

Evolution des politiques en matière de soins en Europe

de

Jane Lethbridge

24 février 2005

Document de référence pour l'atelier sur les services sociaux et le dialogue social en Europe qui sera organisé à Budapest par la FSESP et ETUCO les 17-20 mars 2005

Public Services International Research Unit (PSIRU),

Business School, University of Greenwich, Park Row, Londres SE10 9LS, U.K.

Courriel : psiru@psiru.org *Site Web* : www.psiru.org *Tél* : +44-(0)208-331-9933 *Fax* : +44 (0)208-331-8665

Directeur : David Hall *Chercheurs* : Robin de la Motte, Jane Lethbridge, Emanuele Lobina, Steve Thomas

Les recherches entreprises par PSIRU reposent sur la maintenance d'une vaste base de données sur l'expérience économique, politique, financière, sociale et technique de la privatisation et de la restructuration des services publics dans le monde et sur les entreprises multinationales concernées. Cette base de données est financée par Public Services International (www.world-psi.org), l'Internationale des services publics. Les recherches de PSIRU sont publiées sur le site

Web www.psiru.org .

EVOLUTION DES POLITIQUES EN MATIERE DE.....	1
SOINS EN EUROPE.....	1
1. RESUME.....	3
2. INTRODUCTION	4
2.1. DEFINITIONS UTILISEES DANS CE DOCUMENT	4
2.2. METHODOLOGIES	5
3. TENDANCES DANS LES SOINS OFFERTS AUX PERSONNES AGEES, LES SOINS A DOMICILE ET LES SERVICES DE GARDE D'ENFANTS.....	5
4. DISPOSITIONS NATIONALES EN MATIERE D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENTS POUR LES SERVICES SOCIAUX EN EUROPE.....	6
4.1. EVOLUTION DU ROLE DU GOUVERNEMENT DANS LES SOINS SOCIAUX	7
4.2. DIMINUTION DE FOURNITURE DIRECTE DE SERVICES PAR LES POUVOIRS MUNICIPAUX.....	8
4.3. PRESTATIONS EN ESPECES AUX USAGERS POUR L'ACHAT DE LEURS PROPRES SERVICES	9
4.4. PRESTATAIRES DE SOINS	10
4.5. FINANCEMENT.....	10
4.6. EUROPE CENTRALE ET ORIENTALE	11
4.7. LES SERVICES DE GARDE D'ENFANTS	12
5. L'IMPACT DES CHANGEMENTS DE POLITIQUES SUR LES TRAVAILLEURS ET LES USAGERS DES SERVICES	13
5.1. LES PRESTATAIRES DE SOINS	14
LES REVENUS ET LES REMUNERATIONS	14
CONDITIONS DE TRAVAIL	15
HEURES DE TRAVAIL.....	16
FORMATION	17
5.2. USAGERS DES SERVICES.....	18
6. APERÇU DE LA POLITIQUE EUROPEENNE	22
6.1. POLITIQUE EN MATIERE DE SOINS SOCIAUX EN EUROPE : L'UNION EUROPEENNE	22
7. ADMISSIBILITE DES ENTREPRISES DANS LES COMITES D'ENTREPRISE EUROPEENS 25	25
7.1. LES COMITES D'ENTREPRISE EUROPEENS ET LA LEGISLATION EUROPEENNE	25
7.2. ADMISSIBLE POUR UN COMITE D'ENTREPRISE EUROPEEN.....	26
7.3. NON ADMISSIBLE POUR UN COMITE D'ENTREPRISE EUROPEEN	26
7.4. ACQUISITIONS ET VENTES DE FILIALES IMPORTANTES	26
7.5. ENTREPRISES DOTEES D'UN COMITE D'ENTREPRISE EUROPEEN OU POUVANT EN ETABLIR UN.	27
7.5.1. <i>Company name ATTENDO.....</i>	27
<i>Activités et stratégie de l'entreprise</i>	27
7.5.2. <i>Nom de l'entreprise : Bridgepoint Capital</i>	28
7.5.3. <i>Nom de l'entreprise : BUPA.....</i>	29
<i>Distribution régionale (Europe).....</i>	29
<i>Présentation et stratégie de l'entreprise.....</i>	30
7.5.4. <i>Nom de l'entreprise : CAREMA.....</i>	30
<i>Présentation et stratégie de l'entreprise.....</i>	30
7.5.5. <i>Nom de l'entreprise : ISS CARE PARTNER SVERIGE AB.....</i>	31
7.5.6. <i>Nom de l'entreprise : MEDIDEP.....</i>	32
7.5.7. <i>Nom de l'entreprise : ORPEA.....</i>	33
8. ANNEXE A: RECOMMANDATIONS.....	33

1. Résumé

En Europe, plusieurs changements sont en cours dans le domaine des services de soins. Un grand nombre des changements de politique nationale concernant le financement et la prestation de services de soins sociaux résultent du fait que beaucoup pensent que le vieillissement de la population entraînera une explosion de la demande pour les services sociaux destinés aux personnes âgées. Bien que ces services soient, dans la plupart des cas, toujours financés par les impôts, certains pays ont introduit de nouveaux systèmes d'assurance-maladie de longue durée et de co-paiements.

On a assisté à un transfert de services du secteur public vers les secteurs privé et bénévole, même si les pouvoirs municipaux et locaux restent chargés de la mise en œuvre et de l'achat de services de soins sociaux. On a également observé dans de nombreux pays une diminution du nombre des maisons pour personnes âgées et une multiplication parallèle des services de soins à domicile. La tendance actuelle veut que les personnes restent chez elles aussi longtemps que possible. Cette évolution a également contribué au développement du concept de « résidence assistée » selon lequel des entreprises ou des partenariats publics-privés construisent des ensembles résidentiels qui offrent certains services de soins.

En vertu d'un nouveau type de financement, les pouvoirs publics donnent directement des fonds aux usagers des services afin qu'ils achètent des services qui répondent à leurs besoins particuliers. L'impact de ces systèmes sur la main-d'œuvre du secteur des soins commence seulement à être compris. Dans certains pays, il semblerait que l'achat individuel de soins soit responsable d'une plus grande insécurité pour le personnel soignant tant en termes d'emploi que de revenus. Dans quelques pays, il entraîne une professionnalisation accrue des soins. Il conviendra à l'avenir de contrôler l'impact de l'achat individuel de services de soins.

Les marchés nationaux des soins sont dominés par un petit groupe de grandes entreprises et par de nombreuses petites entreprises qui exploitent de petites maisons pour personnes âgées et proposent des services de soins à domicile. Les marchés sont fragmentés bien qu'un certain degré de consolidation soit observé. On ignore dans quelle mesure ce processus de consolidation nationale débouchera sur une consolidation régionale. La présence d'entreprises multinationales dans le secteur des soins de santé reste relativement limitée.

Le développement de services de garde d'enfants est légèrement différent de celui de services de soins sociaux. La prestation de services de garde d'enfants est intimement liée aux politiques d'emploi qui visent à accroître la participation des femmes et des parents isolés à la vie active. Le soutien des pouvoirs publics en faveur de la garde d'enfants se traduit par la prestation de services directs dans certains pays et par la prestation de services privés et volontaires dans d'autres. La tendance vers l'intégration des services de garde d'enfants et des services d'éducation dans plusieurs pays contribue à améliorer le statut du personnel de garde d'enfants.

La prestation de services privés de garde d'enfants est assurée par de petites et moyennes entreprises qui opèrent principalement au niveau régional et national. La présence d'entreprises multinationales dans le domaine de la garde des enfants est relativement limitée.

Dans les pays d'Europe centrale et orientale, l'apparition d'un modèle de fourniture de services sociaux est très récente. La plupart des soins aux personnes âgées ou aux personnes atteintes d'une affection chronique sont prodigués dans des institutions. Les listes d'attente sont souvent longues pour les maisons accueillant des personnes âgées. Dans plusieurs pays, des lits pour soins de courte durée sont utilisés pour les soins de longue durée aux personnes âgées. Ces

institutions sont détenues et exploitées par l'Etat. Les lits sont habituellement financés par l'Etat ou les pouvoirs locaux.

On constate également que plusieurs pays ont introduit un nouveau système de soins sociaux qui sera moins contrôlé par le secteur public. Cette tendance est en partie due aux changements de politique motivés par la réforme du secteur de la santé et à l'absence de différents types de soins sociaux en faveur des personnes âgées.

La présence d'entreprises multinationales dans le secteur des soins sociaux reste relativement limitée, ce qui signifie que rares sont les entreprises qui opèrent dans plus d'un pays européen. Les entreprises qui sont techniquement habilitées à organiser un comité d'entreprise européen sont Attendo, Bridgepoint Capital, BUPA, Carema, Medidep et Orpea.

2. Introduction

En 1997, la FSESP a demandé un rapport à la Public Sector Privatisation Research Unit (PSPRU) sur le secteur des soins. Ce document a été une importante analyse de l'évolution dans le secteur des soins en Europe, notamment les données concernant l'expansion multinationale et l'emploi sectoriel. Depuis 1997, certaines entreprises offrant des services aux personnes âgées en milieu résidentiel ont changé de mains. Dans de nombreux pays européens, les politiques en matière d'assistance sociale ont également subi des changements qui ont influencé le développement des services émanant du secteur privé, en particulier les services de soins à domicile. L'évolution des politiques en faveur de l'emploi et de la garde d'enfants stimule l'expansion des services privés de garde d'enfants dans de nombreux pays. Le présent document présente les changements de politiques qui ont eu lieu aux niveaux national et européen et explique comment ces changements influencent le développement des marchés nationaux et européen des soins.

Buts

- Analyser la participation du secteur privé dans les services sociaux, y compris les soins aux personnes âgées, les soins à domicile et la garde d'enfants

Objectifs

- Présenter brièvement les tendances dans l'ensemble du secteur des services sociaux, y compris les soins aux personnes âgées, les soins à domicile et la garde d'enfants
- Présenter sommairement les dispositions nationales en matière d'organisation et de financements pour les services sociaux en Europe
- Présenter brièvement les politiques européennes pour les trois sous-secteurs
- Identifier et présenter brièvement les principales entreprises impliquées dans le secteur des soins
- Présenter les principales entreprises multinationales actives dans le domaine des soins aux personnes âgées, des soins à domicile et de la garde d'enfants, y compris les données concernant les effectifs, les filiales et les bénéficiaires

2.1. Définitions utilisées dans ce document

Il existe différents types de soins sociaux pour les personnes âgées dans les pays développés : les soins prodigués à domicile, dans des résidences et dans des types particuliers de foyers-résidences. Les soins proposés à domicile peuvent revêtir différentes formes d'assistance (par exemple, le nettoyage, le bain, le bandage de blessures et les achats) qui permettent à une personne âgée de continuer à vivre chez elle. Les soins prodigués dans des maisons de retraite sont destinés aux personnes âgées qui ne peuvent plus vivre seules et nécessitent des soins

infirmiers et des soins sociaux. On observe de plus en plus souvent que des aménagements résidentiels sont construits par des entreprises privées et parfois des partenariats publics-privés qui permettent d'héberger des personnes âgées et d'offrir un accès à des soins centralisés aux personnes qui en ont besoin. Les travailleurs du secteur des soins sociaux travaillent dans des résidences ou offrent des soins à des personnes âgées à domicile ou dans des foyers-résidences. Ils peuvent être employés directement par le secteur public, habituellement par un pouvoir local ou une municipalité, mais ils sont de plus en plus souvent employés soit directement soit en indépendants par le secteur privé ou le secteur bénévole.

Les services de garde d'enfants sont proposés dans des garderies, des jardins d'enfants, des écoles maternelles, des garderies postscolaires et des ménages. Dans les pays où les services sont principalement offerts par le secteur public ou associatif, les travailleurs sont directement employés dans des garderies, des écoles maternelles et des garderies postscolaires. Dans les pays où les services de garderie d'enfants sont principalement offerts par le secteur privé, comme c'est le cas au Royaume-Uni, la plupart des travailleurs sont employés par le secteur privé. Les gardiennes, les baby-sitters et les nurses constituent les trois catégories principales de travailleurs pour la garde d'enfants employés directement par un ménage ou une famille ou en indépendants. Ils s'occupent des enfants soit à leur propre domicile soit au domicile de l'enfant. Les baby-sitters sont payés par heure et effectuent plusieurs activités. Les nurses travaillent le plus souvent à temps plein, habitent parfois avec la famille et proposent plusieurs types de services, qu'il s'agisse de la garde d'enfants ou de tâches ménagères.

2.2. Méthodologies

Les informations de ce document sont tirées de rapports sur les soins et sur les travailleurs du secteur. Des bases de données universitaires ont été utilisées pour identifier les recherches qui ont été publiées. Plusieurs grands programmes de recherche en Europe financés par l'Union européenne ont permis d'examiner les soins sociaux en faveur des personnes âgées et les services de garde d'enfants. Les résultats de ces programmes de recherche permettent de mieux comprendre comment ces soins évoluent et comment cela affecte les travailleurs du secteur.

Des analyses sectorielles, des rapports annuels d'entreprises et d'autres informations ont été utilisées pour comprendre les stratégies mises en œuvre par les entreprises multinationales. Des rapports d'organismes nationaux et internationaux, des documents d'orientation et des études syndicales des conditions de travail ont permis d'obtenir une vue d'ensemble des politiques en matière de soins. Des journaux nationaux, des rapports syndicaux et des rapports de recherche non gouvernementale ont également été consultés. Des profils de pays de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ont constitué des analyses nationales des dispositions en matière de soins sociaux. Une étude menée par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail sur l'avenir des services publics en Europe a également offert un ensemble de perspectives nationales tant sur les travailleurs que sur les usagers de ces services (annexe 1).

3. Tendances dans les soins offerts aux personnes âgées, les soins à domicile et les services de garde d'enfants

En Europe, plusieurs tendances peuvent être dégagées dans les services de soins. Les pays d'Europe occidentale ont recours depuis longtemps à un modèle social pour les soins mais les pays d'Europe centrale et orientale ont seulement commencé à adopter ce modèle dans le cadre de la réforme des soins de santé.

Un grand nombre des changements de politique nationale concernant le financement et la fourniture de services de soins sociaux résultent du fait que beaucoup pensent que le

vieillesse de la population entraînera une explosion de la demande pour les services sociaux destinés aux personnes âgées. Bien que ces services soient toujours financés par les impôts dans plusieurs pays, d'autres pays ont introduit de nouveaux **systèmes d'assurance-maladie de longue durée et de co-paiements**.

