Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)

Pérenniser la vie les micro-entreprises de femmes aidantes de personnes dépendantes

Auteur : Maite Henríquez Olivares
Promotrice : María José Ruiz Rivera
Lectrice : Andrea Lemaître
Année académique 2025-2026
Master en science de la population et du développement, à finalité développemen

« C'est un poème pour une femme qui lave la vaisselle.
c'est un poème pour une femme qui lave la vaisselle.
Il doit être répété.
Il doit être répété,
encore et encore,
encore et encore,
parce que la femme qui lave la vaisselle
parce que la femme qui lave la vaisselle
n'entend pas bien
n'entend pas bien.

Et c'est un autre poème pour une femme
qui nettoie le sol
elle n'entend rien
accordons-lui un moment de silence
pour la femme qui nettoie le sol

Et un poème de plus
pour la femme au milieu des choses,
avec les enfants.
Tu ne la vois jamais la nuit.
reste à regarder un endroit vide et imagine-la là
la femme avec les enfants
parce qu'elle n'est pas là pour parler
par elle-même
et écoute
ce que tu penses
qu'elle dirait. »

— Susan Griffin, *Trois poèmes pour des femmes* (1976)

Déclaration de déontologie

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,

…) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Si j'ai eu recours à l'IA, j'ai scrupuleusement respecté les règles établies en la matière par la note du bureau Faculté ESPO en date du 1er juillet 2024, tout particulièrement dans son point 4.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant(e)s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses en ce compris l'usage des outils d'intelligence artificielle générative et savoir qu'un plagiat ou que toute autre forme d'irrégularité est une faute grave et est susceptible de donner lieu aux procédures et sanctions prévues aux articles 107 à 114 du RGEE (Règlement général des études et des examens)».

Signature



Remerciement

Ce mémoire a été possible grâce à chacune des femmes qui ont offert leur précieux temps pour raconter leur histoire, et qui m'ont ouvert les portes de leur foyer. Ce mémoire est le vôtre. Plus jamais sans les aidantes.

Je tiens à remercier ma famille : ma mère, qui m'a appris que je pouvais tout accomplir ; ma sœur, qui se dépasse jour après jour ; ma grand-mère, pour sa tendresse conçue comme une politique de vie ; et mes tantes, Claudia et Sandra, qui me prouvent que nous avons toute notre place dans ces lieux qui nous étaient interdits.

À mes amies, Pilar, Paulina, Javiera et Francisca, qui, malgré l'océan qui nous sépare, prennent soin de moi comme nous prenons soin les unes des autres ; avec qui j'ai commencé le chemin féministe. Mes camarades et mes amours.

À tous mes amis en Belgique, sans qui achever ce mémoire n'aurait pas été possible. Merci du fond du cœur à Rocío, Adriana, Sophie et Estefany. Mon foyer est auprès de vous.

J'exprime également ma gratitude à ma promotrice, María José Ruiz, qui a été essentielle non seulement dans la démarche de recherche, mais aussi pour veiller sur moi tout au long de ce processus. Merci aussi à ma lectrice, Andrea Lemaître, pour son temps et son intérêt à continuer de rendre visible la réalité de l'Amérique latine.

De même, merci à chacune de mes mentores, tout particulièrement à Fabiola Miranda, qui a insisté et m'a insufflé l'énergie nécessaire pour mener à bien cette traversée.

Toutes aidantes, toutes travailleuses, toutes celles qui soutiennent.

Table des matières

I. Introduction *8*

II. Problématisation : La crise du care et le recours au micro-entrepreneuriat informel *10*

II.1. Trajectoire institutionnelle des politiques du *care* **13**

II.2. La crise des soins au Chili : vieillissement, dépendance et surcharge invisible **16**

II.3. Genre, travail et micro-entrepreneuriat : la réponse informelle des aidantes **19**

III. Bases conceptuelles pour l'étude du care *21*

III.1. Polysémie du *care* : vers une catégorie analytique et politique **22**

III.2. Dépendance, corps et subjectivité : l'expérience du soin informel **28**

III.3. Une économie autre : la micro-entreprise comme dispositif de reproduction de la vie **33**

III.4. L'économie féministe comme proposition face à la tension capital-vie **37**

IV. Caractéristiques de la recherche *45*

IV. 1. Positionnement épistémologique : vers l'objectivité subjectivante **45**

IV.2. Sélection des participantes et critères d'échantillonnage **49**

IV.3. Construction du guide d'entretien **50**

IV.4. Considérations éthiques **51**

IV.5. Stratégie d'analyse **53**

V. Résultats de l'analyse des entretiens : trajectoires, stratégies et tensions chez les femmes aidantes-entrepreneurs *54*

V.1. Trajectoires de soin et reconfiguration biographique **55**

V.2. Régime de care et soutenabilité de sa propre vie **62**

V.3. Les micro-entreprises : stratégies pour assurer la subsistance **72**

V.4. L'associativisme en tant qu'infrastructure de soutien féminisée **80**

IV.5. Subjectivités des *caregivers*-entrepreneurs et identités en tension **89**

VI. Conclusions *95*

Bibliographie *100*

Annexes *112*

Annexe 1. Schéma de codage (sélection représentative) **112**

Annexe 2. Guide d'entretien (spagnol) **113**

I. Introduction

Au début de cette mémoire, nous lisons un poème de Susan Griffin qui retrace la routine de soin de trois femmes, sa répétition constante et son caractère invisible, non vu, non entendu et non consulté. C'est le point de départ de ce travail de recherche : le travail de soin (*care*) que les femmes déploient quotidiennement auprès des personnes en situation de dépendance et son rôle pourtant invisible dans la production et la reproduction sociale, dépourvu de reconnaissance et de protection sociale (Carrasco et al., 2011 ; Torns, 2008). Dès lors, les femmes doivent développer un ensemble de stratégies pour soutenir la vie afin de concilier la génération de revenus économiques et le soin, dans une tension constante façonnée par des exigences structurelles.

Le Chili offre un terrain particulièrement intéressant pour analyser la tension entre la production et la reproduction de la vie. Le vieillissement démographique s'y articule à un régime de bien-être hautement privatiste et familialiste (Sunkel, 2007 ; Arriagada, 2010 ; Velasco Domínguez, 2024), doté d'un système de protection sociale incapable d'absorber la demande de soins intensifs face à une crise globale du *care*, où la demande des personnes dépendantes augmente tandis que le nombre de pourvoyeurs de soins diminue (Arriagada, 2010). Cette crise pèse de manière disproportionnée sur les femmes qui — sous le mandat de la division sexuelle du travail hétéropatriarcal — continuent d'assumer la charge principale du soin non rémunéré, au détriment de leur insertion professionnelle, de leur autonomie économique et de leur propre trajectoire de vie (Arriagada & Todaro, 2012 ; Batthyány, 2015). Dans ce contexte, la micro-entreprise informelle s'impose comme l'une des rares alternatives accessibles : une stratégie déployée par nécessité plutôt que par opportunité, exercée principalement depuis le domicile et sans conditions structurelles garantissant sa soutenabilité.

Bien que l'étude du *care* se soit développée en Amérique latine quant à ses modalités d'exécution, ses stratégies et ses significations aux échelles micro et macrosociales, son articulation avec les stratégies économiques des femmes reste peu approfondie. S'il existe une vaste littérature en économie du *care* (XXXX), les recherches portant sur la dimension subjective et biographique des femmes qui entreprennent tout en assurant des activités de

soin demeurent peu explorées, notamment en ce qui concerne le sens attribué à cette double occupation, les tensions identitaires traversées et les limites concrètes rencontrées dans leur quête d'autonomie.

C'est dans cet espace vacant que s'inscrit cette mémoire, en articulant l'économie du *care* et l'économie féministe à travers un regard situé sur la subjectivité des femmes aidantes-entrepreneuses. À partir de ces considérations, ce travail cherche à répondre à la question de recherche suivante : comment les femmes aidantes de personnes dépendantes configurent-elles leurs stratégies de micro-entreprises informelles, à l'intersection entre travail de soin, précarité économique, quête d'autonomie et construction de leur propre subjectivité ?

L'objectif général qui guide cette recherche est d'analyser la micro-entreprise développée par des femmes aidantes de personnes dépendantes afin de comprendre la manière dont ces stratégies se façonnent à cette intersection. De cet objectif général découlent quatre objectifs spécifiques : a) reconstruire les trajectoires de soin et les reconfigurations biographiques expérimentées par ces femmes ; b) examiner le régime de soin dans lequel elles s'insèrent ainsi que ses effets sur la soutenabilité de leur propre vie ; c) caractériser les ambiguïtés de la micro-entreprise en tant que stratégie de subsistance, en prêtant attention à la fois à ses potentialités et à ses limites ; d) explorer le rôle de l'associativisme comme infrastructure de soutien féminisée et les tensions identitaires qui émergent dans la construction de la subjectivité de ces aidantes-entrepreneuses.

Pour répondre à ces objectifs, j'adopte une démarche qualitative issue d'un positionnement épistémologique féministe qui cherche à articuler la rigueur analytique à la proximité avec l'expérience vécue des participantes — ce qui est développé dans cette mémoire sous la notion d'« objectivité subjectivante ». Cette posture s'appuie sur des entretiens en profondeur permettant d'accéder aux trajectoires, aux significations et aux tensions qui traversent l'expérience simultanée du soin et de l'entrepreneuriat.

Cette mémoire s'organise en cinq chapitres. Le premier problematise la crise du *care* au Chili et son articulation avec les inégalités de genre sur le marché du travail, posant ainsi les bases empiriques qui justifient le recours à la micro-entreprise informelle comme réponse des femmes aidantes. Le deuxième chapitre explore la conceptualisation et la polysémie du *care*

comme catégorie analytique et politique, l'expérience corporelle et subjective de la dépendance, la micro-entreprise comme dispositif de reproduction de la vie selon l'approche de l'économie sociale, ainsi que les apports de l'économie féministe face à la tension entre le capital et la vie.

Le troisième chapitre expose la démarche méthodologique : le positionnement épistémologique adopté, la sélection des participantes, la construction des entretiens, les considérations éthiques et la stratégie d'analyse. Le quatrième chapitre présente les résultats de l'analyse des entretiens, structurés autour de cinq axes : a) les trajectoires de soin et la reconfiguration biographique ; b) le régime de *care* et la soutenabilité de la vie des aidantes ; c) les stratégies de subsistance ; d) l'associativisme en tant qu'infrastructure de soutien féminisée ; e) les subjectivités des aidantes-entrepreneuses et leurs tensions. Enfin, le cinquième chapitre rassemble les conclusions de la recherche et ses implications théoriques et analytiques, centrées sur la réponse à la question de recherche.

II. Problématisation : La crise du *care* et le recours au micro-entrepreneuriat informel

« Prendre soin, prendre soin, prendre soin est un travail,
C'est un travail qui doit être payé,
Prendre soin, prendre soin, prendre soin est un travail,
C'est un travail qui doit être payé »

— **Chant de la manifestation du 8M, Santiago du Chili**

Le *care* est essentiel dans la vie des personnes ; il est présent tout au long du cycle de vie, avec des besoins différents selon le bien-être requis par l'individu (Carrasco, et al., 2011). Ainsi, le *care* se réfère à toutes les tâches et gestions quotidiennes associées à l'apport de bien-être à chaque personne (Torns, 2008, pp. 70). Sa gestion mobile, à des degrés divers, l'État, les familles, le marché et la communauté (Arriagada et Todaro, 2012 ; Batthyány, 2015). Différents régimes du *care* peuvent être déployés à partir des politiques de bien-être, du modèle économique en vigueur et des facteurs socioculturels du pays. Cela dit, la

fourniture de soins a connu des transformations quant à sa compréhension, sa visibilisation, sa gestion et les acteurs impliqués.

Malgré sa centralité, le soin est resté dans la sphère privée, aggravé par sa privatisation croissante, dans laquelle les familles gèrent de manière permanente les besoins de soin des membres du noyau familial et de la famille élargie (Aguirre, 2005 ; Arriagada, 2010 ; Arriagada et Todaro, 2012). Dans des régimes de bien-être est moindre, génèrent des tensions sur la manière dont on accède aux soins, que ce soit par les familles ou par le marché pour ceux qui peuvent se le permettre. Cela impacte particulièrement et de manière disproportionnée les femmes en tant que principales prestataires sous la division sexuelle du travail hétéropatriarcal (Arriagada, 2010). Ce mandat social assigne aux femmes les tâches reproductives sans reconnaissance économique ni valeur sociale.

À l'échelle mondiale, la transition démographique génère de nouvelles tensions autour de la fourniture de bien-être, caractérisée par l'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement accéléré de la population, la diminution de la mortalité et de la morbidité infantiles, et la baisse du taux de fécondité, ce qui altère la structure de la pyramide des âges. Ces changements démographiques se combinent avec des transformations sociales, telles que l'incorporation croissante des femmes sur le marché du travail, l'augmentation des ménages monoparentaux dirigés par des femmes, la prolifération des ménages unipersonnels de personnes âgées, et la persistance de la division sexuelle du travail, où les femmes continuent d'assumer la charge principale des soins non rémunérés (CEPAL 2010 ; OIT, 2023 ; Batthyány, 2015 ; Carrasco, et al., 2011 ; entre autres).

Cette dynamique configure ce que l'on nomme la *crise du care*, entendue comme l'augmentation simultanée de la demande et des besoins de soin, découlant du vieillissement et de la migration générationnelle des personnes en situation de dépendance, accompagné de la réduction de l'offre de soignants potentiels, ce qui entrave la reproduction quotidienne des individus et met sous tension les systèmes de protection sociale (Arriagada, 2010). Ce phénomène s'inscrit en outre dans un contexte où le travail du *care*, dévalorisé et féminisé, se réorganise de manière précaire et discriminatoire, reproduisant des inégalités de genre, de classe et d'ethnicité (Carrasco, Borderías & Torns, 2011).

Au Chili, la crise du *care* se manifeste avec une acuité particulière : un vieillissement démographique accéléré (taux de remplacement de 1,5 en 2023 ; INE, 2026a) s'y combine à de fortes inégalités et à un régime de protection sociale libéral, familiste et féminisé, où le marché occupe un rôle central dans la fourniture des services de soin et la famille pallie ses défaillances (Sunkel, 2007 ; Arriagada, 2010 ; Velasco Domínguez, 2024). Dans ce scénario, les femmes aidantes fournissent des soins de manière intergénérationnelle, tant aux enfants et aux personnes âgées qu'aux personnes dépendantes, parallèlement à une augmentation du nombre de femmes aidantes âgées.

Bien que l'apport économique du travail du *care* non rémunéré, réalisé principalement par les femmes, représente 19,2 % du PIB élargi, dépassant ainsi la contribution de toute autre activité économique, le travail du *care* s'effectue dans des conditions de précarité sociale (INE, 2025a). Les variables socio-économiques et culturelles, ajoutées à la faible présence étatique, ont de graves conséquences sur l'augmentation de la vulnérabilité multidimensionnelle, plus encore au sein des ménages pauvres et monoparentaux, où l'offre publique est résiduelle et ciblée sur les 40 % les plus pauvres, avec des services publics dont la couverture est insuffisante (Arriagada, 2010).

Au Chili, le modèle mixte de soins perpétue la division sexuelle du travail : les femmes consacrent 86 % de temps en plus que les hommes aux tâches du *care* (INE, 2025b), ce qui limite leur insertion professionnelle et accumule des désavantages en matière de sécurité sociale (Arriagada, 2010 ; Rodríguez, 2007) — les obligations de *care* envers un membre du groupe familial figurant parmi les principales raisons de non-insertion des femmes au marché du travail (Cabrera Urrea, 2024). Face à cette situation, l'entrepreneuriat s'impose comme stratégie de génération de revenus : sa flexibilité horaire et spatiale permet de concilier *care* et ressources, bien que son caractère majoritairement informel — générateur de faibles revenus et de surcharge de travail, rémunéré et non rémunéré — freine souvent sa formalisation et sa croissance (Ministère de l'Économie, du Développement et du Tourisme, 2020, 2026 ; Ruiz-Martínez et Quiroz-Rojas, 2022)

Le micro-entrepreneuriat émerge ainsi comme une stratégie récurrente mais partielle et précaire, permettant d'articuler revenus et responsabilités de soin sans constituer une solution structurelle, ses conditions étant marquées par le manque de temps, l'informalité et la portée

limitée de l'intervention étatique. Ce projet de mémoire cherche à comprendre comment les femmes aidantes de personnes dépendantes au Chili déploient des microentreprises informelles comme stratégie de maintien de la vie, en termes de négociation des tensions entre le travail de soin et le travail rémunéré, et de la manière dont ces pratiques reconfigurent leurs rôles familiaux, leur autonomie et les notions subjectives de ce qu'est le soin.

Pour ce faire, je cherche à comprendre la manière dont les femmes aidantes de personnes dépendantes développent des micro-entreprises informelles en tant que stratégies de soutien à la vie. Il s'agit ainsi d'identifier les motivations et les conditions qui les poussent à entreprendre dans le secteur informel ; de caractériser les stratégies et les tensions quotidiennes qu'elles mobilisent pour concilier travail de soin et travail rémunéré ; et enfin, d'analyser les effets subjectifs et émotionnels de l'entrepreneuriat sur leur expérience d'aidantes.

II.1. Trajectoire institutionnelle des politiques du *care*

La reconnaissance des soins comme enjeu public s'est progressivement imposée à l'échelle internationale. Divers mécanismes normatifs en matière de droits humains ont ainsi été instaurés afin de promouvoir l'égalité de genre (CEDAW, 1979 ; Programme d'action de Béjin, 1995). En Amérique latine, ces orientations internationales ont commencé a se concrétiser avec la Stratégie de Montevideo (2017), qui invite les gouvernements à adopter des politiques publiques favorisant l'autonomie des femmes et une organisation sociale équitable des soins. Cette dynamique s'est ensuite consolidée avec l'Engagement de Santiago (2020) et le Consensus de Buenos Aires (2022), lequel consacre le concept de « société des soins » et affirme le soin comme un droit humain fondamental au service d'un modèle de développement centré sur la durabilité de la vie (CEPAL, 2023).

Néanmoins, ces avancées ne se sont pas encore traduites par la pleine consolidation d'un droit universel au soin envisagé dans sa triple dimension de prodiguer des soins, en recevoir et prendre soin de soi (Pautassi, 2007), tant sur le plan de l'élaboration des cadres normatifs que sur celui de leur mise en œuvre effective. En pratique, la concrétisation de ces principes se heurte à une inertie structurelle. Les politiques de *care* en Amérique latine se caractérisent historiquement par un régime familialiste, qui assigne à la famille — et, sous la division

sexuelle du travail hétéropatriarcal, plus particulièrement aux femmes — la responsabilité principale du bien-être de ses membres, l'intervention publique restant subsidiaire et l'organisation quotidienne du soin incombant aux ménages (Cetré, 2023).

Ces les politiques du *care* dans la région ne peuvent être analysées sans prendre en compte la manière dont l'État, le marché et la famille s'articulent. Sojo (2005) souligne que le bien-être est produit par un assemblage complexe de ressources issues du travail, des politiques sociales et de l'infrastructure sociale disponible. Cependant, la famille n'est pas une unité homogène, mais un espace où s'organisent des relations de pouvoir, et influencés par les cycles de vie de ses membres ainsi que par les inégalités de genre au sein du groupe familial. Dans ce contexte, les politiques sociales ont souvent des effets ambigus : d'une part, elles reconnaissent certains besoins de bien-être ; d'autre part, elles peuvent renforcer la dépendance des femmes lorsqu'elles sont conçues sur la base d'un modèle de l'homme pourvoyeur (Sojo, 2005).

Faute d'institutions publiques suffisamment consolidées ou financées pour garantir une protection sociale universelle, le soin a été pris en charge non seulement par les familles, mais aussi par des organisations sociales et des initiatives collectives de femmes, en particulier depuis la fin des années 1970, dans un contexte de crise économique, de dictatures et d'affaiblissement de l'État (Virreira, 2011 ; Miranda et Henríquez, 2021).

Au Chili, l’évolution des politiques de prise en charge s'est forgée au rythme des transformations politiques du pays tout en restant ancrée dans un modèle familialiste. Si l’expansion de la protection sociale publique (1924-1973) n'a pas remis en cause la subordination de l'État à la famille (Arellano, 1985 ; Arriagada, 2010), la dictature militaire (1973-1990) a ensuite imposer un modèle néolibéral qui a renforcé le familialisme et le maternalisme (Virreira, 2011 ; Valdés et al., 1989 ; Miranda & Henríquez, 2021), tout en voyant émerger des formes d'action populaire (*ollas comunes*, *vaso de leche*) portées par des femmes. Le retour à la démocratie en 1990 a instauré un modèle hybride étatique-productiviste conservant des traits néolibéraux (Arriagada, 2010 ; Martínez, 2007) où l'organisation des soins continue de reposer sur le travail féminin non rémunéré ou précaire (UNIFEM, 2000 ; Cuevas, 2017). Ce n'est qu'avec les gouvernements de la Concertación, notamment le premier mandat de Michelle Bachelet (2006-2010) et les réformes telles que

Chile Crece Contigo, qu'émerge une approche fondée sur les droits, Cette dynamique aboutit, en 2015, à la proposition du Sous-système national de soutien et du *care* (SNAC), destiné aux personnes dépendantes et visant, pour la première fois, à coordonner explicitement actions publiques et privées en matière de soins (Berner, 2015 ; Cuevas, 2017).

Actuellement, l'offre programmatique s'est élargie, comptant 70 programmes relevant de différentes institutions de l'appareil public qui contribuent aux soins des personnes dépendantes, particulièrement du ministère du Développement social et de la Famille, du ministère de l'Éducation, du ministère de la Santé, et du ministère de la Femme et de l'Égalité des genres. L'offre publique de soins peut être catégorisée en : soins à domicile, services d'appui, aides techniques et habitabilité, promotion de la coresponsabilité, compétences et emploi, et transferts monétaires (Ministère du Développement social et de la Famille, 2024).

Tableau 1. Domaines et catégories de l'offre publique actuelle dans le domaine des soins

Domain	Catégorie de l'offre	Nombre de programmes existants
Services de soin et d'appui	Soins en institution ou communautaires	22
	Soins à domicile	6
	Services des soutiens, aides techniques et habitabilité	19
Services de promotion et formation	Promotion de la coresponsabilité	8
	Compétences et emploi	3
Subventions	Transferts monétaires	12

Source : Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2024).

Sous le gouvernement de Gabriel Boric, l'offre de soins s'est élargie ; par exemple, en 2025, ont été créés les centres communautaires de soins, axés sur la prise en charge des personnes

présentant une dépendance fonctionnelle modérée ou sévère, ainsi que sur leurs aidants (Sous-secrétariat aux Services sociaux, 2025). L'un des engagements du gouvernement était la création d'un système intégré de soins, étant donné que, jusqu'à présent, l'offre publique du *care* n'était ni interconnectée ni coordonnée. Ainsi, en février 2026, à peine un mois avant la fin de son mandat, est promulguée la loi *Chile Cuida*, laquelle instaure le Système national d'appuis et de soins dont l'objectif est d'« articuler, de coordonner et de renforcer les politiques, les programmes et les services existants, en progressant vers une offre intégrée, dotée d'une couverture nationale et d'une universalité progressive » (Ministère du Développement social et de la Famille, 2026), à partir d'une approche territoriale à portée communale en tant que premier point de contact pour les personnes nécessitant des soins et pour leurs aidants.

Néanmoins, des défis structurels persistent, là où l'externalisation des soins n'altère pas la division sexuelle du travail, puisque les femmes continuent de dominer tant la sphère familiale que le marché du travail précaire (Arriagada, 2010). Dans le cadre néolibéral chilien, l'État a joué un rôle timide, dépassé par le marché qui marchandise les soins, sans transformer suffisamment la configuration traditionnelle (Cuevas, 2017). Cette trajectoire historique met en évidence la nécessité de politiques qui reconnaissent le soin comme un droit universel, en promouvant sa défamilialisation et sa démarchandisation afin de progresser vers l'équité de genre.

II.2. La crise des soins au Chili : vieillissement, dépendance et surcharge invisible

Le *care* a connu d'importantes transformations dans le contexte de la privatisation du bien-être, qui a progressivement transféré aux familles la responsabilité principale auparavant assumée par l'État. Ces transformations se heurtent cependant à une contradiction structurelle : bien que les femmes aient acquis un meilleur accès à l'éducation et au marché du travail, cette avancée ne s'est pas traduite par une redistribution équivalente des responsabilités de soin, lesquelles demeurent façonnées par des changements démographiques profonds et par les coûts croissants qu'implique la prise en charge des personnes dépendantes (Aguirre, 2005). La transition démographique — hausse de l'espérance de vie, vieillissement, baisse

de la mortalité infantile et de la fécondité — a modifié la pyramide des âges et généré une pression croissante sur les dispositifs de soin, plus rapide que la capacité des États à s'y adapter (Arriagada, 2010 ; CEPAL, 2024). Combinée à des mutations structurelles plus larges — privatisation du *care*, reconfiguration des marchés du travail, évolution des valeurs culturelles —, cette transition ne réduit pas la charge féminine : malgré leur insertion croissante dans la sphère productive, les femmes continuent, avec les familles, d'assumer la responsabilité principale des soins.

Au Chili, l'espérance de vie est de 81,8 ans avec un indice synthétique de fécondité de 0,92 pour l'année 2026, générant ainsi une réduction soutenue de la base de la pyramide des âges (INE, 2026). Ce phénomène a engendré une augmentation constante de la population en situation de dépendance, particulièrement chez les personnes âgées, ce qui accroît la demande de soins de longue durée. Dans ce contexte, la transition démographique apporte avec elle non seulement des conséquences sur la structure sociétale, mais également des reconfigurations concernant la production et la reproduction, où les personnes concernées et les types de soins nécessaires se reconfigurent également.

Cette évolution se traduit par une proportion croissante de personnes ayant des besoins de soins permanents, liés à l'âge ou à l'état de santé, qui requièrent un appui accru pour les activités de base de la vie quotidienne. La migration de dépendance, historiquement centrée sur le soin des enfants, concerne ainsi de plus en plus les personnes âgées, dont les besoins exigent une attention permanente et à long terme (Huenchuan, 2009 ; CEPAL, 2010).

L'augmentation de la demande répercute directement sur l'offre existante de services et d'infrastructures. Cette transformation se traduit par une demande croissante des soins pour la population en âge potentiellement actif : si l'on suppose que l'ensemble des besoins de soin sera assumé par des personnes âgées de 15 à 64 ans, la quantité d'« unités de soin » que chaque aidant potentiel devrait absorber augmente de manière significative tout au long du siècle (Durán, 2012 ; CEPAL, 2023b). Pour le cas du Chili, il est projeté que d'ici 2080, cette charge atteigne 3,5 unités de soin par aidant ; si la responsabilité devait incomber exclusivement aux femmes, ce chiffre pourrait s'élever à 7 unités par femme, un bond insoutenable qui approfondirait l'inégalité de genre et provoquerait l'effondrement de leur autonomie économique et reproductive (CEPAL, 2023b).

Selon l'Enquête sur le handicap et la dépendance (*Encuesta de Discapacidad y Dependencia*), 9,8 % de la population adulte du pays se trouve en situation de dépendance, ce qui équivaut à 1,5 million de personnes (Ministère du Développement social et de la Famille, 2025) et 14,7 % de la population des enfants et adolescents présente un handicap (Ministère du Développement social et de la Famille, 2023).

Cette dépendance ne se distribue pas de manière homogène : elle diminue à mesure que les revenus augmentent, et croît fortement lorsqu'on croise revenu et âge — 16,9 % des personnes de plus de 60 ans aux revenus les plus faibles sont en situation de dépendance, contre 12,4 % pour la même population considérée uniquement sous l'angle de l'âge (Ministère du Développement social et de la Famille, 2024).

À cela s'ajoute la couverture limitée des systèmes de protection sociale. Dans la région d'Amérique latine, on estime que plus de 30 % des personnes âgées ne perçoivent aucun revenu issu d'une retraite, d'une pension ou d'un travail, ce qui accroît la dépendance à l'égard de la famille et des réseaux informels de soin (OIT, 2023). Ce phénomène, combiné à la réponse tardive des États pour générer une structure publique qui réponde aux nouveaux besoins de la population, a eu pour conséquence qu'une part importante de la population est dépourvue de sécurité sociale (CEPAL, 2010, 2022).

Dans ce contexte, 72 % des personnes en situation de dépendance reçoivent des soins permanents de la part d'un membre de leur famille, parmi lesquelles 46 % présentent un type de dépendance grave, ce qui implique des soins permanents de la vie quotidienne, tels que s'habiller, se nourrir, se laver, entre autres (Ministère du Développement Social et Famile, 2022). Diverses études menées par l'Institut du Millénaire pour la recherche sur le *Care* (Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado – MICARE, 2023) ont mis en évidence que la grande majorité des personnes aidantes sont des personnes âgées, des femmes, et possèdent un lien de parenté direct.

Selon le Ministère du Développement social et de la Famille (2022, 2024), 38,3 % des aidantes sont des filles et 33 % des conjointes ou concubines de la personne dépendante, avec une disparité selon le genre de cette dernière : lorsqu'il s'agit d'un homme, le soin est

principalement assumé par sa partenaire ; lorsqu'il s'agit d'une femme, c'est la fille qui s'en charge dans 59 % des cas.

L'âge des aidantes constitue un autre facteur déterminant : quatre personnes dépendantes sur dix sont prises en charge par une personne de plus de 60 ans (Ministère du Développement social et Famille, 2024). Bien que 60 % des aidantes soient en âge actif, seules 3,6 % perçoivent une rémunération — ce travail restant majoritairement gratuit. Une étude du MICARE (2023) relève que 62 % des aidantes principales ont assumé ce rôle du simple fait de partager le foyer de la personne nécessitant des soins.

Dans ce contexte, la transition démographique au Chili s'est déployée parallèlement à l'aggravation de la crise des soins. Celle-ci se caractérise par l'augmentation de la demande des personnes nécessitant des soins permanents — qui se déplace vers la population plus âgée — et par la diminution de l'offre de personnes dédiées à ces tâches. Cette situation est aggravée par le fait que les rôles de genre relatifs au soin demeurent inchangés, limitant ainsi son exécution à la moitié de la population, ce qui s'ajoute à un contexte de faible protection sociale pour les personnes en situation de dépendance.

