

**LE TRAVAIL PRODUCTIF ET REPRODUCTIF: SOINS ET RESPONSABILITÉS
FAMILIALES COMME UN ÉLÉMENT CENTRAL DE LEUR RÉCONCILIATION**

**Msc. Karina Batthyány
Département de Sociologie
Faculté de Sciences Sociales
Université de la République
Montevideo–Uruguay
Août, 2001.**

I. INTRODUCTION

L'hypothèse autour de laquelle est bâti ce travail est que l'attribution presque exclusive des soins et des responsabilités familiales des femmes blesse le développement de leur citoyenneté sociale. Partager les responsabilités de la famille et de la reproduction sociale, re-négocier à l'intérieur des différents modèles familiales ces responsabilités, est une demande présente aujourd'hui dans les organisations de femmes et aussi dans les accords esquissés dans les Conférences Internationales. Le thème de la surcharge produite par le travail domestique et les responsabilités de la famille ont été au centre du débat féministe depuis ses origines et continue encore aujourd'hui avec la actuelle division sexuelle du travail.

Dans l'analyse de formes de garde et des soins, surtout des enfants, les fondements idéologiques et les systèmes de légitimation d'une certaine division sociale et sexuelle du travail peuvent se manifester. La question de "soins des enfants", loin d'être en marge de la politique, est en réalité un enjeu majeur, auquel tous les États, à la fin du XXème siècle, ont du apporter de réponses concrètes. Notamment depuis le milieu des années 60 qui annoncent le début d'une présence croissante et continue des femmes dans l'activité économique salariée.

Nous trouvons des situations différentes selon les pays. Sont nombreux les pays qui consacreront une attention particulier à la conciliation entre travail professionnel et charges familiales en développant diverses politiques d'aide pour la garde des jeunes enfants, particulièrement dans l'Union Européenne. Dans les pays en voie de développement, et plus en particulier dans le cas de l'Uruguay, la situation est d'une absence considérable de ce thème dans l'agenda publique de discussion et, par conséquent, d'une absence de politiques permettant ou facilitant l'articulation entre la vie productive et reproductive des hommes et des femmes.

L'entrée massive des femmes sur le marché de travail produit des modifications d'ordre culturel profondément enracinées dans nos sociétés. Ces modifications remettent en cause l'idée de l'efficacité durable des politiques familiales qui se fonderaient seulement sur des avantages matériels. Au delà des prestations financières se pose en effet le problème de la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale, ce qui devrait orienter des politiques d'innovation qui définissent des nouveaux modes d'accueil des personnes dépendantes, des nouvelles formes d'organisation du travail et une meilleure prise en compte de l'espace familial.

Actuellement, le taux d'activité féminine a augmenté plus que le taux d'activité masculine, et la contribution des femmes est indispensable pour couvrir les frais de soutien familial, ce qui met en question la validité de l'assignation traditionnelle du genre et la division sexuelle du travail à niveau des structures de la famille.

Diverses études vérifient que l'incorporation de la femme au marché du travail a commencé à changer l'assignation des certains rôles dans le foyer. Néanmoins, persiste encore la notion de considérer l'homme comme le soutien économique principal et à la femme comme reproductrice de la famille, même quand elle a des responsabilités d'emploi sous des conditions semblables à celles de l'homme.

Parmi les considérations qui limitent le processus de changement de rôles la dimension culturelle et idéologique est relevante et ambivalente, parce que, d'une part assigne une valeur rare au travail domestique, tandis que d'autre part réalise un discours équitable concernant les charges familiales et domestiques partagés.

Le rapport étroit entre la double journée de travail et le précarisation de l'emploi féminin détermine la précarité de beaucoup de femmes sur marché du travail et ses opportunités réduites pour développer son activité professionnelle. Généralement, les femmes doivent choisir entre travail et maternité, ou déployer des stratégies pour adapter leurs carrières et leurs projets professionnelles aux responsabilités familiales. Ce qui veut dire, souvent, refuser des travaux de journée complète pour des activités à temps partiel, en gaspillant leurs qualifications et possibilités de travail. Ces dilemmes ou conflits sont moins fréquents pour les hommes .