On a assisté à un transfert de services du secteur public vers les secteurs privé et bénévole, même si les pouvoirs publics municipaux et locaux restent chargés de la mise en œuvre et de l'achat de services de soins sociaux. On a également observé dans de nombreux pays une diminution du nombre des maisons pour personnes âgées et une multiplication parallèle des services de soins à domicile. La tendance actuelle veut que les personnes restent chez elles aussi longtemps que possible. Cette évolution a également contribué au développement du concept de « résidence assistée » selon lequel des entreprises ou des partenariats publics-privés construisent des ensembles résidentiels qui offrent certains services de soins.

En vertu d'un nouveau type de financement, les pouvoirs publics donnent directement des fonds aux usagers des services afin qu'ils achètent des services qui répondent à leurs besoins particuliers. L'impact de ces systèmes sur la main-d'œuvre du secteur des soins commence seulement à être compris mais il peut se manifester par une insécurité au niveau de l'emploi et des revenus pour les travailleurs du secteur.

Les marchés nationaux des soins sont dominés par un petit groupe de grandes entreprises et par de nombreuses petites entreprises qui exploitent de petites maisons pour personnes âgées et proposent des services de soins à domicile. Les marchés restent fragmentés bien qu'un certain degré de consolidation soit observé. On ignore dans quelle mesure ce processus de consolidation nationale débouchera sur une consolidation régionale. La présence d'entreprises multinationales dans le secteur des soins sociaux reste relativement limitée.

Le développement de services de garde d'enfants est légèrement différent de celui de services de soins sociaux. La prestation de services de garde d'enfants est intimement liée aux politiques d'emploi qui visent à accroître la participation des femmes et des parents isolés à la vie active. Le soutien des pouvoirs publics en faveur de la garde d'enfants se traduit par la prestation de services directs dans certains pays et par la prestation de services privés et volontaires dans d'autres. La tendance vers l'intégration des services de garde d'enfants et des services d'éducation dans plusieurs pays contribue à améliorer le statut du personnel de garde d'enfants.

La prestation de services privés de garde d'enfants est assurée par de petites et moyennes entreprises qui opèrent principalement au niveau régional et national. La présence d'entreprises multinationales dans le domaine de la garde des enfants est relativement limitée.

Ces tendances feront l'objet d'une discussion approfondie dans les prochaines sections.

4. Dispositions nationales en matière d'organisation et de financements pour les services sociaux en Europe

Dans les pays d'Europe occidentale, plusieurs changements importants ont eu lieu au cours de ces 20 dernières années dans la manière dont les services sociaux sont offerts et financés. Pratiquement tous les pays ont adopté de nouvelles lois visant la réforme des soins sociaux aux personnes âgées et des services aux personnes atteintes de troubles mentaux ou de handicaps physiques et instrumentaux.

L'impact de l'introduction de ces nouveaux systèmes de financement de soins sociaux varie entre les différents pays européens en fonction du système d'aide sociale déjà en place, bien qu'il

soit possible de dégager certains points communs lors d'une analyse des soins sociaux en Europe occidentale. Il s'agit en particulier des points suivants :

- Evolution du rôle du gouvernement dans les soins sociaux ;
- Participation de plus en plus importante du secteur privé même en cas de financement par le secteur public ;
- Diminution de fourniture directe de services par les pouvoirs municipaux ;
- Primes / allocations versées aux personnes pour qu'elles achètent elles-mêmes les services sociaux dont elles ont besoin ;
- Allocations aux personnes qui offrent les soins ;
- Tickets modérateurs ;
- Problèmes de réglementation.

4.1. Evolution du rôle du gouvernement dans les soins sociaux

La participation des pouvoirs publics dans les soins sociaux prend diverses formes : financement des services de soins qui sont directement offerts à une personne à son domicile ou en milieu résidentiel ; allocations en faveur de personnes informelles qui offrent des soins ; financement direct en faveur des personnes qui nécessitent des soins et qui peuvent acheter des services auprès des agences locales de soins sociaux. La participation du gouvernement dans la fourniture directe de soins sociaux est en recul dans un grand nombre de pays et la fourniture de services de soins sociaux, même financés par le secteur public, est de plus en plus souvent assurée par les secteurs privé et associatif.

Au Royaume-Uni, la loi «Community Care Act» (soins de proximité) de 1992 a encouragé la sous-traitance des services des pouvoirs locaux vers des prestataires privés en séparant les fonctions d'achat et de prestation des pouvoirs locaux. Dans un premier temps, ce système a entraîné un développement du secteur des soins privés résidentiels et un transfert de la prestation des pouvoirs locaux vers les maisons de repos privées. Entre 1997 et 2002, la proportion des lits dans les résidences dotées en personnel par les pouvoirs locaux est passée de 24 % à 14 %. Le nombre total des effectifs dans les résidences et les foyers dotés en personnel par les pouvoirs locaux, les acteurs privés ou les associations est passé de 236 335 en 1997 à 259 490 en 2002. On a également assisté à un transfert des services en résidence des pouvoirs locaux vers les secteurs privé et associatif. Le nombre d'heures-contacts pour les soins en résidence prestées directement par les pouvoirs locaux a chuté de 30 % entre 1997 et 2002. Il apparaît également que le nombre de ménages bénéficiant de soins résidentiels a diminué entre 1997 et 2002 en dépit de l'augmentation du nombre d'heures-contacts dont a bénéficié chaque ménage. Cela peut être interprété comme un ciblage des services de soins à domicile en faveur des plus dépendants. Dans la section 5.2, ces changements seront examinés par rapport aux usagers des services.

En Suède, la responsabilité intégrale des soins infirmiers de longue durée a été transférée en 1992 des conseils communaux aux municipalités. Ces réformes, connues sous le nom des réformes ADEL, ont également entraîné une participation accrue du secteur privé dans la fourniture de services avec la sous-traitance des installations de soins de longue durée, des services de soins à domicile et des services de repas et de transports. Depuis 1992, le nombre total des lits dans les maisons de soins a diminué. En 1992, il existait environ 32 000 lits mais, au terme de la réforme ADEL, ces lits ont été transférés vers le secteur des soins sociaux et les municipalités¹ avec quelques transferts de lits du secteur public vers les secteurs privé et associatif. Selon l'étude d'un syndicat finlandais (KTV) en Suède, la privatisation a été introduite par le biais d'appels d'offres, de la transformation d'opérations publiques en sociétés par actions détenues par les pouvoirs locaux et du recours aux « bons de service ». Ce système a également mené au transfert de services de soins à domicile vers le secteur privé.²

En raison de l'introduction de principes de marché dans le secteur des soins sociaux publics, de nombreux services de soins à domicile sont devenus des « unités commerciales » en concurrence

avec le secteur privé.³ Les services de soins dans les municipalités ont également été redéfinis pour devenir des « *produits de soins* ». Des méthodes issues du secteur privé et du secteur de la fabrication permettant « *la mesure et la garantie de la qualité des soins* » ont été introduites.⁴ C'est notamment le cas au Danemark où la fourniture de services a été influencée par des changements dans les politiques nationales en faveur des personnes âgées. Les résidents de maisons de soins ont pu choisir les services qu'ils souhaitaient recevoir, si bien que ces établissements ont été contraints de définir la nature et le coût de leurs services.⁵

Des changements dans le secteur des soins de santé ont également entraîné des changements dans la politique nationale en matière de soins sociaux en raison de l'interdépendance de ces secteurs. Les tentatives de limitation du nombre de personnes âgées dans les hôpitaux aigus dans certains pays, par exemple au Royaume-Uni et en Suède, ont créé une nouvelle catégorie de soins « intermédiaires » qui regroupe souvent des soins sociaux et médicaux pour les personnes âgées récemment hospitalisées. Tant au Royaume-Uni qu'en Suède, la responsabilité de la fourniture de ces lits incombe aux pouvoirs communaux. Depuis 2003, les pouvoirs locaux en Angleterre sont sanctionnés s'ils ne sont pas en mesure de fournir des soins et des logements adéquats dans le cadre de la loi Community Care (Delayed Discharge) Act.⁶ Cela a amené les pouvoirs locaux à modifier l'organisation et la tarification des soins sociaux. Ils sont devenus plus dépendants de la fourniture de services par des prestataires des secteurs associatif et lucratif. Cela a également permis de créer de nouvelles opportunités pour la facturation des services de soins. En 1992/3, 72 % des pouvoirs locaux facturaient les services de soins à domicile. Cette proportion avait atteint 94 % en 2000.⁷ Les tarifs facturés pour les services de soins à domicile varient en fonction des pouvoirs locaux. Il n'existe pas de tarifs nationaux standard pour les soins à domicile.

Au Danemark, des changements dans les services d'assistance à domicile ont été mis en œuvre depuis la fin des années 1970, notamment avec l'introduction de soins 24 heures/24 impliquant du personnel d'assistance et des infirmières à domicile.⁸ Au fur et à mesure que ce système s'est répandu, le personnel d'assistance à domicile ont arrêté de travailler au départ de leur propre domicile pour devenir des « groupes semi-autonomes » constitués d'équipes de travailleurs de répartissant le travail et réglant eux-mêmes leurs problèmes. Pour les municipalités, la formation de telles équipes a constitué une forme de renforcement du pouvoir des prestataires de soins à domicile. Cependant, de nouvelles lois nationales visant à éliminer le travail non déclaré dans les services à domicile, offre des subventions pour les services à domicile et les activités ménagères.⁹ Des sociétés privées comprenant au minimum deux personnes peuvent demander de telles subventions. Quiconque peut engager une société de services à domicile pour des activités de nettoyage ou des achats. La personne bénéficiant de ce service paie un tarif horaire et le gouvernement paie également le prestataire de ce service. Ainsi, les pouvoirs publics subventionnent de fait le renforcement de la participation du secteur privé dans le domaine des soins à domicile. L'expansion des services de soins à domicile est également liée aux nouveaux systèmes dans le cadre desquels des fonds sont directement versés aux usagers de ces services afin qu'ils puissent acheter eux-mêmes les services dont ils ont besoin (voir section 5.2). Le projet de directive européenne sur les services est susceptible d'influencer l'expansion des services de soins à domicile (voir section 6.1).

4.2. Diminution de fourniture directe de services par les pouvoirs municipaux

Habituellement, les services de soins sociaux ont été fournis au niveau local par les pouvoirs municipaux. L'introduction du marché intérieur et la sous-traitance des services par les municipalités modifient la façon dont ces services sont organisés et fournis.

Dans de nombreux pays, les municipalités restent chargées de la mise en service et de la planification des services de soins sociaux mais elles ont abandonné la fourniture directe des services. Dans les pays nordiques (Suède, Finlande, Norvège et Danemark) et au Royaume-Uni, en Italie et en Espagne, les municipalités restent chargées des services de soins sociaux bien que la fourniture des soins aient été transférée à des degrés divers vers le secteur privé non-marchand.

Dans plusieurs autres pays, les pouvoirs publics nationaux, régionaux et locaux sont toujours responsables de la mise en œuvre et de l'achat des services mais non de leur prestation. Ces systèmes traduisent la tentative par le gouvernement central de placer la responsabilité du contrôle des dépenses sur les pouvoirs locaux.

4.3. Prestations en espèces aux usagers pour l'achat de leurs propres services

Nombreux sont ces changements de politiques qui ont insisté sur le choix du consommateur et sur le concept de l'usager de service en qualité d'« acheteur ». Dans certains pays, les personnes âgées et les individus atteints de handicaps reçoivent des prestations en espèces (financements publics) pour l'achat des services dont ils ont besoin. L'Autriche, l'Allemagne, la France, la Belgique, l'Espagne, la Grèce, le Royaume-Uni, la Danemark et la Finlande ont adopté ce type de système pour les personnes qui nécessitent des soins. La Norvège, la Suède, les Pays-Bas et le Portugal ne disposent pas d'un tel programme.

On a assisté à une expansion des soins à domicile dans de nombreux pays où les systèmes de financement des soins sociaux ont été modifiés. Avec l'augmentation du nombre de programmes de soins évalués individuellement, on a assisté à une augmentation du nombre de services de soins fournis à domicile. Au Royaume-Uni, la loi sur le paiement direct des soins de proximité (Community Care Direct Payment Act) a entraîné une multiplication des soins fournis à domicile. Pour permettre aux individus d'acheter eux-mêmes leurs services de soins sociaux, il a fallu établir le coût et la tarification de ces services, ce qui a contribué à la marchandisation des services de soins sociaux.

Dans le même temps, on a assisté à une multiplication des services de soins médicaux, par exemple des traitements contre le cancer et des dialyses rénales, pouvant être offerts à domicile. Des infirmières qualifiées et d'autres professionnels de la santé offrent ces services. Bien qu'elle ne soit pas examinée dans ce document, il est important de communiquer cette évolution parallèle des services de soins médicaux à domicile pour le secteur privé car elle aura un impact sur l'avenir des services de soins à domicile et sur celui des prestataires de ces services. De plus en plus d'aptitudes seront requises pour la fourniture de soins médicaux qui seront offerts en même temps que les soins sociaux.

Les services de soins à domicile sont achetés auprès de prestataires de soins, qu'il s'agisse de prestataires de soins indépendants, de services volontaires qui proposent des soins sociaux ou de prestataires de services de soins commerciaux. Dans les pays où seuls les coûts de base des soins sont pris en charge par les pouvoirs publics, tout coût supplémentaire sera à la charge du bénéficiaire, ce qui entraînera l'introduction de tickets modérateurs.

De telles transactions en espèces pour les soins pourront également stimuler la propagation d'une main-d'œuvre déréglée, non qualifiée et non documentée. Cette nouvelle catégorie de prestataire de soins n'est pas habituellement pas couverte par les droits sociaux et les règlements de travail. Ecrivant sur l'impact des subventions aux prestataires de soins sur les familles en Italie, Ungerson (2003)¹⁰ a établi que tous ceux qui faisaient appel à un prestataire de soins avaient engagé des travailleurs sans droit de résidence vivant à proximité. De tous les prestataires de soins interrogés, un seul avait le droit de résider en Italie.

Le paiement de subventions pour les soins a également favorisé l'emploi de travailleurs étrangers sans papier en Autriche, à un tel point que des agences ont été mises sur pied pour organiser ce travail.¹¹ Des travailleurs migrants sont recrutés comme main-d'œuvre temporaire en Autriche par des agences de recrutement en Hongrie et en Slovaquie. Les personnes âgées recrutent le plus souvent deux prestataires de soins, un premier qui fournit des soins 24 heures/24 pendant deux semaines et un deuxième qui fournit les mêmes soins les deux autres semaines. Les prestataires de soins résident avec les personnes âgées dont ils s'occupent, ce qui leur permet de conserver un travail dans un pays et de retourner régulièrement dans leur pays d'origine.

