



WHO CARES ?

EXPERIENCES ET POSSIBILITES
DE RECONCILIATION
DES RESPONSABILITES DE TRAVAIL
ET DE SOIN DES MEMBRES
DE FAMILLE DEPENDANTS



WHO CARES ?

RAPPORT FINAL

LE 24 NOVEMBRE 2014

RAPPORT SOUMIS À LA CES PAR ICF CONSULTING SERVICES



Avec le soutien de la Commission européenne

CONFEDERATION
**SYNDICAT
EUROPEEN
TRADE UNION**


EPSU
FSESP
EGOD

 **ferpa**

solidar

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	5
1.1	Buts et objectifs du projet	5
2	IMPORTANCE DES DISPOSITIONS DE SOINS ET DU SOUTIEN AUX SOIGNANTS INFORMELS ACTIFS ET INACTIFS	7
2.1	Les impératifs de l'évolution démographique et la composition actuelle de la population des soignants informels d'adultes	7
2.2	Impact des soins sur les taux d'emploi	9
2.3	Principaux défis pour les soignants informels qui travaillent	10
3	CONTEXTE POLITIQUE NATIONAL ET INTERNATIONAL	13
3.1	Contexte politique international et initiatives	13
3.2	Initiatives et Contextes politiques nationaux	15
4	SOLUTIONS DANS LA NÉGOCIATION COLLECTIVE	27
4.1	Introduction	27
5	SOLUTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL	33
5.1	Introduction	33
6	CONCLUSIONS	37

TABLEAUX

Table 3.1	<i>Dépenses de soins de longue durée par source de financement 2007</i>	18
Table 3.2	<i>Pays de l'UE avec différentes formes de dispositions relatives au congé de soin</i>	23
Table 4.1	<i>Aperçu des initiatives syndicales sur les politiques pour soutenir les soignants qui travaillent</i>	28

GRAPHIQUES

Figure 2.1	<i>Projections de population par groupe d'âge</i>	7
Figure 2.2	<i>Part des soignants informels travaillant dans différents pays de l'UE</i>	8
Figure 2.3	<i>Niveaux de satisfaction concernant les mesures publiques de soutien et de soin aux personnes âgées et aux enfants</i> ..	10
Figure 3.4	<i>Dépenses publiques sur les soins de longue durée en% du PIB, selon le type de soins en 2010</i>	15
Figure 3.5	<i>Indice travail-vie de l'OCDE</i>	18

1.1 BUTS ET OBJECTIFS DU PROJET

Dans un contexte de **changement démographique, social et sociétal** en Europe, il est probable qu'un nombre toujours croissant de travailleurs devra (aider à) s'occuper d'un parent âgé ou handicapé à la maison. L'objectif principal du projet était de **recueillir et évaluer les politiques et les initiatives qui ont été prises par les organisations de partenaires sociaux afin d'influencer et de prévoir un cadre législatif et politique propice** à aider les travailleurs à concilier leur travail et ces responsabilités de soin (non professionnelles)¹. Ce faisant, le projet a examiné de façon plus générale les cadres nationaux de soutien existants (par exemple, le congé de soin, d'autres dispositions sur les congés et les modalités de travail flexibles, etc.) ainsi que la sécurisation de l'offre de services de soins professionnels de longue durée améliorés a été mis en évidence pour éviter un recours excessif aux aidants informels. Ces politiques doivent également être prises en considération par rapport à un programme actif de politique du vieillissement avec une exigence croissante pour les travailleurs de travailler jusqu'à l'âge légal de la retraite (qui tend à augmenter).

Les données montrent que non seulement les femmes sont plus représentées parmi les aidants informels, mais aussi qu'il s'agit souvent de femmes approchant la fin de leur carrière qui prennent de telles responsabilités familiales, ce qui rend la combinaison de ces deux responsabilités des plus difficiles.

Dans ses documents couvrant la politique de l'emploi et la stratégie en matière de compétences, la Commission Européenne a souligné le **potentiel d'emploi du secteur des soins** et la situation de l'emploi **et les conditions des travailleurs du secteur** (y compris dans le secteur des soins à domicile) revêtent donc aussi une importance particulière pour le développement de ce secteur et la façon dont il interagit avec la prestation de soins non professionnels à domicile. Une exploration d'une interaction positive entre les soins formels et informels, ainsi que les soins fournis par les prestataires des secteurs privé, public et tiers est nécessaire pour établir ce qui pourrait être une combinaison appropriée et efficace au niveau national et local.

Les statistiques montrent clairement que **le changement démographique a un impact différent et dans des temporalités différentes en fonction des pays**, certains pays connaissant déjà un phénomène de vieillissement significatif, tandis que pour d'autres ces tendances devraient frapper plus durement dans les décennies à venir.

Contrairement à ce qui concerne les garderies et gardes d'enfants, il n'y a actuellement aucune obligation universelle de congé pour prendre soin de parents adultes, ce qui signifie que les travailleurs

¹ Ce projet se concentre entièrement sur des initiatives visant à soutenir les personnes occupant un emploi (mais aussi les chômeurs et les inactifs) prenant soin de parents adultes à la maison. Désormais, le terme «soignants informels» seront utilisés pour se référer à ces aidants familiaux non professionnels.

doivent souvent compter sur des arrangements individuels sur leur lieu de travail s'ils cherchent à obtenir des modalités de travail plus souples et à dégager du temps pour offrir de tels soins. Un défi particulier est que **ces soins ne peuvent souvent pas être planifiés et que leur durée est difficile à prévoir** (et peut souvent durer de nombreuses années). Même lorsque la disposition relative au congé de soignant existe au niveau national, elle n'est donc souvent pas utilisée parce que ledit congé a tendance à être trop court et / ou mal rémunéré. Le projet a offert l'occasion d'explorer :

- ★ Le cadre politique environnant qui influe sur le contexte dans lequel les partenaires sociaux et les entreprises offrent un soutien aux travailleurs par conciliation;
- ★ Le cadre de politique qui établit si les soignants ne travaillant pas sont en mesure ou non d'envisager un retour au travail;
- ★ Les exemples existants de dispositions de soutien aux aidants familiaux dans les conventions collectives au niveau sectoriel ou de l'entreprise.

Afin d'explorer les défis et les solutions qui ont été développés dans différents pays, deux ateliers régionaux ont été organisés dans le cadre de ce projet en Octobre (à Stockholm et Milan²). Une enquête a été distribuée aux organisations membres de la CES, de la FERPA, de la FSESP et de Solidar pour évaluer les principales préoccupations et recueillir des informations sur les pratiques d'entreprises et conventions collectives existantes qui visent à soutenir les soignants informels qui travaillent (ainsi que les chômeurs ou inactifs). Les résultats de cette enquête ainsi que les éléments issus d'un examen plus large de la littérature et des travaux des deux ateliers régionaux et des deux tables rondes sont résumés dans le présent rapport final.



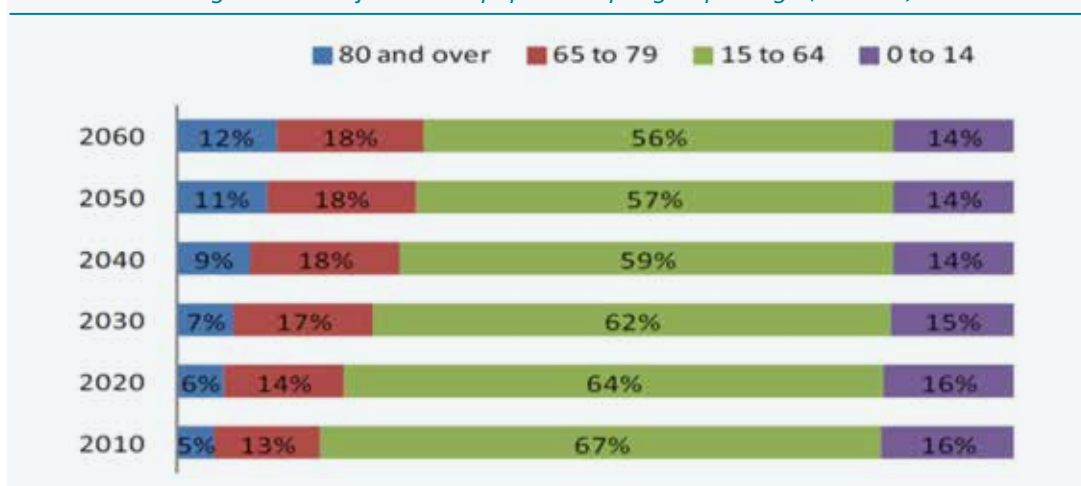
² Une troisième réunion prévue pour Octobre 2014 à Berlin n'a pas eu lieu pour des raisons organisationnelles.

IMPORTANCE DES DISPOSITIONS DE SOINS ET DU SOUTIEN AUX SOIGNANTS INFORMELS ACTIFS ET INACTIFS

2.1 LES IMPÉRATIFS DE L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE ET LA COMPOSITION ACTUELLE DE LA POPULATION DES SOIGNANTS INFORMELS D'ADULTES

On estime qu'il y a actuellement, dans l'Union Européenne, 21 millions d'adultes (12% de la population) qui ont besoin de soins réguliers. Ce chiffre est appelé à augmenter avec le vieillissement de la population. Comme le montre la Figure 2.1 ci-dessous, 30% de la population de l'Union Européenne sera âgée de 65 ans ou plus d'ici à 2060. Dans la plupart des pays, parallèlement à l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé a également augmenté, permettant aux personnes âgées de mener une vie plus ou moins indépendante dans la communauté (avec un certain soutien des amis et parents) plus longtemps. Dans le même temps, des problèmes de santé plus graves ont tendance à s'accumuler à un âge avancé, ce qui rend finalement les besoins de soins plus intensifs et entraîne de plus grandes exigences sur les services sociaux et/ou de santé à long terme.

Figure 2.1 Projections de population par groupe d'âge (Eurostat)



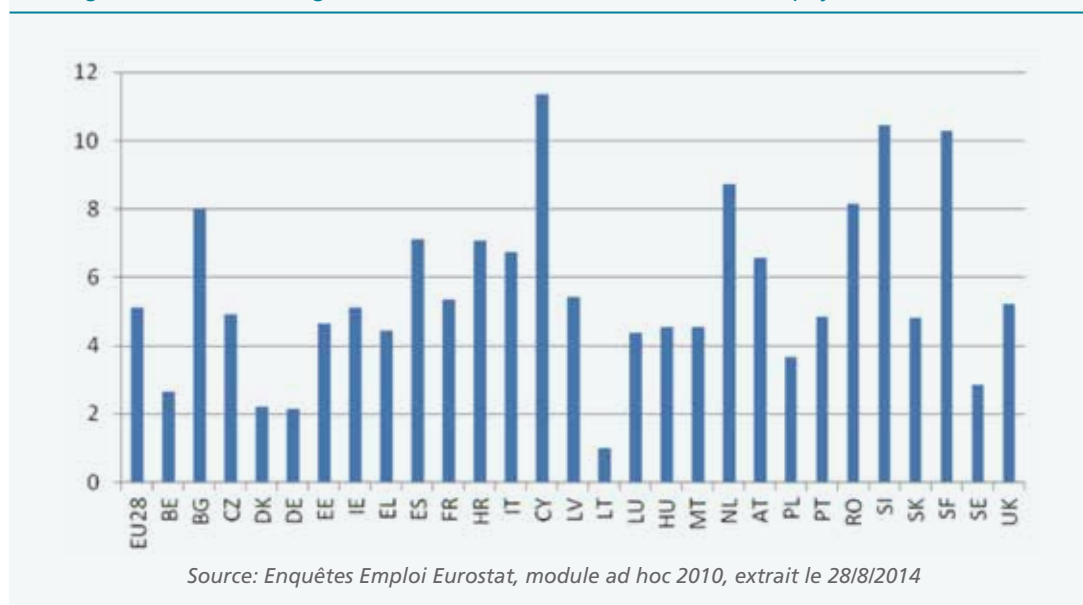
Les données d'Eurostat à partir d'un module ad hoc de l'enquête Emploi recueillies en 2010 (la dernière fois que de telles données ont été recueillies) montre qu'en **moyenne, dans l'UE, 5,3% (plus de 17 millions) de la population des 15-64 ans s'occupe régulièrement d'amis ou de parents âgés de 15 ans ou plus** (Généralement des membres de la famille âgés et/ou handicapés). La même enquête a montré que 5% (environ 11 millions de personnes employées) partagent leur travail avec des responsabilités familiales, mais certaines estimations sont chiffrées à plus de deux fois ce nombre. Comme démontré dans la Figure 2.2 ci-dessous, **dans certains États membres, ces chiffres sont nettement plus élevés que dans d'autres**, avec Chypre en tête de liste à plus de 11% et les taux les plus bas se trouvant en Lituanie à 1%.

