

# Note de position de la Fédération européenne des Emplois de la Famille : Des soins longue durée centrés sur l'humain.

## Introduction

Il est prévu que la population européenne continue à vieillir dans les décennies à venir et, de fait, les services sociaux en matière de soins déjà sous pression, doivent être réformés pour garantir des soins accessibles, abordables et de qualité. En ce sens, les institutions européennes se sont emparées de la question avec certaines initiatives publiées ou en cours de publication : le Livre vert sur le vieillissement, le rapport sur les soins de longue durée, le principe 18 du Pilier européen des droits sociaux et la stratégie en matière de soins à venir. Au Parlement européen, le Parti Populaire européen (PPE), s'est saisi du sujet en publiant son document de positionnement en juillet 2021, signe d'une réelle ouverture à une stratégie européenne de santé, alors qu'un grand nombre d'organisations de la société civile, œuvrent de concert en faveur d'une action européenne coordonnée sur le sujet depuis des années.

Ainsi, le débat est cristallisé autour d'une certitude : le vieillissement de la population européenne va s'accroître à l'avenir et avec, et de manière proportionnelle, la demande en services de soins. Face à ce défi, il faut considérer une politique de soins reflétant la vision des individus et de leurs décisions. **Elle nécessite de reposer à la fois sur les notions d'accessibilité et de qualité** tout en étant en accord avec les modèles de soins des Etats membres. La finalité est donc qu'elle garantisse aux européens **de choisir librement entre les soins résidentiels et les soins à domicile.**

Durant la pandémie, les 9.5 millions de travailleurs à domicile<sup>1</sup> ont assuré la continuité du travail de soins essentiel car permettant de lutter contre l'isolement des personnes ciblées tout en garantissant leur autonomie et leur capacité de prendre des décisions<sup>2</sup>. Paradoxalement, en dépit de son rôle clé au sein de la société et son poids dans la population active de l'UE (presque 5%)<sup>3</sup>, **le secteur PHS pâtit toujours d'un manque de reconnaissance au niveau national et européen**, ce qui constitue un obstacle aux objectifs politiques ambitieux de l'UE du Pilier européen des droits. De plus, l'absence de statut juridique clair entraîne une forte proportion de travail non déclaré dans le secteur, aux conséquences négatives pour les travailleurs, les personnes soignées ou encore les systèmes de soins nationaux.

**Par conséquent, EFFE appelle la Commission européenne, le Conseil de l'UE et le Parlement européen à :**

1. S'engager à **reconnaître officiellement et à soutenir le secteur des PHS** afin de garantir à chacun le droit à des services de soins de longue durée abordables, accessibles et de bonne qualité - en particulier les soins à domicile et les services de proximité - conformément au 18e principe du PEDS.
2. Faire du secteur des PHS une partie intégrante de la stratégie de la Commission européenne en matière de soin.
3. Reconnaître la diversité des modèles de soins dans l'UE et **la valeur ajoutée du modèle d'emploi direct.**

<sup>1</sup> Le terme "personnal and household services" (PHS) s'entend comme "le travail effectué par un individu pour un ménage, y compris l'aide au ménage en dehors des lieux du ménage, la prise en charge des membres du ménage ou l'exécution de tâches que les autres ménages sont habituellement capables d'accomplir eux-mêmes, à l'exclusion des services qui ne peuvent être exécutés que par des professionnels des soins ou des non-soignants spécifiquement qualifiés".

<sup>2</sup> J.F. Lebrun (2020). La complexité des estimations du nombre d'emplois générés par le travail domestique en Europe, p.2. Rapport réalisé à la demande du Bureau International du Travail.

<sup>3</sup> Ibid.

## Vers des modèles de soins centrés sur l'humain

### Autonomie pour les personnes ayant besoin de soins

Si la population de l'UE est vieillissante, il est essentiel que chaque personne puisse profiter pleinement et de manière égale de ses droits, quel que soit son âge. Le Livre vert sur le vieillissement y fait ainsi écho en évoquant les droits fondamentaux des personnes âgées à l'autonomie, à l'indépendance, à une véritable participation à la société, à l'accès aux soins de santé, à l'assistance, à l'éducation et à la formation tout au long de la vie, et au travail. Pour sa mise en pratique, la législation européenne doit s'ancrer sur les principes des droits de l'Homme, notamment la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne<sup>4</sup> et la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CNUDPH).