Le cycle vital des femmes et des hommes présente des différences. La plupart des hommes vendent leur temps dans le marché du travail pendant une certaine période leur permettant de produire assez de droits pour leur soutien personnel et de leurs foyers. Cependant, la plupart des femmes sont liées par un contrat social implicite avec leurs familles dans une voie étroite et unique dans la reddition de leur main d'œuvre, ou les limites ne sont jamais définies.

Actuellement, et d'une façon chaque fois plus importante, les femmes essaient de maintenir avec le système économique, politique et administratif un rapport individualisé, au lieu de le dériver à travers les hommes de leur famille. Mais leur accès au marché du travail est très entravé par la charge de travail non rémunéré qui leur est attribué socialement. ¹

Les préoccupations pour transformer et trouver des solutions à ce sujet constitue un défi pour la théorie et la recherche en grand partie parce que les solutions possibles sont en rapport direct avec un changement culturel qui est complexe et incertain. L'égalité entre les sexes suppose des problèmes de solution difficile au niveau théorique et d'organisation. Les femmes, traditionnellement, ont réalisée trois fonctions clefs pour la reproduction sociale: la gestation de nouvelles vies, la prestation directe de services à la population dans les foyers, et la cohésion affective et expressive. ¿Comment est-ce que ces fonctions seront réorganisées dans le cadre de nouveaux rapports de genre?

II. SOINS ET CHARGES FAMILIALES: LE CONTEXTE ACTUEL

Les règles sociales et institutionnelles qui avaient fixé les femmes à l'intérieur de l'environnement domestique ont éprouvé des transformations importantes qui commencent à se mettre en place à partir des années 60 dans notre continent.

La crise des états latino-américains et les changements dans les politiques sociales dans les dernières décennies ont eu comme effet celui de privatiser la responsabilité pour le bien-être, en transférant certaines tâches de l'État vers les familles. Actuellement, les services et les politiques sociales sont remplacés dans l'État vers des fonctions distributives limitées et focalisées préférentiellement vers les secteurs plus pauvres.

On peut trouver des nombreuses conceptualisations du "soin et charges familiales" dans la littérature plus récente. Fondamentalement tout ces définitions s'accordent à traiter ce sujet comme un des thèmes qui est en rapport plus directe avec le véritable exercice de la citoyenneté sociale des femmes. On peut concevoir le soin comme une activité féminine non rémunérée , sans aucune reconnaissance sociale.

¹ Durán, M.A. "Usos el tiempo y trabajo no remunerado". Revista de Ciencias Sociales, No. 18. FCU, Montevideo, 2000.

Arlie Russell Hochschild définit le soin comme "l'attache émotionnelle, généralement mutuelle parmi celui qui offre des soins et celui qui les reçoit; une attache pour laquelle celui qui offre des soins se sent responsable pour le bien-être de l'autre et fait un effort mental, émotif et physique pour être capable d'accomplir cette responsabilité. Par conséquent, prendre le soin d'une personne sera comme prendre en charge cette personne" ... Le soin est le résultat de beaucoup d'actions petites, subtiles, conscientes ou inconscientes qu'on ne peut pas considérer comme totalement naturels ou sans effort.... Comme ça, nous, les femmes, ont mis beaucoup plus que nature dans le soin, nous avons mis des sentiments, actions, connaissance et temps." (Russell Hochschild, 1990)

Dans cette définition un des préjugés de genre plus important liée au sujet des soins est approché, le préjugé social qu'un don naturelle existerait dans les femmes pour s'occuper de ce type de tâches, comme s'il s'agissait d'une détermination biologique.