Les discussions au cours du projet ont également démontré clairement que le défi du soin et de la dépendance n'en est pas seulement un pour les travailleurs et les personnes proches de l'âge de

retraite, mais aussi pour les retraités eux-mêmes, en ceci que l'amélioration de l'espérance de vie signifie que dans la même famille, il peut maintenant y avoir deux générations de retraités encore en et nécessitant un soutien. Parmi les «jeunes retraités» en particulier, beaucoup jouent également un rôle important dans l'aide à la garde d'enfants pour des mères travaillant, mais en mettant potentiellement une double pression sur ces personnes.

Les femmes sont 1,6 fois plus susceptibles d'être des soignants informels que les hommes, bien que les hommes soient statistiquement également fortement représentés en raison de leur plus grande part de la population active. Le module ad hoc de l'enquête Emploi a montré que prendre soin d'un parent adulte reste numériquement plus répandu chez les femmes âgées de 25 à 49 ans, statistiquement, la part des soignantes informelles d'adultes est plus importante parmi les 50-64 ans. Il existe des différences entre les sexes dans le type de soins étant effectuées avec des **femmes plus susceptibles d'effectuer des tâches de soins plus intimes et intenses** (comme la toilette et l'alimentation). Les femmes ont aussi tendance à passer plus de temps à prodiguer des soins sur une moyenne hebdomadaire.

Figure 2.2 Part des soignants informels travaillant dans différents pays de l'UE (Eurostat)



D'autres données incluses dans une étude sur la prestation de soins montrent qu'avec l'augmentation de l'intensité des soins fournis, la typologie des besoins de soins informels dans les pays européens se modifie aussi légèrement. Tandis qu'au Danemark et aux Pays-Bas près de 80% des soignants informels passent un nombre inférieur d'heures sur les soins, une fois que le besoin de soins s'intensifie, moins de soins informels sont prodigués (25% NSP, 21% NL). En Pologne, d'autre part la situation des soignants informels ne semble pas changer.

Enfin, un autre défi spécifique identifié concerne les schémas de migration. Avec la migration croissante d'individus en âge de travailler vers d'autres États membres - en particulier d'Europe orientale et australe dans le Nord et en Europe occidentale (dans certains cas, pour offrir des services de soins aux personnes à domicile), ce qui entraîne des lacunes dans la prestation de soins et dans le soutien aux familles dans leur pays d'origine, qui sont d'autant plus criantes lorsque les enfants restent dans le pays d'origine pour être pris en charge par les grands-parents.

³ Bettio, F. Verashchagina, A. (2010), Long-term care for the elderly, provision and providers of 33 European countries, for the European Commission

2.2 IMPACT DES SOINS SUR LES TAUX D'EMPLOI

Selon une étude sur les soignants informels (sur la base d'une enquête) les taux d'emploi en 2004 pour ces aidants s'échelonnaient entre 34% et 47% pour la Grèce, l'Italie, le Royaume-Uni, la Pologne et la Suède⁴. L'étude souligne en outre qu'entre **7% et 21% des soignants informels réduisent leurs heures de travail et entre 3% et 18% se retirent du marché du travail**. Les études nationales et de l'UE sur la relation et l'emploi des soignants informels sont rares et les données très limitées, ce qui en fait un «défi caché». Néanmoins, certaines tendances peuvent être observées : dans les pays d'Europe du Sud, où les soins informels jouent un rôle prédominant, la probabilité de participer au marché du travail pour prodiguer des soins intensifs baisse de manière significative (entre 4-42 points de pourcentage); dans les pays du Nord et d'Europe occidentale où les services institutionnels et les soins à domicile sont largement présents, les soins informels n'ont pas d'incidence négative sur l'emploi si les besoins de soins ne sont pas intensifs, alors que dans les pays du Centre-Est et du Sud-est la majorité des soignants informels ne sont pas employés, au moins en partie parce que la prestation de soins formels est pauvre. Les données de la Pologne montrent que 32% des soignants informels aimeraient travailler mais que les activités de soins limitent leur possibilité de trouver un emploi. Les informations sur les caractéristiques des soignants familiaux travaillant sont rares. En Italie et en Suède, la plupart des travailleurs soignants informels travaillent dans le secteur public (IT 46,8%, 61,4% SE) suivis par ceux dans le secteur privé (31,8% IT, SE 25,6%) et un nombre assez important dans l'auto-emploi (16,9% IT, 10,2% SE)⁵. En Allemagne, la situation est inversée, alors qu'en 2004, seulement 42,3% des soignants informels étaient employés, 51,8% travaillaient dans le secteur privé, 26,5% dans le secteur public et 12,1% dans l'auto-emploi⁶. Au Royaume-Uni, on estime que parmi les 6,000,000 de soignants actuels, 2.000.000 ont dû arrêter de travailler et 3.000.000 ont dû réduire leurs heures de travail pour aider à des tâches de soins.

Contrairement aux chiffres de l'enquête ci-dessus, les données d'Eurostat réunies dans le cadre d'un module ad hoc mené en 2005 ont constaté que le **taux d'occupation des soignants informel est inférieur d'environ 4,3% à celui de la population active globale**, mais il est important de noter que la plupart des soignants ne se retirent pas complètement du marché du travail, mais cherchent à adapter les soins prodigués à leur vie professionnelle. Cela inclut prendre un congé, réduire ses heures de travail ou modifier d'autres modalités de travail. Cela peut être difficile si aucun droit n'existe pour une telle flexibilité et tend à avoir un impact significatif sur les revenus, la progression de carrière et les perspectives de retraite. En outre, il a été démontré que les exigences de soins et le stress de les combiner avec un emploi conduisent à des effets préjudiciables à la santé et au bien-être pour les soignants, notamment en augmentant leur isolement social.

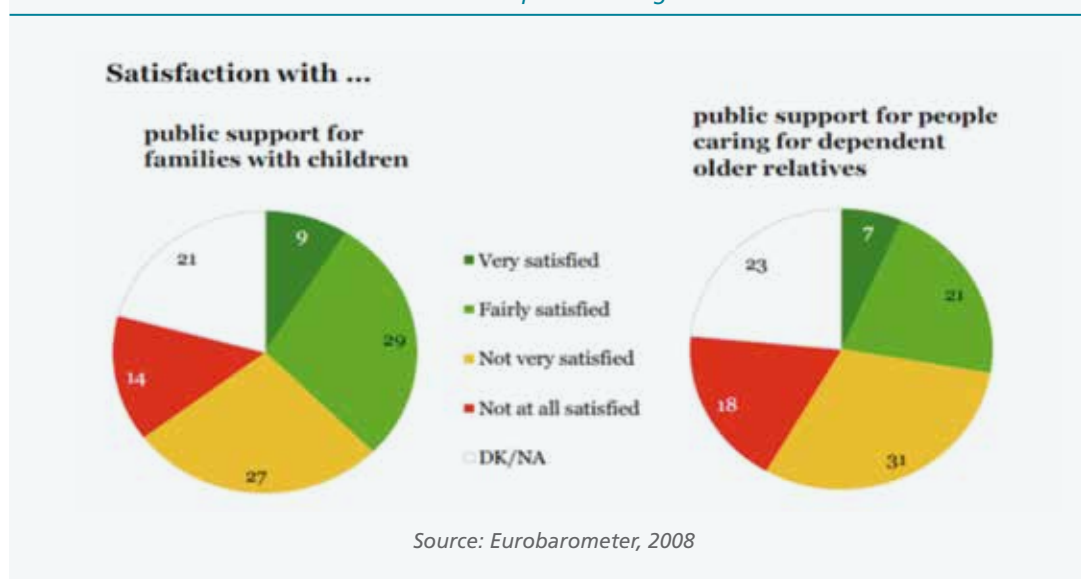
Une enquête Eurobaromètre réalisée en 2008 a montré que **les citoyens européens étaient moins susceptibles d'être satisfaits du soutien disponible pour les personnes qui s'occupent de parents âgés à charge que de celui proposé concernant l'encadrement des enfants** (voir la Figure 2.3).

⁴ Bettio, F. Verashchagina, A. (2010), Long-term care for the elderly, provision and providers of 33 European countries, for the European Commission

⁵ Quattrini, S. et al (2006) EUROFAMCARE, Rapport Italien, http://www.uk.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_it.pdf; Krevers, B. et al (2006) EUROFAMCARE Rapport Suédois, http://www.uk.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_se.pdf

⁶ Doehner, H. et al (2006) EUROFAMCARE, Rapport Allemand http://www.uk.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_de.pdf

Figure 2.3 Niveaux de satisfaction concernant les mesures publiques de soutien et de soin aux personnes âgées et aux enfants



2.3 PRINCIPAUX DÉFIS POUR LES SOIGNANTS INFORMELS QUI TRAVAILLENT

Une enquête menée parmi les organisations membres des partenaires du projet a souligné trois domaines clés dans lesquels des défis se présentent pour les soignants informels en situation d'emploi. Il s'agit des cadres législatifs de soutien (ou de leur absence), de lacunes dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques et de défis liés aux politiques et aux attitudes des employeurs.

En ce qui concerne le **cadre législatif**, les difficultés mises en évidence étaient principalement liées à l'**absence, ou à la provision inadéquate de congés de soins**. Comme il sera précisé par la suite, il n'existe actuellement aucune norme minimale européenne par rapport à un congé de soignant, bien que cela ait été discuté dans le cadre d'une communication sur l'équilibre travail-vie. En conséquence, les dispositions existantes varient considérablement en termes de congés offerts, de leur longueur, des conditions d'admissibilité et de revenus de remplacement versés. Les dispositions sur le congé existantes sont généralement jugées insuffisantes tant en termes de longueur, de revenus de remplacement et concernant l'accès aux congés dans des délais brefs, même si les variations des heures de travail ne sont nécessaires que sur une courte période de temps.

Les **droits légaux de demander une flexibilité du travail** sont étroitement liés. Encore une fois ces droits sont absents de l'arsenal des mesures au niveau de l'UE (par exemple le droit de demander de travailler avec souplesse et de ne pas se voir déraisonnablement refusé). En conséquence, une grande diversité de dispositions juridiques existent au niveau national, certains pays n'ayant pas de telles dispositions, tandis que d'autres les offrent à des groupes spécifiques et / ou laissent à la discrétion des employeurs une latitude plus ou moins large pour accorder cette demande (et en effet le droit de revenir aux modalités de travail précédentes lorsque la période de soins s'achève).

Les **défis de politique publique plus larges** énumérées dans l'enquête principalement trait à l'**absence perçue des services publics de soutien, à la fois pour aider les personnes qui s'occupent de parents adultes à domicile et leur combinaison avec des services de répit et de soins de longue durée**. L'accès aux services, l'abordabilité et les soins de qualité dans la communauté sont souvent

considérés comme insuffisants et liés à de faibles niveaux de rémunération, à l'offre de formation et aux opportunités de progrès pour les personnes travaillant dans ces services. Les aides à domicile non professionnels ayant besoin de soutien ont souvent un accès insuffisant aux soins de relève, à la formation et au soutien affectif et beaucoup considèrent être forcés à tenir ce rôle de soignant en raison de l'absence de financement et d'investissement dans services des soins de longue durée de haute qualité, abordables et accessibles.

Enfin, le niveau de **flexibilité et le soutien offert par les employeurs individuels est aussi généralement considéré comme insuffisant**. Les réponses au sondage indiquent un manque d'accès au travail à temps partiel ou à des options de travail flexibles et une absence de soutien psychologique et pratique au sens large pour ceux combinant des soins à domicile avec des responsabilités professionnelles.

2.3.1 Impact sur les travailleurs soignants informels

Les **principaux impacts de ces défis sont d'ordres financier, physique et émotionnel**. En outre, il y a un **impact plus large entre les sexes** pour la société en ceci que la majorité des soignants informels (en particulier ceux qui fournissent des services plus «intensifs» de soins) sont des femmes.

Ces défis émergent non seulement de l'impact physique et émotionnel des soins (qui culmine généralement dans la perte de l'être aimé), mais aussi des contraintes imposées aux soignants résultant de leur rôle de coordination où il y a une interaction insuffisante - par exemple - entre les aspects sociaux et de santé de soins aigus et à long terme. Ces contraintes sont rendues d'autant plus difficiles par le fait que de nombreux aidants se retrouvent remplir un rôle auquel ils ne s'attendaient pas, et ce sans aucune formation ou aide officielle.

