Isabel GEORGES, Sociologue, CR1

IRD-Institut de recherche pour le développement,

UMR 201 “Développement et sociétés”/

UFSCar-Université fédérale de São Carlos,

Département de Sociologie,

São Carlos, Brésil

E-mail : [isabel.georges@ird.fr](mailto:isabel.georges@ird.fr)

Communication au

Vème Congrès de

l’AFS – Association française de sociologie

RT 6 Domination et émancipation dans « le social »

2-5 septembre 2013, Nantes

Thème 5 : session commune avec le RT 25 (Travail, Organisations, Emploi) « Domination, systèmes sociaux, émancipation »

***Les « nouvelles » politiques sociales brésiliennes :***

***entre « participation » et gestion de la pauvreté***

**Introduction**

Au Brésil, suite aux mouvements de revendication populaire et de lutte contre la dictature militaire des années 1980, un ensemble de nouveaux droits ont été reconnus et inscrits dans la nouvelle Constitution de 1988. La mise en place concrète des dispositifs devant assurer leur garantie pendant les années 1990 oscille cependant entre une reconnaissance partielle de ces droits et des politiques néolibérales de restrictions budgétaires (Dagnino, 2006). Ainsi, au niveau de l’État fédéral, les politiques de santé et d’assistance à visée universaliste relèvent respectivement du *SUS*-Système Unique de Santé et du *SUAS*-Système Unique d’Assistance Sociale[[1]](#footnote-0), dont celles destinées aux familles, comme la Stratégie Santé Famille et le *PAIF*-Service de Protection et d’Attention Intégrale aux Familles. Ces politiques « familistes », mises en place de façon décentralisée et inspirées du modèle participatif, portent cependant les marques de ce processus conflictuel jusqu’à nos jours (Boschetti et al., 2009). Sous l’apparente neutralité de la famille, les femmes de milieu populaire se situent au cœur de ce dispositif de gestion de la pauvreté, à la fois comme bénéficiaires et comme actrices de ces politiques sociales[[2]](#footnote-1).

Sous le couvert d’une prise en compte de la demande sociale en termes de services publics, l’analyse des pratiques de travail montre que ces femmes, les travailleuses d’exécution de l’État comme les agents communautaires de santé ou les agents de protection sociale, les actuels « orientateurs », sont amenées à opérer un tri au sein de la population pauvre et de le rendre socialement acceptable. Elles établissent des classements des bénéficiaires potentiels, et opèrent donc des formes de discrimination, pour gérer l’accès aux ressources (soins, et l’aide sociale), ouvrant ainsi la voie à un système d’attribution de faveurs au lieu d’une prise en compte des droits de la population. La professionnalisation de cette fonction sociale procure néanmoins des formes de reconnaissance aux femmes, voire leur permet de s’émanciper et d’assumer leur rôle de chef-f-e de famille, dont la part au sein de la population est en hausse continue. Dans cette perspective, quelle est le sens que les femmes elles-mêmes attribuent à leur expérience comme bénéficiaires et comme professionnelles de ces politiques ? Quelles relations s’établissent entre les deux rôles ? Les professionnelles, travailleuses sociales de différents niveaux hiérarchiques, comment font-elles face à l’ambivalence entre un rôle de « pacification sociale » mais aussi de contrôle et d’exercice de pouvoir sur des femmes issues du même milieu ?

L’analyse est fondée sur une enquête de terrain de type ethnographique, menée entre 2008 et 2012 au sein de différentes entités de services publics de santé et d’assistance situées dans la périphérie de São Paulo, la métropole la plus dynamique du Brésil avec près de 20 millions d’habitants. J’ai réalisé de l’observation participante au sein d’un dispensaire de santé et différentes entités sociales (ONGs, associations) qui proposent des services d’assistance à la population pour le compte de la municipalité, accompagné l’activité de l’équipe multidisciplinaire de santé et des travailleuses sociales de différents niveaux hiérarchiques et accompagné des visites à domicile des agents d’exécution dans les deux secteurs, ainsi que réalisé des entretiens au domicile des bénéficiaires des services, habitants du quartier. Au total, environ une centaine d’entretiens biographiques portant sur les trajectoires sociales, professionnelles et familiales ont été réalisés avec des professionnels et des bénéficiaires des services.

1. **Des « nouvelles » politiques sociales à la place des femmes : un « laboratoire » du social**

De nos jours, l’Amérique latine est considéré comme laboratoire d’une nouvelle génération de politiques sociales intermédiaires entre protection sociale et lutte contre la pauvreté, dans lesquelles interviennent des acteurs institutionnels publics à divers niveaux territoriaux, ainsi que des organisations internationales, nationales ou locales, privées, marchandes et non marchandes. Selon notre hypothèse de travail, elles engendrent un « droit à l’assistance », dans un contexte où les systèmes de protection sociale assurantielle, institués pour la plupart il y a plus d’un demi-siècle, sont mis à mal par les réformes économiques de l’État, les évolutions démographiques et celles des marchés du travail (Lautier, 2012). Mobilisant diversement des registres caritatifs, de droit social ou humain, de contrôle social et de sécurité, de conditionnalités et de contrat, ces politiques s’enchevêtrent avec des initiatives variées, visant la promotion des femmes ou de l’activité économique, l’amélioration de la santé ou de l’éducation, la cohésion territoriale ou la lutte contre la discrimination. Les femmes en sont souvent les cibles principales, au nom de leurs rôles sociaux, de leurs potentialités ou capacités, des discriminations dont elles sont l’objet, et de l’évolution des configurations familiales.

En effet, au Brésil a eu lieu une “révolution silencieuse” pendant les 10 à 20 dernières années : la transition démographique, comme la réduction drastique du nombre d’enfants, et le vieillissement de la population, l’augmentation des séparations, et surtout de la part des familles monoparentales féminines (*quasi* 20%, et 30% si l’on compte les ménages dont la chef est une femme), et de l’activité féminine – comme la relative diminution de l’emploi masculin formel dans les années 1990 – ont provoqué une transformation des configurations familiales. Ces transformations sont le résultat d’un processus complexe d’interactions entre l’État et ses citoyens, usagers/utilisateurs/clients/bénéficiaires, et parfois co-producteurs à des titres divers, de ces politiques et services. C’est la relation qui s’établit entre l’État et ses sujets à travers ses institutions (au sens large) qui est l’objet principal de notre recherche. Ces transformations se situent à l’intersection d’un certain nombre de politiques sociales qui visent essentiellement « la famille » (d’assistance, de santé, de protection sociale et des droits de l’homme), dont les femmes sont une des principales bénéficiaires, et la façon dont celles-ci les incorporent, se les approprient, les interprètent – et se projettent en fonction, parfois en agrandissant leur horizon des possibles. Dans ce sens, que font les assistés de l’assistance, et que fait l’assistance aux assistés, en particulier lorsqu’il s’agit de femmes ?