II.3. Genre, travail et micro-entrepreneuriat : la réponse informelle des aidantes

Dans le contexte chilien, la crise du *care* est étroitement liée aux inégalités de genre sur le marché du travail. Malgré les progrès concernant l'incorporation des femmes sur le marché du travail sur un pied d'égalité, des écarts importants persistent, tant en matière d'accès à l'emploi que de maintien sur le marché du travail.

En 2026, le taux de participation des femmes s'établit à 53,4 %, contre 71,8 % pour les hommes — un écart de 19,4 points. Cet écart se retrouve dans l'emploi informel (28,2 % des femmes contre 25,7 % des hommes), aggravant la précarité professionnelle féminine (INE, 2026b). La charge des responsabilités de soin explique en partie cette moindre participation : selon l'Enquête nationale sur l'emploi (Dirección del Trabajo, 2023), 35,69 % des femmes sont inactives pour des raisons familiales permanentes, contre seulement 4,37 % des hommes.

Ces inégalités se creusent dans la répartition du temps : les femmes consacrent plus de 4 heures 30 au travail non rémunéré, en semaine comme le week-end, contre moins de 3 heures pour les hommes (INE, 2025b ; voir Tableau 2) — un écart qui nourrit directement leur mise à l'écart du marché du travail.

Tableau 2. Temps et pourcentage de temps alloués à la charge de travail globale selon le sexe et le type de travail, en semaine

Activité	**Hommes**		**Femmes**		**Total**	
	Temps moyen	%	Temps moyen	%	Temps moyen	%
Travail dans l'occupation	08:59	76,3	00:19	64,2	08:41	70,7
Travail non rémunéré	02:48	23,7	04:38	35,8	03:36	29,3
Charge de travail total	11:46	100	12:57	100	12:17	100

Source: INE (2025b).

Face à cette situation, les femmes se tournent vers d'autres sources de revenus. En mars 2026, la population de micro-entrepreneurs comptait 59,3 % d'hommes et 40,7 % de femmes, ces dernières davantage représentées dans la Région Métropolitaine. Elles entreprennent majoritairement par nécessité (60,8 %), le plus souvent à domicile sans aménagement spécifique (31,2 %) ; les hommes, plus présents dans le sud du pays, entreprennent davantage par opportunité (40,4 % contre 26,5 % pour les femmes), au domicile ou chez le client (28,7 %) (Ministère de l'Économie, du Développement et du Tourisme, 2026).

Concernant l'utilisation du temps dans les tâches domestiques ou de soin, les femmes qui entreprennent consacrent également plus de 4 heures et demie à ce type d'activités, alors qu'à l'inverse, les hommes n'atteignent pas une moyenne de 2 heures et demie (INE, 2024). Ces écarts dans l'utilisation du temps témoignent de la limite de la disponibilité temporelle et de l'attention dont disposent les femmes pour développer leurs entreprises.

En synthèse, la crise du *care* au Chili se configure comme un phénomène structurel issu de la convergence entre transformations démographiques, inégalités de genre et limites du modèle de protection sociale. L'augmentation soutenue de la demande de soins, conjuguée à la féminisation persistante de l'accompagnement réalisé, a intensifié la surcharge de travail non rémunéré chez les femmes, affectant directement leurs trajectoires professionnelles et leurs possibilités d'autonomie économique.

Le micro-entrepreneuriat émerge comme une stratégie récurrente chez les femmes aidantes, permettant, de manière partielle et fréquemment précaire, d'articuler la génération de revenus avec les responsabilités de soin. Cependant, loin d'être une solution structurelle, ces initiatives se développent dans des conditions de forte restriction, marquées par le manque de temps, l'informalité et la portée limitée de l'intervention étatique.

Il s'avère fondamental d'interroger la manière dont les femmes aidantes construisent des stratégies économiques dans leur vie quotidienne, ainsi que les sens, les tensions et les limites qui traversent ces pratiques. De cette manière, dans ce projet de recherche, je me propose d'analyser le micro-entrepreneuriat développé par des femmes aidantes de personnes dépendantes, afin de comprendre comment ces stratégies se configurent à l'intersection entre le travail de soin, la précarité économique, la recherche d'autonomie et la construction de la subjectivité.

III. Bases conceptuelles pour l'étude du *care*

Nous, les femmes, devons travailler
comme si nous n'avions pas de responsabilités du care,
Et soigner comme si nous ne travaillions pas.

— Ex Ministre de la Femme et de l'Équité de genre, Antonia Orellana,
8 mai 2022

III.1. Polysémie du *care* : vers une catégorie analytique et politique

Considérer le *care* comme une catégorie analytique et politique implique de la dissocier des stéréotypes qui la confinent à la sphère privée et domestique, pour le considérer comme une pratique sociale fondamentale sous-tendant la continuité même de la vie dans ses dimensions matérielle, relationnelle, productive et symbolique. À partir de la théorie féministe, le *care*, dans sa définition la plus large, a été compris « comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde" » (Fisher et Tronto, 1991, pp. 40), elle comprend nos corps et l'entourage en une un réseau complexe ». De cette manière, le *care* se présente comme une activité relationnelle de protection qui peut rendre compte d'une action ou décrire un processus, lequel se divise en quatre phases : 1) se soucier, où se produit la reconnaissance du besoin d'autrui ; 2) se charger, qui implique d'assumer la responsabilité du besoin détecté ; 3) accorder des soins, qui implique le travail matériel du soin ; et, 4) recevoir des soins, qui fait référence à la réaction de la personne qui reçoit le soin (Fisher et Tronto, 1991 ; Tronto, 2008).

Tronto ancre cette définition dans la tradition anglo-saxonne d'une éthique relationnelle particulariste : contextuelle et relationnelle, elle repose sur des liens concrets, contraignants pour la construction de la morale et de la responsabilité, où se déploient des rapports de pouvoir entre celles et ceux qui soignent et celles et ceux qui sont soignés (Tronto, 2012).

Cette approche universaliste est aussitôt complexifiée par Helena Hirata (2021), qui repositionne le *care* comme une forme de « reproduction du vivant » se manifestant dans un travail physique, technique et émotionnel façonné par le genre, la classe et la race/l'origine ethnique des personnes impliquées — rompant avec les lectures qui le réduisent à une simple attitude ou disposition. Contre la théorie classique, qui limite le soin à la reproduction de la force de travail pour le marché, Hirata insiste : il produit des conditions d'existence et de sociabilité qui excèdent la seule fonction économique.

Dans la pratique quotidienne des femmes aidantes, il n'est pas possible de séparer le temps consacré à « produire » des revenus et le temps dédié à « reproduire » la vie ; celles-ci combinent bien souvent des micro-entreprises informelles, des emplois simultanés ou des

services à leur propre compte avec le soin intensif de membres de leur famille, organisant leurs horaires autour du corps de la personne soignée (Hirata et Makridou, 2015 ; Hirata et Molinier, 2012). Le *care* apparaît ainsi comme un point d'articulation entre économie formelle et informelle, entre travail domestique et travail rémunéré, entre espace privé et espace public (Hirata, 2021).

Patricia Paperman (2013) déplace le regard vers la dimension affective du *care* en proposant une épistémologie du point de vue : les personnes impliquées dans une situation de soin ont l'autorité pour définir ce qui s'y joue moralement, les émotions et les sentiments possédant une valeur épistémique et morale longtemps sous-estimée par la sociologie classique. Cette perspective déplace la notion d'objectivité vers une sensibilité attentive aux liens d'interdépendance, accordant une place centrale à la vulnérabilité et à la voix de celles et ceux qui soignent — à rebours de l'approche plus procédurale de Tronto, centrée sur les phases de l'action, Paperman interroge la légitimité même du regard porté sur le *care*.

Pascale Molinier (2010) prolonge ce déplacement de la matérialité des corps vers les gestes, le temps et les affects mobilisés. Critiquant la notion de « travail d'amour », elle montre que le travail du *care*, profondément invisibilisé, est naturalisé dans la féminité : on n'attend pas seulement des femmes qu'elles l'accomplissent, mais qu'elles le fassent avec dévouement, patience et amour, comme si ces dispositions étaient innées — une naturalisation qui alimente sa dévalorisation et sa précarisation symbolique, économique et institutionnelle (Molinier, 2012, 2013). Molinier va plus loin que Hirata en soulignant que l'organisation sociale du soin ne reproduit pas seulement des inégalités entre hommes et femmes, mais aussi entre femmes : les femmes privilégiées délèguent le travail le plus dur à des femmes pauvres, migrantes ou racialisées (Molinier, 2013).

> « Prendre soin de l'autre, ce n'est pas penser à l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est même pas nécessairement l'aimer, du moins en première intention, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre. S'occuper de l'autre, c'est se confronter à ses besoins primordiaux et à sa dépendance » (Molinier, 2010, pp.163).

Le *care* n'est pas seulement un objet d'étude, mais également une perspective par laquelle observer le monde social. Le *care* comme « catégorie critique » permet d'interroger l'organisation inégale du travail de subsistance de la vie et de questionner la séparation entre production de biens et production d'êtres humains. Dans cette optique, les définitions ne sont pas de simples exercices taxonomiques, mais des paris politiques sur ce qui est reconnu et nommé comme soin, comme : qui cuisine, nettoie, soigne, accompagne, écoute et répare, et dans quelles conditions (Ibos et al., 2019).

Ce tournant épistémologique permet de remettre en question la dichotomie subjectivité/objectivité ; les frontières se brouillent, permettant de comprendre le soin à partir de l'expérience incarnée et avec des rapports de pouvoir spécifiques, au lieu d'une neutralité désengagée et homogène (Haraway, 1988). De cette manière, l'éthique du *care* permet de reconnaître les expériences de soin et leur valorisation sociale face aux discours qui cherchent à les neutraliser et à les délocaliser.

Ce développement théorique n'est pas exempt de débats. Les auteures francophones alertent notamment sur le risque, dans la définition de Tronto, que le *care* en vienne à désigner l'ensemble des activités humaines, perdant sa capacité explicative pour devenir un signifiant vide : une amplitude conceptuelle telle qu'elle ne permettrait plus de situer ni de contextualiser les expériences vécues, effaçant les voix de celles et ceux qui prodiguent le soin et neutralisant la construction de leur subjectivité (Paperman, 2013 ; Molinier, 2010, 2012 ; Ibos et al., 2019).

Un second risque, symétrique au premier, est celui de la romantisation du *care*. Hirata et Molinier (2012) rappellent que le travail de *care* est fréquemment exigeant sur les plans physique et émotionnel, et que l'insistance sur « l'amour du travail » peut être fonctionnelle à sa dévalorisation économique — une lecture que confirme Cresson (1995), dont la recherche sur le secteur de la santé souligne le caractère chronophage et énergivore du soin, limitant l'autonomie des femmes qui l'exercent.

María Luz Esteban (2017) propose de faire face à ces limites de la définition du *care* sous la perspective de la redistribution. En reprenant les travaux de Nancy Fraser (2023) sur la justice morale, celle-ci remet en question le fait que la dichotomie entre distribution et

reconnaissance doive être appréhendée comme deux lignes distinctes, mais plutôt comme une catégorie bidimensionnelle (Fraser, 2008 ; 2023). Ces deux conceptions de la justice sont tout aussi importantes pour comprendre la réalité sociale, où la dimension économique de l'égalité (distribution) et la dimension socioculturelle de la différence (reconnaissance) constituent les deux faces d'une même pièce de la justice sociale. En ce sens, il ne suffit pas de reconnaître symboliquement la valeur du *care* ; il est nécessaire de redistribuer le temps, les revenus et les responsabilités entre l'État, le marché, les familles, la communauté et les hommes.

La littérature latino-américaine sur le *care* émerge dans le contexte des réflexions féministes sur le travail non rémunéré, les dynamiques familiales et la reproduction sociale, sous le diagnostic partagé de l'accès aux droits sociaux et de l'égalité des conditions dans les prestations sociales, ce qui place les femmes dans une situation d'iniquité sociale structurelle. Aguirre et Ferrari (2014) mettent en évidence le rôle des familles en tant que principales pourvoyeuses de bien-être, caractérisant les sociétés latino-américaines par une structure familialiste. Celles-ci ne sont pas seulement les réceptrices des politiques publiques, mais elles le sont également sous l'administration et la division sexuelle au sein du foyer, ce qui rend urgent de centrer le débat sur le travail rémunéré et non rémunéré, en rendant visible le rôle normatif que les femmes assument dans le travail de *care* et domestique.

La définition du *care* en Amérique latine constitue encore un champ de discussion et de réflexion. Arriagada (2010) sera l'une des principales auteures à définir et à caractériser le *care* dans la région, dans la mesure où elle conçoit celui-ci comme un ensemble d'activités orientées vers le maintien quotidien de la vie et de la santé, qui incluent des dimensions matérielles (alimentation, hygiène, mobilité, médication), économiques (ressources, coûts) et affectives-relationnelles (liens, responsabilité, souci du bien-être de l'autre). Cet apport a permis de dépasser une lecture unidimensionnelle du soin, en rendant compte des différentes sphères de la vie publique et privée dans lesquelles il se déploie, et en ouvrant ainsi la possibilité de saisir les distinctions qui le traversent selon le contexte et les conditions concrètes dans lesquelles il est exercé.

L'un des apports les plus importants du courant latino-américain est la compréhension du *care* en tant que travail et composante de l'économie, au-delà de son ancrage classique dans la sphère domestique et privée. À partir de l'économie féministe, des auteures telles que Pérez Orozco (2005, 2006), Rodríguez Enríquez (2012, 2015) et Esquivel (2012) conceptualisent le travail de *care* comme une activité de gestion et de maintien de la vie et de la santé dans laquelle se concentrent les besoins les plus fondamentaux et quotidiens des personnes, permettant ainsi leur survie et leur participation à la vie sociale. Cette approche déplace la focalisation de la production marchande vers la reproduction sociale, rendant visible le « cœur invisible » du *care* en tant que pilier indispensable du fonctionnement économique et social.

Ce regard s'avère particulièrement important lorsque l'on considère les contextes d'inégalité sociale et de faible présence de l'État en Amérique latine, où les femmes aidantes de personnes dépendantes combinent le travail de maintien de la vie avec des stratégies économiques précarisées, telles que des emplois informels, des activités à leur propre compte ou des micro-entreprises, afin de garantir des revenus minimaux, comme cela a été démontré dans les analyses portant sur la crise du *care* et l'informalité dans la région. Dans un contexte où l'accès aux prestations et à la sécurité sociale se définit principalement par l'insertion dans l'emploi formel, le travail de *care* non rémunéré, qui incombe de manière disproportionnée aux femmes, ne produit pas seulement de la vie, mais génère également des inégalités de genre, de classe et de race, en structurant qui peut accéder aux revenus, à la protection sociale et à l'autonomie effective.

Une préoccupation centrale du débat théorique porte ainsi sur l'organisation sociale du *care* et les régimes de bien-être, la manière dont se distribue la responsabilité de pourvoir aux soins entre l'État, le marché, les familles et la communauté, ainsi que les arrangements concrets de services, de transferts, de temps et de soutiens qui articulent ces sphères (Aguirre, 2008). Cette entrée constitue précisément l'un des apports les plus significatifs de la théorisation latino-américaine du *care* comme indissociable des dispositifs concrets de prestation effectivement déployés dans chaque pays. Cet ancrage dans des dispositifs institutionnels concrets, plutôt que dans des catégories abstraites, constitue l'un des apports majeurs de la théorisation latino-américaine : il permet de saisir les interrelations entre

dynamiques macrosociales — vieillissement, mutations familiales, réformes néolibérales — et arrangements microsociaux, tels que la répartition des tâches au sein du foyer et les stratégies de soutien mutuel entre familles et réseaux communautaires. Dans une perspective féministe, il s'agit d'interroger comment ces configurations reproduisent des inégalités de genre, de classe et de race, et d'évaluer la marge de manœuvre disponible pour les transformer par les politiques publiques, les mouvements sociaux et les formes de solidarité (Arriagada, 2007, 2010 ; Rodríguez Enríquez, 2012 ; Batthyány, 2008 ; Pérez Orozco, 2006, entre autres).

La notion d'organisation sociale du *care* permet également de problématiser la position de l'État et sa relation avec les mandats de genre. Pautassi (2007) montre que, dans de nombreux pays d'Amérique du sud, l'institutionnalité reproduit l'attente selon laquelle les femmes doivent être les principales aidantes : les programmes sociaux sont conçus autour de la figure de la « mère responsable », et les politiques de transferts conditionnés présupposent du temps disponible pour satisfaire aux exigences de soin et aux services d'appui.

La théorie latino-américaine s'est également attachée à penser le *care* comme un droit, garantissant l'accessibilité tant pour les personnes soignées que pour celles qui soignent. Pautassi (2007, 2016, 2023) part du constat que les besoins de soin ne sont pas, à ce jour, consacrés par un droit spécifique : ils dépendent de la disponibilité des familles, des réseaux informels et de la capacité de paiement. Penser le *care* sous l'angle des droits permet de dépasser sa polysémie en définissant qui en sont les titulaires, quels mécanismes en garantissent l'exercice et quel en est le champ d'intervention — recentrant le débat vers l'enjeu d'une redistribution effective, particulièrement crucial dans des contextes de faibles ressources fiscales, d'informalité élevée et de mandats de genre culturellement renforcés.

D'autres débats traversent la littérature latino-américaine quant à l'articulation du *care* avec les dimensions affective et éthique. Marcela Lagarde (1999) dénonce la féminisation de la pauvreté et la « féminisation de la survie », formulant une éthique féministe latino-américaine qui récupère le *care* comme axe de résistance face au patriarcat et au néolibéralisme. Alba Carosio (2007, 2009) va plus loin en posant le *care* comme « impératif éthique » d'émancipation, en dialogue direct avec les transformations néolibérales et la mondialisation : pour elle, le féminisme latino-américain doit penser le *care* comme valeur publique et

responsabilité sociale — non comme vertu privée féminine —, orientée vers la construction d'une « société du *care* » comme horizon de transformation radicale face au patriarcat et au capitalisme néolibéral. Le *care*, en tant que catégorie politique, permet ainsi de reconnaître les besoins humains traduits en biens et services, mais aussi en affects et en relations.

En somme, le débat anglo-saxon et européen pense le *care* comme éthique de la vulnérabilité, de l'interdépendance et des liens, revendiquant la valeur morale du bien-être et des besoins concrets (Gilligan, 1977, 1982 ; Tronto, 2008) — un « faire » lié au maintien de la vie, mais aussi un prisme pour réordonner les frontières entre moral et politique, public et privé, pouvoir et charge quotidienne du soin (Fisher et Tronto, 1991 ; Paperman et Laugier, 2005 ; Hirata et Molinier, 2012 ; Molinier, 2010). La réflexion latino-américaine, elle, déplace l'attention vers les régimes de bien-être familialistes, l'économie du *care* et l'organisation sociale du soin, en soulignant le poids du travail non rémunéré des femmes dans la durabilité des systèmes de protection sociale et en articulant la préoccupation éthique du *care* à son statut de droit humain — sa reconnaissance, sa redistribution et sa co-responsabilité sociale (Aguirre et Ferrari, 2014 ; Arriagada, 2010 ; Pautassi, 2007, 2016 ; Rodríguez Enríquez, 2012). Ces deux traditions ne s'excluent pas : elles éclairent, l'une du côté de l'expérience vécue et de l'éthique relationnelle, l'autre du côté des structures économiques et institutionnelles, une même tension constitutive du *care* — entre affect et travail, singularité et structure — qui traverse directement la manière dont les femmes aidantes de ce terrain d'étude se pensent elles-mêmes comme sujets à la fois affectifs, économiques et politiques. À la croisée de ces chemins, le *care* s'appréhende simultanément comme pratique matérielle et émotionnelle, axe d'inégalité structurelle et champ de dispute normative et politique.

III.2. Dépendance, corps et subjectivité : l'expérience du soin informel

Dans les débats féministes sur le travail de *care*, la dépendance est liée à l'idée de « crise du *care* ». Arriagada (2010) et Batthyány (2008) montrent que le vieillissement de la population, l'expansion des maladies chroniques et l'incorporation massive des femmes sur le marché du travail rémunéré ont profondément mis sous tension le modèle familialiste en Amérique latine. Dans ce contexte, les aidantes constituent le maillon qui absorbe les tensions entre les

besoins des personnes dépendantes, l'organisation des services et les possibilités réelles des familles pour soutenir les soins (Fine & Glendinning, 2005 ; Tobío Soler et al., 2010).

Penser le *care* et la dépendance, il est nécessaire de les envisager sous l'angle de leur articulation relationnelle, comme un réseau interconnecté entre deux sphères de la vie où se croisent les politiques publiques, les mandats de genre, les pourvoyeurs de soins et les émotions (Arenas & Estrada, 2020 ; Navarro & Rico, 2013). Comme je l'ai déjà énoncé, j'appréhende le *care* à partir de la durabilité de la vie dans des contextes situés, au sein desquels se déploient tant des activités matérielles que des affects. À ce niveau, le *care* dans des situations de dépendance physique ou mentale acquiert un caractère spécifique et des implications particulières, tant pour ceux qui reçoivent les soins que pour ceux qui les dispensent.

Historiquement, cette articulation du *care* en situation de dépendance s'est heurtée à la dominance du modèle médico-réadaptateur, lequel réduit le déficit individuel devant être corrigé ou traité afin de surmonter « l'invalidité » devant être corrigé par un contrôle expert (Crow, 1996 ; Martínez, 2017). En pathologisant la dépendance au lieu de la reconnaître comme une dimension fondamentale de la condition humaine (Fraser & Gordon, 1994), ce cadre produit une vision asymétrique du soin : le *care* y est perçu de manière unidirectionnelle et charitable, masquant la complexité des négociation et des rapports de pouvoir qui traversent la relation d'aide (Fine & Glendinning, 2005 ; Tobío Soler et al., 2010), tout en s'incarnant dans des définitions institutionnelles.

À l'inverse, le modèle social et les mouvements de personnes en situation de handicap réévaluent ce lien en dissociant la prise de décision de son exécution physique, réaffirmant ainsi l'agentivité des personnes aidées (Fine & Glendinning, 2005). Cette relecture permet de comprendre la dépendance non pas comme un état isolé, mais comme une dynamique relationnelle d'interdépendance. À travers le concept de « dépendances imbriquées » (Kittay, 1999), il apparaît que l'absence de soutien public et les hiérarchies sociales font basculer le besoin de soin en une contrainte structurelle pour l'aidante elle-même, l'enfermant dans des chaînes de dépendance qui restreignent son autonomie économique et son temps propre.

Dans la vie quotidienne des aidantes informelles de personnes en situation de dépendance, la relation soin-dépendance devient tangible à travers une trame dense d'activités, de temps et d'affects. Grandón Valenzuela (2021) décrit le travail de care comme un continuum, qu'elle qualifie de « *corpocuidado* » (soin corporel), faisant allusion à l'acte de nourrir, laver, mobiliser, changer de posture et administrer des médicaments, en articulation avec les activités domestiques qui fournissent les préconditions matérielles, telles que cuisiner, nettoyer, laver et ranger. Ces deux dimensions du soin se lient simultanément à des tâches de gestion mentale, médicale et institutionnelle, qui incluent l'organisation des traitements, la coordination des rendez-vous, les examens et le suivi des démarches (Grandón Valenzuela, 2021). Ces activités se déroulent dans le même espace-temps que celui où s'écoule la vie des aidantes, ce qui engendre une « densification » du temps dans laquelle le travail et la vie ne connaissent plus de séparation (Arenas & Estrada, 2020 ; Grandón Valenzuela, 2021).

Le temps du soin informel se caractérise ainsi par une nature cyclique et incessante — interruptions du sommeil, l'absence de week-ends ou de vacances, ainsi qu'une disponibilité permanente (Grandón Valenzuela, 2021 ; Pérez et Pilar, 2004, 2013). Cette même logique conduit à la territorialisation du travail de soin à domicile, réduisant davantage les possibilités pour les aidantes de dissocier leur propre vie de celle liée à l'acte de soigner, de participer à des espaces sociaux ou de développer des projets personnels, face à l'exigence d'une présence constante (Grandón Valenzuela, 2021).

Tobío Soler et al. (2010) identifient des conséquences physiques telles que la fatigue, des troubles du sommeil, des douleurs musculaires et articulaires, des migraines, une tension musculaire soutenue et une augmentation des consultations médicales, dont beaucoup ne peuvent se concrétiser par manque de relais et de ressources (Tobo Soler et al., 2010). Le corps de l'aidante devient ainsi un outil de travail, sa perte d'autonomie croissant avec le degré de dépendance de la personne soignée.

La construction de la morale et de la subjectivité est également mise en jeu. Grandón Valenzuela (2021) mentionne la manière dont le soin est perçu simultanément comme une obligation morale, en particulier dans les contextes de soin familial où la réciprocité est la norme. Les aidantes traversent des processus ambivalents, oscillant entre des sentiments de

fatigue et de manque d'autonomie personnelle, compensés toutefois par la « gratification » de soigner. Le « bon soin » opère comme un dispositif normatif qui régule la conduite des aidantes et structure leur expérience subjective, où la responsabilité, le dévouement inconditionnel et la réciprocité se déploient comme des mandats culturels associés à la construction de l'identité féminine (Grandón Valenzuela, 2021).

Cette ambivalence illustre le fonctionnement du soin comme « travail d'amour » combinant coûts et gratifications (Folbre, 2001) : l'implication affective y constitue une partie intégrante du travail, exigeant une régulation émotionnelle constante — gérer sa propre irritabilité, tristesse, peur ou frustration pour offrir calme, patience et affection (Hochschild et Machung, 1989). Standardisé et supervisé dans les espaces professionnels, ce travail émotionnel demeure invisibilisé et naturalisé dans le soin informel, où il devient composant de la construction de soi des aidantes (Lynch et al., 2009 ; Mor, 2008).

Dans les régimes familialistes latino-américains, les moralités du « bon soin » peuvent dériver vers des formes de domination dissimulée. Les aidantes assument l'obligation de dispenser un soin « approprié », mais elles manquent de ressources pour définir les conditions dans lesquelles elles le feront : elles ne choisissent pas les horaires, ne peuvent décider des moments de repos, n'ont pas toujours voix au chapitre lors des décisions cliniques pertinentes et, souvent, ne disposent pas de soutiens étatiques suffisants (Arenas & Estrada, 2020 ; Arriagada, 2016), de telle sorte que l'exigence morale limite leur capacité de négociation.

La relation entre soin et dépendance ne se réduit pas à des rapports unidirectionnels, mais qu'elle implique un champ complexe de relations de pouvoir ; il s'avère dès lors utile de s'interroger sur la manière dont se distribuent las responsabilités du soin, sur l'identité de ceux qui définissent les conditions dans lesquelles on soigne, et sur les possibilités réelles qu'ont les aidantes de négocier, de refuser ou de transformer ces conditions.

La notion de durabilité de la vie permet, par conséquent, de déplacer le curseur de l'accumulation et de la croissance vers les conditions matérielles, relationnelles et symboliques qui rendent possible l'existence quotidienne. Plus qu'un concept descriptif, il s'agit d'une catégorie analytique et politique qui questionne la séparation entre production et reproduction, et qui place au centre ce que l'économie dominante a maintenu à la marge : le

travail de soin, la reproduction sociale et l'interdépendance humaine (Carrasco, 2014 ; Federici, 2020 ; Fraser, 2023).

Cette perspective s'avère particulièrement pertinente car elle permet de connecter deux champs qui sont souvent étudiés séparément. D'une part, les économies populaires, informelles et solidaires montrent comment de larges secteurs sociaux organisent leur subsistance dans des contextes de précarisation, d'instabilité et d'absence partielle de protection étatique. D'autre part, l'économie féministe met en évidence que ces stratégies ne peuvent être comprises sans prendre en considération le travail quotidien qui soutient la vie, dont une grande partie retombe de manière disproportionnée sur les femmes et s'accomplit sans reconnaissance monétaire ni sociale suffisante (Rodríguez Enríquez, 2020 ; Carrasco, 2001, 2006). En ce sens, la durabilité de la vie fonctionne comme un pont conceptuel entre les formes de génération de revenus et les conditions matérielles qui permettent de les pérenniser.

Les trajectoires économiques des femmes ne peuvent être convenablement comprises si elles sont analysées uniquement sous le prisme de la logique de l'emploi, de la productivité ou de l'entrepreneuriat individuel. Dans des contextes de précarisation du travail, de crise du *care* et d'affaiblissement des institutions étatiques, de nombreuses femmes développent des activités économiques qui articulent génération de revenus, travail domestique et travail de soin. Loin de répondre exclusivement à une rationalité entrepreneuriale orientée vers l'accumulation, ces trajectoires s'organisent généralement à partir des besoins concrets de reproduction de la vie, de la conciliation des temps et de la recherche d'une certaine autonomie matérielle dans des conditions de forte restriction structurelle (Carrasco, 2001 ; Rodríguez Enríquez, 2020 ; Federici, 2020).

Mon objectif est de reconstruire les alternatives à l'économie néoclassique *mainstream*, afin de rendre intelligibles les pratiques des femmes aidantes au sein de l'économie et de leur autonomie économique. Pour ce faire, je réalise un parcours des propositions issues de l'économie sociale et solidaire ainsi que de l'économie populaire, pour ensuite élargir le débat aux propositions de l'économie féministe et du soin en tant que projet politique et théorique.

III.3. Une économie autre : la micro-entreprise comme dispositif de reproduction de la vie

L'économie ne constitue pas un espace homogène ou neutre, mais un terrain traversé de conflits quant à la nature des activités reconnues comme travail, à la légitimité des formes de subsistance et à l'inclusion ou l'exclusion des acteurs vis-à-vis du cadre institutionnel (Coraggio, 2007 ; Rodríguez Enríquez, 2020). Hart (1973) introduit la notion de « revenus informels » pour désigner les activités économiques non encadrées par l'emploi public ni le capitalisme organisé, mais centrales à la survie urbaine, d'abord perçues comme un vestige transitoire (Tokman, 1978), puis reconnues, avec la crise de l'ajustement structurel, comme phénomène structurel façonné par les relations entre État, marché et société (Hart, 2009).

Cette relecture de l'informalité en tant que phénomène structurel et complexe permet de dépasser la vision d'une précarité purement individuelle pour reconnaître le potentiel des liens collectifs qui émergent dans ces contextes. En comprenant que las stratégies de subsistance ne répondent pas uniquement à une logique de marché néolibérale, mais qu'elles se fondent également sur l'entraide et l'ancrage territorial, s'ouvre la voie à des cadres théoriques qui privilégient la reproduction de la vie face à l'accumulation. C'est précisément au cours de cette transition — où la recherche d'alternatives à l'exclusion économique se formalise dans des structures de gestion démocratique — que le concept d'économie sociale et solidaire (ESS) prend sa pertinence.