De l'autre côté, Trudie Knijn et Monique Kremer (1996) définissent le soin comme la provision quotidienne d'attention sociale, physique, psychique et émotif aux gens. Cette provision de soins peut supposer des caractéristiques différentes:

- a. il peut être fourni par travail rémunéré ou non rémunéré
- b. il peut être fourni sur la base d'un accord ou volontairement
- c. il peut être fourni professionnellement ou basé sur les obligations morales.

Une des questions qui doit être formulé, et qu'implique un défi théorique, méthodologique et de recherche, serait de savoir de quelle façon on peut convertir le soin d'une qualité privée à une matière d'intérêt public " (Fraser,1997). Cela veut dire, comment transférer ce sujet de la sphère exclusivement privée à la sphère publique.

Le caractère domestique des soins est la raison principale pour laquelle sont exclus des droits civiques. Limiter les responsabilités des soins presque exclusivement à la sphère privée rend très difficile la transformation de ce sujet dans un objet de droit réel.

III. LES NOUVELLES MODÈLES DE FAMILLE ET LES RAPPORTS DU GENRE

Au centre de ce débat se trouvent les familles parmi lesquelles les hommes et les femmes de la région naissent, grandissent, vivent et travaillent. Aujourd'hui, il est très fréquent de reconnaître que avec l'utilisation du terme "famille" on mentionne des très diverses réalités. Cependant, la famille exemplaire que l'imaginaire social évoque, composé par père, mère et enfants, vivant ensemble et partageant une économie organisée, a une telle force symbolique qui n' a pas permis de visualiser l'espace au combiné dissemblable et très varié des modèles familiales qui existent dans la réalité.

Le concept de " famille " a souffert des modifications très importantes dans les dernières temps qui devraient être tenues en compte pour le signifier correctement. La famille, classiquement conçue est une institution sociale qui règle, canalise et confère signification sociale aux nécessités biologiques de sexualité et procréation, qu' incluent la coexistence quotidienne, une économie partagée et une vie domestique collective. La division de tâches à l'intérieur de cette conception classique de famille est régie par des lignes du genre et génération clairement définies. (Jelin, 1998)

Dans la famille, les femmes assurent leur survie, malgré les coûts qu'elle représente pour le confort personnel, mais d'autre part, la plupart des hommes ne varient presque

pas leur comportement dans périodes de crise. Cet engagement des femmes avec leur famille permet à l'État de résoudre ses problèmes de budget dans les politiques sociales avec une réduction du support habituellement attribué aux unités familiales. Dans les deux cas, on tient compte de la capacité des femmes à donner leur ressources, énergie et leur temps pour contribuer au bien-être des autres.

Le travail non rémunéré des femmes est considéré comme flexible, susceptible de s'adapter et de se modifier pour balancer tout autre déficit des ressources disponibles pour la reproduction et le soutien des ressources humaines.

Si on analyse la conformation actuelle des foyers en Uruguay, on observera les changements mentionnés. Dans le tableau suivant, on peut apprécier pour la période 1991-1999 l'augmentation des foyers unipersonnel et monoparentales aussi bien qu'une réduction des foyers nucléaires et étendus.

Composition des Foyers en Uruguay, période 1991-1999

Types de Foyers	1991	1999	Variation 91/99
Unipersonnel	14.0	17.1	3.1
Nucléaire s/enfants	16.9	16.1	-0.8
Nucléaire a/enfants	38.8	36.3	-2.5
Monoparental	9.5	11.3	1.8
Étendu	19.8	17.1	-2.7
Composé	1.7	2.0	0.3
Total	100	100	

Source: élaboration sur des données de l'ECH; INE 1991-1999.

Les relations à l'intérieur de ces différents types des foyers ne sont pas homogènes et ils présentent des variations importantes d'après le sexe du chef de famille. Le tableau suivant nous permet de visualiser la conformation actuelle des foyers uruguayens selon que le foyer soit dirigé par une femme ou un homme.

Pourcentage de foyers particulières selon le sexe du chef, Uruguay, 1996.