Pour la plupart des soignants le manque d'accès à des périodes suffisantes de congés de soins et de faibles taux de revenus de remplacement entraînent la nécessité de réduire les heures de travail, **conduisant à une perte de revenu, de droits à pension et nuisant souvent à la progression de carrière**. Une minorité des soignants sont amenés à quitter le marché du travail entièrement, apportant avec elle des sanctions financières beaucoup plus graves avec des conséquences à long terme pouvant conduire à la pauvreté et la perte du réseau social qui est généralement offert par la participation à la vie professionnelle.

Combiner le travail avec les soins informels conduit également à une augmentation du stress, de la fatigue et potentiellement de la dépression ainsi qu'à une mauvaise santé physique résultant d'une détérioration de l'équilibre travail-vie combinée à l'impact émotionnel des soins. Cela est particulièrement vrai parce que prendre soin d'un parent âgé (par rapport à un enfant) est généralement physiquement et émotionnellement plus exigeant et culmine le plus souvent dans la perte de l'être aimé.

Pour les soignants qui quittent tout à fait le marché du travail pour remplir un rôle de soignant, négocier un retour à l'emploi peut être difficile, en particulier si la période de soins était fort étendue et dans les régions et localités avec des situations du marché du travail difficiles.

2.3.2 Défis pour les soignants sans emploi

L'enquête menée pour ce projet a également recueilli des informations sur les défis spécifiques soignants sans emploi. En plus de ceux qu'ils partagent avec les travailleurs soignants, on peut ajouter ce qui suit:

- ★ Des **pressions financières importantes** qui peuvent affecter la situation présente ainsi que la future retraite du soignant. Dans certains pays, il a été souligné que les réductions dans les budgets de l'aide sociale résultant de la crise ont eu un impact, particulièrement néfaste sur les soignants sans emploi, en particulier parce que les pressions à faire preuve de disponibilité pour l'emploi augmentent pour être admissible aux prestations. Ces coupes ont également affecté la disponibilité des soins de répit et des alternatives aux soins de longue durée.
- ★ **Des difficultés à réintégrer le marché du travail.** L'aggravation des situations du marché du travail résultant de la crise, rendent encore plus difficile de rivaliser avec les demandeurs d'emploi n'étant que récemment sur le marché du travail. Le manque de possibilités de travail à temps partiel et les limitations du droit de demander un travail flexible (pour ceux qui ont déjà un emploi depuis plus de six mois).
- ★ Potentiel de grave **isolement social** et incidence sur la santé mentale, en particulier pour les femmes qui s'occupent de membres de la famille; elles enregistrent le plus fort impact, avec peu de possibilités pour obtenir de l'aide dans leurs tâches quotidiennes.
- ★ Le marché du travail difficile dans la crise économique actuelle signifie également placer une dépendance croissante sur les bénévoles, pour la plupart membres de la famille. Même si cela rend la présence de retraités actifs très important, cela ne devrait pas empêcher le développement des emplois régis par les négociations syndicales et les accords.



3.1 CONTEXTE POLITIQUE INTERNATIONAL ET INITIATIVES

La Convention sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981 (No. 156) et la Recommandation sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981 (No. 165) de l'OIT s'appliquent aux travailleurs ayant des enfants à charge, avec des responsabilités par rapport aux autres membres de leur famille immédiate qui ont manifestement besoin de leurs soins ou de soutien et sont les **principaux instruments internationaux** consacrés à la conciliation du travail rémunéré et des responsabilités familiales non rémunérées. Les pays qui ratifient la Convention établissent les politiques nationales définissant les bénéficiaires dans une famille et permettent aux bénéficiaires d'exercer leur droit aux soins de la famille et de l'emploi sans risquer de discrimination. Les pays sont supposés développer des services communautaires pour les soins aux enfants et aux personnes âgées, fournir une large information du public sur le principe de l'égalité des chances et fournir des conseils et de la formation professionnelle aux soignants familiaux de sorte qu'ils maintiennent leur emploi.

D'autres conventions pertinentes de l'OIT et des politiques visant à promouvoir l'égalité et la protection des travailleurs ayant des responsabilités familiales et les travailleurs de du secteur des soins sont la Convention sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011 (No. 189) établissant des normes d'emploi pour les travailleurs à domicile, la Convention sur la protection de la maternité, 2000 (No. 183) qui s'applique à toutes les travailleuses sans égard à leur contrat de travail; la Convention concernant la discrimination (emploi et profession), 1958 (No. 111), la Résolution concernant l'égalité des sexes (ILC 2009) qui favorise l'égalité des chances au travers d'un cours et l'Agenda pour le travail décent de l'OIT qui vise à améliorer les conditions de travail impliquant l'intégration sociale et la protection sociale des familles.

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) de l'ONU établit dans son préambule que *les Etats parties à la Convention sont " Conscients que le rôle traditionnel de l'homme dans la famille et dans la société doit évoluer autant que celui de la femme si on veut parvenir à une réelle égalité de l'homme et de la femme "* et rappelle aux États signataires de récompenser le travail informel des femmes dans la société et de promouvoir le travail informel des hommes pour atteindre l'égalité entre les hommes et les femmes.

Les Directives concernant l'accord-cadre sur le congé parental (1996, 2010) comme convenu par les partenaires sociaux européens énonce les droits minimums pour tous les parents. La directive-cadre sur le travail à temps partiel 97/81/CE interdit la discrimination entre travailleurs à temps plein et travailleurs à temps partiel. La Directive 2000/78/CE portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail accompagnée de la Directive 2000/43/CE relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique et de la Directive 2006/54/CE relative à la mise en œuvre du principe

de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail établit un cadre pour l'égalité des chances pour tous nonobstant l'âge, les convictions, le handicap ou l'orientation sexuelle. Le Cadre d'actions sur l'égalité hommes-femmes des Partenaires Sociaux Européens considère l'équilibre travail-vie comme l'un de ces quatre objectifs fondamentaux.

Au sein de l'Union Européenne, la **question des soins de longue durée fait partie de la méthode ouverte de coordination sur les politiques sociales, qui envisage le partage de politiques et l'analyse comparative des réformes**. Un des sujets récents était la question du financement durable des soins de longue durée, un examen par les pairs en Slovaquie⁷, ou encore la nécessité de régler les pénuries de main d'œuvre dans le secteur des soins de longue durée par une politique migratoire éthique, un examen par les pairs en Allemagne⁸. En Juin 2014, le Conseil Européen a avalisé le rapport du Comité de Protection Sociale et de la Commission sur « une protection sociale adéquate pour des soins de longue durée dans une société vieillissante »⁹. Le rapport reconnaît que les soins de longue durée devraient être reconnus comme un risque dans les régimes de protection sociale pour des raisons d'équité et d'efficacité. Le suivi social n'est pas souvent couvert dans les systèmes de sécurité sociale et demeure un coût pour les individus et les conditions de vie des bénéficiaires, dépendront de la volonté des familles d'y pourvoir. Le rapport souligne en outre le fossé grandissant entre le besoin de soins de longue durée et la disponibilité des soins et insiste pour que les Etats Membres adoptent une approche proactive et non réactive pour prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées et proposer des solutions de soins rentables. Enfin, le rapport souligne qu'une protection adéquate contre la dépendance aux soins de longue durée est un aspect majeur pour l'égalité entre les sexes, que ce soit pendant la vie active ou au troisième âge.

L'Union européenne a également financé un certain nombre de projets visant à recueillir des idées sur la fourniture de soins de longue durée, y compris les caractéristiques et les besoins spécifiques de ceux qui ont besoin de soins, les caractéristiques des soignants et des critères de qualité pour la prestation de soins. Cela comprend le projet Daphné III sur le développement d'une Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance à long terme.¹⁰

Les Etats Européens reconnaissent aussi le besoin d'amélioration, dans l'optique du respect et des droits des bénéficiaires de soins. Récemment, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté une Recommandation sur la promotion des droits humains des personnes âgées recommandant aux Etats membres de mettre en œuvre des mesures, y compris des *mesures préventives, afin de promouvoir, maintenir et améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées. Ils devraient également s'assurer que les soins de santé appropriés et les soins de long terme de qualité sont disponibles et accessibles*.¹¹

En 2013, la Fédération des Associations Européennes de retraités (FERPA) visait à lancer une initiative citoyenne européenne pour un droit aux soins de longue durée de qualité accessible à tous dans l'Union Européenne et à la protection pour les personnes ayant des besoins croissants de soins. Cette initiative a cependant été refusée par la Commission Européenne, estimant qu'elle se situe en dehors compétences des syndicats. La FERPA évalue actuellement la possibilité de lancer une nouvelle initiative.

⁷ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=2097&furtherNews=yes>

⁸ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=1889&furtherNews=yes>

⁹ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758>

¹⁰ http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf

¹¹ <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=2162283&Site=COE&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383>

3.2 INITIATIVES ET CONTEXTES POLITIQUES NATIONAUX

Régimes de protection sociale européens ne reconnaissent pas les «soins» comme un risque social omettant ainsi de fournir une protection sociale et considérant le soin comme une activité individuelle ou une obligation privée. Les politiques institutionnelles de soins de longue durée ne sont apparues que depuis les années 1990, lorsque le vieillissement de la population est devenu un problème plus largement reconnu. **Recevoir des services de soins n'était pas considéré comme un droit social.** Ainsi, les soins de longue durée ont été perçus comme une activité informelle, implicitement supposée être une responsabilité des femmes. En outre, s'occuper de parents âgés n'était et n'est toujours pas dans une certaine mesure perçu comme une activité ouvrant l'accès aux mêmes droits comme les congés payés et le soutien du revenu pour les congés de maternité ou de congé parental. Au cours des dernières années, la politique de soins a été caractérisée par la formalisation et la standardisation des services de soins à long terme, l'établissement de critères de qualité, la détermination des compétences des agents de soins professionnels et l'encadrement des droits aux soins. Un récent rapport publié par le Comité de la protection sociale¹² conclut que les États membres doivent reconnaître le besoin de soins de longue durée a besoin comme un risque social à traiter par les moyens adaptés de gestion des risques sociaux au niveau des États membres (voir également la section 3.2.3).

La **disposition-cadre des soins pour les personnes âgées est un domaine politique qui se développe rapidement. L'importance dans les agendas politiques nationaux diffère cependant, dans une certaine mesure relative à l'impact spécifique du changement et des goulets d'étranglement démographiques d'une part et des problèmes de qualité du côté de l'offre de soins d'autre part.** Les questions de la qualité des soins et le cadre de la prestation de soins étaient un thème prioritaire dans les dix dernières années au Royaume-Uni et qui a abouti à un nouveau projet de loi sur les soins en 2014. En Allemagne, le débat public sur la qualité des soins a conduit à l'introduction en 2009 d'une classification des fournisseurs de soins qui présente un outil pour les personnes ayant besoin de soins afin de choisir un bon prestataire. D'autre part, l'augmentation des besoins de soins et la préférence des personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans leur maison a conduit à l'introduction d'un congé de soin en 2011.

Un facteur qui est souvent utilisé pour comparer les pays à l'égard de l'engagement dans les réformes des soins de longue durée est la dépense publique. Ces données devront cependant être lues avec prudence, car les données se concentrent souvent sur les composantes de soins de santé exclusivement. Les données disponibles de l'OCDE montrent que les dépenses publiques pour les composantes sociales et de santé dans 17 pays de l'UE varient entre 3,7% du PIB aux Pays-Bas (3,6% en Suède) et 0,2% au Portugal. Les données de la Commission européenne montrent une tendance similaire (voir la figure ci-dessous).

¹² Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society; Social Protection Committee; 2014

Figure 3.4 Dépenses publiques sur les soins de longue durée en% du PIB, selon le type de soins en 2010

	Total	of which:		
		at home	in institutions	cash benefits
BE	2.35	0.60	1.30	0.45
BG	0.47	n.a.	0.17	0.30
CZ	0.81	0.06	0.23	0.53
DK	4.50	1.33	1.14	2.04
DE	1.43	0.40	0.58	0.45
EE	0.53	0.01	0.19	0.33
IE	1.11	0.19	0.92	n.a.
EL	1.36	0.88	0.13	0.35
ES	0.82	0.22	0.46	0.14
FR	2.16	0.44	1.38	0.34
IT	1.91	0.49	0.55	0.86
CY	0.10	n.a.	0.01	0.15
LV	0.67	0.05	0.51	0.12
LT	1.22	0.48	0.51	0.23
LU	0.98	0.33	0.56	0.09
HU	0.84	0.01	0.25	0.58
MT	0.65	0.09	0.56	0.00
NL	3.82	0.53	2.00	1.29
AT	1.63	0.47	0.34	0.83
PL	0.73	0.07	0.30	0.37
PT	0.31	0.23	0.06	0.00
RO	0.63	0.58	0.04	0.01
SI	1.43	0.20	0.70	0.53
SK	0.27	0.14	0.09	0.05
FI	2.51	0.70	1.50	0.31
SE	3.88	1.85	1.87	0.16
UK	1.97	0.86	0.56	0.56
EU-27	1.84	0.53	0.80	0.52

Source: DG ECFIN working paper on long-term care, 2012

3.2.1 Conditions-cadres pour la fourniture de soins

Les modèles de soins diffèrent dans les Etats membres de l'UE. La définition de « soins de longue durée » dans la politique publique est souvent influencée par les différents modèles de financement des soins de longue durée et le groupe cible (par exemple sur la base de la capacité de payer).

