

SERVICES À LA PERSONNE : QUALITÉ DES EMPLOIS ET DES SERVICES

Rapport européen

*Dans le cadre du projet européen
For Quality!*

ÉTUDES & DOSSIERS | MARS 16

Affaires sociales



This project is co-funded by
the European Union

Services à la personne en Europe :
pour une meilleure qualité
des emplois et des services.

RAPPORT EUROPÉEN

Fin de rédaction : décembre 2015

Publication : mars 2016

REMERCIEMENTS ET CLAUSE DE NON RESPONSABILITÉ

Ce rapport a été préparé, examiné et finalisé à la lumière des recherches menées à bien par ses auteurs, les contributions et suggestions des partenaires du projet, les remarques et propositions des membres participants aux séminaires régionaux (Rome / Brighton / Vienne 2015), issus des organisations partenaires et des membres du Conseil consultatif (Plateforme européenne des personnes âgées - AGE, Eurofound). Les auteurs souhaitent remercier chaleureusement toutes ces personnes qui ont ainsi enrichi le projet et ont donné de leur temps. Les auteurs ont essayé d'intégrer les corrections et commentaires qui leur ont été soumis au fil de cette démarche. Le contenu ne reflète cependant pas nécessairement la vision des partenaires du projet qui déclinent la responsabilité des informations contenues dans le rapport.

Cette publication est soutenue par le Programme de l'Union européenne pour l'emploi et la solidarité sociale – PROGRESS (2007-2013). Le programme est mis en œuvre par la Commission européenne. Il a été créé pour accompagner la réalisation des objectifs de l'Union européenne en matière d'emploi, d'affaires sociales et d'égalité des chances, et ainsi aider à l'accomplissement des objectifs de la Stratégie « Europe 2020 » dans ces domaines.

Le Programme de sept ans s'adresse à toutes les parties prenantes qui peuvent aider à configurer le développement de politiques adéquates et efficaces relatives à l'emploi et à la législation sociale dans les 28 pays de l'UE, l'AELE-EEE ainsi que dans les pays candidats et pré-candidats. Pour en savoir plus : <http://ec.europa.eu/progress>.

Cette publication ne reflète pas nécessairement la position ou l'avis de la Commission européenne. Elle est la propriété intellectuelle des partenaires du projet :



SOMMAIRE

REMERCIEMENTS ET CLAUSE DE NON RESPONSABILITÉ	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
1. POLITIQUES RELATIVES AUX SERVICES À LA PERSONNE DANS LES PAYS CONCERNÉS	5
1.1. DÉFINIR LE SECTEUR DES SERVICES À LA PERSONNE	5
1.2. APERÇU DES POLITIQUES, ACTEURS ET TENDANCES DU SECTEUR DES SAP	8
2. QUALITÉ DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI	17
2.1. SÉCURITÉ DE LA CARRIÈRE ET DE L'EMPLOI	17
2.1.1. STATUT D'EMPLOI	18
2.1.2. SALAIRES	30
2.1.3. PROTECTION SOCIALE ET DROITS DES TRAVAILLEURS	33
2.2. DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ET PROFESSIONNALISATION.....	37
2.3. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE	44
3. QUALITÉ DU SERVICE	47
3.1. DISPONIBILITÉ, ACCESSIBILITÉ ET INTÉGRALITÉ DES SERVICES.....	47
3.2. QUALITÉ DE LA RÉGLEMENTATION, DE LA GESTION ET DE L'ORGANISATION.....	51
4. CONCLUSION	60
ANNEXE : COMPARAISON DU NIVEAU D'EMPLOI DANS LES PAYS CONCERNÉS	61
BIBLIOGRAPHIE	66

INTRODUCTION

L'élaboration de ce rapport général repose sur 11 rapports nationaux dirigés par Pour la Solidarité – PLS (Belgique) et ORSEU (France), à laquelle a coopéré le consortium du projet « For quality! – Projet européen pour la qualité des emplois et des services à la personne ». Il a été soutenu par le Conseil consultatif (AGE, Eurofound). Les pays concernés sont :

- La Belgique, la France, l'Espagne, l'Italie, le Royaume-Uni (RU), la Suède, la Finlande, les Pays-Bas, l'Autriche, la République tchèque et l'Allemagne.

Mis en œuvre de 2014 à 2016, For quality! (<http://forquality.eu>) a mené à bien une recherche sur les qualifications et la qualité du travail et des services à la personne (SAP) dont la prestation se réalise au domicile/au sein du ménage de la personne et non en institutions (comme c'est le cas des « soins résidentiels »). Par l'accompagnement d'un dialogue entre parties prenantes, entre organisations engagées dans la prestation de SAP, et un partenariat avec une large palette de travailleurs et d'employeurs de ces services SAP, For quality ! entend promouvoir la qualité des services et des emplois dans ce secteur. Le projet se propose comme axe précis de travail, les services à la personne – SAP -, à l'heure où les aptitudes requises et les conditions de travail dans d'autres services, notamment dans les soins infirmiers aux personnes âgées, sont en discussion actuellement au niveau de l'UE. Le projet entend contribuer à valoriser l'attractivité de l'emploi dans les SAP, à créer des emplois de meilleure qualité et à encourager le passage de travailleurs non déclarés, sur le marché gris et noir, vers l'économie formelle et une meilleure protection des personnes vulnérables. For quality ! regroupe 9 organisations et réseaux établis en Belgique, France et au RU :

- Think & do tank européen Pour la Solidarité - [PLS](#) (coordinateur du projet)
- Office Européen de Recherches Sociales ([ORSEU](#))
- Fédération européenne des services à la personne ([EFSI](#))
- Social Services Europe ([SSE](#))
- Service européen de recherche et de développement pour l'économie sociale et l'innovation sociale ([DIESIS](#))
- Réseau social européen ([ESN](#))
- Union Network International ([UNI EUROPA](#))
- Fédération européenne des syndicats de l'alimentation, de l'agriculture et du tourisme ([EFFAT](#))
- Fédération européenne des syndicats et des services publics ([EPSU](#)).

Ce rapport général suit la même grille méthodologique que les 11 rapports nationaux, également disponibles, et contient : les politiques de SAP, la qualité du travail et de l'emploi, et enfin, la qualité des services dans le secteur des SAP. Il en présente les principaux résultats et des comparaisons entre les 11 pays concernés.

1. POLITIQUES RELATIVES AUX SERVICES À LA PERSONNE DANS LES PAYS CONCERNÉS

1.1. Définir le secteur des services à la personne

La terminologie « services à la personne (SAP) » englobe un grand nombre et une grande diversité de services aux personnes et aux ménages dont la prestation peut être assurée par des travailleurs ayant des statuts d'emploi bien différents : des salariés employés par des prestataires de soins (organisations), des indépendants, des amis ou de proches parents. Ils sont perçus bien différemment en Europe, notamment selon le type de SAP. Compte tenu du large éventail des activités réalisées, ces services ne sont pas souvent considérés comme un secteur économique cohérent dans l'Union européenne (UE) et il n'en existe donc pas de définition juridique générale.

En **Belgique**, la multitude des activités de services SAP est communément qualifiée de « services de proximité » qui font leur apparition dans les années 1980. En l'absence d'une définition juridique du secteur en Belgique, la définition des services de proximité de Laville et Nyssen's (2000) semble être la plus indiquée car elle reflète les deux dimensions, à savoir que les SAP sont qualifiés d' « activités répondant à des demandes individuelles et collectives d'une proximité objective – une zone délimitée – ou subjective - qui suggère l'aspect relationnel des différents services ». Malgré le manque de définition juridique générale, le secteur est correctement défini et structuré.

En **France**, en 2005, ledit « Plan Borloo » entreprend de définir les « services à la personne » en établissant une liste (décret du 29 décembre 2005). La liste énumère les services pour lesquels les consommateurs peuvent prétendre à une aide publique, principalement sous la forme d'un allègement fiscal. Cette liste est longue et variée. Y figurent des soins à la petite enfance, des soins aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux personnes ayant besoin d'une aide personnalisée à domicile ou d'une aide à la mobilité dans leur environnement proche en vue de promouvoir leur accompagnement à domicile. L'aide familiale et certaines tâches ménagères sont mentionnées sur la liste. Plus de vingt activités ont été ainsi définies dans le champ d'application des services à la personne. Cependant, deux types de services, à la logique et à l'histoire bien différentes, ont été regroupés dans ce secteur :

- des services sociaux, dont des soins à des personnes dépendantes ; leur prestation est surtout assurée par le tiers secteur non-marchand ;
- des services à des particuliers, qui relèvent plus de services de confort et de style de vie, dont la prestation est plus assurée par le secteur privé ou auxquels font appel des particuliers-employeurs.

In **Italie**, il n'existe pas de définition juridique des SAP. L'Institut national de statistiques, ISTAT,

utilise la définition suivante : « Des travailleurs domestiques assurent le maintien de la propreté dans l'environnement des usagers ; prennent soin des personnes âgées, des enfants ou des personnes dépendantes ; offrent des services de manutention à domicile, d'entretien des vêtements, de courses journalières, de préparation et service des repas »¹.

En **Espagne**, il est très important d'établir une claire distinction entre 2 secteurs économiques différents dont les mécanismes sociaux et économiques ainsi que les raisons d'être sont différents :

- d'une part, le secteur des services sociaux, des services domestiques et à la personne qui est régi par la Loi sur la dépendance ;
- d'autre part, le secteur des services aux ménages et à la famille qui est régi par le Décret royal sur les travailleurs domestiques.

Si les deux modèles sont tout à fait différents, jusque dans leur démarche, il existe une Association espagnole des services à la personne, AESP, qui encourage une réglementation nationale, assortie d'incitants fiscaux pour les consommateurs et les entreprises, en vue de développer ces services.

Au **Royaume-Uni**², à la différence des autres pays européens, bien peu d'attention a été prêtée au secteur des SAP jusqu'à présent. Non seulement, il ne jouit pas de définition juridique mais il échappe aux exercices de compilations statistiques et aucune politique publique ne le couvre explicitement. Par conséquent, les données sont rares ainsi que les recherches sur le secteur des SAP.

En **Suède**, si une législation précise n'encadre pas les SAP, le secteur est mentionné dans plusieurs lois : sur les avantages fiscaux – RUT et ROT - ; sur le crédit d'impôts, dont sont assortis les services domestiques, qui a été signée en 2007 (Loi SFS 2007:346, 31 mai 2007) ; et la loi LOV sur le choix personnel.

En **Finlande**, les services aux ménages (*Kotipalvelut*) et les services à domicile (*Kotihoito*) se sont développés dans les années 1950. Ils étaient organisés essentiellement par les autorités municipales de la protection sociale. Ils s'adressaient essentiellement aux personnes plus âgées. Les SAP sont couverts par une loi-cadre très large : la Loi sur la protection sociale de 1982 et le Décret du même nom de 1983. Sans prévoir une réglementation précise des services SAP, une définition³ y est stipulée : « Les SAP sont la réalisation ou l'aide à la réalisation de fonctions et d'activités au sein du logement, de soins et d'aide à la personne, aux

¹ ISTAT, <http://nup2006.istat.it/scheda.php?id=8.4.2.1.0>

² Le rapport sépare autant que possibles les éléments pour le Royaume-Uni et les éléments concernant les pays (Angleterre, Pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande du Nord).

³ Social Welfare Act 710/1982, Section 9.

enfants, ainsi que d'autres fonctions et activités classiques de la vie quotidienne normale » et les « SAP sont organisés comme suit :

- assistance, aide et soutien à la personne à son domicile, assurés par une aide à domicile formée ou une aide-ménagère, qu'il s'agisse d'une aide à une personne ou à une famille ;
- des services auxiliaires, tels que des services de repas, d'entretien des vêtements, d'aide à la toilette de la/des personne/s, d'aide au nettoyage, au transport et l'accompagnement, ainsi que la promotion de l'interaction sociale ».

Aux **Pays-Bas**, l'absence d'une vision d'un secteur économique cohérent compte tenu des nombreuses activités que couvrent ces SAP n'a pas permis d'en donner une définition juridique générale. Dans les bases de données statistiques, il n'y a pas de chiffre unique qui soit révélateur des tendances du secteur.

En **Autriche**, une définition juridique générale du secteur des SAP fait également défaut. Il existe cependant un secteur de soins de longue durée qui correspond à une diversité de SAP réservés aux personnes dépendantes. Comme pour le secteur des services aux ménages, le pays s'est doté d'une législation spécifique sur le travail domestique : la Loi sur l'aide à domicile et les travailleurs domestiques (*Hausgehilfen und Hausangestelltengesetz - HGHAngG*).

En **République tchèque**, la même absence de définition juridique générale est observée. Le secteur est scindé en deux régimes séparés :

- le régime dit « sans soins » : qui correspond à une aide sociale à domicile et qui se ventile en plusieurs activités, notamment, une aide aux activités de la vie quotidienne, une aide à l'hygiène corporelle, une aide à l'alimentation ou à la préparation des repas, des services ménagers et un accompagnement dans les contacts avec l'environnement social ;
- le régime dit « des soins » : qui correspond à un large éventail de services de soins à domicile aux personnes dépendantes et à la famille.

Enfin, les SAP ne font pas l'objet d'une définition juridique en **Allemagne**, bien que les contrats et services d'emploi ménagers (*haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse und Dienstleistungen*) est une terminologie utilisée dans la Loi sur les finances en Allemagne. Le ministère des finances fait valoir ce manque de définition juridique dans ses instructions et décrit ce qui doit être qualifié de service ménager : un emploi dans le secteur des « services aux ménages » est un emploi qui est en lien étroit avec le ménage en question. Les activités comprennent la préparation des repas, le nettoyage du domicile, l'entretien du jardin et les soins aux personnes dépendantes - âgées, handicapées ou en bas âge. Le rattrapage scolaire ou les activités de loisir ne sont pas couverts. Au sein d'un même ménage, il est souvent possible qu'une seule et même personne assure les deux types de services.

La diversité des définitions qui existent dans les 11 pays démontre et confirme la difficulté de considérer le secteur des SAP comme un secteur homogène⁴. La définition choisie dans notre contexte est la suivante : « Les SAP englobent une large palette d'activités qui contribuent au bien-être de familles et de personnes à leur domicile : soins à la petite enfance, soins de longue durée aux personnes âgées et handicapées, nettoyage, rattrapage scolaire, réparations des lieux de vie, jardinage, accompagnement TIC, etc. »⁵ Cette définition couvre les activités de soins et les autres activités domestiques, et notons que la distinction entre le travail « domestique » et les « soins » est difficile à respecter dans la vie concrète, les tâches réalisées pouvant relever de l'entretien des lieux et des soins à la personne⁶.

1.2. Aperçu des politiques, acteurs et tendances du secteur des SAP

Dans les 11 pays, différentes mesures ont été adoptées pour réglementer et développer le secteur des SAP. Les politiques et le financement des collectivités publiques, ainsi que leur influence sur la qualité de l'emploi dans le secteur peuvent servir d'indicateurs de comparaison entre les pays.

En vue d'améliorer les conditions de travail du secteur des SAP, l'Italie a été le premier État membre de l'UE à ratifier la Convention de l'OIT C189 sur les travailleurs domestiques en 2011. Elle est entrée en vigueur en septembre 2013. L'Allemagne a été le deuxième État membre à la ratifier (également en 2011), et elle y est actuellement en vigueur⁷. Cette même Convention de l'OIT sera d'application en Belgique à partir du 10 juin 2016 alors qu'elle l'est en Finlande depuis le 8 janvier 2016. 7 pays des 11 couverts par le projet n'ont pas encore ratifié la Convention : la France, l'Espagne, le RU, la Suède, les Pays-Bas, l'Autriche et la République tchèque.

En **Belgique**, les SAP s'articulent autour de deux grands axes. Le premier est celui de l'accompagnement et de l'aide aux personnes âgées ou malades, aux personnes handicapées et à toute personne dont l'autonomie est limitée et qui souhaite vivre à son domicile. La prestation de ces services est limitée à des organisations publiques ou sans but lucratif. Le deuxième axe est celui des services domestiques à domicile, essentiellement régis par le système des titres-services qui a été inauguré en 2004 au niveau fédéral selon un modèle de « quasi-marché ».

⁴ Farvaque N., Thematic review on personal and household services, EEPO, European Commission, 2015.

⁵ Commission Européenne, Document de travail sur l'exploitation des possibilités de création d'emplois offertes par les services aux personnes et aux ménages, SWD (2012) 95 final.

⁶ EFFAT, Promote industrial relations in the domestic work sector in Europe, report, 2015.

⁷ L'Organisation internationale du travail (OIT), Ratifications de C189, <http://www.ilo.org/>: <http://bit.ly/1Mm9kH2>.

Suite à la 6^{ème} réforme de l'État belge, les autorités fédérales ont cédé toutes leurs attributions en matière de SAP. Les SAP, notamment leur financement, sont dorénavant du ressort des régions belges (Bruxelles-Capitale, Wallonie, Flandre), des communautés (française, flamande et germanophone), des collectivités locales (communes et Centres publics d'action sociale) et des mutuelles.

Les prestataires de SAP sont soumis à une régulation tutélaire compte tenu de leur financement et surveillance par l'autorité publique. La réglementation publique a pour finalité d'assurer l'accès des personnes vulnérables (familles, personnes âgées et/ou handicapées) à des services grâce à des décrets régionaux tout en imposant des normes de gestion et de professionnalisme.

La **France** a été pionnière dans la création et la promotion des SAP. Le secteur met à la disposition des particuliers toute une gamme de services à domicile. Le développement du secteur a été fortement encouragé par les autorités publiques dès le début des années 1990. En 1991, un système d'allègement fiscal était mis en place. La diversité des services a engendré une grande hétérogénéité des prestataires et des modèles d'organisation de ces services. On peut distinguer deux types de prestataires :

- les prestataires qui sont employés par une organisation de services du secteur non-marchand ou marchand : c'est le modèle prestataire ;
- les prestataires directs employés par des particuliers ; ce système d'emploi direct existe depuis longtemps et a joui d'un appui important des politiques publiques ; il est le fruit de l'évolution de l'emploi de personnel de service par les familles bourgeoises au fil du 20^{ème} siècle ; la relation d'emploi et le statut de ces travailleurs sont spécifiques, compte tenu que ce personnel est employé par le bénéficiaire du service.

Depuis 2002 (Loi sur la dépendance), une allocation personnalisée d'autonomie – APA – est prévue pour financer partiellement l'aide à la personne, l'assistance technique et les aménagements nécessaires du logement des personnes dépendantes. Seules les personnes de plus de 60 ans y ont droit après un examen médical et social de la personne.

En **Italie**, aucune politique globale n'a été prévue pour réglementer la prestation de SAP. L'éventail très large des cadres nationaux et régionaux qui régissent les soins, l'ampleur de l'économie informelle, notamment dans le secteur des soins aux personnes âgées, doivent être replacés dans le contexte d'un système qui met la famille au cœur du modèle italien de protection sociale, la famille étant perçue comme l'acteur principalement responsable de la mise à la disposition des ressources à ses membres.

Le rôle de l'État dans les SAP a connu une évolution significative au fil des dernières décennies. Le passage d'un quasi-monopole de l'État exercé sur ces services sociaux à un État qui garantit la création d'un réseau de services pour tous a permis à la longue tradition des coopératives sociales de s'affirmer dans la gestion de ces services au niveau local. Elles

emploient du personnel soignant qui offrent aux bénéficiaires qui en ont besoin des services au nom des municipalités. En réalité, les coopératives sociales de « type A » sont les premiers prestataires de SAP, suivies par les établissements publics et les organisations privées du secteur marchand. Dernièrement, de nouveaux acteurs sont arrivés sur ce marché qui est ainsi devenu plus compétitif mais aussi plus instable⁸. Leur rôle est également celui de gérer et mettre en œuvre des SAP pour les autorités locales.

En 2003, le décret législatif 276/2003 a donné le jour à un système national de chèques-services qui entendait promouvoir l'emploi légal et réglementer le travail occasionnel dans les SAP, entre autres, dans le contexte de la Loi sur la réforme du marché du travail 30/2003 (connue sous le nom de « Loi Biagi »)⁹. La mesure s'est avérée assez inefficace car elle ne couvrait que les « activités occasionnelles » dans lesquelles les SAP occupent une part marginale. Pour le travailleur, ces chèques ne servent qu'aux activités occasionnelles, à durée limitée. Ils ne sont pas utilisables pour financer du travail normal. Ils ne peuvent donc remplacer un contrat de travail normal mais plutôt être utilisés lorsqu'un tel contrat est impossible. Les droits de sécurité sociale et d'assurance auxquels ils donnent accès sont en deçà du seuil minimal, ce qui explique que les conventions collectives ne s'y appliquent pas.

Pendant longtemps, **l'Espagne** a mis en œuvre un modèle de protection sociale « méditerranéen » comptant beaucoup sur les familles et les parents. En décembre 2006, le gouvernement espagnol a voté la Loi 39/2006 pour la promotion de l'autonomie personnelle et des soins aux personnes dépendantes, connue sous le nom de LAPAD ou Loi sur la dépendance. La loi établit le droit personnel de tous les citoyens à accéder à un large éventail de services et d'accompagnements dans des situations de dépendance. Les communautés autonomes ont dû adapter la structure de leurs services sociaux à cette loi. Le modèle est décentralisé tout en ayant donc un tronc commun. Selon cette Loi sur la dépendance de 2006, le bénéficiaire peut jouir d'une série d'avantages en nature et de services dont des services de prévention de la dépendance et de la promotion de l'autonomie personnelle, un système d'alerte personnelle, un service d'aide à domicile (qui répond aux besoins du ménage), des soins personnels, un accès à des centres de soins de jour pour adultes et/ou à un service de soins résidentiels. La loi distingue 3 degrés de dépendance (1-moderée, 2-sévère et 3-majeure). Si les administrations compétentes ne peuvent offrir ces services, la personne dépendante a droit à une aide financière. Trois types d'aide sont prévus : l'aide financière pour avoir accès à certains services de soins, une aide financière pour avoir accès à un personnel soignant informel (non-professionnel) et une aide financière pour engager du personnel

⁸ IWAK, Creating Formal Employment Relationships in the Domestic Services Sector: Successful Strategies? Insights from the Project "Labour Market Measures for Reducing Illegal Employment in Private Households of the Elderly" supported by DG Employment, Social Affairs and Inclusion, <http://www.iwak-frankfurt.de/documents/brochure/april2011.pdf>.

⁹ Circolare 17/2010. Lavoro occasionale di tipo accessorio. Legge Finanziaria 2010. Modifiche art. 70, decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276.

soignant professionnel. Le montant de ces aides est fonction du degré de dépendance et de la situation économique de chaque personne. Les données disponibles révèlent que plus de 45% de l'aide financière totale offerte aux personnes dépendantes le sont à des « membres de la famille et du personnel soignant non-professionnel ». Par conséquent, bien que l'aide financière aux membres de la famille, qui prodiguent des soins, ne devait être qu'une mesure exceptionnelle, elle est devenue la plus populaire dans la pratique.

Le financement du système des services sociaux se répartit sur 3 niveaux : l'État, les communautés autonomes et le niveau local (régional et municipal). L'utilisateur du service paie une partie de ses coûts en fonction de sa situation particulière (« cofinancement »). Selon Eurofound, de nombreux auteurs qualifient de peu élevé le financement des services sociaux espagnols, notamment en regard de la moyenne européenne. Bien que les estimations de dépenses publiques consacrées aux services sociaux aient augmenté suite à l'octroi de nouveaux droits prévus par la Loi sur la dépendance de 2006, la crise financière rend difficile le respect des limites budgétaires.