En effet, le Brésil a connu une hausse significative de l’activité féminine – et surtout une salarisation croissante du travail des femmes – depuis une trentaine d’années (Lombardi, 2012), qui s’est accélérée pendant la deuxième moitié des années 2000, en même temps que sa précarisation (Leite, 2011 ; Araújo, 2012). Ce changement du comportement d’activité des femmes va de pair avec une transformation des configurations familiales et avec l’amplification et la diversification d’un ensemble d’activités hétérogènes, liées de proche ou de loin à ce qui est convenu d’appeler en France « des services à la personne ». L’ensemble de ces activités – de l’emploi domestique, en passant par des promoteurs légales populaires[[3]](#footnote-2) jusqu’aux agents communautaires de santé ou agents de protection sociale – sont accomplies de façon majoritaire par des femmes. En dépit de leurs origines diverses – issues de la matrice des relations pater(mater)nalistes et des rapports de classe très inégalitaires, de la militance féministe, religieuse et sanitaire, du travail bénévole - elles connaissent toutes des tendances à la formalisation. Au-delà des emplois d’exécution, ce domaine professionnel émergent s’étend également aux strates professionnelles intermédiaires et supérieures, des divers techniciennes et travailleuses sociales aux « entrepreneuses de morale » (Becker, 1963) qui reflètent l’augmentation des niveaux d’éducation formelle, surtout des femmes (Georges, à paraître).

Comment ces tendances à la formalisation jouent-elles cependant sur la valeur que les femmes attribuent à leur travail, en particulier les agents d’exécution de l’État ? Dès lors, quelle est la place de la « participation », ou de « l’engagement » dans le rapport au travail de ces femmes et parmi les formes de reconnaissance qu’il leur procure ? Avant d’apporter quelques éléments de réponse à ces questions, regardons comment l’offre de services contribue à la reconnaissance (ou non) de ces revendications.

1. **L’enchevêtrement de l’offre de politiques sociales : des politiques nationales universalistes à l’hybridation de l’offre locale**

D’une façon générale, les politiques sociales brésiliennes s’adressent à la population pauvre, exclusivement, un des premiers facteurs qui restreint la possibilité de développement d’un État de droits. Elles couvrent une gamme de domaines assez large (santé, assistance, éducation, habitation, protection de l’enfance, etc.) et ainsi que de « public cible » (jeunes, femmes, personnes âgées), étudiées essentiellement à partir des secteurs de la santé et de l’assistance, considérées emblématiques. Ces différents domaines entretiennent cependant un certain nombre de liens entre eux, outre le fait que les membres de la même famille, voire les mêmes individus peuvent être « la cible » de plusieurs politiques sociales.

Dans le secteur de la santé, les politiques à visée universaliste, comme le Programme Sante de la Famille (PSF), ou plus exactement la Stratégie Santé Famille (ESF), est précurseur dans le sens de privilégier la prévention (et non pas la cure). Il s’agit également d’une des premières politiques à avoir répondu à la demande sociale, et d’une façon aussi ample, inscrite dans le Système Unique de Santé (SUS). Promu par le mouvement national de santé et le mouvement pour une réforme sanitaire (Sader, 1988), il est le fruit de la mobilisation aussi bien des membres de l’élite et que des classes populaires pour un retour à la démocratie. La création du Système Unique de Santé (SUS), inscrit dans la Constitution de 1988[[4]](#footnote-3), constitue une rupture avec les politiques antérieures dans le sens de rompre son articulation exclusive avec la providence sociale, réservée aux salariés avec un contrat de travail, et leurs familles, depuis l’époque Vargiste[[5]](#footnote-4). Il postule pour la première fois un service de santé publique comme étant « un droit de tous, et devoir de l’État ». De façon quasi concomitante, dès le début des années 1990, cette orientation coïncide cependant avec la crise financière du système de providence sociale et une supposée nécessité de réforme interne, et avec les politiques de réduction de coûts sociaux imposées par des acteurs internationaux comme le FMI et la banque mondiale. Ainsi, si la décentralisation administrative répond d’une part aux revendications des mouvements sociaux, d’autre part, cette orientation constitue la réponse principale à une supposée nécessitée de rationalisation du système. Par ailleurs, même si la loi qui définit le SUS prévoit son financement principal par les pouvoirs publics (crédits de sécurité sociale provenant de l’Union fédérale, des États fédéraux, du District fédéral et des municipalités), elle autorise cependant d’autres sources de financement possibles (Menicucci, 2007, *apud* Garcia dos Santos, 2012).

Inspirés d’expériences internationales comme celles du « médecin de famille » de Cuba et de Chine, et de diverses expériences régionales religieuses et militantes (lutte contre la mortalité infantile dans le Céara, Niteroi, dans l’État de Rio de Janeiro, des agents pastoraux de l’Église catholique, des visiteurs sanitaires du service spécial de santé public, etc.), la création du Programme d’Agents Communautaires (PACS) en 1991, du Programme Santé Famille (PSF) de 1994 et la création de la catégorie des agents communautaires de santé en 2002[[6]](#footnote-5) sont donc issus d’un contexte ambiguë qui ouvre la voie à un certain nombre de conflits actuels. En dépit d’une législation nationale, une grande variété de formes d’application ou de mise en pratique locales de ces politiques sont possibles (selon les différents États de la fédération, voire selon les municipes).

Sur l’ensemble du territoire brésilien, il y a 221 588 ACS en 2008, repartis sur 28 452 équipes pluridisciplinaires du Programme Stratégie Santé Famille, supposés d’assurer un service public de santé de base pour une population de 103 millions de Brésiliens (Lima et Cockel, 2008, *apud* Valadares, 2008). Chaque équipe, en charge d’environ 1200 domiciles, est composée d’une infirmière (coordinatrice), de deux aides-soignantes, d’un médecin et de six agents communautaires de santé. Repartis sur l’ensemble du territoire national, les équipes opèrent dans la « micro-région » qui leur a été attribuée autour du dispensaire de santé, région où résident les agents de façon obligatoire. Ces dispensaires ont à leur charge les soins médicaux simples de la population du quartier et la réalisation d’actions de prévention. Des visites à domicile routinières constituent le principal outil de travail. Les dispensaires constituent la porte d’entrée obligatoire de la population pour avoir accès aux services de santé public, y compris plus complexes. Ils assument une fonction d’orientation et de tri de la population (Georges, 2012).