Les services de soins se distinguent par leurs caractères formels ou informels. Les soins de longue durée comprennent :

- ★ Les soins en établissement par lesquels on entend *“les institutions et les arrangements de logement où les soins et l'hébergement sont fournis conjointement à un groupe de personnes résidant dans les mêmes locaux, ou le partage des espaces de vie communs, même se ils ont des chambres séparées. Cela n'inclut pas, cependant, les séjours temporaires ou de courte durée, tels que les maisons de repos”*¹³.
- ★ Les soins à domicile: comprennent les services de soins de longue durée offerts aux bénéficiaires de soins qui vivent dans leur propre maison ou appartement. Cela inclut également les soins de jour, les soins de relève, et le soutien direct aux personnes qui fournissent des soins, comme les allocations de soins et les congés de soins. Les soins dispensés dans des environnements quasi domiciliaires (parfois appelés assistance à l'autonomie), qui ne sont disponibles que pendant une certaine période de temps et où les individus vivent dans leurs propres locaux, ne partageant pas d'espace de vie avec d'autres bénéficiaires à l'exception de parents ou de partenaires, sont également considéré comme des soins à domicile.

¹³ Definition taken from the paper Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (eds.) (2012). Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna

★ Les soins informels / familiaux: sont définis comme n'importe quel service de soins qui n'est pas payé (malgré le fait que l'allocation de soins pourrait être payé au soignant) et il est fourni par une personne ayant un lien familial ou social avec la bénéficiaire des soins.

Il y a une **corrélation claire entre soins formels et informels dans le cadre des politiques nationales de fourniture de services de soins à long terme**. La disponibilité des services formels réduit l'intensité de la prestation de soins informels. Si les services de soins formels sont limités, cela signifie souvent que la prestation de soins informels devient une tâche non rémunérée à temps plein pour l'aidant familial. Les soins informels peuvent également être activement soutenus par une allocation de soins ou en versant des prestations financières plutôt généreuses à la personne ayant besoin de soins qui peuvent être utilisées pour remplacer le salaire manquant de la personne fournissant des soins. Des études récentes sur les modèles de prestation de soins de longue durée en Europe montrent que l'utilisation des soins en établissement est restée stable malgré le nombre croissant de personnes âgées et qu'**une augmentation des services de soins à domicile s'est produite**. Cela met en évidence que les politiques sur les soins de longue durée se concentrent sur le "Vieillir chez soi". Distinguer les différents modèles de soins à long terme entre les États membres est complexe en ceci que les soins à long terme impliquent un certain nombre de facteurs différents (aide sociale aux personnes âgées, pension, assurance soins, sécurité sociale, dépenses publiques, schémas familiaux, modèles de protection sociale, etc.). Cependant, certaines tendances ont été identifiées: tandis que les pays d'Europe du Nord (Suède, Danemark, FI, NL, BE) ont de plus en plus mis en place un modèle mettant l'accent sur des services axés sur l'offre avec une responsabilité forte de l'État dans la fourniture de soins formels, les pays d'Europe occidentale mettent l'accent sur les régimes de protection sociale, ceux de la Méditerranée et du Centre-est sont marqués par une disponibilité limitée des soins formels et enfin les pays européens du Sud-est, où les soins informels sont prédominants, mais présentent toujours un taux plus élevé de disponibilité des services de soins institutionnels qui sont cependant souvent en mauvaise condition actuellement.¹⁴

Les soins de longue durée sont rarement définis d'un point de vue holistique fixant une politique de soins aux personnes âgées centrée sur leurs besoins spécifiques, mais aussi sur les besoins des aidants naturels ou familiaux qui sont l'épine dorsale des modèles de soins de longue durée. En fait, les «soins de longue durée» sont définis selon une typologie nationale de la « personne nécessitant des soins ». Il convient de noter que les soins de longue durée de personnes âgées se concentrent principalement sur les composantes de subsistance et de soins de santé tandis qu'en comparaison les soins de longue durée des jeunes handicapés placent beaucoup plus l'accent sur les composantes sociales et l'intégration. Pourtant, par rapport à des concepts de «garderie» pour les très jeunes enfants qui se concentrent entièrement sur les composantes sociales et de développement, il semble que les soins des personnes âgées se concentrent trop sur l'âge et l'incapacité plutôt que sur les besoins des personnes âgées en termes d'habilitation ou de réadaptation d'environnements adaptés aux personnes âgées.

Des différences existent également en ce qui concerne le financement des soins (public, privé ou basé sur les assurances). En termes de financement public, l'allocation des ressources soit pour la santé ou le budget de l'aide sociale peut aussi avoir un rôle à jouer. Jusqu'à présent, en dépit de l'importance croissante accordée à la prestation à domicile, la majorité du financement reste concentrée dans le système de soins de santé (voir p.15 du rapport de la CPS sur les SLT).

¹⁴ Damiani et al.(2011), Patterns of Long Term Care in 29 European countries: evidence from an exploratory study BMC Health Services Research, 11:316; Bettio, F. Verashchagina, A. (2010), Long-term care for the elderly, provision and providers of 33 European countries, for the European Commission; Tedosi, F., Kraus, M. et al (2010), A typology of long-term care systems in Europe, ENERI Research Report No.91

Les données présentées dans le rapport de la CPS fournissent également une indication des différentes sources de financement pour les soins de longue durée. Cela montre les différences dans le rôle joué par les dépenses individuelles privées par rapport aux financements du gouvernement, de l'assurance sociale et de l'assurance privée.

Table 3.1 Dépenses de soins de longue durée par source de financement, 2007

Country	General government (excl. social security)	Social security funds	Private insurance	Private households out-of-pocket exp.	Other	Non-profit institutions serving households	Corporations (other than health insurance)
Portugal	2.0	51.4	1.1	45.4		0.0	0.0
Germany	12.5	54.7	1.7	30.4	0.7	0.6	0.1
Spain	61.7	10.2	0.0	28.1		0.0	0.0
Slovenia	18.3	57.1	0.5	24.0		0.0	0.0
Austria	81.1	0.7	0.0	17.1	1.0	1.0	0.0
Finland	77.2	7.6	0.0	14.2	1.0	1.0	0.0
Estonia	48.2	39.3	0.1	12.4	0.0	0.0	0.0
Denmark	89.6	0.0	0.0	10.4		0.0	0.0
Hungary	60.1	30.2	0.9	2.4	6.4	6.4	0.0
Sweden	99.2	0.0	0.0	0.8		0.0	0.0
France	44.8	54.4	0.4	0.4		0.0	0.0
Poland	43.1	49.2	0.0	0.3	7.4	7.4	0.0
Belgium	31.4	58.7	9.8	0.2		0.0	0.0
Czech Republic	30.5	69.5	0.0	0.0		0.0	0.0
Netherlands	9.5	90.4	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1

Source: OECD Health System Accounts 2010, cited in Help Wanted page 231

Note: countries ranked by decreasing share of out-of-pocket spending

LES TROIS MODÈLES DE BASE DE LA PROTECTION SOCIALE EXPLORÉS DANS LE CADRE DE CE PROJET ÉTAIENT REPRÉSENTÉS PAR LES PAYS HÔTES (PRÉVUS) DES DIFFÉRENTS ATELIERS RÉGIONAUX:


 **Un modèle fort basé sur une taxe universelle, comme on le trouve en Suède;**

Le rapport de la CPS sur les SLD référencé ci-dessus a fait valoir que *'la plus grande participation de travailleurs de soins formels se trouve dans les États membres où les SLD est complètement financée par les recettes fiscales générales, organisée comme un service public et pourvu par des travailleurs du secteur public formés. Cela devient alors un droit individuel, comme au Danemark et en Suède'*. En Suède, par rapport à d'autres pays, un équilibre et une relativement bonne coopération sont réalisés entre les dispositions de soins de longue durée publics, à la fois à domicile et au sein des institutions, et l'aide aux familles avec dispense de soins. L'assistance à la prestation de soins à domicile et les soins en établissement sont des moyens universels (financés par la fiscalité) non soumis à un examen des ressources et donc continuent à bénéficier d'un niveau élevé de soutien public. Dans les enquêtes, les citoyens expriment leur préférence pour les soins publics (plutôt que privés ou familiaux). Cependant, le système n'est pas sans défauts et les aspects de «marchés internes» et les budgets réduits sont vus par les représentants syndicaux comme des menaces potentielles à au soutien public aux prestations universelles basées sur la fiscalité. Ainsi, par exemple, au lieu d'être totalement pris en charge par les institutions publiques, les individus sont de plus en plus amenés à

choisir leur propre assistance à domicile dans un long catalogue de prestataires conventionnés. La principale raison pour laquelle ces prestataires conventionnés peuvent commercialiser leurs services comme étant supérieurs à ceux d'autres autres est en réduisant les effectifs et en modifiant l'organisation du travail (par exemple, en ne décomptant plus le temps de déplacement entre les missions comme du temps de travail, etc.). Cela a conduit à une pression croissante en raison du roulement du personnel, ce qui signifie que beaucoup de ceux qui sont soignés à domicile ne bénéficient pas de la continuité du service auprès d'un prestataire familial. Cela peut également conduire à des défaillances dans la prestation de soins qui peuvent contribuer à multiplier les admissions dans les hôpitaux pour des raisons de santé. Le deuxième défi clé identifié dans le système suédois réside dans le manque de coordination entre les systèmes de protection sociale (qui gèrent les SLD à domicile) qui sont gérés par les municipalités, et le système de soins de santé qui est géré par les conseils régionaux. Les parents et familles se plaignent qu'ils consacrent beaucoup de temps à des tâches organisationnelles et à essayer de coordonner la prestation de services de santé et le système de protection sociale; avec des hôpitaux de plus en plus encouragés à raccourcir les séjours hospitaliers coûteux, avec des fournisseurs communautaires mal préparés et peu équipés pour faire face aux défis supplémentaires qui leur sont imposés.

 **Un modèle basé sur l'assurance qui forme l'épine dorsale du système allemand, par exemple;**

En Allemagne, un modèle basé sur l'assurance est en place, qui verse une allocation de soins aux personnes nécessitant des soins en fonction de la gravité de leurs besoins. Cette allocation peut être utilisée pour financer des soins à domicile ou en institution. Seuls les individus dans des catégories de soins plus graves ont le droit de se procurer des soins en établissement et le niveau de soutien financier est généralement insuffisant pour couvrir le coût de ces soins, avec des personnes (y compris les membres de la famille) étant chargés de couvrir la différence de coût. Les pourvoyeurs de soins à domicile sont des organisations du secteur privé ou tiers qui tendent à orienter leurs prix autour des taux de couverture d'assurance disponibles. Beaucoup souffrent d'un roulement élevé du personnel et les taux de salaires et les conditions y sont faibles. Il y a eu des discussions autour du niveau de formation requis pour les personnels soignants à la fois dans les maisons de retraite et dans les systèmes de soins aux personnes âgées, qui a reflété en partie les craintes de pénurie de personnel. Le recours à des travailleurs migrants d'Europe orientale pour offrir des soins à domicile a tendance à être élevé, ce qui a conduit en 2010 à l'adoption d'un salaire minimum pour le secteur pour éviter une spirale descendante de concurrence sur les salaires. Dans l'ensemble, le modèle basé sur les assurances ne fournit aucune garantie de qualité ou de stabilité, ni pour le bénéficiaire ni pour le soignant.

 **Un modèle résiduel se fondant de manière significative sur la prestation des soins par la famille représenté par l'Italie et d'autres pays d'Europe du Sud.**

En Italie les prestations sont non seulement très localisées et de qualité fortement variable d'une région et d'une localité à l'autre, mais elle s'appuie aussi fortement sur la famille en tant que premier fournisseur de soins aux parents âgés. Le faible taux de natalité dans ce pays - et d'autres pays d'Europe méridionale – place une pression démographique particulière sur les aidants familiaux qui ont tendance à être des femmes et qui se trouvent souvent, sinon de façon permanente au moins partiellement exclus du marché du travail. Au Portugal, la responsabilité de la famille à cet égard est inscrite dans la constitution du pays.

