le respect des droits des personnes dépendantes et des prestataires de toutes sortes est très long. L'incorporation du droit aux soins et à prendre soin d'autrui dans le corpus juridique, la promotion d'une participation plus égalitaire des hommes à la prestation des soins en partant des savoirs sur l'étendue et le contenu de leur participation effective à date et la fourniture progressive de services d'accueil sont les premières actions que l'on peut envisager à court et à moyen terme. Ceci suppose bien entendu une évaluation des besoins en termes de prestations de soins aux enfants.

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 prestation de 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. Il faut fonder les dispositifs de prestation de soins sur le ménage, sur les *modus vivendi* entre mères et pères à l'intérieur et au-delà des frontières du ménage, les articulations entre les lieux de résidence et de travail.

Les dispositifs d'aide à la prestation de soins doivent nécessairement inclure une préoccupation pour la qualité de la prestation.

Parallèlement, il faut 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.

En outre, 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 d'être en mesure de recourir à des prestations de soins provenant du secteur public ou du secteur privé.

La fourniture de services publics ou de services délégués de prestation de soins peut être une composante de la politique d'emploi depuis la mise en place des infrastructures jusqu'à celle des services en tant que tels en y intégrant des processus de professionnalisation de la prestation de soins. Cette composante doit être articulée à un ensemble plus vaste et systématique. Autrement, pourquoi libérer du temps et comment concilier obligations familiales —ici la prestation de soins— et obligations professionnelles si les opportunités d'emploi sont très rares et les emplois disponibles insuffisants pour absorber la main-d'œuvre potentielle?

Les principales mesures envisagées, en particulier la mise en place d'infrastructures et la fourniture de services de prestation de soins, doivent être adaptées au mode d'occupation du territoire. Si l'urbain renvoie à l'agglomération de populations, le milieu rural se caractérise par un habitat dispersé et on sait que l'éloignement des infrastructures scolaires est encore dans bien des cas une explication de la scolarisation tardive des enfants.

Plus concrètement, les services de prestations de soins à mettre en place renvoient à l'éducation préscolaire dans ses deux paliers: celui qui concerne les enfants de 0-3 ans (garderies ou crèches) et celui relatif aux enfants de 3-5 ans (centres d'éducation préscolaire).

L'extension de l'offre publique d'éducation préscolaire est l'un des premiers axes de la Stratégie Nationale d'Education pour Tous (2007) élaborée par le Ministère de l'Education avec le concours de l'UNESCO. Elle est essentielle connaissant le profil de l'éducation préscolaire en Haïti aujourd'hui. Outre la quasi-absence de garderies, les établissements préscolaires existants —relevant dans leur immense majorité du secteur non-public et fortement concentrés en milieu urbain— ne suffisent pas à absorber la population concernée. C'est ce qui explique en partie la fréquentation tardive de ces établissements (après l'âge officiel d'entrée) et la présence subséquente d'une population surâgée<sup>51</sup>. A ceci s'ajoute le caractère inéquitable de l'offre éducative<sup>52</sup>, le manque de compétences des enseignants du préscolaire et le manque de ressources humaines qualifiées, des programmes non adaptés aux réalités linguistiques et sociale, un profil épidémiologique des enfants d'âge préscolaire plutôt alarmant en raison d'une forte prévalence de la malnutrition chronique, de maladies infectieuses évitables et de la sous-nutrition (MENFP 2007).

Compte tenu des enjeux éducatifs et sanitaires, la Stratégie Nationale d'Education pour Tous envisage l'implantation d'établissements préscolaires articulés aux établissements de l'enseignement fondamental (école primaire et les trois premières années du secondaire) dans les sections communales (que l'on retrouve essentiellement en milieu rural) les plus reculées, la prise en charge des frais scolaires au bénéfice des familles dites «nécessiteuses», la révision des contenus et la mise en place de programmes visant à l'amélioration de la santé et de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans<sup>53</sup>.