Dans la ville de São Paulo, à la fin du 19ième/début du 20ième siècle, les politiques d’assistance et de santé d’inspiration hygiéniste ont été élaborées par l’Intendance Municipale de Police et d’Hygiène de São Paulo, en plus des contributions de la municipalité à l’action caritative de l’Église catholique, principalement (Spozati, *apud* Garcia dos Santos, 2012). Si la ville gagne des services de santé et d’assistance indépendants en 1951, la tendance à la privatisation de ces services prévaut notamment à l’époque de la dictature militaire (1964-1985) et s’impose de nouveau pendant les années 2000 (Veras, 2008). Si une caractérisation duale du système de santé brésilien est difficile en raison de la complexité interne du système, à São Paulo cette hybridation interne est particulièrement patente. La ville de São Paulo, haut lieu des mouvements populaires comme celui pour la santé dès la fin des années 1970, où ont été crées les premiers conseils de santé en 1978[[7]](#footnote-6), le Programme Santé Famille est cependant implanté tardivement (en 2001). Pendant la gestion conservatrice Maluf/Pitta (1993-2000), le SUS est remplacé par le Plan d’Attention à la Santé (PAS) qui s’appuie essentiellement sur l’initiative privé, qui fournit la main d’ouvre (Elias, 1999, *apud* Garcia dos Santos, 2012). À partir de 1996, avec l’introduction du Programme *Qualis*, réalisé à travers un partenariat entre l’État fédéral et l’État de São Paulo, et sous-traité aux premières Organisations Sociales (OS)[[8]](#footnote-7), sont crées les premières équipes de santé de la famille. Avec le retour de la gauche au pouvoir (gestion de Marta Suplicy, Parti des Travailleurs, PT, 2001-2004), la gestion de la santé revient à la municipalité qui multiplie cependant la quantité de conventions avec des OS pour réaliser des services de santé et d’assistance. Pendant la deuxième partie de la décennie, de nouveau avec une gestion conservatrice de la municipalité (gestion Serra/Kassab, 2005-2012), les OS acquièrent une autonomie croissante, avec l’extension de leur mission du recrutement de la main d’œuvre à la gestion financière des services. Dès lors, dans la ville de São Paulo, l’ensemble du Programme Santé Famille (ou Stratégie Santé Famille) est réalisé « en partenariat », selon la formule consacrée, ou sous-traité, par trois grands OS (Santa Marcelina, Associação Saúde Família et Bom Parto). À partir de cette répartition territoriale initiale des services de santé, certaines de ces OS ont réussi à élargir l’éventail des services proposés à d’autres secteurs, et sur un territoire plus important. Par exemple, une OS du secteur de la santé responsable du PSF dans la banlieue Est prend en charge un programme d’assistance destiné à l’accueil des enfants en période extrascolaire dans l’ensemble de la ville, dont les financements proviennent de la Fédération. Au-delà du brouillage territorial des responsabilités pour un certain nombre de services publics, des cas de « privatisations croisées » (Rizek et al., 2012) ont été observés également : dans ces cas, des OS agissent comme opérateur d’activités culturelles (qui ne sont pas considérées comme un droit universel), pour lesquelles elles peuvent capter des financements émanant du secteur privé. Une partie de ces fonds a été cependant employée pour financer des équipements médicaux (dont la municipalité assure ensuite l’entretien et le fonctionnement). Cette politique de privatisation de la culture attribue un pouvoir discrétionnaire important à l’initiative privée, car le pouvoir de décision sur la destinée de l’impôt de l’entreprise donatrice – qui ne transite plus par les coffres de l’État – lui revient[[9]](#footnote-8). En dernier ressort, ces pratiques mènent à une privatisation partielle de fait de la structure du SUS, sans faire mention des effets sur des équipements de culture (Segnini, 2012). Cette hybridation des formes de gestion, et d’opérationnalisation des services publics de santé, mais aussi de l’assistance, de la culture, voire de l’éducation, complique singulièrement le contrôle du service rendu.

Si le secteur de la santé occupe un rôle paradigmatique parmi les politiques sociales, ses liens avec les autres secteurs, et notamment avec celui de l’assistance sont multiples. Ils se sont intensifiés dans le contexte de l’hybridation des formes de gestion des services publics pendant les années 2000. Outre leurs liens historiques, cette intensification est particulièrement visible dans la ville de São Paulo par la généralisation de la sous-traitance et le rôle transversal des opérateurs de services d’une part, et l’introduction de conditionnalités « transversales » pour l’accès à des « CCTP » (*Conditional Cash Transfer Programs*), et leurs modes de contrôle, d’autre part.

D’une manière générale, les politiques d’assistance, d’orientation familiste (Mioto, 2009), ont été inspirées par les politiques universalistes de santé qui les ont précédées, érigées en modèle. Ainsi, le service d’assistance destiné aux familles (Service de Protection et d’Attention Intégrale aux Familles – PAIF) est inscrit dans le Système Unique d’Assistance Sociale (SUAS)[[10]](#footnote-9). En revanche, le mode d’opérationnalisation local du service est variable d’une municipalité à l’autre et articule différents acteurs privés et publics. L’offre de service dans le secteur de l’assistance est composé d’un ensemble d’instruments de redistribution de revenus, ou *Programas de Transferência de Renda-PTR*, définis au niveau de l’État fédéral, dont le plus connu est le *Bolsa Família* ou Bourse Famille, en raison du nombre important de bénéficiaires (*quasi* 12 Millions de foyers) ou encore le *Benefício de Prestação Continuada-BPC*, une retraite de base d’un montant équivalent au salaire minimum[[11]](#footnote-10), accordée aux personnes âgées (au départ aux travailleurs ruraux) et/ou handicapées, même n’ayant jamais cotisé[[12]](#footnote-11), ainsi que de divers services et programmes d’assistance gérés au niveau local, dans les municipalités. À cet offre diversifié l’on peut encore rajouter quelques PTR moins connus (*renda cidadã*, ou *renda minima*), définis par l’État régional ou encore par les municipalités. L’accès aux PTR passe administrativement par l’inscription du bénéficiaire au sein d’un cadastre national, le *CadÚnico*. Or, l’alimentation de cette liste, comme son actualisation est à la charge des administrations municipales, à savoir des départements de l’assistance et les diverses entités du Tiers Secteur avec lesquelles l’administration entretient des « partenariats ».