De nouvelles initiatives de soins¹⁵ et le débat public montrent, cependant, que la vision des soins aux personnes âgées restreinte à la subsistance et aux soins de santé n'est pas adaptée aux besoins des personnes âgées et que les autres options disponibles pour la prestation de soins de longue durée ne satisfont pas non plus les familles qui recherchent des solutions de soins. Concevoir des politiques de soins de longue durée est complexe. Elles doivent tenir compte de plusieurs facteurs: les besoins des personnes âgées, les besoins des aidants naturels, les changements de structure des familles et la mobilité accrue des familles qui se déplacent pour le travail et les personnes âgées qui souhaitent voyager ou se déplaçant vers les pays à climat chaud (ici un nouveau domaine juridique européen a émergé sur l'accès aux services de soins dans les autres pays de l'UE).

La récente réforme du Royaume-Uni à l'égard de la prestation des soins¹⁶ a mis en évidence le fait que les services de soins étaient trop fragmentés et mal adaptés aux besoins des bénéficiaires et des soignants. Dans son « Care Bill » de 2014, la loi place le « bien-être » de la personne au cœur de la prestation des soins : la dignité personnelle; la santé physique et mentale et le bien-être émotionnel; la protection contre les abus et la négligence; le contrôle par l'individu sur sa vie quotidienne, y compris pour le soutien au soins ou le soutien fourni à l'individu et la façon dont il est fourni; la participation au travail, à l'éducation, à la formation ou aux loisirs; le bien-être social et économique; les relations personnelles et familiales; la convenance du logement vivant; la contribution de l'individu à la société. Les autorités locales devront prendre des dispositions pour une approche holistique de la santé et des services sociaux des personnes âgées, y compris aussi dans la prévention des soins. La réforme du Royaume-Uni s'appuie sur un large éventail de documents analytiques et un inventaire des politiques de vieillissement afin de réorganiser le modèle de prestation de soins de longue durée.¹⁷

Les récents cas de négligence et de maltraitance de personnes âgées bénéficiant de soins ainsi que le débat public amèneront sans doute à des processus de réformes dans les différents pays d'Europe. Le fait que certains cas aient émergé à cause de l'épuisement ou de l'incompétence de soignants familiaux démontre également que le modèle de cadre de soins qui s'appuie sur les soins informels doit aussi se concentrer sur les besoins des soignants informels en offrant des services de conseil, une formation appropriée et des solutions de relève des soins. Certains pays ont pris ceci en considération (par exemple la Suède). Des services tels que la formation ou le conseil aux soignants informels peuvent être dispensés par des organismes publics, des ONG, des autorités locales ou des réseaux de familles et amis. Un grand nombre de municipalités suédoises offrent des services de soins de relève de 24h et les politiques publiques se concentrent sur une bonne coopération des services et institutions de santé avec les soignants informels. De façon similaire, l'Irlande avait financé un programme intitulé "caring for carers" ("*se soucier des soignants*" NdT) qui mettait en place pour les soignants informels un important réseau d'institutions de soutien qui offraient des formations spécifiques aux compétences nécessaires pour les soins à domicile. Dans certains cas, plusieurs services peuvent déjà exister, mais les soignants n'en ont simplement pas connaissance. La création de guichets uniques pour les soignants pourrait être une solution pour coordonner les services et apporter une information et une assistance exhaustives. Cela a été mis en place en France par le biais des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) qui incluent en outre un service

¹⁵ Des foyers multi-générationnels, appartements de soins semi-résidentiels disponibles dans le monde entier stimulant la mobilité des personnes âgées ou encore les initiatives de collocations de personnes âgées. En outre, un certain nombre de services de soins et de soins à domicile institutionnels spécialisés a commencé à se développer en particulier pour les personnes atteintes de démence.

¹⁶ http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/pdfs/ukpga_20140023_en.pdf

¹⁷ http://www.cpa.org.uk/cpa/policies_on_ageing.html

individuel dispensé par des travailleurs sociaux qui évaluent les besoins de soins et la situation du soignant pour déterminer les solutions de soins envisageables. Aider les soignants à trouver l'équilibre entre leurs besoins personnels et ceux du bénéficiaire peut prévenir et éviter les risques de santé ou les conflits. Comme le montrent les exemples, ce genre de cadre inclut des partenariats publics et privés dans lesquels les entreprises elles-mêmes peuvent également jouer un rôle important.

3.2.1.1 Conditions de travail pour les employés du secteur des soins aux personnes

Il y a des différences significatives au sein des Etats Membres en ce qui concerne la définition des travailleurs des soins. La majorité des tâches liées aux soins de santé et des soins dans les institutions sont dispensés par des infirmiers/infirmières diplômé(e)s tandis qu'une grande partie des soins à domicile ou des tâches de subsistance sociale est accomplie par des auxiliaires de vie ou des assistant(e)s de soins. Pour ces dernières catégories de travailleurs, les définitions varient fortement. Tandis que certains Etats Membres exigent un nombre minimum d'années d'études, d'autres n'ont établi ni formation standard ni durée minimum de formation. Dans beaucoup de pays, de nombreux auxiliaires de vie n'ont reçu aucune formation spécifique aux soins des personnes âgées.

D'autre part, le secteur des soins à la personne est en expansion continue et est un secteur prometteur en matière de croissance de l'emploi. Dans un certain nombre de pays Européens **une pénurie de professionnels semi-qualifiés et hautement qualifiés du secteur des soins est attendue. Les travailleurs migrants joueront un rôle important dans le secteur des soins à la personne dans le futur**. En Italie, par exemple, plus de 70%¹⁸ des auxiliaires de vie sont d'origine étrangère. Le besoin croissant d'employer des migrants dans les soins aux personnes âgées entraînera également des défis culturels, en ceci que la notion de «soins aux personnes âgées» est très différente dans les pays hors de l'UE. La question de la formation interculturelle a aussi été soulevée comme un enjeu particulier, un nombre croissant de travailleurs du secteur des soins étant recruté de pays au sein et hors de l'UE.

Le secteur des soins aux personnes fait également face à des **problèmes de rétention** dus à des salaires non compétitifs et des conditions de travail précaires. En fait, le secteur se caractérise par des contrats de travail atypiques et des travaux en quarts comprenant un grand nombre de gardes de nuit et d'astreintes. Etablir une comparaison des niveaux de rémunération dans la main d'œuvre du secteur en UE est compliqué en raison de l'absence d'une définition claire et comparable des différents personnels impliqués dans les soins à long terme. Les personnels de soins infirmiers, d'aide sociale, de soins aux personnes ou de services à domicile appartiennent à des catégories d'emploi différentes mais peuvent tous participer aux soins de longue durée.

Les professionnels des soins aux personnes (auxiliaires de vie) sont généralement moins qualifiés que les professionnels de la santé (soins infirmiers), qui se reflète dans leurs échelles de revenus. Il y a souvent aussi une différence dans les qualifications attendues du personnel d'institutions par rapport à ce qu'on demande à du personnel à domicile. Avec une réforme du secteur de la dépendance, l'exigence de services de soins de haute qualité augmentera, de sorte que le défi pour les prestataires de soins et les décideurs politiques est de bâtir une main d'œuvre du secteur des soins à la fois durable et hautement qualifiée.

¹⁸ OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing

Les bas salaires sont un problème pour stabiliser les personnels de soin dans leur emploi, mais ce n'est néanmoins pas le facteur le plus important. Les conditions de travail, sur le plan physique comme psychologique, ont un impact bien plus dévastateur sur les professionnels du soin. Le stress et les travaux physiquement éprouvants peuvent mener à la dépression ou à l'épuisement.

L'emploi dans le secteur est typiquement féminin dans les pays Européens. Aux Pays-Bas, une femme sur sept qui travaille est employée dans le secteur du social et des soins¹⁹. Le secteur des soins est particulièrement créateur d'emploi pour les femmes et les travailleurs plus âgés, ce qui est pertinent pour leur (ré)intégration au marché du travail. Cependant, en raison de la faible qualité de l'emploi dans ce secteur, cela crée une forme de segmentation du marché de l'emploi en élargissant le « fossé des genres ». A cause de la rareté des financements publics affectés au secteur des soins (en particulier après la crise économique), les tendances démographiques et les goulots d'étranglement en termes de professionnels disponibles, il est prévisible que les conditions d'emploi ne s'amélioreront pas significativement.

3.2.2 Congé de soignant

Contrairement à ce qui existe en matière de congés destinés au soin d'enfants (congés de maternité et parental) il n'y a pour l'instant aucune règle au niveau de l'UE qui garantisse le droit à un congé de soignant pour s'occuper de parents adultes, bien que la question ait été abordée lors de consultations plus larges sur l'équilibre travail-vie. De la même manière, les soignants informels ne bénéficient pas des mêmes droits à la retraite (pour leur temps passer à prodiguer des soins) que ceux des personnes qui élèvent des enfants.

La **majorité des pays membres de l'UE proposent une forme de congé de soignant, mais les modalités en sont fortement variables, en termes de durée de niveaux de revenus ou de critères d'éligibilité.**

Certaines de ces dispositions de congés sont plutôt générales, alors que d'autres sont spécifiquement destinées à accorder un congé pour accompagner la fin de vie (congé de soins palliatifs).

A l'heure actuelle, 22 des 27 Etats Membres de l'UE connaissent une forme légale de congé pour les soignants (que ce soit sous la forme d'un congé pour s'occuper de parents malades ou en combinaison avec un congé pour des membres de la famille en phase terminale.) Seuls deux pays – le Luxembourg et la Suède – n'offrent que le congé de soins palliatifs (sans disposition plus générale sur le congé de soignant).

¹⁹ Leichsenring, K., Billing, J., Nies, H. eds. (2013) Long-term care in Europe, Improving policy and practice, Palgrave Macmillan

Table 3.2 Pays de l'UE avec différentes formes de dispositions relatives au congé de soin

Etat Membre	Congé pour s'occuper de parents dépendants	Congés pour s'occuper de parents malades en phase terminale
AT	★	★
BE	★	★
BG	★	
CY	★	
CZ	★	
DE	★	
DK	★	★
EE	★	
FI		
FR	★	★
GR	★	
IE	★	
IT	★	
HU	★	
LT	★	
LV		
LU		★
MT		
NL	★	
PL	★	
PT	★	
RO	★	
SI	★	
SK	★	
SP	★	
SE		★
UK		

Source: GHK (2011, unpublished)

Parmi les 5 pays qui n'ont actuellement aucune disposition relative au congé de soins, la Finlande donne le droit aux employés de demander du temps libre, mais il appartient à l'employeur d'accorder ou non le congé. Les autres pays n'offrent de congé que pour s'occuper d'enfants.

Le congé accordé diffère en termes de durée. Dans la plupart des pays, il varie entre 1 et 10 jours ouvrés, mais peut aussi s'étendre à 6 – 24 mois (ex : Belgique, Hongrie, Irlande, Italie, Espagne). Les niveaux de compensation tendent à être plus élevés pour les congés les plus courts mais n'atteignent 100% qu'en Autriche et en Italie. Six pays offrent des compensations entre 60 et 85%, six couvrent de 5 à 60% et dans six autres ce type de congé est complètement sans solde. Dans la plupart des pays, le congé n'est éligible qu'une fois par an, tandis que six pays ne l'offrent qu'une fois par personne bénéficiaire des soins. Trois pays offrent un pays une fois par maladie déclarée. Des niveaux de compensation relativement restreints signifient que la plupart des soignants préfèrent ne prendre ce congé annuel qu'en cas d'urgence à court terme et modifient en substance leurs modalités de travail pour les périodes plus longues de dispense de soins. Conséquemment, l'utilisation du congé de soignant est généralement assez basse au sein de l'UE. Pour les hommes, elle est d'environ 0,7% en moyenne, contre 1,3% pour les femmes. Les femmes sont significativement plus nombreuses à accéder à ce type de congé (77% de l'utilisation totale).

Un autre problème soulevé lors du projet est celui de la structure de plus en plus diverse des familles, qui signifie que dans le futur, concentrer le congé de soignant sur les seuls membres de la famille directe ne suffira plus.

