Février 2011

# Prise en charge des personnes âgées en Europe - les défis pour les travailleurs

## Synthèse

## et

## Recommandations

Pour consulter le rapport dans son intégralité, voir www.epsu.org/a/7431

By Jane Lethbridge, PSIRU

j.lethbridge@gre.ac.uk

EPSU
FSESP
EGÖD

# Synthèse et recommandations

Au cours des 40 prochaines années, la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans dans l'Union européenne va doubler, passant de 17 % en 2005 à 30 % en 2050 (Fondation européenne, 2009). Celle des plus de 80 ans va tripler. L'allongement de l'espérance de vie laisse augurer une hausse de l'incapacité et la morbidité, et donc de la demande de services d'aide et de soins. La plus grande participation des femmes à la vie active a entraîné une réduction du taux de natalité et une croissance de la demande de soins formels, car les femmes sont moins en mesure d'assurer une prise en charge informelle. L'augmentation du nombre de divorces et de ménages unipersonnels complique également la prise en charge informelle. Les aidants naturels restent toutefois majoritairement des femmes. Si les services à domicile font l'objet d'une demande croissante, ils sont aussi plus difficiles à contrôler et à réguler. Les soignants à domicile constituent généralement un personnel fragmenté et difficile à organiser.

Travail de soin

Dans le présent document, l'expression « soins de longue durée » se rapporte aux nombreuses formes de prise en charge des personnes âgées. L'OCDE définit les soins de longue durée comme étant :

> *« divers services destinés aux personnes qui dépendent d'une aide permanente dans les actes de la vie quotidienne en raison d'une incapacité chronique physique ou mentale » (OCDE,* 2005)

La notion de « travail de soin » se prête à différentes interprétations. Le soignant remplit plusieurs missions exigeant un large éventail de compétences, dont bon nombre sont peu valorisées économiquement. L'une des principales différences réside dans la rémunération ou non des soins et leur caractère officiel ou informel. La complexité de l'offre de soins implique qu'il est difficile de classifier les différents modes de prestation. Il existe des exemples de soins informels rémunérés (soignants migrants en Italie) et de soins formels non rémunérés (volontariat aux Pays-Bas) (Lyon & Glucksmann, 2008). Il s'agit essentiellement de savoir si les soins sont dispensés dans un cadre réglementé ou non. Tout en reconnaissant le lien existant entre des soins formels et informels, le présent document porte sur la prise en charge formelle (réglementée). Une baisse des soins informels entraîne un accroissement de la demande de soins formels et ce phénomène se retrouve dans plusieurs pays européens. Si le travail de soin constitue rarement un domaine politique distinct, il relève de la responsabilité de différentes administrations.

Niveau européen

La Charte des droits fondamentaux (2002), qui fait désormais partie intégrante du traité de Lisbonne, reconnaît un droit d'accès aux prestations de sécurité sociale et aux services sociaux (art. 34), sans toutefois qu'il soit obligatoire. Elle accorde également le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux (art. 35) et respecte l'accès aux services d'intérêt économique général tel qu'il est prévu par les législations et pratiques nationales (art. 36). Les *services sociaux d'intérêt général* peuvent revêtir, selon le droit communautaire établi, un caractère économique ou non. S'efforçant de clarifier comment les services sociaux devraient fonctionner, le cadre européen volontaire de qualité énonce des principes qualitatifs définissant les relations entre les prestataires de services et les usagers ainsi qu'entre les prestataires de service, les pouvoirs publics et les autres parties prenantes. Il s'agit cependant d'une mesure facultative. Adopté par le Comité de la protection sociale en octobre 2010, il se veut un référentiel pour la définition, l'assurance, l'amélioration et l'évaluation de la qualité des services sociaux dans

l'Union européenne. Ce cadre devrait permettre aux décideurs politiques et aux pouvoirs publics de concevoir des outils spécifiques de mesure et d'évaluation de la qualité des services sociaux, mais devrait aussi améliorer la comparabilité entre pays en cas de prestation transfrontière. En parallèle, des ONG européennes ont, dans le cadre d'un projet, élaboré un cadre commun de qualité des services sociaux d'intérêt général (septembre 2010) portant sur différents aspects liés à leur qualité. Ce cadre propose un concept européen de qualité à la fois souple, compatible et complémentaire avec les systèmes de qualité nationaux existant dans le secteur, et applicable aux structures de service locales et régionales. L'Organisation internationale du travail prépare actuellement un projet de convention sur le travail domestique, qui ne sera toutefois probablement pas intégré dans les législations nationales avant plusieurs années.