Sur une note plus positive, dans certains pays où les personnes âgées peuvent acheter eux-mêmes des services, cela a entraîné la création d'une nouvelle catégorie professionnelle qui commence à influencer le statut du travail de soins. En Allemagne, où une nouvelle catégorie de prestataires de soins sociaux a été créée parallèlement à l'introduction d'une assurance soins de santé, on a observé une augmentation du nombre d'enregistrements de prestataires de soins.¹²

Dans certains pays, un marché de l'emploi plus structuré et plus réglementé pour les prestataires de soins est apparu lorsque des agences privées non gouvernementales ont proposé des services de soins. Les usagers bénéficient de soins en faisant appel à des agences. En France, Ungerson (2003)¹³ a établi que des prestataires de soins entretenaient « *plusieurs relations* », visitant parfois jusqu'à 13 clients par jour. La plupart d'entre eux disposaient d'une qualification de base qui leur donnait accès à une formation et leur permettait de réfléchir à leur travail. Cela leur a permis de comprendre les contraintes et certaines des contradictions entre les différentes tâches qu'ils entreprenaient. Ils participaient à des tâches aussi variées que la cuisine et les achats. La possibilité de réfléchir à son travail et à la signification de ce dernier pour les clients sera importante pour l'évolution future de ce type de travail en profession.¹⁴

En Autriche, où des subventions sont payées directement aux personnes qui nécessitent des soins, une importante organisation bénévole, Caritas, est devenue l'employeur du prestataire de soins qui peut être un parent. De cette manière, le parent peut bénéficier de droits sociaux, de pécules de vacance et d'un contrat de travail. Dans de nombreux cas, cela permet également au prestataire de soins de renforcer son estime de soi en passant d'un travail informel intrafamilial à un travail rémunéré.

4.4. Prestataires de soins

Les droits des prestataires de soins ont souvent été reconnus pour la première fois dans les nouvelles lois sur les soins sociaux, par exemple au Royaume-Uni, en Irlande et en Allemagne. De nombreux systèmes de soins sociaux dépendent de prestataires non payés dans la famille qui prodiguent divers niveaux de soins, de quelques heures par semaine à une prestation à temps plein pour les parents les plus âgés. La majorité des prestataires de soins sont des femmes. Dans de nombreux pays d'Europe du Sud, il est attendu de la famille qu'elle assure les soins aux personnes âgées. La participation croissante des femmes sur le marché de l'emploi rend pourtant difficile le maintien de ces soins.

Le Royaume-Uni a introduit des « subventions de présence » en guise de paiements pour les prestataires de soins qui prodiguaient des soins informels sans rémunération. Pour Jensen (2002), l'introduction de programmes de subventions pour les soins a été principalement motivée par la volonté de permettre aux personnes âgées de rester indépendantes et non pas de valoriser les soins informels.¹⁵ L'Irlande a également introduit une subvention pour les prestataires de soins.

4.5. Financement

La raison fondamentale de la plus grande partie des changements de la politique en matière d'assistance sociale au cours de ces 15 dernières années a été la volonté de réduire le coût des services offerts par le secteur public. Dans certains pays, de nouveaux systèmes d'assurance soins de santé de longue durée ont été introduits afin de couvrir le coût des soins. En Allemagne, une loi sur l'assurance soins de longue durée a été adoptée en 1994 et introduit une assurance universelle permettant de couvrir les coûts des soins de longue durée mais pas les frais de logement. Jusqu'en 1994, six organisations d'assistance publique exploitaient la majorité des maisons de retraite mais cette proportion n'atteint plus aujourd'hui que 50 % en raison de la concurrence avec le secteur privé. Après l'introduction d'une assurance de longue durée en vertu de la nouvelle législation, des entreprises privées ont bénéficié de subventions pour construire de

nouvelles installations, mais les subventions pour les organisations non gouvernementales ont été réduites.¹⁶

Aux Pays-Bas, la loi sur les dépenses médicales exceptionnelles est un système d'assurance santé financé par des contributions qui encourage la fourniture de soins à domicile, de soins de jour et de soins en foyer-résidence pour les personnes âgées et les personnes atteintes de handicaps. Ce nouveau système de financement a entraîné une plus professionnalisation croissante des prestataires de soins.

Certains pays conservent un système à base fiscale qui couvre toutes les dépenses des soins, mais cela devient de plus en plus rare. En Italie et en Espagne, les prestations de base sont financées par l'Etat. Dans de nombreux pays, les prestations dépendent des ressources des bénéficiaires pour les soins à domicile ou les soins en foyer-résidence. En France, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) adoptée en 2001 est assujettie aux ressources des bénéficiaires et adaptée au niveau de dépendance de l'individu. Les coûts des soins résidentiels de longue durée dépendent également des ressources des bénéficiaires. Les autres pays qui ont recours à l'évaluation des ressources sont le Royaume-Uni, qui tient compte des revenus et des biens, et le Portugal.

Des tickets modérateurs ont également été introduits en vue de réduire les dépenses publiques consacrées aux soins sociaux. C'est notamment le cas dans les pays où les soins à domicile se sont fortement développés, comme par exemple en Norvège et en Finlande. La Belgique et les Pays-Bas, qui disposent de programmes d'assurance pour les soins sociaux, ont également recours aux tickets modérateurs. En Allemagne, le nouveau régime d'assurance pour les soins de longue durée fait également intervenir des tickets modérateurs car la provision d'assurance ne couvre pas toutes les modalités de prestation des soins.

Les dispositions en matière de financement influencent souvent le développement et la prospérité du secteur privé. L'impact des politiques peut se manifester au niveau des systèmes de paiement des services de soins de longue durée ou de soins à domicile. Si les services sont intégralement pris en charge par le secteur public, qu'ils soient ou non fournis par ce secteur, une plus grande participation du secteur privé est envisageable mais elle dépendra de plus en plus des politiques du gouvernement et de la réglementation. Au Royaume-Uni, les amendements législatifs concernant les foyers-résidences dans les années 1990 et l'élaboration de normes minimales, en particulier relatives à la taille de la chambre, ont eu un impact immédiat sur la participation du secteur résidentiel, entraînant la fermeture de nombreuses petites entreprises.

4.6. Europe centrale et orientale

Dans les pays d'Europe centrale et orientale, l'apparition d'un modèle de fourniture de services sociaux est très récente. Les soins aux personnes âgées ou aux personnes atteintes d'une affection chronique sont le plus souvent prodigués dans des institutions. Les listes d'attente sont souvent longues pour les maisons accueillant des personnes âgées. Dans plusieurs pays, des lits pour soins de courte durée sont utilisés pour les soins de longue durée aux personnes âgées. Ces institutions sont détenues et exploitées par l'Etat. Les lits sont habituellement financés par l'Etat ou par les pouvoirs locaux.

On constate également que plusieurs pays ont introduit un nouveau système de soins sociaux qui sera moins contrôlé par le secteur public. Cette tendance est en partie due aux changements de politique motivés par la réforme du secteur de la santé mais également au manque de soins sociaux pour les personnes âgées.

Des changements de politique qui permettront l'expansion des soins sociaux sont lentement introduits. L'Estonie œuvre en faveur d'une réduction et d'une restructuration des soins institutionnels et d'un système de «soins ouverts ». Cela implique la décentralisation de la

fourniture des services vers les administrations locales avec l'élaboration de réseaux locaux de services sociaux qui encouragent les personnes à se prendre elles-mêmes en charge. Le marché des services sociaux locaux reste très petit et présente des disparités, si bien que le secteur privé ne s'y intéresse pas. Les organisations à but non lucratif qui font appel à des bénévoles deviennent les premiers prestataires de soins sociaux à domicile.¹⁷

En 2003, l'Ukraine a adopté une nouvelle législation en matière de services sociaux qui recommande un financement sur la base de tickets modérateurs et des budgets locaux ainsi que sur la base d'entreprises, de fonds bénévoles et d'individus. Cette loi doit encore être mise en application.

Le manque de services de soins sociaux suffisants entraîne une participation croissante du secteur non gouvernemental et, dans une certaine mesure, du secteur privé. Les nouveaux services sociaux concernent principalement les services à domicile bien que des soins en résidence soient également proposés à une petite échelle. En Hongrie, 24 % des services de soins sociaux sont fournis par le secteur non gouvernemental, la plus grande proportion actuellement observée en Europe centrale et orientale. Les organisations non gouvernementales ont également réalisé quelques avancées en Pologne, en Lituanie et en Roumanie. En Lituanie, les organismes non gouvernementaux offrent 14 % des places disponibles dans les maisons de retraite. En Lettonie, plusieurs cliniques privées à Riga ont instauré des services de gériatrie, mais ces derniers sont uniquement réservés à ceux qui en ont les moyens.

En République tchèque, les établissements de soins de longue durée ont été ouverts à la concurrence en 1997. On a assisté dans le même temps à une multiplication des agences privées de soins à domicile. En Croatie, des agences privées de soins à domicile ont été créées. Elles sont le plus souvent détenues par une infirmière ou un physiothérapeute et emploient des médecins, des infirmières, des aides sociales et des auxiliaires pour offrir un ensemble de soins de santé primaires et de soins sociaux.

La demande pour les services de soins sociaux, qu'ils soient offerts en institution ou à domicile, est en pleine croissance dans pratiquement tous les pays d'Europe centrale et orientale, une situation qui exerce déjà des fortes pressions sur les services existants. Aujourd'hui, le financement des institutions existantes et d'autres services repose largement sur le budget national ou local, comme par exemple en Hongrie, en Slovénie, en Roumanie, en Pologne et en Estonie.

Les réformes dans les soins sociaux surviennent généralement après des réformes dans le secteur de la santé, mais les mécanismes de financement sont souvent liés, en particulier lorsqu'il s'agit du financement de l'assurance-maladie et de l'introduction des tickets modérateurs. En Slovaquie, les compagnies d'assurance-maladie financent les soins infirmiers et de réadaptation. Les soins de proximité sont financés par les tickets modérateurs et le budget de l'Etat. En Lituanie, les tickets modérateurs couvrent 30 % des coûts des services aux personnes âgées. En Lettonie, les soins infirmiers à domicile sont en partie financés par les tickets modérateurs avec le soutien de l'Etat et des municipalités.

4.7. Les services de garde d'enfants

Les secteurs qui offrent des services de garde d'enfants varient d'un pays à l'autre et dépendent des dispositions prises pour le financement et le soutien des services de garde d'enfants. Dans les pays nordiques, le secteur public occupe la première place. Les parents participent aux frais mais cette participation dépend des revenus. En Espagne, le secteur privé offre la majorité des services de garde d'enfants et les parents prennent directement en charge les frais.

Tableau 1 : Fourniture et financement des services de garde d'enfants

Pays	Financement des services de garde d'enfants	Fourniture majoritaire
Danemark	Financement public	Secteur public
Suède	Financement public	Secteur public
Finlande	Financement public	Secteur public
Norvège	Financement public	Secteur public
Royaume-Uni	Financement public/privé	Secteur privé
Hongrie	Financement public	Secteur public
France	Financement public	Secteur public
Espagne	Un certain degré de financement public, mais services payés en grande partie par les parents	Secteur privé

Source : Cameron et al, 2003; Rostgaard, 2003

En Suède, la garde de 31 % des enfants âgés de moins de 3 ans a été assurée intégralement ou en partie dans des foyers familiaux de garde journalière et 26,6 % dans des centres publics de garde d'enfants. La garde de jour privée n'a commencé à se développer que depuis 1990 et reste relativement limitée. Les foyers privés et les centres publics de garde d'enfants sont subventionnés et réglementés. Les responsabilités ont été transférées au niveau municipal. Il s'agissait davantage de satisfaire les besoins régionaux bien que la réduction des coûts ait également été une motivation. C'est ainsi que certains contrats municipaux ont été privatisés.¹⁸

Au Royaume-Uni, le secteur privé de la garde d'enfants est important, ce qui a été encouragé par les politiques du gouvernement en matière de garde d'enfants. Entre 1997 et 2002, le nombre d'enfants bénéficiant de services de garde a augmenté de 547 000. Pour répondre à cette augmentation de la demande, la participation du secteur privé a été encouragée et des jeunes entreprises ont fait leur apparition dans les régions défavorisées.¹⁹ La loi sur l'éducation (2002) permet également aux établissements scolaires d'offrir des services de garde d'enfants et d'organiser des activités parascolaires.

Les services destinés aux enfants n'étant pas en âge scolaire se sont également développés. En 2003, 99 % des enfants de trois ans bénéficiaient d'une éducation de la petite enfance, dont 88 % dans des établissements financés par les pouvoirs publics.²⁰ Bien que 88 % des enfants étaient placés dans des établissements financés par l'Etat, 57 % des enfants âgés de trois ans étaient placés dans des établissements exploités par des prestataires privés et bénévoles. On a également observé une participation plus grande des prestataires privés dans les crèches.

Les services de garde d'enfants et les soins préscolaires sont de plus en plus caractérisés par des composants sociaux et éducatifs. Il faut donc se demander si les politiques en matière de garde d'enfants relèvent de l'éducation ou de l'assistance sociale. Au cours des dix dernières années, les gouvernements ont déplacé les responsabilités des services chargés de la protection sociale et de la santé vers les services en charge de l'éducation, comme par exemple en Suède et en Angleterre. Ces modifications ont des retombées sur l'organisation et les modalités de prestation des services ainsi que sur la formation et la rémunération des travailleurs du secteur.²¹

5. L'impact des changements de politiques sur les travailleurs et les usagers des services

5.1. Les prestataires de soins

La proportion des prestataires de soins sur l'ensemble de la main-d'œuvre varie d'un pays à l'autre. Les pays nordiques présentent des niveaux élevés : Danemark, 10 % ; Suède, 9 % ; et Pays-Bas, 7 %. Au Royaume-Uni, les prestataires de soins représentent 5 % de la main-d'œuvre. En Espagne et en Hongrie, la proportion est moindre avec 3 %. Quel que soit le pays, les prestataires de soins sont en majorité des femmes (souvent 90 %).²² Au Royaume-Uni, les femmes représentent 90 % des effectifs soignants, principalement dans le secteur indépendant/privé.