De la formulation de la stratégie à sa concrétisation, le chemin à parcourir est encore long. Les efforts en matière de politique éducative sont encore très largement centrés sur l'enseignement fondamental

<sup>51</sup> Selon le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (2007), les surâgés compteraient pour 40% des effectifs recensés au préscolaire en 2002-2003.

<sup>52</sup> Comme indicateur du caractère équitable ou non de la distribution de l'offre scolaire, le ratio élèves/classe au niveau préscolaire en Haïti est éloquent. Il s'élève à 31 élèves par classe dans le département de l'Ouest, mais atteint des sommets dans le Sud-Est (69) ou dans le Centre (79) rapporte le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (2007). Ce sont là des écarts considérables vis-à-vis de la norme du Ministère de l'Education (20 élèves par classe).

<sup>53</sup> Pour une présentation synthétique, se reporter à l'annexe 3.

avec entre autres la fourniture d'infrastructures scolaires et les programmes d'amélioration de la qualité de l'éducation. Il faudrait donner sa place au développement du préscolaire des garderies —inexistantes dans le secteur public— aux centres d'éducation préscolaire. Ce, en y intégrant les enjeux liés à la prestation de soins aux enfants aussi bien pour le développement des enfants que pour redéfinir les relations entre les genres. A ce compte, il faudrait envisager non seulement une coopération entre le Ministère de l'Education et le Ministère de la Santé Publique et de la Population comme prévu dans la stratégie, mais encore un travail de concert avec le Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes.



## Bibliographie

---

- Aguirre, Rosario (s.f.), *Familias como proveedoras de servicios de cuidados*.
- \_\_\_ (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.
- \_\_\_ (2003), *Género, ciudadanía social y trabajo*, Universidad de la República de Uruguay, Departamento de Sociología, Montevideo.
- Alvarez, Maria D., Murray Gerald F. (1981), *Socialization for scarcity: Child Feeding Beliefs and Practices in a Haitian Village*.
- Bastien (1985), *Le paysan haïtien et sa famille*, Karthala, Paris.
- Becker, Saul (2005), *Young Carers: Evidence and Messages from UK and Australian Research*
- 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.
- \_\_\_ (1999), "The Enduring Debate over Unpaid Labour", *International Labour Review*, Vol 138, Issue 3.
- 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.
- Bureau of Applied Research in Anthropology (1996), *A baseline study of livelihood security in Northwest Haiti*, CARE-Haiti, Port-au-Prince, BARA/University of Arizona, Tucson
- Bryceson, Deborah, Vuerola, Ulla (2002), « Transnational Families in the Twenty First Century », in Bryceson, Vuerola (eds.), *The Transnational Family: New European Frontiers and Global Networks*, Berg Publishers, Oxford, p. 3-29.