Deux grands vecteurs expliquent les évolutions importantes du modèle espagnol en matière de politiques de soins. Le premier est l'accroissement de la population des plus de 65 ans qui représente, aujourd'hui, 17,5% de la population totale alors qu'elle était encore de 14% en 1990. L'espérance de vie en Espagne est une des plus élevée au monde (après le Japon). Le second vecteur est celui des structures et institutions familiales qui se sont modifiées dans le pays. Les familles étaient habituellement la première institution prodiguant des soins à ses membres mais depuis la Loi de 2006, on assiste à la naissance d'un secteur.

Au **Royaume-Uni**, non seulement il n'existe pas de définition juridique du secteur mais le secteur ne fait pas l'objet de relevés statistiques réguliers et aucune politique publique ne s'y intéresse. Par conséquent, les données et recherches disponibles sont très rares. Alors que le secteur des soins est bien réglementé au niveau national, le secteur des services domestiques à la personne échappe à toute réglementation.

Aucune politique n'est prévue pour promouvoir le secteur. Les ménages, qui engagent des salariés, le font dans le cadre d'une relation d'emploi semblable aux autres (contrairement à d'autres pays où les employeurs de personnel domestique peuvent tirer avantage de mesures telles que des allègements fiscaux). Les salariés du secteur ne jouissent pas d'un traitement différencié. Par exemple, tant qu'un salarié travaillant occasionnellement pour un particulier gagne moins de 110 £ par semaine, le particulier ne doit pas le déclarer fiscalement. Les régimes fiscaux et sociaux au RU encouragent les particuliers et les employeurs privés à employer occasionnellement du personnel domestique pour éviter toute charge administrative. Le travail informel est donc promu dans le secteur. Il existe cependant un secteur formel, dans une large mesure privé, qui organise la prestation de soins et de services ménagers aux personnes dépendantes. L'offre privée de tels services ménagers est très importante.

Les comparaisons internationales laissent apparaître que le système des soins de longue durée en **Suède** est marqué au sceau d'une grande générosité et d'un niveau élevé de soins formels financés essentiellement par des deniers publics. Dans le domaine des politiques relatives aux soins, malgré une certaine décroissance, les prestations des services publics représentent encore une majorité écrasante des prestations formelles (environ 90%).

Si les logements et soins spéciaux à domicile peuvent être gérés par les municipalités ou des prestataires de soins sociaux et de santé privés (tels que des entreprises, des fonds ou des coopératives), les collectivités locales demeurent, en dernière instance, responsables de l'offre et du maintien du niveau des soins, même lorsque des organisations privées complètent certaines de leurs responsabilités. La gouvernance du modèle est donc très décentralisée. Les allègements fiscaux et allocations générales financent la plupart des dépenses en soins de longue durée, les contributions financières se limitant à quelque 4% de la charge. La plupart des services de soins de longue durée sont financés par des impôts municipaux prélevés par 290 municipalités.

Depuis la Loi de 2009 sur le choix du système dans le secteur public (réforme LOV), les prestataires privés ont accès au marché qui se développe. L'hypothèse retenue est le libre choix des prestataires par les municipalités et les bénéficiaires en fonction de leur performance. Les municipalités ont toute autonomie pour octroyer des licences d'exploitation, en fixer les prix et en surveiller le respect. Lorsqu'elles adhèrent à ce choix, elles sont tenues de fournir des informations de qualité sur les prestataires. Tous les prestataires reçoivent le même remboursement (en fonction de l'importance de l'aide décidée par l'évaluateur des besoins) et de la qualité du service, non de son prix. C'est le facteur autour duquel s'articule la concurrence.

Actuellement, deux mécanismes parallèles coexistent : la réduction RUT (pour les services domestiques, d'application aux services réalisés à proximité du lieu de résidence du contribuable) et la réduction ROT (c'est-à-dire *Reparation, Ombyggnad, Tillbyggnad*, d'application aux services de rénovation du domicile, instaurée en 2008). Ces deux régimes sont appelés « husavdrag », du nom de l'avantage fiscal dont peut jouir la personne qui achète des services ménagers. Les contribuables peuvent déduire 50% des dépenses ainsi consenties en services ménagers, dont des services de soins, jusqu'à un montant maximum de 100.000 SEK. Le montant de la déduction peut atteindre jusqu'à 50.000 SEK (près de 5.500 €) par personne et par an si l'entreprise de services possède un certificat fiscal d'entreprise. Les services peuvent être assurés au domicile de la personne ou d'un parent. L'objectif principal de ces mesures d'allègement fiscal est d'accroître le travail formel et de combattre le travail non déclaré. De nombreux jeunes achètent des services RUT pour leurs parents âgés, lorsque les revenus de ces derniers sont peu élevés. En Suède, les services privés sont moins développés que les services de soins aux familles ou les services financés par le secteur public.

En **Finlande**, les SAP sont contrôlés par les autorités municipales qui en sont les principaux

prestataires. Les municipalités organisent elles-mêmes ces services ou se regroupent en fédérations de municipalités voisines à cette fin. Les municipalités peuvent externaliser, acheter des services à d'autres autorités locales ou prestataires privés¹⁰. La législation finlandaise ne réglemente pas l'étendue, le contenu ou l'organisation de ces services, engendrant des différences entre les prestations de services des autorités locales. Cependant, ces dernières doivent assurer les services essentiels, de base, qui sont stipulés dans la législation.

Une des caractéristiques des SAP en Finlande est le processus d'intégration entre l'aide et les soins infirmiers à domicile. Au départ, les soins infirmiers à domicile (*Kotisairaanhoito*), dont la prestation était assurée par les autorités des soins de santé, étaient clairement séparés des services d'aide qui dépendaient de la protection sociale. De nombreuses autorités locales ont créé une seule forme de prestation de services appelée « soins à domicile » (*Kotihoito*), qui conjuguent les deux types de services. Le processus a souvent été accompagné de réformes administratives engendrant la fusion des administrations locales de l'aide sociale et des soins de santé. Le nouveau modèle, né de cette conjugaison, permet à la même personne soignante d'intervenir dans les deux champs.

La Loi sur le chèque aide sociale et soins de santé a été introduite en 2009 pour réglementer plus efficacement la diversité des pratiques locales en matière de services à domicile. Dans le cadre de ce système, la production et la prestation des services à la personne sont gérées par un mécanisme plus orienté vers le marché. Les municipalités ont commencé à distribuer des chèques aux usagers de ces soins à domicile pour payer les SAP ou le personnel soignant informel. L'utilisateur peut ainsi choisir différents prestataires de services sur une liste agréée et subsidiée par la municipalité. C'est une option plutôt retenue par les grandes municipalités. Dans le secteur privé, ce système de chèques a peut-être empêché l'externalisation de ces services.

Les prélèvements locaux pour les services municipaux à la personne sont fonction des revenus. Le système a favorisé la privatisation du secteur, les services privés étant moins onéreux que les services publics pour les personnes dont le niveau de la pension est plus élevé ou plus modeste. Ce glissement du public vers le marché privé met en lumière les pressions qui s'exercent pour éroder le principe de l'« universalisme nordique » selon lequel toute personne, quel que soit son revenu, devrait avoir accès à un seul et même système de service local (Kroger, Leinonen, 2011).

Aux **Pays-Bas**, la Loi sur les soins de longue durée (*WLZ - Wet langdurige zorg*) s'applique aux personnes qui ont besoin de soins intensifs quotidiennement ou d'une étroite surveillance. Cette Loi a été introduite le 1 janvier 2015 et a remplacé en partie la Loi sur les frais médicaux

¹⁰ OECD, Early childhood education and care policy in Finland, 2000. <http://bit.ly/1DXkMTj>

exceptionnels (AWBZ - *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*)¹¹. Avant la réforme initiée en 2014, cette Loi couvrait un large éventail de services : soins à la personne, soins infirmiers, aide, traitement et séjour en institution. L'aide prévoit des soins de jour en groupes ainsi qu'une aide plus personnelle. Une bonne part de la législation sur ces soins de longue durée a été modifiée en 2014. Les responsabilités ont été largement décentralisées de l'État central vers le niveau municipal. Depuis le 1^{er} janvier 2015, Les municipalités portent aussi la responsabilité de la protection sociale des enfants, de l'emploi, des revenus et des soins aux malades chroniques et aux personnes âgées.

Une autre loi importante est la Loi sur le soutien social (Wmo - *Wet Maatschappelijke Ondersteuning*), qui en délègue la responsabilité au Conseil local. Cette Loi régleme la prestation d'un soutien dans les tâches ménagères aux personnes handicapées, dépendantes et âgées. Cette responsabilité a été cédée, aux termes de cette loi, par l'État aux municipalités. L'aide est assurée en nature ou en espèces grâce à la création de budgets personnels (PGB - *persoonsgebonden budget*). La première étape de la décentralisation du secteur des SAP a eu lieu en 2007 lorsque la gestion des soins domestiques est passée de l'AWBZ à la Wmo. Une nouvelle étape vers une décentralisation accrue a été franchie au 1^{er} janvier 2015 (Wmo, 2015) lorsque les municipalités sont devenues responsables de l'aide, des soins (personnels) et de la protection sociale des jeunes.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, un nombre moindre de personnes reçoit une aide domestique de la nouvelle Wmo 2015. En 2015 et 2016, les municipalités disposent donc de montants supplémentaires sous forme d'allocation à l'aide-ménagère (HHT - *Huishoudelijke Hulp Toelage*). Ce HHT aide à sauvegarder les emplois dans le secteur, et pour les municipalités, à faciliter aux clients-Wmo l'embauche d'une aide-ménagère à un coût moindre que le coût réel. L'aide en question est employée par les prestataires de services. Pour développer la main-d'œuvre, les objectifs HHT prévoient de mieux déterminer les besoins régionaux ou locaux de maintien de l'emploi et d'expansion de ce marché des services ménagers.

Les réformes en cours essaient de tirer vers le bas les dépenses publiques, mais la décentralisation s'effectue dans un contexte d'importantes coupures budgétaires imposées aux municipalités, notamment pour financer leurs activités sociales¹².

En **Autriche**, le rôle des autorités publiques est segmenté en différents niveaux de compétences légales par une loi fédérale et 9 lois provinciales (Länder). Les dispositions fédérales s'appliquent uniformément à tous les Länder alors que les compétences régionales divergent selon les régions.

¹¹ Les autres composantes ayant appartenu à l'AWBZ sont devenues la responsabilité de la municipalité et sont incluses dans le "Wmo".

¹² EEPO, 2015.

Les prestations prévues dans le système autrichien englobent des aides en espèces (financées par le niveau fédéral, et qui concernent des soins de relève à domicile, des soins de jour et de nuit), des aides en nature (toute une série de services pouvant être achetés : services mobiles, services de proximité, services partiellement en institutions, services en institutions/d'hospitalisation et services aux personnes handicapées) et les avantages auxquels a droit le personnel soignant (des congés payés et non payés, des aménagements de carrière et des crédits de pension, des soins de relève à domicile, de la formation et de l'éducation)¹³. L'élément clé de la prestation est l'allocation de soins qui laisse aux usagers la liberté du choix des soins. En ce qui concerne les prestations en nature, elles sont volontaires et requièrent souvent un cofinancement de la personne bénéficiaire, en fonction des soins nécessaires. Pour couvrir ces frais, certains Länder font intervenir financièrement la famille. Les estimations révèlent un écart très important entre les Länder en termes de cofinancement privés des soins à domicile ou en établissement. Une caractéristique à noter est qu'environ 65.000 travailleurs engagés dans la prestation de soins sont des migrants, issus notamment des pays voisins d'Europe de l'Est, qui sont recrutés de plus en plus à l'Est¹⁴. Ils sont surtout employés dans le cadre des soins qui s'avèrent nécessaires de jour comme de nuit. L'objectif de ce système est d'assurer des soins infirmiers et autres toute la journée et toute la nuit¹⁵ : l'aide est assurée à la personne en traitement à domicile et couvre des soins personnels et l'aide à l'alimentation. Outre ces tâches, suivant les instructions d'un médecin, le personnel soignant peut également accomplir certaines tâches médicales comme, par exemple, l'administration de médicaments, l'application de bandages et d'injections sous-cutanées. Pour bénéficier de ces services, outre une aide en espèces, la personne dépendante doit obtenir la reconnaissance d'au minimum un niveau 3 de dépendance. Le montant de l'allocation dépend du personnel soignant engagé : un salarié (1.100 €) ou un travailleur indépendant (550 €).

L'importance de la prestation informelle de soins (environ 80%) a encouragé les autorités autrichiennes à promulguer une Loi sur les soins à domiciles en 2007 afin de mieux réglementer cette prestation.

Les projections de dépenses liées aux soins et à l'encadrement de personnes âgées révèlent que l'Autriche met remarquablement en œuvre la réforme du système de santé qui prévoit de stabiliser les dépenses en termes de part du PIB dès 2016¹⁶. Certains doutent cependant de la capacité de la réforme à engendrer réelle réorganisation rentable et durable des soins de santé et des soins de longue durée.

En **République tchèque**, il n'existe pas de cadre légal unique ni d'autorité responsable de la

¹³ La typologie et la description sont reprises du rapport de l'OCDE Austria long-term care, 2011.

¹⁴ Projet For quality!, Troisième Séminaire Régional, Vienne, 22.09.2015, rapport (en anglais).

¹⁵ Projet For quality!, Troisième Séminaire Régional, Vienne, 22.09.2015, rapport (en anglais).

¹⁶ http://www.bmg.gv.at/home/EN/Topics/Health_reform

réglementation des 2 sous-systèmes (soins et non-soins) qui sont les piliers du secteur des SAP. Le ministère de la Santé est responsable des soins de santé à domicile et en institution alors que le ministère du Travail et des Affaires sociales est responsable des services sociaux. Les municipalités/régions, quant à elles, sont responsables de la planification des services sociaux et de la mise à disposition de SAP sociaux¹⁷. La politique tchèque est favorable au développement des services SAP au niveau local et prévoit l'allocation de soins respectant le libre arbitre du citoyen dépendant.

Le total des prestations en espèces représente 650 millions € par an (soit 0,6% du PIB), versés à environ 300.000 bénéficiaires. Notons qu'en regard des États membres de l'UE plus occidentale, les citoyens tchèques peuvent s'offrir un nombre d'heures plus important avec ces prestations.

Les services en nature englobent une aide à la personne et des soins à domicile pour les personnes dépendantes compte tenu de leur âge, de leur handicap ou de leur maladie chronique. L'aide à la personne est fournie aux clients de services sociaux à domicile, sans limite de temps. Cette aide se décline en courses pour le client, préparation de repas, lessives, paiement des factures, administration de médicaments, etc. Le service est fonction des demandes individuelles.

En **Allemagne**, la Loi sur les soins à domicile et en institution (*Pflege-Versicherungsgesetz*), de 1994, est considérée comme le point de départ de la dernière grande réforme initiée par le gouvernement fédéral allemand pour élargir et améliorer le système de santé national et les soins de longue durée¹⁸. Parallèlement aux pensions, les soins de santé, les soins en cas d'accident et le chômage, une cinquième branche – les soins de longue durée - a été introduite dans le régime d'assurance sociale, principal pilier de la sécurité sociale en Allemagne¹⁹. Ils exerçaient auparavant des pressions sur les coûts de l'assurance santé. L'assurance sociale à long terme (*Pflegeversicherung*, LTCI) a été créée pour lever cette pression²⁰. Grâce aux financements ainsi prélevés, la législation allemande offre différents services de soins de longue durée, notamment des prestations de soins à domicile en espèces et en nature (pour les soins de proximité), des soins de jour ou de nuit en institution ainsi que dans des centres de soins selon le niveau de dépendance des bénéficiaires²¹. La prestation prédominante est l'allocation financière. Le financement de cette assurance de soins de longue durée s'effectue par une retenue sur salaire payée par les employeurs et les salariés/travailleurs (dans une proportion égale) dont le montant est calculé sur la base du revenu des citoyens.

¹⁷ OECD, Czech Republic long term care, in Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, 2011.

¹⁸ Eurofound, More and better jobs in Home-care work, 2013.

¹⁹ Les soins de longue durée correspondent à une diversité de services à la personne (SAP) pour les personnes dépendantes.

²⁰ Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., February 2013.

²¹ Schulz, E., 2010.

La Loi de 2009 sur le détachement de travailleurs établit des normes minimales de conditions de travail pour les salariés de prestataires établis dans un ou plusieurs pays de l'UE.

La Loi de 2011 sur le temps consacré aux soins de la famille encourage les membres de la famille à s'occuper des soins de longue durée. Cette Loi permet aux salariés de réduire leur temps de travail pour soigner de proches parents pendant un maximum de 2 ans. La moitié de cette réduction de temps est payée au salarié par l'employeur. L'autre moitié est à charge du travailleur. Lorsque le salarié reprend un temps de travail normal, il compense ce qu'a versé son employeur en recevant un salaire moindre. L'Office fédéral de la famille et la Fondation de la société civile offrent aux employeurs des prêts à taux zéro pour financer cette mesure.

Comme pour les autres services ménagers, la montée des SAP en Allemagne s'est affirmée dans les années 1990 avec l'apparition de « petits emplois » et la réforme Hartz IV en 2003 qui les a flexibilisés et convertis en « mini-emplois ». Le revenu mensuel de ces emplois ne dépasse pas 450 €²². Les salariés sont exonérés du paiement des charges sociales mais celles des employeurs sont plus élevées. Ces travailleurs se voient appliquer un dégrèvement de leurs charges sociales. Ces régimes ont été créés au départ pour encourager les épouses à travailler à temps partiel alors qu'elles étaient couvertes par l'assurance santé de leurs conjoints²³. Cependant, bon nombre de ces travailleurs n'optent pas pour le paiement des cotisations de pensions supplémentaires, ce qui les mène, à terme, à la précarité.

2. QUALITÉ DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI

2.1. Sécurité de la carrière et de l'emploi

La sécurité de la carrière et de l'emploi dans les SAP varie selon les pays en fonction des conventions collectives et de l'existence de réglementations de l'emploi²⁴. Un point commun est cependant constaté dans les onze pays concernés : ce sont surtout des femmes qui assurent ces SAP, elles travaillent principalement à temps partiel, ont relativement peu de qualification et sont souvent issues de l'immigration. Par ailleurs, de nombreux cas de travailleurs migrants non déclarés sont observés dans ce secteur.

Le secteur des SAP compte différents modèles d'emploi, qui peuvent être ramenés à deux : le modèle de l'emploi direct (2 parties prenantes), et le modèle de l'organisation prestataire (qui joue le rôle d'intermédiaire, développant ainsi une forme d'emploi triangulaire, entre 3 parties

²² Conseil Central de l'Économie, Lettre mensuelle socio-économique, N°190, 30/04/2013, p.10.

²³ European Commission, European Employment Policy Observatory, Personal and household services - Germany, June 2015.

²⁴ Farvaque N., 2015.

prenantes)²⁵. D'autres formes de contrat existent également entre 2 et 3 parties, comme spécifié dans le tableau suivant :

	Deux parties	Trois parties
Contrat d'emploi	Modèle 1 : Modèle d'emploi direct (par le particulier)	Modèle 2 : modèle de l'organisation prestataire (différentes organisations publiques, ONG, organisations privées peuvent assurer le service)
Autre forme de « contrat »	Indépendant Emploi non déclaré Aide/soins informels	Conjugaison de l'emploi direct et d'une forme d'intermédiation d'une organisation prestataire

Source : Farvaque N., 2015.

Les indicateurs choisis pour configurer un aperçu des conditions de travail dans les pays concernés sont regroupés en 3 types de données : statut de l'emploi (la nature des employeurs et/ou la relation contractuelle employeur/salarié, l'existence de conventions collectives, le travail non déclaré et le travail de migrants), le montant des salaires et l'accès à la protection sociale et/ou aux droits des travailleurs.

2.1.1. Statut d'emploi

Le statut d'emploi dépend largement dans le secteur des SAP des réglementations en matière d'emploi. Or celles-ci sont très variables dans les différents pays qui sont l'objet de ce projet.

Nature des employeurs et/ou relation contractuelle employeur/salarié

En **Belgique**, les contrats de titres-services – signés par une entreprise de SAP – sont une pratique intéressante pour l'amélioration des conditions de travail des salariés. S'il existe des contrats à durée déterminée d'une journée, d'une semaine ou d'un mois, depuis septembre 2009, les travailleurs obtiennent automatiquement un contrat permanent au terme de 3 mois d'emploi par la même entreprise²⁶.

En **France**, environ 90% des travailleurs du secteur des SAP ont un contrat de travail permanent : ce sont principalement les organisations prestataires de services qui offrent ces contrats permanents pour attirer de nouveaux travailleurs²⁷.

En **Italie**, un contrat écrit est exigé. La singularité de la convention collective concerne le licenciement : les employeurs ne doivent pas respecter les motifs légaux de licenciement définis

²⁵ Farvaque N., 2015.

²⁶ Farvaque N., 2015.

²⁷ Farvaque N., 2015.

par la loi italienne, la déclaration écrite de licenciement ne doit pas être fournie mais elle est une condition d'éligibilité aux prestations de chômage.

En **Espagne**, les données récentes en la matière²⁸ révèlent que 34,3% des personnes engagées dans un travail social non résidentiel pour personnes âgées ou handicapées ont un contrat d'emploi temporaire (alors qu'elles sont 23,6% dans l'ensemble de l'économie). Par ailleurs, 41,8% travaillent à temps partiel alors que les travailleurs à temps partiel représentent 14,7% dans l'économie espagnole. L'emploi domestique est réglementé par le Décret royal de 2011 qui régit la relation entre les salariés domestiques et les employeurs.

Outre ces métiers « officiels », soulignons l'importance des travailleurs non-professionnels qui s'occupent de parents. Depuis le décret de 2007, le personnel soignant non-professionnel peut bénéficier d'une allocation financière lorsqu'un service social local n'est pas disponible. Selon l'évaluation de la Loi sur la dépendance, plus de 400.000 personnes ont bénéficié de cette aide en 2013.

Au **Royaume-Uni**, le secteur emploie un taux très élevé de travailleurs à temps partiel, qui semble être en hausse. L'introduction de paiements directs et l'expansion des budgets financiers alloués aux personnes encouragent l'emploi informel et occasionnel, et plus généralement, de mauvaises conditions de travail. Les bénéficiaires de ces budgets personnels ne sont pas tenus de conclure des contrats ou de respecter formellement des conditions de travail des aides à la personne, ni d'en exiger des qualifications minimales.

Le particulier qui emploie du personnel pour les tâches ménagères est soumis aux mêmes règles que tout autre employeur privé. En *Angleterre*, un travailleur occasionnel payé moins de 111 £ par semaine (environ 140 €) ne doit pas être déclaré ni payer de charges sociales. De nombreux ménages sont donc encouragés à recruter pour un temps de travail très court, sans avoir de responsabilités administratives à assumer ou de charges sociales à payer.

La **Suède** présente la particularité d'une part élevée d'emplois publics et de salariés municipaux dans ce segment. Globalement, le secteur des soins offre d'assez bonnes conditions de travail, car dans ce système financé essentiellement par la fiscalité et dans lequel dominent les prestataires publics, les relations d'emploi sont réglementées et des barèmes salariaux sont appliqués. Les travailleurs y sont donc moins exposés à des relations d'emploi atypiques et de bas salaires comme dans les autres États membres de l'UE. L'emploi féminin représente plus de 90% et domine ce secteur (SALAR, 2009).