TYPE DE FOYER	féminins	masculins
UNIPERSONNEL	31.1	11.1
NUCLÉAIRE	38.2	66.8
NUCLÉAIRE S/ ENFANTS	3.8	19.3
NUCLÉAIRE A/ ENFANTS	7.5	45.1
MONOPARENTAL	27.0	2.4
ÉTENDU	25.1	18.0
COMPLÈTE S/ ENFANTS	0.7	3.1
COMPLÈTE A/ ENFANTS	2.2	11.1
INCOMPLÈTE A/ENFANTS	12.8	1.4
INCOMPLÈTT S/ENFANTS	9.4	2.4
COMPOSÉ	5.6	4.1
TOTAL	100	100

Source: Sistema Nacional de Estadísticas: Infancia, adolescencia y mujer, UNICEF-INE, 1999.

Les foyers gérés par des femmes sont surtout des foyers monoparentales (27%) et étendus (25%). Quand les hommes gèrent les foyers, ils sont surtout des foyers nucléaires complètes (45%) et seulement 2% sont des foyers monoparentales.

Il faut mentionner que plus d'un tiers des enfants de moins de 5 ans en Uruguay habitent dans les foyers les plus pauvres tant que le 10% des enfants de moins de 5 ans habitent dans les foyers les plus riches.

Finalement, on observe une tendance croissante à l'incorporation des femmes au marché du travail avec des enfants en bas âge (voir le tableau suivant). Les enfants en bas âge composent, comme on analysera après, une de plus grande demande de soins. Alors, on peut constater la nécessité d'examiner les politiques sociales et institutionnelles de garde des enfants pour faciliter l'articulation de la vie professionnelle et familiale des femmes.

Taux d'activité des femmes âgées de 20 à 44 ans selon l'âge des enfants, 1991-1999

No. et âge des enfants	1991	1999	Variation 1991/1999
Sans enfants	78.3	84.7	6.4
Enfants 0-3	55.2	63.6	8.4
Enfants > 3	64.3	73.1	8.8
Total femmes actives	63.6	72.5	8.9

Source: élaboration d'après les données de l'ECH/INE, 1991-1999.

Comme on peut observer dans le tableau, le taux d'activité des femmes avec des enfants en bas âge, (moins de 3 ans) présente une augmentation importante dans la période (8.4%), jusqu'à arriver aux 63.6% dans l'année 1999.

Du point de vue de la tension entre la vie productive et reproductive des femmes, la situation plus critique est celle des mères qui travaillent et qui ont des enfants en bas âge. De tout façon, on peut observer aussi que le taux d'activité des femmes avec des enfants de moins de 3 ans est plus petit que les taux d'activité de femmes avec des enfants plus âgés.

IV. LE BESOIN DE MESURER LES DEMANDES DE SOIN: LA CONSTRUCTION D'UNE ÉCHELLE

La participation des femmes au marché du travail est conditionnée par l'assignation socialement obligatoire d'aider les autres membres de leurs familles pendant toute sa vie, sans l'existence de services sociaux qui partagent cette fonction. Actuellement, et de façon croissante, les femmes essaient de maintenir un rapport individualisé avec le système économique, sans le dériver des hommes de la famille, mais leur accès au marché du travail est fortement entravé par la charge de travail non rémunéré attribués

socialement.

Pour la demande de soins, dans le sens que on l'a conceptualisé dans cet article, on peut reconnaître quatre sources principales qui produisent demande de travail non rémunéré:

1. la demande produite par les enfants
2. la demande produite par les personnes malades
3. la demande produite par les personnes âgés
4. la demande produite par le sur occupés dans les activités rémunérées

Il est nécessaire de fixer quelques paramètres permettant d'approcher à la quantification des demandes de soin d'une société. À cet égard María Ángeles Durán (CSIC - Espagne)² a développé une échelle qui s'appelle " Index Madrid " qui peut être appliqué pour calculer la demande générale de travail de soin dans un pays dans un certain moment. Cet index essaie de calculer l'impact des nécessités de soin dans une certaine population. Il est utilisé pour mesurer et projeter la demande totale des soins de la population entière dans un pays.