- 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*, Editions Karthala-Orstom, Paris.
- Cadet Charles L. (1996), *Crise, paupérisation et marginalisation dans l'Haïti contemporaine*, UNICEF, Port-au-Prince.
- Caldwell, John C (1978), « A Theory of Fertility: From High Plateau to Destabilization », *Population and Development Review*, pp. 553-577.
- Cayemittes, Michel, Rival, Bernard Barrère, Gérald Lerebours, et Michaèle Amédée Gédéon (1995), *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS), Haïti, 1994-1995*. Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc., Port-au-Prince, Calverton, Maryland, USA.
- Cayemittes, Michel, Marie Florence Placide, Bernard Barrère, Soumaïla Mariko, Blaise Sévère, (2001), *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS), Haïti, 2000*. Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro, Port-au-Prince, Calverton, Maryland, USA.
- Cayemittes, Michel, Marie Florence Placide, Soumaïla Mariko, Bernard Barrère, Blaise Sévère, Canez Alexandre (2007), *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS), Haïti, 2005-2006*. Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc., Port-au-Prince, Calverton, Maryland, USA.
- 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.
- Collectif (1994), *Pour une autre économie*, Revue du Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales (MAUSS), Editions La Découverte, Paris.
- Devin, Robin B., Erickson, Pamela .I. (1996), "The influence of male care givers on child health in rural Haïti", *Social Science and Medicine*, Vol. 43, No. 4, pp. 479-488.
- Durano, Marina (2005), *Women in International Trade and Migration: Examining the Globalized Provision of Care Services*, UNESCAP, Gender and Development Discussion Paper Series No. 16.
- Edmond, Yanique M., Suzanne M. Randolph, Guylaine L. Richard (2007), « The Lakou System: A Cultural, Ecological Analysis of Mothering in Rural Haïti », *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
- England, Paula, Michelle Budig, Nancy Folbre (2002), "Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work", *Social Problems*, Vol. 49, No. 4.
- Egset, Willy, Sletten Pål (2003), *La pauvreté en Haïti. Un profil de la pauvreté en Haïti à partir des données de l'enquête ECVH*, PNUD, Port-au-Prince.
- Fass, Simon M. (1988), *Political Economy in Haïti. The Drama of Survival*, Transaction Books, New Brunswick
- 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.
- Fraser, Nancy (1994), "After the Family Wage: Gender Equity and the Welfare State", *Political Theory*, 22 (4), p. 591-618.
- Garcia Mar, Paiewonsky Denise (2006), *Gender Remittances and Development, The Case of Women migrant from Vicente Noble, Dominican Republic*, UN-Instraw.
- Glick Schiller, Nina (1993), "The Establishment of Haitian Transnational Social Fields", in Basch Linda, Nina Glick Schiller, Cristina Szanton Blanc, *Nations Unbound: Transnational Projects, Postcolonial Predicaments and Deterritorialized Nation-States*, Taylor and Francis, p. 145-180.
- Hadjadj, Bernard (2000), *Education for All in Haïti Over the Last 20 Years. Assessment and Perspectives*, Education for All in the Caribbean: Assessment 2000 Monograph Series 18, Unesco.
- Haggerty, Patricia Ann (1981), *Women's Work and Child Nutrition in Haïti*, Master of Science in Nutritional Biochemistry and Metabolism at the Massachusetts Institute of Technology
- 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.
- Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (2005), *Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages en Haïti (ECVH 2001). Volume II, Port-au-Prince*, [http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/pnud\\_livre\\_enquete\\_volume\\_II.pdf](http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/pnud_livre_enquete_volume_II.pdf)
- \_\_\_\_\_(2003), *Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages en Haïti (ECVH 2001). Volume I, Port-au-Prince*, [http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/ecvh\\_volume\\_I\\_\(juillet2003\).pdf](http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/ecvh_volume_I_(juillet2003).pdf)
- \_\_\_\_\_(1999), "Caring Labor", *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, No. 561: 27-38.
- Joseph Fritz-Pierre (1997), *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, 321 p.
- Laguerre Michel (1982), *Urban life in the Caribbean: A study of a Haitian Urban Community*, Schenkman Publishing, Vermont.
- Lamaute-Brisson, Nathalie et al. (2009), *Analyse Compréhensive de la Sécurité Alimentaire et de la Vulnérabilité (CFSVA) en milieu rural haïtien. Données de novembre 2007*, Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire (CNSA) et Programme Alimentaire Mondial (PAM), Port-au-Prince.
- \_\_\_\_\_(2008), *Haiti: Estado y situación de la información para el cálculo de indicadores de pobreza con perspectiva de género*, Reunión de Especialistas *Desafíos conceptuales y metodológicos para incorporar el género en las mediciones de pobreza*, CEPAL-DANE, Bogotá
- \_\_\_\_\_(2005c), «Organisation sociale», in IHSI, *Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti (ECVH 2001)*, Port-au-Prince, [http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/pnud\\_livre\\_enquete\\_volume\\_II.pdf](http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/pnud_livre_enquete_volume_II.pdf)
- \_\_\_\_\_(2005b), «Education», in IHSI, *Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti (ECVH 2001), Volume II*, Port-au-Prince, [http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/pnud\\_livre\\_enquete\\_volume\\_II.pdf](http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/pnud_livre_enquete_volume_II.pdf)
- \_\_\_\_\_(2005a), «Economie des ménages en milieu urbain», in IHSI, *Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti (ECVH 2001), Volume II*, Port-au-Prince, [http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/pnud\\_livre\\_enquete\\_volume\\_II.pdf](http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/pnud_livre_enquete_volume_II.pdf)
- \_\_\_\_\_(2000), *L'économie informelle en Haïti. Le cas de l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince*, Thèse de Doctorat ès Sciences Economiques, Université de Paris X-Nanterre, Paris,
- Lamaute-Brisson, Nathalie, Damais Gilles, Egset Willy (2005), *Gouvernance rurale et institutions locales en Haïti : Contraintes et opportunités pour le développement*, Document de travail No. 4, ESW «Agriculture and Rural Development in Haïti», The World Bank, LCSER, Port-au-Prince.
- 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, prolétarisation*, Editions Karthala-Orstom, Paris, pp. 407-418.
- Laslett, Barbara, Brenner, Johanna (1989), «Gender and Social Reproduction: Historical Perspectives», *Annual Review of Sociology*, No. 15, pp. 381-404.
- Marco Navarro, Flavia (2007), *El cuidado de la niñez en Bolivia y Ecuador: derecho de algunos, obligación de todas*, Serie Mujer y Desarrollo No. 89, dag, CEPAL, Santiago de Chile.
- Menon, Purnima, Marie T. Ruel, Mary Arimond, Arsène Ferrus (2003a), *Childcare, Nutrition and Health in the Central Plateau of Haiti: The Role of Community, Household and Caregiver Resources*, IFPRI, Washington, November.
- Menon, Purnima, Marie T. Ruel, Cornelia Loechl, Gretel Pelto (2003b), *From Research to Program Design: Use of Formative Research in Haiti to Develop a Behavior Change Communication Program to Prevent Malnutrition*, IFPRI, Washington, December.
- Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports (1996), *Rapport sur l'éducation en Haïti. Soumis au Bureau International de l'Éducation (BIE) en mai 1996. Présenté à la 45<sup>e</sup> Conférence Internationale de l'éducation*, Genève (du 30 sept au 5 oct 1996), <http://www.ibe.unesco.org/countries/countryDossier/natrep96/haiti96.pdf>
- Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle (2007), *La stratégie nationale d'action pour l'Éducation pour Tous*, Port-au-Prince.
- Montas, Rémy (2007), *Emigration et Transferts courants en Haïti 1991-2006*, Port-au-Prince.
- Moser, Caroline, Norton Andy, Conway Tim, Ferguson Clare, Vizard Polly (2005), *To claim our rights: livelihood security, human rights and sustainable development*, ODI, <http://www.odi.org>
- Murillo, Soledad (2003), "Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres", Congreso Internacional *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*, SARE 2003, Bilbao.
- Orozco, Manuel (2006), *Understanding the remittances economy in Haiti*, Paper commissioned by the World Bank.
- Osili Okonkwo Una (2007), «Remittances and savings from international migration: Theory and evidence using a matched sample», *Journal of Development Economics*, 83 : 446-465.