Dans la ville de São Paulo, la complexité de l’offre de services assistanciels est liée autant à leur variabilité dans le temps qu’à la multitude d’acteurs impliqués. Ainsi, l’ensemble des travailleurs des plus de 1000 ONG souvent d’origine religieuse, en charge des différents services assistanciels sous-traités par la préfecture, représentent environ 20 000 personnes. Depuis le début des années 2000, le service d’assistance destiné aux familles a changé plusieurs fois de nom (*Casa da Família*, *ProASF*, *Programa Ação Família – viver em comunidade*, *PAF-Programa Ação Família*, *SASF-Serviço de Assistência Social às Famílias*) comme de mission. Lors du dernier changement, en avril 2011, en dépit de la transformation du *Programme Action Famille* en service permanent, son rôle de facilitateur d’accès aux PTR a été modifié pour lui attribuer formellement celle du contrôle de la conditionnalité des bénéficiaires de ces formes d’aide sociale. Ainsi, pour prendre l’exemple du Programme Bourse Famille (qui date dans sa version actuelle de 2004), destiné principalement au maintien des enfants en bas âge à l‘école, il comporte parmi ses conditionnalités, outre le contrôle du taux de fréquentation des enfants, l’application d’un plan de suivi médical des enfants en bas âge, comme des visites prénatales des futures mères. De ce fait, les dispensaires de santé sont une des portes d’accès possibles à ce bénéfice et le contrôle de ces conditions peut également relever du poste de santé.

1. **La création d’un marché de l’assistance et du travail social**

Au-delà de l’hybridation de l’offre de services assistanciels, les formes d’opérationnalisation locales de ces politiques sociales transforment le contenu du service rendu, voire la fonction sociale des travailleuses sociales. Ainsi, si la construction d’un discours de légitimation de l’action sociale par les différentes entités de sous-traitance dénie toute forme de responsabilité institutionnelle dans la (re)production de situations de dépendance sociale et économique, celle-ci constitue cependant sa justification principale. Dans cette perspective, l’existence d’une « demande » effective de la part des pauvres pour recevoir de l’aide sociale, et plus largement avoir accès à des services d’assistance et de se soumettre à ses « conditionnalités », constitue un enjeu fondamental pour garantir la perpétuité des différentes entités sur ce marché de la sous-traitance de services sociaux.

L’évaluation initiale du niveau de pauvreté des usager(e)s potentiel(le)s, comme le suivi de l’évolution de leur situation, font l’objet de l’application d’un appareil statistique d’indicateurs et de mesures, une des dimensions de la professionnalisation du travail social, comme explicite un gestionnaire d’une des entités où nous avons mené notre enquête : « *Des fois des personnes commentent, « ça marche comme une entreprise », parce que de fait* [la fondation] *fonctionne d’une façon très organisée. Il y a toute une logistique, tout un parcours ; ce ne suffit pas simplement d’arriver ici et de dire « j’ai besoin d’aller voir le dentiste ». D’abord, la personne va aller voir l’assistante sociale, qui va établir un registre d’accueil pour qu’elle connaisse l’historique familial, parce qu’il y a des gens qui pourraient payer eux-mêmes, mais qui croient que c’est plus facile de passer par ici. S’il n’y a pas d’évaluation sociale de la famille, en fonction du revenu familial per capta, ou la personne va être reçue ici, ou alors on va l’orienter pour aller chez le dentiste et de payer la consultation de sa poche.* »

La création de cette demande, ou sa « visibilisation », devient donc une des missions principales assignées aux travailleuses sociales de différents niveaux hiérarchiques. Il s’agit dès lors de la documenter, rendre mesurable et donc visible. Afin de pouvoir non seulement démontrer le bienfondé des dépenses des fonds publics réalisés, mais aussi d’en attester les résultats, il s’agit dès lors pour l’entité de rationaliser ses actions, de les rendre mesurable et d’en révéler l’efficacité. Dans cette perspective de marché, la captation de la demande s’est transformée en enjeu, qui peut également être l’objet de la concurrence entre différents organismes publics et/ou privés.

L’ensemble des différents services sociaux proposés par l’entité est alors normé. Les différents services sont rendus pendant un temps défini (dont l’étendue maximale est définie d’avance par l’institution) et ont comme objectif explicite la « transformation sociale » de la famille qui en est le destinataire. Les familles bénéficiaires du programme *Action famille* disposent ainsi en principe d’un délai de deux ans pour trouver une sortie de leur situation ; les paniers d’alimentation sont fournis durant six mois ; des femmes victimes de violence domestique qui ont besoin d’une place d’accueil dans un logement d’urgence peuvent disposer de celui-ci pendant six mois, etc. Pour certains services, leur durée est définie dans le cahier des charges établi par la mairie, comme celle du *PAF*, pour d’autres l’entité définit ses propres critères de définition du service. Dans tous les cas de figure, le respect de ces critères est à la discrétion de l’institution, ou plus précisément de ses travailleurs dont la marge de manœuvre varie en fonction de leur propre niveau de dépendance de l’institution.

Avec la consolidation d’une position privilégiée auprès des pouvoirs publics sur ce marché de la pauvreté[[13]](#footnote-12), des entités comme celle que nous avons étudiée peuvent se permettre de sélectionner leur public. Dans une perspective de réduction des coûts et de rationalisation du travail pour se garantir d’autres contrats de sous-traitance et se maintenir sur ce marché, l’institution cherche donc à réduire sa charge de travail tout en obtenant des résultats plus visibles, et ceci plus rapidement. Cette logique de marché mène à l’exclusion d’une partie des pauvres dont la situation a peu de chances d’évoluer. Par ailleurs, l’introduction d’indicateurs de mesure de l’action de « transformation sociale » des familles qui reçoivent de l’aide sociale (ou une politique d’activation) pour mesurer apparemment l’efficacité des entités de sous-traitance constitue cependant le fondement d’un discours somme tout classique justifiant l’exclusion sociale. Dans ce contexte, que devient la mission des travailleuses sociales, quels ressorts pour leur action et quelle est la place qui revient à leur « participation » ?