Le travail à temps partiel est beaucoup plus courant pour le personnel soignant que dans l'ensemble du marché du travail des femmes. Le travail à temps partiel n'est pas un choix

²⁸ Active Population Survey 2012.

délibéré comme le révèle le fait que ce personnel a souvent plus d'un emploi. Certaines enquêtes avancent le chiffre de quelque 7% des travailleurs ayant plus d'un emploi²⁹.

En **Finlande**, les municipalités étant les premiers prestataires de SAP, ce sont les départements du travail social de ces municipalités qui sont les employeurs majoritaires (quelque 80% du marché). Les travailleurs engagés par les municipalités couvrent une large palette de tâches, des interventions médicales à des SAP, que certains travailleurs sont autorisés à accomplir. Les 20% restants représentent la part des entrepreneurs privés (5%) et les salariés du secteur privé (15%). Ces derniers sont, dans la plupart des cas, employés dans des services ne relevant pas de soins. Leur statut d'emploi peut être organisé par les municipalités dans le cadre d'accords d'externalisation, de location de services ou d'entrepreneuriat à temps partiel ou encore dans le cadre d'une relation d'emploi avec une entreprise privée ou une ONG. Les entrepreneurs travaillent surtout pour des particuliers dans le cadre d'un régime d'allègement fiscal. Les travailleurs domestiques, dont les tâches se limitent habituellement aux activités de nettoyage, sont souvent employés par des entreprises de services de nettoyage.

Aux **Pays-Bas**, lorsque des personnes âgées ou handicapées font appel à un SAP pour un maximum de 3 jours par semaine, le contrat est régi par le Règlement de 2007 sur le travail domestique³⁰. Les particuliers qui emploient ainsi du personnel sont exonérés du paiement des charges sociales et des impôts, de l'autorisation de licenciement ou de toute autre obligation administrative. Ils peuvent utiliser leur budget personnel (PGB) attribué par la municipalité pour payer le salaire du personnel ainsi employé.

Il est actuellement plus intéressant pour un particulier de ne pas déclarer son personnel. Le personnel y trouve également son content car son salaire est plus élevé que s'il était soumis à la déclaration fiscale. Une autre particularité néerlandaise est la faible proportion de travailleurs informels dans ces SAP en regard des autres pays de l'UE compte tenu de la densité des réseaux de services disponibles.

En **Autriche**, la plupart des SAP sont organisés informellement (plus de 80% des cas) par des membres de la famille, surtout des femmes. L'allocation financière est habituellement insuffisante pour en couvrir tout le coût lorsque les besoins sont importants. On pourrait interpréter cette situation comme révélatrice d'une préférence des autorités autrichiennes pour des soins informels et moins onéreux.

La législation autrichienne sur le travail domestique, la Loi sur l'aide à domicile et les travailleurs

²⁹ http://www.cccg.umontreal.ca/rc19/pdf/szebehely-m_rc192009.pdf

³⁰ EFSI, 2013.

domestiques (*HGHAngG*)³¹, contient des dispositions sur la rémunération, le temps de travail, les repos journaliers et hebdomadaires, les congés, les préavis et la sécurité sociale des travailleurs domestiques. La Loi générale sur l'emploi est partiellement d'application aux travailleurs domestiques. Elle couvre leurs congés de maternité, leur assurance santé et la protection contre la violence et les abus.

En **République tchèque**, alors que les services de soins de santé sont assurés par des agences de soins à domicile liées contractuellement aux assurances santé, les services sociaux sont fournis par du personnel soignant professionnel et/ou des prestataires professionnels. Quelque 80% des soins aux personnes dépendantes relèvent de prestations informelles. Le personnel soignant informel n'est enregistré que lorsqu'il reçoit une allocation de la personne dépendante, c'est-à-dire lorsque l'État finance son assurance sociale et de santé. Les proches parents sont le plus souvent ceux qui assurent les soins à domicile. Cependant, la plupart des prestataires de soins informels ont aussi un emploi. Quelque 80% d'entre eux ont même un emploi à temps complet³². Toute décision sur les soins informels est donc très tributaire de la flexibilité du soignant.

La législation actuelle garantissant les mêmes conditions de travail à tous les travailleurs, dont les travailleurs domestiques, et laissant suffisamment de temps pour l'équilibre entre la vie personnelle, la vie familiale et la vie professionnelle, KZPS³³ suggère de plutôt insister sur une application correcte du cadre législatif existant que sur la création de nouveaux cadres.

En **Allemagne**, les activités de soin informelles sont souvent partagées entre certains membres des familles des bénéficiaires. Ce sont généralement des personnes au chômage, ou qui réduisent leur temps de travail, ou encore quittent leur emploi pour s'occuper de leurs parents. Une conséquence directe est le manque incontestable de perspectives professionnelles pour les femmes qui ont un parent dépendant ; les fils aident principalement sur le plan financier, alors que les épouses, filles et belles-filles sont plus souvent responsables des soins aux parents.

Bien que la mesure de prestation formelle de services domestiques ait eu une incidence significative sur l'emploi, notamment dans le secteur des SAP, des formes d'emploi précaire et piètrement rémunéré ont été constatées, dont l'augmentation des « travailleurs pauvres »³⁴. Selon Prognos, 40% des ménages ont recours aux SAP (soins et non-soins) dont la prestation est assurée par des personnes employées dans le cadre du régime des « mini-emplois » (relation directe d'emploi), 32% sont des travailleurs indépendants (relation d'emploi direct) et

³¹ EFFAT, Promote industrial relations in the domestic work sector in Europe, final report, 2015.

³² Sowa A., 2010.

³³ KZPS, Decent work for domestic workers, International Labour Conference, 99th Session, report, 2010.

³⁴ Farvaque, N., Developing personal and household services in the EU - A focus on housework activities, Rapport pour la DG Emploi, ORSEU, 2013.

28% sont employés par d'autres prestataires de SAP (« relation triangulaire » entre le prestataire de services, celui qui finance et l'utilisateur). Il est important de noter que le régime de mini-emploi ne s'applique pas aux activités de soins et qu'il s'agit surtout du travail domestique. Quant aux « prestataires de soins », qui s'inscrivent dans une « relation triangulaire » (*sozialrechtliches Dreiecksverhältnis*), cette relation n'est applicable qu'au secteur des soins. Enfin, la prestation de soins aux personnes âgées à leur domicile/ménage est surtout assurée par des travailleurs indépendants, des travailleurs non déclarés et dans le cadre de contrats de travail qui conjuguent la rémunération avec l'hébergement (d'application surtout aux travailleuses, la plupart du temps migrantes, qui sont employées avec hébergement).

Existence de conventions collectives

Les réglementations peuvent garantir aux travailleurs des SAP une égalité de traitement avec les autres travailleurs ou leur imposer un statut spécifique et des conditions inférieures. L'influence des conventions collectives dans l'amélioration des conditions de travail et la qualité des SAP est importante.

En **Belgique**, les conditions de travail et de rémunération sont établies par des commissions paritaires qui sont les lieux de négociation entre syndicats et employeurs d'une même branche du secteur privé. Chaque commission paritaire se met d'accord et décide des conditions de rémunération, de travail et des possibilités de formation. Pour les SAP aux familles et personnes dépendantes dans les deux régions de Bruxelles-Capitale et de Wallonie, les SAP sont réglementés par la commission paritaire 318, compétente pour les travailleurs en général et leurs employeurs. Il y a deux sous-commissions paritaires, la 318.01 pour la Communauté française, la Région wallonne et la Communauté germanophone, et la sous-commission 318.02 pour la Communauté flamande. La convention collective du 16 septembre 2002, conclue pour une période indéterminée, fixe les conditions de travail, de rémunération et d'indexation des salaires du personnel des services d'accompagnement des familles et des personnes âgées qui reçoivent des subsides de la Région wallonne. En ce qui concerne les travailleurs payés par titres-services, des salaires minima sont établis par les commissions paritaires des conventions collectives en association avec ou dans le cadre de l'entreprise agréée, et aucune dérogation n'est permise.

En **France**, le statut des travailleurs des SAP n'est pas différent et est régi par des conventions collectives contraignantes³⁵.

En **Italie**, la convention collective pour les collaborateurs domestiques régit les conditions de travail et stipule les différents droits en fonction de la cohabitation ou non du travailleur, notamment la durée maximale du temps de travail hebdomadaire.

³⁵ Farvaque N., 2015.

En **Espagne**, les conditions de travail des travailleurs du secteur des services sociaux sont régies par des réglementations communes (Estatuto de los Trabajadores) et des conventions collectives. Il existe deux grandes conventions collectives qui influencent les profils professionnels, les programmes de formation et les mécanismes de rémunération :

- la convention collective XIV sur les centres d'accueil et les services aux personnes handicapées (août 2012), qui prévoit des lignes directrices pour améliorer les qualifications et la formation professionnelles ;
- la convention collective VI sur les services de soins aux personnes dépendantes et de développement de l'autonomie personnelle (avril 2012), qui s'applique aux entreprises et aux lieux de travail qui fournissent des services aux personnes dépendantes et qui font la promotion de l'autonomie personnelle ; cette convention collective tend à régulariser et à maintenir l'emploi.

Au **Royaume-Uni**, les conventions collectives ne s'appliquent que lorsque le travail est réalisé par du personnel employé directement par les autorités locales et le système de la santé publique (National health service, NHS).

En **Suède**³⁶, presque toutes les conventions collectives régissant les conditions salariales et de travail sont négociées au niveau sectoriel et multi-employeurs dans des conditions bipartites. Les employeurs non-organisés peuvent signer, et généralement le font, les conventions d'application (*hångavtal*) avec les organisations syndicales. Ces conventions établissent les salaires, les conditions de travail ainsi que l'égalité sur le lieu de travail. La part des travailleurs du secteur des soins de santé couverts par les conventions collectives est proche des 100% dû au fait que la majorité écrasante des salariés du secteur est employée dans des institutions du secteur public.

En **Finlande**, tout comme en Belgique et en France, le statut des travailleurs des SAP n'est pas différent et est régi par des conventions collectives contraignantes³⁷. La plupart des travailleurs du secteur des SAP sont couverts soit par la convention générale du secteur municipal (KVTES), soit par la convention collective du secteur des services sociaux privés, soit par la convention collective des services de l'immobilier qui sont toutes d'application obligatoire.

Aux **Pays-Bas**, les salariés des entreprises prodiguant des soins ou de l'entretien ménager bénéficient d'une convention collective sectorielle qui peut prévoir des conditions de travail plus favorables que le droit néerlandais d'application générale. Les syndicats FNV et CNV Vakmensen ont négocié une convention collective pour le secteur du nettoyage, notamment de

³⁶ Eurofound, European Observatory of working life EurWORK, Sweden: Industrial Relations in the Health Care Sector, 2011.

³⁷ Farvaque N., 2015.

domiciles privés, avec l'organisation des employeurs OSB en 2014³⁸. Cette convention ne s'applique qu'au personnel du nettoyage employé par des agences et ne régit pas le personnel employé directement par des particuliers. Comme dans le secteur des soins à domicile et le secteur des soins à la petite enfance, les travailleurs sont régis par une convention collective³⁹.

L'**Autriche** ne dispose pas d'une convention collective d'application à tout le travail domestique ; cependant, il existe une convention qui prévoit le salaire minimum des travailleurs domestiques en fonction de leurs qualifications et de leur expérience de travail. Des conventions collectives sont également en vigueur pour le travail des soins, même pour les travailleurs « peu qualifiés » qui assurent une aide quotidienne aux activités et tâches ménagères. Le personnel soignant à domicile qui a en charge des personnes âgées est souvent indépendant et ne dispose pas d'une convention établissant un salaire minimum⁴⁰. Les associations d'employeurs avec lesquelles les syndicats négocient sont de grandes organisations qui englobent de nombreux secteurs dont les soins/le nettoyage à domicile⁴¹.

En **République tchèque**, les conventions collectives sont négociées au niveau du secteur et de l'entreprise⁴². Elles sont réglementées par la Loi sur la négociation collective. Dans les services sociaux, quelque 200 prestataires ont conclu une convention collective ou en négocient une⁴³.

En **Allemagne**⁴⁴, certaines conventions collectives sont étendues à certains sous-secteurs (tels que les soins aux personnes âgées ou le jardinage) mais une majorité des travailleurs dans le secteur qui ne relève pas des soins ne sont pas couverts par une convention collective. Cependant, tous les travailleurs jouissent d'un salaire minimum légal établi à 8,50 € l'heure depuis janvier 2015 avec une période transitoire jusqu'en 2017. Jusqu'à la fin de la période transitoire, les secteurs appliquant un salaire actuellement moindre que 8,50 € (par exemple, 8,00 € dans les soins aux personnes âgées en Allemagne de l'Est ; en Allemagne de l'Ouest, le montant du salaire minimum est de 9,00 €) doivent s'adapter au salaire minimum légal.

Le travail non-déclaré

Dans les pays concernés par l'étude, le secteur des SAP représente un des services les plus souvent non déclarés achetés par les ménages. Les travailleurs employés illégalement dans le secteur des SAP ne bénéficient d'aucune protection sociale, ne se voient pas appliquer le

³⁸ EFFAT, Promote industrial relations in the domestic work sector in Europe, final report, 2015.

³⁹ EEPO, 2015.

⁴⁰ EFFAT, 2015.

⁴¹ EFFAT, Decent work for domestic workers! booklet, 2015, <http://www.effat.org/en/node/13931>.

⁴² Eurofound, Czech Republic, On wage bargaining. <http://bit.ly/1MudNHJ>

⁴³ Horecky J., Project PESSIS 2 "Promoting employers' social services organizations in social dialogue", Country-case study: Czech Republic, UZS, 2013. <http://bit.ly/1LfYy3A>

⁴⁴ Farvaque N., 2015.

salaire minimum légal, n'ont pas d'assurance maladie ou accident, pas de vacances, pas de congé maladie, pas d'allocation de chômage ou pas de pension. Par ailleurs, le travail non déclaré engendre inévitablement une perte de recettes pour l'État compte tenu de son absence d'imposition. En fonction de leurs particularités, les pays concernés prennent différentes mesures pour régulariser le travail non déclaré, dont les principales sont l'introduction de chèques-services et la création d'institutions consacrées à la lutte contre le travail non déclaré, ou l'introduction d'une réglementation précise des profils et antécédents de travailleurs des SAP de certains pays qui en dominent le marché.

En **Belgique**, la réduction du travail non déclaré était un des objectifs du système des titres-services. Lorsqu'on se penche sur l'évolution du nombre de travailleurs qui ont adhéré au système et du nombre croissant d'utilisateurs de ce système depuis sa création, on peut en induire que l'introduction des titres-services a contribué à la régulation du travail non déclaré en Belgique. Le dispositif a encouragé certains travailleurs à régulariser leur emploi compte tenu des avantages du système. Il a également encouragé les bénéficiaires à recourir à des prestataires de services agréés pour bénéficier d'allègements fiscaux. Cependant, la baisse de cet allègement à 10% en Wallonie au 1^{er} janvier 2015 a fait grimper les prix. L'Unitis (Union des entreprises de titres-services) craint de voir le secteur des SAP glisser dans l'économie souterraine dans la région.

En **France**, le travail non déclaré a considérablement diminué dans les années 1990 et 2000 suite à la politique publique mise en place (des incitants fiscaux importants). Cependant, ces mesures incitatives ont reculé ces dernières années sous la pression des coupures budgétaires. L'emploi direct a reculé et il est très probable que le travail non déclaré soit reparti à la hausse. La tendance affectera le travail non déclaré de travailleurs immigrants (25% de la main-d'œuvre en 2012) et non-immigrants.

En **Italie**, les évaluations quantitatives de l'emploi non déclaré vont de 40% (Institut national des statistiques – ISTAT) à 70%. Ces niveaux s'expliquent par le coût d'une aide à la personne qui peut être de 30 à 40% inférieur sur le marché irrégulier.

En **Espagne**, selon certaines enquêtes, le marché noir peut représenter jusqu'à 70% du secteur des SAP.

Au **Royaume-Uni**, des aménagements du travail non déclaré sont en place, rendant plus difficile d'en mesurer la véritable importance et le risque d'incidence négative sur les conditions de travail.

En **Suède**, les estimations globales font défaut. La conversion du travail non déclaré peut être évaluée dans le secteur du nettoyage. Les résultats de l'enquête de 2012 avancent une baisse

estimée de 10% du marché noir depuis 2005⁴⁵.

En **Finlande**, aucune donnée récente n'a été détectée. Selon l'évaluation de 2006 (Niilola et Valtakari, 2006), l'allègement fiscal pour les services ménagers a permis de réduire significativement la part de travail non déclaré, de 60% à 25% de 2001 à 2004. Cette baisse s'est principalement opérée dans le secteur de la rénovation.

La part du travail non déclaré dans le secteur des SAP aux **Pays-Bas** semble varier entre 28 et 40% selon les estimations. Les indications révèlent que les personnes s'y engagent pour se faire un peu d'argent de poche⁴⁶. La principale institution qui combat le travail non déclaré est l'Inspection SZW⁴⁷. Depuis janvier 2013, la nouvelle loi (WAHS) a pour finalité de transférer la juridiction judiciaire du pénal vers le droit administratif (par le recours à des amendes, à des avertissements). Sur cette nouvelle base légale, le travail non déclaré, lorsqu'il se conjugue avec des prestations de chômage, est sévèrement condamné (les amendes peuvent atteindre jusqu'à 36.000 € par travailleur illégal et/ou la fermeture de l'entreprise), et éventuellement la réduction et/ou le remboursement de la prestation.

Depuis le début de 2010, les systèmes de chèques-services appelés « Alphachèques »⁴⁸ sont en voie d'expérimentation, ainsi que les « alpha-travailleurs » (*alphahulpen*) en tant qu'aides à domicile. Au lieu d'offrir une aide en espèces, les municipalités distribuent ces chèques-services aux personnes ayant droit aux avantages Wmo. En fonction de la situation personnelle du bénéficiaire, la municipalité détermine le montant d'heures et de chèques-services auxquels a droit le bénéficiaire. Le budget personnel qui lui est octroyé est directement versé sur son compte bancaire. Les bénéficiaires peuvent ainsi avoir accès au personnel de leur choix. Les bénéficiaires devant démontrer les modalités de la dépense de leur budget personnel, le poids administratif pour les usagers et les autorités publiques s'en trouve alourdi. Par ailleurs, les travailleurs Alpha ne jouissent pas de droits et d'avantages réguliers. Enfin, et ceci est tout aussi important, le recours à ces travailleurs permet de réduire les budgets alloués aux soins de longue durée.

En **Autriche**, en 2007, le pays a mis en œuvre un cadre légal pour diminuer le niveau élevé d'emploi non déclaré de personnes immigrantes dans le secteur des SAP. Le pays a introduit les chèques-services (*Dienstleistungsschecks*) en 2006⁴⁹. L'utilisateur et le travailleur conviennent ensemble d'un salaire qui doit respecter la loi sur le salaire minimum qui régit le personnel des

⁴⁵ Farvaque N., Structural frame - Overview of the personal and household services in the EU – Sweden, EC, 2013.

⁴⁶ EEPO, 2015.

⁴⁷ Renooy P., Labour inspection strategies for combating undeclared work in Europe: the Netherlands, REGIOPLAN, 2013.

⁴⁸ EFSI, White book on personal and household services in ten EU Member States, 2013.

⁴⁹ EFSI, 2013.

services domestiques (*Hausgehilfen-und Hausangestelltengesetz*). Le recours aux chèques-services assure aux travailleurs que les usagers remplissent toutes les obligations de l'assurance sociale. Depuis 2006, le système des chèques-services pour les aides ménagères s'est considérablement développé et son introduction a contribué à formaliser la relation contractuelle entre l'employeur et le salarié. L'impact de ce système doit cependant être nuancé⁵⁰. La raison en est le prix : Sa valeur nominale est de 10 € alors qu'un travailleur domestique sur le marché non déclaré est de 7 €. Par conséquent, le chèque-service n'est pas intéressant financièrement.

En **République tchèque**, on estime à 90% les activités de l'économie grise (hors soins). S'agissant d'une économie grise, nous ne disposons pas de données pertinentes/officielles le concernant. Les travailleurs de cette économie n'ont pas de droits reconnus, les accords sont oraux et le paiement se réalise au comptant⁵¹. Pour réduire ce travail non déclaré dans le secteur des SAP, en 2004, le pays a introduit la Loi qui établit la définition du travail illégal et le renforcement des mécanismes de contrôle. Elle prévoit également des pénalités en cas d'infractions⁵². En 2013, le pays a également introduit un nouveau système d'inspection du travail non-déclaré.

En **Allemagne**, le modèle de la relation d'emploi direct encourage une prestation importante de ces SAP par des personnes non déclarées. Leur nombre ne peut cependant qu'être estimé : selon des sources diverses, l'emploi informel par des particuliers serait de 90-95%, donc assez élevé en regard des autres pays européens⁵³. On estime à 100.000 le nombre de travailleurs venant de l'étranger, illégalement employés dans le secteur des SAP. Plusieurs instruments ont été développés pour soutenir la création de l'emploi formel dans les SAP, notamment ledit « mini-emploi »⁵⁴ évoqué ci-dessus (cf. 2.1.1. Statut de l'emploi). La protection légale du domicile des bénéficiaires/clients empêche l'autorité compétente (c'est-à-dire l'administration) de contrôler le respect du salaire minimum et du temps de travail par les ménages/employeurs ou de vérifier si un contrat légal a été conclu.

Travail des migrants

Les travailleurs migrants des SAP sont généralement des personnes nées à l'étranger et provenant de la première génération d'immigrants. Ils sont souvent piètrement rémunérés, non déclarés, sans sécurité sociale, ni paiements d'impôts. Les SAP dans les pays concernés sont, dans une mesure significative, réalisés par des travailleurs issus de l'immigration. Le nombre de

⁵⁰ Farvaque N., Developing personal and household services in the EU - A focus on housework activities, Report for the DG Employment, ORSEU, 2013.

⁵¹ Projet For quality!, Troisième Séminaire Régional Vienne, 2015.

⁵² European monitoring centre on change (EMCC), Tackling undeclared work, <http://bit.ly/1UPgwyyp>

⁵³ POUR LA SOLIDARITÉ, 2012.

⁵⁴ Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., 2013.

migrants dans les soins à domicile aux personnes âgées est en augmentation. De nombreux travailleurs domestiques font état de cas d'abus psychologiques et physiques, notamment sexuels. L'ampleur grandissante de ce phénomène accroît toute l'importance d'un meilleur accompagnement et de la formation des migrants qui s'y trouvent confrontés.

En **Belgique**, les travailleurs migrants sont défavorisés même lorsqu'ils sont régulièrement employés, notamment dans le cadre de titres-services. Ces travailleurs, plus singulièrement non issus de l'UE, présentent un taux plus élevé de rotation, nécessitent plus de temps pour trouver un emploi et sont plus souvent engagés en CDD⁵⁵.

En **Italie**, le statut légal des travailleurs migrants les vulnérabilise. Selon la loi actuelle sur l'immigration, la durée du permis de résidence est normalement fonction de la durée du contrat d'emploi et même s'ils ont un CDI – contrat à durée indéterminée –, la durée du permis ne dépasse pas 2 ans⁵⁶. En 2012, 76,7% des travailleurs domestiques sont des étrangers (dont 42% proviennent de Roumanie, d'Ukraine et des Philippines)⁵⁷. Selon l'OIT, en 2011, plus de 80% des 881.702 travailleurs domestiques enregistrés sont des étrangers⁵⁸. Le recul constaté récemment peut s'expliquer par la crise qui a touché plus durement la situation professionnelle des migrants (surtout, les femmes), ainsi que le retour forcé au travail domestique de femmes italiennes.