Espérance de vie

L'espérance de vie des femmes est plus longue et va probablement poursuivre sa progression jusqu'en 2050. L'espérance de vie varie également selon les catégories sociales, celles à faibles revenus ayant une espérance de vie plus courte. Ces différences sont le reflet d'inégalités sanitaires qu'il convient de prendre en compte dans la planification de la prise en charge des personnes âgées.

Dépenses

La Suède (3,4 %) et les Pays-Bas (3,5 %) consacrent la plus grande part de leur PIB aux soins de longue durée. Nombre de pays d'Europe centrale et orientale y consacrent quant à eux moins de 1 % du PIB. Les plus de 65 ans représentent plus de 10 % de la population européenne totale, leur part atteignant 20 % en Allemagne et en Italie. En 2050, au moins 25 % de la population aura plus de 65 ans. Dans les pays d'Europe centrale et orientale, cette proportion devrait dépasser les 30 %. La proportion de personnes âgées de 80 ans et plus devrait également augmenter pour atteindre au moins 10 % de la population, avec des taux élevés de dépendance permanente. Dans tous les pays, la part des dépenses de soins dans le PIB devrait au moins doubler d'ici 2060.

Types de soins

On distingue trois grands types de soins de longue durée. L'hébergement en établissement peut englober les centres de long séjour et les maisons de retraite gérés par des prestataires publics, privés ou associatifs. Le maintien à domicile, en expansion, comprend les soins infirmiers et les services d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne dispensés au domicile du bénéficiaire. Quant à la prise en charge informelle, il s'agit de l'aide et des soins dispensés par la famille ou les amis et de toute situation où la personne âgée ne reçoit aucun service de structures de soins officielles.

Au Danemark, 56 % des bénéficiaires sont hébergés en établissement, ce qui constitue la proportion nationale la plus élevée. En revanche, cette proportion ne dépasse pas les 5 % en Autriche, Estonie, Lettonie, Pologne et Slovaquie. Les pays d'Europe centrale et orientale présentent un faible niveau d'hébergement en établissement car il existe peu de maisons de retraite ou de centres de long séjour. Les Pays-Bas (80 %) et la Suède (79 %) affichent un niveau élevé de maintien à domicile, à savoir les soins infirmiers et l'aide sociale dispensés au domicile du bénéficiaire. En Estonie (8 %), Lettonie (6 %), Pologne (0 %) et Hongrie (7 %), la faible proportion du maintien à domicile reflète le manque de soins de longue durée, qu'ils soient dispensés en établissement ou à domicile.

Dans les pays d'Europe méridionale et d'Europe centrale et orientale, plus de 50 % bénéficient de soins informels ou ne bénéficient d'aucune prise en charge formelle. En Estonie, Lettonie, Hongrie et Pologne, plus de 80 % des soins de longue durée sont informels. En cause, la faible offre de structures de soins résidentiels ou à domicile. Ces schémas de prise en charge sont à considérer dans le contexte de la croissance en pourcentage de la population âgée de plus

de 65 ans. Sachant que, en Europe centrale et orientale, les 65 ans et plus devraient représenter plus de 30 % de la population en 2060, la demande de services de soins augmentera davantage dans les pays où l'offre de soins formels est actuellement la plus faible.