- Ovensen, Geir (2005), "La migration", in IHSI, *Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti (2001)*, Port-au-Prince.
- Overturf Johnson, Julia (2005), *Who's Minding the Kids? Child Care Arrangements: Winter 2002*, US Census Bureau, Washington.
- Pautassi, Laura C. (2007), *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*, Serie Mujer y Desarrollo No. 87, Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile.
- Picchio, Antonella (2001), *Un enfoque macroeconómico « ampliado » de las condiciones de vida*, Departamento de Economía Política, Universidad de Modena.
- Razavi Shahra (2007), *The Political and Socia Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*, UNRISD, Geneva, <http://www.unrisd.org>
- Rodríguez Enríquez, Corina (2007), *La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay*, Serie Mujer y Desarrollo No. 90, CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo, Santiago de Chile.
- SACAD/FAMV (1993), *Paysans, Systèmes et Crise. Travaux sur l'agrire haïtien. Tome 3*, Pointe-à-Pitre, Port-au-Prince.
- 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.
- Sassine, Carole, Magloire Kalinda, Nicolas Viviane (2003), *Etude exploratoire sur la nature et les conditions socio-économiques du travail des enfants et des adolescentes dans la production agricole en Haïti*, Projet BIT/IPEC HAI/99/05P/050 Lutte contre l'exploitation des enfants domestiques en Haïti, Port-au-Prince.
- 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.
- \_\_\_ (1999), *Nutritional Report. NHADS Survey, Jean-Rabel, Haiti (1997-1998)*, Jean-Rabel.
- Sen Amartya K. (2000), *Repenser l'inégalité*, Editions du Seuil, Paris
- Smucker, Glenn R., Murray Gerald F. (2004), *The Uses of Children: A Study of Trafficking in Haitian Children*, USAID/Haiti Mission, Port-au-Prince.
- 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 (1997), « Méthodologie des comparaisons internationales, approches de l'effet sociétal et de la régulation: fondements pour une lecture structuraliste des systèmes nationaux de protection sociale », *L'Année de la Régulation*, Vol. 1, p. 163-228.
- \_\_\_ (1992), *Régimes économiques de l'ordre politique*, PUF, Paris.
- \_\_\_ (1982), « Collective means of consumption, capital accumulation and the urban question: conceptual problems raised by Lojkine's work », *International Journal of Urban and Regional research*, vol. 6(3), p. 345-371.
- UNESCO/Bureau International d'Education (2006), *Haïti. Programmes de protection et d'éducation de la petite enfance (PEPE). Profil de pays établi pour le « Rapport mondial de suivi pour l'éducation pour tous. Un bon départ : protection et éducation de la petite enfance »*, <http://www.unesdoc.unesco.org/images/0014/001480/148026f.pdf>
- UNIQ/Kellogg (2000), *Enquête sur le comportement des parents et l'école*, Port-au-Prince.
- Vieux Serge-Henri (2007), « La mutation des rapports de genre et droit de la famille en Haïti. La famille « démembrée », in Louis Naud Pierre, *Haïti. Les recherches en sciences sociales et les mutations sociopolitiques et économiques*, Editions l'Harmattan, Paris, p. 143-152.
- \_\_\_ (1989), *Le plaçage. Droit coutumier et famille en Haïti*, Publisud/ACCT, Paris.