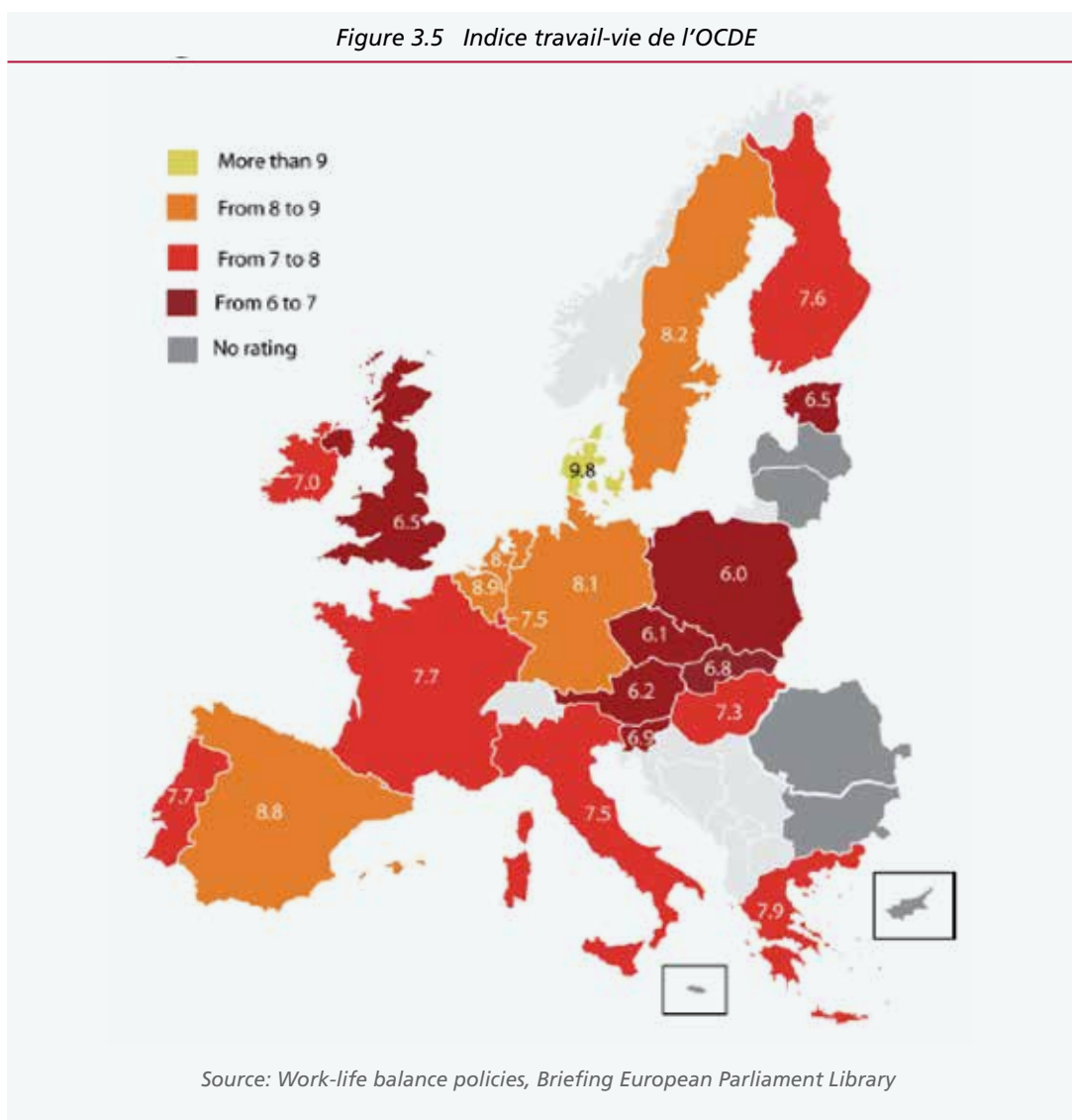
3.2.3 Les politiques d'équilibre travail-vie

Concilier travail et responsabilités familiales est l'une des priorités actuelles de la politique de l'Union européenne en particulier, en vue d'améliorer l'intégration des femmes dans le marché du travail, promouvoir l'égalité des sexes et d'assurer la qualité de la prestation de soins. Le Parlement européen et le Conseil avaient prévu de consacrer 2014 comme l'année européenne de l'équilibre travail / vie, initiative qui a été reportée en raison des élections européennes.

L'OCDE établit un indice d'équilibre travail-vie qui est basé sur le nombre d'heures travaillées, le temps consacré aux loisirs et aux soins personnels et qui extrait des données à partir de statistiques nationales sur le temps de travail et des données d'enquête sur le temps passé par les particuliers sur les loisirs et les soins.

Les résultats montrent que les pays ayant les plus hauts indices d'équilibre travail-vie sont le Danemark, la Suède, l'Allemagne, la Belgique et les Pays-Bas tandis que les pays qui sont à l'autre extrémité du spectre sont la Pologne, la République Tchèque et la Hongrie.

Figure 3.5 Indice travail-vie de l'OCDE



Un mauvais équilibre travail-vie augmente chez le travailleur le risque de la mauvaise santé, en particulier par le stress, la fatigue et l'épuisement émotionnel, il abaisse le rendement au travail et diminue la qualité des soins donnés aux enfants ou aux personnes âgées. Les sources de conflit sont des rythmes de travail, les horaires de travail allongés, les charges de travail imprévisibles ou les conditions d'emploi précaires.

Un certain nombre de différents types de politiques publiques peut répondre à ces types de conflits :

- ★ Les politiques familiales: il s'agit notamment des mesures fiscales et des prestations sociales, telles que les allocations familiales ou les réductions d'impôts; les dispositions de congés tels que le congé maternité, parental ou de soignants; les services de soins formels pour les enfants et les personnes âgées.
- ★ Mesures d'organisation du travail: y compris règles de temps de travail flexibles avec la possibilité d'adapter les heures ou de demander de travailler à temps partiel; la flexibilité en ce qui concerne le lieu de travail - télétravail, comptes d'épargne temps à vie permettant aux travailleurs d'acheter du temps libre

De plus les lois anti-discrimination et les politiques de genre jouent un rôle important de changer les modèles et stéréotypes de l'homme et de la femme dans les sociétés.

Un facteur qui semble avoir un effet très important pour obtenir un bon équilibre travail-vie ainsi que l'égalité des sexes est l'accessibilité des services de soins formels (pour enfants et personnes âgées). Les arrangements de congés de longue durée semblent avoir l'effet inverse sur l'égalité des sexes, en ceci que ce sont souvent les femmes qui prennent le congé.²⁰

De l'autre côté un certain nombre de politiques implique que les employeurs et les partenaires sociaux prennent des mesures au niveau de l'entreprise ou du secteur y compris celles sur les régimes de temps de travail flexibles et le télétravail. En outre, les entreprises peuvent également agir dans le domaine de la santé et de la sécurité en améliorant les politiques sur les risques psychosociaux et le stress afin d'améliorer le bien-être au travail et de diminuer les organisations du travail inadaptées qui conduisent à des temps de travail et des tâches imprévisibles. Cela inclut également la formation et le développement des compétences en leadership pour les gestionnaires qui comprennent une sensibilisation aux questions d'équilibre travail-vie, aux besoins des travailleurs et des activités de communication sur les styles de vie sains.



²⁰ Greve, B. (2012) Reconciliation of Work and Family life in four different welfare states, NEUJOBS, working paper No. 5.5

4.1 INTRODUCTION

Les activités des syndicats et des partenaires sociaux dans leur ensemble et des conventions collectives et accords de niveau d'entreprise peuvent jouer un rôle important dans le renforcement et la mise en œuvre de dispositions relatives aux congés ou aux modalités de travail flexibles. En outre, ils peuvent fournir un accès à d'autres mesures telles que des mesures de santé et de bien-être pour le soignant, du soutien aux soins et la sensibilisation auprès des employés, des gestionnaires et des collègues.

Cependant, les études existantes²¹ et l'enquête menée pour ce projet montrent qu'il n'y a actuellement que **très peu d'exemples de conventions collectives portant sur les mesures de réconciliation pertinentes**. Lorsque de telles conventions collectives existent, elles se concentrent principalement sur l'offre de congés améliorés ou des dispositions de travail flexibles plutôt que d'autres mesures de soutien pour les aidants. Dans un certain nombre de pays, ces accords se trouvent principalement dans les secteurs dominés par des femmes relativement instruites. Avant de discuter de mesures introduites au niveau de la négociation sectorielle ou d'entreprise, la section suivante présente un aperçu des activités des syndicats et des organisations du secteur tiers qui tentent d'influencer les politiques de soins nationales. Ces initiatives reflètent dans une certaine mesure la nature du débat politique dans les différents États membres de l'UE.

4.1.1 Campagnes et initiatives politiques des syndicats et d'organisations du tiers secteur

Ainsi que leur rôle essentiel dans la négociation de niveau national, sectoriel et d'entreprise, les organisations syndicales (ainsi que les organisations du tiers secteur) jouent un rôle important en influençant l'agenda politique. La mesure dans laquelle les syndicats sont impliqués dans l'intermédiation tripartite varie d'un pays à l'autre, de sorte que le niveau d'influence exercée diffère. Néanmoins, les syndicats ont joué un rôle clé dans le **lobbying en faveur de meilleurs soins et de dispositions relatives aux congés de soignants, ainsi que dans l'offre de formation de négociateurs et de représentants sur les lieux de travail**. En outre, les syndicats et leurs organisations associées peuvent jouer un rôle dans **la captation de fonds pour des initiatives pertinentes** (y compris de sources européennes) et la mise en œuvre des projets pertinents.

Au niveau sectoriel, les syndicats dans le secteur de la santé et des services sociaux jouent un rôle crucial dans le lobbying pour de **meilleures prestations et l'amélioration des conditions de travail, qui contribuent à de meilleurs services de soins de longue durée** (qu'ils soient offerts au niveau institutionnel ou dans la communauté). La Table 4.3 ci-dessous résume quelques-unes des initiatives prises par les organisations membres partenaires du projet.

²¹ E.g. Eurofound (2011); Company initiatives for workers with care responsibilities for disabled children or adults

Table 4.3 Aperçu des initiatives syndicales sur les politiques pour soutenir les soignants qui travaillent

PAYS	INITIATIVES POLITIQUES PERTINENTES
Belgique	<p>L'accent des campagnes et des activités de lobbying auprès du gouvernement est porté sur l'amélioration de la qualité, de l'abordabilité et de l'accessibilité des services de soutien, sur un meilleur accès aux congés soins et de soins palliatifs ainsi que sur le système de crédit de temps.</p> <p>Syndicats représentatifs dans le secteur se concentrent également sur le travail d'amélioration de l'offre et des conditions de travail des personnes qui offrent des services de soins à domicile. Les travaux se poursuivent au niveau national, régional et local et visent à lutter contre la commercialisation de ces services.</p>
Bulgarie	<p>Les syndicats dans le secteur de la santé et des services sociaux participent aux discussions d'un nouveau modèle de soins médico-social «à domicile» en créant des centres sociaux et de santé qui fournissent des soins à domicile par des infirmières et des travailleurs sociaux. Le principal défi à relever est le manque de financement public durable.</p>
Estonie	<p>Les syndicats ont participé à l'élaboration du «Plan Estonien de développement des soins informels pour la période 2013-2020». Ce document vise à introduire une définition de «soins informels» dans la législation estonienne. L'objectif est de définir ces «soins informels» comme service payé par l'Etat sur une base unifiée.</p>
Allemagne	<p>Le syndicat national interprofessionnel a développé du matériel d'information sur la combinaison du travail et des responsabilités de soins et a organisé un certain nombre d'activités de formation et des ateliers pour les membres des comités d'entreprise et les représentants des travailleurs dans les conseils d'administration.</p>
Finlande	<p>Les syndicats ont souligné la nécessité d'une réforme juridique, ce qui - en 2011 - a conduit à l'adoption d'une loi donnant le droit à un congé de soignant. Celle-ci ne va pas aussi loin que le souhaitent les syndicats, puisque l'employeur doit spécifiquement accepter la demande de congé et que ce congé n'est pas rémunéré. Les partenaires sociaux ont conjointement élaboré des directives concernant les bonnes pratiques dans les organisations du travail conciliables à une vie familiale.</p>
Italie	<p>En Italie, l'unité syndicale pour les travailleurs retraités est particulièrement engagée à travailler avec ses partenaires pour obtenir des fonds européens. A titre d'exemple un modèle a été lancé dans les quatre régions de convergence (Sicile-Calabre-Campanie-Pouilles). Il fournit un financement spécifique (basé sur la population résidente de plus de 75 ans) à chacun des 200 districts, la santé sociale, et vise à accroître le soutien aux soins à domicile pour les personnes dépendantes, dans un système intégré. La programmation des fonds européens 2014-2020 offre d'autres possibilités dans ce domaine.</p>

Table 4.3 Aperçu des initiatives syndicales sur les politiques pour soutenir les soignants qui travaillent

PAYS	INITIATIVES POLITIQUES PERTINENTES
Lituanie	En 2014, un accord tripartite a été signé, qui vise à étendre la compétence des soins infirmiers, y compris à la prestation de soins infirmiers à domicile.
Pologne	<p>Les syndicats se sont engagés dans ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activités de formation pour les dirigeants syndicaux sur la négociation de mesures appropriées de conciliation de la vie professionnelle et familiale ainsi que de soutien pour les travailleurs ayant des responsabilités familiales. • Projet de recherche sur la conciliation entre travail et vie de famille, en coopération avec les syndicats allemands et lituaniens • Information pour les soignants mise en ligne sur le site • Initiatives politiques et juridiques pour modifier la réglementation du temps de travail. À l'heure actuelle, elle permet à l'employeur de modifier l'horaire de travail, même pendant le congé, et par exemple d'exiger que le travailleur preste des heures de travail après la fin de son quart. • Soutien politique à un âge de retraite inférieur. • Soutien organisationnel aux membres de la famille qui s'occupent d'un proche à charge à temps plein.
Slovaquie	Les syndicats sectoriels se sont concentrés sur une campagne en faveur d'une rémunération plus équitable pour les travailleurs de soins.
Espagne	Les partenaires sociaux avec le gouvernement ont convenu d'une nouvelle loi sur les soins pour les personnes en situation de dépendance en 2007. Actuellement, la loi prend en charge 730 000 personnes et le chiffre est appelé à augmenter à 1,2 million.
Royaume Uni	Au Royaume-Uni, la campagne de la TUC de 2013 sur les problèmes des femmes âgées en milieu de travail. La majorité de ce travail a porté sur les questions relatives aux responsabilités familiales. Des événements ont eu lieu, des matériels d'orientation produits, un site de blog et des médias sociaux ont été utilisés, et un rapport final a énoncé les recommandations politiques. Dans le passé, la TUC a beaucoup travaillé sur la flexibilité du travail et sur la possibilité pour les soignants de concilier vie familiale et vie professionnelle.
Suisse	Le congrès syndical suisse a abordé cette question lors de son congrès en 2010 et participe actuellement à une enquête parlementaire et à des tables rondes sur le sujet.