On constate un développement des soins de longue durée à domicile en même temps qu'un recul des centres de long séjour et des maisons de retraite, notamment des grands établissements. Dans le contexte de cette évolution en faveur des soins à domicile, plusieurs pays ont adopté des politiques de « personnalisation de la prise en charge » accordant au bénéficiaire le libre choix du type de soins. Le financement des soins de longue durée est d'une grande actualité politique dans nombre de pays. Ceux qui ont mis en place de nouveaux mécanismes de financement s'inquiètent de la viabilité financière des services.

Financement de la prise en charge

Les pays regroupés sous l'appellation Europe continentale financent les services sociaux principalement par l'assurance sociale et des mesures fiscales. Dans les pays nordiques, l'ensemble des systèmes de soins de longue durée sont financés par l'impôt. Tous partent du principe qu'il incombe à l'État de veiller au bien-être des enfants, des handicapés et des personnes âgées.

Au Royaume-Uni et en Irlande, le système repose sur un financement fiscal alors que les prestations sont largement assurées par des opérateurs privés. Au contraire, dans les pays nordiques, le secteur public continue de fournir une part significative des prestations. L'Europe méridionale connaît dernièrement une désaffection du modèle de soins de longue durée reposant sur la solidarité familiale au profit d'un système financé par l'impôt. En Italie, en Espagne et au Portugal, les administrations centrales ont contribué à l'évolution de la politique en matière de soins de longue durée, même si l'offre relève de la responsabilité des pouvoirs régionaux.

En Europe centrale et orientale, bien que le modèle de soins de longue durée puisse encore être qualifié de familial, les dépenses de soins de longue durée représentant souvent moins de 1 % du PIB, il est désormais remis en question par de nouvelles tendances en matière d'emploi. Si les soins informels y sont plus importants, des pressions croissantes pèsent sur les familles compte tenu de la migration professionnelle, du relèvement de l'âge de la retraite et d'un lien plus étroit entre un emploi régulier et la sécurité sociale (Österle, 2010). L'augmentation de la demande de soins de longue durée, l'évolution des conditions d'emploi entravant la prise en charge informelle, pousse les administrations à financer les soins de longue durée et à mettre en place de nouvelles politiques en la matière. L'accès aux soins résidentiels apparaît insuffisant (Österle, 2010).

La précision des prévisions de la demande influe en outre sur l'évaluation du coût des soins. Au cours des cinq dernières années, sont apparus les premiers signes d'un consensus autour de la nécessité que les gouvernements jouent un rôle majeur pour financer les soins de longue durée ou en faciliter le financement.

Prestation des services de soins

Des entreprises multinationales interviennent dans les services de soins de plusieurs manières. Nombre des multinationales actives dans les services sociaux possèdent diverses maisons de retraite et des services médicaux, notamment de santé mentale. Les multinationales de « facilities management » s'engagent de plus en plus dans la prestation de soins à domicile (ISS et Sodexho, par exemple). Certaines sociétés, qui ne participent pas toujours directement aux soins, fournissent des appartements de luxe pour retraités, assortis d'une série de services. Ceux-ci peuvent comprendre les soins à la personne, mais aussi des activités de loisirs pour les plus aisés.

Le secteur associatif joue également un rôle majeur dans la prise en charge en établissement ou à domicile. Des associations à but non lucratif, telles que la Croix-Rouge et Caritas, sont d'importants prestataires de soins dans nombre de pays européens, mais leur personnel n'a pas nécessairement de tradition syndicale.

Personnel

Le personnel des services sociaux et de santé, dont font partie les travailleurs dispensant des soins de longue durée, constituent l'un des secteurs économiques à plus forte croissance en Europe, représentant environ 5 % de la production économique totale de l'Union européenne. Entre 2000 et 2009, le secteur a enregistré une augmentation nette de 4,2 millions d'emplois pour atteindre un total de 21,4 millions (Commission européenne, 2010). Loin d'être répartis uniformément dans l'ensemble de l'Union européenne, ces emplois se concentrent dans les pays de l'Europe occidentale du Nord et du Sud. Les pays de l'Europe orientale et centrale ne connaissent pas le même taux de développement.