Le terme d'économie sociale a ainsi émergé pour dénommer toutes ces autres formes de travail à caractère associatif, telles que les coopératives, les mutuelles ou les associations de travailleurs, qui se distinguaient de l'entreprise capitaliste (Laville, 2019 ; Bastidas & Richer, 2001). Ces organisations s’orientées non vers le profit mais vers le service aux membres ou à la collectivité, via des modes de gestion fondés sur l'autonomie, la décision démocratique et la redistribution des excédents (Defourny et Nyssens, 2012). L'économie solidaire, elle, rassemble un ensemble hétérogène de pratiques de démocratisation de l'économie, plaçant la reproduction de la vie et les droits humains au-dessus de la rentabilité, en articulant objectifs économiques, sociaux, politiques et environnementaux (Razeto, 1993 ; Coraggio, 2013).

En Amérique latine, bien qu'il existe une tradition coopérative inspirée des modèles européens, l'émergence de ce qui sera qualifié « d'économie solidaire », puis « d'économie sociale et solidaire », est intrinsèquement liée aux luttes populaires face aux dictatures des années quatre-vingt dans la région, ainsi qu'aux ajustements structurels consécutifs et à l'implémentation du modèle néolibéral (Da Ros, 2007 ; Coraggio, 2013). Ainsi, l'intérêt de désigner ce tiers secteur de l'économie repose sur les expériences des organisations économiques populaires — telles que les *ollas comunes* (cantines populares), les coopératives de travail, les entreprises récupérées ou les réseaux de troc, entre autres —, qui surgissent comme des réponses collectives à la pauvreté, au chômage et à l'exclusion générés par le néolibéralisme (Da Ros, 2007 ; Coraggio, 2007).

Pour Coraggio (2007, 2013), l'ESS ne constitue pas un sous-système marginal, mais une alternative contre-hégémonique qui réoriente production et distribution vers la reproduction élargie de la vie, articulant réciprocité, redistribution et marché selon une rationalité reproductive plutôt qu'instrumentale — une « Autre économie » étroitement liée aux mouvements féministes, écologistes, indigènes, paysans et urbains, ainsi qu'aux épistémologies du Sud qui problématisent la colonialité du savoir et du pouvoir (Sousa Santos et Rodríguez-Garavito, 2006 ; Laville, 2019 ; Hillenkamp et Laville, 2013).

L'approche de l'ESS, centrée sur des formes organisationnelles spécifiques, coopératives, mutuelles, entreprises sociales (Defourny et Nyssens, 2012 ; Laville, 2019), a produit des outils normatifs et statistiques pour mesurer ce « secteur », mais tend à invisibiliser la dimension domestique et communautaire de la reproduction ainsi que les pratiques populaires non formalisées (Laville, 2019). Dans une perspective critique du développement, la notion d'« économies populaires » vise au contraire à analyser les pratiques de subsistance non collectives — comme l'auto-emploi — sans les réduire à un déficit par rapport à l'économie formelle ni à un imaginaire évolutionniste de la modernisation (Lapeyre, 2014) : les activités dites informelles y sont comprises comme des formes historiques et contemporaines d'organisation économique encastrées dans des relations sociales, culturelles et politiques spécifiques (Hillenkamp et al., 2013 ; Lapeyre, 2014).

Cette conceptualisation naît de l'analyse de contextes nationaux cherchant une alternative à la lecture institutionnelle de l'OIT sur l'économie informelle (Serra, 2018 ; Razeto, 1993 ;

Coraggio, 1989), réhabilitant l'auto-emploi, l'emploi informel, le travail domestique et la coopérativité populaire (Serra, 2018). Luis Razeto (1983, 1986), l'un des premiers auteurs du Cône Sud à théoriser les organisations économiques populaires — cantines de quartier, ollas comunes, coopératives d'approvisionnement nées sous la dictature militaire chilienne —, y voit l'expression d'une « économie populaire de solidarité » fondée sur la coopération et l'entraide face à la destruction du tissu salarial et de l'État social (Razeto, 1986).

José Luis Coraggio, par sa part, il entendra le concept d'économie populaire comme le choix des ressources, des activités, des normes et des liens déployés par les unités domestiques, qui dépendent de leur propre travail pour assurer la reproduction de la vie de leurs membres. Cette perspective déplace la focale de l'entreprise ou du marché du travail vers l'unité domestique et ses stratégies, remettant ainsi en cause le capitalocentrisme de l'économie néoclassique (Coraggio, 1998, 2007). L'unité domestique s'entend comme l'ensemble du groupe d'individus, liés de manière durable par des relations de parenté ou d'affinité, qui sont solidairement et quotidiennement responsables de l'obtention de biens, de services ou d'argent, ainsi que de la répartition des conditions matérielles nécessaires à la reproduction immédiate de tous ses membres (Coraggio, 2007).

Ces activités peuvent prendre diverses formes : travail indépendant, micro-entreprises marchandes, travail salarié, travail de reproduction pour l'autoconsommation, travail solidaire pour la consommation collective, formation (Coraggio, 2007). L'économie populaire ne se limite pas à un ensemble d'unités productive, elle constitue un réseau de pratiques de production, d'échange et de financement intégrant marché, redistribution et réciprocité, soit des configurations spécifiques des principes d'intégration économique en contextes d'inégalité, plutôt que de simples phénomènes périphériques à la formalité (Hillenkamp, 2009).

Orlando Núñez, de son côté, conceptualise l'économie populaire à partir de l'expérience nicaraguayenne et des réflexions issues de la théorie de la dépendance. Il met en évidence l'existence d'un « prolétariat à son propre compte », soumis à des formes d'exploitation indirecte par le biais de mécanismes d'échange inégal, tant sur le plan international que sur les marchés intérieurs (Núñez, 1995). Dans cette optique, l'économie populaire serait l'espace

où s'exprime la subordination des périphéries au capitalisme mondial, mais également le lieu des formes de résistance et d'auto-organisation.

Au sein de l'économie populaire, les « micro-entreprises marchandes » constituent une forme organisationnelle clé, particulièrement au sein du contexte urbain. Coraggio (1998) les définit comme des organisations collectives de travail destinées à produire ou à commercialiser des biens ou des services pour les marchés, pouvant inclure des membres des unités domestiques ainsi que d'autres travailleurs associés ou contractuels dans certains cas.

À la différence de l'entreprise de capital, dont l'objectif est de maximiser le profit par unité de travail et de capital investis, la micro-entreprise marchande de l'économie populaire priorise l'usage efficient des ressources rares des unités domestiques — telles que le temps, l'argent ou les actifs physiques — en fonction de leur projet de vie (Coraggio, 1998).

En conséquence, des stratégies sont déployées depuis les unités domestiques afin de permettre la conciliation entre le travail marchand et la reproduction élargie de la vie, au-dessus de la productivité maximale ou des revenus potentiels. Une telle dynamique permet de visibiliser les activités économiques qui émergent, par exemple, du travail de soin non rémunéré. Ainsi, les réseaux de soutien et les associations, les collectifs d'aidantes ou les réseaux de quartier constituent des formes de collaboration qui intègrent le travail rémunéré et non rémunéré au profit d'échanges réciproques et de l'accès aux programmes publics (Hillenkamp, 2009 ; Coraggio, 1998). Au-delà de leur formalisation juridique, leur pertinence au sein de l'économie populaire réside dans leur fonction structurelle pour la reproduction de la vie, tant dans l'espace domestique que communautaire.

Sur le plan conceptuel, l'articulation entre l'économie informelle et le travail de soin renvoie également à la division entre la sphère publique formalisée et la sphère domestique « privée », qui a soutenu la morale économique des sociétés capitalistes (Hart, 2011). Hart signale que la majorité des individus segmente son temps entre le travail rémunéré régi par des règles impersonnelles et le travail non rémunéré au sein du foyer, articulant les deux au moyen de l'argent comme médiation centrale (Hart, 2011). Cette séparation, fortement genrée, a eu pour conséquence d'invisibiliser la valeur économique du *care* et sa contribution à la reproduction de la force de travail et de la vie en général (Hillenkamp et al., 2013).

Dans le cas des femmes aidantes, cette approche permet de situer leurs micro-entreprises et leurs associations comme des dispositifs spécifiques pour réaliser le fonds de travail des unités domestiques dans des conditions de crise du soin et de précarisation du travail. Elle rend intelligibles des décisions telles qu'accepter un revenu moindre pour pouvoir s'occuper d'un proche dépendant, ou prioriser la continuité de l'assistance plutôt que l'expansion de l'activité — des choix guidés non par la rationalité économique capitaliste, mais par une rationalité reproductive (Coraggio, 2007 ; Hillenkamp, 2009). Le travail domestique et de soin cesse ainsi d'être une activité « extra-économique » pour devenir partie constitutive de l'économie, qu'il soit ou non médié par l'argent ou comptabilisé dans les comptes nationaux — une reconnaissance fondamentale pour cette recherche, puisque les aidantes participent à l'économie populaire non seulement par le marché, mais aussi par le travail non rémunéré qui soutient la force de travail et les initiatives économiques populaires elles-mêmes. Il devient ainsi possible d'analyser les tensions entre survie, dignité et autonomie dans leurs trajectoires, et de comprendre comment leurs décisions économiques sont traversées par le désir de garantir la reproduction élargie de la vie.

III.4. L'économie féministe comme proposition face à la tension capital-vie

L'économie néoclassique se fonde sur le principe de l'*homo economicus* agissant selon une rationalité utilitariste. Cette approche a séparé les sphères productive et reproductive de la vie, en privilégiant la première comme unique source légitime de revenus et de profits. Une telle séparation a conduit à l'invisibilisation d'autres formes de production économique pourtant liées à la durabilité de la vie (Coraggio, 2007).

Sous le prisme d'un androcentrisme universel, rationnel et autonome fondé sur la maximisation des profits, la figure de l'*homo economicus* — un homme blanc, adulte, hétérosexuel, en bonne santé, aux revenus moyens — s'est universalisée en tant que sujet économique abstrait. Ce faisant, elle occulte le fait que les décisions et les opportunités économiques sont traversées par des relations de pouvoir, parmi lesquelles le genre, la classe et la race (Carrasco, 2001 ; Rodríguez Enríquez, 2015). L'économie néoclassique associe le marché au travail sous la forme exclusive de l'emploi, reléguant tout ce qui échappe à

l'échange marchand à la sphère privée, hors du champ économique (Federici, 2010 ; Rodríguez Enríquez, 2020 ; Carrasco, 2017).

S'appuyant sur cette critique de l'androcentrisme économique capitaliste, l'économie féministe part des réflexions sur la division binaire entre le privé et le public, élargissant ainsi les débats pour la reconnaissance du travail domestique et du *care* en tant que composantes de la reproduction (Carrasco, 2017). De cette manière, la sphère privée est appréhendée comme une activité productrice de valeur, dans la mesure où elle garantit la disponibilité quotidienne des travailleurs et travailleuses pour le marché (Carrasco, 2014, 2017 ; Federici, 2013 ; Fraser, 2013 ; Rodríguez Enríquez, 2010).

Dans un premier temps, en revisitant la théorie marxiste, Silvia Federici critique la séparation entre production et reproduction. Elle analyse comment le capitalisme déploie des formes de contrôle sur les corps et exproprie les femmes de leurs moyens de subsistance, en les confinant au travail domestique et en dégradant celui-ci au rang de sphère « naturelle », « amoureuse » ou « instinctive » (Federici, 2010). Dans ses travaux plus récents, Federici élargit la notion de reproduction sociale pour englober non seulement le foyer nucléaire, mais aussi les multiples formes de travail, rémunérées ou non, qui soutiennent la vie et qui touchent à des corps féminisés et racialisés, ainsi qu'à une partie des hommes exclus de l'emploi formel (Federici, 2020).

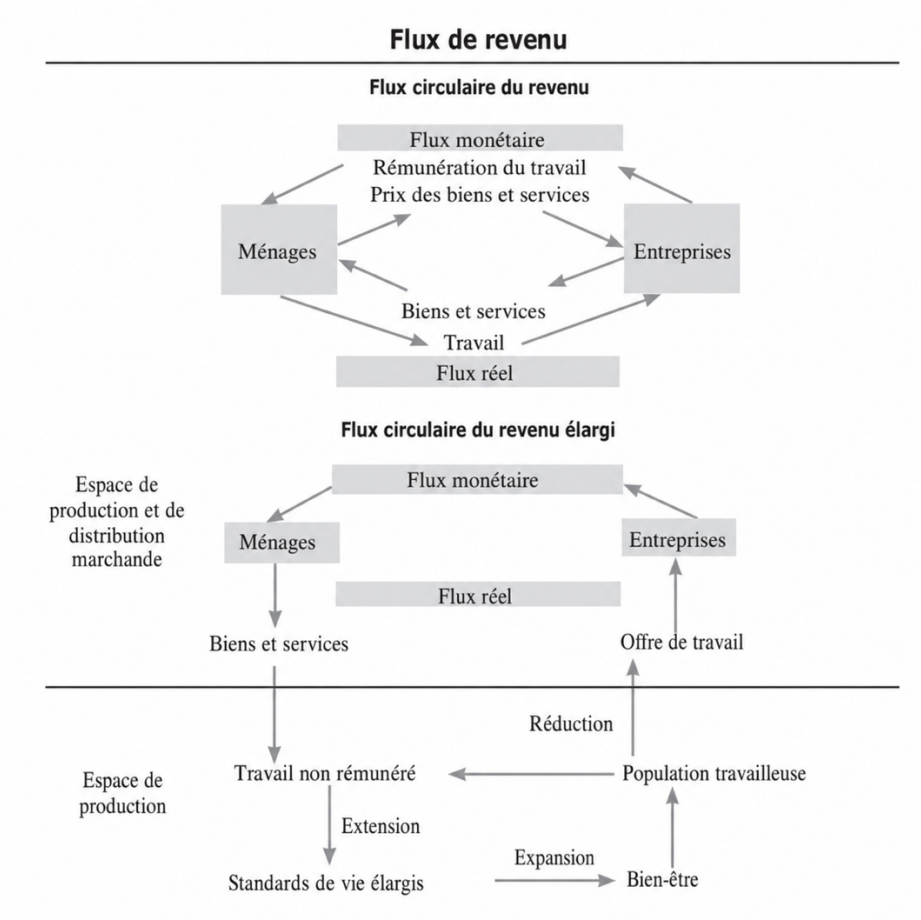
Le travail domestique a fonctionné comme une catégorie de visibilisation. Elle a permis de rendre intelligibles les activités de production de biens et de services destinés à l'autoconsommation familiale, au nettoyage, à la gestion du foyer et aux soins quotidiens, en le reconnaissant comme une forme de travail non rémunéré générateur de valeur d'usage, et comme une condition indispensable à la reproduction de la force de travail. Cette catégorie a également facilité l'analyse de la division sexuelle du travail et du modèle de famille nucléaire traditionnelle de type *breadwinner*, fondé sur la figure de l'homme pourvoyeur et de la femme au foyer (Carrasco, 2014).

Progressivement, l'économie féministe déplace son centre d’intérêt du travail domestique isolé vers la reproduction sociale, comprise comme l'ensemble des processus privés et publics, marchands et non marchands, qui garantissent la continuité de la vie et de la force

de travail. Ce virage permet de dépasser en partie la vision supplétive du reproductif par rapport au productif — critiquée par Carole Pateman (1988) et reprise par Carrasco (2014) —, ce qui permet d'articuler la discussion avec d'autres courants critiques tels que l'économie sociale et populaire, l'écoféminisme et les propositions du *Buen Vivir* en Amérique latine.

Antonella Picchio (2001, 2005) propose d'élargir le traditionnel flux circulaire du revenu en y intégrant un espace de reproduction sociale au sein des ménages, où s'accomplissent des travaux non rémunérés indispensables à la continuité de la vie et de la force de travail (Picchio, 2001). À cette fin, Picchio présente un schéma qui rend compte de la relation entre production et reproduction (Figure 1). Ce modèle distingue trois fonctions du travail domestique et du *care*, à travers lesquelles se déploient les dynamiques visant à accroître le salaire monétaire sous forme de consommation réelle, à transformer cette consommation en bien-être effectif par le biais des soins quotidiens, et à réguler la disponibilité de la force de travail sur le marché grâce à l'organisation domestique du temps et des responsabilités. Par ce biais, Picchio (2001) met en évidence le fait que l'économie repose sur des activités historiquement invisibilisées et majoritairement réalisées par des femmes, lesquelles s'avèrent centrales pour la reproduction sociale ainsi que pour le fonctionnement même du système économique.

1. Le flux circulaire du revenu



Source: Adapté et traduit de Picchio (2001) par l'autrice.

Le schéma de Picchio permet ainsi d'observer que l'offre de travail rémunéré n'est pas une décision individuelle abstraite fondée sur le profit, mais le résultat d'arrangements domestiques traversés par la division sexuelle du travail, par les conditions du marché de l'emploi et par les normes sociales de genre qui définissent la répartition des responsabilités familiales.

Le concept du *care* a permis d'intégrer au débat découle le fait que le rapport capital-vie les dimensions matérielles, affectives, temporelles, corporelles et relationnelles, appréhendées comme ce qui rend possibles la gestion des besoins humains, le maintien des liens, la garantie de la reproduction quotidienne et l'assurance du bien-être. De là découle que le soin renvoie tant à des activités concrètes qu'à une logique organisationnelle plus vaste, liée à

l'interdépendance entre les individus et à l'impossibilité de l'autosuffisance (Pérez Orozco, 2014, 2017).

La proposition de l'économie féministe s'affirme alors comme un projet postulant que le fait de soutenir la vie constitue une tâche politique. Il ne s'agit pas seulement de mieux distribuer des ressources rares, mais de disputer la reconnaissance des différentes formes de travail, de définir quels besoins sont considérés comme légitimes et de déterminer qui assume le travail indispensable à la reproduction de la vie quotidienne (Rodríguez Enríquez, 2015 ; Flores Ángeles & Tena Guerrero, 2014 ; Esquivel, 2011). À partir de l'analyse critique de l'androcentrisme économique, l'économie féministe soutient que la vie productive et la vie reproductive sont intrinsèquement liées, et elle plaide pour une redéfinition de l'objectif même de l'économie : non pas l'accumulation de capital, mais la durabilité de la vie (Esquivel, 2016 ; Rodríguez Enríquez, 2015).

Depuis l'économie féministe, l'analyse du travail s'élargit vers l'économie du *care*. Valeria Esquivel (2011) a été l'une des autrices les plus influentes dans la consolidation de ce concept en Amérique latine, en installant le soin comme un problème public et comme un objet de politique. Elle a démontré que l'organisation sociale du soin est un déterminant central de l'inégalité, dans le but de reconnaître et de redistribuer une activité invisibilisée, tout en rendant intelligible la manière dont sa répartition inégale reproduit et approfondit les inégalités de classe et de genre (Esquivel, 2012).

Le *care* doit être compris comme une relation de reproduction sociale qui permet la durabilité de la vie. Cette notion est cruciale car elle déplace le soin du terrain de la morale ou de la sphère domestique vers une dimension macroéconomique et structurelle. Le travail de soin non rémunéré soutient la disponibilité quotidienne de la force de travail, amortit les crises et compense les déficits de protection sociale ; en d'autres termes, il subsidie le système économique (Rodríguez Enríquez, 2007 ; 2015).

Ces deux perspectives convergent lorsqu'il s'agit d'observer les conséquences matérielles de la répartition inégale du soin, laquelle se traduit par une participation moindre au marché du travail, des trajectoires plus intermittentes, une informalité accrue et un accès plus précaire à la protection sociale. De cette manière, l'économie du soin ne se contente pas de décrire un

problème distributif, elle montre comment la répartition inégale du temps répercute sur les revenus, les droits et les opportunités (Rodríguez Enríquez et Marzinetto, 2015).

Depuis l'économie féministe, il devient possible de déplacer le regard du sujet marchand abstrait vers les relations sociales qui organisent son existence. L'entrepreneuriat féminin ne s'inscrit pas tant dans la perspective d'une recherche d'innovation et de flexibilité laborieuse que dans un réseau d'inégalités articulant division sexuelle du travail, pauvreté en temps et précarité sous la responsabilité de soutenir la vie. Ainsi, plutôt que le gage d'une autonomie, la micro-entreprise apparaît fréquemment comme une tactique de survie visant à concilier la génération de revenus avec le travail domestique et le soin non rémunéré (Agenjo-Calderón, 2021 ; Carrasco, 2001 ; Rodríguez Enríquez, 2012).

Les aidantes qui entreprennent ne s'insèrent pas sur le marché à partir d'un présupposé de rationalité neutre, mais depuis une position sociale marquée par leur rôle historique dans le travail domestique et de soin, ce qui engendre une répartition inégale du temps et des opportunités (Carrasco, 2001 ; Rodríguez Enríquez et Marzonetto, 2015). Dans ce cadre, entreprendre peut s'avérer être une stratégie pour générer des revenus conciliables avec le soin, mais cela permet rarement d'accéder à l'autonomie économique.

Ce déplacement analytique oblige à formuler l'objet d'étude non pas comme des « femmes entrepreneures » dans l'abstrait, mais comme des aidantes développant des activités économiques dans des conditions de soin intensif, en particulier celles qui s'occupent de personnes en situation de dépendance. Ce virage est important car il transfère l'accent de l'entrepreneur innovant vers la tension entre le fait de soutenir la vie et celui de produire des revenus. En d'autres termes, le problème ne réside pas seulement dans la manière dont les femmes entreprennent, mais dans les raisons qui les y poussent et dans les coûts de reproduction sociale qui rendent cet entrepreneuriat possible.

Le discours officiel tend à encenser l'entrepreneur autonome, innovant et orienté vers la croissance du capital (Boltanski & Chiapello, 2002). Achancho (2012) documente pourtant le cas de femmes rurales associées au sein de coopératives agricoles en Afrique, pour qui « être entrepreneure » signifiait diversifier des activités productives de subsistance — vente de denrées alimentaires, agriculture familiale, autres métiers — afin de garantir la sécurité

alimentaire du foyer. Loin de viser l'accumulation de capital, leur objectif principal était le soutien à la famille et la sécurité alimentaire quotidienne plutôt que l'expansion d'une entreprise : l'entrepreneuriat doit ici être interprété comme stratégie de survie plutôt que comme projet de développement économique traditionnel (Achancho, 2012).

D'autres recherches sur l'auto-emploi et l'entrepreneuriat des femmes portent sur les débats relatifs aux microfinances. En Bolivie, Beth Bee (2011) montre comment les programmes de microcrédit destinés aux femmes ont été présentés comme des outils d'empowerment économique et social, alors que leur mise en œuvre concrète tend à invisibiliser les structures sociales qui limitent l'accès des femmes aux ressources financières et aux microcrédits eux-mêmes. Mayoux (1995), Rankin (2001) et Isserles (2003) mettent en garde contre le risque de voir les microfinances devenir une alternative moins disruptive que les stratégies féministes organisationnelles, renforçant une logique néolibérale d'« entrepreneuriat de soi » qui responsabilise les femmes de leur propre inclusion économique sans remettre en question les conditions qui produisent leur pauvreté et leur surcharge de soin.

Dans le cas du Chili, Destremau et Georges (2017) démontrent que dans le cadre de programmes tels que *Chile Solidario*, las femmes pauvres sont interpellées en tant que mères responsables et aidantes dévouées, dont l'adhésion à l'assistance sociale se construit à travers une économie morale du *care*. Cette gouvernementalité néolibérale du soin s'articule avec la promotion de l'entrepreneuriat comme issue individuelle à la pauvreté, renforçant l'idée que la bonne citoyenneté s'exprime par la disposition à entreprendre, à soigner et à s'autoréguler (Rojas-Lasch, 2014). Cela transforme les femmes pauvres en agentes morales responsables de leur propre vulnérabilité sous couvert d'une rhétorique d'autonomisation individualisée (Jenson, 2011).

La littérature montre également comment l'entrepreneuriat féminin facilite la conciliation entre les soins et le travail domestique, offrant une plus grande flexibilité face à des marchés du travail rigides (Sotomayor & Maldonado, 2024). De surcroît, elle a mis en évidence les particularités des entrepreneures rurales, traversées par des variables structurelles telles que l'accès limité aux ressources (Santander et al., 2016 ; Charlier, 2011).

Une dimension centrale de cette discussion réside dans la charge affective et les stratégies subjectives par lesquelles les femmes cherchent à concilier reproduction et entrepreneuriat, des processus marqués par des tensions et par l'agentivité (Dejours, 2012 ; Winn, 2004). Au sein des économies solidaires, les coopératives féminines peuvent générer de l'autonomisation grâce à la solidarité, en réduisant les coûts et en favorisant l'inclusion sociale (Charlier, 2011). Néanmoins, ces espaces n'éliminent pas automatiquement les inégalités structurelles.

À partir de ce parcours historique et situé visant à appréhender le soin en tant que catégorie politico-analytique, je me positionne dans la lignée de la notion de durabilité de la vie (*sostenibilidad de la vida*) théorisée par Carrasco (2001). Celle-ci permet de comprendre comment l'entrepreneuriat féminin, souvent romancé comme une voie d'autonomisation ou d'indépendance, s'avère en réalité une stratégie de résolution quotidienne face à l'inertie étatique et à la précarité de l'emploi. En articulant cela avec les apports de Molinier (2018) sur le travail de soin et sa dimension politique, je propose de livrer une lecture critique de l'invisibilité des émotions et de l'effort physique impliqués dans l'action quotidienne des aidantes. Ainsi, j'aborde le soin non seulement comme une activité, mais comme un travail ambivalent et chargé d'affects qui, dans les micro-entreprises de femmes, se fusionne de manière indissociable avec la gestion des ressources (Molinier, 2018 ; Pérez Orozco, 2014).

La convergence entre économie féministe et économie populaire permet de démanteler le mythe de la séparation entre la vie et le capital : tandis que la première apporte la catégorie de durabilité de la vie comme impératif éthique et matériel (Carrasco, 2001 ; Pérez Orozco, 2014), la seconde renvoie l'image d'une agentivité située qui, en contextes de précarité, ne cherche pas l'accumulation mais la préservation du tissu social face au désengagement de l'État (Coraggio, 2007). Cette articulation permet de comprendre que les micro-entreprises de femmes aidantes ne sont pas de simples unités productives informelles, mais les nœuds d'une économie morale où le soin se transfère et se négocie — pensé comme l'infrastructure invisible qui soutient l'équilibre de l'économie populaire (Molinier, 2018). L'acte d'entreprendre fonctionne alors comme stratégie d'autonomie et de survie qui, paradoxalement, peut intensifier la surcharge de travail en ne remettant en cause ni la division sexuelle du travail ni l'absence de politiques publiques de soin (Arenas & Estrada, 2020 ;

Martínez, 2017). Problématiser cette intersection implique de reconnaître que l'agentivité des aidantes se trouve en tension constante entre soutenir la vie et les limites d'un modèle de développement qui, en marchandisant le travail, transforme les aidantes en sujets d'une politique de « soin par elles-mêmes » (Fraser & Gordon, 1994 ; Navarro & Rico, 2013).

IV. Caractéristiques de la recherche

« Ceux qui n'ont que des aspirations individuelles
ne comprendront jamais une lutte collective »

— Slogan de mouvements sociaux contemporains

La présente recherche s'appuie sur une méthodologie qualitative, selon une approche phénoménologique herméneutique. C'est à partir de cette posture que je me situe afin de mettre en relief les expériences, les intentions et les significations que les sujets attribuent à leurs actions et à leurs savoirs. De cette manière, les expériences quotidiennes des individus et leurs vécus constituent le point focal pour explorer ce phénomène social (Mieles, Tonon & Alvarado, 2012). Il s'agit ainsi de comprendre les termes dans lesquels la réalité se construit pour elles (Guber, 2004), ainsi que la manière dont l'expérience du *care* et de l'entrepreneuriat est valorisée et catégorisée (San Martín, 2000).

C'est depuis une épistémologie féministe que je situe ma position de chercheuse, dans la mesure où celle-ci a contribué à la reconnaissance des expériences des femmes dans la construction et la légitimation des savoirs (Harding, 1988 ; Trebisacce, 2016). À partir de la méthode féministe, il s'agit d'intégrer les voix, les expériences et les subjectivités des femmes (au pluriel), à travers une approche située, sans prétention universaliste (Haraway, 2013 ; Trebisacce, 2016).

IV. 1. Positionnement épistémologique : vers l'objectivité subjectivante

Cette recherche s'inscrit par conséquent dans un positionnement épistémologique critique et interprétatif, à partir duquel je cherche à appréhender la réalité sociale comme une

construction historique traversée par des rapports de pouvoir, en mettant un accent particulier sur les hiérarchies de genre et de classe. Dans cette perspective, je conçois que la construction du savoir entreprise dans ce travail n'est pas neutre, mais constitue une production située qui émerge des pratiques, des discours et des expériences concrètes des femmes aidantes, lesquelles s'insèrent dans des cadres culturels et politiques spécifiques (Harding, 1998 ; Haraway, 1988 ; Trebisacce, 2016).

C'est dans ce cadre que je prends parti pour l'épistémologie féministe, afin de questionner la neutralité des sciences sociales et de positionner la voix des femmes invisibilisées (au pluriel) dans les chaînes de production/reproduction et au sein de l'économie *mainstream*. A savoir, je cherche à contribuer au décentrement du point de vue dominant pour placer au cœur de l'analyse les expériences des femmes aidantes qui entreprennent.

L'épistémologie féministe ne se limite pas à intégrer les femmes en tant qu'objet d'étude ; elle implique une redéfinition de l'identité du sujet valide pour produire de la connaissance et des conditions sous lesquelles celle-ci est considérée comme légitime. En adoptant pour point de départ les récits situés des femmes aidantes qui entreprennent, mon objectif n'est pas seulement de décrire des « cas », mais de disputer la légitimité de savoir qui peut parler avec autorité du *care* et de la reproduction de la vie. Il s'agit de reconnaître que l'expérience vécue constitue une forme légitime de production de connaissances face au sujet abstrait et déshumanisé du discours scientifique traditionnel. Dans cette lignée, la réhabilitation des voix des aidantes permet de visibiliser la manière dont le travail visant à soutenir la vie — en grande partie non rémunéré, informel et féminisé — a été la condition de possibilité de l'économie dominante, tout en étant exclu de ses catégories d'analyse et de ses critères de valeur.