L'échelle Madrid a été construite avec les suppositions suivantes. Les valeurs de variation de l'échelle sont localisées entre 1 et 2, en correspondant la valeur 1 aux individus qui sont capable de s'auto donner toutes leurs nécessités de soin, et la valeur 2 correspond aux individus qui ont besoin de soin permanent pendant la journée entière. Les valeurs intermédiaires, par conséquence, correspondent à des nécessités partielles de soin.

Avec l'Échelle Madrid comme référence , on propose la création d'une échelle semblable pour notre pays, construite de façon comparable avec l'échelle mentionnée mais adaptée à la réalité locale.

Avec les ranges d'âge adaptés aux projections de la population disponibles dans notre pays (projections du CELADE), nous avons construit l'échelle de la façon suivante:

0-4 ans: 2 unités de soin
 5-14 ans: 1.7 unités de soin
 15-19 ans:1.5 unités de soin
 20-64 ans:1.2 unités de soin
 65-74 ans:1.5 unités de soin
 75-79 ans: 1.7 unités de soin
 80 et plus : 1.9 unités de soin

Dans les tableaux suivants on verra l'application de cette échelle pour les projections de la population en Uruguay pour les années 2000, 2010 et 2020.

En général, on peut dire que notre pays présente une demande de soins supérieur à cela de la population projetée. Dans le tableau suivant, on trouve que cette demande est environ 40% supérieur à la population projetée pour les années sélectionnées.

Le travail de soin à l'Uruguay, projections années 2000, 2010 et 2020. Demande d'après origine démographique, distribution selon âges.

² Durán M, A. (coord.) "The future of work in Europe". EC, DGV, Bruxelles, 1999.

Durán, M.A "Si Aristóteles levantara la cabeza" Col. Feminismos. Ed. Cátedra, Univ Valencia, Madrid, 2000.

Âge	ECHELLE pour Uruguay	2000	2010	2020
0-4	2	566248	556062	548310
5-14	1.7	925157	952286	938590
15-19	1.5	382797	412707	419154
20-64	1.2	2189207	2380254	2593894
65-74	1.5	383804	373367	422313
75-79	1.7	146127	169104	172152
80 et plus	1.9	167894	229062	272179
Total d'unités demandées de soin		4761233	5072841	5366592
Population totale		3337062	3566525	3793341
% unit. De soin demandé concernant la population totale		143	142	141
% unit. de soin demandé concernant la population 20 –64		260	255	248

Source: Élaboration basé sur des projections CELADE.

Maintenant, si on analyse les projections de demande de soins concernant la population de 20 à 64 ans, qui sont les personnes adultes de deux sexes généralement chargées d'apporter le soin au reste de la population (enfants, malades, personnes âgés, handicapé, etc.), cette demande augmente presque de 250%. Cela veut dire que chaque adulte fournira dans l'avenir 2.5 unités de soin, un pour soi même et un et demi pour les autres secteurs de la population.

Si on considère, en plus, que parmi ces adultes entre 20 et 64 ans, sont les femmes celles qui habituellement prennent en charge les travaux de soin, la demande qui tombe et tombera sur les femmes à l'avenir, est vraiment beaucoup plus importante. Dans la situation actuelle où on observe un important déficit de soins, le problème n'a pas encore frappé avec toute sa force et ce que les chiffres indiquent masque dans notre pays, la présence d'une génération de femmes que amorti encore cet impact : Ce sont les femmes de 55 ans et plus qui ne sont pas au marché de travail rémunéré et que des différents façons répondent à ces nécessités de soins. Mais, avec le taux croissant de participation féminine sur le marché du travail, on peut supposer que cet effet va disparaître dans les prochains années. C'est pour cette raison que le problème posée par la demande insatisfaite de soins sera un sujet central de société.

Dans le tableau suivant on observe l'origine de la demande selon les âges. On peut apprécier que, d'après les projections 2000, 2010, 2020, 37% de la demande de soins est constitué par les enfants et jeunes d'âge scolaire, les adultes constituent 47% de la demande (le seul qui peut être considéré comme indépendant en termes hypothétiques) et les adultes plus âgés constituent le 15% de la demande.