En **Espagne**, actuellement, le secteur domestique « n'est pas seulement très *féminisé* mais encore remarquablement *occupé par des étrangers* »⁵⁹. Au cours des dernières années, les SAP ont bénéficié des politiques migratoires et ont permis de développer une offre plus régulière. La situation étant ce qu'elle est, certains immigrants étant illégaux, ils doivent souvent accepter des conditions assez médiocres pour légaliser leur situation d'emploi et, ainsi, obtenir un permis de résidence. Ces personnes ont tendance à accepter n'importe quelle relation d'emploi pour survivre et régulariser leur situation. En 2005, une régularisation massive de migrants a été décidée par le gouvernement espagnol qui a freiné cette « stratégie » (l'acceptation de n'importe quel emploi pour obtenir un permis de résidence). Près de 200.000 personnes, surtout des femmes, ont obtenu un permis de travail dans le secteur des SAP.

En **Finlande**, selon les statistiques de 2009, la proportion de citoyens étrangers travaillant dans le secteur de l'aide sociale et des soins de santé était relativement peu élevée (3,4%), mais représentative du nombre d'étrangers dans le pays. Ces emplois occupés par des étrangers sont des emplois de nettoyage (13%), d'aides en cuisine (4,9%) et d'assistants infirmiers/hospitaliers (4%). Les étrangers sont très présents au bas de l'échelle des emplois

⁵⁵ Farvaque N., 2015.

⁵⁶ Farvaque N., 2015.

⁵⁷ Istituto Nazionale Previdenza Sociale, Bilancio Sociale 2012, 2013.

⁵⁸ ILO: Promoting integration for migrant domestic workers in Italy, International Migration Paper, 2013.

⁵⁹ León M., Migration and Care Work in Spain: the domestic sector revisited, 2010.

dans le secteur de l'aide sociale et des soins de santé⁶⁰.

Jusqu'à présent, **les Pays-Bas** ont été l'exception en Europe : la présence du travail de migrants dans le secteur des soins et tâches ménagères est limitée. L'émergence récente d'un marché de soignants hébergés chez la personne est de plus en plus considérée comme une éventuelle voie de développement du travail de migrants dans le secteur des soins⁶¹.

Les travailleurs migrants sont particulièrement importants au **Royaume-Uni**. Tous les ans, ce sont quelque 17.000 résidents hors UE qui entrent au RU en tant que travailleurs domestiques accompagnant leurs employeurs (Gallotti 2009). La question des travailleurs domestiques migrants est très étroitement liée à l'emploi informel de travailleurs étrangers. En avril 2012, le règlement sur les travailleurs domestiques a été modifié au RU et ne permet l'accompagnement de leur employeur que pour une période maximale de 6 mois. Par ailleurs, le visa ne peut être délivré à ces travailleurs domestiques que s'ils ont travaillé pour leur employeur pendant au moins un an. Le visa n'est pas renouvelable et ne permet pas le regroupement familial. Une fois entrés au RU, ces travailleurs domestiques ne peuvent changer d'employeur comme c'était le cas auparavant. Les organisations en charge de la défense des droits des travailleurs domestiques et migrants ainsi que les organisations syndicales ont critiqué ce changement législatif qu'ils considèrent être un recul pour les droits des travailleurs migrants.

En **Suède**, une part grandissante des aides-soignants intervenant auprès de personnes âgées ou handicapées sont d'origine étrangère. 18% sont nés hors de Suède (3% sont nés dans d'autres pays nordiques, 6% en Europe ou Amérique du Nord, et 9% en Afrique, Asie ou Amérique latine). Dans les métropoles comme Stockholm, plus de 40% du personnel soignant sont nés à l'étranger (Statistiques Suède, 2010). Il n'y a pas de recrutement actif de ce personnel venant d'autres pays, la grande majorité de ces travailleurs sont nés dans d'autres pays et en ont émigré pour différentes raisons, souvent en tant que réfugiés.

En **Autriche**, on estime aujourd'hui à 80% les soins prodigués en continu en toute légalité⁶². Les données révèlent que le nombre des soignants serait, selon ces estimations, de 50.158⁶³, dont la plupart réside dans des pays voisins d'Europe de l'Est (principalement la Slovaquie, la Roumanie et la Hongrie) et travaille dans le cadre du régime légal de prestation de soins en continu, soit 24 heures par jour. Cependant, pour réaliser les tâches requises dans le cadre d'un tel régime de 24 heures de soins par jour, les soignants doivent suivre une formation d'au

⁶⁰ Näre L., Ideal workers and suspects: Employers' politics of recognition and the migrant division of care labour in Finland, Nordic journal of immigration research, 2013. <http://bit.ly/1tjK7h>

⁶¹ Da Roit B., van Boschove M., Migrant workers in long-term care in the Netherlands from a comparative perspective: a literature review, Centre of expertise for Informal Care, 2014.

⁶² Farvaque N., 2013.

⁶³ VIDA, 2015.

moins 200 heures et avoir accompli au moins 6 mois de prestation de soins à l'utilisateur⁶⁴. Bien que les niveaux de satisfaction soient élevés, les travailleurs ne se voient pas octroyer de congés ou d'indemnisation en cas de maladie. Ils doivent être disponibles jour et nuit pour assurer les soins et souvent abandonner leur famille pendant 2 semaines pour réaliser leur travail.

En **République tchèque**, on estime qu'en 2009, 12% des migrants irréguliers (23.400 sur 195.000) travaillaient dans le secteur domestique⁶⁵, aux côtés de travailleurs domestiques locaux.

En **Allemagne**, le personnel soignant d'Europe centrale et de l'Est est souvent privilégié parce que moins cher⁶⁶. Le nombre de travailleurs non déclarés d'Europe centrale et de l'Est varie, selon les estimations, entre 100.000 et 150.000⁶⁷. D'autres estimations avancent des chiffres plus élevés : entre 150.000 et 200.000⁶⁸, voire 300.000⁶⁹.

2.1.2. Salaires

Les niveaux salariaux sont directement fonction du temps de travail même si des taux horaires minima sont établis dans les conventions collectives ou devraient respecter la législation nationale⁷⁰.

En **Belgique**, le salaire du personnel rémunéré en titres-services est défini par la convention collective (11 € bruts l'heure). Ces travailleurs ont droit à une protection sociale intégrale : santé, chômage, avantages familiaux, etc.

En **France**, 3 conventions collectives encadrent le secteur des SAP : une pour les associations du non-marchand, une pour les entreprises du secteur marchand et une pour l'emploi direct par des particuliers. Toutes ces conventions appliquent et respectent le salaire minimum national de 9,61 € bruts par heure, soit 7,32 € nets par heure (janvier 2015). Ce montant est défini dans les conventions collectives.

En **Italie**, il n'existe pas de régime national qui garantisse un revenu minimum. Au niveau régional, 8 régions italiennes disposent actuellement d'un régime prévoyant un revenu minimum. Cependant, la convention collective qui régit les travailleurs domestiques stipule 8 niveaux de profils ayant chacun un niveau salarial précis qui va de A (travailleurs domestiques)

⁶⁴ Projet For quality!, Troisième Séminaire Régional, Vienne, 2015, rapport.

⁶⁵ Hamburg Institute of International Economics, 2009.

⁶⁶ Schulz, E., 2010

⁶⁷ Pennekamp, J., Geschäfte in der Grauzone. Faz-online: <http://www.faz.net/>: <http://bit.ly/1JsKLJp>.

⁶⁸ Caritas, <http://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/migration/pflege-und-migration-in-europa>

⁶⁹ ver.di, ...raus aus der Schwarzarbeit, Gute Arbeit in Privathaushalten, p. 22., 2015.

⁷⁰ Farvaque N., 2015.

à D-super (aides-familiales formées et qualifiées qui prennent soin des personnes dépendantes). Le salaire minimum mensuel pour les aides aux personnes avec hébergement varie de 789,81 € (niveau B) à 958,8 € (niveau C-super) alors que sans hébergement, le taux horaire minimum est de 5,64 et 6,64 € respectivement (chiffres de 2015)⁷¹. Les niveaux de salaire minimum indiqués dans la convention collective de travail sont moins élevés que dans d'autres secteurs (par exemple, le salaire mensuel minimum dans la construction est de 833,21 € dans les coopératives).

En **Espagne**, un nouveau règlement (Real Decreto 1620/2011, du 14 novembre) sur les conditions de travail du personnel domestique en Espagne est entré en vigueur au 1 janvier 2012. Il s'applique à quelque 700.000 travailleurs, surtout des femmes. Le nouveau règlement assure une égalité de traitement entre les travailleurs ménagers et les autres salariés, en termes de salaires et de temps de travail. En ce qui concerne le salaire, le salaire minimum interprofessionnel est déterminé par le gouvernement et s'élevait à 641,40 € en 2012. Il s'applique aux travailleurs domestiques et se paie en espèces, plutôt qu'en nature.

Au **Royaume-Uni**, le salaire dans les SAP ne respecte pas le salaire minimum national - National Minimum Wage (NMW) -. Ledit salaire vital - Living Wage (LW) – est un taux horaire fixé indépendamment et calculé annuellement. Le taux horaire actuel est de 7,85 £⁷². Un certain nombre d'arguments économiques et sociaux ont été avancés en faveur du salaire vital. Par exemple, il améliore la santé psychologique et le bien-être du personnel, et allonge l'espérance de vie, selon les démonstrations publiées (Public Health England, 2014). Ladite Low Pay Commission – Commission de la faible rémunération - préconise que les employeurs devraient (si possible) tendre vers cet objectif.

En **Angleterre**, le taux horaire moyen d'un aide-soignant confirmé engagé dans la prestation de soins à domicile à des adultes est de 8,36 £ alors qu'il est de 7,36 £ pour un aide-soignant qui n'est pas encore chevronné. Le salaire minimum national est de 6,50 £. Que la rémunération soit en deçà du salaire minimum national est une grande préoccupation dans la mesure où l'employeur ne finance pas les déplacements, les temps de déplacement, les formations et les uniformes.

En **Suède**, il n'existe pas de salaire minimum légal. Une convention collective établit un minimum qui, pour chaque secteur, est fonction de la qualification. Par exemple, le personnel soignant municipal qui a une qualification de base gagne 1.820 € par mois en moyenne ; le personnel soignant municipal, disposant d'une formation d'infirmier/ère, gagne 2.455 € en moyenne par mois⁷³ ; la convention collective couvrant les services à la personne établissait un

⁷¹ Lavoro e Diritti, CCNL Lavoro Domestico, minimi retributivi 2015, www.lavoroediritti.com/.

⁷² Donnée de mai 2015. A Londres, le taux de salaire de subsistance s'élève à GBP 9.15 par heure.

⁷³ Données de 2009. Source: report DG Justice.

salaire minimum de 1.778 € par mois en avril 2011⁷⁴.

En **Finlande**, il n'existe pas de salaire minimum. Cependant, la convention collective dans la plus grande partie de l'emploi détermine le salaire minimal et d'autres conditions d'emploi. Selon l'institut national des statistiques et l'association des collectivités locales et régionales, le niveau moyen de rémunération dans le secteur public des SAP est de 2.534 € par mois (il se justifie par un niveau élevé du coût de la vie), pour 200 jours de travail par an, 2,5 visites par jour et 7,25 heures de travail par jour.

Aux **Pays-Bas**, la loi sur le salaire minimum et le congé minimum (*WML*) impose le paiement d'un salaire minimum légal et d'une prime minimale de congé à toute personne engagée légalement. Cette loi ne stipule pas la durée du travail hebdomadaire. La semaine de travail est habituellement de 36, 38 et 40 heures. En 2015, pour une semaine de travail de 40 heures, le salaire minimum était de 1.501,80 € par mois, de 69,31 € par jour et de 8,66 € par heure⁷⁵. Le salaire minimum est moindre si le travailleur a moins de 23 ans. Un impôt est inclus dans le salaire, il est d'environ 30% et est prélevé sur le salaire. Le travailleur reçoit donc 2/3 du salaire brut⁷⁶. En ce qui concerne les SAP, les salaires varient entre 2.200 et 2.600 €⁷⁷. La législation néerlandaise prévoit l'assurance sociale pour tout habitant, donc, également pour ceux qui travaillent et paient un impôt sur le revenu. Toutes les personnes employées sont couvertes par une assurance établie par la loi (qui garantit les prestations de chômage, d'incapacité et d'invalidité).

En **Autriche**, le salaire minimum est stipulé dans les conventions collectives sectorielles. Les conventions collectives établissent le salaire minimum en fonction de la classification des emplois dans chaque secteur et, dans presque chaque convention applicable, un salaire minimum de 1.500 € par mois est prévu pour une durée de travail hebdomadaire de 38 heures. La convention du secteur qui nous occupe *Mindestlohntarif für Hausgehilfen und Hausangestellte* prévoit le salaire minimum des travailleurs domestiques. Pour les métiers non couverts par la négociation collective, les salaires y sont régis par la loi et sont généralement inférieurs à ceux établis dans les conventions collectives. En ce qui concerne la protection sociale, dans le cadre du régime des chèques-services, les travailleurs n'ont pas droit aux prestations de chômage, aux prestations en cas de maladie ou à une future pension de vieillesse. Les travailleurs dont le revenu mensuel ne dépasse pas le seuil de 512,36 € (en 2011) n'ont pas droit aux prestations de chômage, de maladie et ne jouissent que d'une assurance accidents. Les travailleurs peuvent opter volontairement pour une assurance santé et pension en versant un forfait mensuel de 52,78 € (en 2011) par mois. Pour les travailleurs

⁷⁴ DGCIS. Étude sur les services à la personne dans sept pays européens, rapport final, 2011.

⁷⁵ Government of the Netherlands, <http://www.government.nl/>

⁷⁶ Wage Indicator, Netherlands 2015, <http://www.wageindicator.org/main/salary/minimum-wage/netherlands>.

⁷⁷ <http://www.wageindicator.org/main>

dont la rémunération dépasse ce seuil (dans le seul cas où le travailleur a au moins deux employeurs), le paiement régulier de charges sociales est obligatoire.

En **République tchèque**, les travailleurs des services sociaux sont régis par le paragraphe 109 de la loi sur le travail ou le salaire. Le mode de rémunération est stipulé dans le registre des prestataires de services sociaux, et leur salaire atteint rarement la moyenne salariale⁷⁸. En janvier 2015, le salaire minimum net dans le pays était de 332 € par mois⁷⁹. En juin 2015, le salaire brut moyen était de 25.306 CZK (933 €)⁸⁰.

En **Allemagne**, dès janvier 2015, un salaire minimum intersectoriel de 8,50 € l'heure est entré en vigueur. Bien que le total des mini-emplois a reculé de 3,6% entre décembre 2014 et mars 2015, il semble que ce soit l'emploi dans le secteur du commerce qui ait été le grand perdant, plus grand que le secteur des SAP⁸¹. Comme nous l'avons évoqué, pour les SAP à domicile, il semble difficile que l'administration responsable puisse surveiller le respect du salaire minimum et du temps de travail des travailleurs employés directement par des particuliers. Dans le secteur des soins, un salaire minimum est d'application dans le secteur. Il s'applique aux entreprises de services infirmiers non-hospitaliers tout en excluant des activités qui ne relèvent pas des soins telles que la préparation des repas, le nettoyage, l'économie domestique ou le jardinage. C'est pourquoi, en 2015, le salaire minimum dans le secteur des soins est supérieur de 0,90 € au salaire minimum général dans les anciens Länder et de 0,15 € dans les nouveaux Länder⁸². Le personnel soignant employé hébergé gratuitement gagne en moyenne entre 800 et 1200 €.

2.1.3. Protection sociale et droits des travailleurs

En **Belgique**, tout travailleur jouit de la sécurité sociale, à savoir d'une couverture qui se décline en prestations en cas de maladie, en cas de maternité, en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, en cas d'invalidité, de vieillesse, de chômage ainsi qu'en prestations, allocations familiales.

En **France**, les travailleurs du secteur des SAP sont protégés de la même manière que les travailleurs d'autres secteurs. Leur temps de travail étant souvent fort court, bon nombre de ces travailleurs ont la Couverture Maladie Universelle (CMU), qui est le filet de sécurité sociale minimum. Les travailleurs employés par des particuliers ont une protection sociale relativement bonne (droits à la pension, mutuelle, etc.) gérée par une organisation de branche (IRCEM).

⁷⁸ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

⁷⁹ Eurostat, 2015.

⁸⁰ Czech Statistical Office (CZSO), <http://bit.ly/1D2AxqR>

⁸¹ European Commission, EEPO, 2015.

⁸² European Commission, EEPO, 2015.

En **Italie**, les aides à la personne sont couvertes par une convention collective qui leur assure le maintien de leur emploi en cas de maladie pendant 10, 45 jours et jusqu'à 180 jours calendrier (+50% en cas de maladies oncologiques) par ancienneté de 6 mois à 2 ans. La rémunération est donc garantie au cours du congé maladie jusqu'à un plafond de 8, 10 et 15 jours par an qui se déclinent comme suit : 50% de la rémunération sont prévus jusqu'à trois jours consécutifs et 100% sont assurés à partir du quatrième jour. Le personnel soignant étant habituellement employé par l'administration publique ou des coopératives, il jouit de meilleures conditions d'emploi qui peuvent être assimilées à celles de travailleurs publics ou sociaux selon que l'employeur est la municipalité ou une coopérative.

En **Espagne**, une nouvelle réglementation (Real Decreto 1620/2011, du 14 novembre) stipulant les conditions de travail du personnel domestique est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012⁸³. Elle s'applique à quelque 700.000 travailleurs, surtout des femmes. À de nombreux égards, notamment les salaires et le temps de travail, le nouveau décret met sur un pied d'égalité le personnel domestique et les autres salariés.

Au **Royaume-Uni**, si le personnel soignant est employé par les autorités locales, le NHS, les organisations d'aide nationales et certains plus grands prestataires de soins à domicile, il est couvert par une convention collective nationale ou locale. Les autres travailleurs du secteur ont peu de chance de jouir d'une convention collective même lorsqu'ils sont syndiqués. En *Angleterre*, le gouvernement a introduit en 2012 une nouvelle législation sur les pensions. Une de ses dispositions prévoit automatiquement la couverture par un régime de pension qui varie selon le lieu de travail. Il revient aux employeurs particuliers d'évaluer si les conditions requises pour cette couverture sont remplies. Chaque employeur se voit déterminer une date d'entrée en application des nouveaux devoirs dont l'entrée en vigueur a eu lieu le 1^{er} juin 2015.

La **Suède** se caractérise par un taux élevé d'emploi public, notamment municipal, dans le secteur des soins. Les conditions de travail y sont assez satisfaisantes ainsi que les relations d'emploi et la protection sociale.

En **Finlande**, la loi prévoit que tout salarié a droit à la protection sociale. Le dialogue social y est bien ancré. Dans le secteur des soins à la personne, les travailleurs sont représentés par le syndicat des services sociaux de soins et de santé (Tehyry) et le syndicat finlandais des infirmiers praticiens (Superry). Le personnel domestique est organisé par le syndicat des services (PAM). Dans la plupart des cas, les particuliers s'adressent à des entreprises pour y acheter des services de nettoyage. La relation d'emploi est négociée collectivement depuis longtemps. La convention en cours, valable jusqu'en janvier 2017, a été négociée par le PAM et l'Association des employeurs de l'immobilier. Selon le syndicat PAM, il est rare qu'un particulier engage directement un travailleur domestique, raison pour laquelle cette relation d'emploi n'est

⁸³ Eurofound, New regulation improves rights of domestic workers, 2012, <http://bit.ly/1LlhsTs>.

pas couverte par une convention collective.

Aux **Pays-Bas**, la loi sur les conventions collectives (AVV) établit que le ministre des Affaires sociales et de l'Emploi peut déclarer d'application les dispositions conventionnelles conclues entre employeurs et salariés si le ministre les estime essentielles pour la majorité des personnes employées dans le secteur⁸⁴. La convention collective des travailleurs d'agences d'intérim conclue pour 2012-2017 en est l'illustration.

La réglementation sur « les services à domicile » (*Regeling Dienstverlening aan huis*) contient des dispositions qui exonèrent le paiement des charges sociales et des impôts par l'employeur si le salarié travaille moins de 3 jours par semaine. La sécurité sociale et la déclaration fiscale sont de la responsabilité des travailleurs (le personnel domestique n'est donc pas automatiquement couvert par la sécurité sociale)⁸⁵. Le congé maladie ne peut excéder 6 semaines alors qu'il est de deux ans normalement aux Pays-Bas.

Les personnes âgées et handicapées peuvent employer des « aides alpha » (*alfahulpen*) pour se faire aider dans les tâches domestiques. Celles-ci sont exonérées de la sécurité sociale et n'ont pas les mêmes droits que les personnes régulièrement salariées.

Les différents groupes de travailleurs domestiques sont représentés par le « comité du personnel de nettoyage » de la FNV et ont formé un « comité d'organisation » du personnel domestique qui fait campagne pour la ratification de la Convention 189 de l'OIT par le gouvernement néerlandais. Elle obligerait à réformer le secteur et à octroyer à ses travailleurs les droits dont jouissent les autres travailleurs.

En **Autriche**, la Loi sur l'égalité de traitement (*Gleichbehandlungsgesetz*) interdit toute discrimination ethnique dans l'emploi, la protection sociale, les prestations sociales, l'éducation, l'accès aux biens et services, et l'accès aux biens et services publics, dont le logement. Elle interdit également la discrimination à l'emploi pour des raisons de croyance ou de religion⁸⁶.

Par ailleurs, les syndicats autrichiens organisent activement le personnel domestique, en améliorent les conditions de travail et en défendent les intérêts et les droits. Le personnel domestique est représenté par le syndicat Vida (syndicat des travailleurs des transports, des services sociaux, des soins à la personne et des soins de santé, et des services privés)⁸⁷. Les soignants assurant des soins jour et nuit sont représentés par le syndicat GPA-djp (des

⁸⁴ Regioplan, 2013, *ibid.*

⁸⁵ EFFAT, 2015.

⁸⁶ European Commission against Racism and Intolerance (ECRI), ECRI Report on Austria, 2010.

⁸⁷ Trade Union VIDA, www.vida.at

employés privés, de l'imprimerie et de la presse)⁸⁸.

Les travailleurs qui ont un emploi régulier deviennent automatiquement membres de la Chambre des travailleurs (*Arbeiterkammer*). Celle-ci regroupe quelque 11.800 travailleurs domestiques. N'étant accessible qu'aux salariés, les soignants qui assurent des soins la journée et la nuit en sont exclus car ils sont majoritairement indépendants dans le pays.

Le respect des lois et règlements est difficile dans le secteur compte tenu que le lieu de travail est le logement privé et que les inspections y sont souvent limitées par les employeurs particuliers. Les inspecteurs ne peuvent intervenir que si une agence ou une institution emploie le travailleur⁸⁹.