1. **Les travailleuses du social : entre domination et émancipation**

Les trajectoires sociales et professionnelles des acteurs – et surtout des actrices – qui traversent les différentes institutions sont un autre élément qui contribue à la construction du marché de l’assistance, et plus largement du travail social. Si les carrières de femmes dans le social ne constituent pas une nouveauté, surtout d’une origine sociale plus élevée (Kaplan-Daniels, 1988), la professionnalisation de l’engagement social de femmes d’origine populaire est plus originale, notamment dans le contexte brésilien actuel. Les sens du travail des femmes, et plus largement de leurs trajectoires, sont multiples. Ils relèvent d’éléments contradictoires, qui associent des facteurs de la « domination » (des hommes sur les femmes, de l’État sur ses sujets, des femmes sur des femmes, et plus généralement du « système » ou plutôt du « dispositif » sur les usagers (usagères) de l’assistance qui se soumettent à ses conditionnalités, etc.) mais aussi de l’émancipation des femmes, de leur autonomisation relative. La construction du sens de leur activité passe par la naturalisation de la précarisation du travail et l’instrumentalisation du travail de femmes pauvres en leur attribuant un rôle de pacification sociale, mais renvoie aussi à la reconnaissance de leur engagement et des formes inédites de mobilité sociale (Georges, à paraître).

La première trajectoire d’une ancienne bénéficiaire de l’aide sociale (Anita, ci-dessous), devenue agent du programme témoigne de la perméabilité des frontières de ce secteur émergeant, et de sa capacité d’absorption d’une main d’œuvre qui dispose d’un faible niveau de qualification formelle. Dans ce sens, les agents d’exécution du programme en constituent les premières bénéficiaires, et celles dont l’insertion sociale et professionnelle est la plus accomplie. Ce sont cependant aussi celles qui disposent de moins d’alternatives d’insertion sociale et économique, ou d’autres ressources qu’elles perçoivent comme étant à leur disposition, et qui sont donc le plus à même d’accepter des bas niveau de salaire et d’être peu regardant à l’égard de leurs conditions de travail d’une façon générale. Une façon de composer avec cette situation est de valoriser l’aspect relationnel de leur travail, et au-delà de cette tactique ne pas considérer leur activité comme « du travail », mais comme une relation entre ami(e)s. Cette conception permet également de gommer d’éventuels conflits avec les bénéficiaires, voire de les éviter.

Anita, noire, née en 1983 (27 ans au moment de l’entretien), est une des agents d’exécution du programme. Mère de deux enfants (4 et 5 ans), son mari (42 ans, agent de sécurité invalide après un accident de voiture il y a 10 ans) purge une peine de prison depuis 6 mois (sans avoir été inculpé officiellement). Elle est salariée de l’ONG depuis un an et demi, après avoir été bénéficiaire du programme « action famille » pendant deux ans (entre 2007 et 2009) et avoir suivi une formation de développement local, dispensée par le *Senac* (centre de formation semi-public), sur invitation de « son » agent de protection. Elle est entrée au programme suite à la visite à son domicile des recenseurs de l’entreprise privée qui a établi le cadastre initial des bénéficiaires du programme. En 2010, elle habite au domicile de ses parents, comme 4 de ses 9 frères et sœurs (la moitié du premier mariage de son père) dans une maison qui leur appartient. Son père, âgé de 68 ans, a été maître d’œuvre et cherche à prendre sa retraite, ayant cotisé à son compte. Il continue à faire des « petits boulots » dans la construction, pour gagner un peu d’argent. Sa mère, âgée de 49 ans, était couturière à domicile, surtout pour la famille. Elle n’a jamais cessé de travailler à domicile. Au moment de l’entretien avec Anita, sa mère s’occupait des deux enfants de sa fille et recevait à ce titre la « bourse famille ». Aussi, sa mère participe des ateliers de production artisanale dans l’antenne locale de l’ONG. Ces activités l’occupent de façon temporaire, en attendant d’être appelée par l’école primaire : elle a réussi à passer un concours dans la fonction publique, comme cuisinière à la cantine scolaire. Les parents d’Anita ont mis à la disposition du programme leur garage, pour diverses activités, comme des réunions socio-éducatives. Avant d’entrer dans le secteur de l’assistance, Anita a travaillé pendant presque 8 huit ans dans une entreprise textile, où elle s’occupait de la gestion des commandes, après avoir terminé des études secondaires. Elle avait démissionné pour pouvoir s’occuper davantage de son fils. Sa fille est née par la suite. Cette période de chômage a coïncidé avec la dégradation de sa situation familiale et l’a rendue « éligible » comme bénéficiaire du programme « action famille ». Au bout de 2 ans comme bénéficiaire, elle a entendu parler par l’agent qui s’occupait d’elle d’une offre de formation comme agent de développement local. C’est suite à cette formation que l’emploi comme agent du programme lui a été proposé par l’ONG où elle travaille actuellement. A. : « *Je ne m’y attendais pas, je n’étais même pas en train de chercher, je trouvais que mon bébé était encore petit, mais c’est tellement près, c’est proche, et c’est une chose que j’aime faire. Alors je me suis dit* « *je vais essayer*». *Mais j’aime le domaine du social, j’ai toujours aimé. Il faut faire un peu pour eux ce que j’aimerais qu’ils fassent pour moi. Ce que je peux faire, je le fais. Mais ce n’est pas pour autant que là* [dans le quartier où elle travaille], *ils me voient comme leur* agent*. Quand je me rends chez eux, il y a une amie qui vient*. »

La trajectoire d’Eva (ci-dessous), également agent d’exécution d’un programme d’assistance à l’heure actuelle, illustre, en outre, la manière dont se confond historiquement dans ces programmes et services l’engagement/la militance sociale et/ou religieuse avec le travail, mais aussi la facilité de circulation entre les différents services, une fois dans le milieu. Un des éléments constitutifs de ce dernier est la proximité entre les lieux de vie et de travail, surtout pour ces femmes qui ont leurs enfants à charge (l’école publique ne couvrant au Brésil que la moitié de la journée). Par ailleurs, dans ces milieux, une répartition traditionnelle des rôles sociaux et de la division sociale et sexuelle du travail domine (Sarti, 2005) ce qui relègue le travail de reproduction aux femmes, indépendamment de la présence des conjoints. Dans ces cas, des formes d’entraide et la professionnalisation du travail social, surtout s’il prévoit des formes d’intégration des enfants et/ou facilite leur garde, s’entremêlent facilement, y compris en raison de la proximité, voire la juxtaposition entre les lieux de travail et de vie[[14]](#footnote-13).