En ce qui me concerne, ce principe épistémologique s'incarne de manière directe et corporelle : étudier l'intimité, le foyer, la santé, la maladie et le genre implique toujours un exercice réflexif sur soi-même ; nous sommes toutes traversées par des expériences plus ou moins proches de ce que signifie le bien-être dans la vie. De plus, cela implique de m'étudier moi-même, d'étudier ma famille et mon noyau proche, ainsi que les expériences partagées et observées tout au long de ma vie en tant qu'aidante depuis mon plus jeune âge.

Il s'agit d'un exercice difficile et intime qui confronte les émotions et l'expérience de vie elle-même. Selon la tradition scientifique classique, la démarche de recherche que je poursuis serait réfutée au motif qu'elle ne serait ni objective, ni rationnelle, ni détachée de la personne même de la chercheuse (Descartes, s.d.). Pourtant, quelle recherche est étrangère à la vie de celui qui la mène et ne s'y confronte pas ? Lorsque nous étudions la scolarité, les politiques du logement ou la pauvreté, cela ne nous renvoie-t-il pas à notre propre histoire et à notre propre expérience ? Comment parvenons-nous à percevoir et à visibiliser les différents aspects impliqués si ce n'est, aussi, à partir de notre lieu d'origine ? Notre propre corps, nos vêtements, notre manière de parler et d'approcher autrui sur le terrain ne matérialisent-ils pas notre positionnalité et nos propres expériences ?

Quiconque nie ces dimensions au sein de la recherche s'avère non seulement incapable d'identifier les biais potentiels du processus d'investigation, mais prétend également s'exprimer sur base d'une positionnalité déshumanisée et omnisciente qui n'enrichit en rien la science.

L'épistémologie féministe qualifiera cet exercice de recherche d'« objectivité forte » (Harding, 1998 ; Longino, 2017), conçu comme une forme de réflexivité constante permettant d'élucider les présupposés implicites. Cet exercice a également été développé à partir de la notion de positionnalité ; Donna Haraway (1988) l'entend comme une manière de générer des savoirs situés, dans la mesure où il s'agit d'une objectivité incarnée, partielle, localisée et qui traverse le corps. De cette façon, « *feminism is about objectivity as positioned rationality* » (Haraway, 1988, p. 590) ; un postulat à partir duquel on reconnaît que la position offre des perspectives singulières et inscrites dans un contexte spécifique, dont la reconnaissance permet précisément d'ouvrir les cadres d'orientation.

En reprenant les principes de Donna Haraway (1988), je qualifierai cet exercice de positionnalité dans la recherche — consistant à analyser d'où l'on regarde, selon quelles croyances, quels désirs et quels cadres analytiques, politiques et éthiques — comme façon « d'objectivité subjectivante ». En assumant sa propre prise de position, elle permet d'élargir les cadres d'interprétation, sans pour autant prétendre à une rationalité neutre qui dissimulerait ses propres postulats et sans détacher les savoirs de leur ancrage. Comme le mentionne Haraway, cela ne signifie pas verser dans le relativisme de la connaissance, mais

refuse également la totalisation d'une objectivité qui prétendrait parler de partout et de nulle part.

De la sorte, l'objectivité subjectivante fait partie intégrante des désirs et des expériences qui m'engagent, en tant que chercheuse, dans ce processus d'investigation. C'est à partir de mes propres expériences dans le domaine du soin et de la santé, mais aussi à travers ce qui a été partagé dans les couloirs et les salles d'attente de multiples centres de santé et d'aide sociale, que ce projet de recherche prend tout son sens. Je cherche à rendre visibles les acrobaties de ces femmes qui soignent et la manière dont elles parviennent à subsister au sein d'un travail sans fin où leur propre vie est en jeu. Depuis ce lieu, ma propre expérience m'a permis d'approfondir divers aspects grâce à la densité de l'exercice de recherche, et non de l'appréhender comme une réalité abstraite ou informe.

Or, étudier l'intime est complexe : les émotions entrent en jeu, et il s'opère un exercice d'empathie et de projection dans les expériences d'autrui qui rend difficile l'établissement d'une distance. Cela implique de tracer des limites dans le type de questions formulées, en décidant jusqu'où creuser ou non. Cela requiert un exercice de réflexivité par lequel s'opère la prise de conscience des propres expériences de la chercheuse, un élément impliqué au moment même de chaque interaction, ainsi qu'en amont et en aval ; un processus circulaire incarné dans le corps.

On pourrait penser qu'étudier l'expérience signifie s'exprimer depuis une position de supériorité sur le terrain, à partir d'un « déjà tout savoir » où l'on se rendrait uniquement pour vérifier des hypothèses. Pourtant, l'exercice réflexif conscient permet de neutraliser de telles idées. D'une part, parce que sous le positionnement de l'épistémologie féministe, nous cherchons à rendre visible le non-dit, ce qui exige une attention constante à ce qui n'est pas explicite, au particulier, à ce qui n'est ni parlé ni écrit (Trebisacce, 2016 ; Longino, 2017). D'autre part, cela permet de s'ouvrir à la surprise, à la différence et au commun, en prêtant attention au détail, à ce qui rend les expériences uniques, mais aussi à ce qui est partagé et s'inscrit dans les structures de pouvoir génératrices de tensions dans la vie quotidienne des femmes aidantes. Enfin, cela m'a incontestablement permis d'obtenir un accès plus rapide au terrain, en instaurant un *rapport* plus intime et une confiance plus étroite avec les aidantes.

IV.2. Sélection des participantes et critères d'échantillonnage

Compte tenu du caractère exploratoire de cette recherche, deux stratégies de sélection des participantes ont été retenues : un échantillonnage non probabiliste par la méthode de la boule de neige ainsi qu'un échantillon de volontaires. L'accès au terrain s'est effectué par l'intermédiaire de « gardiens du phare » (*gatekeepers*) qui ont permis de relayer l'appel à participation auprès d'aidantes développant une activité entrepreneuriale. Sur la base de la revue de la littérature, les critères de sélection retenus sont les suivants :

a) Niveau socio-économique : faible à moyen-faible ;
b) Personne aidée : membre de la famille présentant un degré de dépendance moyen à élevé ;
c) Durée des tâches de soin : être l'aidante principale depuis au moins deux ans ;
d) Engagement dans une activité entrepreneuriale créative informelle.

Le travail de terrain a été réalisé en deux phases : une première en juillet 2025 comprenant 4 entretiens, et une seconde entre février et mars 2026 comprenant 3 entretiens. L'immersion sur le terrain s'est déroulée sur une période globale de six semaines maximums ; la seconde phase s'est avérée plus complexe pour la concrétisation des entretiens en raison de le chevauchement avec les vacances d'été et la rentrée scolaire et universitaire, ce qui a accentué les contraintes de disponibilité de temps.

Les caractéristiques des 7 personnes interviewées sont présentées ci-après, précisant l'identité de la personne aidée, le nombre d'années d'engagement dans les soins et le type de micro-entreprise développée :

Table 3. Caractéristiques des participantes à la recherche

Aidante	Date d'entretien	Personne aidée	Type de dépendance	Micro-entreprise	Durée de l'aide
Camila	Juiliet-25	Fille	Moyenne, Troubles de la parole	Manicure	4 ans

Mónica	Juiliet-25	Père	Élevée, AVC (Accident Vasculaire Cérébral)	Artisanat, vinyle	6 ans
Sandra	Juiliet-25	Père	Élevée, Alzheimer	Artisanat Mapuche	5 ans
Pamela	Juiliet-25	Mère	Moyenne, Alzheimer	Artisanat en céramique et verre	6 ans
Yessica	Mars-26	Fille	Moyenne, Trisomie 21 (Syndrome de Down)	Aromathérapie et cosmétiques naturels	20 ans
Francisca	Mars-26	Mère	Élevée, Démence et problèmes de vue	Cuisine chilienne	11 ans
Andrea	Février-26	Fils	Élevée, Maladie génétique	Artisanat en céramique et bijoux	11 ans

De plus, au cours de cette recherche, grâce aux premiers entretiens avec Sandra, j'ai pu assister à une réunion du réseau d'entrepreneuses aidantes dont elle fait partie, ce qui m'a permis de mener des entretiens ethnographiques avec 9 membres de ce groupe.

IV.3. Construction du guide d'entretien

Les entretiens en profondeur ont été mobilisés comme outil de recherche dans la mesure où ils permettent d'accéder aux perspectives des participantes (Patton, 2002, p. 341 ; Cisneros-Puebla et al., 2004) et de produire des descriptions détaillées afin d'analyser des phénomènes, des thématiques et des schémas culturels. De cette façon, l'entretien nous permettra d'explorer las significations que les femmes aidantes attribuent à leur rôle ainsi qu'à leur activité entrepreneuriale, leurs expériences dans la mise en œuvre de stratégies de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, ainsi que les motivations qui les incitent à prendre soin d'autrui et à entreprendre (Guber, 2004).

À cette fin, un guide d'entretien flexible a été élaboré pour orienter les échanges avec les aidantes, en approfondissant : a) l'histoire de la création d'entreprise ; b) les moments clés et les difficultés rencontrées pour entreprendre ; c) la participation à des réseaux

d'entrepreneuses et l'associativité ; d) l'histoire des soins ; e) les routines quotidiennes de soin ; f) les réseaux de soutien pour le soin ; g) la conciliation entre soin et entrepreneuriat ; et h) les attentes associées à l'activité entrepreneuriale. Ce guide a été utilisé de manière libre, permettant d'explorer d'autres dimensions non couvertes initialement, comme les relations de couple.

Les entretiens ont duré environ une heure chacun et ont tous été réalisés en présentiel, au domicile des aidantes. Bien que d'autres modalités leur aient été proposées (par téléphone, dans un café, un parc, etc.), toutes ont préféré recevoir à leur domicile, ce qui leur permettait de poursuivre leur rôle d'aidante ou d'éviter des déplacements. Cet élément a constitué un premier résultat et un point d'analyse marquant de la recherche quant à la gestion et l'usage de leur temps propre.

IV.4. Considérations éthiques

Dès le début de cette recherche, j'ai posé comme principe que la dimension éthique ne pouvait se réduire à une série de procédures formelles, comme cela est généralement le cas dans la pratique scientifique standard. En m'inscrivant sous le patronage des épistémologies féministes, je conçois la production de connaissances comme une pratique située qui mobilise une expérience traversée par des rapports de pouvoir, de sorte que la responsabilité éthique englobe tant la protection de l'intégrité des participantes que la remise en question de mes propres positions, présupposés et affects (Harding, 1998 ; Haraway, 1988 ; Trebisacce, 2016).

Travailler auprès de femmes aidantes de personnes dépendantes, dans des contextes de surcharge et de précariété, impliquait de rompre avec le mode traditionnel de recherche fondé sur l'extraction de données : leurs récits constituent des fragments de trajectoires de vie façonnées par le travail de maintien de la vie.

Avant chaque entretien, j'ai fourni une information claire et accessible sur les objectifs de l'entretien et de la recherche, sur la destination et l'usage de ces données, ainsi que sur les risques potentiels (réactivation de traumatismes) et les bénéfices éventuels de l'étude. En général, ces échanges préalables se déroulaient par téléphone ou via WhatsApp et pouvaient durer une vingtaine de minutes, au cours desquelles j'expliquais également l'origine de mon

intérêt pour cette thématique. Au moment de l'entretien, nous repassions en revue les grands thèmes abordés, en soulignant qu'il s'agissait d'une démarche libre et révocable, impliquant la possibilité de mettre fin à l'entretien à tout moment, de couper l'enregistrement, de faire des pauses, etc. Cette forme de consentement s'inscrit dans les principes de la recherche qualitative portant sur des sujets sensibles, où le caractère volontaire de la participation doit être continuellement réaffirmé tout au long de l'interaction (Mieles, Tonon & Alvarado, 2012).

Par cette démarche, je veillais à ce que les femmes interrogées ne perçoivent pas l'entretien comme une tâche supplémentaire à accomplir ou comme l'obligation de livrer leur histoire, mais plutôt comme un espace régi par leurs propres règles du jeu. Cette garantie s'est révélée particulièrement cruciale, dans la mesure où de nombreuses aidantes articulent leur temps entre l'accompagnement des personnes dépendantes, les engagements familiaux et les stratégies de subsistance ; ma présence ne devait ainsi ajouter ni pression ni contrainte supplémentaire à leur disponibilité déjà très restreinte.

Afin de préserver la confidentialité, j'ai utilisé des pseudonymes dans l'ensemble des transcriptions ainsi que dans le texte final, et j'ai procédé à l'omission ou à la modification des détails susceptibles de permettre une identification directe ou indirecte des participantes, de leurs familles ou de leurs micro-entreprises. Cette décision s'est avérée centrale, car les récits de soin et d'entrepreneuriat entrelacent des trajectoires familiales, des ancrages territoriaux et des stratégies économiques très spécifiques qui risqueraient de rendre les participantes identifiables au sein de leurs communautés.

Tous les entretiens ont été enregistrés au format numérique avec l'autorisation orale préalable des aidantes, puis transcrits à l'aide d'un logiciel de transcription automatique, suivi d'une révision manuelle minutieuse pour en garantir l'exactitude.

En tant que chercheuse féministe, la relation entretenue avec les aidantes a constitué l'un des enjeux éthiques les plus délicats. Ma propre trajectoire biographique liée à la maladie et au soin, déjà développée dans la section consacrée à ma positionnalité, a facilité l'établissement de la confiance et de l'empathie, mais elle a également intensifié la charge émotionnelle des entretiens (Haraway, 1988). À plusieurs reprises, il m'a été difficile de ne pas être gagnée par

l'émotion face à des récits de surcharge, d'isolement ou de perte ; j'ai dû veiller constante à ce que cette émotion ne déplace pas la focalisation sur mon propre vécu, ni ne génère des dynamiques de revictimisation pour mes interlocutrices ou pour moi-même.

Je me suis en conséquence efforcée d'instaurer un climat serein d'écoute attentive, où l'empathie ne traduisait ni la reproduction de discours sur le sacrifice ni l'exigence de nouvelles expositions de la souffrance. En dialogue avec l'éthique du *care* et la littérature consacrée au travail émotionnel dans les contextes de soin (Hochschild & Machung, 1989 ; Molinier, 2005), j'ai compris que ma tâche n'était pas de « faire parler » les aidantes jusqu'aux limites de leur expérience, mais d'offrir un espace au sein duquel elles puissent narrer ce qu'elles souhaitent partager, sans se sentir poussées à revivre des situations traumatiques.

Cette posture s'est traduite par des choix méthodologiques très concrets : prêter attention aux signes de fatigue, ne pas insister face aux silences prolongés, accueillir les manifestations d'émotion sans les dramatiser et proposer des pauses lorsque je pressentais que le récit devenait trop lourd à poursuivre. En m'appuyant sur les réflexions de Herman (1992) et Lipsky (2009) concernant le traumatisme et la surcharge dans les contextes d'aide, j'ai considéré que garantir aux participantes des conditions de sécurité et le contrôle de leur propre narration était tout aussi fondamental que le contenu informatif qu'elles pouvaient apporter.

IV.5. Stratégie d'analyse

Sur la base d'une analyse narrative thématique (Riessman, 2008 ; Bernasconi, 2011), l'objectif est d'étudier les pratiques, les valeurs, l'agentivité et les dynamiques structurelles, les lieux et les contextes qui traversent les représentations du *care* et de l'entrepreneuriat. À partir de cette technique, il s'agira d'explorer les expériences et les récits des femmes aidantes (Riessman, 2008), notamment la relation entre soins et entrepreneuriat, les significations subjectives qui façonnent leur identité d'aidante/entrepreneure, ainsi que les stratégies d'autonomie et les limites qu'elles négocient.

La revue de la littérature a permis d'initier l'analyse à partir de catégories préalables, lesquelles sont articulées aux perspectives des participantes au moyen d'une cartographie

attentive des contours narratifs (Riessman, 2008). De la sorte, l'analyse met en lumière des significations et des sens qui n'étaient pas systématiquement présents dans la littérature, cette dernière étant mobilisée comme ressource pour mener à bien la distinction des différents contenus qui traversent les récits.

L'analyse thématique réflexive (Braun et Clarke, 2019) a été réalisée à l'aide du logiciel ATLAS.ti (version 24), en suivant une démarche inductive-déductive qui intègre les codes émergeants aux catégories théoriques prédéfinies. Le processus a débuté par le codage de deux entretiens présentant des profils contrastés quant à l'ancienneté dans le soin et au lien avec la personne aidée ; sur cette base, les données ont été regroupées en catégories, tout en préservant des codes *in vivo* afin de faire ressortir directement la voix des femmes interrogées. C'est ainsi qu'ont été générés 30 codes regroupés en 5 catégories explorant[1] : les trajectoires de soin et l'organisation familiale ; le régime de soins et la soutenabilité de la vie propre ; l'entrepreneuriat comme moyen de subsistance ; les réseaux, l'associativité et les soutiens collectifs ; et enfin, la constitution de la subjectivité, des affects et des projets de vie.

V. Résultats de l'analyse des entretiens : trajectoires, stratégies et tensions chez les femmes aidantes-entrepreneurs

« Pour les camarades qui sont mortes en attendant ce système,
pour nos enfants qui sont également parti·es
en laissant un vide dans les bras de celles et ceux qui en prenaient soin,
pour nos personnes âgées dépendantes
qui meurent sans un système pour les soutenir,
pour celles qui n'ont pas pu venir parce qu'elles devaient prendre soin des leurs,
pour celles qui sont présentes et celles qui viendront,
plus jamais sans celles qui prennent soin »

— ***Discours Yo Cuido Santiago, 8 juin 2024***

[1] Voir annexes

V.1. Trajectoires de soin et reconfiguration biographique

L'histoire de la maladie des personnes réceptrices de soins s'avère cruciale pour comprendre le processus de transformation de la biographie des *caregivers*, lequel génère de manière progressive et continue des mutations dans les rôles devant être assumés. L'apparition de maladies chroniques, de situations de handicap, d'accidents et/ou d'altérations de la santé associées au vieillissement met en lumière les ajustements effectués par les femmes afin de dispenser des soins à leurs proches, principalement leurs enfants et leurs parents. Cela s'inscrit dans un contexte marqué par un régime de bien-être libéral-familialiste et féminisé, au sein duquel le marché et la famille absorbent la fourniture de soins que l'État ne garantit pas (Sunkel, 2007 ; Arriagada, 2010 ; Velasco Domínguez, 2024).

Au cours de la recherche, la manière dont la dépendance survient et évolue, telle qu'elle est relatée par les *caregivers* à travers leurs propres récits de vie et ceux d'autres personnes partageant leur situation, détermine les ajustements qu'elles doivent apporter à leur existence, tout en révélant la façon dont ces ajustements se résolvent, ainsi que les raisons de leur répartition inégale entre les membres d'une même famille.

Dans le cas des femmes prenant en charge un enfant en situation de dépendance, le diagnostic intervient précocement, au cours de la grossesse ou durant les premiers mois de vie, ce qui exige un processus d'apprentissage et une prise de conscience concernant le diagnostic, ses répercussions sur la qualité de vie de l'enfant et les soins qui s'imposeront. Dans ces situations, l'endossement du rôle d'aidante principale s'effectue de manière immédiate, sous le poids de la norme selon laquelle « c'est à la mère d'être présente » ; les femmes avec lesquelles je me suis entretenue m'ont confié n'avoir jamais pu envisager d'autre alternative. Lorsque la dépendance est liée à la naissance, la marge de négociation familiale quant au choix de la personne dispensatrice de soins est quasi nulle : il n'y a pas, au sens strict, de décision à prendre, mais un mandat qui s'active dès l'avènement de la maternité. Le choc, l'incertitude et la tristesse ressentis constituent alors fréquemment des marqueurs qui renforcent le fait de rester et d'assumer la prise en charge principale de leur enfant. Le *care* n'implique donc pas seulement des démarches physiques et matérielles, mais engage

également des émotions et des liens d'interdépendance qui constituent l'activité d'aide (Paperman et Laugier, 2009). C'est ce que l'on peut constater dans le récit de Yessica :

> « Nous ne savions pas qu'elle viendrait au monde avec le syndrome de Down. Nous avons souffert lors de l'accouchement. Cela a été terrible, terrible. Tout le monde a gardé le silence quand Rocío est née (…) Quand elle est née, je ne voulais voir personne. Il [son mari] ne voulait pas prendre notre fille dans ses bras. Parce qu'on ne savait pas, c'était il y a 20 ans, et avant on les cachait. C'était donc extrêmement difficile. » (Yessica, aidante de sa fille).

D'autre part, l'intensité des soins contraint ces femmes à assumer cette responsabilité. Celle-ci est teintée de culpabilité au regard du désir de réintégrer l'emploi formel, tout en étant perçue comme nécessaire face aux contraintes économiques et au manque de réseaux de soutien disponibles. Cette ambivalence ne constitue pas une contradiction à résoudre, mais représente l'effet subjectif d'un régime qui, faute de proposer des alternatives institutionnelles, transforme chaque décision relative aux soins en une décision également économique. Grandón Valenzuela (2021) souligne combien la surcharge du travail de soin engendre chez les aidantes des problèmes de santé liés à l'épuisement, au stress, à l'angoisse ou à la peur, dans un régime où elles « ne peuvent pas tomber malades, en raison de leur caractère indispensable sur la scène des soins ». Le récit de Francisca illustre ces tensions :

> « Comme je porte une sorte de dépression liée à la maladie de Diego, dès que j'ai du temps libre, je déprime beaucoup. Je ne peux pas le nier. Parce que je me rappelle que Tommy a une espérance de vie courte, parce que je ne peux pas mener une vie normale, parce que je ne peux pas travailler, parce que je dois mendier de l'argent pour pouvoir me faire plaisir, tout en sachant que j'aurais pu occuper un poste à responsabilité dans une agence de publicité. » (Andrea, aidante de son fils).

L'idéal d'autonomie individuelle et de réussite professionnelle exigé par le marché du travail formel génère une tension qui marque la trajectoire de certaines femmes, contraintes de quitter leur emploi pour se consacrer aux soins, ce qui crée une rupture dans leurs parcours de vie. De surcroît, la frustration exprimée par Francisca laisse entrevoir la valeur sociale

accordée à l'insertion sur le marché du travail, face à la sous-valorisation — tant sur le plan monétaire que dans la reconnaissance sociale — du travail d'aide et de care (Fraser, 2013).

Sur un autre plan se trouvent les femmes qui sont les aidantes principales de leurs pères et/ou mères et qui, en raison de l'avancement de maladies chroniques, d'accidents ou d'une aggravation liée à la pandémie de Covid-19, finissent par devenir, au fil des allers-retours d'un soutien d'abord plus espacé et moins intensif, les aidantes principales. À la différence de la prise en charge des enfants, la renégociation au sein du noyau familial émerge ici avec plus de force, ou s'impose à travers de nouvelles reconfigurations de la répartition du travail d'aide, dans lesquelles s'exercent des relations de pouvoir et de genre entre les membres du groupe familial (Sojo, 2005).

Lorsqu'on étudie la manière dont ces responsabilités sont assumées par les aidantes et les raisons qui les y amènent, certaines rapportent que cela procède de compromis familiaux discutés, comme le raconte Pamela :

> « Il a fallu organiser une médiation au centre de santé, parce que la thérapeute m'a dit qu'ils [le noyau familial] avaient besoin d'atterrir, qu'ils ne comprenaient pas ce qui arrivait à ma mère, parce qu'au début cela ne se voyait pas [la maladie d'Alzheimer], elle a commencé peu à peu à se répéter et ce genre de choses, mais avec le temps cela a commencé à changer, elle a commencé à avoir des accidents, elle a fait brûler la bouilloire en pensant que c'était une théière. Et ce genre de choses est très fréquent (…) J'étais déjà plus préparée mentalement à ce qui allait arriver. Pas mon frère. En fait, il y a une [sœur] qui n'a toujours pas atterri et qui a du mal à comprendre que maman n'est plus la maman d'avant. Et nous étions tous perdus. Finalement, ils ont profité de mon neveu et de moi, parce que c'était moi qui l'emmenais toujours chez la thérapeute. Mais ce n'est pas juste qu'un petit-fils s'occupe d'elle. Cependant, si l'on ne nous asseyait pas tous ensemble, ils n'allaient pas comprendre, et c'est là qu'est venue l'idée de la médiation. Là, ils ont tous fait un pacte selon lequel chacun accomplirait certaines tâches. Et ils ont pris des rôles. Comme je suis la plus proche, que je suis celle à qui ma mère parle le plus et se confie, ma relation avec elle était différente. Moi, je me suis chargée de sa toilette parce que je suis la seule à qui elle

permet ce genre de choses. Celle qui vit avec elle joue le mauvais rôle et la traite mal. Les autres ne font que passer. » (Pamela, aidante de sa mère).

Le cas de la famille de Pamela est singulier : c'est le seul où a eu lieu une discussion explicite sur le rôle que prendrait chaque membre de la famille, ce qui a été possible grâce à l'initiative de la thérapeute de la mère de Pamela, qui a insisté pour réunir la famille. Néanmoins, au fil des entretiens avec Pamela et avec chacune des aidantes, en reconstituant l'histoire de l'émergence de cette responsabilité, on constate qu'elle tend toujours à se concentrer sur une femme en particulier — la fille ou la mère —, tandis que les autres membres de la famille se distancient ou interviennent depuis les marges.

La médiation familiale menée afin de produire des arrangements peu communs, où le soin est négocié sous forme de réciprocité à travers un pacte formalisé de rôles, n'empêche pas la persistance d'une hiérarchie au sein même de ce pacte. Le fait qu'une médiatrice externe soit nécessaire révèle le mécanisme tacite à l'œuvre dans les autres familles des aidantes participant à la recherche, où nul n'a besoin de convoquer une réunion familiale dans la mesure où la désignation de la personne qui prendra en charge l'aide est déjà « connue » à l'avance.

Dans la perspective du parcours de vie et du cycle vital familial (Aguirre, 2016 ; Huenchuan et Guzmán, 2016), cette capacité à anticiper et à tenir pour acquise la répartition des tâches d'aide lors du vieillissement constitue en soi un indicateur de la manière dont la structure familiale naturalise au préalable une position genrée au sein du groupe familial.

Dans d'autres cas, qui correspondent à ce qui survient le plus fréquemment chez les femmes ayant participé à la recherche, les rôles s'endorment progressivement dans la mesure où elles résident au domicile de leurs parents, ne disposent pas d'un emploi formel ou se voient contraintes, faute de prise en charge par autrui, d'assumer l'aide sous le couvert « d'actes d'amour » et de « rétribution », tout particulièrement lorsqu'il s'agit des parents.

Au cours de la première phase du travail de terrain, on me présente Sandra, alors *caregiver* de son père et de sa mère, qui appartient par ailleurs à un collectif de femmes *Mapuches* à la fois *caregivers* et artisanatrices. Lors de notre premier entretien, Sandra m'invite à l'une de

leurs réunions où, entre rires et tasses de thé, elles partagent leurs expériences d'aidantes. Toutes en charge de leurs parents, elles évoquent avec frustration le manque d'implication de leurs frères et sœurs dans les activités de soin. Entre mots de soutien et réflexions sur la nécessité d'exiger la participation des autres membres du groupe familial, elles racontent comment, y compris lorsque certains frères résident dans le voisinage direct des parents, ces derniers ne soutiennent pas les tâches d'aide et demeurent en marge, se limitant à des visites sporadiques pour déjeuner ou partager un repas, ce qui se traduit le plus souvent, pour les *caregivers*, par une charge supplémentaire puisqu'elles doivent orchestrer l'ensemble des préparatifs requis (faire les courses, cuisiner, mettre la table, faire la vaisselle et ranger).

L'absence de réseaux de soutien constitue un facteur fondamental qui contraint ces femmes à assumer le rôle d'aidante, en particulier lorsqu'elles sont les seules membres du premier cercle familial. C'est le cas de Francisca, qui présente une longue trajectoire d'aidante auprès de sa famille en tant qu'unique fille et petite-fille du cercle familial : dès son plus jeune âge, elle s'occupe de son père et de sa grand-mère, pour se consacrer aujourd'hui aux soins de sa mère atteinte de démence. Conformément à la perspective du cycle vital familial (Huenchuan et Guzmán, 2016), cela s'apparente à une accumulation biographique de soins s'étendant au fil des étapes successives de la vie familiale, sans qu'intervienne à aucun moment une interruption qui lui permettrait de se dégager de ce rôle d'aidante principale.

Cette désignation inégale se trouve justifiée par des discours portant sobre la disponibilité temporelle, la proximité affective, les conditions de logement ou les compétences pratiques supposées des aidantes (présentées comme plus attentives, plus exécutives ou plus réactives, entre autres). Néanmoins, elle repose en dernier ressort sur des discours issus de l'injonction de genre qui présuppose une plus grande aptitude des femmes pour les tâches de *care*. Comme le développe Grandón Valenzuela (2021), lorsque la décision relative à l'attribution du rôle d'aidante fait l'objet d'arbitrages entre plusieurs femmes d'une même famille, celle-ci est réévaluée en fonction du niveau de revenus : ainsi, ce sont les femmes percevant les rémunérations les plus faibles ou confrontées à des conditions de travail instables ou informelles qui finissent par assumer le travail de soin. Dès lors, la rhétorique des capacités et de la disponibilité s'exerce en pratique au-dessus d'une hiérarchie économique préalable

entre les femmes du noyau familial : ne prend pas en charge les soins celle que l'on jugerait objectivement la plus apte, mais celle qui a le moins de capital économique à perdre.

L'examen des trajectoires professionnelles des aidantes interrogées montre comment l'endossement de la responsabilité principale des soins répercute sur leurs projets professionnels et leur autonomie économique. Démissions de l'emploi formel, réductions du temps de travail, reconfigurations d'activités et retours contraints vers l'économie informelle émergent tantôt de manière progressive, tantôt de façon abrupte lorsque la maladie ou l'altération de l'état de santé de la personne dépendante exige une présence accrue au foyer. De la sorte, les trajectoires professionnelles formelles se trouvent confrontées à l'activité de soin, façonnant des biographies marquées par des interruptions, des ruptures et des réorientations forcées.