Par conséquent, il y a 52% de la demande de soins, constitués par les enfants, les jeunes et les adultes plus âgés. Si on pense aux adultes d'âge avancé et très avancé, on trouve 8% de la demande de soins là.

Le travail de soins à l'Uruguay. Projections pour les années 2000, 2010 et 2020. Demande d'après origine démographique selon âges.

Âge	2000 (%)	2010 (%)	2020 (%)
0-4	12	11	11
5-14	19	19	17
5-19	8	8	8
(0-19) total partiel 1	39	38	36
20-64	46	47	48
(20-64) total partiel 2	46	47	48
65-74	8	7	8
75-79	3	3	3
80 et plus	4	5	5
(65 et plus) Total partiel 3	15	15	16
Total	100	100	100

Source: Élaboration idem. Antérieur.

D'après ces projections, les attitudes et l'administration de la production pour le marché devront se transformer avec le but de s'adapter à la nouvelle demande de travaux de soins. Cette demande ne sera pas capable de être satisfaite par les propres demandants aux prix moyens dans le marché du travail, parce que comme on a mentionné dans le 52% des cas, ils s'agit d' enfants, jeunes ou adultes âgés. ¿Qui offrira les services exigés par les populations dépendantes? ¿Quels sont les services actuellement disponibles pour satisfaire cette demande?

VI) UNE ÉTUDE DE CAS: LES SERVICES DE GARDE DES ENFANTS

D'après l'échelle et la quantification de la demande de soins élaborées pour le cas d'Uruguay, après avoir observé q'un des secteurs que demande plus de soin sont les enfants en bas âge, il serait pertinent d'analyser l'offre des services de garde d' enfants en Uruguay. C'est un élément central pour mieux comprendre les difficultés que les femmes font face pour concilier leur activité productive avec leur activité reproductive.

À cet égard, la construction de l'Indicateur d' accès de services de garde des enfants suggérée par l'ECLAC, nous permet de visualiser cette réalité dans notre pays.

Pour la construction de cet indicateur, nous avons suivi les orientations méthodologiques de l'ECLAC, en adaptant les tranches d'âge. En Uruguay les enfants de 4 et 5 ans commencent à arriver au premier secteur de l'éducation. Le groupe d'enfants compris entre 0 et 3 ans est un groupe presque non scolarisé. Pour construire cet indicateur nous avons pris :

- le nombre d'enfants de 0–3 ans qui assistent à des établissements de garde des enfants
- le nombre d'enfants de 4-5 ans qui assistent à des établissements de garde des enfants

Dans les tableaux qui suivent, on peut trouver les niveaux d'accès aux services de garde des enfants et leur évolution dans la période 1990-1999.

Niveaux d'accès aux services de garde des enfants. Années 1990 et 1999.

L'âge	1990 (%)	1999 (%)	Dif. % 1990-1999
-------	----------	----------	------------------

0-3 années	14.1	12.5	-1.6
4-5 années	64.1	80.0	+15.9
0-5 années	30.3	34.8	+4.5

Source: élaboration sur données de l'INE, ECH 1990 et 1999.

Le niveau d'accès aux services de garde des enfants en 1990 était de 14% pour les enfants de 0-3 ans et de 64.1% pour ceux de 4 et 5 ans. En 1999, le niveau pour les enfants de moins de 3 ans diminue, en augmentant jusqu'à 80% le niveau dans les âges de 4 et 5. Si on analyse à niveau global, on voit que l'indicateur dans la période 1990-1999 va de 30% à 35%. Alors, le 66% des enfants en âge pré scolaire dans notre pays (220867 enfants) n'ont pas aucune couverture de services de garde. D'autre part, on doit se rappeler des données déjà présentés concernant l'augmentation considérable des taux d'activité des femmes avec des enfants en bas âge.