4.1.2 Dispositions relatives au congé améliorées

Se basant sur les droits existants à un congé de soignants (voir la section 3.2.3 ci-dessus), un certain nombre de conventions collectives augmentent la durée du congé statutaire disponible, prévoient des périodes supplémentaires de congés (en partie) payés ou encore améliorent les taux de remplacement pendant le congé. Les exemples suivants peuvent être identifiés:

- ★ En Autriche, des conventions collectives existent dans le secteur public qui prévoient de longues périodes de congé de soignants rémunérés, de congés sabbatiques de soins non rémunérés (assortis d'une garantie de réemploi) et l'ajustement individualisé (temporaire) du temps de travail.
- ★ En Belgique plus de 20 conventions collectives prévoient un droit à un congé sans solde (ou partiellement payé) supérieur à 10 jours par an pour des « raisons impérieuses ».
- ★ En Finlande, il est possible de trouver certaines dispositions limitées dans les conventions collectives sur la flexibilité du travail, la durée des congés et la rémunération augmentée des périodes de congé.

Des congés supplémentaires sont également offerts aux soignants de parents adultes dans certaines conventions en Italie.

- ★ En Slovénie, certaines conventions collectives offrent des jours de congé supplémentaires pour s'occuper de parents handicapés.
- ★ En Espagne, les dispositions relatives aux congés de soignants améliorés dans les conventions collectives se concentrent uniquement sur le congé pour s'occuper des enfants et sur les enfants handicapés. Toutefois, dans ce dernier cas, ce congé est disponible pour un enfant handicapé à l'âge adulte (en fonction de la nature du handicap).

Un certain nombre de conventions collectives en Suède améliorent l'accès aux congés de soins palliatifs (au-delà de ce qui est prévu dans la législation).

- ★ Aux Pays-Bas un nombre limité de conventions collectives offrent un congé supplémentaire aux soignants informels. Ce droit est également étendu aux amis d'une personne ayant besoin de soins et à d'autres membres de la famille éloignés.
- ★ Un nombre limité de conventions collectives au Royaume-Uni prévoit également une disposition améliorée pour le congé de soignants.

Dans l'ensemble, ces dispositions améliorées restent relativement limitées et tendent à se concentrer davantage sur l'offre de jours supplémentaires plutôt que l'amélioration des taux de remplacement. Quoiqu'utiles, ces dispositions ne surmontent donc pas la question de la « sanction financière » associée aux tâches de soins. Les périodes étendues de congé offertes peuvent non seulement avoir un effet néfaste sur le revenu, mais aussi dans la progression de carrière (et les futures prestations de retraite) et restent donc problématiques si elles sont offertes sans dispositif particulier d'accompagnement.

La **rareté relative des dispositions améliorant la compensation financière** contribue ainsi à une situation dans laquelle de nombreux travailleurs préfèrent prendre d'autres congés (comme les congés annuels) pour les tâches de soins à court terme (ou pendant des périodes de plus forte demande d'assistance). Cela augmente le stress sur l'individu en les privant en outre des périodes de repos nécessaires.

4.1.3 Temps de travail flexible

L'offre de modalités de travail plus souples peut - dans certaines situations - être plus utile que des périodes de congé améliorées mais devrait aller au-delà de la simple offre de travail à temps partiel et devrait idéalement être combinée une possibilité de revenir au travail à temps plein à tout moment si le travailleur le désire. Cela doit également être lié à un débat plus large sur la valeur des horaires réduits ou plus flexibles et les tâches et rôles qui peuvent être assumés durant ces horaires flexibles, en ceci que les réductions ne devraient pas conduire à des perspectives de carrière diminuées.

Comme mentionné précédemment, un certain nombre de pays offrent un droit aux travailleurs de demander plus de flexibilité, mais en réalité, cela s'applique dans des conditions assez différentes, par exemple par rapport à l'admissibilité (périodes de qualification, ouverture aux personnes se occupant d'enfants et / ou adultes, nature de contrat, etc.), aux motifs pour lesquels un employeur peut refuser (ou si ces raisons doivent en effet être fournies). En l'absence d'un droit européen lié à la demande de flexibilité dans le travail, les conventions collectives continuent de jouer un rôle encore plus important dans ce domaine.

Cependant, comme indiqué ci-dessus, les dispositions convenues au niveau national ou sectoriel dans ce domaine sont assez limitées, avec le Portugal et l'Italie pointant vers un accès au travail plus souple par le biais des conventions collectives. En Belgique, le droit de réduire ses heures de travail (et de recevoir une rémunération plus élevée que le nombre d'heures réduites travaillées) est particulièrement disponible pour les groupes d'âge spécifiques (voir encadré ci-dessous). En Allemagne, il y a aussi des exemples de conventions collectives avec des dispositions de travail flexibles, qui, dans un cas au moins, sont combinées avec une gamme plus large de mesures de soutien et de sensibilisation spécifiquement conçues pour les aidants de parents adultes et leurs employeurs (voir encadré ci-dessous).

En Belgique, le dénommé 'plan tandem old timer' négocié dans la convention collective poursuit une approche en deux volets spécifiques. Il permet aux travailleurs âgés de plus de 55 ans de réduire leurs heures de travail tout en recevant plus que la rémunération à temps partiel. Cette mesure reçoit l'appui du gouvernement et peut être considérée comme particulièrement utile pour les personnes qui souhaitent réduire leurs heures de travail pour aider à soigner un parent âgé sans subir une réduction significative de revenu. Bien que non conçue à l'origine comme une politique pour les soignants, le plan peut donc fournir néanmoins une solution dans de telles situations.

Dans le secteur public, les conventions collectives prévoient des droits à des interruptions de carrière. Dans le secteur public le système de crédit temps est en place. En Flandre, si une personne réduit le temps de travail en vertu de ce système pour prendre soin d'un parent à charge, une allocation supplémentaire est accordée par l'ONEM. Les autorités locales peuvent également payer une prime (premium Mantelzorg) aux individus qui prennent soin de personnes à charge.

*Une convention collective dans l'industrie chimique en **Allemagne** couvre explicitement le soutien aux aidants de parents âgés. Les partenaires sociaux ont également publié une brochure commune sur les soins aux parents et des études de cas ont contribué à une initiative nationale sur la question. La convention collective demande aux employeurs de fournir un soutien dans les domaines suivants:*

- *Horaires flexibles*
- *Organisation de travail flexible*
- *Soutien dans les soins aux parents*
- *Maintien du contact pendant le congé*
- *Accès à la formation pendant le congé*
- *Mesures visant à sensibiliser les superviseurs*

En France, les partenaires sociaux ont négocié une convention collective nationale plus large sur la qualité de vie au travail qui tient compte des besoins des soignants qui travaillent.

4.1.4 Aide directe au soin

L'accord dans le secteur allemand de la chimie souligne la possibilité pour les employeurs de fournir une assistance plus directe dans les prestations de soins pour les personnes qui s'occupent de parents adultes, par exemple grâce à des partenariats avec des prestataires du secteur tertiaire.

4.1.5 Autres soutiens aux aidants

D'autres soutiens prévus dans les conventions collectives peuvent inclure des activités de sensibilisation pour les employés, les employeurs et les gestionnaires, ainsi que le soutien aux groupes «bottom up» de soutien aux soignants au niveau du lieu de travail. Ces initiatives sont explicitement mentionnées dans la convention collective du secteur allemand de la chimie, mais doivent être mis en œuvre au niveau du lieu de travail. Des accords similaires qui encouragent davantage les activités au niveau du lieu de travail existent aux Pays-Bas, où les conventions collectives dans les secteurs de l'assurance et des administrations locales visent à stimuler les négociations sur ces questions au niveau de l'entreprise.

Au Portugal, les conventions collectives prévoient des dispositions pour un employé de demander un transfert à un autre lieu de travail pour des raisons de santé (qu'il s'agisse de la sienne ou de celle d'un parent à charge; voir encadré à la section 5.1.5 ci-dessous).

5.1 INTRODUCTION

A l'heure actuelle, **les initiatives de soutien aux soignants de parents adultes au niveau du lieu de travail sont nettement moins étendues que les initiatives visant à soutenir les personnes qui cherchent à concilier travail et responsabilités de garde d'enfants.** Cela dit, ces initiatives

sont plus susceptibles de se trouver au niveau du lieu de travail qu'à celui des conventions collectives sectorielles (ou interprofessionnelles nationales). Le rapport Eurofound 2011 offre un large éventail d'exemples dans ce domaine, alors que l'enquête menée pour cette étude a donné des preuves plus limitées de la pratique des sociétés comme étant un niveau de crête et les organisations sectorielles sont souvent mal informées sur les mesures dans chaque différente organisation.

Les pratiques d'entreprises évaluées pour l'étude d'Eurofound incluent également des dispositions améliorées sur les congés et l'accès à la flexibilité du travail. Les formes les plus courantes d'arrangement pour les soignants de travail sont la flexibilité du temps de travail, le travail à temps partiel ou des solutions ad hoc individuelles de jours de congés supplémentaires.

Les mesures de sensibilisation vont de sondages auprès des employés (pour établir les besoins des soignants), à l'offre de formation pour la direction, en passant par la diffusion de l'information et le développement de boîtes à outils de bonnes pratiques.

La santé et le bien-être des soignants est au cœur des mesures, y compris via une évaluation régulière de l'impact des actes de soins sur la santé des travailleurs, l'accès à des services de soutien et d'assistance téléphonique confidentielle, à des groupes de soutien au niveau de l'entreprise et à des modules de formations sur la santé et le bien-être pour les soignants. Certaines entreprises vont jusqu'à fournir un soutien pratique pour prodiguer ou trouver un prestataire de soins aux parents adultes.

*Au Royaume-Uni, l'initiative des employeurs **Employers for Carers** vise à sensibiliser l'entreprise à fournir des arrangements de travail adaptés aux besoins des soignants informels (en particulier les soignants d'adultes). L'organisation permet l'échange de bonnes pratiques et offre des formations et consultations aux employeurs qui souhaitent développer des politiques plus adaptées aux soins. Dans sa publication 'Who cares wins'²², elle fournit des exemples de trois entreprises considérées comme des bonnes pratiques dans ce domaine, en mettant l'accent non seulement sur le point de vue des gestionnaires de ressources humaines, mais aussi des soignants travaillant dans ces sociétés.*

²² <http://www.employersforcarers.org/business-case>

Aux Pays-Bas une association des aidants et une entreprise de conseil RH ont mis en place une organisation et un site Web qui fournit des conseils aux entreprises, comités d'entreprise, aux travailleurs et aux groupes d'intérêt sur la façon d'aider les soignants à concilier travail et tâches de soins. Le site donne accès à une base de données des meilleures pratiques. Il comprend également des exemples d'entreprises qui ont conclu des conventions collectives, sur la façon d'établir un cadre professionnel globalement favorable aux employés, d'introduire des politiques favorables aux soignants et comment sensibiliser les travailleurs et la direction.²³

5.1.1 Dispositions relatives au congé améliorées

A titre d'exemple de mesures communes au niveau de l'entreprise fournissant des dispositions relatives au congé améliorées, dans une compagnie cosmétique néerlandaise, travailleurs de l'entreprise avec des responsabilités de soins supplémentaires ont droit à cinq jours de jours de soins en sus de celles prévues par le cadre juridique national. Pour être bénéficiaire, le travailleur devrait avoir moins de 10 jours de congé de maladie au cours de la même année civile.²⁴

5.1.2 Temps de travail flexible

Dans un exemple en Allemagne, le temps de travail peut être réduit avec des salaires aussi réduits, mais pas en proportion avec la réduction du temps de travail. Ces salaires réduits seraient alors conservés pour une période de temps après le retour au travail à temps plein. Cette mesure vise à donner accès à des heures réduites de travail tout en atténuant l'impact global sur les salaires.