C'est ce qui survient dans le cas de Mónica, qui travaillait comme réapprovisionneuse dans une grande entreprise à Santiago, ce qui impliquait des déplacements à travers toute la région pour approvisionner los points de vente, avant de devenir l'aidante principale de son père. Sa mère et son père souffrant de pathologies chroniques, elle se rendait chaque matin chez eux avant de commencer sa journée de travail, puis y retournait à la fin de son service pour leur préparer à manger, vérifier la prise des traitements et effectuer les tâches ménagères. Cette organisation contraignait Mónica à rentrer chez elle à 23 heures, pour se lever au cours de la nuit le lendemain matin. Cette routine d'aide s'est fortement intensifiée durant la pandémie de Covid-19 :

> « Eh bien, j'ai dû démissionner parce qu'en 2020, ma mère a été hospitalisée le 2 mai 2020, pour une pneumonie foudroyante. Et comme c'était le début de la pandémie, le lendemain, elle a contracté le virus à l'hôpital militaire. Quelques jours plus tard, mon père a lui aussi été hospitalisé, soi-disant pour une infection liée à un ulcère, mais il avait subi en fait un AVC — chose qu'on ne m'a jamais dite, ce qui fait qu'il n'a jamais été traité pour cet AVC ; c'est un miracle qu'il en soit sorti vivant. Bref, plus tard, le 31 mai, ma mère est décédée, et mon père est sorti deux semaines après (…) Comme ma mère était à l'hôpital, durant cet intervalle entre congés et arrêts maladie, congés et arrêts maladie (…) J'ai dû venir [m'installer dans la maison de ses parents], j'ai ramené les enfants et les chats que j'avais. » (Mónica, aidante de son père).

De cette manière, l'analyse révèle constamment un enchevêtrement de décisions et de « non-choix » mis en tension par la conception des soins aux proches comme des actes d'amour, de respect et de réciprocité, mais également par l'absence d'alternatives réelles. Il en découle une tension entre continuité et rupture biographique face à un régime de bien-être individualisé et privatise qui ne laisse aucune autre option aux femmes qui apportent ces soins.

Cette succession de stratégies ne doit pas se lire comme un choix librement opéré lors d'un moment de crise, mais comme le déploiement — accéléré par le caractère exceptionnel de la pandémie — d'un modèle de conciliation que le régime familialiste avait déjà inscrit au préalable dans leur trajectoire. C'est d'ailleurs précisément à ce point de jonction, lorsque l'emploi formel cesse d'être compatible avec des soins intensifs, que se situe le problème central de cette recherche : quelles formes de création de revenus demeurent accessibles aux femmes dont le temps, l'énergie et le projet de vie ont été réorganisés au service de la subsistance d'autrui (Aguirre, 2016).

Au cours de ces trajectoires, le *care* apparaît simultanément comme une décision et comme un non-choix : un acte que les femmes elles-mêmes décrivent dans le langage de l'amour, du respect et de la réciprocité, ce qui confère un sens moral à la responsabilité assumée, mais qui repose, en dernier ressort, sur l'absence d'alternatives réelles de prise en charge institutionnelle ou partagée. Cette ambivalence ne constitue pas une contradiction à résoudre, mais bien la marque distinctive de la reconfiguration biographique sous un régime de protection sociale liberal- familialiste et féminisé (Sunkel, 2007 ; Arriagada, 2010 ; Velasco Domínguez, 2024) : un régime qui individualise et privatise la gestion de la dépendance, en la déléguant à la famille et, en son sein, à la femme disposant du plus faible pouvoir de négociation économique (Grandón Valenzuela, 2021).

Cette reconfiguration biographique ne s'épuise pas dans la sphère du soin : elle se traduit, comme cela sera analysé dans l'axe suivant, par des stratégies économiques informelles que les aidantes déploient dès lors que l'emploi devient incompatible avec l'intensité des soins qu'elles dispensent. Loin de constituer un choix d'autonomie ou d'entrepreneuriat au sens où ce terme est souvent romantisé, le micro-entrepreneuriat apparaît, à la lumière des trajectoires

documentées ici, comme une tactique de survie visant à concilier la génération de revenus et la soutenabilité de la vie (Carrasco, 2001 ; Molinier, 2018 ; Pérez Orozco, 2014).

V.2. Régime de care et soutenabilité de sa propre vie

Le *care* ne se définit pas seulement comme un ensemble de tâches, mais comme un régime de vie qui organise le temps, l'espace, le corps et la vie affective des aidantes. Les journées saturées, où le soin occupe la majeure partie du temps, fragmentent le repos, interrompent le sommeil et ne laissent que peu ou pas de place à la vie propre des aidantes, y compris l'auto-soin et l'épanouissement personnel.

Au cours de chaque entretien, nous avons reconstruit avec les *caregivers* une journée de leur quotidien. Bien que toutes présentent des horaires et des points de tension spécifiques, la manière dont leurs routines sont structurées possède un point commun : la vie des aidantes gravite de façon ininterrompue autour des besoins d'autrui, dans ce que je nomme le *soin gravitationnel*, une forme d'organisation du temps et de l'espace qui réordonne la propre vie en fonction de celle d'un autre.

Andrea commence ainsi par me raconter ses matinées ; en semaine, Diego a tendance à se réveiller avant elle. Ne marchant pas et présentant des troubles de la parole en raison de sa maladie, Diego la pince pour attirer son attention, ce qui la réveille. C'est ainsi que les matinées débutent par un réveil agité. La première chose à faire est de lui préparer son petit-déjeuner ; pour cela, Andrea le laisse habituellement au lit avec un téléphone portable diffusant des dessins animés. Elle lui donne son lait au biberon, tout en vidant l'urine accumulée par la sonde et en lui changeant sa couche. Pour mieux faire comprendre sa routine, Andrea me montre chacune des étapes, ainsi que l'organisation adoptée dans sa maison afin d'être plus efficace. Le domicile est ainsi rempli d'armoires, de boîtes de rangement et de coins où se trouvent les fournitures médicales nécessaires au bien-être de Diego.

> « Tous les jours le matin, je dois lui donner 4 médicaments quotidiens. Si tu regardes bien, j'ai 3 anticonvulsants, 2 pour la vessie, pour les infections, du paracétamol. Celui-là ne peut jamais manquer dans la boîte d'un enfant, avec de l'ibuprofène, un

> coupe-comprimé (...) On lui donne un lait ordinaire, rien de sorcier, comme un enfant normal. C'est un biberon normal aussi, et en lui faisant boire beaucoup d'eau, beaucoup d'eau, parce que sinon l'intestin fait des siennes » (Andrea, aidante de son fils).

Au milieu de cette conversation, Andrea me montre l'ensemble des fournitures qu'elle doit utiliser, ce qui ne concerne pas seulement les médicaments, mais tout un appareillage médical à domicile : sondes, seringues de toutes tailles, gants pour différents usages, gazes, alèses, gel lubrifiant, lingettes humides, coton, etc. Chacun de ces objets renvoie à un geste concret et répété — changer, nettoyer, soutenir, ajuster — qui, pris de manière isolée, pourrait paraître trivial. Cependant, c'est précisément dans l'accumulation de ces gestes minimes, ce que Molinier (2012, 2013) nomme « les petits riens », que se soutient matériellement la vie de Diego : regarder, soutenir un corps, remplir une seringue, changer une alèse.

Le réveil est souvent agité, répondant à la demande d'un tiers — par des pincements, des sons, des plaintes ou la rigidité d'un horaire médical. Les aidantes ont tendance à différer leur propre hygiène ou leur alimentation pour prioriser celle de la personne dont elles ont la charge, dans ce que Molinier (2010) décrit comme la confrontation quotidienne aux besoins primordiaux de l'autre et à sa dépendance : prendre soin n'est pas une tâche qui s'ajoute à la vie propre, mais un régime qui réordonne, dès la première minute de la journée, quel corps et quel besoin priment. Ce report n'est donc pas un déficit individuel d'auto-soin, me semble-t-il, mais l'effet prévisible d'une structure dans laquelle une seule personne est disponible pour répondre à la demande constante d'un autre corps.

Un deuxième point commun réside dans la journée de gestion et d'entretien domestique, où les heures centrales de la journée sont absorbées par une chaîne consécutive de tâches reproductives. Il convient ici de distinguer, en suivant Arriagada (2010) et sa convergence avec Hirata, le soin direct du soin indirect : le premier implique la prestation matérielle du soin à proprement parler — l'attention portée aux besoins physiques et biologiques, avec transfert de temps et interaction en face-à-face, comme la préparation d'aliments spécifiques (mixés, sondes), la toilette, le changement des couches ou l'administration de multiples médicaments. Le second consiste à superviser une personne et à assumer la responsabilité de sa prise en charge sans interagir directement avec elle — demander des rendez-vous

médicaux, effectuer des démarches auprès de la municipalité ou des centres éducatifs, acheter des fournitures. Ces deux types de soins se révèlent, dans les récits, tout aussi absorbants l'un que l'autre, bien que le second tende à être moins visible du fait qu'il n'implique pas de contact corporel direct.

Les routines de Camila, par exemple, se trouvent encombrées par la prise en charge de ses enfants, la thérapie de Monserrat et la conciliation avec son entreprise de manucure. Ses journées s'adaptent en premier lieu aux exigences de ses enfants — aller les déposer et les chercher à l'école, se déplacer entre différents établissements pour tous les déposer, rentrer chez elle pour préparer le repas et faire le ménage — avant de préparer ses matériels pour se rendre au domicile de ses clientes. Camila raconte ces journées denses avec humour et accablement, car elle traverse également une période d'instabilité émotionnelle complexe en raison des violences conjugales subies il y a quelques années de la part du père de ses enfants. À cet égard, Camila est très consciente de la protection et du soin à apporter à ses enfants, même lors de ses moments de mauvaise humeur ou d'épuisement, souhaitant leur offrir le « plus grand bonheur possible ».

Cela peut être lu comme un travail émotionnel au sens de Hochschild (1997 ; Hochschild et Machung, 1989) : l'effort de gérer et de réguler sa propre expression affective pour susciter chez autrui une émotion « appropriée » — calme, sécurité, bonheur — même lorsque l'émotion ressentie est tout autre. Ces journées évoquées avec humour et accablement constituent, selon les termes de Molinier, l'une des défenses collectives et individuelles — l'humour, l'ironie, le récit partagé — au moyen desquelles les aidantes digèrent ce qui, dans la solitude, serait insupportable.

La conduite des démarches de soin s'inscrit dans un système étatique précarisant ; le système de santé fonctionne en particulier dans un environnement institutionnel fragmenté, bureaucratique et peu sensible aux conditions de vie des aidantes. Bien que le Chili dispose d'un éventail varié de programmes de soutien aux aidantes et aux personnes nécessitant des soins en raison d'une dépendance ou d'un maintien à domicile, les aidantes interrogées lors des entretiens me font part d'une série d'obstacles administratifs du système qui finissent par leur interdire l'accès à certains avantages étatiques.

C'est ce que me rapporte Mónica avec beaucoup de frustration, car son père, étant alité, pourrait bénéficier de soins palliatifs à domicile dispensés par le personnel médical du Cesfam (Centre de Santé Familiale Municipal) de sa commune. Or, du fait qu'il existe au Chili différents systèmes de santé (public, privé et propre aux forces armées et de l'ordre), les prestations et programmes auxquels la population peut accéder s'articulent selon des conditions hétérogènes. Dans le cas de Mónica, son père relève de la Capredena, le système de santé destiné aux forces militaires, mais la municipalité où réside Mónica n'a pas conclu la convention nécessaire pour le programme de soins à domicile, bien qu'il s'agisse d'une commune historiquement habitée par d'anciens membres des forces armées et disposant de faibles ressources :

> « Dans mon *villa (*quartier), il se passe ceci, ceci, ceci, pourquoi ? Parce que mon quartier a 42 ans, et que la plupart des personnes âgées qui y vivent sont désormais alitées pour la majorité. Donc nous sommes tous dans le même système [de santé] parce que c'était, censé l'être, un quartier militaire (...) Une fois, je suis allée à la municipalité : "qu'en est-il des grands-parents qui relèvent de la Capredena et qui ne sont dans aucun autre système de santé que la Capredena ?", elle m'a dit : "il faut que vous soyez la tutrice", et dans le cas où je ne peux pas être la tutrice, alors je perds tout, simplement. Parce qu'à ce stade, comment j'emmène mon père chez le notaire pour que..., et ils ne me l'accorderont pas parce qu'il ne parle plus, il ne fait plus rien, oui, alors je lui ai dit, et faire venir un notaire ici, vous savez que ça me coûte les yeux de la tête, lui ai-je dit, enfin, plus que se faire du fric, avec les 60 *lucas* (argent) qu'il touche [de pension], lui dis-je, évidemment que non » (Mónica, aidante de son père).

Cet épisode ne constitue pas une anecdote administrative isolée, mais bien la manifestation concrète de l'architecture institutionnelle qui soutient le régime de protection sociale chilien : un régime mixte et libéral-familiste (Sunkel, 2007 ; Arriagada, 2010) dans lequel la coexistence de sous-systèmes de santé segmentés par la capacité de paiement et l'historique professionnel — public, privé, des forces armées et de l'ordre — transfère à la famille, et plus particulièrement à l'aidante principale, la charge de surmonter les carences que la conception institutionnelle elle-même produit. La gestion indirecte effectuée par Mónica — appels, démarches, négociations avec la municipalité — constitue, en ce sens, du *care* au même titre

que donner le bain ou nourrir, quand bien même elle n'impliquerait aucun contact corporel : il s'agit du travail consistant à maintenir en fonctionnement un système qui n'a pas été structurellement conçu pour fonctionner de lui-même.

De même, les aidantes témoignent à différentes reprises de la manière dont, en raison du manque de ressources économiques et de l'absence de l'État, elles assument une charge de travail supplémentaire dans la gestion des soins, en recherchant des rendez-vous médicaux difficiles à obtenir avec des spécialistes dans le système public, en assurant leur transport ou en quêtant les points de vente les plus économiques pour acquérir les fournitures médicales, entre autres. Au cœur de ces routines, les aidantes racontent constamment comment elles ont appris à exécuter elles-mêmes les traitements médicaux : exercices de kinésithérapie, pose de sondes, retournement adéquat de la personne, stérilisation et nettoyage des matériels. Cela survient sous le coup de la nécessité qu'impose le soin au quotidien et face au manque d'accès aux professionnels de santé. Ainsi, les aidantes se professionnalisent, devenant des expertes non seulement de la maladie de la personne dont elles s'occupent, mais aussi de la dispensation des soins médicaux en général.

Cette professionnalisation s'acquiert par différents mécanismes, souvent de manière complémentaire. La majorité des *caregivers* mentionne la possibilité d'avoir participé à des cours de premiers secours ou de soins palliatifs au sein de leur municipalité, en particulier au début du diagnostic des personnes dont elles ont la charge. Cela leur a permis d'accéder à des connaissances pratiques et théoriques transmises par des professionnels de santé, lesquelles sont hautement valorisées par l'ensemble des aidantes.

> « [Je participe] en tant qu'aidante. Justement au moment où l'on a diagnostiqué ma mère. Je voulais donc vous demander comment cela s'est passé de participer à cela. Cela a été super parce que... Parfois, ils ont des conventions avec l'université. Ils proposent des cours, des travaux pratiques. Ils te fournissent du matériel. Donc pour moi, ça a été... Enfin... Super. Parce qu'ils m'ont appris des choses auxquelles je n'étais pas préparée. Quand on n'est pas encore arrivée à ce stade. Ne serait-ce que la question de la déglutition. Je sais que c'est... C'est pour avaler. Alors c'était comme... J'ai aussi appris de nouveaux termes » (Pamela, aidante de sa mère).

Cela se complète par une formation autodidacte afin de continuer à acquérir davantage de techniques sur la manière de dispenser les soins pratiques et quotidiens que requièrent les personnes aidées, lesquels sont multiples selon le type de maladie ou de handicap et son degré d'avancement. En termes d'Arriagada (2010), reprenant et précisant la proposition d'Hirata, cette trajectoire correspond au composant cognitif quant aux connaissances et compétences, acquises ici de manière autodidacte ou semi-institutionnelle. Les *caregivers* interrogées effectuent le mouvement inverse : elles recherchent activement des qualifications de connaissances techniques : terminologie médicale, procédures de déglutition, manipulation des sondes, afin de compenser un système qui ne les a pas reconnues comme des travailleuses qualifiées. Il s'agit d'une professionnalisation sans salaire ni certification : le composant cognitif du soin s'y déploie (Arriagada, 2010 ; Aguirre, 2008, 2014), mais circule toujours dans la sphère de l'informel.

Un quatrième point commun réside dans ce que je nomme le *soin gravitationnel*, dans sa dimension temporelle, où même lorsqu'elles effectuent d'autres tâches, les aidantes opèrent sous un état d'alerte mentale constant. Il existe un parallélisme cognitif permanent qui surveille la personne aidée afin qu'elle ne s'étouffe pas, ne fasse pas de crise d'épilepsie, ne s'échappe pas ou ne s'auto-lesionne pas. Molinier (2010, 2012) caractérise le travail de soin comme « un processus dans la durée », dans lequel « le souci est "à durée constante" » : la préoccupation ne tolère aucune pause, pas même lorsque l'activité réalisée — cuisiner, dans le cas de Francisca — constitue une source de plaisir personnel. Aucune activité n'est alors vécue pleinement pour elle-même, car l'opération gravitationnelle du soin exige une attention continue :

> « Écoute, je me suis brûlée, je me suis coupée, parce que tout le monde sait que quand je cuisine, pour moi c'est comme, je lui dis, un orgasme pour moi. Qu'on ne me dérange pas, qu'on ne m'interrompe pas. Mais je commence à faire mes affaires et "[mère] Francisca, tu me donnes de l'eau ?", D'accord Juana, j'y vais tout de suite. Je continue d'égréner le maïs, et "regarde, tu as les tripes... tu me donnes un autre morceau de pain ?". D'accord Juana, j'y vais. Je continue avec le maïs. Dis, on va aller quelque part, Juana, tu me laisses un peu tranquille, s'il te plaît. Laisse-moi faire ça. Et c'est là, là, là. Ou parfois, c'est tellement prenant et je dois être là. Qu'elle voulait

aller aux toilettes, qu'elle voulait aller aux toilettes, et je me retrouve en retard pour la livraison de la *humita*. Et je suis super carrée, alors je me dis, une heure c'est une heure, maintenant c'est maintenant. Et je me dis, je suis seule, qu'est-ce que je fais ? » (Francisca, aidante de sa mère).

Cette double présence est continue et sans espaces de repos, car la dépendance requiert dans la majorité des cas l'aide constante d'un tiers, en l'occurrence l'aidante principale, ce qui s'aggrave en l'absence de réseaux de soutien permanents, comme c'est le cas la plupart du temps.

Cette vigilance gravitationnelle, sans temps de répit, s'intensifie lorsqu'il n'existe pas de réseaux de soutien réguliers, comme cela survient dans la plupart des cas. Enfin, les journées ne s'achèvent pas lorsque tous les membres du foyer s'endorment : ne disposant pas d'un horaire de travail régulier, le créneau de la nuit et du petit matin — qui devrait théoriquement être dédié au repos — est mis à profit pour le travail indépendant, ou se conjugue avec la veille imposée par l'insomnie, la douleur physique et l'anxiété. En conséquence, les journées saturées fragmentent le repos et interrompent le sommeil, ne laissant que peu ou pas d'espace pour la vie propre des aidantes, y compris leur épanouissement personnel. Le sentiment que « le soin dévore le temps » réapparaît de manière récurrente, soulignant l'absorption du temps personnel par les exigences de la personne dépendante :

> « Comme dans le... Temps. Oui, le temps. Le temps. Le temps parce que, parfois, s'occuper de quelqu'un vous absorbe énormément de temps. Alors tu dois tout arrêter de ce qui t'appartient pour t'occuper de cette personne. Donc c'est comme si, parfois, le temps manquait. Le sommeil... C'est comme... Parce que parfois je reste jusqu'à une heure, deux heures du matin à faire des choses. Et le lendemain, il faut être fonctionnelle. Alors là... C'est la partie la plus compliquée. Le temps et le sommeil de qualité, comme de se lever fatiguée. Il y a des jours où je me lève fatiguée » (Pamela, aidante de sa mère).

Le temps est considéré par les aidantes comme un élément essentiel leur permettant d'accomplir les multiples tâches qu'implique la prise en charge d'une personne dépendante, mais aussi comme un dispositif dont l'insuffisance a des conséquences directes sur leur propre

qualité de vie : sur le sommeil, le repos, le soin de leurs propres pathologies, la recherche de moments pour elles-mêmes, leur épanouissement dans d'autres activités, le loisir et le plaisir. Les aidantes interrogées ont une longue trajectoire dans ce rôle, de sorte qu'avec les années, elles ont appris l'importance de se ménager des espaces, bien que restreints, pour elles-mêmes. C'est en toute conscience qu'elles le décrivent comme une stratégie nécessaire pour ne pas s'effondrer, pour continuer à dispenser des soins de la meilleure manière possible, un espace qui leur permet de préserver leur santé mentale et physique :

> « Ce premier lundi, j'ai senti que j'avais du temps pour moi. Tu as entendu la chanson de *La Reine des neiges* ? C'est ce que j'avais dans la tête : "Libérée, délivrée". Et je te jure que je m'en suis allumée une [cigarette]. Et c'était genre, enfin je peux fumer ma cigarette tranquille, tu vois ? Je n'ai pas à m'inquiéter de savoir si elle va monter sur la chaise, si elle va en descendre, tu vois ? Je me suis assise sur la terrasse, tranquille. J'ai pris mon petit-déjeuner tranquille. En fait, ça m'a même paru court. J'ai beaucoup pensé : ce n'est pas possible, encore un moment, un petit moment s'il vous plaît. Et parfois je l'ai fait, parce que j'étais avec tellement de monde le matin, tellement de clientes, que j'ai besoin d'un moment pour moi aussi. Et parfois, oui, je reste une demi-heure à ne rien faire, tu vois ? À fumer une cigarette, à boire un café. Et comme ça j'arrive plus tard parce que j'ai pris du retard avec la cliente, mais c'est faux, c'était une demi-heure dont j'avais besoin pour rester assise » (Camila, aidante de sa fille).

Ce moment de 30 minutes constitue, selon les termes de Molinier (2010, 2012), l'exercice du droit de « souffler » entre deux tâches : non pas un simple repos, mais une micro-résistance subjective face à une temporalité qui serait, autrement, dévorante. Ces recoins et interstices ménagés dans les routines pour prendre un moment sont appréciés et hautement valorisés ; ils sont conçus par les aidantes comme un espace indispensable pour poursuivre le quotidien face aux sentiments d'accablement et de tension constants. C'est devant cette impression que le temps leur échappe, devant son absorption continuelle, que chaque instant susceptible d'offrir un espace pour elles-mêmes — et non en fonction d'autrui — est chéri et préservé.

Les récits des aidantes témoignent de l'angoisse, de la peur de l'avenir, de la tristesse et de la culpabilité face au sentiment d'être « toujours à la limite ». Mais en même temps s'expriment l'amour, la fierté et la satisfaction de soutenir la vie d'autrui. Cette ambivalence ne relève

jamais de l'exclusivité : il s'agit d'un continuum de sensations qui coexistent sans se résoudre, une ambivalence qui ne constitue pas dès lors une anomalie du soin, mais sa condition structurelle (Molinier, 2010, 2012).

> « Cela m'a déclenché une dépression majeure grave. Parce que voir ma mère et me rappeler combien de fois j'ai eu besoin d'elle et qu'elle n'était pas là. Alors là, c'était comme si je respirais, je m'occupais d'elle, malgré tout, je lui donne tout mon amour tout le temps. Je suis vigilante avec elle. Je l'emmène à ses contrôles. Et c'est quand même hyper épuisant. Et j'insiste sur le fait que tout ça, c'est comme si moi je continuais à passer au second plan. Alors psychologiquement, c'est hyper épuisant (...) Et je me dis : c'est que j'ai un problème, moi, j'aime l'être humain. Peu importe si, au bout du compte, dans la vie, tôt ou tard la justice divine rattrape qui elle doit rattraper. Mais moi, de mon côté, j'aime l'être humain et que ça me plaise ou non, elle, eh bien, c'est ma mère. Celle qui s'est trompée, c'est elle. Je ne veux pas me tromper en étant une personne ingrate, parce que si je suis dans ce monde, c'est grâce à elle. Rien de plus » (Francisca, aidante de sa mère).

L'histoire de Francisca avec sa mère s'est révélée tendue au fil des ans ; les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie de sa mère dès la petite enfance de Francisca ont engendré une distance entre elles. Malgré les multiples épisodes où Francisca me raconte comment sa mère l'a maltraitée psychologiquement et physiquement, le sens du soin envers la famille a primé. Dans le cas de Juana, si Francisca ne s'était pas occupée d'elle, celle-ci aurait pu se retrouver à la rue ou vivre dans des foyers d'hébergement, une situation qui aurait entraîné une détérioration accrue de sa santé au vu des séquelles de son alcoolisme, de la perte de sa vue et de la démence.

La persistance de ce soin, en dépit du préjudice subi, ne saurait s'expliquer en recourant à une valeur culturelle générique de loyauté familiale latino-américaine, au sein de laquelle le lien familial ne précède pas le soin comme une essence culturelle figée, mais se produit et se confirme à travers l'acte même de prendre soin, y compris lorsque la relation préalable a été marquée par le préjudice (Comas-d'Argemir et Soronellas-Masdeu, 2021). Cette logique morale ne se maintient d'ailleurs que parce que le régime de protection sociale libéral-familiste (Sunkel, 2007 ; Arriagada, 2010) n'offre aucune alternative institutionnelle réelle :

la question qui traverse le récit de Francisca — ce qu'il adviendrait de Juana si elle ne s'en occupait pas — ne trouve, dans le contexte chilien actuel, aucune réponse publique satisfaisante. Tout en étant pleinement conscientes de la charge émotionnelle et du coût pour leur propre projet de vie qu'implique la prise en charge d'une personne dépendante, l'amour et la norme sociale maintiennent ces femmes dans une relation tendue, traversée par une réciprocité qui n'a pas toujours été reçue dans le passé, mais qui se réaffirme dans le présent à travers le geste même de prendre soin.

Ces tensions s'articulent dans le cadre de la crise de la soutenabilité de la vie (Carrasco, 2001, 2014 ; Pérez Orozco, 2014, 2017 ; Federici, 2020), dans la mesure où les pratiques qui soutiennent la vie des personnes dépendantes se réalisent au prix de l'usure du temps, du corps et de la vie affective des femmes qui dispensent ces soins. Le dialogue entre l'absorption du temps de soin, la détérioration de la qualité de vie des aidantes et la charge émotionnelle qu'elles assument ne constituent pas trois phénomènes parallèles, mais des dimensions étroitement liées (Arriagada, 2010) : l'augmentation simultanée de la demande de soin et la réduction de l'offre d'aidantes potentielles surviennent dans un contexte où l'État intervient de manière ponctuelle et fragmentée — comme le montre le cas de Mónica — et où les réseaux informels absorbent une grande partie de cette demande.

C'est précisément de ce débordement de la vie propre par les exigences du soin qu'émerge, pour plusieurs des aidantes interrogées, le micro-entrepreneuriat : non pas comme un choix professionnel indépendant du soin, mais comme la seule manière de générer des revenus compatibles avec une journée déjà saturée par celui-ci. L'entreprise de manucure de Camila, intercalée entre les trajets scolaires et la thérapie de Monserrat, ne constitue pas un projet parallèle à son rôle d'aidante, mais bien une stratégie économique qui ne peut se maintenir qu'en se pliant, heure par heure, aux temporalités du soin. Comprendre cette articulation, entre la soutenabilité de la vie des personnes dépendantes et les stratégies économiques de celles qui dispensent les soins, constitue l'objet de l'axe suivant.

V.3. Les micro-entreprises : stratégies pour assurer la subsistance

L'entrepreneuriat surgit, dans la majorité des cas, comme une stratégie visant à générer des revenus économiques en quête d'une plus grande autonomie, mais aussi comme une manière de donner du sens à leurs projets de vie au-delà du soin. L'histoire de l'entrepreneuriat naît fréquemment à l'intersection de la nécessité économique, des compétences préalables, des opportunités contingentes (ateliers, réseaux municipaux, foires d'entrepreneurs) et du désir de sortir de la routine des soins et de l'isolement qu'elle implique — bien que, comme on le verra, l'ensemble des trajectoires ne suive pas la même séquence : certaines partent d'un passe-temps qui se transforme en activité économique, tandis que d'autres naissent directement du besoin, sans cette transition préalable par le loisir créatif.
Pour Pamela, par exemple, l'entrepreneuriat a commencé comme une passion :

> « La peinture à l'huile, cela a été mon premier élan, depuis toute petite j'ai toujours voulu peindre des tableaux (...) Ensuite, j'ai commencé avec les fresques murales. Et cette dynamique, ce déclic pour vouloir vendre des choses, parce que moi je l'ai toujours vu comme un hobby. Pour moi c'était un passe-temps, cela n'a jamais été quelque chose qui allait me rapporter de l'argent. Et avec les années, cela m'a montré que si. Donc cela a été quelque chose de merveilleux pour moi. J'adore socialiser. Je crois que c'est une chose... être en contact avec les gens et transmettre le peu que je sais me fait un bien fou. Je suis reconnaissante pour tout ce que je sais et si je peux l'enseigner à quelqu'un et que cela lui sert, c'est formidable. Alors avec le collectif *Renaciendo en colores*, c'est comme ma plus grande fierté, parce qu'elles aussi ont réalisé des fresques murales, alors qu'elles sont mères au foyer, en sortant avec tous leurs drames sur les épaules, parce que toutes en ont » (Pamela, aidante de sa mère).

Pour d'autres, l'entrepreneuriat a débuté par le biais de cours ou d'ateliers au sein des municipalités, de collectifs de femmes ou d'associations à but non lucratif, dans lesquels elles ont pu explorer des intérêts créatifs qu'elles possédaient déjà. Ces cours sont souvent associés au rôle d'aidante, ce qui leur permet de rencontrer d'autres aidantes ou d'être invitées à d'autres

programmes municipaux de développement personnel, au sein desquels elles trouvent un espace pour s'extraire de la routine des soins.

Lorsqu'on les interroge sur les motivations de l'entrepreneuriat et son histoire, les *caregivers* soulignent très largement que cette activité productive est vécue comme un espace de soulagement, de créativité et d'expression personnelle face à la routine du soin. Le temps consacré à l'entreprise est décrit comme un temps qui passe vite, permettant la distraction et le recentrage.