## **Annexe**

---

## ANNEXE I. Présentation des enquêtes auprès des ménages

	Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti (ECVH) de 2001	Enquête sur la mortalité, la morbidité et l'utilisation des services (EMMUS) de 1994-1995	Enquête sur la mortalité, la morbidité et l'utilisation des services (EMMUS) de 2000	NHADS Survey, Jean-Rabel, 1997-1998 / Schwartz (2000)
Institution	Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI)	Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) / Macro Demographic and Health Surveys	Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) / Macro Demographic and Health Surveys	Projet Integre de Securite Alimentaire (PISANO), Agro Action Allemande (AAA), Initiative Developpment (ID)
Objectifs	Mesurer les conditions de vie des individus et des ménages	1) Mesurer les principaux indicateurs de fécondité, de mortalité, de santé, d'état nutritionnel et de morbidité -y compris les Maladies Sexuellement Transmissibles - MST).  2) Fournir des informations sur la garde des enfants de moins de 5 ans	1) Mesurer les principaux indicateurs de fécondité, de mortalité, de santé, d'état nutritionnel et de morbidité -y compris les Maladies Sexuellement Transmissibles - MST).  2) Fournir des informations sur le statut de la femme (prise de décisions dans le ménage, autonomie financière, etc), les perceptions des hommes sur les rôles des sexes et leur contribution à la santé reproductive et à la fonction parentale	1) Fournir des données en matière de démographie, de nutrition, de santé et d'agriculture pour le ciblage des programmes de développement  2) Fournir une ligne de base aux ONG commanditaires pour l'évaluation de leurs activités
Thèmes	Environnement Accès aux infrastructures et services de base Santé et nutrition  Education  Organisation sociale Equipement des ménages en biens durables Economie des ménages Agriculture Garde des enfants de moins de cinq ans	Emploi (des 15-49 ans) Equipement des ménages en biens durables Fécondité  Planification familiale  Santé de la reproduction Mortalité (maternelle, infantile et infanto-juvénile) Morbidité Etat nutritionnel des enfants et des femmes Accès aux et utilisation des services socio-économiques Garde des enfants de moins de cinq ans	Emploi (des 15-49 ans) Equipement des ménages en biens durables Fécondité  Planification familiale  Santé de la reproduction Mortalité (maternelle, infantile et infanto-juvénile) Morbidité Etat nutritionnel des enfants et des femmes Accès aux et utilisation des services socio-économiques Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) Perception des hommes sur le rôle des sexes Responsabilité des hommes en matière de santé reproductive et dans la fonction parentale Violence (domestique, conjugale) contre les femmes et maltraitance des enfants	Profil socio-démographique des individus et des ménages Migration Mortalité (maternelle, infantile et infanto-juvénile) Moyens d'existence (sources de revenus, exploitation agricole -"jaden" -, modes de tenure et source de force de travail, élevage) Etat nutritionnel et état de santé

	Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti (ECVH) de 2001	Enquête sur la mortalité, la morbidité et l'utilisation des services (EMMUS) de 1994-1995	Enquête sur la mortalité, la morbidité et l'utilisation des services (EMMUS) de 2000	NHADS Survey, Jean-Rabel, 1997-1998 / Schwartz (2000)
Couverture				
Couverture géographique	Enquête nationale, rural et urbain	Enquête nationale, rural et urbain	Enquête nationale, rural et urbain	Enquête à Jean-Rabel (Département du Nord-Est), milieu rural
Nombre de ménages enquêtés	7186	4818	9595	1586
Instruments d'enquête	Jeu de 3 questionnaires : -Ménage -Femme et enfant -Individu sélectionné au hasard dans le ménage	Jeu de 3 questionnaires -Ménage -Femme (15-49 ans) -Homme (15-49 ans)	Jeu de 3 questionnaires -Ménage -Femme (15-49 ans) -Homme (15-49 ans)	Jeu de 2 questionnaires - Ménage (démographie, agriculture, élevage) -Nutrition

Source: ECVH 2001/IHSI, EMMUS 1994-1995, EMMUS 2000/IHE/DHS, NHADS Survey/CARE/SCHWARTZ

## ANNEXE 2. Prestataires de soins à la petite enfance selon l'ECVH. Tableaux complémentaires

**TABLEAU 1**  
**DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LA STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE D'APPARTENANCE ET LE MILIEU DE RÉSIDENCE**

Structure familiale du ménage	Aire Métropolitaine	Autre urbain	Rural	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Famille nucléaire	5,2	3,4	28,8	37,4	313 002	1 344
Famille monoparentale	2,2	0,7	5,5	8,4	70 265	263
Famille élargie	7,9	5,8	30,1	43,8	366 064	1 518
Famille complexe	3,9	1,9	4,5	10,4	86 887	329
Ensemble	19,3	11,8	68,9	100,0	836 218	3 454
Population estimée	161 431	98 977	575 810	836 218		
Echantillon	371	490	2 593	3 454		

Source: ECVH 2001/IHSI. Calculs propres.

**TABLEAU 2**  
**DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LA STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE D'APPARTENANCE ET LA PRÉSENCE D'UN CONJOINT DU CHEF DE MÉNAGE**

Structure familiale du ménage	Conjoint absent	Conjoint présent	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Famille nucléaire		37,4	37,4	313 002	1 344
Famille monoparentale	8,4		8,4	70 265	263
Famille élargie	18,4	25,4	43,8	366 064	1 518
Famille complexe	3,6	6,8	10,4	86 887	329
Ensemble	30,4	69,6	100,0	836 218	3 454
Population estimée	254 154	582 064	836 218		
Echantillon	1 013	2 441	3 454		

Source : ECVH 2001/IHSI. Calculs propres.