Un autre exemple de l'industrie pharmaceutique en Allemagne offre un programme de travail «famille à temps partiel» qui permet aux travailleurs de recevoir 65% de leur salaire tout en travaillant seulement 50%.²⁵

L'exemple d'une entreprise de travail des métaux allemande fait preuve d'une grande flexibilité pour ses travailleurs en créant des comptes de travail basés sur toute une vie. Les travailleurs peuvent économiser sur leur compte des heures de travail supplémentaire ou les vacances non prises.²⁶

Une entreprise de fabrication irlandaise prévoit, en plus du congé légal de soins, des formules de congés supplémentaires qui peuvent être négociées en fonction de la situation des personnes.

²³ <http://www.werkenmantelzorg.nl/praktijk/praktijkverhalen>

²⁴ <http://www.eurofound.europa.eu/areas/populationandsociety/workingcaring/cases/nl004.htm>

²⁵ German Federal Ministry for Family, Elderly, Youth and Women (2011) Reconciling work with elderly care

²⁶ Beruf und Familie Label (2009) Brochure on elderly care

5.1.3 Services et programmes de santé au travail pour les aidants

Dans les exemples fournis dans un rapport Eurofound, une entreprise de transport néerlandaise organise un soutien psychologique à la demande.²⁷ Dans une banque autrichienne, des ateliers sur l'équilibre travail-vie et le bien-être sont offerts pour prévenir le stress et l'épuisement.²⁸ Un fabricant allemand fournit une assistance psychosociale à ses travailleurs pendant la phase de soins. Il contribue également à déterminer la meilleure prestation de soins possible et dans la sélection des fournisseurs

5.1.4 L'aide directe aux soins

Dans la plupart des exemples d'entreprises néerlandaises présentés dans le rapport Eurofound, le soutien financier peut être fourni dans des cas très urgents, par exemple par le paiement anticipé de la prime de Noël, des prêts au logement ou de prêts dans des conditions spécifiques organisées avec la société.

Une société de logiciels en Allemagne loue à ses travailleurs soignants informels du matériel de transport tel que des fauteuils roulants. De cette façon, les travailleurs n'ont pas à aller en plus chez des fournisseurs de services spécifiques pour louer ce matériel.²⁹

En France des "chèques de service" peuvent être acquis pour obtenir de l'aide aux soins à domicile. Une entreprise pharmaceutique française fournit à ses employés en situation de prestation de soins des "chèques de service" à concurrence de 900 euros pour aider avec les coûts des soins. La société a en outre créé des services intranet comme la "maison virtuelle" qui assiste dans la façon de réorganiser la maison à des fins de soins.³⁰

5.1.5 Autre soutien aux aidants

En Autriche, un fournisseur de télécommunications a signé un contrat-cadre avec un fournisseur de services de conseil. Le conseil peut être utilisé par tous les employés afin de recevoir des conseils sur les questions sur l'équilibre travail-vie ou les conflits familiaux. En plus de cela, l'entreprise emploie une personne qui représente ceux qui sont en congé de garde (enfants ou personnes âgées) et est responsable de toutes les questions en matière de congés de soins et de réinsertion après le congé.³¹

Chez un constructeur automobile allemand un groupe d'employés inquiets de l'équilibre entre le travail et les soins fournit une aide importante aux soignants informels sous forme de services de conseil. Ils ont également publié une brochure pour les employés ayant besoin d'aide pour mettre en place les modalités de garde dans les premiers jours. La brochure a été publiée en turc et en allemand.³² Une initiative similaire a été créée dans une entreprise de télécommunications au Royaume-Uni, où un groupe d'employés sur le «travail et les soins» a été créé pour fournir mutuellement soutien

²⁷ <http://www.eurofound.europa.eu/areas/populationandsociety/workingcaring/cases/nl002.htm>

²⁸ <http://www.eurofound.europa.eu/areas/populationandsociety/workingcaring/cases/at003.htm>

²⁹ German Federal Ministry for Family, Elderly, Youth and Women (2011) Reconciling work with elderly care

³⁰ <http://www.eurofound.europa.eu/areas/populationandsociety/workingcaring/cases/fr002.htm>

³¹ <http://www.eurofound.europa.eu/areas/populationandsociety/workingcaring/cases/at001.htm>

³² <http://www.eurofound.europa.eu/areas/populationandsociety/workingcaring/cases/de001.htm>

et conseils sur la prestation de soins. La société donne aux membres du groupe un certain nombre d'heures de travail pour soutenir leurs réunions. Le groupe organise chaque année une «Semaine des aidants» pour sensibiliser à la question au niveau de l'entreprise.³³

Chez un fabricant allemand, une formation spécifique a été lancée par le groupe de travail des employés sur les soins aux aînés. Il comprenait une formation sur la démence, aidant les soignants informels à mieux comprendre la maladie.³⁴

Au Portugal, les conventions collectives prévoient des dispositions pour que les employés demandent des transferts de leur lieu de travail pour cause de maladie - soit la leur ou celle d'un membre de la famille. Un exemple tiré de la convention collective entre Banco Comercial Portugais et FEBASE - Fédération du secteur financier. L'accord contient les principales dispositions suivantes :

Mobilité entre les lieux de travail

Clause 31

Transfert à un autre lieu de travail à la demande de l'employé

1 - Dans les transferts en milieu de travail à la demande de l'employé, et à condition que les exigences de qualification pour la performance de l'activité soient remplies, il sera donné priorité à la hiérarchie suivante de facteurs:

- a) Raisons de santé pour le travailleur ou un membre de leur ménage, bien soutenues et bénéficiant du transfert;***
- b) Mérite démontré au cours du processus de consultation et d'évaluation;***
- c) Ménage de l'employé ou du conjoint de l'employé;***
- d) Si le conjoint travaille dans les locaux en question, sans possibilité d'être transféré;***
- e) Besoin prouvé de soins familiaux;***
- f) Obligation prouvée de formation continue;***

2 - Si le facteur de préférence mentionné au a) n'était pas rempli, l'employé peut demander à un conseil médical de revoir cette décision, en vertu de l'article 77.

3 - L'employé qui satisfait un certain facteur de préférence ne peut être remplacé par un autre travailleur qui remplit plusieurs facteurs ultérieurs.

4 - Si, pour plus d'un travailleur dans les paragraphes précédents, les mêmes facteurs sont remplis, la priorité sera donnée à la demande la plus ancienne pour le transfert.

³³ <http://www.eurofound.europa.eu/areas/populationandsociety/workingcaring/cases/uk003.htm>

³⁴ Beruf und Familie Label (2009) Brochure on elderly care

- ★ Le fait que l'impact des changements démographiques sur les sociétés, les marchés du travail, les politiques de santé et de soins et les budgets publics sera majeur est maintenant clairement compris.

- ★ Il y a un haut niveau d'accord sur les défis auxquels sont confrontés les travailleurs qui sont aussi soignants informels de parents adultes. Ce sont avant tout des défis d'ordre pratique (la capacité de négocier suffisamment de flexibilité pour concilier travail et les tâches de soins), financier (résultant principalement du fait que de nombreux soignants doivent réduire leurs heures de travail ou quitter complètement le marché du travail), organisationnel (avoir à passer du temps à coordonner entre les prestataires de services) physique et émotionnel. Au-delà de cela, il y a également un impact plus large entre les sexes, renforçant encore la répartition inégale des rôles de soignants informels dans la société et entraînant des différences importantes de taux d'emploi, de paie et de retraite entre les sexes.

- ★ Cela dit, les données chiffrées sur le nombre de prestataires de soins en situation d'emploi font défaut, ce qui signifie que cela peut rester un «problème caché» dans le débat politique.

- ★ Pour les soignants qui se retrouvent à tout à fait quitter le marché du travail pour remplir un rôle de soignants informels, négocier le retour à l'emploi peut être difficile, en particulier si la période de soins était étendue et dans les régions et localités connaissant des situations de marché du travail généralement difficiles. Pour eux, les pressions financières, physiques et émotionnelles, ainsi que l'isolement social vécu par de nombreux dispensateurs de soins travaillant peuvent être encore plus significatifs.

- ★ Malgré cette prise de conscience croissante, le niveau des mesures prises par les gouvernements, les partenaires sociaux et les employeurs individuels axés spécifiquement sur les aidants informels d'adultes reste limitée.

- ★ Les stratégies de soins de longue durée ont tendance à accorder une attention insuffisante aux exigences précises des bénéficiaires eux-mêmes et à leurs souhaits spécifiques et trop peu d'attention est accordée à des solutions innovantes pour les modes de vie intergénérationnels ou basés sur l'âge. Trop peu d'attention est également accordée à la création d'une interaction plus efficace entre les soins à domicile, le soutien au personnel soignant formel à domicile et les soins en établissement de santé. Cela pourrait réduire considérablement la pression sur les soignants informels actifs et améliorer la prestation des soins.

★ Les services de soutien pour les soins à domicile restent sous-développés et confrontés à des problèmes de qualité, d'abordabilité et de disponibilité (en termes de distribution géographique entre zones urbaines et rurales, mais aussi en raison d'un manque de développement dans bien des pays). Les soins de relève et les services de soutien pratique et psychologique sont également sous-développés. Au cours des dernières années, les coupes budgétaires pour les soins de santé et l'aide sociale ainsi que pour les municipalités et les autorités régionales ont considérablement sapé la base de financement pour la prestation de services de haute qualité.

★ Une attention insuffisante est accordée aux normes de qualité dans les prestations de soins (à la fois au sein des institutions et à domicile). Cela va de pair avec un manque de standardisation des exigences de formation.

★ La disposition relative aux congés de soignants reste inégale et insuffisante, et plus particulièrement en ce qui concerne les taux de remplacement et leur mise en œuvre est donc faible. Les soignants informels d'adultes dépendants n'ont pas les mêmes protections et droits que les soignants d'enfants en termes de congés et de droits à la pension.

★ Le droit légal à la flexibilité du travail n'est également pas assuré au niveau de l'UE et différents niveaux d'accès existent donc au niveau des États membres, des secteurs et des entreprises.

★ Il existe peu d'exemples de conventions collectives prévoyant des dispositions spécifiques pour soutenir les soignants informels et celles qui le font ont tendance à se limiter à (légèrement) améliorer l'accès à un congé de soins (même dans ces cas souvent non rémunéré).

★ Les pratiques au niveau de l'entreprise ont également tendance à mettre l'accent sur le congé - et dans certains cas la prestation de travail flexible. Ici, un congé supplémentaire reste souvent non rémunéré et l'accès à la flexibilité du travail n'est souvent pas un droit pur et simple (et la réduction des heures de travail est directement liée à des réductions proportionnelles de salaire).

★ Il existe peu d'exemples de pratiques qui offrent un soutien pratique ou émotionnel direct ou des options plus larges de travail flexible.

★ Des solutions basées sur les droits renforcés sont nécessaires en matière de congés et de travail flexible qui assurent une indemnisation adéquate.

★ De même, des efforts sont nécessaires pour éviter de creuser davantage les écarts de genre dans ces approches politiques.

★ Les conventions collectives pourraient fournir une base plus solide pour les dispositions et les droits au niveau des entreprises, mais semblent actuellement être un outil sous-utilisé.





CONFEDERATION
**SYNDICAT
EUROPÉEN
TRADE UNION**

Boulevard du Roi Albert II, 5
1210 Bruxelles
Tel + 32 (0)2 224 04 11
E-mail : etuc@etuc.org

www.etuc.org



Rue Joseph II, 40 - Bt. 5
1000 Bruxelles
Tel: +32 (0)2 250 10 80

www.epsu.org



ferpa

Boulevard du Roi Albert II, 5
1210 Bruxelles
Tel + 32 (0)2 224 04 11

www.ferpa.etuc.org

solidar

Rue du Commerce 22,
1000 Bruxelles
Tel: +32 (0)2 500 10 20

www.solidar.org