> « C'est que c'est comme mon échappatoire. Voilà. Le fait de, au pire, si je ne le vends pas, je le garde de côté, ça me sert de cadeau, me dis-je, si je ne le vends pas je l'offre. Si j'ai un anniversaire, quoi que ce soit, j'ai déjà quelque chose à offrir. C'est comme mon échappatoire le fait de, je ne sais pas, me mettre à regarder une vidéo et de me dire : tiens, regarde, d'accord. Et je le mets en pratique. Alors là, c'est comme décrocher un peu aussi des soins, du fait que je dois lui donner ses médicaments, que je dois faire le déjeuner, que je dois lui préparer toutes ses petites affaires » (Mónica, aidante de sa père).

> « Moi, quand je me mets à travailler... C'est comme si l'heure passait hyper vite. Tiens. Déjà si tard. Il faut que j'aille dormir. C'est comme si je n'avais pas sommeil. Parce que je m'amuse. C'est clair. Oui. Ça m'a aidée à comprendre que... Je peux le faire. Et si je veux le faire... Je peux le faire. Chose qui avant me... Il y a eu un temps où... La séparation m'a anéantie. Et cela m'a enfermée dans une dépression. Alors c'est comme... Sortir à nouveau. L'art a été une thérapie. Broder. Parce que aussi... J'ai fait beaucoup de travaux de broderie au point de croix. Et ce truc-là m'a tirée d'affaire... Ça m'obligeait à être très concentrée sur quelque chose. Et ça ne me permettait pas de penser à quel point j'allais mal. À tout ce qui se passait de mal. Et je devais continuer à avancer pour ma fille. Alors c'était comme... Parce que ces pensées folles qui vous traversent l'esprit parfois... Elles sont là. Elles sont présentes quand on est en dépression » (Pamela, aidante de sa mère).

De cette manière, l'entrepreneuriat créatif ne réside pas seulement dans l'acte de vendre un produit contre une rémunération monétaire ; il porte d'autres valeurs associées qui deviennent

même plus prisées par les aidantes, notamment en raison des situations d'isolement et de la charge émotionnelle que comporte leur travail. Du point de vue de l'économie féministe, ce déplacement de valeur ne doit pas être lu comme un simple ajout sentimental au revenu monétaire où le critère de réussite serait l'accumulation de capital, mais bien comme la soutenabilité de la vie (Carrasco, 2001, 2006, 2014) : plus qu'une preuve d'autonomie, l'entrepreneuriat apparaît ici comme une tactique visant à concilier le revenu avec le travail domestique et de soin non rémunéré (Agenjo-Calderón, 2021 ; Rodríguez Enríquez, 2012). Dans ce cadre, le soin et la gestion des ressources ne se produisent pas dans des sphères séparées, mais se fusionnent indissociablement au sein de la même activité (Molinier, 2018 ; Pérez Orozco, 2014) : vendre un tableau ou réaliser des ongles « comme si l'on peignait » permet, simultanément, de générer du revenu et de produire du sens, de la reconnaissance et de l'identité.

Cette lecture issue de l'économie féministe peut être complétée par ce que l'économie sociale et populaire latino-américaine décrit, sous un autre angle, comme le sens des micro-entreprises marchandes : des formes *ad hoc* que se donne l'unité domestique pour obtenir, à travers le marché, les moyens requis pour sa reproduction — et non son accumulation — élargie (Coraggio, 1998). Sous cette perspective, le comportement de Pamela, Francisca ou Sandra face à leur entreprise ne peut être interprété à partir de l'idéal-type de l'entreprise capitaliste, ni être dissocié de la logique plus vaste du fonds de travail du foyer et de sa participation à d'autres activités visant la satisfaction directe des besoins (Coraggio, 2007).

Tandis que l'entreprise capitaliste cherche à maximiser le profit par heure de travail, l'unité domestique cherche à utiliser efficacement les ressources rares qu'elle obtient, ce qui explique pourquoi le succès de ces entreprises ne se mesure pas en termes de rentabilité, mais de contribution à ce que Coraggio (2007) nomme la reproduction élargie de la vie : un développement soutenu, et non la simple subsistance, de la qualité de vie du foyer. Cette ambiguïté ne constitue pas un trait accidentel du micro-entrepreneuriat, mais la forme concrète que prend, dans la vie quotidienne de ces femmes, l'articulation entre travail productif et reproductif qui traverse l'ensemble de cette recherche : il n'existe pas, dans leurs récits, de frontière nette entre le temps consacré à produire des revenus et le temps consacré à reproduire la vie (Hirata & Molinier, 2012).

L'entrepreneuriat confère également un sentiment d'utilité et de reconnaissance qui n'est pas toujours présent dans le travail de soin ; l'échange monétaire en contrepartie d'un objet créé et réalisé dès l'origine par les aidantes génère une forme de valorisation de leur travail. Conjugué à un apprentissage continu, le plus souvent autodidacte, ce processus façonne l'autoperception d'une « femme émancipée » ou d'une « artiste », qui se lie ainsi dans plusieurs cas à l'expérience de produire et de vendre. Cette représentation s'associe à la possibilité d'atteindre de nouveaux objectifs, de reconnaître en soi des compétences et des leviers pour une plus grande autonomie, et de renouer avec des projets de vie personnels que les pratiques de soin gravitationnel — cette organisation temporelle, corporelle et cognitive par laquelle les besoins de la personne dépendante agissent comme le centre autour duquel orbite la vie de l'aidante (Molinier, 2013 ; Grandón Valenzuela, 2021), tendent à absorber complètement.

> « Tu sais, j'ai toujours été très artiste et chaque ongle pour moi est un tableau. Et je le fais, exactement comme si j'étais en train de peindre un tableau, tu comprends ? Et chaque ongle est une marche de plus à franchir. Parce que, c'est sûr, au début le trait de la *french* [manucure] était un peu (elle fait un geste des mains). Mais maintenant je sais la faire à la perfection. Alors ce sont des choses qui, comme je te dis, reviennent à monter l'escalier, c'est comme si j'arrivais chaque fois plus haut à des choses qui, certes, me sortaient comme ça au début, mais que maintenant je sais faire, tu comprends ? Je maîtrise déjà le pinceau » (Camila, aidante de sa fille).

Cette responsabilisation individuelle trouve en outre un corollaire spécifique dans la manière dont le discours institutionnel sur l'entrepreneuriat a progressivement transformé la compréhension de l'informalité au Chili. Cid-Aguayo et Letelier (2023) montrent qu'après le déclinement de l'économie populaire organisée en tant que secteur sous la dictature, la transition vers la démocratie a gouvernementalisé ce tissu à travers un discours du micro-entrepreneuriat qui, paradoxalement, a démobilisé le monde populaire en tant que sujet collectif : chaque travailleur indépendant, précaire ou informel — artisane, brodeuse, manicure — en vient à être conceptualisé comme une micro-entrepreneuse en développement, plutôt que comme un maillon d'une économie populaire possédant une logique et une légitimité propres. Le récit de dépassement de soi de Francisca ou de Pamela

ne peut dès lors être dissocié de ce déplacement discursif plus large : ce qui, à une autre époque historique, aurait été lu comme une stratégie collective de survie du monde populaire, se lit aujourd'hui sous une clé strictement individuelle d'entrepreneuriat.

À cette première logique temporelle — celle du soin gravitationnel — se superpose, dans le cas des aidantes qui entreprennent dans le domaine créatif, une seconde forme de temporalité sans limites claires. Le flou entre le temps de travail et le temps de loisir a pour conséquence que la pratique artistique requiert un engagement constant, où il n'est pas possible de se déconnecter du travail créatif : « les idées, de ce fait, ne prennent pas forme sous la discipline d'un horaire ou la structure d'un poste de travail, mais se manifestent sous forme de « coups créatifs » qui surviennent de manière imprévisible » (Pinochet, Salas et Tobar, 2019, p. 31). La passion engendre un travail omniprésent, mais apprécié et vécu avec plaisir par celle qui l'exécute, dans lequel les limites se négocient afin de soutenir une activité créative empreinte de spontanéité et constitutive de la propre identité (Vallerand et Verner-Filion, 2013). La déconnexion à l'égard des pressions de ce qui est perçu comme professionnel fait émerger le plaisir, la jouissance et le repos comme des effets principaux, de sorte que dans l'improductivité du loisir se trouve, paradoxalement, la production du créatif-laboral, non pas toujours orientée vers une fin productive, mais appréciée comme une fin en soi (Cuenca, 2000).

En termes économiques, les micro-entreprises remplissent une fonction de complément : elles permettent de payer les factures, de subvenir aux dépenses de base du foyer, de financer des traitements, voire de dégager de faibles ressources destinées à la consommation personnelle des aidantes. C'est ainsi que, peu à peu, l'entrepreneuriat permet de générer un certain degré d'autonomie économique, bien que ce soit toujours depuis les marges de ce que représente l'économie informelle.

> « Pour moi c'est important... Parce que... Ça me fait générer des... *Lucas* (argent). De l'argent pour... Pour ce dont j'ai besoin. Au moins... Pour le gaz, tu comprends ? Pour l'électricité... Pour moi c'est extrêmement important... Maintenant, entreprendre. Et je me suis rendu compte que... C'est nécessaire. Et je peux le faire. Et tant que je peux... On va le faire. Et on va le faire » (Pamela, aidante de sa mère).

Bien que les *caregivers* interrogées aient fait évoluer leurs entreprises initiales, circulant entre différents domaines créatifs — certains plus et d'autres moins éloignés de leur activité d'origine —, elles continuent d'entreprendre car cela constitue une voie accessible et viable pour obtenir des revenus économiques couvrant le socle des besoins fondamentaux. Le cas de Sandra illustre une trajectoire distincte de celle de Pamela ou de Francisca : non pas un passe-temps qui devient une activité économique, mais un besoin qui exige, dès le départ, de l'énergie et de la créativité pour être résolu :

> « Cela a aussi contribué à tout ça. Ça m'a beaucoup aidée. Tous les jours, je faisais 50, 60 pains artisanaux (panes amasados). C'était énorme. Et je sortais vendre mon petit pain et tout le reste. Pour payer les factures. Mais c'est comme, je me dis, parfois... C'est comme si les besoins t'amenaient à être plus... Oui. Plus dynamique là-dedans. C'est clair. À chercher plus de créativité aussi dans tout ça. De tout, oui. Il est toujours tout arrivé » (Sandra, aidante de sa mère).

Cependant, l'entrepreneuriat dans l'informalité, conjugué à la charge des soins, entre en tension avec une série d'obstacles tels que la logistique des ventes, où la conciliation entre l'achat de fournitures, la création, la vente et la livraison des produits confectionnés représente un défi complexe à relever. Le temps et la mobilité se retrouvent à nouveau sous tension, générant également une charge mentale, car de nouvelles formes de distribution, d'achat et de vente doivent être imaginées pour pérenniser leurs entreprises.

> « Ça avance petit à petit. C'est sûr, elle va même dans des marchés de Noël et, par exemple, dans ces autres... parfois elle postule à ces autres marchés qu'il y a, ou elle y va principalement. En général, nous organisons ici dans le quartier (La Villa), à Sánchez Fontesilla avec Tagua-Tagua, nous faisons un marché de Noël du quartier. Mais cette année, comme je vous dis, je ne pense pas pouvoir m'installer, parce que l'année dernière déjà nous étions restés avec mon fils, mais nous étions tous les deux, les années précédentes ce n'était pas tant le cas parce que nous étions tous les trois avec ma fille. C'est sûr. Alors elle, évidemment, elle s'occupait de lui donner son thé le soir, je pouvais rester tranquille au marché. Mais maintenant, non, seule avec lui, et bien sûr, il allait là-bas, je laissais le stand à la voisine et je lui disais, Margarita en général, Margarita s'il te plaît, jette un coup d'œil. Oui, vas-y, ne t'inquiète pas. Et

comme c'était ici même dans le quartier, ça lui prenait cinq minutes, et c'est vrai que c'était pratique, oui » (Mónica, aidante de son père).

Ce dernier récit de Mónica — recourant à une voisine pour pouvoir maintenir son stand sur le marché — réitère, dans un autre registre, la logique déjà observée dans le chapitre précédent : là où l'État ne propose pas de solutions structurelles (la convention Capredena-Municipalité qui n'est jamais venue), ce sont les réseaux informels de soutien qui permettent à l'activité économique de Mónica de demeurer possible.

Le soin gravitationnel devient également une composante fondamentale de la manière dont se développent les entreprises des aidantes, en conditionnant leurs possibilités d'expansion. À cela s'ajoute un contexte de précarité structurelle : revenus irréguliers, absence de contrat, manque de protection sociale, obstacles technologiques et dépendance à l'égard de circuits de vente informels, de réseaux sociaux ou du « bouche-à-oreille », face à l'impossibilité pour la plupart d'entre elles de quitter le domicile pour vendre sur des marchés ou établir leurs propres commerces. Le témoignage de Yessica montre que cette informalité ne relève pas d'un choix, mais constitue l'effet d'un cadre réglementaire inadapté à l'échelle et aux conditions réelles de ces unités productives :

> « J'ai terminé l'atelier il y a peu, j'ai donné un mois, cela a été terrible, parce que c'était en décembre. Ah ! Oui, c'était chaotique. Oui, alors, ils m'ont appris beaucoup de choses. Il y a des choses que je ne peux toujours pas mettre en pratique. Oui, parce que, par exemple, on te dit qu'il faut le faire légalement. Il y a des choses que, même si tu le veux, tu ne pourras pas faire légalement. Dans le sens où, par exemple, pour utiliser de l'alcool, tu es censée passer par l'ISP [Institut de Santé Publique], ils doivent te donner une autorisation, mais il faut payer. Pour chaque produit que tu fais, il faut payer, et c'est cher. Donc, si je fais cinq produits, je dois payer pour les cinq produits. Évidemment. Alors, c'est une fois, mais ce sont de grosses sommes d'argent. On m'a dit de le faire sous forme de, comment ça s'appelle ? de micro-entreprise familiale. Mais on me dit que, même si je le fais par le biais de la micro-entreprise familiale, si l'espace dont je dispose, c'est par exemple la cuisine, ce n'est pas possible. Parce qu'il va y avoir une contamination croisée. Évidemment. Donc, je n'ai pas d'autre espace pour fabriquer mes affaires » (Yessica, aidante de sa fille).

Cet obstacle réglementaire ne s'avère pas exclusif au cas de Yessica : il exprime une tension structurelle entre la logique de l'économie populaire et celle de l'économie formelle qui la régule. Kraychette (2000) caractérise précisément ces activités par une rationalité orientée vers la génération de ressources afin de se pourvoir en moyens de subsistance par l'ajout d'unités de travail, et non de capital — une rationalité que les réglementations sanitaires et fiscales, conçues pour une autre échelle de production, ne parviennent ni à reconnaître ni à accommoder.

> « Je crois que le soutien financier (*las lucas*) est super important parce que comme ça on s'organise mieux. En fait, il y a quelque temps, j'ai reçu de l'argent et j'ai commencé à acheter des fournitures. Et je vendais ici. D'accord. Mais alors j'en étais là, et qu'est-ce qui s'est passé ? C'est que ma mère est tombée malade. Et bon, nous avons dû acheter beaucoup de médicaments, beaucoup d'examens et tout ce que j'avais réussi à générer est parti. C'est parti là-dedans. Avec l'argent de sa pension. Alors c'est comme si là je piétinais, et ça en réalité ça me frustre un peu. Parce que je n'aime pas rester sans rien faire. Mais bon, de ce côté-là j'ai cherché, je ne sais pas trop comment... Oui, parce qu'elle est inscrite dans tous les groupes de... Oui. Oui, enfin des soutiens de la municipalité et qu'il y a quand même de bons projets auxquels postuler. Ça m'a coûté un monde. En fait, on m'a inscrite, on m'a présentée au FOSIS [Fonds de Solidarité et d'Investissement Social]. La fille est venue. Quand elle est venue ici, elle s'est fait agresser dans le bus (*micro*), elle n'est plus revenue et... Et c'est comme si là les choses bloquaient. Oui, oui. Ça me complique, ça m'abat un peu (*me achaco*), mais j'essaie toujours de penser positif et de l'avoir... De me réinventer, c'est reparti » (Sandra, aidante de sa mère).

Ce type de discours sur la volonté d'aller de l'avant malgré les obstacles s'avère récurrent chez les aidantes. Plutôt que d'y lire une simple expression de résilience individuelle, il convient de le situer dans le contexte socio-économique et social de précarité continue au sein duquel ces femmes doivent, à maintes reprises, réinventer leurs stratégies de subsistance face à des soutiens institutionnels qui s'annoncent puis se trouvent contrecarrés, comme dans le cas du FOSIS pour Sandra.

En conséquence, l'entrepreneuriat se trouve sous la tension d'une autonomie relative et d'une dépendance structurelle : il accroît le pouvoir d'agence des aidantes, mais demeure subordonné aux temporalités du soin gravitationnel et aux marges de l'informalité — une informalité qui, comme le montre le cas de Yessica, n'est pas un choix mais l'effet d'un cadre réglementaire étranger à l'échelle et aux conditions de ces unités productives. Le plaisir et la créativité en tant qu'échappatoires coexistent ainsi avec la nécessité de subsistance, sans que l'un n'annule l'autre : la vie économique et subjective des *caregivers* est préservée, mais les conditions structurelles — ce même régime libéral-familiste décrit dans les axes précédents — qui produisent leur vulnérabilité ne s'en trouvent pas transformées. Le travail indépendant dans la vente de produits créatifs remplit dès lors cette double fonction : d'une part, comme une forme de loisir permettant de se déconnecter du soin gravitationnel ; d'autre part, comme une source de ressources économiques qui, précisément parce qu'elle dépend de cette même disponibilité temporelle fragmentée, ne parvient jamais à s'en émanciper. Ce double caractère, à la fois ressource de subsistance et symptôme de précarité, rend nécessaire de s'interroger sur les conditions concrètes — organisationnelles, relationnelles et affectives — dans lesquelles ces activités économiques parviennent à se maintenir dans le temps.

V.4. L'associativisme en tant qu'infrastructure de soutien féminisée

Les réseaux familiaux, communautaires et associatifs constituent une infrastructure de soutien indispensable pour concilier les soins intensifs gravitationnels et l'entrepreneuriat. Ainsi, les arrangements familiaux montrent comment la répartition des soins entre frères et sœurs, enfants, conjoints et autres proches définit les marges de temps disponible pour entreprendre.

Comme les aidantes nous l'ont raconté tout au long de cette recherche, le partage des tâches et le soutien du noyau familial s'avèrent essentiels pour parvenir à trouver un espace de développement personnel. Bien que, dans l'ensemble des cas, ce partage ne s'effectue jamais de manière équitable, les aidantes le soulignent comme un apport majeur pour la gestion et la pérennité de leurs entreprises.

Cela se traduit tout particulièrement lorsque les aidantes prennent part à des instances exigeant leur déplacement physique hors du domicile, par exemple pour se rendre à des marchés d'entrepreneuses, des marchés de Noël ou pour assister à des ateliers. C'est ainsi que les aidantes mobilisent l'ensemble du groupe familial disponible afin de pouvoir participer à ces événements, ce qui implique de coordonner les horaires, de préparer tout le matériel nécessaire à la personne aidée, d'expliquer chacune des étapes et des tâches de soin à accomplir, et, dans bien des cas, de convaincre autrui. À cela s'ajoute la préparation de l'ensemble des produits et fournitures requis pour assister à ces manifestations, de sorte que la charge de gestion se trouve doublée.

> « Alors, nous devons déjeuner tôt parce que je dois partir. Du coup, je laisse toutes mes boîtes prêtes. Évidemment. J'emporte des boîtes et je les prépare toutes. Il n'y a plus qu'à charger la voiture. Et comme nous nous sommes retrouvés sans voiture, nous y allons en bus. Alors, j'emporte une table, j'emporte ce qui... comment dit-on ? L'essentiel qui peut me servir. Et si j'en ai besoin, plus tard, quand la moitié de la journée de travail sera passée, on viendra me le déposer. Voilà. Alors tout le monde s'y met (*todos los monos bailan*). Tout le monde s'y met, leur dis-je. Mais c'est une bonne chose. Évidemment. C'est une pratique qui sert à tout le monde. Et Rocío, par exemple, peut-elle rester seule ou vient-elle avec vous ? Non, elle vient avec nous. Elle a un problème : si elle reste seule, elle peut tout manger. Alors voilà. Mais elle aime ça et elle va nous aider. Donc non, comme je te dis, tout le monde s'y met. Et mon mari a appris, il n'est pas très sociable, il n'est pas très sociable. Enfin, avec ma famille si. Bref, alors je lui dis qu'il vaut mieux qu'il reste à la maison, parce qu'il a l'air très fâché. Alors va-t'en plutôt à la maison, tu es en train de m'effrayer les clients. Parce que c'est dur pour lui, c'est dur. Alors bon, je crois qu'avec le temps il va finir par perdre ça. Mais quand même, et ils doivent tous apprendre les prix » (Yessica, aidante de sa fille).

Ce récit illustre bien ce que Paperman (2013) avance lorsqu'elle remet en question l'autonomie comme point de départ anthropologique : il ne s'agit pas d'individus autosuffisants bénéficiant occasionnellement d'une aide, mais du fait que « notre autonomie en toute circonstance dépend de la qualité de nos interdépendances ». L'entreprise de Yessica

ne constitue pas, au sens strict, une activité individuelle qui reçoit ensuite un soutien familial : elle est, dès son origine, une activité relationnelle, portée par un réseau au sein duquel chaque membre — y compris le mari initialement réticent — doit apprendre un rôle spécifique pour que l'activité économique soit possible. Yessica bénéficie d'un réseau de soutien structuré et fiable avec lequel, bien qu'il n'y ait pas de répartition équitable des soins, elle parvient à mieux concilier l'entreprise et le soin, de telle sorte que sa fille aînée et son mari sont disponibles pour assurer les relais lorsqu'elle en a besoin, ainsi que pour la soutenir dans les démarches qu'implique la participation à des événements en présentiel pour vendre ses créations.

Dans d'autres cas, lorsque les réseaux de soutien se trouvent moins impliqués et que leur participation aux soins s'avère par conséquent plus incertaine, les démarches d'organisation nécessaires pour assister à des événements exigeant le déplacement physique de l'aidante sont plus lourdes. Pour ce faire, les aidantes doivent constamment imaginer de nouvelles stratégies qui s'ajustent au cas par cas selon la disponibilité des réseaux proches ou distants susceptibles de les relayer pour l'occasion. De cette manière, le recours aux réseaux communautaires s'avère essentiel, par exemple grâce au soutien de voisins ou d'autres entrepreneuses capables de tenir le stand pendant quelques heures lorsque les aidantes n'ont personne pour les remplacer dans les tâches de soin. C'est ce qui survient, par exemple, dans le cas de Mónica, qui, au fil des ans, bénéficie de moins en moins du soutien de son groupe familial, ce qui l'empêche aujourd'hui de saisir l'ensemble des opportunités offertes pour commercialiser ses créations.

Le contraste entre la Mónica d'il y a quelques années — épaulée par sa fille au stand — et la Mónica actuelle — tributaire du fait qu'une voisine « jette un coup d'œil » durant cinq minutes — ne relève pas du simple fait biographique ; il constitue la preuve de ce que Tronto (2009) soulève quant à la distribution inégale du *care* : celles qui accomplissent le travail concret de soin sont celles qui disposent du plus faible marge de manœuvre pour le maintenir dans le temps, précisément parce qu'elles n'ont pas la capacité financière d'acheter de la substitution et dépendent de réseaux informels qui, comme en l'espèce, s'amenuisent au fil des ans. Le soin gravitationnel décrit dans les axes précédents ne disparaît pas au sein de ces arrangements : il se déplace temporairement vers un autre corps — une fille, un mari, une

voisine — sans jamais cesser d'être, en dernier ressort, la responsabilité de l'aidante elle-même.

Un deuxième axe réside dans l'associativisme que rencontrent et façonnent les aidantes. Cette dimension a constitué une découverte inattendue, dans la mesure où la recherche n'envisageait pas initialement la participation des aidantes à des regroupements ; pourtant, au fil des entretiens, il est apparu que l'ensemble des aidantes de cette étude participait à une association quelconque, que ce soit de manière informelle ou structurée.

L'acte de s'associer, de se réunir avec d'autres femmes, d'autres aidantes et créatrices, s'amorce de différentes manières : parfois au sein de programmes municipaux, d'autres fois par la création de collectifs d'aidantes, dans des réseaux de femmes orientés vers la politique communautaire ou au sein d'organisations de quartier comme les *junta de vecinos* (comité des voisins), beaucoup d'entre elles appartenant fréquemment à plusieurs structures de manière simultanée.

C'est le cas de Sandra qui, avant que ses parents ne présentent un degré de dépendance plus élevé, cherchait des voies d'épanouissement personnel jusqu'à découvrir un atelier municipal d'artisanat mapuche. Là, elle commence non seulement à explorer ses compétences artisanales, mais elle recontacte également son identité autochtone en tant que femme de la capitale. À partir de ces ateliers, dont la municipalité a proposé plusieurs sessions en raison de leur articulation avec le travail d'organisations mapuches de la commune, des liens ont commencé à se tisser entre les participantes, en particulier avec celles qui étaient également aidantes. C'est ainsi que naît le collectif où, sous l'impulsion de leurs formatrices, elles initient la vente de leurs produits, dans une démarche où la dimension économique n'est pas exclusive : s'y ajoutent la revalorisation de la culture mapuche et l'associativité entre femmes aidantes.

La connexion qui s'établit à partir du partage d'expériences communes — non seulement le fait de dispenser des soins, me semble-t-il, mais aussi les conditions dans lesquelles ce soin s'exécute — a permis de faire émerger des espaces de rencontre entre ces femmes, un réseau de solidarité mutuelle, de compréhension et de soutien qui leur permet non seulement de se reconnaître dans le vécu de l'autre, mais aussi de trouver des lieux d'entente mutuelle, de soulagement, de force collective et de repos. S'associer ne fonctionne pas uniquement comme

une collectivité d'entraide, car la productivité demeure un axe central qui les rassemble. Créer ensemble confère à ces espaces cette double fonctionnalité, au sein de laquelle elles peuvent développer des projets de vie collectifs, ce qui génère une infrastructure de soutien essentielle pour poursuivre.

Créer ensemble permet à ces espaces de revêtir cette double fonctionnalité : ils sont, dans le même temps, des espaces de production et des espaces publics, des lieux de socialisation qui combinent, de façon plus ou moins marquée, activité économique et action politique (Guérin et al., 2011). Cette double fonctionnalité reproduit, à l'échelle collective, la même articulation entre le productif et le reproductif déjà observée sur le plan des micro-entreprises individuelles : l'associativité n'est pas seulement une plateforme de vente ni un simple espace de soutien émotionnel, mais le lieu où ces deux registres, générer des revenus et soutenir la vie deviennent indissociables.

Ces espaces se sont également construits comme des arènes politiques visant à rendre visible le travail de soin, en suscitant des mobilisations et des pressions auprès de la mairie, des conseils régionaux ou dans le cadre de programmes publics, afin de faire progresser l'offre publique en matière de soins. De cette manière, l'associativité remplit aussi un rôle de mise en lumière et de reconnaissance, en faisant accéder à la visibilité un groupe social rendu invisible tel que celui des personnes dispensant des soins.

Cette logique rejoint ce que documentent les études sur les initiatives populaires de femmes dans la région : elles s'organisent collectivement en majorité parce que ces initiatives leur permettent d'identifier et de contextualiser leurs propres besoins, de les exprimer et de les porter dans l'espace public, face à l'échec de mesures standardisées et universelles pensées sans elles (Verschuur et al., 2021). Le collectif devient ainsi un levier pour développer la confiance en soi, alléger le poids des responsabilités assumées dans la sphère familiale et les concilier avec un engagement de justice sociale — trois fonctions qui réapparaissent, presque point par point, dans le récit de Mónica sur son groupe d'aidantes : une infrastructure féminisée :

> « Nous nous sommes rencontrées au sein de *Contigo los Cuidados*[2], dans un programme de la municipalité. Lors d'une rencontre, j'ai fait la connaissance de Yocelyn, qui est très investie dans la *Ley Matías* qui est en attente au Congrès[3], et elle m'a dit : "je veux former un groupe uniquement dédié au soin, parce que *Contigo los Cuidados* rassemble tout type d'aidants, mais je veux que ce soit seulement pour les aidantes, qu'il veille sur les aidantes et qu'il possède la personnalité juridique (PJ) et tout". Elle m'a intégrée au groupe et c'est comme ça que je suis arrivée, nous sommes toutes de la commune (...) Nous faisons une réunion une fois par mois et le reste du temps, eh bien, c'est généralement par WhatsApp, nous nous envoyons des messages vocaux pour nous dire "allez, on garde le moral", toujours à se tirer vers le haut. Même si c'est lourd, il y en a qui ont deux et jusqu'à trois personnes à charge » (Mónica, aidante de son père).

La création de ce groupe traduit bien plus que la quête d'une simple compagnie ; en insistant sur la nécessité d'obtenir la personnalité juridique et de « veiller sur les aidantes » de manière spécifique, et non sur « tout type d'aidants », le collectif de Mónica s'érige en ce que Carosio (2007) qualifie de citoyenneté : une forme d'autoreconnaissance qui surpasse la citoyenneté abstraite libérale pour placer le soin de la vie au cœur de l'appartenance sociale et politique. Cette exigence de reconnaissance juridique articule les trois sommets que Carosio identifie pour une politique du soin — revalorisation (se désigner comme aidantes, et non au sein d'une catégorie générique), redistribution (la pression exercée sur la mairie et les conseils régionaux) et responsabilité sociale (exiger de l'État, et non de la seule famille, qu'il assume des tâches concrètes), face à un soin qui, autrement, continue d'être appréhendé comme une responsabilité privée et un choix individuel.

D'un autre côté, cette revendication ne s'épuise pas dans la reconnaissance symbolique du travail de soin : en exerçant une pression sur la mairie et les conseils régionaux, ou en

[2] Le programme *Contigo en los Cuidados* (s'inscrivant dans le Cadre du Réseau Local de Soutien et de Soins et du système *Chile Cuida*) offre un accompagnement, des ateliers, du répit et la délivrance d'une carte d'identification aux personnes qui s'occupent de proches dépendants ou en situation de handicap.