**TABLEAU 3**  
**DISTRIBUTION DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS SELON LE SEXE DU CHEF DE MÉNAGE PAR STRUCTURE FAMILIALE DU MÉNAGE**

Structure familiale du ménage	Sexe du chef de ménage		Total	Population estimée	Echantillon
	Homme	Femme			
Famille nucléaire	55,5	44,5	100,0	313 002	1 344
Famille monoparentale	8,4	91,6	100,0	70 265	263
Famille élargie	42,8	57,2	100,0	366 064	1 518
Famille complexe	45,9	54,1	100,0	86 887	329
Ensemble	45,0	55,0	100,0	836 218	3 454
Population estimée	376 038	460 180	836 218		
Echantillon	1 586	1 868	3 454		

Source: ECVH 2001/IHSI. Calculs propres.

**TABLEAU 4**  
**DISTRIBUTION DES ENFANTS SELON LE PRESTATAIRE DE PREMIER RANG**  
**PAR MILIEU DE RÉSIDENCE**

Prestataire de premier rang	Aire Métropolitaine	Autre urbain	Rural	Ensemble	Population estimée	Echantillon
Mère	82,9	75,3	80,3	80,2	670 634	2 767
Père	2,8	3,9	3,2	3,2	27 006	106
Soeur	1,9	2,2	2,7	2,5	20 785	88
Frère	0,6	0,6	0,7	0,7	5 810	24
Grand-mère	5,8	9,5	9,1	8,5	71 026	304
Grand-père	1,0	0,1	0,5	0,6	4 604	18
Tante	1,7	2,9	1,3	1,6	13 025	57
Oncle	0,2	0,5	0,3	0,3	2 460	9
Servante	0,2	0,9	0,0	0,2	1 499	6
Voisin(e)	1,2	1,2	0,9	1,0	8 504	35
Kindergarten/préscolaire		0,6	0,1	0,1	1 153	6
Autre	1,6	2,2	0,9	1,2	9 712	34
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	836 218	3 454
Population estimée	161 431	98 977	575 810	836 218		
Echantillon	371	490	2 593	3 454		

Source: ECVH 2001/IHSI. Calculs propres.

## ANNEXE 3. Sous-stratégie pour l'éducation de la petite enfance dans la Stratégie d'Education pour Tous (EPT)

### PRÉSENTATION SYNOPTIQUE DU PREMIER CHOIX STRATÉGIQUE : PROMOUVOIR UNE PLUS GRANDE ÉQUITÉ DANS LE DÉVELOPPEMENT ET L'ÉDUCATION DE LA PETITE ENFANCE

Objectifs stratégiques	Résultats attendus	Actions
1. Accroître et améliorer l'offre d'éducation préscolaire pour les enfants de 0-5 ans	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le Taux Net de Fréquentation au préscolaire est passé de 56.37% à 75% en 2015</li> <li>2. Les centres d'éducation préscolaire sont équipés de matériels didactiques adéquats</li> <li>3. Les programmes d'éducation sont révisés et centrés sur le développement intégral de l'enfant</li> <li>4. Les conditions d'encadrement de l'éducation préscolaire sont améliorées</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accroissement des capacités d'accueil des structures d'encadrement de la petite enfance</li> <li>2. Amélioration de la pertinence des programmes et des conditions d'encadrement de l'éducation de la petite enfance</li> </ol>
2. Améliorer l'état de santé - nutrition des 0-5 ans	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 20% des enfants de 0-5 ans au moins accèdent à une meilleure couverture sanitaire</li> <li>2. L'état nutritionnel des enfants nécessiteux est renforcé par une alimentation saine et équilibrée</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amélioration de l'état sanitaire de la petite enfance</li> <li>2. Amélioration de l'état nutritionnel de la petite enfance</li> </ol>
3. Renforcer la protection juridique et sociale de la petite enfance	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les droits de tous les enfants sans discrimination aucune sont connus et respectés à tous les niveaux de la société</li> <li>2. Les facteurs socioculturels de violation des droits de l'enfant sont éliminés progressivement de l'environnement social et culturel</li> <li>3. Les enfants bénéficient d'une meilleure assistance sociale</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Révision et large diffusion de la législation en la matière</li> <li>2. Elaboration d'un référentiel sur la petite enfance</li> <li>3. Mise en place de bureaux d'état-civil dans toutes les sections communales et d'une structure de concertation interministérielle pour la promotion et le respect des droits de l'enfant</li> <li>4. Amélioration des capacités d'intervention des structures de protection sociale et d'assistance à la petite enfance</li> </ol>