Eva, noire, née en 1966 à Rio de Janeiro (46 ans au moment de l’entretien), est une des agents d’exécution du Service d’Assistance Sociale aux Familles (SASF) sous-traitée où nous avons mené notre enquête en 2012. Séparée depuis 1999, dès l’âge de 33 ans, elle est mère de trois fils (16, 17 et 24 ans) qui habitent tous sur son lopin de terre (l’un s’est mis en couple et habite une annexe de la maison maternelle). En 2012, elle est propriétaire légale d’une maison, qu’elle a construite avec l’aide de son mari sur ce terrain qu’ils ont occupé au départ (et qui a été régularisée par la suite, en raison de sa participation au mouvement pour l’accès au logement social). Son mari, de 11 ans son ainé, est né à Recife. Au moment du mariage, en 1985, il travaille dans une entreprise de transport à Guarulhos (banlieue de São Paulo), où il restera pendant 20 ans, comme ouvrier et ensuite comme chauffeur. Ils se sont connus puisqu’ils habitaient le même quartier de Guarulhos. Les parents de Eva étaient de Rio do Janeiro, son père y travaillait dans une grande entreprise pétrolière ; sa mère travaillait comme femme de ménage depuis sa séparation en 1972 (Eva a 6 ans, elle a un frère et en aura deux autres, issus de deux autres relations de sa mère). Alors qu’avant de se marier, Eva travaillait dans une entreprise d’impressions graphiques dès l’âge de 15 ans, pour aider sa mère (elle a interrompue l’école au moment de commencer à travailler), elle arrête de travailler une fois mariée, et termine ses études secondaires à Cidade Tiradentes (en 1988, à 22 ans), où le couple s’est installé. Elle s’occupe de ses enfants (qui naissent en 1988, 1995 et 1996). En 1996, son mari demande sa démission, pour se mettre à son compte avec l’indemnisation, et le couple ouvre une petite affaire (commerce d’alimentations) à Cidade Tiradentes. Au bout de trois ans, en 1999, alors qu’ils possédaient deux camions, l’affaire fait faillite. Elle découvre que son mari a une autre famille, avec laquelle il vivra dorénavant. Elle reste cependant avec la maison (qui n’a pas encore de titre de propriétaire, car pas encore légalisée) et commence à travailler comme vendeuse ambulante et femme de ménage, outre son engagement militant et religieux. Pendant les après-midi, elle participe aux groupes d’accueil de jeunes en période extrascolaire de l’église (Pastorale des enfants), ce qui lui permet de s’occuper de ses propres enfants en même temps (l’école publique est à mi-temps au Brésil). En 2001, au moment de l’implémentation du programme des agents communautaire de santé, elle est parmi les premières recrues en raison de son engagement religieux et militant (à l’époque, critère principal d’embauche). E. commente sur cette professionnalisation de ses activités de militante : «  [elle faisait des visites à domicile] *oui, surtout dans des maison avec des situations à risque, très souvent,* [on distribuait] *des paniers d’alimentation de base, donnait des orientations sur l’obtention de documents d’identités*, *des mères qui ne faisaient les visites prénatales que de façon aléatoire ; après il y a eu le programme santé famille, le carnet de santé* (calendrier de vaccination) *est devenu obligatoire. Pour dire vrai, on faisait déjà tout ça à l’église, mais on ne pouvait pas arriver à la pastorale des enfants et dire formellement « il y a telle demande »*. » Elle ne quitte ce travail au poste de santé du quartier qu’en 2008, en raison d’une mésentente au travail (elle n’est pas d’accord avec l’accueil d’une personne âgée au poste de santé). Au bout de 6 mois de chômage, elle est toutefois appelée par la gestionnaire d’une des ONG locales familiales proche de l’église catholique (église de la libération), qui assure le service d’assistance aux familles pour le compte de la mairie dans le quartier dès sa mise en place en 2009, et où elle travaille jusqu’à nos jours. Ses deux fils ainés ont terminé les études secondaires, l’un travaille dans une entreprise métallurgique des environs, l’autre travaille à son compte (service de dépannage hydraulique d’immeuble) ; le troisième va encore à l’école, et fait un petit boulot dans une pizzeria. D’après ses dires, elle n’a jamais été tentée par une promotion au grade de technicienne parce que « *j’aime le travail de rue. Rester là, et recevoir, ce n’est pas mon truc.* […] *Ce que j’aime, c’est aller chercher les gens, les orienter sur leurs droits comme citoyen, une partie des droits ne fonctionne pas parfois, il faut aller frapper sur la table et* [les] *exiger*. »

Carmen (*cf*. ci-dessous), psychologue et technicienne dans un des programmes étudiés, est moins exposée à des contraintes d’ordre familial. Célibataire – comme tous les technicien(e)s du programme étudié – elle habite encore au domicile de ses parents. Ayant bénéficié amplement de l’effort de mobilité de ses parents venus de l’intérieur du pays (une petite ville de l’État de Minas Gerais) à la grande ville, et ayant limité volontairement le nombre d’enfants à deux, elle a pu réaliser des études supérieures payantes, financées par ses parents. D’origine religieuse (baptiste), elle poursuit un travail social bénévole (de visitation à domicile) par l’église également en dehors de ses horaires de travail, comme d’autres collègues. Réalisée dans des cadres différents, le contenu de l’activité bénévole ou salariée peut être très similaire ; des glissements entre des cadres de référence différents s’opèrent facilement. De fait, il peut s’agir également d’une tactique pour préserver le sens du travail d’assistance réalisé, face à sa bureaucratisation fulgurante, sachant que le temps de travail dédié à l’établissement des rapports d’activité et des documents de suivi des familles tend à être plus important que celui de leur accueil[[15]](#footnote-14).

Carmen, née en 1977 (35 ans au moment de l’entretien en 2012), est technicienne dans une des entités de sous-traitance des services d’assistance où nous avons mené notre enquête. L’aînée de deux enfants, elle est célibataire et vit avec ses parents dont elle s’occupe, et qu’elle vénère, surtout son père. Ses parents viennent de l’intérieur de l’État de Minas (de Ipanema). Sa mère vient d’une famille de petits notables locaux (elle a fait des études d’institutrice) ; son père vient d’une famille nombreuse, et a dû travailler dès le plus jeune âge pour faire vivre sa fratrie nombreuse (de 8 enfants). Il devait aider sa mère, domestique et sage-femme (que son père a abandonnée quand il était petit, après avoir vendu les terres desquelles la famille vivait). Son père avait fait peu d’études (4 ans), il a travaillé toute sa vie dans la même entreprise d’imprimerie jusqu’à devenir surveillant de section. Presque toute sa fratrie est venue à São Paulo, où ils ont fait leur vie, par exemple en travaillant dans la compagnie des eaux. À l’arrivée de sa mère à São Paulo en 1972, où elle a rejoint son mari arrivé deux ans plus tôt, elle arrête de travailler sur la demande de ce dernier, mais reprend son activité d’enseignante quand les enfants ont 10 ans. Elle toujours maintenue son activité au sein de l’église baptiste, avec des enfants.

Carmen est psychologue de formation, et a fait ses études supérieures dans une faculté privée payante à partir de 1995 (elle a obtenu son diplôme à l’Université de São Judas, en 1999). À la sortie de l‘école, elle faisait un stage dans une école privée spécialisée pour des enfants handicapés, om elle travaillera pendant 10 ans, jusqu’en 2008. Elle a été appelée pour venir travailler dans l’ONG alors qu’elle avait déposée dans une autre ONG qui travaille également pour le compte de la mairie dans le même quartier peu de temps après avoir quitté son premier emploi. Elle est toujours très active dans l’Église Baptiste (comme déjà sa mère, et sa grande mère) et y réalise un travail bénévole avec des familles d’adolescents qui ont commis des infractions, et qui ont passé par une institution de rééducation destiné à des mineurs (la fondation Casa), une fois remis à leurs familles (elle fait l’accompagnement social des familles, par l’intermédiaire de visites à domicile, en raison d’un soir par semaine), outre un travail le samedi dans une clinique privée, où elle reçoit quelques patientes en thérapie.

L’ensemble des trajectoires présentées ici, qui permettent d’expliciter des dimensions constitutives de la construction du sens de l’activité pour ces femmes, et plus généralement de leurs « carrières », y compris sur le même niveau hiérarchique, entre des activités diverses, soient-elles sociales, bénévoles ou professionnelles (Becker, 1963) montre le poids de « l’engagement ». Si pour les unes (les « bonnes » usagères), l’adhésion à l’univers de l’assistance, à ses conditionnalités au sens large et ses critères de moralité constitue une sortie qui leur paraît accessible (Cabanes, 2009), pour les autres, leur « capital social » de militantes leur garantit le maintien sur le marché interne du travail social, entre différents types d’activité. Dans ce cas, elles disposent d’un certain degré d’autonomie, y compris pour pouvoir changer d’emploi. Dans un dernier cas de figure, l’engagement militant et religieux garantit le maintien du sens du travail, face à une tendance de standardisation, de bureaucratisation et de rationalisation du travail social, qui a été amplifiée notamment par la généralisation de la sous-traitance. Plus généralement, c’est la notion d’engagement, ou « d’utilité sociale » qui permet à ces femmes de s’engager sur le marché du travail tout en préservant leur rôle sexué traditionnel. En même temps, c’est cette mise en conformité entre les politiques sociales et la division sociale et sexuelle du travail qui garantit la reproduction des inégalités en instrumentalisant l’engagement de ces femmes pour un travail au moindre coût.

**Conclusion**

Au-delà des tendances à la formalisation de l’engagement des femmes brésiliennes d’origine populaire dans le travail social (Georges et Vidal, 20012), il est apparu qu’en grande partie, ce qui continue à donner sens à leur activité pour les femmes, est sa dimension sociale, voire morale et sexuée. Ainsi, la reconnaissance du moins partielle de leur fonction sociale au sein de la famille, et plus largement au sein de la dite « communauté » - une des revendications des mouvements sociaux des années 1980 – mène paradoxalement à la reproduction du *status quo* des inégalités. Plus précisément, pour les femmes, anciennes bénéficiaires de l’aide sociale, l’accès à un emploi formel, même avec un bas salaire et dans des conditions d’emploi précaires (dont le renouvellement dépend de celui du contrat de sous-traitance entre l‘ONG et la mairie) constitue une forme de reconnaissance de leur investissement social – et d’amélioration relative de leur situation de vie suffisante – pour qu’elles s’y cantonnent. L’accord tacite entre l’État et ses sujets – les femmes pauvres en occurrence, ou d‘origine populaire - autour d’une reconnaissance minimale de cet engagement s’avère ainsi suffisant pour garantir une certaine stabilité et paix sociale. Au-delà de l’acceptation des professionnelles de leurs conditions de vie et de travail, il s’agit ainsi d’un mécanisme efficace de mise au travail des pauvres, et plus précisément des femmes pauvres, pour assurer un minimum de cohésion sociale et agir elles-mêmes comme actrices d’encadrement, ou de coercition sur d’autres femmes, pour assumer leur fonction sociale de pivot entre la société et « la famille ». Ainsi, paradoxalement, en accédant à une autonomie relative, les femmes acceptent d’opérer comme actrices de la reproduction sociale de la division sociale et sexuelle du travail.

**Bibliographie**

Araújo, Angela Carneiro, « Informalité et relations de genre », in : Georges, Isabel, Leite, Marcia de Paula (orgs.), *Les nouvelles configurations du travail et l’économie sociale et solidaire*, Paris, l’Harmattan, 2012, pp. 111-140.

Becker, Howard S., 1963, *Outsiders*: *Studies in the Sociology of Deviance* New York, The Free Press.

Boschetti, Ivanete, Behring, Elaine Rossetti, Santos, Silvana Mara de Morais dos, Mioto, Regina Célia Tamaso, *Política social no capitalismo, Tendências contemporâneas*, São Paulo, Cortez Ed., 2009.

Cabanes, Robert, « Prolétaires dans la tourmente néo-libérale », in : Cabanes, Robert, Georges, Isabel (orgs.), *São Paulo, la ville d’en bas*, Paris, L’Harmattan, 2009, pp. 23-44.

Dagnino, Evelina, Olvera, Alberto et Panfichi, Alado (dir.), 2006, *A disputa pela construção democrática na América latina* São Paulo, Paz e Terra.

Georges, Isabel, « La place du genre dans la reconfiguration des politiques sociales au Brésil, (le secteur de l’assistance à São Paulo) », *Travail, Genre et Sociétés*, accepté, à paraitre

Georges, Isabel, 2012, « Des street-level bureaucrats » féminins. Le cas des agents communautaires de santé et des agents de protection sociale de la région métropolitaine de São Paulo. », *in* Georges, Isabel, Tripier, Pierre (dir.), *La démocratie participative au Brésil : Promesses tenues et dynamiques ouvertes*, Bruxelles, Éd. Peter Lang, pp. 161-178.

Georges, Isabel et Vidal, Dominique, 2012, “La formalisation de l’emploi à l’épreuve du travail invisible. Deux cas de figure de travailleuses de service au Brésil », *Sociétés contemporaines*, n° 87, pp. 25-47.

Kaplan Daniels, Arlène, 1988, *Invisible Careers : Women Civic leaders from the Volunteer World*, Chicago, University of Chicago Press.

Lautier, Bruno, 2012, « La diversité des systèmes de protection sociale en Amérique latine, Une proposition de méthode d’analyse des configurations de droits sociaux », *Revue de la régulation* [en ligne], 11, 1er semestre/Spring 2012, mis en ligne le 27 avril 2012, consulté le 26 février 2013. URL : <http://regulation.revues.org/9636>

Lautier, Bruno, “Politiques de redistribution et transferts sociaux”, in *Les enjeux du développement en Amérique latine*, pp. 250-288, mars 2011.

Leite, Marcia de Paula, 2011, « O trabalho no Brasil dos anos 2000: duas faces de um mesmo processo », in: Véras de Oliveira, Roberto, Gomes, Darcilene e Targino, Ivan (orgs.), *Marchas e contramarchas da informalidade do trabalho. Das origens às novas abordagens*, João Pessoa, UFPB, pp. 29-63.

Lima, Jacob Carlos, Cockell, Fernanda F., 2008/2009, « As novas institucionaidades do trabalho no setor publico : os agentes comunitários de saúde », *Trabalho, Educação, Saúde*, v.6, n° 3, pp. 481-501.

Lombardi, Maria-Rosa, 2012, « Annotations sur les inégalités de genre sur le marché du travail », *in* Georges, Isabel et Leite, Marcia de Paula (dir.), *Nouvelles configurations du travail et Economie sociale et solidaire*”, Paris, Harmattan, pp. 109-134.

Menicucci, Telma Maria Gonçalves. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

Ricoldi, A. Martinez, « A experiência das promotoras legais populares em São Paulo : gênero e cidadania », Dissertação de Mestrado, FFLCG-USP, 2005.

Rizek, Cibele, Georges, Isabel, Conférence à l’Alliance française de São Paulo, “La crise mondiale et les « nouvelles » politiques sociales brésiliennes : modèle de développement ou reproduction des inégalités ?, Octobre 2012.

Rocha, Sonia, « Transferências de renda e Pobreza no Brasil », Mimeo, IPEA, Rio de Janeiro, 2011.

Sarti, Cynthia Andersen, *A família como espelho*, *um estudo sobre a moral dos pobres*, São Paulo, Ed. Cortez, 2005.

Santos, Yumi Garcia dos. A gestão sexuada do social: os novos programas sociais na saúde e na assistência e reprodução das relações tradicionais de gênero. *Relatório de pesquisa FAPESP/CEM*. São Paulo, 2012.

Segnini, Liliana, « Música, dança e Artes Visuais: aspectos do trabalho artístico em discussão”. Revista Observatório Itaú Cultural, v. 13, p. 93-108, 2012.2012.

Sposati, Aldaíza, *Vida urbana e gestão da pobreza*, São Paulo, Cortez, 1988.

Valadares, C. 2008, *Indicadores são melhores onde há Saúde na Família*, Agencia Saúde Brasil, 2008.

Véras de Oliveira, Roberto, 2008. Processos de heterogeneização entre trabalhadores do serviço público da saúde e previdência social no Brasil e em Pernambuco. Communication au 32° Encontro Anual ANPOCS, Caxambú.

1. Le *SUAS* est entrée en vigueur assez tardivement, en 2005, avec la *NOB-Norma Operacional de Base*, qui définit les orientations de la Loi Organique d’Assistance Sociale (*LOAS*), de 1993. [↑](#footnote-ref-0)
2. Il s’agit de l’hypothèse sous-jacente centrale du projet international de recherche Latinassist “Offre institutionnelle et logiques d’acteurs : femmes assistées dans six métropoles d’Amérique latine” (ANR Les Suds II), coordonné par Blandine Destremau (coordinatrice principale) et moi-même. [↑](#footnote-ref-1)
3. *Cf*. l’étude précurseuse de Ricoldi (2005). [↑](#footnote-ref-2)
4. Le SUS est inscrit dans les articles 196 et 198 de la Constitution fédérale brésilienne de 1988, et définie par la Loi n° 8.080 du 19/09/1990, connu comme le Code National de Santé. [↑](#footnote-ref-3)
5. Jusqu’à l’époque actuelle, le marché du travail formel ne représente qu’environ 50% de la main d’œuvre. [↑](#footnote-ref-4)
6. Loi fédérale n° 10.507 du 10/07/2002. [↑](#footnote-ref-5)
7. Sous l’égide du médecin sanitariste Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, secrétaire de la santé entre 1989-1992, dans la gestion de la maire Luíza Erundina, assistante sociale et première maire de São Paulo après l’adoption de la nouvelle Constitution en 1988. [↑](#footnote-ref-6)
8. Figue juridique crée au début des années 1990, pour rendre possible la sous-traitance de politiques publiques à des organisations caritatives, ou autres entités du « Tiers Secteur ». [↑](#footnote-ref-7)
9. Loi Rouanet, n° 8 313/91, Articles 18, 25 et 26. [↑](#footnote-ref-8)
10. Le *SUAS* est entrée en vigueur assez tardivement, en 2005, avec la *NOB-Norma Operacional de Base*, qui définit les orientations de la Loi Organique d’Assistance Sociale (*LOAS*), de 1993. [↑](#footnote-ref-9)
11. Le salaire minimum brésilien est en augmentation constante depuis l’arrivée au pouvoir de la gauche en 2003, avec la présidence de Luíz Inácio Lula da Silva du Parti des Travailleurs (PT). Il est passé de 240 reais en 2003, à 678 reais au 1/01/2013, soit une augmentation de 182%. [↑](#footnote-ref-10)
12. Crée par la Loi Organique d’Assistance Sociale (LOAS) de 1993, *cf*. Lautier, 2011, p.271, représentant le plus important PTR en termes volume (15,8 millions de réais fin 2008, contre 10,6 millions pour le Bourse Famille (Rocha, 2008, *apud* Lautier, 2011). [↑](#footnote-ref-11)
13. Ce marché de l’assistance, les relations entre ses différents acteurs et leurs formes de médiation méritent une étude à part entière, mais ne constituent pas l’objet de cet article. [↑](#footnote-ref-12)
14. Dans le cas des agents communautaires de santé, la localisation du domicile, à proximité du poste/dispensaire de santé, est une condition de recrutement. Dans les cas des agents des programmes d’assistance, il ne s’agit pas d’une condition formelle, mais d’une situation fréquente. [↑](#footnote-ref-13)
15. Le suivi des familles inscrites au programme passé par l’établissement des plans individuels ou familiaux de développement (PDI ou PDF), un formulaire que les techniciens sont supposes remplir avec les familles et/ou l’individu au moment de l’entretien. Or, il n’est pas rare que les techniciens remplissent le formulaire pour les familles inscrites sans les avoir reçues. [↑](#footnote-ref-14)