En **Allemagne**, toutes les personnes actives (qualifiées comme telles lorsqu'elles travaillent plus de 15 heures par semaine, *geringfügige Beschäftigung* – *activité professionnelle mineure*) sont tenues légalement de souscrire une assurance sociale, ce qui a presque universalisé la couverture. Une assurance soins est obligatoire pour les personnes ayant une assurance maladie. Le soutien au personnel soignant en Allemagne est à charge de l'assurance soins de longue durée. L'accès à cette aide pour le personnel informel dépend entièrement des droits des bénéficiaires. Les prestations prévues dans ce cadre sont les repos, les congés ou les soins de remplacement, les aides techniques (telles que des équipements infirmiers à domicile) ou la couverture d'une assurance (pension de retraite et assurance accidents pour le personnel soignant informel)⁹⁰. Ce fonds peut payer les contributions à la retraite pour autant que la personne travaille au moins 14 heures par semaine et soit en complément au chômage, ou encore travaille moins de 30 heures hebdomadaires. Quant aux soignants indépendants ou employés par une entreprise ou une organisation du non-marchand, ils paient leurs cotisations sociales et de pension, et donc en bénéficient.

En ce qui concerne ledit « mini-emploi », le contrat prévoit des cotisations nulles ou très réduites pour les travailleurs (les employeurs étant plus sollicités financièrement) mais elles demeurent obligatoires. Ce seul statut ne donne pas droit à la sécurité sociale mais un autre emploi en complément peut y donner droit si les deux emplois peuvent être conjugués. Cependant, à la fin de 2011, la plupart de ces travailleurs (5 millions plus ou moins) n'avait qu'un « mini-emploi ». Certains ont droit, en outre, à une pension ou à des indemnités de chômage. Les travailleurs peuvent compléter la cotisation à la pension (13,9 % des SAP) sans y être obligés. On peut conclure que la structure des « mini-emplois » n'offre pas de filet de sécurité solide au personnel des SAP en termes de protection sociale et de droit à la pension

⁸⁸ EFFAT, 2015.

⁸⁹ EFFAT, 2015.

⁹⁰ Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, D., 2013.

de retraite. Ils seront donc nombreux à ne pas avoir droit à la pension à l'avenir⁹¹.

Dans le secteur non-soignant, les conventions collectives sont conclues traditionnellement entre les représentants des travailleurs (*Gewerkschaft Nahrung Genuss Gaststätten* ou le Syndicat de l'alimentation et de l'hôtellerie) et le DHB qui représente les employeurs (*Netzwerk Haushalt* ou Réseau des ménages). Si le taux d'affiliation des employeurs était de 50%, elles seraient contraignantes mais ce n'est pas le cas. Bien que des conventions collectives sous-sectorielles aient pu être étendues à tout un secteur, la plupart des travailleurs non-soignants n'ont pas de convention collective. La nouvelle loi de 2015 assure, heureusement, un salaire minimum légal de 8,50 € l'heure⁹².

2.2. Développement des compétences et professionnalisation

Comme le constate Nicolas Farvaque (2015), des mesures de valorisation des conditions de travail ne peuvent qu'être accompagnées de mesures de professionnalisation des travailleurs pour créer et assurer une meilleure qualité de service. Dans le contexte actuel, le terme « professionnalisation » signifie une amélioration des aptitudes dans le secteur tant sur le plan descriptif que normatif⁹³ : le terme peut être utilisé pour décrire la situation de l'offre et de la demande de formation, les compétences requises, la reconnaissance des qualifications, etc. mais également pour professionnaliser les activités des SAP. Sur le plan des normes, la professionnalisation se réfère également aux initiatives et mesures prises pour accroître la qualification des travailleurs, pour en valoriser l'emploi et la qualité des services.

La tendance à l'augmentation de ce personnel SAP se poursuivra à l'avenir dans tous les pays concernés par l'étude. Le secteur offre des possibilités plus importantes d'emploi, notamment de travailleurs mieux qualifiés. Tous les pays sont bien conscients de l'importance des qualifications. Une grande majorité des travailleurs sont des travailleuses, et la profession ne jouit pas d'une grande estime. L'offre d'emploi dans le secteur est insuffisante, à la lumière de la demande, notamment par manque de travailleurs qualifiés, un taux de rotation trop élevé, un recours trop rare aux nouvelles technologies pour développer de nouveaux services, et équilibrer l'offre et la demande. Il apparaît aussi clairement que ces emplois requièrent des compétences précises, de nature technique et/ou relationnelle, qui sont sous-estimées.

En **Belgique**, si certaines professions d'aide aux familles ou aux personnes âgées ont un cadre légal, d'autres telles que des aides polyvalentes sont moins bien encadrées. Les travailleurs payés par titres-services ne sont pas tenus d'avoir une certaine qualification. La formation a cependant montré toute son importance et depuis 2007, des mesures se mettent en place pour

⁹¹ European Commission, European Employment Policy Observatory (EEPO), June 2015.

⁹² European Commission, EEPO, June 2015

⁹³ Farvaque N., 2015.

faciliter l'accès de ces travailleurs à la formation.

- Les Fonds de formation régionaux, qui remplace le Fonds fédéral (suite à la 6^{ème} réforme de l'État), ont pour finalité d'accroître le niveau de formation du personnel payé par titres-services. Les formations peuvent être organisées en interne ou en externe selon les tâches à accomplir.
- Le Fonds de formation sectoriel, Form TS, a été créé en 2009 par les partenaires sociaux du secteur. Toute entreprise relevant de la commission paritaire 322.01 doit prévoir une formation collective de 12 heures par équivalent temps plein. Les formations se concentrent sur : l'ergonomie, les relations clients, le repassage, l'organisation du travail chez l'utilisateur, la connaissance des produits, la santé et la sécurité.

Pour les soins et aides aux familles et personnes dépendantes, le soignant doit être diplômé (formation sociale moyenne ou supérieure). Son diplôme doit être reconnu, délivré par un centre agréé. Ces soignants peuvent devenir tuteurs de nouveaux travailleurs.

En **France**, une large majorité du personnel des SAP est peu qualifiée. Le développement de la formation est donc important, notamment alors que de nombreuses organisations prestataires ont adopté une stratégie de professionnalisation et de formation de certains de leurs travailleurs. Le diplôme le plus élevé du secteur est le DEAVS – Auxiliaire de vie sociale – qui peut être obtenu par la formation professionnelle et la validation de l'expérience acquise. Cette professionnalisation a une incidence sur la structure salariale. Dans le domaine des soins de santé au domicile de personnes dépendantes, les tarifs des interventions sont définis par des conventions publiques. Elles n'incluent pas nécessairement les coûts de la formation et de la professionnalisation. De nombreuses structures sont également confrontées à des pressions budgétaires et, pour cette raison, n'encouragent pas la formation. L'accès à la formation est plus difficile lorsque la relation d'emploi avec le particulier est directe.

En **Italie**, même si le personnel de l'aide sociale (niveau D-super) doit être formé, aucune formation obligatoire et précise n'est prévue pour les aides à la personne (les soignants non qualifiés) qui travaillent dans les services à la personne et les soins de longue durée. La loi 328/2000 a engendré la création de plusieurs métiers. Les travailleurs de l'aide sociale sont soumis à une réglementation nationale alors que la formation est réglementée au niveau régional. Entre les régions, les formations sont différentes, ainsi que la qualité des emplois et des services.

En 2007, la convention collective sur le travail domestique introduit la possibilité pour une catégorie précise de travailleurs de suivre une formation : elle permet aux professionnels du secteur de travailler à temps plein en CDI (contrat à durée indéterminée) et d'avoir accès à des formations précises après plus de 12 mois de travail pour le même employeur. La dernière convention collective (2013) prévoit des formations qui sont imposées aux travailleurs étrangers pour le renouvellement de leur permis de résidence.

En **Espagne**, la Loi de 2006 sur la dépendance met l'accent sur l'importance de la qualification et de la professionnalisation du personnel pour développer l'emploi dans le secteur. Le nombre d'emplois moyennement qualifiés devraient augmenter dans le secteur des services sociaux, des soins à domicile, des services de nettoyage et de soins aux enfants et aux personnes âgées. Cependant, selon les acteurs qui ont participé à l'atelier du projet, une mesure importante serait de mieux définir et délimiter les emplois et métiers dans le secteur des soins, pour mieux déterminer les conditions d'accès à ces emplois et le contenu de la formation. Plusieurs règlements et programmes ont été approuvés au cours des dernières années en vue de développer la qualification et la formation :

- De nouveaux programmes d'éducation et de formation professionnelle ont été approuvés.
- Depuis 2009, une nouvelle procédure a été mise sur pied pour évaluer et certifier les compétences acquises au fil de l'expérience ou les méthodes non-formelles de formation. Les travailleurs qui font certifier leur expérience de travail reçoivent un certificat de professionnalisation. Les travailleurs du secteur des soins de proximité peuvent obtenir un certificat en « accompagnement social et de santé au domicile de personnes dépendantes », sur la base de leur expérience de travail.

Les certificats professionnels, réglementés par le Décret royal 34/2008 du 18 janvier, sont l'instrument d'agrément formel des qualifications professionnelles du Catalogue national des qualifications professionnelles dans le domaine de l'administration du travail.

Dans le secteur des emplois domestiques, un seul certificat professionnel existe mais il n'est pas obligatoire pour occuper un emploi. Il dépend de la bonne volonté de l'employeur. À partir de janvier 2016, il devient obligatoire pour le personnel domestique.

Le développement de l'apprentissage tout au long de la vie et le recours aux « certificats de professionnalisation », c'est-à-dire la reconnaissance en amont de l'expérience de travail, sont perçus comme de nouveaux outils pour résoudre le problème du manque de professionnels dans le secteur. Les employeurs ont des difficultés à trouver des professionnels qui aient une bonne connaissance et expérience, et ils estiment que ces certificats pourraient aider à valoriser leurs qualifications (Eurofound, 2013).

En **Finlande**, la Loi et le Décret sur les exigences de qualification pour les professionnels des services sociaux (272/2005) réglementent la qualification. Dans le secteur des services de soins à domicile, les conditions de qualification peuvent être considérées très strictes et de haut niveau, habituellement une formation professionnelle de 3 ans. Cependant, ces contraintes peuvent être perçues comme un obstacle au développement du secteur. C'est pourquoi les négociations en cours au gouvernement suggèrent une formation professionnelle obligatoire de

deux ans au lieu de trois⁹⁴.

Dans les services à domicile, plusieurs efforts et initiatives ont été réalisés pour promouvoir la professionnalisation. En 2000, une formation professionnelle de base de trois ans en services à la personne et au consommateur a été créée dans le cadre du tourisme, de la restauration et de l'économie des services à domicile (ISCED 3). La qualification peut être acquise par la validation de l'expérience et la démonstration des aptitudes. En 2010, cette qualification a été intégrée à la Qualification des services de nettoyage (200 personnes se sont ainsi qualifiées de 2010 à 2012). Une autre Qualification en services à la personne est également disponible (240 personnes se sont ainsi qualifiées en 2012)⁹⁵. Ces qualifications sont strictement distinctes des qualifications sociales et en soins de santé.

En ce qui concerne les services de soins à la personne, les programmes de formation d'aides à domicile et d'assistants infirmiers ont été fusionnés en 1993, configurant un nouveau programme de formation professionnelle de 3 ans (ou deux ans pour les diplômés d'études secondaires) et un nouveau titre a été créé d' « infirmier praticien » (*lähihoitaja*). Les infirmiers praticiens sont appelés à aider, guider et accompagner les usagers dans les tâches de la vie quotidienne. Dans ce nouveau système de soins intégrés à domicile, c'est souvent la même personne qui réalise les activités d'aide à domicile et les soins infirmiers. Cependant, le système a engendré des tensions entre les professionnels des soins de santé et de l'aide sociale, les professionnels des soins de santé reprochant un manque d'expertise médicale aux professionnels de l'aide sociale qui, à leur tour, regrettent qu'une telle importance soit accordée au traitement médical⁹⁶.

En **Suède**, le personnel soignant à domicile, employé par le secteur public et privé, ne doit pas avoir de qualifications précises si ce n'est celles établies dans la Loi sur les services sociaux, à savoir une formation et une expérience adéquate. Sur l'ensemble du personnel soignant de personnes âgées (à l'exception de ceux qui sont employés à l'heure), 73% avaient une certaine formation professionnelle en 2007, un peu plus en soins résidentiels et moins dans les soins à domicile (NBHW, 2009b). Cette faiblesse de la formation préoccupe les politiques. Au cours des dernières années, plusieurs subsides de l'État ont été offerts aux municipalités pour les encourager à former le personnel soignant déjà employé et promouvoir leurs compétences professionnelles. Rien n'est cependant encore prévu pour introduire des normes minimales de formation formelle.

Un peu plus des trois quart (76%) du personnel soignant suédois a au moins une formation formelle d'un an, en partie parce que la majorité (70%) du personnel soignant sont des aides-

⁹⁴ Jokinen E., *op.cit.* p11.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Kröger T and Leinonen A., *op.cit.* p134.

soignants. Le rapport ENEPRI fait état de 70% - 75% du personnel formé en soins de longue durée, soit une augmentation de 10% en 10 ans. La part du personnel ayant terminé l'école secondaire n'a pas évolué en 10 ans, elle est toujours de 13 à 15%.

Selon l'OCDE, le manque de qualification en soins de longue durée peut être un défi pour la qualité des services. Cette exigence de qualification fait défaut tout comme des normes nationales pour la qualification des travailleurs. La responsabilité d'un programme de formation est déléguée à la municipalité et bon nombre de travailleurs peuvent se voir limités dans leur travail par manque de formation minimale.

Certaines initiatives de valorisation des compétences voient le jour. En 2012, le Conseil national de la santé et du bien-être a émis des recommandations sur les qualifications du personnel soignant de personnes âgées (équivalentes à 3 années du programme de l'enseignement secondaire en soins de santé) et pour des tâches plus spécialisées comme les soins aux personnes souffrant de démence, de maladies mentales, etc. La participation des municipalités demeure volontaire. En 2011, le gouvernement a lancé l'Omvårdnadslyftet, une formation de 4 ans pour améliorer les compétences du personnel engagé dans les soins de longue durée. Les municipalités ont reçu des incitants monétaires pour y participer (sous forme de gratification lorsqu'un certain niveau a été acquis). 10.000 salariés en ont bénéficié.

Sur le plan professionnel, la grande majorité des salariés sont du personnel soignant (aides infirmiers, aides-soignants ou aides à la personne). Les aides infirmiers (*undersköterskor*) et les aides-soignants (*vårdbiträden*) sont les deux groupes majoritaires dans le secteur. Ils sont contrôlés par des inspecteurs des soins à domicile (souvent des travailleurs sociaux qui ont une formation universitaire) et des infirmiers enregistrés, aidés de thérapeutes et physiothérapeutes professionnels sur une base plus consultative. Les aides infirmiers ont normalement une formation secondaire supérieure de 2 ou 3 ans en soins infirmiers qu'ils peuvent avoir acquise avant de commencer à travailler ou qu'ils peuvent avoir reçue en cours de travail, financée par l'employeur (la municipalité). Les aides-soignants ont une formation plus courte, souvent assurée par la municipalité. Le personnel des soins à domicile en Suède est bien moins souvent en contact avec un inspecteur (un tiers a un contact hebdomadaire) que le même personnel dans les autres pays nordiques (deux tiers ont un contact hebdomadaire).

Au **Royaume-Uni**, les niveaux d'aptitude du personnel des soins à domicile sont généralement bas. Cependant, les agences d'emploi doivent assurer des niveaux précis de qualification du personnel. National Care Standard 20 (la norme 20) relative à la compétence et formation du personnel stipule qu'au 1^{er} avril 2008, 50% de l'ensemble des soins à la personne doit être assuré par du personnel ayant des National Vocational Qualifications (NVQ)- Qualifications professionnelles nationales - ou équivalentes. Les niveaux se valorisent donc lentement. La plupart du personnel a acquis ou est en voie d'acquisition de ces qualifications par un apprentissage et une évaluation sur le tas. Les nouveaux travailleurs du secteur qui n'ont pas ces qualifications doivent s'inscrire à la formation pour les acquérir dans les 6 mois qui suivent

leur embauche. Cependant, jusqu'à la fin du mois de mars 2007, entre un cinquième et un quart des agences enregistrées dans le secteur ne respectait pas cette norme de qualification. En 2008, seuls 32% des aides-soignants ou autre personnel soignant avaient atteint le niveau 2 de ces qualifications et 27% supplémentaires le niveau 3 (les 2 niveaux les plus bas) ou plus. En janvier 2011, ces qualifications ont été intégrées dans un Cadre de qualifications et de crédit (QCF) qui permet au personnel de les acquérir à son rythme grâce à des parcours de formation flexibles et une démarche qui tient compte des besoins de développement du personnel.

Peu de professionnels des soins à domicile sont qualifiés (par exemple, en tant qu'infirmiers). Trois quart de ces soignants à domicile aident des personnes âgées, offrent des services concrets à la personne et seuls 3% ont une fonction professionnelle (de gestion ou de surveillance). Un certificat de soins a été introduit dans le secteur en Angleterre en 2014.

En *Angleterre*, les interventions professionnelles représentent 6% des tous les emplois qui offrent des services sociaux aux adultes. Les emplois sont assez différents mais ont en commun d'exiger une qualification professionnelle. On y retrouve des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, du personnel infirmier, des professionnels paramédicaux et des enseignants. Les employeurs sont ou ont été récemment confrontés à une pénurie de personnel infirmier formé dans le pays et se sont tournés vers l'étranger.

En *Irlande du Nord*, le rapport NISCC 2014 sur le profil des qualifications du personnel des services sociaux des secteurs indépendants et bénévoles en Irlande du Nord révèle que 5,6% du personnel de ces services conventionnels à domicile ont une formation en travail social, soins infirmiers ou paramédicaux.

Aux **Pays-Bas**, les soins de proximité constituent un secteur de plus en plus demandeur de qualité et de compétences. Les aptitudes qui compteront à l'avenir sont influencées par plusieurs phénomènes : le glissement des personnes de l'établissement à leur domicile ainsi que le recours aux nouvelles technologies et à différentes techniques de diagnostic.

Le nouveau professionnel de la santé travaille dans des domaines et des contextes très changeants mais aussi en tant qu'un généraliste. L'aptitude requise par excellence est la capacité de « décriper » : l'attention professionnelle doit se porter sur le fonctionnement du citoyen dans son environnement, son domicile, avec la plus grande autonomie suite à un traitement, une intervention chirurgicale ou pour une convalescence.

Quant aux qualifications du personnel soignant et domestique, les Pays-Bas ont des exigences pour le personnel infirmier dont la formation dure 3-4 ans ; il doit aussi sans cesse se recycler ou présenter des examens en vue d'une re-certification au fil de sa carrière. Une spécialisation est prévue.

Aucune formation ou politique de promotion du personnel des SAP n'est en place. Il y a cependant quelques initiatives locales comme, par exemple, à Tilburg, où toute personne de

plus de 55 ans peut recourir aux services à domicile « WoonZorgService in Wijk » (WZSW)⁹⁷ et utiliser les « titres-services ». Cette initiative conjugue l'aide aux personnes âgées et la réintégration des chômeurs sur le marché du travail. Après la formation, ces anciens chômeurs peuvent prendre un statut d'indépendant et travailler dans les SAP. Les municipalités peuvent, à cette fin, utiliser les ressources financières prévues pour des prestations sociales et de chômage. Le ministère du Travail et des Affaires sociales s'est dit intéressé par le développement de ces initiatives par des entreprises commerciales au niveau national.

Par ailleurs, les taux de chômage élevés valorisent l'attractivité du secteur et les mesures adoptées sur le marché du travail pourraient encourager le recrutement. À cet égard, mentionnons la stratégie innovante des Pays-Bas qui entendent recruter et retenir leur personnel grâce à *l'utilisation des soins à distance*. Les réseaux vidéo permettent aux clients et prestataires de soins à domicile de se contacter à l'aide d'une caméra et d'un écran. Un prestataire peut être contacté à tout moment, jour et nuit. Cela devrait accroître le sentiment de sécurité des clients, leur indépendance et remplacer partiellement les visites organisées par les prestataires de soins⁹⁸.

Comme dans la plupart des pays européens, l'**Autriche** connaît une pénurie de personnel dans les SAP. La demande de services s'accroît surtout parmi les personnes âgées, les aides à domicile et aides sociales. Les perspectives de carrière sont très bonnes pour le personnel qualifié en soins aux personnes handicapées.

À long terme, la pénurie devrait s'aggraver, notamment celle de personnel qualifié⁹⁹. La demande de personnel domestique se poursuivra, voire augmentera. La prestation de services publics est en baisse¹⁰⁰.

Les nombreux départs en retraite dans les prochaines années feront grimper la demande de personnel infirmier. La formation en SAP doit donc être promue et plus attractive. Le passage au secteur des soins ou la promotion professionnelle requièrent des qualifications qui ne peuvent s'acquérir en travaillant. Or, la majorité des personnes ne peut se permettre de renoncer à leur travail et au revenu qui en découle¹⁰¹.

En **République tchèque**, le secteur des SAP est très demandeur et a besoin de qualité et de compétences pour le passage de l'établissement vers le domicile, et donc au recours aux

⁹⁷ Woonzorgservice in de wijk (WZSW), <http://www.wzsw.nl>

⁹⁸ European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, *ibid.*

⁹⁹ Eurofound, *More and better jobs in home-care services*, 2013.

¹⁰⁰ EFFAT, 2015.

¹⁰¹ VIDA (Trade Union, Die Gewerkschaft), 2015.

nouvelles technologies¹⁰².

Jiri Horecky décrit quatre professions et leurs exigences de qualifications¹⁰³ : le personnel infirmier (diplôme universitaire obligatoire), les assistants sociaux et ergothérapeutes (enseignement secondaire et supérieur dans le domaine auquel s'ajoutent 200 heures de spécialisation), les travailleurs prestataires de soins sociaux de base (enseignement de base et 150 heures de spécialisation), et le personnel de gestion/technique (leur formation est régie par des lois spéciales).

En **Allemagne**, selon l'Office fédéral des statistiques (2015), la plupart des entreprises de services de soins infirmiers hors hôpitaux employaient du personnel infirmier ou des aides-soignants en 2013. Pour les SAP, le coût élevé de la formation est un frein pour les entreprises. Le personnel se forme normalement dans des entreprises de services hospitaliers avant de travailler dans des services de soins hors hôpitaux.

S'agissant des services ne relevant pas des soins, les compétences sont souvent sous-estimées : langue, comportement, rigueur, flexibilité, aptitude à travailler indépendamment et à s'adapter à la charge physique grandissante du travail, etc. Une formation de 3 ans est prévue (pour l'entretien ménager, *Hauswirtschaftler*) mais selon les experts, les aptitudes sociales nécessaires n'y sont pas suffisamment enseignées. Moins de 8.700 personnes ont été formées à cet entretien ménager en 2013. Le chômage y est cependant plus élevé que dans d'autres métiers.

Le personnel soignant informel peut recevoir des formations gratuites du fonds des soins de longue durée. Les Landers sont responsables de la formation du personnel travaillant pour des personnes vulnérables. En 2003, une loi fédérale a normalisé la formation professionnelle des travailleurs plus âgés. La réglementation n'est donc plus régionale mais les Länder demeurent responsables de la mise en œuvre de la formation.

2.3. Santé et bien-être

Les pays concernés par l'étude reconnaissent tous le mal-être de nombreux travailleurs des SAP et leur insatisfaction des conditions de travail. Ils dénoncent souvent une charge de travail trop lourde, leur incapacité à répondre aux besoins des usagers et ils envisagent sérieusement de quitter leur profession. Certaines initiatives de promotion de la santé et du bien-être ont été identifiées dans ces pays.

En **Belgique**, le Décret royal du 28 mai 2003 sur le suivi de la santé des travailleurs réglemente les tâches et les devoirs de l'employeur ainsi que du consultant en prévention des risques

¹⁰² Projet For quality!, Troisième Séminaire régional Vienne, 22.09.2015. <http://forquality.eu/>

¹⁰³ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

professionnels/médecin du travail en matière d'examens médicaux imposés par la médecine du travail. Les réglementations sur le bien-être du travailleur au travail sont stipulées à l'article 9 du Décret royal du 12 décembre 2001 sur les titres-services. L'entreprise agréée doit, en qualité d'employeur, respecter toutes les obligations associées au bien-être des travailleurs, dont la santé et la sécurité des travailleurs pendant leur travail et en éviter les risques. L'entreprise agréée, en qualité d'employeur, est donc pénalement responsable de l'application de ces réglementations sur le bien-être au travail. L'employeur particulier détermine les conditions de travail sans qu'il y ait de relation légale entre les deux parties.

En **France**, les emplois dans les SAP sont fortement exposés à des risques psychosociaux et des facteurs émotionnels. L'organisation du travail ne peut guère les prévenir mais met à la disposition des lieux d'échange où les travailleurs peuvent exprimer leurs difficultés ou leurs inquiétudes. Les activités plus exigeantes (par exemple, pour des personnes très dépendantes) peuvent aussi se conjuguer avec des activités qui le sont moins (comme le nettoyage). Le personnel employé directement par des particuliers est souvent plus isolé. Depuis 2011, il doit avoir accès à la médecine du travail à condition de travailler à temps plein. Le personnel d'organisations prestataires de services est mieux suivi par la médecine du travail mais l'inspection de la santé et sécurité au travail ne peut contrôler le travail effectué chez l'utilisateur.

La pénibilité de ce travail est aussi aggravée par l'obligation de travailler pour plusieurs employeurs pour parvenir à un temps plein, engendrant des situations de risque pour la santé des travailleurs.

En **Italie**, on dénombre en moyenne 6.000 cas de blessures par an dans le travail domestique. En 2008, 35.763 cas de travailleurs domestiques blessés ont été enregistrés, 2 cas se sont avérés mortels. Ces chiffres révèlent le déficit de prévention dans le secteur.

L'isolement peut être très important dans le cas de services avec hébergement, notamment de femmes issues de l'immigration qui viennent chercher un emploi domestique en Italie. La pression émotionnelle chronique qu'impliquent les soins de longue durée et le manque d'instrument à disposition, en regard des institutions résidentielles de soins de longue durée, peuvent amenuiser la qualité du travail et engendrer une dégradation de la santé. Le peu de formation en sécurité au travail des aides à la personne contribue à aggraver cette situation.

En **Finlande**, tous les employeurs doivent prévoir des services de santé professionnelle pour leurs employés. Les indépendants peuvent les organiser volontairement. Les employeurs et les indépendants peuvent acheter ces services auprès d'un centre de santé de la collectivité locale ou un prestataire privé¹⁰⁴. Les employeurs doivent fournir l'horaire de travail, les périodes de repos et les heures supplémentaires accomplies au service de la collectivité. Ces informations

¹⁰⁴ Ministry of Social Affairs and Health, characteristic of the social security system in Finland, Brochure 8ng, 2013.

sont à la disposition des travailleurs ou de leurs représentants qui peuvent demander un rapport sur la base de ces éléments¹⁰⁵.

Aux **Pays-Bas**, l'Inspection SZW œuvre pour des conditions de travail équitables, respectueuses de la santé et de la sécurité, et la sécurité socioéconomique des travailleurs¹⁰⁶. Des études pointent des raisons qui justifient la qualification de « précaire » du travail. Le travail domestique privé demeure souvent non déclaré¹⁰⁷. Par exemple¹⁰⁸, toute personne recourant à du personnel extérieur pour du travail à son domicile pendant 3 jours par semaine, ou moins, est exonérée des cotisations sociales, des charges fiscales et de la demande d'autorisation de licenciement.

En **Autriche**, certaines études récentes révèlent qu'une grande majorité du personnel soignant informel estime la charge de travail lourde. Les facteurs de stress les plus importants sont, de l'aveu des personnes concernées, la responsabilité, le désespoir et le sentiment d'une fiscalité trop importante¹⁰⁹. Selon les tendances publiées récemment, au moins un tiers de ce personnel est incapable de quantifier son temps de travail¹¹⁰, d'autant plus difficile à évaluer lorsque l'utilisateur et le soignant vivent sous le même toit (soins jour et nuit) ou lorsque l'utilisateur a plus besoin d'être surveillé que soigné.

En **République tchèque**, les résultats de l'étude « Stress, dépression et style de vie en République tchèque », réalisée en 2015, indiquent que les signes de dépression, burnout et stress sont relativement courants chez les travailleurs tchèques¹¹¹. C'est plus particulièrement le cas dans les SAP et la précarité du travail est avérée dans le secteur privé des soins. La multiplication des emplois est également monnaie courante chez les travailleurs pour augmenter leur revenu. La plupart des travailleurs des SAP travaillant à temps complet, ils sont peu disponibles pour leurs propres parents qui ont besoin de soins à domicile.

En **Allemagne**, ces emplois de personnel soignant et domestique à domicile sont réputés durs, physiquement et émotionnellement. Leur contrôle est rendu difficile par le niveau élevé de travail informel dans le secteur. Les conditions de travail ainsi que les installations chez les usagers (pour lever la personne, les lits spéciaux, etc.) sont très variables d'un patient à l'autre. Le peu de possibilités d'échanger entre soignants à domicile sur leur travail peut générer un sentiment d'isolement.

¹⁰⁵ EFFAT, *op.cit.*, p19.

¹⁰⁶ Inspectorate SZW, <http://www.inspectieszw.nl/>

¹⁰⁷ European monitoring centre on change (EMCC), Regulation of domestic work, Netherlands, 2009.

¹⁰⁸ Van Walsum S., The (Non)regulation of Domestic Work in the Netherlands, International seminar from 29 March 2010.

¹⁰⁹ Riedel M., Kraus M., ENEPRI research report n°69, 2010.

¹¹⁰ Riedel M., Kraus M., 2010.

¹¹¹ Eurofound, European Observatory of working life, Czech Republic: new study investigates causes of stress among Czech workers, 2015, <http://bit.ly/1hjFDuR>

3. QUALITÉ DU SERVICE

La qualité est un élément clé des SAP, voire l'élément clé. Malgré les efforts des partenaires sociaux pour professionnaliser son personnel, l'examen de la situation dans 11 pays révèle que le problème est toujours d'actualité et qu'il est incontournable pour le développement du secteur.

3.1. Disponibilité, accessibilité et intégralité des services

Le principe de l'accès universel aux SAP pour les personnes qui ont besoin de soins et d'aide peut s'inspirer de celui de la Plateforme européenne des personnes âgées d'application aux personnes requérant des soins : ils devraient être gratuits ou accessibles à un prix qui ne mette pas en danger leur qualité de vie, leur dignité et leur liberté de choix¹¹². Toujours selon cette Plateforme, ils devraient être facilement accessibles par tous ceux qui en ont besoin¹¹³.

En **Belgique**, pour assurer la disponibilité et accessibilité, les services d'accompagnement des familles et personnes dépendantes sont subsidiés forfaitairement par délégation de pouvoirs. Pour tout service agréé, un quota annuel d'heures de services (*le contingent*) est établi et c'est sur cette base que les subsides sont octroyés. Ces subsides couvrent les frais du personnel, les coûts d'exploitation, le temps de réunion et de formation. L'accès à ces services est fonction des besoins de l'utilisateur qui sont évalués dans le cadre d'une enquête sociale annuelle et à l'aune de plusieurs critères : composition de la famille, degré de dépendance, fréquence et mode d'intervention, revenus, ressources, dépenses) et la priorité doit aller aux personnes qui présentent les plus grands besoins physiques, psychologiques, sociaux et financiers. Le bénéficiaire doit contribuer à cette aide en fonction d'un programme du ministère, de sa condition et de sa charge familiale. Pour les services de nettoyage, tous les résidents en Belgique peuvent utiliser le système des titres-services si leurs besoins ne débordent du cadre réglementaire du système.

L'intégralité des services est assurée par des réseaux de services d'accompagnement et d'aide aux familles et personnes dépendantes mis en place par les 3 régions. Ces centres locaux et régionaux coordonnent les services, ce qui tend à apporter une valeur ajoutée à une série de services à domicile réalisés par différents professionnels pour satisfaire tous les besoins des bénéficiaires. C'est le rôle des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile (CASD) ou des services de soins à domicile (DSS).

En **France**, deux composantes principales sont déterminantes pour la qualité des services :

¹¹² AGE Platform Europe, WeDo quality principles, 2010-2012.

¹¹³ AGE Platform, *ibid.*

- Le système tarifaire choisi par l'organisation où l'unité différencie les conditions de qualité. Si le tarif est contrôlé par le gouvernement, les prestataires doivent être agréés ; si le tarif est fixé librement (avec un suivi néanmoins), les organisations et unités doivent être accréditées.
- Parallèlement à ces obligations, les organisations ou unités ont recours volontairement, mais de plus en plus, à la certification. Le gouvernement y associe une politique de qualité qui est définie, la certification remplaçant l'accréditation obligatoire.

En **Italie**, la réglementation des SAP est encadrée par la loi et répartie entre différentes législations selon les zones locales. La question se pose donc de l'égalité d'accès à ces services dans les différentes régions. Le problème essentiel de la décentralisation est la relation entre les dépenses et le financement des services ; les régions les plus pauvres ont des difficultés de financement¹¹⁴. Les écarts de financement entre les régions impliquent aussi des différences de structures, de qualité et d'intégralité des services. L'augmentation du nombre d'aides à la personne est induite par le nombre croissant de personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soins, la limitation des ressources des ménages et l'intervention publique limitée aux situations les plus graves.

En **Finlande**, depuis 2005, les soins à domicile sont de plus en plus sélectifs et orientés vers « *les plus âgés d'entre les âgés et les plus fragiles d'entre les fragiles* ». La plupart des personnes de moins de 85 ans sont souvent exclus des services publics, dont les soins informels, si la personne âgée peut compter sur un membre de sa famille¹¹⁵. Les soins informels étant institutionnalisés, ils sont devenus l'alternative pour les personnes âgées qui n'ont pas besoin d'aide intensive. Les disparités entre usagers s'aggravent sous l'effet de cette différenciation entre les personnes qui ont droit à des services publics et celles qui doivent trouver des alternatives (sur le marché ou au sein de la famille). Les familles ainsi engagées dans ces soins estiment positive cette reconnaissance des soins informels. Le système est cependant inefficace, l'allocation étant encore très limitée, les prestations offertes étant peu élevées et le système des jours de repos difficile à mettre en application.

Les **Pays-Bas** présentent une forte densité géographique de réseaux de soins à domicile. Grâce aux prestations de services ou aux budgets personnels, les Néerlandais peuvent choisir leurs prestataires de services, voire même le type de soins, sauf lorsqu'il y a pénurie ou absence de tels prestataires. Les clients peuvent aussi influencer la qualité des soins, parce qu'ils ont la possibilité de déposer plainte.

L'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé fait état de nombreuses initiatives

¹¹⁴ Réseau européen des Services à la personne à finalité sociale, Personal Care Services in Europe – Synthesis, 2009.

¹¹⁵ Kröger T. and Leinonen A., *op.cit.* p130.

pour conscientiser les clients à la disponibilité des services à la personne. Par exemple, des centres dédiés d'information dans les municipalités et un site national ont été créés pour informer les personnes sur où et comment demander des soins¹¹⁶.

Mentionnons également le LOC¹¹⁷ – Voix dans les soins de santé - qui représente les intérêts d'un nombre important de personnes ayant besoin de soins. L'organisation permet à quelque 600.000 clients de participer et d'avoir son mot à dire dans les soins de santé et la vie en général.

Pour défendre la concurrence loyale entre prestataires de SAP, le pays a créé l'Autorité des soins de santé (NZa). Cette organisation garantit les effets positifs de la concurrence en empêchant les monopoles ou les abus de pouvoir du marché par des prestataires et assureurs. Une stratégie est actuellement d'application pour communiquer systématiquement les informations sur la qualité des services disponibles et les prestataires de services aux usagers ainsi que le personnel soignant informel¹¹⁸. Une comparaison transparente a pour finalité d'aider l'utilisateur du service à poser un choix informé et à encourager les prestataires de soins à fournir des soins de qualité. Les organisations sont tenues par la NZa de compiler leurs données sur la qualité et l'efficacité, et à tenir des rapports à la disposition.

La transparence est un aspect crucial mais l'intégralité des services est tributaire du soutien gouvernemental à une grande diversité de services et du développement de services intégrés (services sociaux et de santé) ; elle est accompagnée d'une évaluation complète des besoins et de l'adaptation à ces besoins (des soins centrés sur la personne). Le gouvernement néerlandais ne propose pas ce genre de soutien. Par contre, il est de plus en plus prévu par les municipalités. Par exemple, Eindhoven applique un système de notation « étoiles »¹¹⁹.

En **Autriche**, en ce qui concerne la disponibilité des services SAP, le pays offre un large éventail de tels services pour répondre adéquatement aux besoins des personnes. Grâce aux programmes d'allocations fédérales et des Länder, destinés à permettre un meilleur libre arbitre, cette adéquation est possible. Une des options est celle de soins informels qui jouent traditionnellement un rôle très important dans les SAP et peuvent être financés par ces allocations.

Des disparités régionales ont fait cependant leur apparition entre les 9 Länder autrichiens. Le secteur formel poursuit sa croissance et les écarts en termes de disponibilité de services entre Länder sont plus tangibles. C'est le cas notamment des services de prestations informelles de

¹¹⁶ European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, *ibid*.

¹¹⁷ LOC Voice in Healthcare, www.loc.nl

¹¹⁸ INTERLINKS, Quality management and quality assurance in LTC, European project INTERLINKS, 2010.

¹¹⁹ <http://eindhoven.werksite.nl/loopbaanbegeleiding>

soins telles que l'accompagnement et la relève à domicile¹²⁰.

L'article 15a B-VG de l'accord pour les personnes dépendantes de 1993¹²¹ prévoit l'obligation pour les Länder d'élaborer des plans de demande et de développement (*Bedarfs- und Entwicklungspläne, BEP*) en vue d'assurer un système suffisant et complet de services de soins en institutions, semi-institutionnels et à domicile pour tout le territoire, dans le respect de normes minimales¹²². Cependant, cet accord est peu contraignant n'étant pas assorti de pénalités en cas de non-respect¹²³. L'accord contient un cadre de base alors que les détails doivent être réglementés au niveau provincial et divergent donc en fonction des provinces. Il y a par conséquent un écart important entre et au sein des Länder, en ce qui concerne la disponibilité et la qualité des services. La divergence régionale est perceptible dans l'organisation des soins formels, en institution et à domicile.

S'agissant de l'accessibilité, ce sont les programmes d'allocations de soins du niveau fédéral et des Länder qui la prévoient. Les personnes, qui n'ont pas droit à l'allocation financière du niveau fédéral, reçoivent le même montant des Länder. Si le revenu de la personne dépendante ne lui permet pas de financer ses soins, les services sociaux peuvent offrir des compléments.

Même si la majorité du personnel soignant du secteur des SAP travaille par l'intermédiaire d'organisations prestataires de ces services, des mesures d'assurance de qualité font souvent défaut¹²⁴. La concurrence sur les prix de ces services et non leur qualité a pris de l'ampleur récemment. De nombreuses organisations ont des difficultés à trouver du personnel infirmier qualifié.

En **République tchèque**, les autorités de l'État soutiennent le développement de services sociaux facilement accessibles au niveau local (notamment par l'externalisation des services) et octroient un soutien (allocations de soins) aux familles pour assurer les soins à leurs personnes âgées. Le réseau actuel des services de SAP est insuffisant dans le pays. Les médias tchèques publient souvent des témoignages qui dénoncent cette insuffisance et qui en appellent à des règles plus strictes de contrôle de la qualité de tout le système des SAP¹²⁵. Dans les 14 régions tchèques, l'accessibilité et la disponibilité des services SAP sont peu importantes et insuffisantes dans les régions à plus faible densité de population. Les régions à plus forte

¹²⁰ The Austrian system for long-term care, Peer review "Achieving quality long-term care in residential facilities", 18-19 October 2010.

¹²¹ Le texte de l'Accord (en allemand) est disponible sur le lien <http://bit.ly/1HAfv59>

¹²² Riedel M., Kraus M., ENEPRI report n°69, 2010.

¹²³ Riedel M., Kraus M., The Austrian long-term care system, project ANCIEN, report, 2010.

¹²⁴ Projet For quality!, Troisième Séminaire Régional, Vienne, 22.09.2015, rapport.

¹²⁵ Sowa A., 2010.

densité de population ont des prestataires de SAP plus concurrentiels¹²⁶.

Quant à l'intégralité, les services SAP devraient être facilement accessibles par tous ceux qui en ont besoin¹²⁷. L'accessibilité est cependant insuffisante dans tout le pays¹²⁸. Les plus grandes victimes en sont des groupes cibles tels que les personnes handicapées.

En **Allemagne**, le Fonds LTCl couvre un montant forfaitaire des coûts du traitement à domicile choisi par les usagers sur la base de leurs besoins et indépendamment de leur âge, revenu, richesse ou du prix du service. La différence est donc financée par les usagers. Lorsqu'ils ne peuvent cofinancer les services, leurs familles doivent contribuer au financement dans des limites définies par la loi : heureusement, le besoin d'accès aux soins jouit d'une définition plus large dans la loi sur l'assistance sociale et la différence de coût peut être à la charge du régime de l'assistance sociale si les bénéficiaires ou leurs enfants, voire leur proches parents, ne peuvent la financer. Des assurances privées peuvent aussi être souscrites par les usagers et/ou leurs familles pour financer ces frais¹²⁹. Il y aurait 3 millions de personnes exigeant des soins importants sans être qualifiées de « dépendantes de soins ».

Lorsque les usagers ne peuvent se permettre les services de soins de longue durée, même partiellement, ils peuvent demander une assistance sociale qui est fonction de l'évaluation de leurs moyens¹³⁰. Dans un autre registre, un parent soignant informel a droit à 4 semaines de congé, le LTCl couvre alors les frais d'un intervenant professionnel. Le montant ne peut cependant dépasser les 1.470 €.

Lorsque les conseils médicaux réalisent les évaluations à domicile des besoins en soins SAP des personnes, ils se concentrent généralement sur les besoins physiques en soins, alimentation et mobilité. Les besoins en assistance ou surveillance sont de fait laissés de côté même si des personnes souffrant de démence ou de handicaps d'apprentissage ont souvent besoin de ces services. Les personnes qui gèrent difficilement les activités journalières sont soumises à une autre évaluation et peuvent recevoir des prestations du niveau 0 de soins. Depuis janvier 2013, les bénéficiaires ont droit à des meilleures prestations si leurs besoins en soins sont d'un niveau dit « supérieur ». Pour les usagers atteints de démence reconnue, le problème est le manque de considération de la perte progressive de leur indépendance.

3.2. Qualité de la réglementation, de la gestion et de l'organisation

En **Belgique**, bien que complémentaires, les services d'aide/soutien aux familles et personnes

¹²⁶ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

¹²⁷ AGE Platform, 2010-2012.

¹²⁸ Projet For quality!, Troisième Séminaire Régional, Vienne, 22.09.2015, rapport.

¹²⁹ Commission européenne, 2014.

¹³⁰ Schulz, E., 2010.

dépendantes et les services ménagers couverts par les titres-services ne sont pas soumis aux mêmes réglementations.

Les services d'aide aux familles et personnes dépendantes sont organisés par les gouvernements régionaux. Les prestataires ne peuvent être que publics et doivent être agréés par les régions. Cette procédure, qui prévoit un certain nombre de normes de qualification, de tutorat et de formation des travailleurs ou d'organisation structurelle, exige des prestataires de services le respect d'un cadre réglementaire qui en assure la qualité. Ces services sont donc contrôlés par le gouvernement.

Le système des titres-services jouit également d'un cadre réglementaire dont les régions sont les garantes. La loi, qui établit ce système, exige qu'il soit évalué tous les ans et qu'en soient examinés les effets sur l'emploi, sur le coût brut et net de la mesure, sur les conditions de rémunération et d'emploi des bénéficiaires et des travailleurs. Chaque entreprise a l'obligation de soumettre ses données qui permettent de vérifier le respect du cadre et d'éventuellement retirer la licence si l'entreprise ne remplit pas les obligations et les critères requis. Les entreprises de titre-services reçoivent leur licence d'exploitation du gouvernement fédéral. La 6^{ème} réforme de l'État belge a transféré ces attributions aux régions. La demande de licence doit cependant encore être soumise à la Commission d'accréditation de l'Office national de l'emploi (ONEM).

En **France**, depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, qui réforme les activités sociales et les soins de santé, toutes les organisations ou unités assurant la prestation de soins de longue durée et actives dans les secteurs sociaux et des soins de santé doivent suivre une procédure d'agrément pour s'établir, se transformer et se développer. Pour les soins de longue durée, cette autorisation est émise par le Président du Conseil général du Département lorsque les services des organisations et unités sont susceptibles d'être financés par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs activités relèvent du domaine de compétence dévolu par la loi au Département. Cette autorisation, accordée pour 15 ans, décline les conditions de qualité nécessaires lors de la création d'une organisation ou d'une unité. La conformité avec ces exigences minimales de qualité est ensuite évaluée au fil de la période de validité de l'autorisation par l'organisation ou l'unité elle-même (évaluation interne ou auto-évaluation) ou par un organisme externe (évaluation externe). La demande d'autorisation doit révéler la capacité de l'organisation de garantir les droits des usagers et de réaliser les évaluations prévues. Pour assurer le respect des droits de l'utilisateur, la loi prévoit un certain nombre d'outils dont doivent se doter les organisations ou services. Ils sont obligatoires à leur fonctionnement.

L'accréditation, par contre, est octroyée pour 5 ans par le Préfet du Département après délibération du Conseil général. Cette procédure concerne essentiellement les associations et les entreprises dont les activités se réalisent au domicile de personnes âgées et handicapées, voire d'autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans leur environnement immédiat, favorisant ainsi leur maintien à domicile.

L'accréditation est accordée en fonction de critères de qualité de l'unité précisés dans le cahier des charges du 24 novembre 2005 sur l'agrément de qualité prévu au premier paragraphe de l'article L.129-1 du Code du Travail.

Les organisations et les unités sont obligatoirement soumises à une évaluation externe. Les résultats de cette évaluation sont transmis au Préfet qui les reçoit au moins 6 mois avant son renouvellement. La durée de validité étant de 5 ans, les organisations ou unités agréées sont évaluées bien plus souvent que celles qui ont une autorisation de 15 ans. Par ailleurs, l'évaluation interne n'est pas obligatoire pour les organisations et services ainsi agréés.

S'agissant de la certification, la procédure est volontaire mais peut remplacer le contrôle de qualité des organisations ou unités agréées ou accréditées qu'effectuent les autorités publiques. Les certifications reconnues actuellement par les autorités publiques remplissent les normes françaises NF standard X 050-056 d'application aux services de soins à domicile (AFNOR, Agence française de normalisation) : le certificat enregistré par Qualicert sous « Services humains » (SGS – Service de certification internationale) et le certificat enregistré par Qualisap sous « Qualité des organisations de services engagés dans les services à la personne » (une Certification du Bureau Veritas).