Source: Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP), *La stratégie nationale d'action pour l'Education pour Tous*, 2007





NATIONS UNIES

Serie

CEPALC

mujer y desarrollo

## Numéros publiés

### Autres publications de la CEPALC ayant un rapport avec ce numéro

Egalement disponible sur Internet: <http://www.eclac.cls>

95. Économie des soins aux enfants en Haïti: prestataires, ménages et parenté, Nathalie Lamaute-Brisson, (LC/L.3130-P), N° de venta: F.09.II.G. 105, 2010.
94. Temporeras de la agroexportación en Chile: tensiones y desafíos asociados a la relación entre la vida laboral y familiar, Angélica Wilson y Pamela Caro, (LC/L.3117-P), N° de venta: S/0X.II.G.96, 2009.
93. Mujeres emprendedoras en América Latina y el Caribe: realidades, obstáculos y desafíos, Lidia Heller, (LC/L.3116-P), N° de venta: S.09.II.G.95.
92. Two stops in today's new global geographies: shaping novel labor supplies and employment regimes, Saskia Sassen, (LC/L.2906-P), N° de venta: E/08.II.G.42, 2008.
91. Indicators for monitoring the implementation of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Daniela Zapata, (LC/L.2854-P/I), N° de venta: S.07.II.G.178, 2007.
91. Indicadores para el cumplimiento de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Daniela Zapata, (LC/L.2854-P), N° de venta: S.07.II.G.178, 2007.
90. La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay, Corina Rodríguez, (LC/L.2844-P), N° de venta: S.07.II.G.167, 2007.
89. El cuidado de la niñez en Bolivia y Ecuador: derecho de algunos, obligación de todas (LC/L.2843-P), N° de venta: S.07.II.G.168, 2007.
88. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Uruguay, Claudia Giacometti (LC/L.2832-P), N° de venta: S.07.II.G.145, 2007.
87. El cuidado como cuestión social desde el enfoque de derechos, Laura C.Pautassi (LC/L.2800-P), N° de venta: S.07.II.G.133, 2007.
86. La mujer indígena en Bolivia, Brasil, Ecuador Guatemala y Panamá: un panorama de base a partir de la ronda de censos 2000, Ricardo Calla (LC/L.2766-P), N° de venta: S.07.II.G.102, 2007.
85. Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile, Patricia Provoste, (LC/L.2722-P), N° de venta: S.07.II.G.63, 2007.
84. Violencia contra la mujer en la pareja: Respuestas de la salud pública en El Alto, Bolivia, Eliana Arauco Lemaitre, Rosario Mamani Apaza, Jimena Rojas Silva (LC/L.2721-P), N° de venta: S.07.II.G.62, 2007.

- Le lecteur souhaitant obtenir des numéros antérieurs de cette série peut adresser une demande écrite au Groupe des investissements et des stratégies d'entreprises de la División du développement productif, CEPALC, boîte postale 179-D, Santiago, Chili. Tous les titres ne sont pas disponibles
- Les titres en vente peuvent être obtenus sur demande au Groupe de la distribution, CEPALC, boîte postale 179-D, Santiago, Chili, Télécopie (562) 210 2069, publications@eclac.cl.

Nom: .....

Profession: .....

Adresse: .....

Code postal, ville, pays: .....

Tél.: ..... Télécopie: ..... Courriel: .....