On observe une demande croissante pour tous les types de prestataires de soins. De plus en plus de travailleurs sont recrutés à l'étranger en raison de manque de travailleurs désireux de travailler dans le secteur des soins. C'est seulement au Danemark, où il existe des travailleurs de pédagogie fondamentale, que l'on constate un intérêt croissant pour ce type de profession.²³

Etant donné que la majorité des prestataires sont des femmes, le sexe joue un rôle important dans la définition des soins. Les hommes sont encouragés à participer davantage dans les soins aux enfants et aux personnes âgées, mais la proportion des hommes dans ce domaine reste marginale dans tous les pays. Le Danemark présente la plus grande proportion (14 %) de prestataires masculins de services de garde d'enfants mais la majorité des hommes travaillent dans des services parascolaires et non dans des services destinés aux enfants âgés de 0 à 3 ans.²⁴ Dans de nombreux pays, la plupart des prestataires de soins sociaux sont âgés de plus de 40 ans, ce qui des conséquences sur la fourniture de soins sociaux de longue durée.

Les travailleurs migrants, dont le statut de visa ou de résidence est toujours incertain, occupent une place de plus en plus importante dans la main-d'œuvre soignante. Avec le transfert mondial de la main-d'œuvre féminine provenant de pays à bas ou à moyen revenu, les femmes migrantes offrent de plus en plus souvent des services de garde d'enfants et de soins aux personnes âgées. Le débat concernant l'Etat-providence sexospécifique et la crise dans le domaine des soins ne s'est pas penché sur le rôle des femmes migrantes dans la fourniture de services de soins.^{25 26} Illustrant la façon dont les entreprises de soins recrutent des travailleurs migrants, Bupa Care Homes a indiqué en 2004 qu'elle espérait recruter 50 prestataires de soins en Pologne et qu'elle était à la recherche de personnel provenant de la République tchèque, d'Estonie et de Lituanie, qui allaient devenir des Etats membres de l'Union européenne.²⁷

Un récent rapport intitulé «Travail et immigration forcées au Royaume-Uni »²⁸ a examiné le secteur des soins résidentiels par rapport à quatre autres secteurs (la construction, l'agriculture/horticulture et le nettoyage contractuel) dans lesquels on observe des conditions de travail très pénibles, et notamment le travail forcé. Le travail des soins au Royaume-Uni implique « *un grand nombre de tâches diverses, notamment l'infirmierie, les services de lessive, la restauration et le nettoyage, qui sont effectuées dans le cadre de différents types de relations contractuelles* ». Le secteur se consolide mais il compte encore de nombreux petits opérateurs. Selon le rapport, « *les relations entre les grands et les petits opérateurs et les différents degrés de pouvoir sur le marché vis-à-vis des acheteurs de biens et de services, permettent d'expliquer la diversité des conditions de travail* ». Le coût total pour l'exploitation d'un foyer-résidence de qualité est de 75 livres à 85 livres supérieurs aux frais moyens payés par les pouvoirs locaux.²⁹ Seuls les foyers de grande taille peuvent fonctionner de manière rentable.

Les revenus et les rémunérations

Dans de nombreux pays, les secteurs des soins sociaux et de la garde d'enfants sont caractérisés par des bas salaires, mais il existe des différences entre les pays. Les prestataires de soins au Danemark et en Suède sont mieux rémunérés et bénéficient d'un statut plus élevé que dans les autres pays européens. Cependant, une étude syndicale a montré qu'en Suède, après la privatisation, la rémunération des femmes dans les services des soins, d'infirmierie, de nettoyage et de préparation alimentaire est restée inchangée ou a diminué. Les pensions, les indemnités de

vacances et les autres prestations ont également diminué ou ont été limités après la privatisation.
30

Dans d'autres pays, où des allocations sont versées directement aux prestataires de soins informels, les femmes d'âge moyen peuvent rejoindre la main-d'œuvre en s'inscrivant à un régime de sécurité sociale. Cependant, leur entrée dans la main-d'œuvre est souvent limitée à l'appartenance à une petite sous-catégorie du marché de l'emploi caractérisée par l'insécurité et des bas salaires.³¹

Le recrutement de travailleurs migrants peut également entraîner une forme d'exploitation par rapport à la main-d'œuvre qualifiée, ce qui dévalorise les aptitudes des travailleurs migrants qui ont suivi une formation d'infirmier à l'étranger. Au Royaume-Uni, « *tant les foyers privés que les trusts du NHS peuvent obtenir des permis de travail pour engager des infirmières, mais les infirmières qui ont suivi une formation à l'étranger sont habituellement soumises à une période d'essai pour « se mettre à niveau » pendant laquelle elles reçoivent le salaire d'assistantes de soins* ». Au terme de cette période d'adaptation, qui dure habituellement entre 3 et 6 mois, elles peuvent s'enregistrer auprès du Nursing and Midwifery Council, elles ont le droit de travailler en qualité d'infirmières et d'être rémunérées conformément aux barèmes en vigueur. L'employeur est tenu de déclarer que les infirmières ont terminé leur période d'adaptation mais « *des motivations financières encouragent les foyers à retarder l'homologation des infirmières afin de continuer à les payer à une échelle inférieure* ». Les infirmières ont souvent emprunté de l'argent pour se rendre au Royaume-Uni et le bas salaire qu'elles reçoivent rend difficile le remboursement de ce prêt.³²

Les employeurs de prestataires de services de garde d'enfants, tels que les baby-sitters et les nounous, ne paient pas toujours les rémunérations obligatoires. Les personnes qui travaillent dans des foyers-résidences réservés aux personnes âgées et les prestataires de soins à domicile, dont le taux de rotation est élevé, occupent des emplois temporaires ou à temps partiel et n'ont donc pas droit à tous les avantages. Les travailleurs migrants qui travaillent dans le secteur des soins sociaux ne sont pas toujours intégrés dans le régime de sécurité sociale, ce qui a des conséquences sur le revenu à long terme de ces travailleurs. Même si les travailleurs temporaires ou à temps partiel bénéficient du même salaire horaire que le personnel permanent, ils n'ont pas souvent droit aux mêmes congés, indemnités de maladie ou pensions. Cette situation a également des conséquences importantes pour le revenu à long terme des travailleuses.³³

Conditions de travail

Les contrats proposés aux prestataires de soins sociaux et de services de garde d'enfants sont souvent de courte durée et à temps partiel. Ceux qui travaillent dans le secteur public sont susceptibles de bénéficier de contrats garantissant une plus grande stabilité. Par exemple, au Danemark et en Suède, tant les travailleurs du secteur des soins sociaux que ceux du secteur de la garde d'enfants bénéficient de meilleures conditions de travail. Au Royaume-Uni, on observe une tendance vers le travail irrégulier dans le secteur des soins afin de garantir des services 24 heures/24 et 7 jours/7, principalement dans le chef des grands prestataires.

« *Les assistants de soins figurent parmi les personnes les moins bien payées au Royaume-Uni...Le travail en résidence constitue une solution pour répondre à la demande permanente pour les soins et les travailleurs résidents sont en particulier susceptibles de travailler des heures excessives* ». Cette situation met les travailleurs du secteur des soins à la merci des propriétaires de foyers-résidences dont ils dépendent pour le logement, le téléphone et d'autres installations.³⁴

De telles transactions en espèces pour les soins pourront également stimuler la propagation d'une main-d'œuvre déréglementée, non qualifiée et non documentée. Cette nouvelle catégorie de prestataire de soins n'est pas habituellement pas couverte par les droits sociaux et les règlements de travail. Ecrivant sur l'impact des subventions aux prestataires de soins sur les familles en Italie, Ungerson (2003) a établi que tous ceux qui faisaient appel à un prestataire de soins avaient engagé des travailleurs sans droit de résidence vivant à proximité. De tous les prestataires de soins interrogés, un seul avait le droit de résider en Italie.³⁵

En Autriche, où des subventions sont payées directement aux personnes qui nécessitent des soins, une importante organisation bénévole, Caritas, est devenue l'employeur du prestataire de soins. De cette manière, le parent peut bénéficier de droits sociaux, de pécules de vacance et d'un contrat de travail. Dans de nombreux cas, cela permet également au prestataire de soins de renforcer son estime de soi en passant d'un travail informel intrafamilial à un travail rémunéré.

Le paiement de subventions pour les soins a également favorisé l'emploi de travailleurs étrangers sans papier en Autriche, à un tel point que des agences ont été mises sur pied pour organiser ce travail.³⁶ Des travailleurs migrants sont recrutés comme main-d'œuvre temporaire par des agences de recrutement en Hongrie et en Slovaquie. Les personnes âgées recrutent le plus souvent deux prestataires de soins, un premier qui fournit des soins 24 heures/24 pendant deux semaines et un deuxième qui fournit les mêmes soins les deux autres semaines. Les travailleurs migrants résident avec les personnes âgées dont ils s'occupent, ce qui leur permet de conserver un travail dans un pays et de retourner régulièrement dans leur pays d'origine.

Les personnes qui travaillent dans des centres publics de garde d'enfants bénéficient d'un emploi souvent plus sûr que celles qui travaillent en indépendant ou pour des entreprises privées. L'insécurité de l'emploi concerne principalement les personnes qui travaillent chez elles ou au domicile des enfants dont elles ont la garde.

Heures de travail

Les personnes qui travaillent dans le secteur de la garde d'enfants et des soins sociaux prestent de longues heures. Dans de nombreux pays, où les travailleurs proposent leurs services dans des maisons privées, on observe un manque de contrôle des normes de santé et de sécurité, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de soins aux personnes âgées et de plus en plus souvent dans les services de garde d'enfants. Les tâches doivent être effectuées de plus en plus rapidement entraînant des risques pour la santé et la sécurité. Les tâches liées aux soins sont réputées stressantes sur les plans mental et physique.

Une étude de la main-d'œuvre réalisée au Royaume-Uni a montré que 10 % des travailleurs du secteur des soins sociaux, qui comprennent les assistants sociaux et les agents de surveillance, présentaient une incapacité limitant leur travail, avec une proportion plus importante pour les femmes.³⁷ Par ailleurs, 7 % des personnes travaillant dans un service de garde d'enfants présentaient une incapacité limitant leur travail.

Les soins comme profession

Les changements de politique de protection sociale, et en particulier l'introduction de paiement directs aux personnes nécessitant des soins, ont des retombées sur l'organisation et le statut des travailleurs du secteur des soins. Il existe des variations importantes entre les pays européens,³⁸ notamment quant à la manière dont les soins peuvent se développer en profession. Le fait que le secteur des soins puisse être considéré comme une perspective de carrière intéressante peut également se manifester à un autre niveau avec des travailleurs capables d'influencer leur travail quotidien et d'être satisfaits de leurs tâches.

Dans les pays où les personnes âgées peuvent acheter elles-mêmes des services, la création de nouvelles catégories professionnelles commence à influencer le statut des travailleurs du secteur des soins. En Allemagne, où une nouvelle catégorie de prestataires de soins sociaux a été créée parallèlement à l'introduction d'une assurance soins de santé, on a observé une augmentation du nombre d'enregistrements de prestataires de soins.³⁹ Aux Pays-Bas, un processus similaire est en cours.

Dans certains pays, un marché de l'emploi plus structuré et plus réglementé pour les prestataires de soins est apparu lorsque des agences privées non gouvernementales ont proposé des services

de soins. Les usagers bénéficient de soins en faisant appel à des agences. En France, Ungerson (2003) a établi que des prestataires de soins entretenaient « *plusieurs relations* », visitant parfois jusqu'à 13 clients par jour. La plupart d'entre eux disposaient d'une qualification de base qui leur donnait accès à une formation et leur permettait de réfléchir à leur travail.⁴⁰

Une étude de la privatisation du lieu de travail en Suède, où des entreprises privées exploitent des maisons de retraite, fait apparaître des disparités quant à la possibilité des travailleurs du secteur d'influencer leur travail. Dans certains cas, la privatisation a permis d'améliorer l'ambiance sur le lieu de travail, dans d'autres, elle a exacerbé l'insécurité et l'anxiété chez les travailleurs. De même, elle a parfois permis de raccourcir le processus de prise de décisions et de d'introduire une structure de gestion plus simple. Le cas échéant, les travailleurs pensent avoir plus d'influence pour faire évoluer leur travail et agir de leur propre chef.⁴¹

Au Danemark, des changements dans les services d'assistance à domicile ont été opérés depuis la fin des années 1970, notamment avec l'introduction de soins 24 heures/24 faisant intervenir des assistants et des infirmières à domicile.⁴² Avec l'ancrage de ce système, les assistants à domicile ont cessé de travailler chez à partir de chez eux pour constituer un « groupe semi-autonome » de travailleurs organisés en équipe, partageant les tâches et réglant eux-mêmes les problèmes. Pour les municipalités, la formation de telles équipes a constitué une forme de renforcement du pouvoir des prestataires de soins à domicile. L'introduction du marché intérieur et la sous-traitance des services par les municipalités modifient également la façon dont ces services sont organisés et fournis.

Différents modèles professionnels pour la garde d'enfants et les soins parascolaires déterminent dans quelle mesure il existe une carrière définie. Le type de formation nécessaire pour rejoindre le secteur et les dispositifs de formations en cours d'emploi et de maintien des compétences influencent également la perception du travail de la garde d'enfants comme perspective de carrière.⁴³ En Europe, dans le secteur de la garde d'enfants, l'intégration croissante des services de garde d'enfants aux soins parascolaires et aux écoles entraîne une professionnalisation accrue de la main-d'œuvre. Cependant, Cohen *et al* (2004) indiquent que, dans les pays où le secteur privé est très présent dans le secteur de la garde d'enfants, la perspective de transformer les travailleurs du secteur en groupe professionnel est limitée en raison des ressources et des investissements nécessaires pour y parvenir.⁴⁴

Formation

Dans de nombreux pays, la formation concernant les soins aux personnes âgées est moins approfondie que celle pour la garde d'enfants. Dans la plupart des pays, les personnes qui offrent des soins aux personnes âgées disposent d'une formation limitée. Dans certains pays européens, on constate un renforcement de la formation des prestataires de soins sociaux permettant une valorisation du travail et une amélioration du recrutement et de la rétention. Cette formation est souvent moins accessible aux travailleurs migrants. Au Royaume-Uni, les formations en soins sociaux reposent sur la formation de compétences et ce type de formation se répand, même si la rotation importante du personnel de soins sociaux signifie que la participation est limitée. En France, il existe un système de formation plus formel et de nombreux professionnels des soins sociaux disposent aujourd'hui d'une qualification.⁴⁵

Les personnes qui travaillent dans le secteur de la garde d'enfants jouissent souvent d'un niveau de formation initiale supérieur à celles qui travaillent dans le secteur des soins aux personnes âgées, bien que cela implique parfois deux années de formation après l'âge de 16 ou de 18 ans. Dans les pays nordiques, une formation de trois ans en enseignement supérieur devient la norme pour les professionnels de la garde d'enfants et de la petite enfance. En Espagne, les professionnels de base dans ce secteur disposent également d'une telle formation. Dans les autres pays, la formation des professionnels de la garde d'enfants présente un niveau inférieur.