Malheureusement, **la plupart des réflexions politiques sur le vieillissement dépeignent encore les personnes âgées comme des individus vulnérables qui ont besoin de protection**, soulignant ainsi une mentalité véhiculant des stéréotypes négatifs et qui freine les actions en faveur de leurs libertés d'agir et de jouir des droits qui leur sont accordés. Des études menées par d'Eurostat montrent par exemple que les personnes âgées, en particulier les femmes, souffrent d'isolement et d'anxiété lié à leur perte d'indépendance, ce qui entraîne une dépression chez 13,1 % de la population âgée de 75 ans<sup>5</sup>. Il en ressort finalement que **supprimer aux personnes âgées la possibilité de choisir entre avoir accès à des soins à domicile ou des soins résidentiels**, entraîne des conséquences sur **leur indépendance et de leur autonomie**, et leur jouissance de leurs droits fondamentaux - ce qui, en conséquence, peut être néfaste pour leur santé mentale et physique.

Pour garantir la qualité des soins délivrés, la prise en compte de l'être humain est centrale dans l'approche adoptée, permettant ainsi aux personnes concernées de recevoir une assistance dans l'environnement de leur choix car elles restent les mieux placées pour décider ce qui correspond à leurs besoins. **Donner aux personnes la possibilité de rester chez elles, si elles le souhaitent, est une condition préalable au respect de leur autonomie et de leurs droits en général**, ce qui s'oppose à une politique prescriptive, qui elle, risque d'assimiler les personnes en demande de soins uniquement comme un fardeau dont il faut s'occuper.

Par ailleurs, il s'avère que le développement des soins à domicile est également une nécessité économique. En effet, **si le secteur des PHS est correctement structuré, il peut avoir des retombées positives face au vieillissement de la population et ainsi, garantir la pérennité de nos États-providence** : l'offre de soins de longue durée peut y être proposé à domicile, car les travailleurs des PHS sont en mesure de fournir une aide adaptée à un coût moindre pour les systèmes de sécurité sociale que les soins en établissement (voir ci-dessous). Ce secteur crée des emplois de qualité et non délocalisables et fait du domicile un vecteur de dynamisme de l'économie à travers l'UE. De plus, il permet aux bénéficiaires de continuer à contribuer activement à la société et à l'économie, répondant ainsi donc aux ambitions de la "silver economy" telle que proposée par la présidence finlandaise du Conseil de l'UE en 2019<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> The 25th article of the Charter of fundamental rights of the EU states that the EU recognises and respects the rights of the elderly to lead a life of dignity and independence and to participate in social and cultural life.

<sup>5</sup> Ageing Europe (2020). *Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, p.81. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91>.

<sup>6</sup> Silver Economy Forum Finland, 9-10 July 2019. Retrieved from <https://silvereconomyforum.eu/wp-content/uploads/2019/07/Silver-Economy-Brochure.pdf>.

**Par conséquent, EFFE appelle la Commission européenne, le Conseil de l'UE et le Parlement européen à :**

1. **Reconnaître la capacité des citoyens et de leurs familles à choisir le parcours de soins qui leur convient le mieux** - soins résidentiels ou à domicile, emploi direct ou autre - et leur donner les moyens de prendre cette décision ;
2. Adopter une approche fondée sur les droits pour guider la réflexion politique sur les soins et **placer l'autonomie au centre de l'élaboration des politiques en matière de soins**, comme le soulignent les récentes conclusions du Conseil adoptées par les présidences allemande<sup>7</sup> et portugaise<sup>8</sup>, respectivement le 9 octobre 2020 et le 12 mars 2021, et le rapport 2018 de l'Agence des droits fondamentaux de l'UE<sup>9</sup>.