D'après les données présentés dans le Rapport 2000 d'Éducation (UNESCO), on peut comparer le niveau de couverture de notre pays par rapport aux autres pays du MERCOSUR, de la région et aussi en dehors de la région. Dans le tableau suivant on trouve les informations pour les années 1990 et 1996.

Inscriptions dans l'éducation initial. Pays sélectionnés. 1990 et 1996.

PAYS	GROUPE D'ÂGE	1990	1996
MERCOSUR			
ARGENTINE	3-5	50	54
BRÉSIL	4-6	48	58
CHILI	5	82	98
PARAGUAY	5	27	61
URUGUAY	3-5	43	45
AUTRES PAYS D'AMÉRIQUE LATINE			
COLOMBIE	3-5	13	33
ÉQUATEUR	5	42	56
PÉROU	3-5	30	36
VÉNÉZUÉLA	3-5	41	44
MEXIQUE	4-5	64	73
EUROPE			
AUTRICHE	3-5	70	80
ALLEMAGNE	3-5	S/D	89
DANEMARK	3-6	99	83
ESPAGNE	2-5	59	74
FRANCE	2-5	83	83
SUÈDE	3-6	65	73
SUISSE	5-6	60	95

Source: UNESCO, Rapport d'Éducation, 2000.

Comme le tableau antérieur le révèle, notre pays, par rapport aux pays du MERCOSUR, était en 1990 dans l'avant-dernière place dans le niveau de couverture des services de garde des enfants. En 1996 l'Uruguay occupait la dernière place, à

l'exception des cas du Paraguay et du Chili qui seulement présentent les renseignements pour les enfants de 5 ans. Une autre appréciation importante est le fait que l'Uruguay est le pays qui a le moins augmenté le niveau d'enrôlement pré-scolaire comparativement, en augmentant deux points dans le période, pendant que l'Argentine a augmenté 4 points et Brésil 10.

Si on compare avec les pays de l'Europe on observe que dans ce continent, les pays avec les niveaux de enrôlement inférieurs atteignent près de 70%, c'est à dire, plusieurs points sur la moyenne latino-américaine.

VII. CONCLUSIONS ET BESOINS DE RECHERCHE.

La manière de satisfaire les fonctions sociales de base est un sujet politique d'une grande pertinence parce qu'il implique l'assignation social de charges et d'avantages. De là, la nécessité de faire visible cet activité et étendre la recherche à l'environnement traditionnellement défini comme privée ou domestique.

D'après les développements exposés dans les points antérieurs émergent plusieurs thématiques que constituent des défis théoriques, méthodologiques et de recherche, ainsi qu'une nécessité d'articuler des dimensions analytiques différentes, au niveau micro et macro et l'étude de ces thématiques d'après des perspectives quantitatives et qualitatives.

Face à l'incorporation massive de la femme au marché du travail, la réponse la plus commune est que le changement produit par la participation économique des femmes n'implique pas une restructuration du foyer, il n'y a pas de redistribution de tâches et des responsabilités vers les hommes, les femmes sont surchargées des travaux et l'aide d'autres membres de la famille est imposé.

La provision quotidienne de soins et l'attention des responsabilités domestiques dans nos pays, sont des sujets qui exigent des études empiriques pour comprendre leur différentes formes de manifestations. De la même manière, la recherche de l'utilisation du temps ou la distribution du temps pour les hommes et les femmes ne sont pas une exigence satisfaite dans nos pays.

D'après les données présentés, il peut être observé avec clarté que en Uruguay la couverture institutionnelle de l'attention des enfants de bas âge, surtout de ceux compris entre 0 et 3 ans, est très réduite. Il paraîtrait qu'on continue à supposer que la garde des enfants est une tâche féminine, non rémunéré et de basse évaluation sociale. Il continue à être un sujet de la sphère privée, un problème des familles et il n'est pas assumé socialement, surtout dans le cas des enfants de bas âge. Le dilemme plus important se présente pour les familles au plus bas revenus (surtout pour les femmes à l'intérieur des ces familles) parce que dans les stratégies pour affronter leurs responsabilités de soin, elles ne peuvent pas inclure l'achat de services offerts par le marché.