Le personnel dispensant des soins de longue durée est, dans tous les pays, majoritairement constitué de femmes, pour l'essentiel faiblement rémunérées. En outre, de nombreux pays enregistrent un vieillissement du personnel, les jeunes hésitant à s'engager dans le secteur. Dans certains pays, au moins la moitié des travailleurs ont au moins 50 ans. Cela va peser sur l'offre de personnel dispensant des soins de longue durée. Les bas salaires, le manque de considération pour l'activité professionnelle d'aidant et les mauvaises conditions de travail entravent déjà le recrutement et la fidélisation. Face à la pénurie de personnel soignant local, nombre de pays européens ont recours à des travailleurs migrants.

Même si les travailleurs migrants représentent une proportion relativement importante du personnel soignant autrichien, italien et britannique, la situation est instable. Une réforme des politiques nationales d'immigration peut restreindre le nombre de travailleurs migrants assez rapidement. Les droits du travail que l'adhésion à l'Union européenne confère aux ressortissants d'Europe centrale et orientale ont incité les travailleurs à s'installer au nord de l'Europe, plutôt que dans les pays européens voisins. Dans la période qui a immédiatement suivi l'adhésion à l'Union, les travailleurs polonais ont émigré au Royaume-Uni, entre autres pays d'Europe du Nord. Toutefois, avec la récession, on a observé un retour en Pologne. De nouveaux migrants en provenance d'Amérique latine ou d'Afrique commencent à remplacer certaines catégories de travailleurs migrants européens.

Organisation des travailleurs

Outre la pénibilité physique de tâches impliquant par exemple de soulever et déplacer une personne, une caractéristique – peut-être l'une des plus importantes – du travail de soin est la dimension affective fondamentale qui le distingue de beaucoup d'emplois faiblement rémunérés. Il est difficile pour le personnel soignant de ne pas nouer quelque lien affectif avec les usagers. Cela veut dire que l'activité ne s'inscrit pas uniquement dans le cadre des heures de travail ; elle peut accompagner le travailleur pendant son temps libre.

La plupart des contrats sont à temps plein, même si certains pays, comme la Norvège et la Suède, comptent 40 à 50 % de contrats à temps partiel. Dans le secteur public, le personnel soignant intervenant auprès des personnes âgées est susceptible d'être couvert par une convention collective. L'Irlande fait cependant exception : tous les travailleurs ont subi une réduction de salaire de 15 % et les conventions collectives nationales sont rompues. Les travailleurs du secteur privé relèvent d'une convention collective aux Pays-Bas et dans les pays nordiques. Les intérimaires, les indépendants et les travailleurs en contrat de courte durée sont plus susceptibles d'exercer dans le secteur privé ou associatif. Dans le contexte du passage d'une offre publique à une offre privée, on peut s'attendre à

une telle détérioration du régime contractuel d'un nombre croissant de personnel soignant.

Le taux de syndicalisation varie selon les pays. Il n'existe pas de lien évident entre la couverture d'une convention collective et le taux de syndicalisation, bien que les taux de syndicalisation élevés des pays nordiques s'accompagnent d'une couverture des conventions collectives atteignant souvent 100 % dans le secteur public. Aux Pays-Bas, si les conventions collectives couvrent la totalité des travailleurs des secteurs public et privé, le degré de syndicalisation est considérablement plus faible dans les secteurs public, privé et associatif. Les pays d'Europe centrale et orientale affichent quant à eux des taux de syndicalisation beaucoup plus faibles.

La prise en charge des personnes âgées est une activité à forte intensité de main-d'œuvre. Le personnel soignant est employé par des organismes publics, des entreprises privées et des associations à but non lucratif. De plus en plus, le rôle des prestataires privés et associatifs se renforce. Il ressort de l'étude des conventions collectives en Europe que, à l'exception de quelques pays, la couverture des personnels de santé et des services sociaux est plus faible dans les secteurs privé et associatif. C'est là le premier défi pour les organisations syndicales.