### Soutien aux aidants informels

Les soins informels ou soins non rémunérés, représentent une part importante des soins de longue durée dans l'UE, où 80 % des soins sont prodigués par des parents et des amis, comme de solution de recours à un placement en établissement. **Selon les pays, les estimations évoquent environ 10 à 25% d'aidants informels parmi les citoyens de l'UE avec une majorité de femmes.** La participation féminine au marché du travail en UE en est donc impactée car 18 % d'entre elles sont incapables de travailler en raison des soins informels qu'elles prodiguent<sup>10</sup>. La Commission européenne estime que les coûts publics de ces soins correspondent à 1,05 % du PIB de l'UE (146 milliards d'euros) et sont principalement dus à la perte de recettes fiscales et de revenus de sécurité sociale<sup>11</sup>.

Ce constat traduit en fait **l'obligation pour les aidants informels d'assumer une part importante de la charge des soins dans l'UE** car l'offre actuelle de personnel qualifié ne répond pas à la demande. Ce constat ne sera qu'exacerbé en raison des changements démographiques et de la pression budgétaire. Cela contraste avec le fait qu'à l'heure actuelle, les soins informels ne suffisent pas à couvrir les besoins en soins de l'UE.

Par ailleurs, les répercussions sur les individus sont lourdes : être aidant informel impacte leur qualité de vie, qui est souvent inférieures à celles de la population générale et engendre une lourde responsabilité souvent associée à la pauvreté, à l'isolement et impactant leur santé. Ils sont aussi confrontés à des difficultés pour concilier travail formel et soins informels<sup>12</sup>. En outre, **le recours excessif à une telle pratique a des effets néfastes à la fois sur la qualité des services de soins d'un pays (les aidants informels ne sont pas qualifiés pour fournir des soins de qualité)** et l'accès des femmes au marché du travail et à l'économie formelle.

Pour soutenir et reconnaître le rôle essentiel de ces aidants, **il est donc nécessaire de réduire leur charge de travail en mobilisant des salariés à domicile qualifiés et à des prix abordables**, ce qui viendra diminuer les faiblesses de ce système au sujet de la santé, redonner des perspectives de réintégration professionnelle aux femmes et augmenter les cotisations de sécurité sociale.

<sup>7</sup> Secrétariat général du Conseil de l'Union Européenne (2020). *Conclusions du Conseil sur les droits de l'homme, la participation et le bien-être des personnes âgées à l'ère de la numérisation*. Disponible sur <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11717-2020-REV-2/en/pdf>.

<sup>8</sup> Secrétariat général du Conseil de l'Union Européenne (2021). *Conclusions du Conseil sur les droits de l'homme, la participation et le bien-être des personnes âgées à l'ère de la numérisation*. Disponible sur <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-6976-2021-INIT/en/pdf>.

<sup>9</sup> European Union Agency for Fundamental Rights (2018). *Fundamental Rights Report 2018*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Retrieved from <https://fra.europa.eu/en/publication/2018/fundamental-rights-report-2018>.

<sup>10</sup> En France, ce taux est l'un des plus faibles (9 %). Mais il est de 25 % en Espagne, de 22 % en Italie et de 15 % en Allemagne.

<sup>11</sup> European Commission (2019). Study on exploring the incidence of costs of informal long-term care in the EU. Retrieved from <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8423&furtherPubs=no>.

<sup>12</sup> Diana Eriksonaite, Ragnar Horn, Kathrin Riedler and Susanna Ulinski (2021). *Rapport 2021 sur les soins de longue durée : Tendances, défis et opportunités dans une société vieillissante*. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne, p.109. Disponible sur <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>.

**Par conséquent, EFFE appelle la Commission européenne, le Conseil de l'UE et le Parlement européen à :**

1. Soutenir des politiques fortes en faveur des aidants informels, y compris l'accès à des solutions comme les PHS abordables et de qualité.

Réduire l'impact financier des soins de longue durée par une meilleure coordination

Les tendances démographiques et le COVID-19 ont également questionné **la viabilité financière de nos systèmes de protection sociale**. À cet égard, les dépenses liées aux soins de longue durée devraient passer de 1,6 % en 2016 à 2,7 % du PIB en 2030 dans l'UE. Malgré des écarts importants dans les dépenses de protection sociale entre les États membres (plus dépensiers au Nord et moins dépensier dans la zone orientale), ces pays convergent vers une difficulté à être rentables en raison de la fragmentation des services de santé et d'aide sociale. Cette absence de viabilité financière étant nuisible à l'efficacité des systèmes, les États membres doivent s'assurer que **les coûts encourus pour fournir des services de soins de longue durée répondent à des besoins spécifiques en fonction de résultats ciblés**.