D'autre part, il est aussi important de rappeler la gérance féminine plus nombreuse dans les foyers monoparentales et étendus, aussi bien que la forte variation dans la tenue des enfants en charge dans les foyers conduits par des femmes. Pendant que le 77.2% des femmes de bas ressources sont responsables pour les enfants, ceux de plus ressources avec des enfants en charge sont seulement le 32.4%.

L'offre rare de services de garderie des petits enfants a des conséquences importantes dans l'exercice de la citoyenneté sociale des femmes et dans les possibilités de travail

des femmes. Du point de vue de la tension entre les activités productives et reproductives des femmes, la situation plus critique c'est celle des mères qui travaillent qui sont responsable des enfants d'entre 0 et 5 ans.

Finalement, on peut retenir l'idée de Fraser à propos du caractère domestique des soins comme la base pour leur exclusion des droits civiques. Il manque un concept de citoyenneté qui reconnaît l'importance des soins et les responsabilités domestiques pour la société. Limiter les responsabilités des soins presque exclusivement à la sphère privée tourne très difficile la transformation de ce sujet dans un objet de droit réel.

BIBLIOGRAPHIE

Aguirre y Fassler "La mujer en la familia como protagonista del bienestar social". En "Género, Familia y Políticas Sociales, modelos para armar" Fassler, Hauser, lens. Ed. Trilce. Red Género y Familia, Montevideo, 1997.

Alméricas Diane. "Compartir las responsabilidades familiares, una tarea para el desarrollo". CEPAL, Documento de referencia No. 6, Chile, 1997.

Batthyány, Karina: "Estado, Familia, Políticas Sociales: ¿quién se hace cargo del cuidado y las responsabilidades familiares?. Revista de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, FCU, setiembre 2000.

Cappellin, Paola: *Emploi, Famille et debat syndical: la discusión sur la DST*. En "Strategies familiales et emploi, perspective franco bresilienne". Cahiers du Gedisst, No. 4, IRESCO-CNRS, Paris, 1992.

Daly, Mary.- *Modernising Gender Relations: The Nature and Effects of Recent Welfare State Policies and Reforms*. En: *Engendering citizenship and care*. Seminar 1 of the EC Programme "Gender and Citizenship". Holanda, 1996.

Durán. M.A (coord) "The future of work in Europe". Comisión europea, DGV, Unidad de Igualdad de Oportunidades, Bruselas, 1999.

Durán, M.A "Si Aristóteles levantara la cabeza". Colección Feminismos, Ed. Cátedra, Universidad de Valencia, Madrid, 2000.

Fraser, N. "Justitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición de postsocialista". Siglo del Hombre Editores. Biblioteca Universitaria. Colombia, 1997.

Heller, A. *O cotidiano e a historia*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1972. Citada por Cappellin 1992.

Hochschild "The second shift". Avon Books, Nueva York, 1990.

Hola, E y Portugal, A. (eds) "La ciudadanía a debate", CEM, ISIS, Ediciones de las Mujeres No. 25, Chile 1997.

Jelin, Elizabeth "Pan y afectos. La transformación de las familias" FCE, Argentina, 1998.

Kabeer, Naila. "Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo". Ed. Paidós, Género y Sociedad, UNAM, México, 1998.

Knijn, T y Kremer, M. "Towards inclusive citizenship: gender and the caring dimension of Welfare States". En : *Engendering citizenship and care*. Seminar 1 of the EC Programme "Gender and Citizenship". Holanda, 1996.

Ortega, Sanchez, Valiente (eds). "Género y Ciudadanía. Revisiones desde el ámbito privado". Ediciones de la Univ. Autónoma de Madrid, Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Madrid, 1999.

Page Mariano: Los usos del tiempo como indicadores de la discriminación entre

géneros. Serie Estudios, Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 1996.