[3] La « loi Matías » sur le handicap vise à établir une pension universelle inclusive et à éliminer les vides bureaucratiques ainsi que les mois sans ressources dont souffrent les personnes présentant un handicap sévère lorsqu'elles atteignent la majorité. Bien qu'il existe déjà au Chili une pension destinée aux personnes en situation de handicap, ce projet de loi entend élargir les droits et les conditions sous lesquelles elle est attribuée.

impulsant la *Ley Matías*, le groupe de Mónica réclame également ce que Fraser (2023) distingue comme une troisième dimension de la justice, différente de la distribution et de la reconnaissance : la représentation, c'est-à-dire le statut d'interlocutrices légitimes face aux instances qui définissent les règles du jeu politique et distributif. L'associativité des aidantes opère ainsi simultanément dans les trois registres que Fraser (2008) identifie, distribution des ressources, reconnaissance du statut, représentation politique, ce qui explique pourquoi ces espaces ne peuvent se réduire ni à un réseau d'entraide, ni à un collectif identitaire : ils constituent, à la fois, ces deux dimensions et une plateforme de revendication politique. Le critère qui traverse ces trois registres est ce que Fraser (2008, 2023) nomme la parité de participation : il ne suffit pas de recevoir des ressources ou d'être reconnue culturellement si l'on ne dispose pas, en outre, d'une voix effective pour participer à la définition de ces termes.

Les espaces d'associativité remplissent également des fonctions dans la formation, l'accès à des ressources telles que les fonds attribués sur appel à projets, les ateliers, l'accès aux marchés d'entrepreneurs et la circulation de l'information. Ceux-ci se constituent en un réseau de connaissances qui leur permet d'accéder à des formations plus poussées dans le domaine du soin et de l'entrepreneuriat, ainsi qu'à la compréhension du fonctionnement de l'appareil public et des démarches à effectuer lors de moments critiques, que ce soit pour accéder à des programmes de soin, à des subventions financières, etc. Cela s'avère d'autant plus prégnant dans un contexte où la présence de l'État apparaît dans ces récits de manière indirecte et fragmentée, médiatisée par des programmes municipaux spécifiques et par la figure de fonctionnaires et de professionnels qui agissent comme relais.

En troisième lieu, l'associativité fonctionne comme un espace de soutien émotionnel et de divertissement, au sein duquel le fait de « sortir de la routine », de « se changer les idées » et de « se sentir accompagnée » constitue l'un des nœuds centraux de la motivation à appartenir à une association et à continuer d'y participer, en dépit des contraintes de temps et d'organisation que cela implique.

Une réunion d'un groupe d'entrepreneuses Mapuches et aidantes à laquelle j'ai pu assister permet d'illustrer fidèlement ce que d'autres aidantes rapportaient au sujet des espaces au sein desquels elles s'investissent. La rencontre a débuté tôt, par un rendez-vous pour prendre le petit-déjeuner ensemble avant d'ouvrir la séance ; chaque participante avait apporté quelque

chose à partager. Entre ricanements et plaisanteries sur la manière dont la matinée de chacune s'était déroulée, la conversation s'est orientée vers les relations de couple, les anciennes camarades d'organisation et la prise de leurs nouvelles. Plus tard, alors qu'elles préparaient toutes ensemble de quoi manger, deux des participantes m'ont confié que les réunions se déroulent habituellement ainsi : un espace où, au-delà de la confection d'artisanat, s'ouvre un temps de distraction, d'échange sur leur état d'esprit, de conseils mutuels et de dérision face aux « mésaventures ».

Dans un second temps, lorsqu'elles m'ont interrogée sur ma recherche, la discussion est devenue presque cathartique : toutes ont commencé à raconter de qui elles s'occupaient et à déplorer l'absence de réseaux de soutien sur lesquels s'appuyer, expliquant que, du fait qu'elles vivaient chez leurs parents ou qu'elles étaient les seules de la famille sans emploi formel, il avait été implicitement admis qu'il leur revenait d'assumer la charge du soin. Au fil de ces échanges, des conseils ont circulé entre elles, adressés plus particulièrement à l'une des participantes qui, ayant de jeunes enfants tout en prenant soin de ses parents, n'était pas parvenue — malgré une fratrie nombreuse — à répartir les tâches d'aide, ce qui l'obligeait à maintenir un niveau d'exigence constant entre l'éducation de ses enfants et la dépendance de ses parents. Une autre participante, figure parmi les plus âgées du groupe et qui s'occupe de sa mère depuis plus de dix ans, a raconté comment elle en était venue à se sentir « exploitée » par le reste de sa famille et de quelle façon elle avait commencé à poser des limites face à cette situation ; forte de cette expérience, elle a conseillé la plus jeune sur la manière d'aborder la question avec ses frères et sœurs. Entre deux éclats de rire, elles ont évoqué des stratégies auxquelles elles recourent pour s'octroyer quelques moments de liberté ou pour mieux organiser l'emploi du temps des soins — le « mensonge pieux », prétendre être en retard ou qu'un accident a eu lieu sur le trajet, à seule fin de s'accorder quelques minutes de répit pour déjeuner assises, se laver les cheveux ou faire des courses sans se presser.

C'est ainsi que toutes s'accordaient sur le caractère sacré qu'a revêtu cet espace : ces rares heures hebdomadaires qu'elles consacrent à se réunir, parfois simplement pour discuter, rire et se conseiller, d'autres fois pour acheter des fournitures ensemble ou se retrouver afin de confectionner leurs artisanats. Un moment de répit au cours duquel elles peuvent compter sur des personnes qui vivent et partagent les mêmes réalités.

Dans le cas de ce collectif, la revendication du travail de soin s'entrelace avec la revendication ethnique : l'artisanat mapuche ne représente pas seulement un savoir-faire acquis, mais constitue un espace où des femmes aidantes de la capitale reconstruisent un lien identitaire dénié dans d'autres sphères de leur vie quotidienne. L'associativité remplit ici une triple fonction : économique, de soutien mutuel face au soin, et de réaffirmation ethnique face à des processus d'invisibilisation qui dépassent le cadre du soin lui-même.

C'est ce qu'exprime également Pamela au sujet de l'organisation d'aidants au sein de laquelle elle s'investit et dispense des cours d'idéogrammes :

> « Au fond, il y a des jours où les gens ont besoin de parler, et on leur laisse cet espace pour parler. D'autres jours, elles sont très concentrées sur ce qu'elles veulent faire, et elles s'en sortent sans problème. Et à d'autres occasions, c'est juste... s'asseoir et parler tout du long... sans travailler. Parce qu'il y a des jours avec et des jours sans, comme dans la vie (...) Et on rit, et les peines s'en vont. Ou parfois, quand quelqu'un ne va pas bien, on pleure. Et toutes pleurent. On est là. On écoute si quelqu'un ne va pas bien. Le lien qui se crée est très stimulant, il est vraiment bon et très beau. (...) Je crois que la dimension sociale est importante, parce qu'on a toujours besoin d'avoir quelqu'un à ses côtés. Ce n'est pas que tu ne peux pas tout faire toute seule. Tu auras toujours besoin d'aide pour certaines choses. Pas pour tout. Mais il faut s'appuyer sur les autres. C'est merveilleux » (Pamela, aidante de sa mère).

Cependant, il importe de ne pas tomber dans une idéalisation romantique des espaces d'associativité. Bien qu'ils soient précieux pour les aidantes, il ressort également des récits que des tensions surviennent parfois — parfois insurmontables —, qui ont conduit certaines membres ou associées à se retirer, sans compter la difficulté d'avoir à composer avec des personnalités différentes et parfois complexes. En d'autres occasions, c'est la charge émotionnelle et l'effort d'autoréflexion qu'exige l'écoute d'autres aidantes traversant des situations éprouvantes, ou dont la personne aidée vient à décéder, qui deviennent difficiles à porter collectivement. Ces conflits ne constituent pas un détail anecdotique : ils rappellent que l'inégalité dans la répartition du *care* ne s'évanouit pas sous prétexte qu'il s'agit d'espaces entre femmes aidantes — elle change simplement d'échelle, se reproduisant également au sein des réseaux d'entraide eux-mêmes.

Les arrangements familiaux et l'associativisme ne constituent donc pas deux formes de soutien disjointes, mais bien deux échelles d'une même infrastructure féminisée qui mettent en tension le travail de soin et l'entrepreneuriat. À ces deux niveaux, la logique demeure identique : ce sont des femmes qui soutiennent d'autres femmes, que ce soit au sein du foyer, en mobilisant le « groupe familial disponible », ou à l'extérieur de celui-ci, en organisant des collectifs, des marchés ou des tables de travail. Cette différence d'échelle ne relève pas de la seule description. Les arrangements familiaux opèrent au niveau microéconomique de l'unité domestique : l'organisation interne du temps de travail du foyer. L'associativité, en revanche, opère dans ce que Coraggio (2013) qualifie de niveau méso-socioéconomique : des réseaux d'entraide, d'achats groupés de fournitures ou de commercialisation qui ne forment pas un sous-système autonome en soi, mais qui ne sauraient non plus se réduire à la simple somme des entreprises individuelles qui les composent. Reconnaître cette seconde échelle permet de percevoir que l'infrastructure de soutien des aidantes-entrepreneuses ne forme pas un continuum homogène, mais un système de niveaux articulés — domestique et associatif — qui se soutiennent mutuellement sans qu'aucun ne parvienne, à lui seul, à résoudre la contradiction structurelle entre le soin et l'entrepreneuriat.

Le soin gravitationnel décrit dans les axes précédents ne disparaît pas au sein de ces espaces : il se déplace temporairement vers un autre corps — une voisine, une fille, une camarade de collectif — sans jamais cesser d'être, en dernier ressort, la responsabilité de l'aidante elle-même. Cette infrastructure de soutien est par conséquent profondément ambivalente : elle permet la continuité des entreprises et offre un véritable soutien émotionnel et politique, mais elle le fait en reproduisant cette même féminisation de la prise en charge qui structure le problème qu'elle cherche à soulager. Ni la famille ni l'association ne se substituent à ce que Carosio (2007) revendique comme la responsabilité sociale du soin : tant que celle-ci demeure absente de la conception institutionnelle, la pérennité de ces entreprises continuera de reposer, en dernière instance, sur la disponibilité affective et le temps non rémunéré d'autres femmes.

IV.5. Subjectivités des *caregivers*-entrepreneurs et identités en tension

Le soin ne s'épuise pas dans l'organisation des tâches, la gestion du temps et la sphère émotionnelle : il façonne également la façon dont les femmes se perçoivent elles-mêmes et dont elles imaginent leur avenir. Leurs propres récits sur ce qu'elles sont, ce dont elles ont besoin et ce à quoi elles aspirent ne constituent pas une donnée accessoire à l'expérience du soin, mais une information dotée d'une autorité épistémique propre sur ce qui se joue, tant sur le plan moral que pratique, dans leur quotidien d'aidantes et d'entrepreneuses (Paperman, 2013). Cet axe rassemble les opportunités, les besoins, les obstacles et les aspirations qui structurent tant leurs projets de vie que leur manière d'entreprendre.

Dans ce cadre surgit une tension entre la figure de l'aidante dévouée et sacrifiée — celle de la « bonne aidante », de la « bonne fille », de la « bonne mère », qui dissout l'individu dans ce soin gravitationnel — et la possibilité de se projeter au-delà de ce rôle. Cette figure ne décrit pas seulement un comportement attendu, mais une disposition affective présumée naturelle chez les femmes : on n'attend pas seulement d'elles qu'elles dispensent des soins, mais qu'elles le fassent avec abnégation, patience et amour, comme si de telles dispositions étaient innées (Molinier, 2012). En ce sens, l'entrepreneuriat ne fonctionne pas uniquement comme une source de revenus ou une distraction face à la routine des soins : il opère comme une brèche dans cette naturalisation, un espace où la disposition attendue peut, ne serait-ce que partiellement, se trouver suspendue, et où commencent à être valorisés et reconnus des compétences, des désirs et des avenirs propres.

La référence à un avenir fait de « jours merveilleux » suggère précisément cela : la projection de nouvelles possibilités pour elles-mêmes, qui ne se réduisent pas exclusivement au mandat du sacrifice. Il ne s'agit pas d'une rupture totale avec le soin, mais plutôt d'une quête de sens et d'ouverture au milieu de conditions extrêmement restrictives.

> « Dès que je franchis le seuil d'une maison ou d'un lieu où j'entre, comme maintenant je ne suis plus la Cami, je ne suis plus Camila la maman de. Non. C'est moi. C'est quelque chose à moi, comment te l'expliquer ?... Je le prends comme une scène. Parce que moi aussi je peux parler, c'est un espace pour exprimer des choses qui peut-être... Et il y a des conseils qui sont sortis de ce dont j'ai parlé avec mes clientes. Avec certaines, j'ai déjà une grande confiance. C'est presque comme aller chez le psychologue, tu comprends ? Alors toutes mes clientes me connaissent comme la

> Cami, pas comme Camila. C'est monter sur une scène, franchir ce comptoir c'est comme entrer sur scène. Et ça, je l'ai appris quand je travaillais ici [dans un café]. Je travaillais ici quand Isa avait 6 mois, je la laissais à la crèche, tout près d'ici. Et c'est sûr qu'au début je me suis mise à pleurer, je te le jure, ça m'est arrivé. Mais la deuxième fois c'était ah bon, et la troisième fois c'était comme un "libérée, délivrée" (libre soy). Et c'est ça, entrer sur une scène. Et grâce à Dieu j'ai travaillé là-dedans parce que j'ai appris » (Camila, aidante de sa fille).

Cette scène évoquée par Camila est associée à la sphère productive, au sein de laquelle l'identité d'aidante passe au second plan au profit de sentiments de liberté et d'expression de soi. La subjectivité productive-créative que les aidantes commencent à développer en entreprenant leur permet de s'affirmer ou de s'identifier à partir d'autres espaces, en reconnaissant et en valorisant des compétences, des savoirs et des caractéristiques personnelles que le rôle d'aidante ne permet pas toujours de nommer. De même, Yessica commente lorsqu'on l'interroge sur ce qu'elle ressent au moment de créer :

> « Je me sens plus libre, plus libre, je sens que je peux faire d'autres choses, que je ne suis pas seulement la secrétaire, la maman, l'infirmière, le docteur. Je ne suis pas seulement ça. Mais que je peux faire quelque chose de plus, et des choses qui me plaisent » (Yessica, aidante de sa fille).

À la fin des entretiens, je demande aux aidantes comment elles s'identifient elles-mêmes, quelles caractéristiques personnelles elles possèdent et de quelle manière elles se décrivent. Dans l'ensemble des récits, deux aspects centraux sont évoqués : la positivité et la quête active.

La vie des femmes qui participent à cette recherche a été complexe, marquée par des trajectoires d'abus sexuels, de violences intrafamiliales subies de la part de leurs conjoints et de leurs pères, par la précarité économique et par l'absence de réseaux de soutien, le tout dans le cadre d'un État absent. Face à cela, l'usage de l'humour, la comparaison et la relativisation de l'adversité — à travers des expressions telles que « cela pourrait toujours être pire » — constituent une stratégie émotionnelle extrêmement prégnante. Ces formes de régulation

émotionnelle n'éliminent pas l'épuisement, mais elles permettent de le traiter et de redonner du sens à la valeur des réseaux de soutien ainsi qu'aux ressources disponibles.

> « Je suis très positive. Je suis très joyeuse. En fait, moi qui ne pleure pas, un an après le départ de ma mère... C'est quand j'ai eu la grande dispute avec ma fille, là c'était la dernière fois que j'ai pleuré et je n'ai plus jamais repleuré. Et ce n'est pas parce que je ne veux pas. Ça ne sort pas. Je me considère comme très positive, très... peut-être pas très réaliste, mais oui, optimiste. J'essaie de voir le côté positif de tout. En fait, moi, aux filles du bureau (*la directiva*), je leur dis, mince, elles me disent "c'est que...", "ici non". Soyons positives. Si ça ne marche pas pour nous, bon, tant pis, ça n'a pas marché, l'année prochaine on postule à nouveau au projet et on aura les idées plus claires sur tout. C'est la première fois qu'on fait ça. Aucune d'entre nous n'y connaissait rien. Alors on y va, et peu importe ce qu'elles veulent dire, il faut juste continuer. Oui. Il faut continuer. Il n'y a pas d'autre choix.
>
> Bon, de toute façon, ma vie n'a pas été facile, je suis passée par des abus, des abus de mon grand-oncle. De mauvaises expériences. Enfin, des disputes très violentes (*heavy*) avec ma mère qui m'a mise à la porte. Cette expérience de vivre dans la rue, de savoir ce qu'est le froid, la faim, de ne pas avoir où dormir. Maintenant, tout ça, les soins. Mais il faut continuer (...) Moi, je l'ai facile, dans l'ensemble je l'ai facile, parce que mon père, bon, quand il n'est pas... quand il est sous médicaments, il est comme ça, il ne me dérange pas, parfois quand il commence sa scène avec les cris... ce que mon amie qui vient me voir parfois me dit, pour qu'elle reste avec moi, au sujet des cris, "non", lui dis-je, "c'est qu'il est comme un zombie vivant". Mais je compare avec d'autres personnes, comme je vous dis, d'autres aidantes qui ont trois personnes parfois, il y a le fils, le mari, le père, la grand-mère ; en fait, il y en a plusieurs qui sont dans cette situation » (Mónica, aidante de son père).

Cette attitude pourrait se lire, dans un registre psychologique, comme une résilience individuelle. Cependant, une telle lecture court le risque de psychologiser ce qui constitue, avant tout, une réponse située à une vulnérabilité structurelle de longue date : la trajectoire de Mónica — abus, violences, rue — ne représente pas un antécédent biographique étranger à son présent d'aidante, mais fait partie de la même trame de précarité et d'absence étatique

que Lagarde (1999) nomme la *féminisation de la survie*. La positivité n'est donc pas, fondamentalement, un trait de personnalité, mais un mécanisme appris dès le plus jeune âge pour se maintenir debout dans un contexte où les stratégies pour contourner l'adversité se transmettent et se rééditent tout au long de la vie. Il convient de noter, en outre, que cette positivité ne demeure pas dans le seul registre individuel : Mónica l'énonce également à l'adresse de ses camarades du bureau (« soyons positives »), comme un affect qui se propose et se soutient collectivement au sein de l'association, dans la continuité de l'infrastructure associative décrite dans l'axe précédent.

En ce sens, les subjectivités ne sont pas le simple reflet des conditions matérielles ; elles constituent aussi l'espace où ces conditions s'interprètent, se supportent et, dans une certaine mesure, se réorganisent. Cela devient d'autant plus évident lorsqu'on les appréhende comme des stratégies de survie et d'adaptation face aux difficultés sociales et économiques traversées au cours de leur vie, et non uniquement aujourd'hui dans leurs rôles d'aidantes.

À différents niveaux, l'identification à travers la figure de la personne « *busquilla* » [débrouillarde/ingénieuse] — une catégorie qui émerge du langage même des enquêtées et que l'on reprend ici en tant que telle, plutôt que de la traduire par un concept théorique externe — fait référence à une personne dotée d'initiative, d'ingéniosité et de la capacité de trouver des opportunités ou de résoudre des problèmes en utilisant les ressources disponibles. Elle implique une attitude proactive face à des contextes d'incertitude ou de pénurie, dans lesquels la personne parvient à mobiliser des réseaux, des savoirs et des stratégies pour se débrouiller. Cela s'incarne dans les différentes sphères de la vie des aidantes : depuis la création de stratégies et le recours aux ressources nécessaires pour améliorer la qualité de vie des personnes aidées, la recherche de programmes et de subventions étatiques pour le soin et pour elles-mêmes en tant qu'aidantes, jusqu'à l'entrepreneuriat, l'apprentissage de nouvelles techniques, la recherche de produits, ainsi que l'organisation et la création d'opportunités de vente. Lue comme une catégorie propre au terrain, la *busquilla* dialogue — sans s'y réduire — avec ce que l'économie populaire décrit comme une rationalité orientée vers la mobilisation du travail, des réseaux et des connaissances plutôt que du capital pour se procurer des moyens de subsistance dans des contextes de pénurie (Kraychette, 2000) : une disposition pratique qui traverse tant la gestion du soin que l'entrepreneuriat, et qui exprime

cette même logique de reproduction élargie de la vie (Coraggio, 1998) que nous avons déjà vue opérer dans l'axe des micro-entreprises.

De cette manière, entreprendre dans un domaine créatif permet également de reconnaître progressivement les outils qu'elles ont développés au cours de leur vie et qui leur ont permis de générer leur propre emploi. C'est ainsi que le décrit Pamela :

> « Je suis d'abord maman. Ensuite, je pourrais dire que je suis artiste. Je trouve ce mot tellement... c'est comme très lourd... très mal utilisé. Mais bon, je suis aussi une fille. Une bonne amie. Étant donné que les amis sont là dans les mauvais moments (*las mañas*), pas seulement dans les bons. Et c'est là que tu te rends vraiment compte des gens qui t'aiment et te soutiennent (...) Quoi d'autre ? Je suis affectueuse. Joyeuse. J'aime le chahut (*el chuchuqueo*). Et je veux que ça continue comme ça. Alors c'est comme la curiosité. Et c'est ce qui fait que je suis... comme une enfant. Apprendre, apprendre, apprendre. On m'a toujours dit que j'étais bizarre. C'est pour cela que je sens que je suis comme ça, joyeuse, que si je peux aider, j'aide. Je crois que c'est très profondément ancré » (Pamela, aidante de sa mère).

L'ordre dans lequel Pamela énonce son identité — maman, artiste, fille, amie, et seulement après les qualités qu'elle a cultivées telles qu'affectueuse, joyeuse, curieuse — résume bien la logique de l'ensemble de cet axe : l'entrepreneuriat ne détrône pas la figure de l'aidante du premier rang de l'énonciation, mais il lui ouvre un vocabulaire propre — artiste, curieuse, *busquilla* — que la seule pérennité du soin n'aurait pas pu lui offrir.

Ces subjectivités d'aidantes-entrepreneuses ne résolvent donc pas la contradiction structurelle qui traverse tout ce mémoire ; elles l'habitent de l'intérieur. Alors que j'ai montré précédemment la manière dont le soin gravitationnel orchestre le temps, le corps et les affects de ces femmes depuis l'extérieur, cet axe met en lumière le fait que cette même organisation s'éprouve, se nomme et se négocie subjectivement, sans qu'aucune des deux lectures — la structurelle et la subjective — ne vienne épuiser l'autre. La subjectivité productive-créative qui émerge de l'entrepreneuriat ne doit pas non plus se lire de manière naïve comme une pure émancipation : elle constitue, dans le même temps, le terrain où peut s'imposer le discours individualisant de « l'entrepreneuriat de soi » que nous avons remis en question dans l'axe de

la production, tout comme l'espace réel où elles réussissent à se faire reconnaître au-delà de leur rôle d'aidantes. Maintenir ces deux interprétations de concert, sans les trancher de façon unilatérale, représente peut-être le constat le plus sincère que puisse apporter ce dernier axe : la démarche de la *busquilla*, la positivité et la mise en scène ne constituent pas la solution au soin gravitationnel, mais bien les formes, nécessairement partiales, par lesquelles ces femmes se maintiennent debout — elles-mêmes et les personnes dont elles s'occupent — en son sein.

La notion même de subjectivité productive-créative désigne, sur le plan subjectif, cette incapacité fondamentale à disjoindre production et reproduction : il ne s'agit pas pour ces femmes d'alterner entre le statut d'aidante et celui d'entrepreneuse, mais de faire tenir — et d'assumer la tension entre — ces deux registres simultanément dans la construction de leur identité.

VI. Conclusions

« Je peux être cheffe de famille
Employée ou intellectuelle
Je peux être la protagoniste de notre histoire
Et celle qui agite

Les gens, la communauté
Celle qui réveille le quartier
Celle qui organise l'économie
De son foyer, de sa famille »

— Ana Tijoux*, Antipatriarca*

Les micro-entreprises informelles créées par Camila, Mónica, Sandra, Pamela, Yessica, Francisca et Andrea émergent face à l'incompatibilité entre le soin intensif et l'emploi salarié formalisé. Elles ne découlent pas d'une décision isolée de générer des revenus, mais d'une trajectoire préalable marquée par la responsabilité du soin attribuée au sein du noyau familial. Cette assignation initiale ne constitue pas un simple antécédent secondaire pour comprendre les raisons qui poussent les aidantes à entreprendre : leur démarche répond à une nécessité économique, mais aussi au besoin de trouver un espace propre au-delà du soin. Leur logique

est simultanément reproductive et productive : les revenus, le temps et les réseaux sont mobilisés pour maintenir la vie du foyer plutôt que pour maximiser les profits monétaires.

De cette assignation découle un régime de vie qui réorganise intégralement le temps, le corps, l'espace et la vie affective des aidantes : c'est ce que je nomme le soin gravitationnel, une forme d'organisation quotidienne dans laquelle les besoins de la personne dépendante agissent comme un centre de gravité autour duquel orbite la propre existence de l'aidante. Ce régime éclaire la manière dont se structure le quotidien, ce que Carrasco (2001) et Pérez Orozco (2014) théorisent à l'échelle macrosociale sous le concept de soutenabilité de la vie : cette catégorie permet d'observer empiriquement comment le soin réorganise le temps, l'espace, l'attention, le corps et les émotions, au lieu de simplement s'ajouter à une existence par ailleurs déjà structurée, ou de constituer une simple attention multiple.

C'est précisément le débordement de la vie propre sous la pression des exigences du soin gravitationnel qui pousse ces femmes vers l'entrepreneuriat, comme stratégie de génération de revenus compatible avec une journée déjà saturée. L'activité économique ne s'organise pas selon une rationalité de maximisation du profit monétaire, mais se subordonne aux besoins du soin, au sens que Coraggio (2007) attribue à l'unité domestique : la quête ne vise pas l'accumulation, mais la reproduction élargie de la vie du foyer. Cette subordination est, simultanément, la condition de possibilité de la micro-entreprise en tant que stratégie de survie et le mécanisme qui restreint structurellement ses revenus et son potentiel de formalisation.

En deuxième lieu, l'infrastructure féminisée de soutien rend visible, sur le plan empirique, ce que Federici (2020) désigne théoriquement comme l'extension de la reproduction sociale au-delà du foyer nucléaire : les récits des aidantes permettent de comprendre comment l'entrepreneuriat ne repose jamais sur elles seules, mais sur un réseau de femmes — famille, voisinage, associations — qui absorbe temporairement le coût de la conciliation sans pour autant le résoudre. De la sorte, la construction de réseaux de soutien et d'associativité ouvre la voie à une infrastructure de connaissances donnant accès à des ateliers de formation, des fonds concoursables, des circuits de vente et la circulation d'informations administratives qu'une aidante isolée ne pourrait mobiliser avec la même efficacité. Dans le même temps, l'associativité fonctionne comme un espace d'écoute et de reconnaissance mutuelle où

l'échange d'expériences permet à chacune de se reconnaître dans le récit de l'autre et de nommer un épuisement jusqu'alors non formulé comme tel. Cet espace de parole collective agit ainsi comme un opérateur de subjectivation : il ne se limite pas à soutenir l'activité économique, mais transforme la relation que l'aidante entretient avec ses propres limites, en légitimant collectivement ce qu'une norme individuelle de la « bonne aidante » tend à interdire.

Cette infrastructure ne doit pas être romantisée : les aidantes rendent elles-mêmes compte, dans leurs récits, des divergences matérielles et d'accès aux réseaux de soutien qui existent entre les sociatrices. L'infrastructure féminisée de soutien s'avère ambivalente : elle permet la continuité matérielle et subjective des micro-entreprises tout en offrant une plateforme réelle — bien que partielle — de reconnaissance et de contestation ; néanmoins, elle opère en déplaçant, sans le redistribuer, le coût du soin vers d'autres femmes se trouvant dans des conditions de vulnérabilité économique comparables.

Simultanément, l'entrepreneuriat reconfigure la subjectivité des aidantes en ouvrant des espaces de plaisir, de reconnaissance et de projection de soi. La subjectivité productivo-créative entre en dialogue direct avec les travaux de Molinier (2004, 2018) relatifs à la dimension affective et ambivalente du travail de soin : cette catégorie établit que l'entrepreneuriat n'efface ni ne remplace l'identité d'aidante, mais élargit le répertoire des dénominations et des rôles disponibles pour la construction de soi. Les effets subjectifs identifiés ne constituent pas une conséquence secondaire de l'activité économique, mais en sont une composante constitutive. La reconnaissance accordée par l'échange marchand, le plaisir associé à l'acte de création, la possibilité de se nommer au-delà du rôle d'aidante — « je ne suis plus seulement la maman, l'infirmière, le médecin » — rendent l'activité économique soutenable sur le plan subjectif et, en retour, en assurent la continuité matérielle. Néanmoins, reconnaître cela implique aussi de constater que ce plaisir coexists avec la fatigue, la précarité et l'absence de protection sociale, sans que l'un n'annule l'autre.

Cette subjectivité productivo-créative trouve son expression la plus condensée dans la figure de la *busquilla* [débrouillarde/ingénieuse]. Cette notion mobilise une rationalité de résolution pratique, et non nécessairement d'accumulation marchande. Il s'agit d'une aptitude façonnée par l'exposition répétée aux tensions économiques, temporelles et relationnelles : c'est parce

que les ressources manquent, que le temps est fragmenté et que les relais de soin sont incertains que les aidantes développent la capacité de chercher, d'improviser et de recomposer en permanence — qu'il s'agisse d'un rendez-vous médical, d'une technique de création, d'une candidature à un fonds ou de la gestion des ventes face à l'impossibilité d'adhérer aux formes traditionnelles de commerce.

La *busquilla* se distingue de la figure de l'entrepreneur innovateur valorisée par le discours néolibéral (Boltanski & Chiapello, 2002). Cependant, la valorisation de la *busquilla* court le risque de s'agréger à un discours institutionnel de responsabilisation individuelle qui transforme une stratégie de survie en preuve d'esprit entrepreneurial, déplaçant ainsi les conditions structurelles de précarité vers les qualités individuelles des aidantes (Rojas-Lash, 2018). Il s'agit là d'un aspect stimulant à approfondir dans les recherches futures en économie sociale et féministe.

Pris dans leur ensemble, ces résultats s'articulent comme les moments d'un même processus où l'assignation inégale du soin au sein de la famille produit un régime de vie gravitationnel qui confine l'activité économique des aidantes à une logique de subsistance non accumulative ; la continuité de cette activité dépend d'une infrastructure de soutien féminisée qui s'avère à la fois vecteur de soutien et de reproduction des inégalités, tout en étant investie subjectivement par des identités de résolution pratique offrant une reconnaissance authentique. Ainsi, la réponse à la question initiale s'avère ambivalente : les femmes recourent à la micro-entreprise comme stratégie de soutenabilité de la vie et comme recherche d'un espace propre, mais elles s'y inscrivent au sein d'un régime qui privatise la dépendance, féminise le soin et individualise ses solutions. Ces pratiques ne constituent ni une simple soumission à la contrainte structurelle, ni une émancipation entrepreneuriale : ce sont des formes situées de capacité d'*agence* qui permettent de soutenir la vie, tout en restant en tension constante avec les conditions structurelles et l'absence persistante de redistribution, de reconnaissance et de protection sociale.