Certaines études ont déjà souligné **l'impact financier des soins de longue durée en institution sur les systèmes de protection sociale**. En moyenne, les soins en institution sont plus coûteux pour les personnes de plus de 65 ans que les soins de longue durée à domicile pour les besoins faibles (6,5h/semaine) et modérés (22,5h/semaine)<sup>13</sup>. En outre, le financement des soins institutionnels, n'est pas toujours basé sur les besoins de soutien, mais plutôt sur les coûts de fonctionnement de l'institution<sup>14</sup>. Un grand nombre de ces activités pourraient avoir lieu à domicile, ce qui favoriserait la coordination afin d'éviter le transfert des coûts de plusieurs sources au lieu de partager la prestation de soins entre plusieurs lieux<sup>15</sup>. En 2018, 60 % des dépenses publiques (22 milliards d'euros) pour la dépendance des personnes âgées en France avec des soins financés en établissement ont servi à fournir des soins à seulement 40 % des bénéficiaires des soins. En outre, les activités de soins réalisées par le personnel en établissement sont principalement couvertes par les systèmes de protection sociale. **En revanche, la plupart des services de soins à domicile sont partiellement financés** par des prestations en espèces, nature ou des paiements directs, qui **ont un impact moindre sur les finances de la protection sociale**.

**Le renforcement de l'accessibilité, à des prix abordables, et de la qualité des services formels de soins de longue durée** peut varier selon le modèle d'État-providence. Alors que l'Autriche et l'Allemagne ont mis en œuvre des mesures contre la fragmentation interinstitutionnelle et territoriale des soins de longue durée, d'autres pays ont choisi **d'augmenter le financement des soins de longue durée et d'améliorer le statut des aidants informels**. Les ressources publiques peuvent être générées par différentes options : la fiscalité générale, la sécurité sociale obligatoire et l'assurance privée volontaire.

Compte tenu du déclin (9,5 %) de la main-d'œuvre des soins résidentiels dans l'UE entre 2019 et 2020, **les États membres doivent soutenir la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) à domicile pour répondre à la demande**. Cependant, la mise en œuvre de dispositifs ciblés soutenant l'accès à l'emploi à domicile doit s'accompagner de campagnes d'information à destination des personnes âgées.

<sup>13</sup> OCDE (2020). *L'accessibilité financière des services de soins de longue durée chez les personnes âgées dans l'OCDE et l'UE*. Disponible sur <https://www.oecd.org/health/health-systems/Affordability-of-long-term-care-services-among-older-people-in-the-OECD-and-the-EU.pdf>.

<sup>14</sup> Réseau européen pour la vie autonome (2014). *Comparaison du coût de la vie autonome et des soins en établissement*. Disponible sur [https://enil.eu/wp-content/uploads/2012/06/Cost-survey\\_FINAL.pdf](https://enil.eu/wp-content/uploads/2012/06/Cost-survey_FINAL.pdf).

<sup>15</sup> OCDE (2020) *Qui s'en occupe ? Attirer et retenir les travailleurs du secteur des soins aux personnes âgées*. Disponible sur [https://www.oecd-ilibrary.org/sites/92c0ef68-en/1/3/5/index.html?itemId=/content/publication/92c0ef68-en&\\_csp\\_=50980b2bb9059e51e350f213ee338dac&itemIGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e15055](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/92c0ef68-en/1/3/5/index.html?itemId=/content/publication/92c0ef68-en&_csp_=50980b2bb9059e51e350f213ee338dac&itemIGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e15055).

**Par conséquent, EFFE appelle la Commission européenne, le Conseil de l'UE et le Parlement européen à :**

1. **Développer une feuille de route pour des approches de soins coordonnés** qui incluent le modèle PHS, afin d'éviter aux systèmes nationaux de protection sociale les coûts supplémentaires engendrés par un secteur de soins trop fragmenté, et d'améliorer la qualité des soins.

## **Le modèle d'emploi direct**

Pour parvenir à des soins accessibles, abordables et de haute qualité, **l'UE doit reconnaître la complémentarité et la coexistence des différentes méthodes de soins à domicile**. Chaque personne nécessitant des soins doit être libre de décider de devenir un particulier employeur ou de faire appel à un prestataire de services, une agence ou un mandataire pour répondre à ses besoins. Le secteur des soins se caractérise par de multiples modalités de travail (habitant sur le lieu de travail ou non) et relations d'emploi. En effet, **les travailleurs peuvent être employés directement par un ménage privé dans une relation d'emploi directe, ou par l'intermédiaire d'un prestataire, d'une agence ou d'un représentant autorisé, qu'il soit public, privé, à but lucratif ou non lucratif**. Ils peuvent travailler sous un seul contrat ou avoir plusieurs relations de travail. Dans certains cas, ils peuvent même opérer en tant qu'indépendants.

**Le modèle d'emploi direct permet aux personnes nécessitant des soins de définir leurs besoins en matière de soins**, de choisir leurs salariés et de créer leurs propres solutions. Ceci est particulièrement pertinent pour les personnes handicapées ou ayant des besoins de soins très spécifiques qui préféreraient recevoir des soins à domicile. C'est aussi le modèle le mieux adapté aux milieux ruraux, car il est plus efficace pour lutter contre l'isolement par rapport, par exemple, aux soins dispensés par les prestataires de services.

Le modèle d'emploi direct offre également des solutions pour répondre aux défis sociaux et économiques : là où l'investissement de l'État dans le soutien de ces emplois est supérieur ou égal aux cotisations sociales payées par les ménages employeurs, le travail déclaré devient moins cher que le travail non déclaré, à un coût réduit ou neutre pour les États. Cela encourage le recours au travail déclaré dans le secteur, ce qui a des effets bénéfiques sur les finances de la sécurité sociale, les salariés et la participation des femmes au marché du travail. Pour les salariés, il représente un modèle d'emploi flexible qui leur laisse la liberté d'organiser leur vie professionnelle comme ils l'entendent tout en leur assurant une protection sociale décente. En moyenne, les travailleurs du secteur travaillent pour trois employeurs et peuvent effectuer différents types de tâches pour différents employeurs.

Enfin, **l'emploi direct est un modèle d'emploi à vocation sociale qui crée des emplois créateurs de droits sociaux sans profit pour les employeurs**. Pour répondre à la demande croissante de personnel soignant au cours des prochaines décennies, il faudra encourager les changements de carrière et les politiques d'emploi inclusives. L'emploi direct favorise ainsi l'insertion des travailleurs sur le marché du travail, avec une proportion plus élevée que la moyenne de travailleurs issus de groupes sous-représentés travaillant dans le secteur<sup>16</sup>.

**Par conséquent, EFFE appelle la Commission européenne, le Conseil de l'UE et le Parlement européen à :**

1. **Reconnaître et à promouvoir le modèle d'emploi direct**, en tenant compte de sa spécificité et de sa valeur ajoutée sociale et sociétale.

<sup>16</sup> In 2013, the ILO estimated that 54,6% of domestic workers in Northern, Southern & Western Europe were migrant workers, a majority of whom were migrant women. See C189 European Alliance (2021). *Step up efforts towards decent work for domestic workers in the EU: 10th Anniversary of ILO Domestic Workers Convention 2011* (No. 189).



## Placer les PHS au cœur de la stratégie européenne en matière de soins

Pour que les systèmes de soins de l'UE soient accessibles, abordables et de haute qualité, et pour que les personnes aient la liberté de choisir le modèle de soins adapté à leurs besoins, **le secteur des PHS doit être pleinement intégré dans la stratégie de soins de l'UE et dans l'élaboration des politiques des États membres.** La politique nationale et européenne en matière de soins doit reposer sur trois actions clés : garantir des services de qualité, encourager le travail déclaré des PHS et favoriser l'échange de bonnes pratiques au niveau de l'UE et des États membres.

### Garantir des services de qualité

Des services de soins de qualité reposent sur une main-d'œuvre qualifiée - et pourtant, la pression sur les effectifs est omniprésente dans les systèmes de soins de l'UE, le nombre de travailleurs des soins de longue durée pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus ayant diminué de 4,2 à 3,8 entre 2011 et 2016<sup>17</sup>. Cette situation est due non seulement au vieillissement de la population, mais aussi aux difficultés de recrutement dans une majorité d'États membres<sup>18</sup>.

Pour inverser cette tendance, **l'UE et les États membres devraient favoriser la professionnalisation des salariés**, en particulier ceux employés à domicile, afin de répondre à la demande croissante et de garantir l'égalité des droits pour tous. Il est urgent de reconnaître davantage ces professionnels et leur contribution sociale cruciale, par le biais d'investissements publics significatifs, mais aussi de campagnes d'images et mesures visant à améliorer les conditions de travail - deux mesures dont l'efficacité a été prouvée dans les États membres, notamment aux Pays-Bas<sup>19</sup>. La promotion des compétences formelles et informelles, de la formation, de l'apprentissage et de l'éducation et de la formation tout au long de la vie est également essentielle pour réduire les pénuries de personnel et améliorer l'équilibre entre les genres dans le secteur. À cet égard, les récentes initiatives de l'UE sur les comptes individuels d'apprentissage et les micro-certifications sont des premiers pas bienvenus (bien qu'insuffisants) vers un personnel de soins plus nombreux et mieux formé.

L'UE et ses États membres doivent également faciliter le dialogue social. Ceci est particulièrement pertinent pour le modèle de l'emploi direct, où les employeurs sont des individus et non des entreprises. **Un dialogue social efficace est une condition préalable à une main-d'œuvre de qualité, qualifiée et bénéficiant de droits sociaux forts.** Il est donc essentiel d'encourager la représentation des employeurs et des travailleurs. Actuellement, les organisations représentatives des PHS sont insuffisamment organisées et ne sont pas reconnues par les autorités publiques dans la plupart des États membres.

**Par conséquent, EFFE appelle la Commission européenne, le Conseil de l'UE et le Parlement européen à :**

1. **Favoriser la professionnalisation et l'attractivité du travail** dans le secteur des soins et des PHS par le biais de programmes d'investissement à long terme, de l'accès à la formation et à la certification des compétences formelles et informelles, et de campagnes d'information.
2. Favoriser l'établissement **d'un dialogue social sectoriel structuré au niveau européen et l'émergence de structures à l'échelle nationale.**
3. **Créer un plan directeur pour la coopération sectorielle en matière de compétences dans le secteur des PHS.** Cela permettrait aux différents acteurs du secteur (entreprises, fédérations d'employeurs et de travailleurs, instituts de recherche ou de formation, etc.) d'échanger leurs points de vue au sein d'alliances sectorielles pour les compétences. A terme, cela permettrait de

<sup>17</sup> Eriksonaite, Horn, Riedler, and Ulinski (2021). *2021 Rapport sur les soins de longue durée*, p.66.

<sup>18</sup> Eurofound (2020) *Personnel des soins de longue durée : Emploi et conditions de travail*. Office des publications de l'Union européenne. Disponible sur <https://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2020/long-term-careworkforce-employment-and-working-conditions>.

<sup>19</sup> Eriksonaite, Horn, Riedler, and Ulinski (2021). *2021 Rapport sur les soins de longue durée*, p.121.

développer une stratégie et un plan d'action qui répondent de manière efficace aux défis du secteur relatifs aux compétences.

### Promouvoir la création et l'échange de bonnes pratiques

Le secteur des soins à domicile, souffre d'un manque de données claires et cohérentes, ce qui conduit souvent à la confusion et compromet sa visibilité. Un meilleur suivi statistique du secteur pourrait aider à rehausser le profil des travailleurs des PHS et leurs conditions d'emploi, ainsi qu'à améliorer la compréhension de l'évolution démographique et des besoins des utilisateurs. **Ces données sont nécessaires pour des interventions de politique publique ciblées et réussies et pour l'évaluation de leur impact social et financier.** En outre, la Commission doit agir pour favoriser la numérisation du secteur des soins dans l'UE. Les outils numériques peuvent simplifier le processus de recherche et de gestion des ressources de soins et peuvent aider à lutter contre le travail de soins non déclaré - par exemple **avec la création d'outils numériques simplifiés pour aider les ménages à déclarer leurs employés tout en bénéficiant d'incitations sociales et fiscales.** Une utilisation plus répandue des outils numériques facilitera à son tour la collecte de données précises les soins au domicile, permettant aux autorités publiques de mieux évaluer le retour sur investissement.

**Par conséquent, EFFE appelle la Commission européenne, le Conseil de l'UE et le Parlement européen à :**

1. Définir et mettre en œuvre des objectifs similaires aux objectifs de Barcelone de 2002 pour soutenir la disponibilité, l'accessibilité et l'abordabilité des services de garde d'enfants, afin d'avoir une vue d'ensemble claire des progrès dans l'accès aux services de soins de longue durée. Les données doivent être différenciées selon le modèle de soins : résidence, communauté ou domicile<sup>20</sup>.
2. Mettre en place des **plateformes numérique déclaratives simplifiées au niveau national**, simplifiant pour les particuliers employeurs les démarches administratives nécessaires à la déclaration de leurs salariés.
3. Créer une plate-forme pour faciliter l'échange d'informations et de bonnes pratiques sur le secteur des soins au domicile au niveau de l'UE avec un espace pour la participation des partenaires sociaux.

### Le travail non déclaré dans le secteur des PHS :

Le travail non déclaré constitue un grand défi pour les systèmes de soins et plus particulièrement pour le secteur des PHS. En effet, on estime à 3,1 millions le nombre de travailleurs non déclarés effectuant des travaux domestiques et de soins dans l'UE<sup>21</sup>. Cela représente **une perte de revenus importante en termes de cotisations de sécurité sociale** pour les États qui sont déjà confrontés à une diminution du nombre de personnes en âge de travailler. **La reconnaissance du travail des PHS au niveau de l'UE et la lutte contre le travail non déclaré dans ce secteur contribueront à atténuer ce problème** en apportant davantage de cotisations de sécurité sociale et en élargissant le bassin d'imposition.

Pour y parvenir, l'UE doit aider les États membres à **mettre en place des cadres sociaux et fiscaux adéquats** réglementant les conditions de travail, la professionnalisation et l'accessibilité financière des PHS. L'UE devrait également **encourager les États membres à soutenir la création d'incitations sociales et fiscales** dédiées au secteur des PHS pour réduire les coûts pour les citoyens, **telles que déductions fiscales, exemptions et crédit d'impôt** afin d'encourager le travail formel. L'objectif serait

<sup>20</sup> AGE Platform Europe (2020). *Ageing with social rights: AGE Platform Europe's contribution to the consultation on reinforcing social Europe*, p.7. Retrieved from [https://www.age-platform.eu/sites/default/files/Reinforcing\\_Social\\_Europe\\_consultation-AGE\\_submission-Nov2020.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/Reinforcing_Social_Europe_consultation-AGE_submission-Nov2020.pdf).

<sup>21</sup> J.F. Lebrun. (2020). La complexité des estimations du nombre d'emplois générés par le travail domestique en Europe, p.40.



de réduire le coût pour les employeurs privés et de faire en sorte que ces services soient abordables pour les personnes de tous revenus.

**Par conséquent, EFFE appelle la Commission européenne, le Conseil de l'UE et le Parlement européen à :**

1. Adopter **une approche globale de la viabilité budgétaire**, notamment dans les analyses du rapport sur le Vieillessement, du Rapport Conjoint sur l'Emploi et du Semestre européen. Cela devrait inclure des mesures des résultats négatifs associés au manque d'accès à des soins et à un soutien professionnel de qualité, tels que :
  - a. perte de production économique due à une moindre participation au marché du travail, en particulier chez les femmes ;
  - b. augmentation des problèmes de santé mentale et physique chez les aidants informels ;
  - c. utilisation évitable des ressources de santé en raison du manque d'accès ou de l'accès à des services insuffisants (c'est à dire, réadaptation et prévention) ;
  - d. la perte de revenus associée aux coûts inabordables des soins et à la prestation de soins informels ;
  - e. l'épuisement professionnel et les problèmes de sécurité chez les professionnels des soins ;
  - f. la perte de potentiel de création d'emplois dans le secteur des soins.
2. **Inciter le travail déclaré** par la création d'incitations sociales et fiscales dédiées au secteur des PHS.