En **Italie**, l'État central a établi la mise en œuvre d'un système intégré de services sociaux dont sont responsables les municipalités. Les municipalités sont donc responsables de la certification des organisations publiques et privées engagées dans la prestation de services aux usagers par l'intermédiaire de ces municipalités. Il s'agit essentiellement du secteur des soins. La responsabilité de l'évaluation de la qualité est donc du ressort des municipalités et elle varie selon ces municipalités.

Pour les services de soins de longue durée, l'enjeu est tel que les audits sont réalisés par les services sociaux municipaux et les directeurs des services de santé régionaux de services de santé intégrés (ADI) au domicile¹³¹. Les experts décèlent souvent « l'absence de tout organisme de surveillance de ce qui se passe au domicile entre le bénéficiaire des soins et le personnel soignant » et qualifient cette carence de problème principal. Il est courant que le personnel soignant et les bénéficiaires ne sachent pas à qui s'adresser pour être conseillés lorsque surgissent des problèmes qui peuvent amputer la qualité des services.

En **Espagne**, une réglementation importante de la qualité du service date de 2008, de l'« Accord sur l'accréditation de critères communs de qualité d'autonomie et de dépendance des centres et services de soins ». La raison d'être de cet accord est la Loi de 2006 sur la dépendance selon laquelle toute personne dépendante a le droit à des services de soins de

¹³¹ Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., B. Saltman, R., Home Care accross Europe - Current structure and future challenges, EOHSP, 2012.

qualité. L'accréditation officielle de ces centres, ressources et services signifie qu'ils remplissent les conditions requises définies par les administrations compétentes. L'accréditation des centres et services est obligatoire pour avoir accès au Système de soins aux personnes dépendantes et à leur autonomie personnelle (SAAD). L'accord a pour finalité de promouvoir la professionnalisation et la formation des travailleurs. Les normes de qualité sont directement associées aux ressources humaines et la qualité du service dépend du nombre de professionnels disponibles et de leur formation. Des ratios de personnel ont été déterminés (nombre minimum de professionnels par personne dépendante) ainsi que des niveaux minima de qualification (en 2015, tous les travailleurs assurant des services accrédités devaient être titulaires d'une qualification reconnue officiellement pour l'exercice de leur fonction). Certaines communautés autonomes ou régions sont allées au-delà et ont développé leur propre réglementation, définissant les profils professionnels, les ratios de personnel, etc. Cet accord est donc un bon vecteur du développement de politiques d'apprentissage tout au long de vie et, notamment, du recours à des « certificats de professionnalisme » (reconnaissance de l'expérience antérieure).

En ce qui concerne l'inspection des prestataires, il semble que les communautés autonomes contrôlent et surveillent les mécanismes. L'application des TIC peut avoir toute sa pertinence dans la qualité des services. Dans ce contexte, une récente initiative du ministère de la Santé et des Services sociaux peut être qualifiée de bonne pratique. En avril 2015, le ministère a présenté la première application mobile dans le domaine de la dépendance (App Dependencia). Cette application est destinée aux personnes âgées ou handicapées. Elle facilite les relations entre eux, leurs parents et le personnel soignant. L'application contient des témoignages, plus de 60 vidéos donnant des conseils techniques au personnel soignant, des informations sur les services et prestations, et la relation avec les organismes de gestion concernés.

Au **Royaume-Uni**, la Care Quality Commission (CQC) réglemente un éventail de prestataires de soins dans toute l'*Angleterre* qui sont engagés dans la prestation de soins à la personne. Il s'agit de soins résidentiels, de centres de soins infirmiers et d'organismes de soins. La CQC exige que tous les prestataires réglementés respectent les nouvelles Normes fondamentales (qui remplacent les anciennes Normes essentielles au 1^{er} avril 2015). La CQC contrôle régulièrement les prestataires pour assurer la sécurité, l'efficacité, les soins, la satisfaction des besoins des personnes et leur bonne gestion.

Pour s'enregistrer, un prestataire de services de soins à domicile doit remplir un formulaire de demande et fournir des références financières adéquates, une déclaration d'intention, un plan d'entreprise et un ensemble de politiques et procédures écrites déclinant les modalités de respect par l'organisation des réglementations de 2002 « Domiciliary Care Regulations » et les Normes minimales nationales. Les prestataires doivent aussi nommer une « personne responsable », un membre de niveau supérieur de l'organisation responsable de la surveillance de la gestion du service. Bien que cette personne ne soit pas enregistrée, elle représente l'organisation et doit être à même de démontrer qu'elle et l'organisation remplissent les

conditions d'aptitude pour l'enregistrement. En outre, une fois enregistrés, les organismes de soins à domicile sont tenus de soumettre un projet de programme de formation pour les 6 mois à venir. Il s'adresse à l'ensemble du personnel, dont les directeurs.

Par ailleurs, des inspections régulières (annoncées ou non) des organisations prestataires encouragent le respect des Normes minimales nationales (NMS). Il existe 3 types d'inspection : inspection clé, aléatoire et thématique. Une inspection clé consiste à évaluer en profondeur la qualité du service et les risques éventuels. Elle n'est normalement pas annoncée. Les nouveaux organismes ont une telle inspection au cours des 6 premiers mois. Elle est complétée par des inspections plus courtes qui se concentrent sur des problèmes précis. Elles peuvent répondre à une inquiétude ou une plainte, un changement de direction ou de service. Les inspections thématiques ont pour objet un thème tel que, par exemple, la gestion de la médication des usagers par le personnel. Les NMS encadrent toute la gestion et la pratique des soins. Elles s'attacheraient cependant trop aux processus et à la paperasserie plutôt qu'aux résultats et aux pratiques.

En *Écosse*, le « Care Inspectorate » est l'organisme indépendant d'examen et d'amélioration des services de soins, chargé d'en assurer une bonne qualité, et de valoriser et protéger les droits des personnes. En 2013, il a publié un rapport mettant en lumière la qualité des soins des services à domicile en Écosse. 80% de ces services ont été qualifiés de bons, de très bons et d'excellents sur tous les fronts.

En *Irlande du Nord*, la « Regulation and Quality Improvement Authority (RQIA) » est l'organisme indépendant responsable de la surveillance et de l'inspection de la disponibilité et de la qualité des services de soins de santé et services sociaux. Elle encourage l'accessibilité à ces soins, leur bonne gestion et leur respect des normes requises. RQIA joue également un rôle dans l'assurance de la qualité des services du Conseil du « Health and Social Care (HSC) », de ses fonds et de ses organismes, garantissant ainsi que tous les soins répondent aux normes établies par le Département de la Santé, des Services sociaux et de la Sécurité publique.

Au *Pays de Galles*, les prestataires sont réglementés par le « Care and Social Services Inspectorate Wales (CSSIW) » et doivent répondre à certaines normes. En 2008-2009, le CSSIW faisait état d'améliorations significatives de la qualité des services de soins à domicile et d'une bonne planification, d'une bonne garantie de qualité et de médication des prestataires de tels services.

En **Suède**, le principe directeur du gouvernement est d'assurer que les bénéficiaires de soins et leurs proches puissent faire confiance aux soins offerts en Suède. Le respect de la dignité des usagers et une qualité pointue sont les deux axes essentiels des services de soins. De 2010 à 2014, la qualité des services a été renforcée par un système dit de haut vers le bas, « Initiative pour une vie meilleure », qui est un accord-cadre entre SKL (Association suédoise des

collectivités locales et régionales) et le gouvernement suédois (SALAR, 2015). L'initiative couvre 5 dimensions : la prévention, des soins de qualité aux personnes souffrant de démence, des soins de qualité aux personnes en fin de vie, de bonnes médications et une coordination des soins sociaux et de santé, dans le but de les interconnecter. Les régions, les municipalités et les comtés, qui réalisent ces objectifs, reçoivent des primes. Cette démarche, qui a recours à des paramètres de performance et des références quantitatives, concerne tout qui est engagé dans les soins sociaux et de santé aux personnes âgées malades et a engendré un véritable changement culturel, le passage d'une vision centrée sur l'organisation à une vision focalisée sur la personne. Le rapport d'évaluation révèle la valorisation de la qualité et fait état de données quantitatives qui témoignent, par exemple, de meilleurs soins en fin de vie ou d'une diminution de la médication.

Depuis la réforme de 2009 sur le choix du système dans le secteur public et, notamment, l'ouverture aux prestataires privés, l'évaluation de la qualité est un élément important. Les personnes doivent pouvoir se fonder sur des mesures de qualité et les municipalités se réfèrent aux indicateurs de performance des prestataires dans leur prise de décision des achats. Un système de liberté de choix des prestataires nécessite logiquement une meilleure information sur la qualité et l'efficacité.

Le « National Board of Health and Welfare » coopère avec les municipalités et les conseils des comtés pour développer une comparaison ouverte et rendre publics des rapports de performance sur les services de soins de santé et services sociaux. Les enquêtes des prestataires et usagers de services, et les statistiques officielles servent à construire une large gamme d'indicateurs de qualité qui peuvent être utilisés pour illustrer les niveaux de performance des municipalités et comtés dans différents domaines. Ce sont des informations utiles aux futurs usagers de services et aux politiciens qui misent sur une meilleure qualité des services locaux. Elles peuvent aussi sensibiliser le personnel à l'importance de la qualité des soins. Par ailleurs, deux registres de qualité des soins aux personnes âgées ont été élaborés en recourant à des solutions TI qui permettent la participation des prestataires et la comparaison de leurs résultats au fil du temps avec ceux d'autres prestataires. Mais pour l'instant, les registres se concentrent plus sur des indicateurs de soins de santé que sur des indicateurs de soins sociaux. L'introduction d'un système de subsides, qui est fonction de la performance, a fait fortement augmenter la participation à ces registres et a amélioré la qualité des données. L'étape suivante sera celle de la promotion des registres pour améliorer la capacité analytique locale.

Les lignes directrices sur l'évaluation des besoins en Suède font toujours défaut ; elle est très largement laissée à la discrétion de l'évaluateur. En l'absence d'orientation générale, les tests les plus utilisés lors de l'évaluation des besoins des personnes âgées sont ceux du Conseil national de la santé et de la protection sociale. Par contre, l'absence de normalisation peut permettre une aide plus personnalisée. Le modèle repose sur la confiance dans la discrétion professionnelle des gestionnaires de santé.

En **Finlande**, les municipalités doivent avoir un médiateur qui conseille et informe les usagers, et évalue les modalités de respect des droits des usagers par la municipalité. Les autorités locales réalisent également des enquêtes auprès des résidents qui ont recours aux services sociaux et de soins pour en évaluer la qualité et le degré de satisfaction des usagers¹³².

La Loi sur le statut et les droits des clients des services sociaux (812/2000) a officialisé le droit à un bon service. L'utilisateur peut se plaindre de son traitement aux responsables par différentes voies à différents niveaux. Si la décision d'un employé municipal est contestée, une « exigence de rectification » peut être introduite auprès du conseil des services sociaux locaux. Si la première demande n'est pas prise en considération, un « appel administratif » est prévu auprès d'un tribunal administratif. L'utilisateur peut aussi se plaindre de mesures adoptées par les autorités locales en introduisant un « pourvoi municipal » auprès de l'organisme administratif régional, du médiateur parlementaire ou du ministre de la Justice.

L'autorité nationale Valvira octroie les licences aux prestataires de soins dans le cadre des chèques-services.

Aux **Pays-Bas**, 2 organismes d'accréditation ont été créés par les soins de santé néerlandais : l'un pour l'accréditation des hôpitaux (NIAZ) et l'autre pour l'harmonisation des examens de qualité dans les services de soins de santé et services sociaux (HKZ). Ce dernier établit les mesures de certification et est né d'une initiative des prestataires de soins, des assureurs et des clients. Quant aux inspections, dans le cas de HKZ, un organisme externe évalue la gestion de la qualité à l'aune des normes HKZ. Une institution désignée par le Conseil de l'accréditation (RvA) l'exécute. L'évaluation respecte des règles strictes. Si l'organisation répond aux normes, elle reçoit un Certificat HKZ, valable pour 3 ans, qui peut être réévalué à mi-parcours. La recertification a lieu au terme de 3 ans.

Les inspections du travail disposent d'un mandat général pour assurer le respect des lois et règlements dans le secteur du travail domestique. Pour l'évaluation de la qualité des soins à domicile, l'Inspection des soins de santé (IGZ)¹³³ porte la responsabilité de la surveillance de la qualité. Les agences de soins à domicile sont légalement tenues de suivre et d'améliorer toute la qualité de leurs services et des conditions de travail de leur personnel, et de soumettre des rapports annuels à l'IGZ qui peut aussi effectuer des audits. Les prestataires, les professionnels et les usagers de services sont d'accord pour utiliser des indicateurs communs qui constituent le Cadre de qualité néerlandais pour des soins responsables (QFRC). Ils permettent de mesurer la qualité de la prestation de soins responsables par les organisations. Ce cadre est important pour devenir membre de l'organisation néerlandaise des prestataires de soins

¹³² *Ibid.* p.132.

¹³³ De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), www.igz.nl

(ACTiZ)¹³⁴.

La plupart des soins de longue durée aux personnes âgées sont inscrits actuellement dans un référentiel national. Interlinks révèle¹³⁵ qu'il prend en compte le personnel (qualité du travail), les résultats financiers, les indicateurs clients (Normes de soins responsables), les services, la satisfaction du personnel et la qualité. Certaines questions méthodologiques restent cependant non résolues, compte tenu notamment de la difficulté d'opérationnalisation de la qualité. Notons que la satisfaction du client est en hausse, selon les enquêtes de satisfaction devenues obligatoires, qui mesurent la qualité des services.

En **Autriche**, le système des SAP est fragmenté. Il repose sur 9 législations différentes des Länder et différentes voies de désignation, de gestion et de financement au niveau municipal. L'hétérogénéité entrave le suivi de la qualité de la réglementation, mais un groupe de travail sur la prestation de soins (*Arbeitskreis für Pflegevorsorge*) commence à compiler certaines données nationales de base en vue de leur comparabilité entre Länder, pour améliorer la planification et l'organisation des capacités qui seront nécessaires à l'avenir.

En **République tchèque**, la réglementation de la qualité des SAP s'applique différemment dans le secteur des soins et des services sociaux¹³⁶. La prestation de services de soins de santé est surveillée et contrôlée par l'assurance santé concernée. Le ministère de la Santé délivre les accréditations aux hôpitaux et aux centres de soins de longue durée. Elles garantissent les normes de qualité. Le système de surveillance et de contrôle des services sociaux « Normes nationales de qualité des services sociaux » est régi par la Loi sur les services sociaux et confié au ministère du Travail et des Affaires sociales. Le système est peu réglementé bien que la qualité de la prestation peut être suivie par le ministère, les gouvernements régionaux, les municipalités et les offices du travail aux termes de la Loi de 2006 sur les services sociaux. Le ministère a établi un ensemble de normes de qualité des soins sociaux, qui ont plus valeur de recommandations aux prestataires de services sociaux.

Les municipalités et les gouvernements régionaux sont les principales institutions responsables des accréditations, de la surveillance et du contrôle des services SAP. Les licences d'exploitation sont émises par les gouvernements régionaux aux prestataires. Ils sont soumis à une procédure d'autorisation qui évalue le respect de toutes les conditions établies dans la Loi sur les services sociaux, notamment les normes de qualité et les droits de l'homme¹³⁷. Le contrôle est assuré par un service d'inspection. Si les conditions ne sont pas respectées, la licence peut être retirée.

¹³⁴ ACTiZ, www.actiz.nl

¹³⁵ INTERLINKS, 2010, *ibid.*

¹³⁶ Sowa A., 2010.

¹³⁷ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

Le ministère national du Travail et des Affaires sociales élabore un Rapport sur les normes de qualité, notamment des travailleurs des services sociaux, et des guides de bonnes pratiques en matière de formation.

La qualité des SAP est surveillée à l'aune des dimensions qu'ils couvrent :

- La qualité des soins est confiée à l'inspection des sociétés d'assurance.
- La qualité des services sociaux : le ministère a prévu 15 normes de base pour la prestation de SAP¹³⁸: 8 « normes de procédure » sur la qualité et la vie des usagers, 2 « normes personnelles » sur les conditions du personnel (développement, éducation) et 5 normes de fonctionnement (information, accessibilité, mesures de qualité...). L'utilisateur est donc le sujet de ces soins dont il influence la qualité.

En **Allemagne**, le Conseil consultatif médical de l'assurance santé stipule des lignes directrices pour le contrôle de la qualité des soins en institutions et à domicile, et son service réalise des audits de cette qualité.

Concernant les soins de longue durée, une des premières mesures de qualité des soins et services à la personne qui reçoit une prestation financière est pour le prestataire professionnel d'en examiner la situation et d'en faire rapport à l'institution compétente. Le recours à un prestataire professionnel de soins est laissé au libre arbitre du bénéficiaire qui, en fonction de ses soins, reçoit 2 à 4 visites par an.

De nombreuses bonnes pratiques ont été identifiées, dont la Charte allemande des droits des personnes qui ont besoin d'aide¹³⁹. Elle énumère très précisément les droits des personnes vivant en Allemagne et qui ont besoin de soins et d'aide de longue durée. Elle a servi à la réalisation d'outils de diffusion et de qualité, de sensibilisation, de gestion de la qualité (par exemple, des auto-évaluations, des cercles de qualité, des déclarations de mission, des accords-objectifs) et de matériel de formation. Elle aussi utilisée pour développer des outils et législations de contrôle externe de la qualité^{140 141}. En avril 2015, étaient publiées des normes sur les informations, les conseils et les services SAP - DIN SPEC 77003.

La prestation de SAP ne relève pas du secteur public mais il réglemente la qualité des soins à la personne en application des critères définis au niveau fédéral.

¹³⁸ Horecky J., PESSIS 2, 2013.

¹³⁹ German Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women, and Youth and the German Federal Ministry of Health, Charter of Rights for People in Need of Long Term Care and Assistance, 2007: www.pflege-charta.de: bit.ly/1NCpIip.

¹⁴⁰ For more information: <http://wedo.tttt.eu/>; <http://bit.ly/MelgYL>.

¹⁴¹ AGE Platform Europe, European Quality Framework for long-term care services, Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance, European project WeDO, 2010-2012.

4. CONCLUSION

La pluralité des définitions et contextes des SAP ne permet pas d'en généraliser le discours, ni de faire droit à toutes les particularités de chaque type de travail et profession, de la qualité des emplois et du service. Il semble donc que le secteur des SAP pourrait mieux se développer s'il était défini plus précisément.

Les grands objectifs de la politique concernant les SAP dans la plupart des pays examinés sont la création d'emplois formels et/ou la formalisation d'emplois non déclarés. Certaines expériences, présentées dans le rapport, démontrent que l'environnement politique peut engendrer la création d'emplois formels dans les SAP, offrir un accès à l'emploi et des perspectives d'emploi stable pour les travailleurs de ces services ainsi que les migrants, les femmes et les personnes peu qualifiées. Les expériences révèlent et confirment que les emplois réguliers dans ce secteur peuvent se créer si la réglementation et l'organisation s'y prêtent, et que la qualité des emplois peut être valorisée dans une certaine mesure par la formation (ce potentiel étant cependant limité)¹⁴².

La tendance à l'augmentation des travailleurs dans ce secteur devrait se poursuivre au fil des prochaines années dans les pays concernés. Le secteur révèle une hausse de l'emploi (cf. annexe) et pourrait en créer plus. Tous les pays partagent une prise de conscience commune de l'importance des qualifications. L'offre d'emplois dans le secteur est généralement insuffisante, en deçà de la demande, notamment par manque de personnel qualifié. Le taux de rotation du personnel y est élevé et les nouvelles technologies sont encore peu utilisées pour le développement de nouveaux services et pour équilibrer l'offre et la demande. Il ressort aussi clairement que les emplois SAP exigent des compétences spécifiques, de nature technique et/ou relationnelle, qui sont sous-estimées.

Le financement de ces services par les autorités publiques peut influencer positivement les conditions de travail et valoriser la qualité de l'emploi. L'incidence de la crise économique laisse augurer d'une baisse encore plus prononcée des dépenses publiques, qui pourrait mettre en cause l'avenir du secteur.

Il est cependant plus indispensable que jamais d'assurer un financement suffisant du secteur des SAP pour garantir des services et conditions de travail de qualité. L'évolution future du secteur des SAP dépendra d'une valorisation réelle des conditions de travail et de la qualité des services¹⁴³.

¹⁴² Angermann A., Eichhorst W., Who cares for you at home? Personal and Household Services in Europe, IZA Policy Paper No. 71, 2013, <http://ftp.iza.org/pp71.pdf>.

¹⁴³ Farvaque N., 2015.

ANNEXE : COMPARAISON DU NIVEAU D'EMPLOI DANS LES PAYS CONCERNÉS

AIDE SOCIALE SANS HÉBERGEMENT

Évolution de l'aide sociale sans hébergement (en milliers) depuis 2008 :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2008/2014
UE 28	4.527,2	4.591,4	4.771,2	4.808,3	4.875,0	4.933,6	5.064,6	12%
UE 15	4.239,5	4.296,8	4.476,5	4.513,7	4.568,5	4.604,2	4.731,9	12%
BE	150,3	153,9	154,1	165,8	171,7	173,0	166,7	11%
CZ	42,6	36,0	31,5	26,5	30,7	31,8	29,8	-30%
DE	759,6	796,7	860,0	861,7	878,0	846,0	915,0	20%
SP	154,9	173,7	210,3	216,5	213,6	201,2	191,7	24%
FR	966,6	975,5	1.025,4	1.023,9	1.071,6	1.187,7	1.256,0	30%
IT	196,6	184,6	200,9	200,6	222,4	217,1	233,4	19%
NL	340,3	360,1	361,4	354,8	360,7	346,7	324,3	-5%
AT	42,2	56,1	61,0	54,3	50,9	51,7	56,5	34%
FI	125,9	123,4	120,5	125,4	128,4	125,5	125,3	0%
SE	163,1	167,3	164,1	175,8	175,2	182,3	194,7	19%
UK	1.006,0	955,9	966,4	995,1	949,9	933,5	927,5	-8%

Source : Eurostat, NACE rév. 2 niveau division (1000)

Taux de croissance de l'aide sociale sans hébergement depuis 2009 :

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
UE 28	1,4%	3,9%	0,8%	1,4%	1,2%	2,7%
UE 15	1,4%	4,2%	0,8%	1,2%	0,8%	2,8%
BE	2,4%	0,1%	7,6%	3,6%	0,8%	-3,6%
CZ	-15,5%	-12,5%	-15,9%	15,8%	3,6%	-6,3%
DE	4,9%	7,9%	0,2%	1,9%	-3,6%	8,2%
SP	12,1%	21,1%	2,9%	-1,3%	-5,8%	-4,7%
FR	0,9%	5,1%	-0,1%	4,7%	10,8%	5,8%
IT	-6,1%	8,8%	-0,1%	10,9%	-2,4%	7,5%
NL	5,8%	0,4%	-1,8%	1,7%	-3,9%	-6,5%
AT	32,9%	8,7%	-11,0%	-6,3%	1,6%	9,3%
FI	-2,0%	-2,4%	4,1%	2,4%	-2,3%	-0,2%
SE	2,6%	-1,9%	7,1%	-0,3%	4,1%	6,8%
UK	-5,0%	1,1%	3,0%	-4,5%	-1,7%	-0,6%

Source: Eurostat, NACE rév. 2 niveau division (1000)

Évolution de la part de l'emploi de l'aide sociale sans hébergement dans l'emploi total depuis 2008 :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
UE 28	2,1%	2,1%	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%	2,4%
UE 15	2,4%	2,5%	2,6%	2,7%	2,7%	2,7%	2,8%
BE	3,4%	3,5%	3,5%	3,7%	3,8%	3,9%	3,7%
CZ	0,9%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%
DE	2,0%	2,1%	2,3%	2,3%	2,3%	2,2%	2,4%
SP	0,8%	0,9%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,1%
FR	3,8%	3,8%	4,0%	4,0%	4,2%	4,7%	4,9%
IT	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	1,1%
NL	4,0%	4,3%	4,4%	4,3%	4,4%	4,2%	4,0%
AT	1,1%	1,4%	1,5%	1,4%	1,3%	1,3%	1,4%
FI	5,0%	5,1%	5,0%	5,2%	5,3%	5,2%	5,3%
SE	3,6%	3,8%	3,7%	3,9%	3,9%	4,0%	4,2%
UK	3,5%	3,4%	3,4%	3,5%	3,3%	3,2%	3,1%

Source: Eurostat, NACE rév. 2 niveau division (1000)

ACTIVITÉS DES MÉNAGES EN QUALITÉ D'EMPLOYEURS DE PERSONNEL DOMESTIQUE :

Activités des ménages en qualité d'employeurs de personnel domestique, en milliers :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014/2008
UE 28	2.451,4	2.367,2	2.465,9	2.513,5	2.489,7	2.399,9	2.323,6	-5%
UE 15	2.370,8	2.283,5	2.369,3	2.410,6	2.378,4	2.288,5	2.212,6	-7%
BE	25,9	32,8	35,2	35,7	16,9	21,3	9,0	-65%
CZ	1,9	1,8	2,1	2,0	1,5	1,2	1,7	-11%
DE	203,6	191,2	195,4	205,7	201,5	218,7	214,0	5%
SP	735,9	709,2	722,7	678,0	645,4	661,2	648,2	-12%
FR	589,6	585,0	585,4	595,9	573,8	431,7	321,8	-45%
IT	405,7	452,4	517,1	605,8	674,2	692,9	756,2	86%
NL						5,8	7,7	
AT	11,3	9,6	10,4	8,9	10,3	9,8	8,8	-22%
FI	8,4	8,3	7,8	7,7	7,6	8,2	10,2	21%
SE								
UK	131,5	46,6	47,1	53,0	46,8	48,4	65,4	-50%

Source: Eurostat, NACE rév. 2 niveau division (1000)

Taux de croissances des ménages employeurs de personnel domestique :

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
UE 28	-3,4%	4,2%	1,9%	-0,9%	-3,6%	-3,2%
UE 15	-3,7%	3,8%	1,7%	-1,3%	-3,8%	-3,3%
BE	26,6%	7,3%	1,4%	-52,7%	26,0%	-57,7%
CZ	-5,3%	16,7%	-4,8%	-25,0%	-20,0%	41,7%
DE	-6,1%	2,2%	5,3%	-2,0%	8,5%	-2,1%
SP	-3,6%	1,9%	-6,2%	-4,8%	2,4%	-2,0%
FR	-0,8%	0,1%	1,8%	-3,7%	-24,8%	-25,5%
IT	11,5%	14,3%	17,2%	11,3%	2,8%	9,1%
NL						32,8%
AT	-15,0%	8,3%	-14,4%	15,7%	-4,9%	-10,2%
FI	-1,2%	-6,0%	-1,3%	-1,3%	7,9%	24,4%
SE						
UK	-64,6%	1,1%	12,5%	-11,7%	3,4%	35,1%

Source : Eurostat, NACE rév. 2 niveau division (1000)

Part des ménages employeurs de domestique personnel dans l'emploi total :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
UE 28	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,1%	1,1%
UE 15	1,4%	1,3%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%
BE	0,6%	0,7%	0,8%	0,8%	0,4%	0,5%	0,2%
CZ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
DE	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%
SP	3,6%	3,7%	3,9%	3,7%	3,7%	3,9%	3,8%
FR	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%	2,2%	1,7%	1,3%
IT	1,8%	2,0%	2,3%	2,7%	3,0%	3,2%	3,5%
NL	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
AT	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%
FI	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%
SE	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
UK	0,5%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%

Source : Eurostat, NACE rév. 2 niveau division (1000)

EMPLOI TOTAL

Emploi total (en milliers)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014/2008
UE 28	218.884,5	214.942,2	212.759,8	212.105,4	211.377,5	210.829,7	212.866,4	-3%
UE 15	173.696,7	170.440,3	169.657,3	169.204,6	168.335,8	167.785,5	169.076,1	-3%
BE	4.413,7	4.389,4	4.450,6	4.470,5	4.479,0	4.484,5	4.497,3	2%
CZ	4.933,5	4.857,2	4.809,6	4.796,4	4.810,3	4.845,9	4.883,5	-1%
DE	37.902,3	37.807,8	38.072,7	38.045,4	38.320,6	38.640,0	38.915,4	3%
SP	20.316,5	18.957,5	18.573,7	18.270,9	17.476,8	17.001,6	17.210,5	-15%
FR	25.752,9	25.505,4	25.542,0	25.556,8	25.514,5	25.512,1	25.510,7	-1%
IT	22.698,6	22.324,2	22.151,6	22.214,9	22.149,2	21.755,3	21.809,5	-4%
NL	8.467,6	8.443,4	8.226,9	8.231,7	8.254,1	8.184,4	8.111,0	-4%
AT	3.928,7	3.909,3	3.943,9	3.982,3	4.013,4	4.030,0	4.034,2	3%
FI	2.497,2	2.423,3	2.410,1	2.428,5	2.431,0	2.403,2	2.385,9	-4%
SE	4.493,8	4.391,4	4.403,2	4.498,1	4.509,6	4.554,3	4.597,5	2%
UK	28.827,3	28.318,6	28.289,6	28.404,2	28.650,6	28.916,7	29.530,8	2%

Source : Eurostat, NACE rév. 2 niveau division (1000)

Taux de croissance de l'emploi total depuis 2009

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
UE 28	-1,8%	-1,0%	-0,3%	-0,3%	-0,3%	1,0%
UE 15	-1,9%	-0,5%	-0,3%	-0,5%	-0,3%	0,8%
BE	-0,6%	1,4%	0,4%	0,2%	0,1%	0,3%
CZ	-1,5%	-1,0%	-0,3%	0,3%	0,7%	0,8%
DE	-0,2%	0,7%	-0,1%	0,7%	0,8%	0,7%
SP	-6,7%	-2,0%	-1,6%	-4,3%	-2,7%	1,2%
FR	-1,0%	0,1%	0,1%	-0,2%	0,0%	0,0%
IT	-1,6%	-0,8%	0,3%	-0,3%	-1,8%	0,2%
NL	-0,3%	-2,6%	0,1%	0,3%	-0,8%	-0,9%
AT	-0,5%	0,9%	1,0%	0,8%	0,4%	0,1%
FI	-3,0%	-0,5%	0,8%	0,1%	-1,1%	-0,7%
SE	-2,3%	0,3%	2,2%	0,3%	1,0%	0,9%
UK	-1,8%	-0,1%	0,4%	0,9%	0,9%	2,1%

Source : Eurostat, NACE rév. 2 niveau division (1000)

Part des ménages employeurs de domestique personnel et travail social sans hébergement dans l'emploi total (comparaison 2014/2008)

	2014		2008	
	Activités des ménages en tant qu'employeurs de personnel domestique	Action sociale sans hébergement	Activités des ménages en tant qu'employeurs de personnel domestique	Action sociale sans hébergement
UE 28	1,1%	2,4%	1,1%	2,1%
BE	0,2%	3,7%	0,6%	3,4%
CZ	0,0%	0,6%	0,0%	0,9%
DE	0,5%	2,4%	0,5%	2,0%
SP	3,8%	1,1%	3,6%	0,8%
FR	1,3%	4,9%	2,3%	3,8%
IT	3,5%	1,1%	1,8%	0,9%
NL	0,1%	4,0%	0,0%	4,0%
AT	0,2%	1,4%	0,3%	1,1%
FI	0,4%	5,3%	0,3%	5,0%
SE	0,0%	4,2%	0,0%	3,6%
UK	0,2%	3,1%	0,5%	3,5%

— Source : Eurostat, NACE rév. 2 niveau division (1000)

BIBLIOGRAPHIE

- AGE Platform Europe, European Quality Framework for long-term care services, Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance, European project WeDO, 2010-2012.
- Angermann A., Eichhorst W., Who cares for you at home? Personal and Household Services in Europe, IZA Policy Paper No. 71, 2013, <http://ftp.iza.org/pp71.pdf>
- Czech Statistical Office (CZSO), <http://bit.ly/1D2AxqR>
- Circolare 17/2010. Lavoro occasionale di tipo accessorio. Legge Finanziaria 2010. Modifiche art. 70, decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276.
- Cools, F., Stokkink, D. (dir.), Maarten, G., Valsamis, European evidence paper on the development of personal and household services and the sectors potential to increase employment in Europe » , POUR LA SOLIDARITÉ, 2013.
- Conseil Central de l'Économie, Lettre mensuelle socio-économique, N°190, 30/04/2013, p.10
- Da Roit Barbara, van Bochove Marianne, Migrant workers in long-term care in the Netherlands from a comparative perspective: a literature review, Centre of expertise for Informal Care, 2014.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), www.igz.nl
- EFFAT, Promote industrial relations in the domestic work sector in Europe, final report, 2015.
- EFFAT, Decent work for domestic workers! booklet, 2015, <http://www.effat.org/en/node/13931>
- EFSI, White book on personal and household services in ten EU Member States, EFSI, 2013.
- Eurofound, European Observatory of working life, Czech Republic: new study investigates causes of stress among Czech workers, 2015, <http://bit.ly/1hjFDuR>
- Eurofound, More and better jobs in home-care services, 2013.
- Eurofound, Czech Republic, On wage bargaining. <http://bit.ly/1MudNHJ>
- Eurofound, New regulation improves rights of domestic workers, 2012, <http://bit.ly/1LlhtsTs>
- European monitoring centre on change (EMCC), Tackling undeclared work, <http://bit.ly/1UPgwyyp>
- European Commission, European Employment Policy Observatory, Personal and household services - Germany, June 2015
- European Observatory on Health Systems and Policies, Home care across Europe: current structure and future challenges, WHO, 2012.
- Eurofound, European Observatory of working life EurWORK, Sweden: Industrial Relations in the Health Care Sector, 2011.

- European Commission, Staff Working Document on exploiting the employment potential of the personal and household services, SWD (2012) 95 final.
- European Commission against Racism and Intolerance (ECRI), ECRI Report on Austria, 2010.
- European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, *ibid*.
- European monitoring centre on change, Regulation of domestic work, Netherlands, 2009.
- Farvaque N., Thematic review on personal and household services, EEPO, European Commission, 2015.
- Farvaque, N., Developing personal and household services in the EU - A focus on housework activities, Report for the DG Employment, ORSEU, 2013
- Farvaque N., Structural frame - Overview of the personal and household services in the EU – Sweden, European Commission DG Employment, 2013.
- For quality! project, 11 national reports (Belgium, France, Spain, Italy, the United Kingdom, Sweden, Finland, the Netherlands, Austria, the Czech Republic, Germany), POUR LA SOLIDARITÉ & ORSEU (dir.) & project consortium, 2015.
- For quality! project, reports from the three regional seminars (Rome 6 May 2015, Brighton 27 May 2015, and Vienna 22 September 2015), <http://forquality.eu>, 2015.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., B. Saltman, R., Home Care across Europe - Current structure and future challenges, EOHSP, 2012.
- German Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women, and Youth and the German Federal Ministry of Health, Charter of Rights for People in Need of Long Term Care and Assistance, 2007: www.pflege-charta.de, bit.ly/1NCpIlp
- Government of the Netherlands, <http://www.government.nl>
- Hamburg Institute of International Economics, 2009.
- Horecky J., Project PESSIS 2 “Promoting employers’ social services organizations in social dialogue”, Country-case study: Czech Republic, UZS, 2013. <http://bit.ly/1LfYy3A>
- INTERLINKS, Quality management and quality assurance in LTC, European project, 2010.
- Inspectorate SZW, <http://www.inspectieszw.nl>
- International Labour Organisation (ILO), Ratifications of C189, <http://www.ilo.org/>: <http://bit.ly/1Mm9kH2>
- ISTAT, <http://nup2006.istat.it/scheda.php?id=8.4.2.1.0>
- Istituto Nazionale Previdenza Sociale, Bilancio Sociale 2012, 2013
- International Labour Office: Promoting integration for migrant domestic workers in Italy, International Migration Paper, 2013.
- IWAK, Creating Formal Employment Relationships in the Domestic Services Sector: Successful Strategies? Insights from the Project “Labour Market Measures for Reducing Illegal Employment in Private Households of the Elderly” supported by DG Employment, Social Affairs and Inclusion, <http://www.iwak->

frankfurt.de/documents/brochure/april2011.pdf .

- KZPS (Confederation of Employers and Entrepreneurs Unions of the Czech Republic), Decent work for domestic workers, International Labour Conference, 99th Session, report, 2010.
- Lavoro e Diritti, CCNL Lavoro Domestico, minimi retributivi 2015, www.lavoroediritti.com
- León M., Migration and Care Work in Spain: the domestic sector revisited, 2010.
- LOC Voice in Healthcare, www.loc.nl
- Ministry of Social Affairs and Health, characteristic of the social security system in Finland, brochure 8ng, <http://bit.ly/1PdH6BW>
- Näre L., Ideal workers and suspects: Employers' politics of recognition and the migrant division of care labour in Finland, Nordic journal of immigration research, 2013. Downloadable here: <http://bit.ly/1ItjK7h>
- OECD, Early childhood education and care policy in Finland, 2000. <http://bit.ly/1DXkMTj>
- OECD, Czech Republic long term care, in Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, 2011.
- Pennekamp, J., Geschäfte in der Grauzone. Faz-online: <http://www.faz.net/>: <http://bit.ly/1JsKLJp>
- POUR LA SOLIDARITÉ, Les Services à la Personne en Europe: Regards croisés et approche européenne sur un enjeu d'avenir, Etudes & Dossiers, 2012.
- Renooy P., Labour inspection strategies for combating undeclared work in Europe: the Netherlands, REGIOPLAN, 2013.
- Réseau européen des Services à la personne à finalité sociale, Personal Care Services in Europe – Synthesis, 2009
- Riedel M., Kraus M., The Austrian long-term care system, ENEPRI research report n°69, 2010.
- Van Walsum S., The (Non)regulation of Domestic Work in the Netherlands, International seminar Regulating decent work for domestic workers, 29 March 2010.
- The Austrian system for long-term care, Peer review “Achieving quality long-term care in residential facilities”, 18-19 October 2010.
- VIDA Trade Union, www.vida.at
- Wage Indicator, <http://www.wageindicator.org/>
- Woonzorgservice in de wijk (WZSW), <http://www.wzsw.nl>

POUR LA SOLIDARITÉ - PLS

Fondé par l'économiste belge Denis Stokkink en 2002, POUR LA SOLIDARITÉ - PLS est un European think & do tank indépendant engagé en faveur d'une Europe solidaire et durable.

POUR LA SOLIDARITÉ se mobilise pour défendre et consolider le modèle social européen, subtil équilibre entre développement économique et justice sociale. Son équipe multiculturelle et pluridisciplinaire œuvre dans l'espace public aux côtés des entreprises, des pouvoirs publics et des organisations de la société civile avec comme devise : Comprendre pour Agir.

ACTIVITÉS

POUR LA SOLIDARITÉ – PLS met ses compétences en recherche, conseil, coordination de projets européens et organisation d'événements au service de tous les acteurs socioéconomiques.

Le laboratoire d'idées et d'actions **POUR LA SOLIDARITÉ – PLS**

1

Mène des travaux de recherche et d'analyse de haute qualité pour sensibiliser sur les enjeux sociétaux et offrir de nouvelles perspectives de réflexion. Les publications POUR LA SOLIDARITÉ regroupées en sein de trois collections « Cahiers », « Notes d'Analyse », « Études & Dossiers » sont consultables sur www.pourlasolidarite.eu et disponibles en version papier.

2

Conseille, forme et accompagne sur les enjeux européens en matière de lobbying et de financements.

3

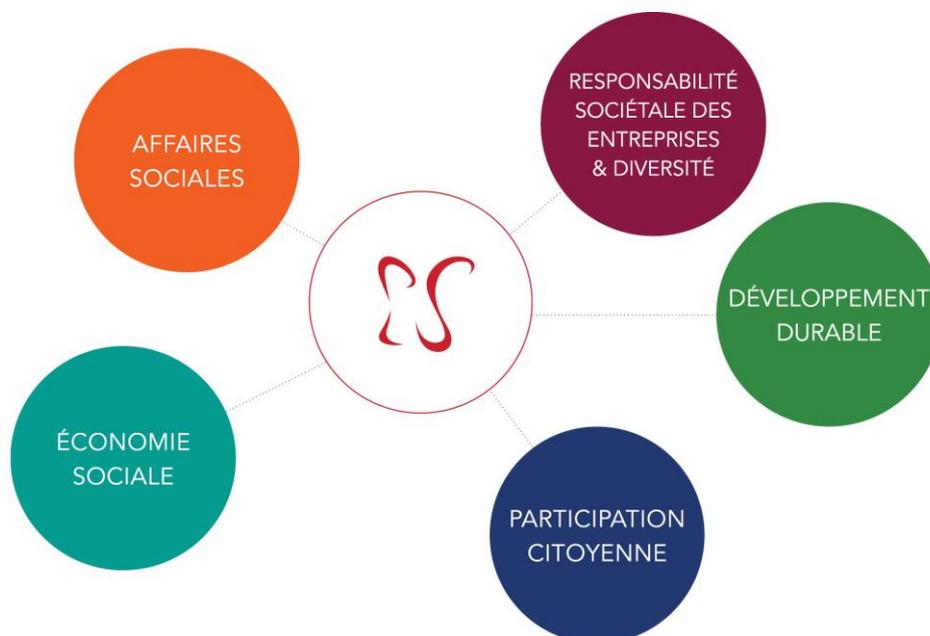
Conçoit et réalise des projets transnationaux en coopération avec l'ensemble de ses partenaires européens.

4

Organise des conférences qui rassemblent dirigeant/e/s, expert/e/s européen/ne/s, acteurs de terrain et offrent un lieu de débat convivial sur l'avenir de l'Europe solidaire et durable.

THÉMATIQUES

POUR LA SOLIDARITÉ – PLS inscrit ses activités au cœur de cinq axes thématiques :



OBSERVATOIRES EUROPÉENS

POUR LA SOLIDARITÉ – PLS réalise une veille européenne thématique et recense de multiples ressources documentaires (textes officiels, bonnes pratiques, acteurs et actualités) consultables via ses quatre observatoires européens :

- www.ess-europe.eu
- www.transition-europe.eu
- www.diversite-europe.eu
- www.participation-citoyenne.eu

COLLECTIONS POUR LA SOLIDARITÉ - PLS

Sous la direction de Denis Stokkink

NOTES D'ANALYSE - *Éclairages sur des enjeux d'actualité*

- *Égalité des genres et emploi : panorama des politiques de l'Union européenne*. Anna Métral, février 2016.
- *Le sans-abrisme dans les politiques européennes d'inclusion sociale : un enjeu devenu prioritaire*. Zoé Graham, janvier 2016. (1/4 série Sans-abrisme)
- *L'entreprise libérée : un nouveau modèle de management pour l'économie sociale ?* Valérie Vandermissen, décembre 2015.
- *Nations unies et COP21 : quel pouvoir d'action pour sauver le climat ?* Florence Vanwerts, décembre 2015.
- *Énergies renouvelables : faire essaimer les initiatives citoyennes européennes*. Aurore Robinet, novembre 2015.
- *Vers un service citoyen en Belgique ?* Léa Charlet, novembre 2015.
- *Quelle politique alimentaire pour l'Union européenne ?* Audrey Bureau et Estelle Huchet, octobre 2015. (1/4 série Alimentation durable)
- *Discrimination des plus de 45 ans dans le monde du travail*. Océane Imber, septembre 2015.

CAHIERS - *Résultats de recherches comparatives européennes*

- *Économie sociale, secteur culturel et créatif : vers une nouvelle forme d'entrepreneuriat social en France*. PLS et SMart, n°35, mai 2015.
- *Économie sociale, secteur culturel et créatif : vers une nouvelle forme d'entrepreneuriat social en Wallonie*. PLS et SMart, n°34, mai 2015.
- *Le budget participatif : un outil de citoyenneté active au service des communes*. Céline Brandeleer, n°33, octobre 2014.
- *La Transition : un enjeu économique et social pour la Wallonie*. Sanjin Plakalo, n°32, mars 2013.

ÉTUDES & DOSSIERS - *Analyses et réflexions sur des sujets innovants*

- *L'accès des femmes aux postes à responsabilité en Europe : bonnes pratiques et recommandations pour les entreprises sociales et classiques*. Dans le cadre du projet Gender Balance Power Map, mars 2016.
- *Le secteur des services à la personne en Europe : quelle qualité des emplois et des services en Belgique ?* Léa Bottani-Dechaud, décembre 2015. (Études également disponibles : France, Finlande, Pays-Bas, Italie)
- *L'implication des entreprises dans la lutte contre les violences faites aux femmes*. Estelle Huchet, Françoise Kemajou, Anne-Claire Marquet, novembre 2015.
- *Entre entreprise sociale et classique : se co-inspirer pour un égal accès aux postes à responsabilité*. Estelle Huchet, Anne-Claire Marquet, Magda Tancau, novembre 2015.

Toutes les publications **POUR LA SOLIDARITÉ - PLS** sur www.pourlasolidarite.eu

Affaires sociales

La construction d'un nouveau contrat social implique de promouvoir la participation de tous et toutes aux processus décisionnels, aux projets sociaux communs, rétablir des liens entre la société civile, le marché et l'État, renforcer et créer le sentiment d'appartenance à la société.

Le think & do tank européen POUR LA SOLIDARITÉ - PLS se dédie à renforcer la cohésion sociale de l'Union européenne au travers d'initiatives innovantes liées au handicap, à la protection sociale, à la santé, aux services à la personne, à la pauvreté et aux clauses sociales.

Crucial pour l'Europe d'aujourd'hui et de demain, le secteur des services à la personne a été passé en revue dans le cadre du projet européen For Quality ! Ce rapport présente la synthèse des résultats de onze études sur les états des lieux du secteur, menées dans plusieurs pays européens.

Au cœur des politiques européennes depuis une vingtaine d'années, les services à la personne (SAP) répondent à des besoins socio-sanitaires croissants et représentent un important gisement d'emplois. Mais quelle qualité d'emplois et de services rendus ?

Entre 2014 et 2016, PLS a coordonné le projet For Quality! et conduit une recherche sur la situation concernant la qualité des emplois et des services dans le secteur en : Belgique,

France, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suède, Finlande, Pays-Bas, Autriche, République tchèque et Allemagne.

Ce travail a été enrichi par des échanges avec les différents partenaires du projet, dont des experts européens ayant pris part à trois séminaires régionaux For Quality! Ils se sont respectivement tenus à Rome, Brighton et Vienne en 2015, ainsi qu'avec le Conseil consultatif (AGE, Eurofound).

Ce rapport expose les principales caractéristiques et comparaisons du secteur des SAP afin de contribuer à l'amélioration des conditions de travail et la qualité des prestations à l'échelle européenne.

Collection « Études & Dossiers » dirigée par Denis Stokkink

www.pourlasolidarite.eu

9782930530451



Avec le soutien de