Au Royaume-Uni, Cameron *et al*, (2004) a établi qu'au moins la moitié de l'ensemble du personnel de garde d'enfants ne disposait pas d'une formation spécialisée. Il s'agit notamment des gardiennes d'enfants, de la plus grande partie du personnel des centres privés de garde d'enfants et de certaines nounous. La situation est différente dans les pays nordiques. Au Danemark, le statut des professionnels de la garde d'enfants est élevé et les perspectives de formation et d'emploi sont excellentes. On observe également une proportion d'hommes plus importante dans le secteur. Même chez les prestataires en milieu familial qui ne sont pas tenus d'avoir une qualification, plus de 75 % disposent d'un certificat ou ont reçu une formation obligatoire de 50 à 100 heures par les employeurs municipaux.⁴⁶

Dans de nombreux pays européens, le financement des formations en cours d'emploi est souvent décentralisé au profit des municipalités, comme c'est le cas en Suède, en Finlande, aux Pays-Bas et en Italie. Au Danemark et en Belgique, le financement de la formation en cours d'emploi a été décentralisé vers les écoles. **Aux États-Unis, les personnes qui travaillent dans des centres de garde d'enfants sont tenues, conformément aux prescriptions de l'état dans lequel elles travaillent, de suivre une formation en cours d'emploi d'au moins plusieurs heures par an.** Des possibilités de formation complémentaire pour la garde d'enfants existent en Espagne, au Danemark et en Hongrie.⁴⁷

Affiliation syndicale

La majorité des professionnels des soins travaillant à temps partiel et recevant des bas salaires, la syndicalisation est limitée dans de nombreux pays car les exploitants de foyers-résidences ne reconnaissent pas les syndicats et découragent les contacts entre les travailleurs et les syndicats. Les travailleurs du secteur des soins en milieu familial ont également beaucoup de difficultés à se syndicaliser car ils sont éparpillés et n'ont pas l'occasion de rencontrer des collègues. Le recours croissant aux travailleurs migrants en Europe et en Amérique du Nord rend également difficile la syndicalisation car les travailleurs en situation de séjour irrégulière ont souvent peur de faire appel aux syndicats.

Une étude syndicale finlandaise sur la privatisation en Suède a montré que la participation dans les activités syndicales était également devenue plus difficile.⁴⁸ Dans certains pays, les employés ont perdu le droit de critiquer leur employeur. Au Royaume-Uni, dans une étude réalisée en 1997, deux tiers des foyers-résidences interrogés n'avaient pas de membre de syndicat et ne reconnaissaient pas les syndicats pour les négociations.⁴⁹

En Suède, les syndicats ont joué un rôle important dans l'intégration du personnel de garde d'enfants en intégrant leur propre organisation et en renforçant ainsi leur pouvoir de négociation.⁵⁰ Cela permettra également de contribuer au développement de la profession de la garde d'enfants.

Certains des changements de politiques de protection sociale ont directement affecté la sécurité de nombreux professionnels des soins sociaux et des soins à domicile. Les perspectives d'amélioration du personnel de garde d'enfants semblent meilleures en raison des liens qui existent entre les soins et l'éducation des enfants. Dans le domaine des soins sociaux, on n'observe pas la même force de changement, bien que de nouvelles catégories de professionnels des soins sociaux fassent leur apparition dans certains pays grâce au fait que les personnes âgées puissent acheter leurs propres soins. Dans l'ensemble, les soins sociaux offerts en milieu résidentiel et à domicile sont mal rémunérés et peu valorisés. Souvent, les travailleurs ont un faible niveau de formation et le taux de syndicalisation est peu élevé.

5.2. Usagers des services

En tenant compte de la manière dont les changements dans le financement, l'organisation et la fourniture de services ont affecté l'accès aux services et la qualité de ces services, il convient

d'examiner la situation dans le contexte du développement des politiques de protection sociale pendant le 20^{ème} siècle en Europe. Dans la plupart des pays, on note des différences importantes dans la manière dont les services de garde d'enfants et les soins aux personnes âgées ont évolué en tant que services publics. Les services de garde d'enfants se sont développés en réponse à la participation croissante des femmes dans la vie active, bien que la quantité des services publics et privés varie d'un pays à l'autre. Les services de garde d'enfants sont de plus en plus reconnus comme un droit social en Europe.

Les soins aux personnes âgées émanent le plus souvent de lois visant à réduire la pauvreté et à fournir une assistance sociale.⁵¹ La définition et le maintien du droit des personnes âgées à des soins sociaux de haut niveau ont été des tâches plus difficiles. L'introduction de paiements et de virements en espèces est considérée comme un exemple récent de l'expansion des programmes de protection sociale.⁵² L'attitude des sociétés envers les personnes âgées constitue un obstacle important à l'amélioration des services. La commercialisation des soins sociaux a rarement permis d'améliorer les services. Aujourd'hui, des recherches montrent que l'accès à ces services est souvent limité pour certains groupes d'individus.⁵³

Pour Ungerson (2003), les nouveaux systèmes de financement qui permettent aux individus de payer leurs propres soins créent un nouveau contexte de soins, mais l'impact sur la nature de la relation des soins doit encore se manifester.

Le ciblage croissant des programmes a un effet sur la distribution des soins. Le ciblage des services en faveur de ceux qui en ont le plus besoin concerne également ceux qui présentent un faible niveau de dépendance et de besoins (en particulier les personnes âgées) qui reçoivent moins ou pas de services. Le niveau de revenu d'une personne plus âgée détermine souvent si des services supplémentaires seront pris en charge ou si les membres de la famille effectueront les soins.

Des études examinant les changements dans la fourniture de services à domicile aux personnes âgées en Suède ont montré que, depuis 1990, on observe une diminution de nombre d'individus bénéficiant des services, en particulier les personnes âgées les plus affaiblies. La diminution du nombre de lits pour les personnes âgées dans le secteur des soins de santé a entraîné la prise en charge des personnes âgées les plus faibles par les services municipaux. Les ressources sont alors limitées aux soins infirmiers individuels et à domicile et non à la fourniture de services municipaux pour les achats, le nettoyage, la lessive et les promenades.⁵⁴ Le processus d'évaluation des besoins nécessaire pour habiliter un individu à recevoir des soins a été mis en œuvre de manière plus stricte, ce qui a empêché les personnes avec des besoins moins urgents de bénéficier de soins. Les membres de la famille sont alors contraints de devenir des prestataires de soins ou, pour ceux qui ont plus de moyens, d'être des prestataires rémunérés. Szebehely (2004) a montré que les changements dans les systèmes d'assistance à domicile en Suède ont entraîné une augmentation des soins informels par des personnes plus âgées et plus faibles avec des niveaux d'éducation plus bas et une augmentation des soins privés par des personnes plus âgées et plus faibles avec des niveaux d'éducation plus élevés.

Lewinter (2004) a examiné les changements du niveau de prestation de soins à domicile au Danemark aux personnes âgées de plus de 67 ans et a montré l'augmentation du pourcentage de personnes recevant un bas niveau de soins (< 2 heures par semaine) et le plus haut niveau de soins et la diminution des niveaux intermédiaires (2-8 heures par semaine).⁵⁵ Trydegard, Thorslund (2001) ont également montré l'existence d'une grande variation du niveau de soins à domicile au niveau municipal.⁵⁶

En Angleterre, il semblerait qu'un processus similaire ait lieu comme l'indiquent les tendances dans la fourniture de services de soins à domicile. Bien que le nombre d'heures-contacts prestées par les services de soins à domicile ait augmenté de 14 % entre 1997 et 2003, le nombre de ménages bénéficiant de services a diminué de 23 %.⁵⁷ Par ailleurs, la proportion de ménages

bénéficiant de soins à domicile impliquant au moins 6 visites et plus de 5 heures contact a augmenté de 28 % à 41 %, mais la proportion de ménages bénéficiant de soins à domicile et d'une seule visite de deux heures ou moins a diminué de 27 % en 1997 à 17 % en 2002. Pendant la même période, le nombre d'heures de soins à domicile prestées par le secteur privé est passé de 42 % à 64 %.

Alors que la Suède a adopté un système de logement assisté, ce dernier est considéré au plan administratif comme un type de logement et non comme des soins, si bien que les personnes âgées doivent payer un loyer et des charges pour les différents services qui sont offerts en fonction des revenus des bénéficiaires.

Ungerson (2003) a montré que la rémunération d'un membre de la famille pour la réalisation de tâches qui étaient précédemment considérées comme « travail non rémunéré » peut entraîner des changements dans les relations familiales et du ménage. Là où le prestataire des soins est un membre résident de la famille, les paiements contribueront au revenu familial mais si le prestataire n'est pas résident, il est possible que les relations intrafamiliales soient appréhendées sous l'angle commercial. En Italie, le paiement des soins a souvent été utilisé pour subventionner un bas revenu en continuant à avoir recours à la famille et aux parents pour offrir des soins informels.

Au Royaume-Uni, on a pu observer plusieurs tendances dans la fourniture de services qui ont directement affecté les usagers des services. Avec la loi sur les services de proximité de 1990 et l'adoption de normes pour les institutions de soins, les coûts liés au respect de ces normes nationales pour les foyers-résidences a contraint les pouvoirs locaux et les prestataires privés à fermer des foyers résidentiels. Au Royaume-Uni, en 2003, 88 % des soins résidentiels avaient été transférés vers le secteur privé et 66 % des soins à domicile financés par les pouvoirs locaux étaient fournis par le secteur privé.⁵⁸

La qualité des soins offerts en foyers résidentiels est variable. La presse a souvent rapporté des cas individuels dans des foyers BUPA où les résidents avaient reçu des soins de très bas niveau.⁵⁹ Le journal *Manchester Evening News* a rapporté qu'une inspection de foyer résidentiel avait permis de mettre au grand jour les conditions de vie épouvantables pour les résidents.

« Le foyer Bedford pour soins infirmiers résidentiels à Leigh devait effectuer d'importantes améliorations dans 29 des 34 catégories, selon un rapport de la National Care Standards Commission, l'organisme britannique chargé de contrôler le respect des normes nationales en matière de soins. Dans l'un des couloirs de ce foyer exploité par la BUPA, la moquette était à ce point imbibée d'urine qu'elle collait aux chaussures de l'inspecteur ». Le rapport de la NCSC précisait : « Ce n'est pas uniquement une question de propreté mais de risque accru d'infection ». Ce foyer, qui demande 473 livres par semaine, devait opérer des améliorations dans 26 domaines conformément à la loi, et le rapport a fait 12 autres recommandations pour que ce foyer devienne conforme aux normes⁶⁰

De plus en plus d'attention est accordée aux soins à domicile qui visent à permettre aux personnes de rester chez elles ou de vivre en milieu résidentiel protégé. Les soins fournis dans ces installations le sont par des agences de soins à domicile dont plusieurs, publiques et privées, peuvent prodiguer des soins aux résidents de ces logements protégés et aux usagers dans leur propre demeure.

Les services de soins à domicile sont de qualité variable. Une étude récente sur les assistants sociaux au Royaume-Uni (Centre for Public Services, 2004) a montré que ces personnes n'étaient pas en mesure de mettre en service des soins suffisants pour les usagers car ils devaient s'adresser à des agences dont ils n'étaient pas satisfaits et ils étaient limités par des restrictions budgétaires.⁶¹ L'augmentation du nombre de prestataires de soins sociaux a entraîné une fragmentation des services et non une intégration.

La réduction des coûts et les exigences croissantes envers les assistants sociaux qui doivent travailler plus dans une période de temps réduite ont un effet sur la qualité des soins proposés.

Land (2003) montre que pour vouloir faire des économies d'assurance un prestataire de soins sociaux n'est plus couvert par l'assurance de l'agence pour promener un client en fauteuil roulant dans un parc ou un magasin.⁶² Cette situation affecte directement la qualité de la vie de la personne âgée.

Au Royaume-Uni, le Social Services Inspectorate (Inspection des services sociaux) a comparé un service fourni par les pouvoirs locaux avec celui fourni par le secteur privé. Il a conclu que bien qu'il n'y avait aucune preuve de services de bonne qualité, il était également question de *« soins à domicile qui ne fournissaient pas de services de bonne qualité, pratiquement toujours dans le chef des agences indépendantes. On nous a parlé de la rotation élevée, du manque de fiabilité et de l'insuffisance de la formation du personnel et de son incapacité à prêter à temps plein »*⁶³ (Social Services Inspectorate SSI, in Land, 2003). Cela montre comment la sécurité socio-économique des prestataires de soins sociaux en termes de rémunération et de formation a un effet direct sur la qualité des services offerts.

La façon dont les soins sociaux sont financés a un impact sur l'accès des usagers aux soins et sur la qualité des soins. En Suède et au Danemark, le ciblage des soins en faveur des personnes âgées faibles facilite l'apparition de personnes âgées moins dépendantes qui n'ont plus accès aux soins sociaux publics. Cette situation affecte différemment les groupes à bas et à haut revenu. Les groupes à haut revenu peuvent acheter leurs propres soins mais ceux à bas revenu doivent faire appel à des prestataires informels. Le paiement des soins a eu des retombées tant positives que négatives sur les relations familiales.

Au Royaume-Uni, des éléments tendent à montrer qu'un au cours des trois dernières années, le nombre de places pour des individus atteints de troubles d'apprentissage dans des institutions exploitées par le secteur privé a augmenté de 50 % pour atteindre plus de 1000 unités. Les prestataires du secteur privé indiquent dans un ouvrage intitulé *21st Century Asylums* que les soins institutionnels sont mieux adaptés pour les personnes souffrant de troubles d'apprentissage et mentaux.⁶⁴ Les frais annuels pour chaque patient doivent se situer entre 180 000 et 230 000 livres. Les commissaires aux services trouvent plus aisé d'obtenir une place dans un hôpital privé que d'établir un *« réseau complexe de soutien multi-services dans la communauté »*. Cette tendance doit être examinée dans le contexte des perspectives à long terme pour les soins de proximité aux personnes âgées et il convient de se demander si des coûts plus élevés de soins intensifs à domicile entraîneront un retour vers des services institutionnels.

Etant donné que les services de garde d'enfants sont au cœur des initiatives politiques, on a observé une multiplication des installations de garde d'enfants dans de nombreux pays européens permettant un meilleur accès aux soins. Cependant, dans des pays comme le Royaume-Uni où le secteur privé est le principal prestataire de services de garde d'enfants, le respect des normes et le traitement des plaintes concernant les services posent problèmes.

Une étude menée par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail a conclu que les futurs services sociaux publics devront être centrés sur l'utilisateur et que les usagers et les prestataires devront participer à l'organisation et à la planification de ces services. Les initiatives en faveur de la qualité doivent être flexibles et tenir compte des besoins locaux. Les services doivent être développés sur la base des exigences en matière de qualité et non de critères de coûts. Les services doivent être intégrés. Les partenariats entre prestataires de services, investisseurs, groupes d'utilisateurs et partenaires sociaux doivent être à la base de la fourniture de services. Les services doivent investir dans la participation et la formation des prestataires de soins. L'égalité des chances entre les femmes et les hommes doit être reconnue afin de mettre en valeur le rôle de femmes en tant que prestataires et de répondre à leurs besoins.⁶⁵

6. Aperçu de la politique européenne

6.1. Politique en matière de soins sociaux en Europe : l'Union européenne

L'influence directe de l'Union européenne (UE) sur les soins sociaux et la garde d'enfants peut être considérée comme étant plus limitée en raison de l'absence de politique particulière au niveau de l'UE tant pour les personnes âgées que pour les enfants. Bien que l'UE ait parfois tenté d'influencer la politique en matière de soins sociaux en faveur des enfants et des personnes âgées, il s'est davantage agi de recommandations ou de conseils et moins de législation contraignante. Parmi ces tentatives figure la *Recommandation concernant la garde des enfants (92/241/EEC)* adoptée par le Conseil le 31 mars 1992 et qui souligne que le manque de services de garde d'enfants limite la participation des femmes à la vie active mais elle ne contient aucune autre obligation pour les Etats membres de respecter des exigences minimales⁶⁶

Dans le cadre de la stratégie de l'UE pour l'emploi, chaque Etat membre est tenu d'élaborer sa propre stratégie pour l'emploi visant à intégrer les nombreux groupes qui ne participent actuellement pas à la vie active⁶⁷ (UE, 1997). La fourniture de services de garde d'enfants a été reconnue comme un facteur important pour réintégrer les femmes dans le marché de la main-d'œuvre. Les mères uniques ont constitué un groupe-cible dans de nombreux pays, par exemple dans le cadre du programme New Deal au Royaume-Uni.

Le Livre vert sur la politique sociale européenne (1993) a encouragé les Etats membres à partager la responsabilité de la mise en œuvre de la politique sociale avec des organisations bénévoles, les partenaires sociaux et les pouvoirs locaux. L'UE a demandé des études examinant le rôle des prestataires de soins et les perspectives de soins pour les personnes âgées.

En 2001, la première communication sur « *L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées : garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière* »⁶⁸ a été publiée. Ce document prévoit un accroissement de la demande pour des services de traitement des maladies liées à l'âge en raison de l'allongement de l'espérance de vie et de la proportion croissante des personnes âgées. Cependant, le type de soins requis est un mélange de soins médicaux et de soins sociaux. Si cette tendance se poursuit et si l'on tient compte des changements dans les arrangements familiaux et du rôle croissant des femmes dans la main-d'œuvre, de nouvelles mesures seront nécessaires pour répondre à cette demande. Les ressources humaines sont considérées comme une question centrale car la nécessité de recruter des professionnels des soins se fera sentir lorsque le nombre d'individus au travail se stabilisera ou diminuera. La technologie médicale est un deuxième problème qui entraînera de nouveaux produits et traitement mais également une augmentation des dépenses. Une troisième question est celle de la demande croissante en soins de santé et la participation des patients dans les systèmes de soins de santé.

La communication identifie trois objectifs à long terme :

- Accessibilité : reconnaître les liens entre l'inégalité sociale et l'état de santé, la nécessité d'améliorer la coordination entre les services de santé et les services sociaux et multiplier les services en faveur des groupes défavorisés ;
- Qualité : comment mesurer dans les différents systèmes nationaux ;
- Viabilité financière : régulation de la demande par le biais d'une hausse des contributions fiscales ou des co-paiements et des frais de usagers et régulation de l'offre de services sociaux par l'introduction de la concurrence dans les marchés intérieurs.

Le questionnaire sur les soins de santé et les soins de longue durée des personnes âgées du Comité de la protection sociale vise à rassembler des informations sur la manière dont ces trois objectifs (accessibilité, qualité et viabilité financière) peuvent être atteints dans les soins de santé et les soins de longue durée pour les personnes âgées dans les Etats membres. Ils ont été décrits comme des « *mécanismes permettant d'accéder à l'efficacité de l'offre et aux principaux défis pour*

leur fourniture et les réactions politiques prévues à ces défis ». Les réponses des Etats membres ont été analysées et présentées dans un rapport commun (mars 2003).^{69 70}

Ce rapport (Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions) insiste sur la viabilité financière et l'introduction de mécanismes de contrôle des coûts, parmi lesquels des mesures visant à transférer les coûts aux consommateurs ; des contrôles des prix et des volumes tant au niveau de l'offre que de la demande ; et des réformes visant à encourager l'utilisation efficace des ressources.

En 2004, la Commission a publié sa Communication (COM(2004) 304 final) intitulée « *Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables : un appui aux stratégies nationales par la « méthode ouverte de coordination* » (21/04/2004).⁷¹ Ce document recommande que « *l'universalité de leur couverture doit être fondée sur la solidarité, selon les modalités propres à chaque système. Cette solidarité doit jouer particulièrement en faveur de ceux qui disposent de bas revenus et en faveur des personnes dont l'état de santé nécessite des soins lourds, longs ou coûteux* ». Il reconnaît qu'il existe des problèmes dans l'accès aux services pour certains groupes en raison d'inégalités dans la distribution des installations. Les problèmes de recrutement et de rétention du personnel contribuent également aux inégalités de l'offre.

Le rapport demande une « *stratégie globale pour les systèmes de soins de santé* » qui dans une première communication propose des « *objectifs communs pour le développement et la modernisation de l'offre et du financement des soins, qui permettraient aux Etats membres de définir leur stratégie nationale et de bénéficier des expériences et des « bonnes pratiques » des autres* ». Cette coordination des politiques nationales complèterait ainsi les trois autres grands domaines de la protection sociale : les retraites, l'inclusion et « *Make work pay* ».

Une communication fait suite aux recommandations adoptées par le « *Processus de Réflexion à Haut Niveau* » et présente plusieurs propositions : « *permettre l'intégration de l'objectif d'un niveau élevé de protection de la santé humaine* » dans les politiques communautaires. La cohésion sociale est renforcée par un accès à des soins de qualité. L'emploi est considéré comme un objectif mais il s'agit davantage d'améliorer de la qualité des emplois pour prévenir les retraits prématurés du marché du travail. « *L'amélioration de la productivité et de l'efficacité des prestataires de soins, sera aussi un enjeu clé pour le développement durable de ce secteur* ». La « *e-santé* » a un rôle essentiel à jouer, à la fois « *dans l'information, la prévention, l'amélioration de l'offre de soins et dans la formation tout au long de la vie des professionnels* ».

L'impact des progrès technologiques a rendu plus difficile la promotion de soins de grande qualité parce que cet impact est incertain dans le contexte du vieillissement de la population. Il se peut que les progrès techniques rendent les systèmes plus efficaces, allongent l'espérance de vie et augmentent les coûts et entraînent une hausse de la demande pour les soins dans le chef d'une population éduquée. Afin d'éliminer ces incertitudes, il faudra surveiller les dépenses de ressources sur les soins de santé et les soins de longue durée et adopter des stratégies préventives permettant d'améliorer le bien-être et la gestion des soins. Pour ce faire, il faudra mener les actions suivantes :

- Promouvoir les pratiques et les traitements factuels
- Rendre les stratégies sexospécifiques afin qu'elles répondent aux besoins des hommes et des femmes
- Renforcer la formation des professionnels de la santé
- Santé et sécurité
- Affecter les ressources en fonction des besoins
- Promouvoir la gouvernance et définir les droits des patients et des établissements

Le troisième principe, la durabilité financière des soins, dépend de « *systèmes budgétaires sains et durables* ». La durabilité financière dépendrait de plusieurs instruments : les taux de remboursement, les prix et les volumes de traitements pour contrôler les produits ou les prescriptions ; des budgets fixes dans le secteur hospitalier ; et « **donner davantage de responsabilité pour la gestion des ressources aux personnes qui travaillent dans le secteur et aux soutiens financiers** ». Cet ensemble d'instruments financiers montre que tout en reconnaissant l'importance de la couverture universelle, les dispositions financières sont dominées par une réduction des dépenses publiques et l'adoption croissante de tickets modérateurs. La nécessité de donner davantage de responsabilité aux personnes qui travaillent dans le secteur et aux soutiens financiers suggère également que les investisseurs privés auront la possibilité d'influencer l'évolution future du secteur. Cette communication est actuellement en cours d'examen par les Etats membres et un rapport mis à jour sera présenté au printemps 2005.

Le rôle global de l'Union européenne dans la politique des soins sociaux a été limité et s'apparente à la situation qui prévaut dans les soins de santé où le principe de la subsidiarité permet aux gouvernements nationaux d'élaborer leurs propres politiques en matière de soins sociaux. Cependant, à l'instar des soins de santé, la législation du marché intérieur commence à influencer le secteur des soins sociaux. Cette situation s'est notamment manifestée dans une décision rendue par le BetterCare Group (une entreprise privée de soins sociaux et résidentiels) en Irlande du Nord dans une affaire s'inscrivant dans le cadre du droit national de la concurrence et concernant le prix contractuel fixé par le North and West Belfast Health Services Trust, qui était également un prestataire direct de services de soins sociaux et résidentiels. Bien que l'Office of Fair Trading (Bureau britannique du commerce équitable) ait rejeté cette plainte en indiquant que la fourniture de services sociaux par le North and West Belfast Health Services Trust n'était pas une activité économique, l'affaire est passée en appel devant un tribunal de la Commission britannique de la concurrence, qui s'est prononcée en faveur de BetterCare.⁷²

Les conséquences de cette décision continuent à se faire sentir. Land (2003) explique comment cette décision a contraint le North and West Belfast Health Services Trust à revendre ses activités de soins sociaux et résidentiels.⁷³ Les conséquences à long terme d'une décision rendue par une commission nationale de concurrence pourraient être importantes pour l'avenir des services du secteur public.

L'Union européenne aurait dû avoir une influence encore plus grande sur le secteur des soins sociaux avec son nouveau projet de directive sur les services (juin 2004) *Services dans le marché intérieur COM(2004) qui recommande que les « services sociaux personnels »* soient considérés comme des services d'intérêt économique général (SIEG) et donc soumis à la loi sur la concurrence et non comme un service d'intérêt général (SIG) qui n'est pas soumis aux règles de la concurrence. L'une des conséquences les plus importantes de cette classification est qu'un prestataire de services qui agit au sein de l'UE serait soumis aux lois de son pays d'origine et à celles du pays d'accueil où les services sont prestés. En ce qui concerne le détachement de travailleurs, les gouvernements des Etats membres ne seraient pas véritablement en mesure d'influencer les normes de travail des travailleurs qui sont employés dans leur pays par une entreprise étrangère. La proposition était pour le gouvernement du pays d'origine de l'entreprise d'essayer d'influencer les normes et la législation du travail car « *un prestataire ne peut, en règle générale, être soumis qu'à la loi du pays dans lequel il est établi* ». Cette disposition limiterait la possibilité des gouvernements de prendre des mesures à l'encontre de travailleurs migrants sans papier s'ils sont recrutés par une agence dont le siège est dans un autre pays de l'Union. Ce système aurait des conséquences sur le recrutement de travailleurs dans les domaines de la santé et des soins sociaux, sur leurs conditions de travail et sur la qualité des services offerts⁷⁴

Suite à des campagnes agressives menées par plusieurs organisations, institutions et gouvernements, la directive a été abandonnée dans sa forme actuelle. En février 2005, le président de la Commission, M. Barroso, a annoncé que « *la directive n'aurait pas été adoptée*

dans sa forme actuelle...C'est la raison pour laquelle la Commission a accepté à l'unanimité de faire des changements »⁷⁵.

Il est toujours question de déterminer si les services de soins sociaux doivent être considérés comme des services d'intérêt général. La décision Altmark rendue par la Cour européenne de Justice (CEJ) vise à « *exclure le soutien du gouvernement en faveur de services, tels que les transports publics, du terme « aide publique » et donc des exigences relatives aux appels d'offres* ». Cette décision est également importante pour les services de soins sociaux. Il ne sera pas attendu des pouvoirs locaux qui proposent des services de soins sociaux de lancer des appels d'offres pour ces services.

Les discussions se poursuivent quant à la possibilité d'une directive cadre pour les services d'intérêt général. Certaines des questions abordées dans ces discussions ont été soulevées lors d'une conférence organisée en juin 2004 et intitulée « *Les services d'intérêt général dans l'Union européenne : évaluer leurs spécificités, potentiel et besoins* »⁷⁶ qui a mis en exergue les questions dont il faut tenir compte dans le contexte des services d'intérêt général (SGI). Cette conférence a réuni le ministère allemand chargé des affaires familiales, des personnes âgées, des femmes et des jeunes, la Plate-forme des ONG européennes dans le domaine social, et l'Observatoire pour le développement des services sociaux en Europe avec le soutien de la Commission européenne. L'événement traduit les nombreuses inquiétudes des différents acteurs qui participent à l'élaboration future des services sociaux.

Les participants à la conférence étaient d'avis que les politiques de « *modernisation* » introduites dans les services sociaux ont été motivées par la nécessité supposée de réduire les coûts. La future modernisation des services sociaux doit envisager la manière dont il est possible de satisfaire les besoins des individus en soins sociaux et non la façon dont on peut réaliser des réductions budgétaires. La définition et la mesure de la qualité des services reste une question épineuse. Il convient de réfléchir davantage au rôle des acteurs. Le langage des services d'intérêt économique général (SIEG) et les indicateurs de performances économiques ne sont pas adaptés aux services sociaux. Il est possible que les services sociaux nécessitent une reconnaissance juridique pour revêtir une identité plus claire qui comprendrait une « *application modulée adéquate des règles du marché et de la concurrence, en fonction des besoins des usagers et de la qualité des services* ». Il existe toujours des tensions entre les niveaux local, régional, national et européen de la société par rapport aux services sociaux. Les principaux acteurs doivent continuer à participer à l'élaboration de la « *Communication sur les services sociaux et les services de santé dans l'Union européenne* ».

7. Admissibilité des entreprises dans les comités d'entreprise européens

7.1. Les comités d'entreprise européens et la législation européenne

Adoptée en 1994, la directive sur les comités d'entreprise européens⁷⁷ vise à améliorer le droit des travailleurs à l'information et à la consultation dans les entreprises transnationales. Elle oblige les entreprises transnationales à conclure des accords en matière d'information et de consultation couvrant l'ensemble de leur main-d'œuvre européenne si cela n'a pas encore été fait. Le contenu de ces accords est négocié entre les représentants de la direction et des employés, mais des normes minimales concernent notamment des rapports annuels au comité d'entreprise européen sur les perspectives commerciales de l'entreprise et le droit d'être informé sur des circonstances exceptionnelles affectant les intérêts des employés, telles que les fermetures et les licenciements collectifs.

La directive sur les comités d'entreprise européens s'applique aux entreprises⁷⁸ ou aux groupes d'entreprises⁷⁹, comprenant

- au moins 1 000⁸⁰ employés dans tous les Etats membres,⁸¹ et
- au moins 150 employés au moins deux Etats membres distincts.

Ces critères d'emploi constituent une contrainte moins importante – *les entreprises qui y répondent sont tenues de créer un comité d'entreprise européen*, mais les entreprises qui n'y répondent pas peuvent néanmoins en créer un volontairement. Plusieurs entreprises ont choisi de créer un comité d'entreprise européen, que ce soit pour améliorer les relations patronat-travailleurs, le prestige (pour démontrer une présence paneuropéenne) ou (dans le cas du Royaume-Uni pendant sa période de refus volontaire) dans l'attente de l'introduction future d'une obligation légale.

7.2. Admissible pour un comité d'entreprise européen

Les entreprises dont les activités couvrent les soins sociaux dans plus d'un Etat membre de l'Union européenne

Entreprise	Présence européenne	Nombre de travailleurs
Attendo	Suède, Norvège, Danemark	3 000
BUPA Care Homes	R.-U., (Espagne, Irlande)	6 950
Carema	Suède, Norvège, Finlande	4 500
ISS Care Partner	Suède, Norvège, Danemark	
Medidep	France, Belgique	4 000
Orpea	France, Italie	5 700

7.3. Non admissible pour un comité d'entreprise européen

Entreprise	Nombre de travailleurs
Craegmoor Group Ltd	7,500
Four Seasons Healthcare	19,000
Southern Cross Healthcare Ltd	12,000
Westminster Healthcare/Barchester Health Care group	12 000 (après fusion)
Domus VI	
Medica France	

7.4. Acquisitions et ventes de filiales importantes

Entreprise	Achat	Vente	Année
Attendo	Sodexo Partena Care (2001)	-	2001
	Capio Elderly Care (2004)		2004
BUPA	-	A vendu des filiales de services de soins à domicile à l'exception de Strand Nursing Services	2001/2
Capio	-	A vendu les services aux personnes âgées	2004
Générale de Santé	-	A vendu ses services de soins à DOMUS-VI	2003
ISS	-	A vendu 51 % de ses parts dans	2002

		ISS ISS et le fonds EQT III (EQT) ont accepté de créer une co-entreprise englobant ISS Health Care et ISS CarePartner AB.	2005
Sodexho Partena Care	-	Vendu à Attendo	2001

7.5. Entreprises dotées d'un comité d'entreprise européen ou pouvant en établir un

7.5.1. Company name ATTENDO

Attendo Senior Care AB
 Arstaangsvagen 1A
 117 43 Stockholm
 Tél : +46 8 775 7700
 Fax : +46 8 744 1050
www.attendo.se
www.telearmcare.se
www.attendo.co.uk

Nombre total d'employés : 3 000

Activités et stratégie de l'entreprise

Secteur de marché	Activités	Pays	Ventes (SEK)	Travailleurs
Attendo systems	Commercialise des produits et des systèmes (téléphones de soins, systèmes internes, systèmes de réaction, systèmes de validation d'activité, services techniques et accessoires) qui facilitent la fourniture de soins aux personnes âgées et/ou aux personnes atteintes d'un handicap	Pays nordiques, Islande, Allemagne, Autriche, Espagne, Suisse, R.-U.	383m	230
Attendo response	Elabore des normes de services qui dépassent le simple traitement des urgences et la réception d'appels d'alarmes, par exemple en développant des centres de contrôle qui peuvent devenir le cœur de l'organisation des soins et de l'assistance	Danemark, Suède, Pays-Bas, R.-U. et France	112m	
Attendo care	Maisons de soins infirmiers (pour les personnes nécessitant un haut degré de supervision), logements-foyers, soins à domicile, services spéciaux et généraux pour lesquels l'entreprise exploite des	Danemark et Suède	964,6 m	2,000+

	unités et vend des services généraux aux pouvoirs locaux ou aux particuliers			
Ventes totales			1 444 m	
Bénéfice brut			300,5 m	

La société emploie 3 000 personnes. Ses principaux actionnaires sont Saki AB, une société d'investissement ; Melker Schorling (également dans le conseil d'administration de Scandia) ; et Lars Forberg (famille et entreprise). L'objectif de l'entreprise est de devenir le premier fournisseur européen de services et de produits de soins. Elle a racheté les services de soins aux personnes âgées de Capio en 2004 pour devenir le premier fournisseur de soins sociaux des pays nordiques. En février 2005, la société britannique de gestion de capitaux propres Bridgepoint Europe II, appartenant à British Bridgepoint Capital Group Limited, a acheté une participation majoritaire dans le fournisseur suédois de services de soins Attendo AB.⁸² Bridgepoint Capital Group a également racheté une participation dans la société française Medica en 2003.

7.5.2. Nom de l'entreprise : Bridgepoint Capital

Bridgepoint Capital Ltd
101 Finsbury Pavement
Londres EC2A 1EJ
Tél : +44 (0)20 7374 3500
www.bridgepointcapital.com

Comité d'entreprise européen : NON. ADMISSIBLE ?

Stratégie et activités

Bridgepoint est une des plus grande société de financement par capitaux propres avec une expérience de 25 ans dans le financement d'entreprises pour une croissance de capital à long terme. Bridgepoint investit dans des entreprises par le biais de la direction, de conventions de rachat ou en offrant d'autres ressources financières pour aider les entreprises à se développer. Société à capital indépendant, Bridgepoint Capital a rassemblé plus de 5 milliards d'euros auprès de grands investisseurs institutionnels tiers. Elle vend également des entreprises, avec un rendement de 2,5 milliards d'euros pour les investisseurs depuis 2000. Parmi les investisseurs figurent des fonds de pensions américains et des investisseurs institutionnels en Europe et au Moyen-Orient.

Elle compte actuellement dans son portefeuille cinq entreprises du secteur des soins de santé :

Entreprise	Activités	Type d'accord	Montant de l'accord (m)	Date	Recettes
Alliance Medical www.alliancemedical.co.uk	Opérateur privé d'équipements d'imagerie diagnostiques (R.-U.)	Rachat par les salariés	€178	2001	€63m
Attendo www.attendo.se	Exploitant de foyers pour personnes	Rachat par les salariés	£245	2005	£275m

	âgées (Suède)				
Match Group www.match.co.uk	Mise à disposition de personnel pour le secteur des soins de santé (R.-U.)	Rachat par les salariés	€117	1999	€240m
Medica www.medica-france.com	Exploitant de maisons de soins pour personnes âgées (France)	Rachat par les salariés	€330	2003	€207
Robinia Care Group www.robinia.co.uk	Fournisseur de soins résidentiels spécialisés pour jeunes gens et adultes atteints de troubles instrumentaux (R.-U.)	Rachat indépendant	€49	2003	€36

En annonçant l'acquisition d'Attendo AB, Bridgepoint Capital a indiqué qu'elle « *souhaitait être un propriétaire actif, exploitant ses grandes connaissances du secteur et ses ressources en capital pour offrir le soutien nécessaire à la direction et à l'entreprise* ». ⁸³

7.5.3. Nom de l'entreprise : BUPA

BUPA
BUPA House
Bloomsbury Way
Londres WC1A 2BA
www.bupa.com

Comité d'entreprise européen : NON. ADMISSIBLE ?

Nombre total d'employés : 9 120 (Europe)

Distribution régionale (Europe)

Pays	Nombre d'employés
R.-U.	6 950
Irlande	170
Espagne	2 000
Total	9 120

Principales filiales européennes

Entreprise	Participation	Pays	Contact	Site Web	Employés
Sanitas	– 100 %	Espagn	c/via Augusta 13-15,	www.sanitas.es	2 000

Espagne		e	28042 Madrid Tél : + 902 10 24 00		
BUPA Irlande	100 %	Irlande	12 Fitzwilliam Street, Dublin 2 Tél : (01)662 7662 Fax : (01)662 7672	www.bupa.ir	170
BUPA Hospitals Ltd	100 %	R.-U.	Bloomsbury Way, London WC1	www.bupa.com	6 950
BUPA UK Insurance	100 %	R.-U.		www.bupa.com	
BUPA Care Services Ltd	100 %	R.-U.		www.bupa.com	
BUPA Childcare Services Ltd	100 %	R.-U.		www.bupa.com	
Strand Nurses Bureau Ltd	100 %	R.-U.		www.bupa.com	

Présentation et stratégie de l'entreprise

Les services de soins constituent le plus grand domaine d'expansion de BUPA depuis le milieu des années 1990. BUPA Care Services se compose de trois filiales : BUPA Nursing Homes Ltd, BUPA Care Services Ltd et Care First Group plc. BUPA exploite 223 maisons de soins, 54 maisons de retraite protégées et, en 1999, avait la charge de 26 000 personnes dans le cadre de services de soins résidentiels ou à domicile. BUPA a également développé ses activités dans le domaine des soins infirmiers, d'autres services de soins et la garde d'enfants. En 2001/2002, l'entreprise a vendu une grande partie de ses services de soins à domicile mais a conservé Strand Nursing Bureau, une agence de recrutement d'infirmières pour les soins à domicile.

7.5.4. Nom de l'entreprise : CAREMA

Kungsgaten 70 3tr
SE 111 22 Stockholm
Tél : +46 8 617 3900
Fax : +46 8 617 3980
www.carema.se

Nombre total d'employés : 4 500

Présentation et stratégie de l'entreprise

Carema est une société suédoise créée en 1996 qui propose des soins spécialisés, des soins de santé primaires, des soins aux personnes âgées, des soins en psychiatrie, des soins aux personnes atteintes de handicaps et des services de recrutement. Elle se spécialise dans les soins intégrés. Elle est présente en Norvège, en Suède et en Finlande.

L'unité en charge des soins de santé est active dans trois domaines :

- Soins de santé primaire dans 20 centres de soins de santé en Suède
- Soins de santé spécialisés dans les hôpitaux locaux, chirurgie non urgente et réadaptation sous le nom de Carema Specialist Healthcare.

- Recrutement avec les services « Rent a Doctor », « Rent a Nurse » et d'équipes de soins. Toutes les unités de l'entreprise travaillent pour le compte des conseils municipaux qui prennent intégralement à leur charge les services de soins de santé primaires. Les conseils municipaux représentent 90 % des recettes issues des activités de recrutement, le reste provenant d'entreprises privées. La société dégage également une petite partie de ses recettes d'assurance-maladie privée et de personnes qui financent leur propre traitement.

L'unité chargée des soins infirmiers offre une assistance, des services et des soins aux personnes atteintes de troubles physiques et mentaux (Soins et psychiatrie). Elle offre également des soins aux personnes âgées. C'est le plus grand acteur sur le marché suédois avec 4 500 patients dans 40 centres. La société propose ses services sur base contractuelle sous sa propre direction. Elle est payée pour ses services par les municipalités ce qui représente 70 % de son chiffre d'affaires. Elle est présente en Norvège, en Suède et en Finlande.

Les principaux investisseurs de Carema sont Orkla, Ovriga, Jarla Investeringar AB et la famille Saven.

	2003	2002	2001
Recettes	2.356,3SEK	2.474,8Sek	2, 123.6
Résultats	71,9 SEK	16,5 SEK	-22,5 SEK

Source : Rapport annuel Carema 2003

7.5.5. Nom de l'entreprise : ISS CARE PARTNER SVERIGE AB

Box 42071
SE -126 13 Stockholm
Tél : 08 6816000
www.carepartner.se

Nombre total d'employés : 4000

ISS Care Partner Sverige AB a été créée après la vente par ISS de 51 % de sa participation dans ses services aux personnes âgées. Elle est présente en Norvège, en Suède et en Finlande. En 2004, elle a vendu sa filiale finlandaise Care Partner à Medivire, qui dépend de Medivire Group. Il offrait des services de soins à domicile, des services d'hébergement et des services de garderie dans des centres en Finlande, signe que les soins sociaux pour les personnes âgées sont combinés à la garderie d'enfants. Outre des services de santé au travail, le Medivire Group offre également des services de logement, des soins à domicile et des services téléphoniques de sécurité personnelle. Cela montre également dans quelle mesure les services de soins sociaux sont combinés aux systèmes de sécurité personnelle pour les personnes âgées.

En février 2005, ISS a annoncé qu'elle allait créer une co-entreprise avec le fonds EQT III pour racheter les activités d'ISS Health Care, intégralement détenue par ISS. Cette co-entreprise rachètera également 100 % de CarePartner AB, qui est détenue à 49 % par ISS et à 51 % par la direction. ISS rachète 51 % de CarePartner AB à la direction avant la vente des activités combinées à la co-entreprise. Cet accord sera soumis à l'aval des autorités anti-trust (communiqué de presse ISS, 1^{er} février 2005). Le groupe d'investissement EQT a été fondé en 1994 par Investor AB, le plus grand groupe de holding industriel en Scandinavie. Il dépend du groupe Wallenberg.⁸⁴

7.5.6. Nom de l'entreprise : MEDIDEP

31 boulevard de La Tour Maubourg
 75007 Paris
 FRANCE
 Tél : 33 1 45 50 31 21
 Fax : 33 1 45 50 39 99
<http://www.medidep.com/>

MEDIDEP

152 avenue de Malakoff
 75116 PARIS
 Courriel : infodoc@medidep.com

Nombre total d'employés : 4,000

Distribution des employés (employés équivalents temps plein) 2003

	Cadres	Techniciens	Employés	Total
EHPAD	102	451	1628	2183
Cliniques	163	391	956	1509
Assistance à domicile	34	86	81	201
Société de holding Medidep	12	0	10	22
Total	312	928	2675	3914

Source : Rapport annuel Medidep 2003 : 36

Présentation et stratégie de l'entreprise

Créée en 1992, Medidep s'est développée entre 1998 et 2002 grâce à l'acquisition de 142 foyers. Elle a également acquis 3 foyers en Belgique. En 2004, 94 centres étaient en exploitation couvrant 50 000 personnes.

En 2003, avec le départ à la retraite du fondateur Pierre Austruy, la société a changé de propriétaire. ORPEA, autre grande société française de soins, est devenue le premier actionnaire (29 %) avec Fidelity Investments détenant 5 % des actions.

La société est active dans trois domaines :

- Des cliniques qui offrent des soins de réadaptation, des soins psychiatriques,
- EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
- Soins à domicile : 17 réseaux de soins à domicile

Le Medidep Group a signé une CCU (Convention collective unique) le 18 avril 2002, qui était d'abord applicable aux cliniques mais après l'accord du 10 décembre 2002 n'est plus applicable aux EHPAD. Medidep préconise une politique de rémunération fondée sur «des primes de performances liées à la réalisation d'objectifs qualitatifs et quantitatifs fixés au début de l'année ». (Rapport annuel 2003, p.39)

Medidep a créé FORMADEP, un centre de formation qui propose des programmes aux employés de Medidep. La société avance trois raisons pour son intérêt dans la formation : « le manque de personnel infirmier ; l'évolution technique constante des services de soins ; la difficulté de certaines tâches et de la proximité psychologique de personnes en fin de vie » (rapport annuel Medidep, 2003:p.38)

7.5.7. Nom de l'entreprise : ORPEA

Groupe ORPEA
1-3, rue Bellini
92806 PUTEAUX Cedex
France
Tél : 01 47 75 78 07
www.orpea.com

Employés : 5 700

Stratégie et activités

Orpea est le plus important prestataire privé de soins sociaux en France. Elle exploite 106 foyers ou cliniques avec 10 017 lits. La société a récemment acheté une maison de soins en Italie (Ancona) et négocie une autre acquisition dans le Piedmont.⁸⁵

8. Annexe A: Recommandations

Selon les recherches menées par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail sur le développement de services sociaux publics de qualité dans chacun des Etats membres de l'Union européenne, les éléments ci-dessous sont de nature à contribuer à la réalisation de cet objectif :

- **Services orientés vers l'utilisateur et promotion** active de la participation des usagers ;
- Participation des usagers et du personnel dans des systèmes de **qualité** et développement organisationnel ;
- Systèmes de qualité **flexibles**, adaptables et conformes aux besoins locaux ;
- Initiatives de qualité qui prennent en compte les **besoins différentiels** ou les capacités des usagers ;
- Cadres de qualité qui permettent une flexibilité organisationnelle afin de répondre aux différents besoins et contextes ;
- La qualité oriente l'organisation et ne dépend pas de critères liés aux coûts ;
- Les objectifs et l'évaluation des performances doivent permettre un feed-back qualitatif et quantitatif ;
- Temps et ressources suffisants pour la mise en œuvre de systèmes de qualité orientés vers les usagers ;
- Mécanismes de fourniture de services coordonnée et **intégrée** qui répondent aux besoins de plusieurs manières ;
- Continuité des services et du financement ;
- **Partenariats** entre les prestataires de services, les organismes de financement, les groupes d'intérêt et les partenaires sociaux ;
- Une culture de l'**innovation** dans les organisations de services qui réagit avec flexibilité aux besoins et aux exigences ;
- Systèmes efficaces d'**évaluation** avec mécanismes de feed-back ;
- **Personnel hautement qualifié** qui est en mesure de réagir aux besoins des usagers et d'effectuer des modifications d'organisation pour refléter ces besoins ;
- Services qui investissent dans la **formation et la participation des travailleurs** parallèlement à une plus grande participation des usagers ;
- **Egalité des chances** entre les femmes et les hommes afin que le rôle des femmes en qualité de prestataires de soins et/ou les soins aux femmes ou les besoins d'emploi ne soient pas négligés.

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail
Etude des services sociaux publics en Europe

http://www.eurofound.eu.int/living/socpub_cstudies/quality.htm#1

- ¹ Trydefard G-B, Thorslund M. (2001) Inequality in the welfare state? Local variation in the care of the elderly – the case of Sweden International Journal of Social Welfare 10:174-184.
- ² Savolainen S. (2004) A review of experiences of public services privatisation in Sweden Finland: KTV
- ³ Trydefard G-B (2003) Swedish Care Reforms in the 1990s and their consequences for the Elderly, document présenté à STAKES, Finlande
- ⁴ Trydefard, 2003
- ⁵ Lewinter M. (2004) Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution International Journal of Social Welfare 13:89-96
- ⁶ Pollock A (2004) NHS plc The Privatisation of Our Health Care, Londres: Verso
- ⁷ Pollock, 2004
- ⁸ Lewinter, 2004
- ⁹ Lewinter, 2004
- ¹⁰ Ungerson C. (2003) Commodified care work in European Labour Markets European Societies 5(4):377-396
- ¹¹ Ungerson, 2003
- ¹² Jenson J. (2002) 'Paying for Caring The Gendering Consequences of European Care Allowances for the Frail Elderly' in Women's Work is Never Done Comparative Studies in Caregiving, Employment and Social Policy Reform (ed.) S.Bashevkin New York: Routledge, 2002
- ¹³ Ungerson, 2003
- ¹⁴ Ungerson, 2003
- ¹⁵ Jensen, 2002
- ¹⁶ Go K. (1998) The introduction of market mechanisms for long term care services – an international comparison with implications for Japan NLI Research Institute www.nli-research.co.jp/eng/resea/life/li9804.html
- ¹⁷ Kore J. (2002) Possibilities for integration of health and welfare services in Estonia in liberal political and economic circumstances Paper presented at Eurofound Conference Public Social Services 200
- ¹⁸ Cohen B., Moss P., Petrie P., and Wallace J. (2004) A New Deal for Children Re-forming education and care in England, Scotland and Sweden Bristol: The Policy Press
- ¹⁹ Cohen et al. 2004
- ²⁰ Office for National Statistics ONS (2003) Provision for children under five years of age in England Janvier 2003, Londres, DFES
- ²¹ Cohen et al. 2004
- ²² Cameron C., Candappa M., McQuail S., Mooney A., Moss P., Petrie P.(2003) The Workforce Early Years and Childcare International Evidence Project/October 2003 Londres : Department of Education and Skills
- ²³ Cameron et al, 2003
- ²⁴ Cameron et al, 2003
- ²⁵ Kofman E. (2004) Gendered migrations, livelihoods and entitlements in the European Union Document préparé pour l'UNRISD à l'occasion de Pékin +10
- ²⁶ Yeates N. (2004) Global care chains: critical reflections and lines of enquiry International Feminist Journal of Politics 6(3):369-391
- ²⁷ 'Britain touts for cheap labour from Poland' Nicholas Hellen et Justin Sparks, Sunday Times, 25 avril 2004
- ²⁸ Anderson B. and Rogaly B. (2005) Forced Labour and Migration in the UK Etude préparée par Compas en collaboration avec with the Trades Union Congress
- ²⁹ Laing, William (2002) **Calculating a fair price for care: A toolkit for residential and nursing care costs** Londres : The Policy Press
- ³⁰ Savolainen, 2004
- ³¹ Ungerson, 2003
- ³² Anderson and Rogaly, 2005
- ³³ Centre for Public Services (1997) Undervalued work, underpaid women – women's employment in care homes Rapport commandé par la Fawcett Society

-
- ³⁴ Anderson and Rogaly, 2005
- ³⁵ Ungerson, 2003
- ³⁶ Ungerson, 2003
- ³⁷ Simon A., Owen C., Moss P., and Cameron C. (2003) Mapping the Care Workforce: Supporting joined up thinking Secondary analysis of the Labour Force Survey for childcare and social work A study for the Department of Health Londres: Institute of Education
- ³⁸ Ungerson, 2003
- ³⁹ Jensen, 2002
- ⁴⁰ Ungerson, 2003
- ⁴¹ Savolainen, 2004
- ⁴² Lewinter. 2004
- ⁴³ Cameron et al, 2003
- ⁴⁴ Cohen et al, 2004
- ⁴⁵ Ungerson, 2003
- ⁴⁶ Cameron et al, 2003)
- ⁴⁷ Cameron et al, 2003
- ⁴⁸ Savolainen, 2004
- ⁴⁹ Centre for Public Services, 1997
- ⁵⁰ Cohen et al, 2004
- ⁵¹ Anttonen A. (2001) The politics of social care in Finland: Child and elder care in transition in Daly M.(ed) (2001) Care Work The quest for security Genève, BIT
- ⁵² Daly M. and Lewis J. (2000) The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states British Journal of Sociology 51(2): 281-298
- ⁵³ Trydefard, 2001
- ⁵⁴ Trydefard, 2001
- ⁵⁵ Lewinter, 2004
- ⁵⁶ Trydegard, Thorslund, 2001
- ⁵⁷ Department of Health (2003) Community Care Statistics 2002: Home care Londres : Department of Health
- ⁵⁸ Pollock, 2004
- ⁵⁹ Peterborough Evening Telegraph August 18, 2004; Daily Record May 6, 2004; Manchester Evening News, 13 avril 2004 Pg. 15 « Home probe after death of heart attack dad », John Scheerhout.
- ⁶⁰ Manchester Evening News, 2 avril 2003, p. 10, "Care home attacked over 'major problems', Tim Stafford
- ⁶¹ Centre for Public Services (2004) Modernising Public Services? Evidence from the frontline Sheffield: Centre for Public Services.
- ⁶² Land H. (2003) Leaving Care to the Market and the Courts Paper presented at the ESPAnet Conference Changing European Societies – The Role for Social Policy 13-15 novembre 2003
- ⁶³ Social Services Inspectorate (SSI) in Land, 2003
- ⁶⁴ The Guardian, 4 août 2004
- ⁶⁵ http://www.eurofound.eu.int/living/socpub_cstudies/transfer.htm
- ⁶⁶ Rostgaard T. (2002) Caring for Children and Older People in Europe – A Comparison of European Policies and Practices Policy Studies 23(1):51-68
- ⁶⁷ Stratégie pour l'emploi de l'Union européenne, 1997
- ⁶⁸ Commission des Communautés européennes (2001) COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU CONSEIL, AU PARLEMENT EUROPÉEN, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN ET AU COMITE DES REGIONS, *L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées : garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière*, Bruxelles, 05.12.2001 COM(2001) 723 Final
- ⁶⁹ Commission des Communautés européennes (2002) COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU CONSEIL, AU PARLEMENT EUROPÉEN, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN ET AU COMITE DES REGIONS, Proposition de rapport conjoint - Soins de santé et soins pour les personnes âgées: soutenir les stratégies nationales visant un degré élevé de protection sociale, Bruxelles 3.1.2003 COM(2002) 774 final
- ⁷⁰ http://www.age-platform.org/AGE/article.php3?id_article=93
- ⁷¹ COMMUNICATION DE LA COMMISSION (COM(2004) 304 final) AU CONSEIL, AU PARLEMENT EUROPÉEN, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN ET AU COMITE DES REGIONS : Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de

santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables : un appui aux stratégies nationales par la « méthode ouverte de coordination »

⁷² Pollock (2003) *BMJ* 2003;326:236-237 (1 February)

⁷³ Land, 2003

⁷⁴ European Public Health Alliance EPHA (2004) [Study on legal implications of services directive](http://www.ephpa.org)
www.ephpa.org

⁷⁵ Lors de la présentation de l'approche de la Commission vis-à-vis de la relance de la stratégie de Lisbonne (source CELSIG, Agence Europe)

⁷⁶ Conférence "Les services d'intérêt général dans l'Union européenne : évaluer leurs spécificités, potentiel et besoins", Bruxelles 28/29 juin 2004

⁷⁷ La directive 94/45/EC a été adoptée par tous les Etats membres de l'UE à l'exception du R.-U. le 22 septembre 1994, dans l'article 2(2) de l'Accord social puis a été élargie pour couvrir le reste de l'EEE (Norvège, Liechtenstein et Islande). Le délai pour l'application nationale dans ces Etats membres était fixé au 22 septembre 1996. La directive originale a été élargie pour inclure le R.-U. par la directive 97/74/EC en décembre 1997

⁷⁸ Les exigences s'appliquent aux "entreprises", un terme qui peut inclure les partenariats ou d'autres formes d'organisation ainsi que des sociétés. <http://www.dti.gov.uk/er/consultation/ewcover2.htm>

⁷⁹ Un groupe de sociétés (entreprises) inclut une société mère et tous les sociétés qu'elle contrôle ("exerce une influence dominante sur"), par le biais de la propriété, de la participation financière ou des règles de la société contrôlée.

⁸⁰ En fonction du nombre moyen d'employés, y compris des employés à temps partiel, en service pendant les deux années précédentes calculées en vertu de la loi/pratique nationale.
http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-dial/labour/directive9445/9445euen.htm

⁸¹ Le terme "Etats membres" désigne les Etats membres de l'Union européenne, et dans le contexte de la directive sur les comités d'entreprise européens, inclut depuis 1996 le reste de l'EEE (Norvège, Liechtenstein et Islande). Le R.-U. s'est exclu volontairement de la directive jusqu'en décembre 1997. De 1995 à 2003, l'UR comptait 15 Etats membres (Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Espagne, Suède, R.-U.), et 10 nouveaux pays ont rejoint l'Union en 2004.

⁸² www.attendo.nl; <https://www.sparnord.dk/investering/nyheder/news/nPRWP14.text>

⁸³ Communiqué de presse www.bridgepoint-capital.com

⁸⁴ <http://www.eqt.se/>

⁸⁵ Regis Mayer, Senioractu.com, 14 octobre 2004