Une seconde question, déterminante pour l'avenir de l'organisation des travailleurs, se pose : l'augmentation de personnel soignant à domicile. La demande de soins à domicile s'accroît. Le financement de la prise en charge par des budgets personnalisés contribue à augmenter le nombre des soignants à domicile exerçant à titre indépendant ou directement employés par le bénéficiaire d'une allocation de soins. Cette augmentation du nombre de travailleurs qui ne sont pas directement employés par une grande organisation complique la négociation de conventions collectives pour les syndicats. Ces derniers vont devoir explorer différentes solutions pour organiser un personnel fragmenté aux niveaux local et national, notamment les travailleuses à temps partiel.

Formation

L'offre de formation pour le personnel prodiguant des soins de longue durée a connu une profonde évolution sous l'influence de deux facteurs : les développements survenus au niveau de l'Union européenne et la reconnaissance du fait qu'une meilleure formation permettra de renforcer le recrutement et la fidélisation. La législation et les directives européennes visant à promouvoir la formation professionnelle et la libre circulation des travailleurs ont eu une incidence sur l'offre de formation. La directive 2005/36 porte sur la reconnaissance mutuelle des qualifications. Plusieurs pays ont mis en place de nouveaux systèmes de formation du personnel soignant, qui contribuent à une professionnalisation progressive (Moss e.a., 2004). Dans quasiment tous les pays, les organisations syndicales participent à des processus de concertation sur la formation et les qualifications. Plusieurs siègent à un conseil consultatif tandis que d'autres participent activement à l'élaboration de nouveaux types de formation et de perfectionnement professionnel. Face au développement des soins à domicile, le manque de clarté quant aux formations hypothèque gravement le recrutement et la fidélisation à venir.

Nouvelles méthodes de travail et nouveaux services

Le dialogue social, l'amélioration des normes de qualité et la formation sont trois des grands domaines dans lesquels les syndicats œuvrent à l'élaboration de nouvelles méthodes de travail. Il va falloir concevoir, en collaboration avec les personnes âgées, de nouveaux services qui répondent à l'évolution des besoins de nos sociétés vieillissantes. Au lieu de se limiter aux soins, les services devront couvrir un large éventail d'activités, telles que l'information, l'éducation, la formation et l'activité physique. Il conviendra de

s'attacher à coopérer avec les personnes âgées. Cela renvoie en outre aux diverses disciplines participant à la conception des services de soins, notamment la pédagogie sociale. Il y a lieu de transposer le rôle que joue l'éducation dans la garde des enfants à la prise en charge des personnes âgées. Cela aura une incidence sur le type de formation requise pour le personnel soignant.

Conclusion

La prise en charge des personnes âgées évolue dans nombre de pays, mais les métiers du soin et de l'aide à la personne demeurent majoritairement féminins et faiblement rémunérés. Des réformes du système de rémunération des soins aux personnes âgées ont eu lieu dans plusieurs pays. Dans d'autres, les réflexions sont en cours, étant admis qu'un système adéquat de prise en charge des personnes âgées constitue une priorité. Certains pays opèrent leur transition d'un modèle familial de prise en charge à des formes diversifiées de soins formels et informels.

Le développement des soins à domicile, dispensés au domicile du bénéficiaire aussi bien par des prestataires publics, privés ou associatifs que par des soignants indépendants, s'observe dans la majorité des pays. L'évolution de la société, qui alimente les besoins de soins personnalisés à domicile, remet en question le modèle traditionnel des institutions de soins, même si celles-ci continuent d'assurer une part importante de la prise en charge. Toutefois, la personnalisation conduit également à la création de nouveaux types d'emplois souvent non réglementés et dénués de protection. L'un des principaux défis pour les syndicats consistera à déterminer comment organiser et représenter ces nouvelles catégories de soignants ou auxiliaires de vie à domicile pour négocier leurs conditions de travail.

## Recommandations
## aux Comités permanents de la FSESP sur les services sociaux et de santé et sur l'administration locale et régionale

1. Politiques de personnalisation/maintien à domicile
   - Surveiller la mise en œuvre des politiques de personnalisation/maintien à domicile pour le personnel soignant, pays par pays
   - Analyser l'expérience des syndicats en matière d'organisation d'une main-d'œuvre fragmentée
   - Accorder la priorité aux moyens de partager les acquis pour organiser et représenter les soignants à domicile aux niveaux local, national et européen
   - Aborder les questions concernant le personnel de santé et les assistants familiaux migrants, en ce compris les soignants sans-papiers

2. Rémunération
   - Réduire l'écart salarial entre les sexes en s'appuyant sur les travaux existants
   - Lutter contre les bas salaires par la définition de seuils minima de rémunération et par l'augmentation des salaires minima nettement au-dessus d'un salaire minimum vital
   - Améliorer la qualité des emplois en réduisant la précarité et la part des contrats atypiques

3. Qualifications et formation
   - Évaluer l'ampleur de la non-reconnaissance des qualifications et la corréler au racisme latent sur le lieu de travail
   - Agir au niveau européen en faveur de la formation et la reconnaissance des qualifications professionnelles, en concentrant les efforts sur l'application de la directive 2005/36/CE
   - Nouer des alliances avec d'autres professionnels des services sociaux et de santé pour renforcer la campagne

4. Cadre de qualité
   - Nouer le dialogue avec les pouvoirs publics, les employeurs et la société civile afin d'exploiter les éléments positifs du cadre européen volontaire pour la qualité des services sociaux d'intérêt général, élaboré et approuvé par le Comité de la protection sociale, et du cadre commun de qualité des SSIG, élaboré dans le cadre du projet Prometheus, s'agissant notamment de l'emploi et des conditions de travail, de la qualité des services et de leur réglementation et financement

5. Promotion du travail de soin
   - Promouvoir la valeur, l'image et la reconnaissance du travail de soin par des campagnes et des initiatives conjointes avec les associations à but non lucratif et d'autres institutions
   - Exploiter et développer la coopération entre les organisations syndicales pour faire face aux nouveaux problèmes découlant du marché intérieur du travail dans le domaine du soin, que favoriseront probablement la directive sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (qui sera très vraisemblablement votée dans les prochains mois) et la levée de toutes les restrictions à la libre circulation des travailleurs, hormis ceux en provenance de Roumanie et Bulgarie, en mai 2011
   - Exploiter et développer la coopération entre les organisations syndicales pour faire face aux nouveaux problèmes découlant du rôle croissant joué par le personnel de

santé et les assistants familiaux (en situation régulière ou non), compte tenu notamment de leur très faible syndicalisation

- Réfléchir au développement du dialogue social dans le secteur de la santé et des services sociaux à l'échelon européen, en s'appuyant sur les dispositions locales et nationales

# La fédération syndicale européenne des services publics (FSESP)

**C'est la plus grande fédération de la CES, représentant huit millions de travailleurs des services publics membres de plus de 250 organisations syndicales. Elle est active dans les secteurs de l'énergie, de l'eau et des déchets, des services sociaux et de santé, et de l'administration nationale et locale, dans tous les pays européens, y compris du voisinage oriental de l'Union européenne. La FSESP est l'organisation régionale reconnue pour l'Europe de l'Internationale des services publics (ISP).**

**Pour plus d'informations sur la FSESP et nos activités, veuillez consulter l'adresse :**

**www.epsu.org**

**Présidente : Anne-Marie Perret, FGF FO (France)**
**Vice-présidents : Dave Prentis, UNISON (Royaume-Uni) et Tuire Santamäki-Vuori, JHL (Finlande), Rosa Pavanelli, FP-CGIL (Italie) et Mikhail Kuzmenko, HWURF (Russie)**
**Secrétaire générale : Carola Fischbach-Pyttel**

**Les quatre secteurs d'activité de la FSESP :**

- **Administration nationale et européenne**
- **Administration locale et régionale**
- **Services sociaux et de santé**
- **Entreprises de service public**

EPSU Secretariat • 45 rue Royale • 1000 Brussels • Belgium • Tel: 32 2 250 10 80 • Fax: 32 2 250 10 99 • E-mail: epsu@epsu.org