À partir des résultats, il me paraît important de rendre compte d'autres perspectives analytiques à approfondir, afin de continuer à nourrir le champ de l'économie féministe et sociale, dans la perspective de la reconnaissance et de la compréhension des stratégies déployées par les aidantes pour le maintien de la vie sociale et reproductive. En premier lieu,

l'étude de l'associativité des femmes aidantes à ses différentes échelles (des collectifs informels de quartier aux réseaux de portée régionale ou nationale) afin de mieux comprendre comment cette double infrastructure de connaissances et de reconnaissance se déploie selon le degré d'institutionnalisation. D'autre part, la valeur que possèdent les micro-entreprises pour les aidantes au-delà de la dimension monétaire est intéressante à continuer d'examiner à la lumière de différents types d'entreprises, et non uniquement créatives, afin de caractériser et de comprendre comment se mobilisent les aspects subjectifs dans l'acte d'entreprendre lorsqu'on est aidante.

En troisième lieu, afin de continuer à développer l'innovation analytique du soin gravitationnel, il conviendrait d'approfondir la distinction entre le fait de prendre soin d'un enfant et celui de s'occuper d'un parent en situation de dépendance, ainsi que les particularités qui se déplient tant au niveau des tensions propres au soin que de l'histoire du prendre soin. Enfin, bien que cela n'ait pas été l'objectif de cette recherche, un aspect central qui se trouve impliqué dans chacune des tensions est sans aucun doute le régime de l'État-providence au Chili, en particulier l'étude de la mise en œuvre de la politique publique *Chile Cuida* récemment approuvée.

La posture épistémologique qui guide cette recherche a été cruciale pour parvenir aux résultats présentés ici, à partir de laquelle je me permets d'innover avec la catégorie réflexive de subjectivation-objectivante. Cette notion part de réflexions issues de recherches antérieures, de discussions avec des collègues et de l'engagement militant, mais elle se trouve encore à un stade initial. De cette manière, une autre perspective analytique à continuer d'approfondir réside dans la méthodologie et dans la façon de faire de la recherche féministe.

Bibliographie

Achancho, V. (2012). *Le rôle des organisations paysannes dans la professionnalisation de l'agriculture en Afrique subsaharienne: Le cas du Cameroun* [Tesis de doctorado, AgroParisTech].

Agenjo-Calderón, A. (2021). Genealogía del pensamiento económico feminista: Las mujeres como sujeto epistemológico y como objeto de estudio en economía. *Revista de Estudios Sociales, (75)*, 42–54.

Aguirre, R. (2005, 28-29 de junio). *Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas* [Presentación en la Reunión de Expertos "Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales", CEPAL]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Rosario_Aguirre.pdf

Aguirre, R. (2008). El futuro del cuidado. En I. Arriagada (Ed.), *Futuro de las familias y desafíos para las políticas* (pp. 23–34). CEPAL.

Aguirre, R., & Ferrari, F. (2014). *Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe: Caminos recorridos y desafíos hacia el futuro*. CEPAL.

Arenas, N. F., & Estrada, C. G. (2020). Las desigualdades del trabajo de cuidado: Significados y prácticas de cuidadoras principales de personas adultas mayores en situación de dependencia. *Anales en Gerontología, 12*(12), 29–64.

Arriagada, I. (2007). *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*. CEPAL.

Arriagada, I. (2010). *La organización social de los cuidados y la vulneración de derechos en Chile*. Santiago: ONU Mujeres y CEM.

Arriagada, I., & Todaro, R. (2012). *El papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile* (Capítulos 4 y 5). Santiago de Chile: ONU Mujeres.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (A/CONF.177/20/Rev.1)*. Naciones Unidas. https://docs.un.org/es/A/CONF.177/20/Rev.1

Bastidas-Delgado, O., & Richer, M. (2001). Economía social y economía solidaria: Intento de definición. *Cayapa. Revista Venezolana de Economía Social, 1*(1), 7–32.

Batthyány, K. (2008). Género, cuidados familiares y uso del tiempo. En *Informe final de investigación* (pp. 182–195). UNIFEM; INE.

Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales* (Serie Asuntos de Género N° 124). CEPAL.

Bee, B. (2011). Gender, solidarity and the paradox of microfinance: Reflections from Bolivia. *Gender, Place & Culture, 18*(1), 23–43.

Bernasconi, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, *1*(56).

Berner, H. (2015). *El proceso de construcción del subsistema de apoyos y cuidados en Chile*. Seminario "Los desafíos de la institucionalidad social en el desarrollo de una protección social universal bajo el enfoque de derechos".

Boltanski, L., & Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo* (Vol. 13). Ediciones Akal.

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

Cabrera Urrea, K. (2024). *Trabajo y género: trabajo decente en Chile* (Documento de trabajo). Instituto Nacional de Estadísticas. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/documentos-de-trabajo/trabajo-y-g%C3%A9nero---trabajo-decente-en-chile.pdf?sfvrsn=38a783f1_2

Carosio, A. (2007). La ética feminista: Más allá de la justicia. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, 12*(28), 159–184.

Carosio, A. (2009). Feminismo latinoamericano: imperativo ético para la emancipación. *Género y globalización*, 229-252.

Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres? *Mientras Tanto*, (82), 43–70.

Carrasco, C. (2006). La economía feminista: Una apuesta por otra. *Estudios sobre Género y Economía, 15*(29), 17–27.

Carrasco, C. (2014). La economía feminista: Ruptura teórica y propuesta política. En *Con voz propia: La economía feminista como apuesta teórica y política* (pp. 25–48). La Oveja Roja.

Carrasco, C. (2017). La economía feminista: Un recorrido a través del concepto de reproducción. *Ekonomiaz. Revista Vasca de Economía, (91)*, 50–75.

Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates. En C. Carrasco, C. Borderías, & T. Torns (Eds.), *El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas* (pp. 13–40). Madrid: Catarata.

CEPAL [Comisión Económica para América Latina y el Caribe]. (2010). *Población y salud en América Latina y el Caribe: Retos pendientes y nuevos desafíos* (LC/L.3216(CEP.2010/3)). Santiago.

CEPAL. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores* (LC/CRE.5/3). Santiago.

CEPAL. (2023a, julio). *Compromiso de Buenos Aires (XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe)* (LC/CRM.15/6).

Cetré, A. (2023b). Las políticas de cuidado en algunos países de América Latina: Una mirada feminista. *Ánfora: Revista Científica de la Universidad Autónoma de Manizales, 30*(54), 136–160.

Charlier, S. (2011). L'autonomisation des femmes par l'économie populaire solidaire: Participation et visibilité des femmes au cinéma. En I. Guérin, M. Hersent, & L. Fraisse (Eds.), *Femmes, économie et développement: De la résistance à la justice sociale* (pp. 155–184). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.gueri.2011.01.0155

Cid-Aguayo, B. y Letelier, E. (2023). Economías populares en Chile: Desde la sobrevivencia a la economía de la vida. En V. Gago, C. Cielo y N. Tassi (Comps.), *Economías populares: Una cartografía crítica latinoamericana* (pp. 83–122). CLACSO.

Cisneros-Puebla, C. A., Faux, R., & Mey, G. (2004). Qualitative researchers—stories told, stories shared: The storied nature of qualitative research. An introduction to the special issue: FQS Interviews I. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, *5*(3), 1–12.

Comas-d'Argemir, D., y Soronellas-Masdeu, M. (2021). Envejecimiento, dependencia y cuidados: Retos sociales y retos asistenciales. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (22), 5-18. https://doi.org/10.17345/aec22.5-18

Coraggio, J. L. (1998). El trabajo desde la perspectiva de la economía popular. En J. L. Coraggio (Org.), *Economía popular: Una nueva perspectiva para el desarrollo local*. Instituto del Conurbano-UNGS.

Coraggio, J. L. (2007). Una perspectiva alternativa para la economía social: De la economía popular a la economía del trabajo. En J. L. Coraggio (Org.), *La economía social desde la periferia: Contribuciones latinoamericanas*. Altamira.

Coraggio, J. L. (2013). Las tres corrientes de pensamiento y acción dentro del campo de la economía social y solidaria. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais, 15*(2), 11–24.

Cresson, G. (2000). *Le travail domestique de santé*. L'Harmattan.

Crow, L. (2010). Including all of our lives: Renewing the social model of disability. En *Equality, Participation and Inclusion 1* (pp. 136–152). Routledge.

Cuevas, M. (2017). El cuidado como objeto de políticas públicas inclusivas con enfoque de género y de derechos. *Estado, Gobierno y Gestión Pública, 15*(30), 15–43.

Da Ros, G. S. (2007). Economía solidaria: Aspectos teóricos y experiencias. *Unircoop, 5*(1), 9–27.

Defourny, J., & Nyssens, M. (2014). The EMES approach of social enterprise in a comparative perspective. En *Social enterprise and the third sector* (pp. 42–65). Routledge.

Dejours, C. (2012). From the psychopathology to the psychodynamics of work. En H. N. Smith & J. P. Deranty (Eds.), *New philosophies of labour, work and the social bond* (pp. 209–250). Brill.

Destremau, B., & Geroges, I. (2017). *Le care, face morale du capitalisme: Assistance et police des familles en Amérique latine*. Peter Lang.

Dirección del Trabajo. (2025). *ENCLA 2023. Informe de resultados: Décima Encuesta Laboral*. Gobierno de Chile. https://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-127353_recurso_1.pdf

Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. PNUD, Área de Práctica de Género del Centro Regional de América Latina y el Caribe.

Esquivel, V. (2016). La economía feminista en América Latina. *Nueva Sociedad, (265)*, 130–141. https://biblat.unam.mx/hevila/Nuevasociedad/2016/no265/9.pdf

Esquivel, V. (Ed.). (2012). *La economía feminista desde América Latina: Una hoja de ruta sobre los debates en la región*. ONU Mujeres.

Esteban, M. L. (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: Aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia, 22*(2), 33–48.

Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. CLACSO.

Federici, S. (2020). *Revolution at point zero: Housework, reproduction, and feminist struggle* (2nd ed.). PM Press.

Fine, M., & Glendinning, C. (2005). Dependence, independence or interdependence? Revisiting the concepts of care and dependency. *Ageing & Society, 25*(4), 601–621.

Fisher, B., & Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. En *Circles of care: Work and identity in women's lives* (pp. 35–92).

Flores Ángeles, R. L., & Tena Guerrero, O. (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: Un tejido en tensión. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*.

Folbre, N. (2001). *The invisible heart: Economics and family values*. The New Press.

Fraser, N. (2008). La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo*, *4*(6), 83-99.

Fraser, N. (2023). *Fortunas del feminismo: Del capitalismo gestionado por el Estado a la crisis neoliberal* (pp. 109–128). JM Bosch.

Fraser, N., & Gordon, L. (1994). A genealogy of dependency: Tracing a keyword of the U.S. welfare state. *Signs, 19*(2), 309–336.

Gilligan, C. (1977). In a different voice: Women's conceptions of self and of morality. *Harvard Educational Review, 47*(4), 481–517.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

Grandón Valenzuela, D. E. (2021). Lo personal es político: Un análisis feminista de la experiencia cotidiana de cuidadoras informales de personas adultas en situación de dependencia, en Santiago de Chile. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 29*, e2161.

Guber, R. (2004). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores.

Guérin, I., Hersent, M., & Fraisse, L. (Eds.). (2011). Femmes, économie et développement : De la résistance à la justice sociale. Érès.

Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, *14*(3), 575–599. https://doi.org/10.2307/3178066

Haraway, D. J. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies, 14*(3), 575–599.

Harding, S. (1998). ¿Existe un método feminista? *Debates en Torno a una Metodología Feminista*, *2*, 9–34.

Hart, K. (1973). Informal income opportunities and urban employment in Ghana. *The Journal of Modern African Studies, 11*(1), 61–89.

Hart, K. (2009). *On the informal economy: The political history of an ethnographic concept* (Centre Emile Bernheim Working Paper). Université Libre de Bruxelles.

Hart, K. (2011). Building the human economy: A question of value? *Suomen Antropologi: Journal of the Finnish Anthropological Society, 36*(2), 5–17.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*.

Hillenkamp, I. (2009). L'approche latino-américaine de l'économie populaire, les inégalités et la pauvreté. *Revue de la régulation, (6)*.

Hillenkamp, I., & Laville, J.-L. (2013). *Socioéconomie et démocratie: L'actualité de Karl Polanyi*. Érès.

Hillenkamp, I., Lapeyre, F., & Lemaître, A. (Eds.). (2013). *Securing livelihoods: Informal economy practices and institutions*. Oxford University Press.

Hirata, H. (2021). Travail productif, travail de care. *Actuel Marx, 70*(2), 62–76.

Hirata, H., & Makridou, E. (2015). Travail, éthique, politique: Les développements récents des théories du care en France. *Travail, genre et sociétés, (33)*, 172–176.

Hirata, H., & Molinier, P. (2012). Les ambiguïtés du care. *Travailler, 28*(2), 9–13.

Hochschild, A. R. (1997). *The time bind: When work becomes home and home becomes work*. Metropolitan Books.

Hochschild, A. R., & Machung, A. (1989). *The second shift: Working parents and the revolution at home*. Viking.

Huenchuan, S. (2009). Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina. En *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿Oportunidad o crisis?* (pp. 11–28). Santiago de Chile/Buenos Aires: CEPAL / Fondo de Población de las Naciones Unidas / Ministerio de Desarrollo Social de Argentina. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3862/S2009000.pdf?sequence=1

Ibos, C., Damamme, A., Molinier, P., & Paperman, P. (2019). Le care est une notion imprécise. En *Idées reçues sur le care* (pp. 69–75).

INE [Instituto Nacional de Estadísticas. (2025a). *Estimación del valor económico del Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado en Chile (2025/2023)*. Ministerio de Economía, Fomento y Turismo. https://www.ine.gob.cl

INE [Instituto Nacional de Estadísticas]. (2025b, enero). *Informe de principales resultados: II Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (II ENUT)*. https://www.ine.gob.cl

INE. (2026a, enero 28). *El INE proyecta que en 2026 la población de Chile alcanzará las 20.150.948 personas, llegando a su nivel máximo a mediados de la próxima década*. https://www.ine.gob.cl/sala-de-prensa/prensa/general/noticia/2026/01/28/el-ine-proyecta-que-en-2026-la-poblacion-de-chile-alcanzara-las-20.150.948-personas-llegando-a-su-nivel-maximo-a-mediados-de-la-proxima-decada

INE. (2026b). *Boletín estadístico: Empleo trimestral. Trimestre móvil noviembre 2025 - enero 2026* (Boletín Nacional 328). https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/ocupacion-y-desocupacion/boletines/2025/nacional/ene-nacional-328.pdf

Isserles, R. G. (2003). Microcredit: The rhetoric of empowerment, the reality of "development as usual". *Women's Studies Quarterly, 31*(3–4), 38–57.

Jenson, J. (2011). Politiques publiques et investissement social: Quelles conséquences pour la citoyenneté sociale des femmes? *Cahiers du Genre*, HS(2), 21–43.

Kittay, E. F. (1999). *Love's labor: Essays on women, equality, and dependency*. Routledge.

Kraychete, G. (2000). Economia dos setores populares: entre a realidade e a utopia. In G. Kraychete, F. Lara, & B. Costa (Orgs.), Economia dos setores populares: entre a realidade e a utopia (pp. 15-37). Vozes; Capina; CESE/UCSAL.

Kraychete, G. (2000). Economia dos setores populares: entre a realidade e a utopia. En G. Kraychete, F. Lara, & B. Costa (Orgs.), Economia dos setores populares: entre a realidade e a utopia (pp. 15-37). Vozes; Capina; CESE/UCSAL.

Lagarde, M. (1999). Claves identitarias de las latinoamericanas en el umbral del nuevo milenio. En A. M. Portugal & C. Torres (Eds.), *El siglo de las mujeres* (Ediciones de las Mujeres, n.º 28). ISIS Internacional.

Lapeyre, F. (2014). La grande colère des faits: L'économie informelle et les défis du développement. En F. Lapeyre & A. Lemaître (Eds.), *Le développement revisité* (pp. 47–76). L'Harmattan.

Laville, J.-L. (2019). L'économie sociale et solidaire: Pour une sociologie des émergences. *Informations sociales, (199)*, 52–60.

Lipsky, L. V. D., & Burk, C. (2009). *Trauma stewardship: An everyday guide to caring for self while caring for others*. Berrett-Koehler Publishers.

Longino, H. E. (2017). Feminist epistemology. En *The Blackwell guide to epistemology* (pp. 325–353).

Lynch, K., Baker, J., & Lyons, M. (2009). *Affective equality: Love, care and injustice*. Palgrave Macmillan.

Martínez, J. (2007). *Regímenes de bienestar en América Latina* (Documento de trabajo N° 11). Fundación Carolina, Madrid, España.

Martínez, M. E. (2017). Discapacidad, género y educación: Contribuciones de los estudios de discapacidad y feministas a la construcción de una educación inclusiva. En *4to. Coloquio Internacional sobre Inclusión Educativa* (pp. 1–12). Universidad Pedagógica Nacional (UNIPE).

Mayoux, L. (1995). *From vicious to virtuous circles? Gender and micro-enterprise development* (UNRISD Occasional Paper No. 3). UNRISD.

MICARE. (2023). *Personas cuidadoras y trabajo de cuidado en Chile*. https://www.micare.cl/wp-content/uploads/2023/12/Estudio_MICARE_2023.pdf

Mieles, M., Tonon, G., & Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: El análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas*.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de Evaluación Social, División Observatorio Social. (2025). *Perfiles de personas cuidadoras de población adulta con dependencia: Resultados Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022 (ENDIDE 2022)*.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de Evaluación Social, División Observatorio Social. (2024). *Informe de cuidados*. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022). *Informe Desarrollo Social 2022* [Informe ministerial].

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2023). *Prevalencia de discapacidad en niñas, niños y adolescentes: Presentación de resultados ENDIDE 2022*.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2026, febrero 10). *Gobierno promulga la Ley Chile Cuida y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados*. https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/noticias/gobierno-promulga-la-ley-chile-cuida-y-crea-el-sistema-nacional-de-apoyos-y-cuidados

Ministerio de Economía, Fomento y Turismo. (2020). *El Microemprendimiento Femenino en Chile*. Boletín Género EME-6.

Ministerio de Economía, Fomento y Turismo. (2026, marzo). *Síntesis de resultados EME VIII*. Subsecretaría de Economía y Empresas de Menor Tamaño, División de Política Comercial e Industrial.

Miranda Pérez, F., & Henríquez Olivares, M. (2021). Movimiento feminista chileno y violencias de género: Claves de lectura para entender la acción colectiva en el tiempo presente. *Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria, 7*(2), 46–63. https://doi.org/10.29035/pai.7.2.46

Molinier, P. (2010). Ambivalence du travail de soin. En *La Santé* (pp. 163–166). Éditions Sciences Humaines.

Molinier, P. (2012). Care as work: Mutual vulnerabilities and discrete knowledge. En *New philosophies of labour* (pp. 251–270). Brill.

Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. La Dispute.

Mor, C. (2008). Emociones, género y trabajo. *Revista de Estudios de Género, 14*(2), 45–63.

Navarro, M., & Rico, M. N. (2013). *El cuidado en la agenda pública: Un camino por recorrer*. CEPAL.

Núñez, O. (1995). *La economía popular, asociativa y autogestionaria*. CIPRES.

OIT [Organización Internacional del Trabajo]. (2023). *Hacia un sistema integral de cuidados en América Latina y el Caribe: Desafíos y oportunidades* (Informe técnico). https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/documents/publication/wcms_864517.pdf

ONU Mujeres. (2023, agosto). *Cuidados en Chile: Avanzando hacia un sistema integral de cuidados*. https://chile.un.org/sites/default/files/2023-08/cuidados-chile-final_12_07_1_ONU%20Mujeres.pdf

Paperman, P. (2013). *Care et sentiments*. PUF.

Paperman, P., & Laugier, S. (Eds.). (2005). *Le souci des autres: Éthique et politique du care*. Éditions de l'EHESS.

Pateman, C. (1988). *The sexual contract*. Stanford University Press.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3.ª ed.). Sage.

Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: CEPAL.

Pautassi, L. C. (2016). Del "boom" del cuidado al ejercicio de derechos. *Revista Internacional de Derechos Humanos, (24)*, 1–8.

Pautassi, L. C. (2023). *El derecho al cuidado: De la conquista a su ejercicio efectivo*. Friedrich-Ebert-Stiftung.

Pérez Orozco, A. (2005). Economía del género y economía feminista: Conciliación o ruptura. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, 10*(24), 43–63.

Pérez Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica, (5)*, 8–37.

Pérez Orozco, A. (2014). Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados. En *Con voz propia: La economía feminista como apuesta teórica y política* (pp. 49–73). La Oveja Roja.

Pérez Orozco, A. (2017). ¿Espacios económicos de subversión feminista? En *Entendemos que las alianzas y complicidades con todas estas perspectivas de pensamiento y acciones políticas son la única forma posible de caminar hacia un mundo más solidario y vivible* (p. 29).

Pérez, C., & del Pilar, M. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y Cultura, (22)*, 147–160.

Pérez, C., & del Pilar, M. (2013). Teoría feminista y discapacidad: Un complicado encuentro en torno al cuerpo. *Géneros, (13)*. https://clacaidigital.info/handle/123456789/2259

Picchio, A. (2001). Un enfoque macroeconómico ampliado de las condiciones de vida. En *Tiempos, trabajos y género* (pp. 15–37).

Picchio, A. (2005). La economía política y la investigación sobre las condiciones de vida. En *Por una economía sobre la vida: Aportaciones desde un enfoque feminista* (pp. 17–34).

Pinochet, C., Salas, P. & Tobar, C. (2019) *Ocio. Un estudio sobre las prácticas de ocio y trabajo en el mundo de las artes visuales*. Santiago, Chile.

Rankin, K. N. (2001). Governing development: Neoliberalism, microcredit, and rational economic woman. *Economy and Society, 30*(1), 18–37.

Razeto, L. (1993). *Centralidad del trabajo y economía de solidaridad*. Economía Solidaria–Campus Virtual.

Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage.

Rodríguez Enríquez, C. (2007). Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional. En *Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden económico internacional emergente* (pp. 229–240).

Rodríguez Enríquez, C. (2010). Análisis económico para la equidad: Los aportes de la economía feminista. *SaberEs, 2*(1), 00–00.

Rodríguez Enríquez, C. (2012). *La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico?* CEPAL. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/daaf29ab-77ca-4bc7-b822-eaa0731bb185/content

Rodríguez Enríquez, C. (2015). *Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad*. CONICET. https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/195375

Rodríguez Enríquez, C. (2020). Elementos para una agenda feminista de los cuidados. En K. Batthyány (Comp.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados* (pp. 127–136). CLACSO.

Rodríguez Enríquez, C., & Marzonetto, G. (2015). *El trabajo de cuidado remunerado: Estudio de las condiciones de empleo en la educación básica y en el trabajo en casas particulares* (Documentos de trabajo "Políticas públicas y derecho al cuidado", n.º 4). ELA – Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.

Rojas Lasch, C. (2014). Sexuación y subjetivación en las prácticas de asistencia en Chile. *Cadernos de Pesquisa, 44*(152), 312–333.

Ruiz-Martínez, R., & Quiroz-Rojas, P. (2022). Mujeres liderando microemprendimientos en Chile. El desafío de la formalización desde la perspectiva de género. *Revista de Ciencias de la Gestión*, (7), 1-24. https://doi.org/10.18800/360gestion.202207.006

San Martín, C. (2000). *Estrategias metodológicas cualitativas en la investigación social: Los grupos de discusión*. Edicions Bellaterra.

Santander, P., Fernández, R., & Yáñez, D. (2016). Motivaciones y condicionantes contextuales en el emprendimiento liderado por mujeres chilenas. *Revista de Ciencias Sociales (Ve), 22*(2), 63–77. https://www.redalyc.org/pdf/280/28049145006.pdf

Serra, H. R. (2018). Economía popular: Genealogías, debates y migraciones de un concepto reemergente en la teoría social latinoamericana. *Crítica y Resistencias. Revista de Conflictos Sociales Latinoamericanos, (6)*, 90–102.

Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). (2015). *II Estudio Nacional de la Discapacidad*. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad

Sojo, A. (2005, junio). *Estado, mercado y familia: el haz del bienestar social como objeto de política* [Presentación]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Ana_Sojo.pdf

Sotomayor, S., & Maldonado, N. (2024). Mujeres emprendedoras y cuidado: Un enfoque integral para la formulación de políticas públicas en Cali, Colombia. *Revista de Estudios Regionales Nueva Época, 2*(4), 190–203.

Sousa Santos, B., & Rodríguez-Garavito, C. A. (2006). Introduction: Expanding the economic canon and searching for alternatives to neoliberal globalization. En *Another production is possible: Beyond the capitalist canon*. Verso.

Sunkel, G. (2007). Regímenes de bienestar y políticas de familia en América Latina. En I. Arriagada (Ed.), *Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias* (Serie Seminarios y Conferencias N.º 49). CEPAL-UNFPA.

Tobío Soler, M. C., Agulló Tomás, M. S., Gómez García, M. V. P., y Martín Palomo, M. T. (2010). *El cuidado de las personas: Un reto para el siglo XXI*. Fundación "la Caixa". https://hdl.handle.net/10016/14615

Tokman, V. (1978). Las relaciones entre los sectores formal e informal. *Revista de la CEPAL*, *1978*(5), 103-141.

Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales, 15*, 53–73. http://www.redalyc.org/html/2971/297124045003/

Trebisacce, C. (2016). Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta de moebio*, (57), 285-295.

Tronto, J. (2012). Democratic care politics in an age of limits. En S. Razavi & S. Staab (Eds.), *Global variations in the political and social economy of care: Worlds apart* (pp. 29-38). Routledge.

Tronto, J.-C. (2008). Defining Care. Revue du MAUSS, 32(2), 243-265. https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243.

UNIFEM. (2000). D. Elson (Coord.), *El progreso de las mujeres en el mundo 2000*. UNIFEM, Nueva York.

Valdés, T., Weinstein, M., Toledo, M. I., & Letelier, L. (1989). Centros de madres 1973–1989: ¿Sólo disciplinamiento? https://repositorio.unal.edu.co/items/2d6f8c7a-5a38-439d-918b-8da04cfd73bc

Vallerand, R. & Verner-Filion, J. (2013) *Making People's Life Most Worth Living: On the Importance of Passion for Positive Psychology*. Terapia psicológica, *31*(1), 35-48.

Velasco Domínguez, M. de L. (2024). Agendas políticas de cuidados y desigualdades sociales en América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*, *86*(4). https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2024.4.62666

Verschuur, C., Guérin, I., & Hillenkamp, I. (Dir.). (2021). Effervescences féministes : Réorganiser la reproduction sociale, démocratiser l'économie solidaire, repenser la valeur (Cahiers genre et développement, Éclairage n°2). L'Harmattan. https://doi.org/10.4000/books.iheid.8458

Virreira, S. (2011). Las políticas de cuidado en América Latina. En M. A. Durán (Dir.), *El trabajo del cuidado en América Latina y España* (pp. 135–154). Fundación Carolina. https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/08/DT54.pdf

Winn, J. (2004). Entrepreneurship: Not an easy path to top management for women. *Women in Management Review, 19*(3), 143–153.

Annexes

Annexe 1. Schéma de codage (sélection représentative)

Catégorie analytique	**Sous-catégorie (**sélection)
Trajectoires vers le soin et organisation familiale	Trajectoires vers le soin
	Organisation familiale et distribution des taches
Régime de soins et durabilité de sa propre vie	Organisation quotidienne du soin
	Bien-être et épuisement
	Sens moral du soin
Micro-entrepreneuriat, subsistance et créativité	Début et trajectoires de l'entrepreneuriat
	Formes de commercialisation
	Agentivité et créativité économique
Réseaux, associativité et supports collectifs	Réseaux communautaires et programmes

Subjectivités, affects et projets de vie	Formes de se nommer et de se valoriser
	Désirs, horizons et l'avenir
	Affects et ambivalences
	Subjectivité productive

Annexe 2. Guide d'entretien (spagnol)

Voir documents annexés

Résumé

Au Chili, la crise du *care* — résultant de la transition démographique, de la persistance de la division sexuelle du travail et d'un régime de bien-être privatiste et familialiste — retombe de manière disproportionnée sur les femmes, lesquelles s'éloignent généralement du marché du travail formel en raison de leurs responsabilités de soin. Cette mémoire cherche à comprendre la manière dont les femmes aidantes de personnes dépendantes développent des micro-entreprises informelles en tant que stratégies de soutenabilité de la vie, en analysant les négociations des tensions entre travail de soin et travail rémunéré, ainsi que la façon dont ces pratiques reconfigurent leurs rôles familiaux, leur autonomie et les significations subjectives de l'action de prendre soin et d'entreprendre.

S'inscrivant dans le cadre des épistémologies féministes (Haraway, 1988 ; Harding, 1998), cette recherche s'appuie sur sept entretiens en profondeur menés auprès de femmes aidantes-entrepreneuses et sur des entretiens ethnographiques complémentaires réalisés au sein d'un réseau associatif d'aidantes-entrepreneuses.

Les résultats montrent que l'assignation biographique du soin — régie par des normes de genre et une hiérarchie de vulnérabilité économique — instaure un régime quotidien de soin gravitationnel. Ce dernier confine l'entrepreneuriat à une logique de subsistance non accumulative, soutenue par une infrastructure féminisée d'appui domestique et associatif, et investie subjectivement par des identités de résolution pratique. La recherche conclut que la micro-entreprise ne résout pas la contradiction structurelle entre le soin et le travail rémunéré : elle répond à une nécessité économique, selon une logique simultanément reproductive et productive où revenus, temps et réseaux sont mobilisés pour maintenir la vie plutôt que pour maximiser des profits monétaires.

Mots-clés : *care*, micro-entrepreneuriat informel, *caregivers*, économie féministe, subjectivités

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication École des sciences politiques et sociales (PSAD)
Place Montesquieu, 1 bte L2.08.05, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique