

**CARE FOR DEPENDENT ELDERLY
AND GENDER EQUALITY IN FRANCE**

Rachel Silvera

March 2010

**External report commissioned by and presented to the EU Directorate-General
Employment and Social Affairs, Unit G1 'Equality between women and men'**

Introduction

En France, comme dans de nombreux pays européens, le défi démographique est devenu central. Il y a sur un siècle, un doublement de la proportion des plus de 60 ans : ils étaient environ 13% en 1900, ils sont plus de 22% désormais. En 2010, 16,6 % de la population a plus de 65 ans (19% pour les femmes et 14,2% pour les hommes). Si l'on définit la vraie dépendance après 75 ans, ces données passent à 10,8% pour les femmes et 6,7% pour les hommes. On estime que les plus de 80 ans (3,4% de la population) devraient doubler en 10 ans et que cette tranche d'âge représente 11,9% des dépenses sociales...

Tableau 1 : Répartition de la population par sexe et âge au 1er janvier 2010 en %

	Femmes	Hommes	Ensemble
Moins de 15 ans	17,5	19,6	18,5
15-24 ans	12,0	13,1	12,5
25-34 ans	12,1	12,7	12,4
35-44 ans	13,6	14,2	13,9
45-54 ans	13,4	13,7	13,6
55-64 ans	12,4	12,5	12,5
65-74 ans	8,2	7,5	7,8
75 ans ou plus	10,8	6,7	8,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0

Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2009).

Ce qui joue en premier lieu dans le vieillissement de la population concerne l'espérance de vie. Si l'on regarde l'espérance de vie à 65 ans, selon Hervé Lebras (2007), jusqu'à la seconde guerre mondiale, cette espérance était stable autour de 10 ans. Mais ensuite, à partir des années 50, il y a accélération : on passe de 10 à 18 ans pour les hommes et de 10 à plus de 22 ans pour les femmes.

Désormais, cette espérance est de 27 ans et de 22 ans pour les femmes et les hommes de plus de 60 ans. La France est donc en tête avec l'Espagne en matière d'espérance de vie (2 ans de plus que la moyenne européenne). Par ailleurs, les effets retards du baby-boom se font sentir : les générations nombreuses nées après guerre arrivent en âge de retraite, ce qui accentue ce vieillissement. Selon le gouvernement, il faut faire de l'année 2010 « l'année de la dépendance ». C'est « un défi médical, organisationnel, financier et humain colossal » (N. Sarkozy, vœux aux partenaires sociaux, janvier 2010).

Mais l'explique Hervé Lebras, ceci est une bonne chose car grâce au progrès de l'hygiène, de la médecine, de la prévention, la proportion de personnes en mauvaise santé baisse. Donc le vieillissement en France pose surtout le problème du financement des inactifs, et non de leur mauvaise santé. Par ailleurs, rappelons que le taux de fécondité est le plus élevé d'Europe (2 enfants par femme).

Tableau 2 : Espérance de vie à divers âges et mortalité infantile

Année	Hommes					Femmes					Taux de mortalité infantile pour 1 000 enfants nés vivants
	0 an	1 an	20 ans	40 ans	60 ans	0 an	1 an	20 ans	40 ans	60 ans	
1999	74,9	74,3	55,7	37,0	20,2	82,5	81,8	63,1	43,7	25,3	4,4
2006	77,1	76,5	57,8	38,8	21,8	84,2	83,5	64,7	45,1	26,7	3,8
2007 (p)	77,4	76,7	58,0	39,0	21,9	84,4	83,6	64,8	45,3	26,9	3,8
2008 (p)	77,6	76,9	58,2	39,1	22,0	84,3	83,6	64,8	45,3	26,9	3,8
2009 (p)	77,8	77,1	58,4	39,4	22,2	84,5	83,8	65,0	45,4	27,0	3,8

(p) résultats provisoires à la fin 2009.

Lecture : en 2009, l'espérance de vie des hommes de 60 ans est de 22,2 ans. Ce chiffre représente le nombre moyen d'années restant à vivre aux hommes de 60 ans avec les conditions de mortalité à chaque âge observées en 2009.

Sources : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil

En France, les personnes âgées vivent majoritairement à leur domicile ou en milieu familial. Mais le nombre d'entrées en institutions augmente avec l'âge : **6% des plus de 60 ans mais 25% des plus de 90 ans sont en institution**. C'est aussi bien sûr le cas avec la perte d'autonomie : la moitié des personnes âgées dépendantes sont en institution. ([Les hôpitaux proposent 65 000 places en unités de soins de longue durée (USLD) ; 99 000 places en maisons de retraite ; par ailleurs il existe 130 000 places de maisons de retraites autonomes]. On estime à environ 650 000 les places en institutions (maisons de retraite, unités de soins de longue durée...).

Il est en premier lieu difficile de définir la dépendance car les situations sont diverses : est-ce la situation ressentie par l'intéressé-e, une objectivation par les institutions ? Une enquête « Handicap, invalidité et dépendance » (dite HID), réalisé en 1999, illustre cette situation.

Tableau 3 : Diverses approches du handicap et de la dépendance dans l'ensemble de la population

Part en % des personnes déclarant	H	F	Ensemble
Etre affecté d'une déficience	38.3	42.4	40.4
Etre titulaire d'un taux d'incapacité	8.3	5.3	6.8
Rencontrer un problème d'emploi*	13.6	14.1	13.9
Suivre un enseignement adapté**	5.7	4.3	5
Recourir à des aides techniques	10.2	13	11.6
Recourir à une aide humaine	7.7	12.7	10.3
Etre aidé pour sortir	3.4	5.5	4.4
Etre confiné au lit	0.3	0.7	0.5
Recevoir une allocation	5.9	3.2	4.5

Il s'agit des personnes à domicile ou en institution

* parmi les 20 ans et + : inaptes au travail, devoir occuper un emploi adapté pour raison de santé

** parmi les 6-16 ans scolarisés

Source HID 1999

A partir de cette enquête, Colin et Kerjosse (2001) évalue à **1,5 million le nombre de personnes âgées dépendantes en France**. Mais comme nous le verrons plus loin, si l'on utilise comme critère les personnes qui bénéficient d'une prise en charge par l'allocation personnalisée à l'autonomie (l'APA), l'effectif baisse légèrement autour **de 1 million** (voir part 1) ; car le handicap léger n'est pas pris en charge financièrement. Dans le tableau suivant, on note que la dépendance augmente surtout après 85 ans et se féminise avec l'âge.

Tableau 4. Nombre de personnes âgées dépendantes par âge et sexe

Age	Hommes	Femmes
75 ans	4,59%	4,13%
80 ans	6,34%	7,81%
85 ans	11,31%	15,53%
90 ans	23,24%	28,03%
94 ans et plus	33,67%	38,74%

Source : Enquête HID de la DREES

Ce qui est commun à l'ensemble de l'Europe, c'est la part des femmes parmi ces personnes âgées dépendantes. et le fait que ce sont une grande majorité d'entre elles qui assurent ces soins (soit dans le cadre familial auprès des parents et beau-parents) soit dans le cadre professionnel en tant qu'aide à la personne. Ainsi, environ **75% des personnes dépendantes sont des femmes et environ 70% des « aidants » sont des aidantes (filles, belles-filles...)**, dont les carrières seront concernées par ces besoins (environ 5h30 par jour à consacrer à ces personnes dépendantes). A cela s'ajoute, une très large majorité de femmes dans les services d'aide à la personne... La question du genre en matière de dépendance est donc centrale de ce double point de vue : qui s'occupe et comment s'occuper des personnes âgées en majorité des femmes ? Quelle carrière pour les professionnel-les du secteur, quelles contraintes professionnelles et personnelles pour les femmes en charge des soins aux personnes âgées ?

PART 1. PROVISIONS AND PROVIDERS OF ELDERLY CARE IN FRANCE

1.1. Availability and affordability of provisions

A. Le temps alloué aux familles

Les congés, la flexibilité du temps en France sont réservés essentiellement aux enfants et non aux dépendants âgés. Ceci est révélateur de la place accordée aux personnes âgées du point de vue de l'articulation des temps pour les familles : elles doivent se « débrouiller », alors que des aménagements existent pour les enfants (certes insuffisants pour la petite enfance). Cependant, depuis 1999, un congé a été créé et en partie rémunéré seulement depuis 2009 pour une courte durée. Il s'agit dans tous les cas d'accompagner une fin de vie pour ces personnes âgées et non d'un accompagnement de longue durée, alors même que ces situations perdurent parfois des années.

Congé de solidarité familiale dans le secteur privé

Bénéficiaires

Le congé de solidarité familiale (ex congé d'accompagnement de fin de vie) est ouvert à tout salarié dont un ascendant, descendant ou une personne partageant son domicile souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital. Le congé peut, avec l'accord de son employeur, être transformé en période d'activité à temps partiel.

Durée

Le congé de solidarité familiale est **d'une durée maximale de 3 mois, renouvelable une fois.**

Activité professionnelle

Pendant toute la durée du congé de solidarité familiale ou du temps partiel, le salarié ne peut exercer aucune autre activité professionnelle.

Fin du congé

Le congé de solidarité familiale prend fin :

- soit à l'expiration des 3 mois,
- soit dans les 3 jours qui suivent le décès de la personne assistée, indépendamment des congés pour événements personnels ou familiaux
- soit à une date antérieure.

A l'issue du congé (ou de la période d'activité à temps partiel), le salarié retrouve son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

La durée du congé est prise en compte pour la détermination des avantages liés à l'ancienneté **mais il n'est pas rémunéré.**

- Depuis le 17 février 2009, **une allocation de fin de vie pour 3 semaines** concerne une personne qui s'arrête de travailler pour accompagner un proche en fin de vie, à domicile. Son montant est de 47€ par jour ; elle n'est allouée que pour les personnes âgées restant à leur domicile (et non hospitalisés, ce qui ne concerne que 20 000 personnes).

B. Les allocations versées pour la dépendance et les services associés.

Il est impossible en France de distinguer ce qui concerne les allocations et les services : les allocations sont désormais versées à la personne dépendante qui utilisera ces moyens sous forme de services externes ou non. La seule allocation distincte est celle précédemment évoquée : les 15 jours rémunérées aux proches qui cessent leur activité en tant qu'aidants.

Selon les travaux de Campéon et alii (2008), «In France, the development of policy relating to the frail elderly was a very slow process. It appeared on the political agenda in the mid-1980s, but there was no specific policy for dependency until 1994, only political debate and many expert reports. Until the mid-1990's, the main social care policy towards the frail elderly was the one used for the disabled: the Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (Compensatory Third Party Allowance), which was freely used by the elderly without any control. Since 1994, a specific long-term care scheme has been implemented, progressively enlarging the number of recipients: 1994-1995 saw the implementation of an experimental pilot scheme developed by a few local authorities, then in 1997, a temporary national scheme, the "Prestation spécifique dépendance" (PSD) was created, implemented at the level of the 'Departements'. The many criticisms of the PSD, particularly the fact that only 15% of the frail elderly received the benefit (150,000 recipients) called for a reform of the system. The aim of the 2002 reform was clear: to move away from the PSD scheme, based on a cost containment objective, and to increase the number of recipients. The Allocation personnalisée à l'autonomie "Personalised autonomy allowance" was therefore created (APA), based this time on a universal principle, and, unlike the PSD, without any possible recovery from inheritance (Martin, 2003)".

Selon Anne Eydoux (2009), "Several cash provisions exist to facilitate access to long term care for elderly dependant people, according to the degree of autonomy of the beneficiaries: the Personalised autonomy allowance (APA) for dependant persons and the Cleaning aid for autonomous elderly who need an help in everyday life".

Since January 1st, 2002, ageing or dependent persons aged 60 and above can benefit from the Personalised autonomy allowance (APA) to help them to stay at home (see Box 1) or to pay and live in an Residential housing for elderly (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées EHPA, Box 2).

Box 1: The Personalised autonomy allowance (APA)

The Personalised autonomy allowance (APA Allocation personnalisée d'autonomie) addresses to persons aged 60 and above, living at home or in an institution, who are experiencing a loss of autonomy. This allowance is personalised, according to the beneficiaries' needs (degree of autonomy, requested aid and services) and income (but it is not means tested). It is assorted with an Aid plan (Plan d'aide): for beneficiaries living at home, a medico-social team visit the patients and assesses their needs and necessary aids to allow them to stay at home (the APA depends on the needs and the resources of the patient); for beneficiaries in an institution (such as EHPAD), the APA helps beneficiaries to pay for the “dependency tariff” calculated according to the degree of autonomy / dependency (and is also defined according the needs and resources of the patient).

Repris de Anne Eydoux 2009

Selon Campéon et ali, the long-term care policy is based on a specific scheme - the APA - which is organized around three main elements. Firstly, the APA is a benefit given to the elderly who live at home and in institutions, according to their level of dependency. The French care system is based on a unique assessment grid, the AGGIR, which distinguishes six levels of dependency; the APA is allocated up to the 4th level. As the French scheme is a national scheme implemented at a local level, and in order to guarantee access to the same services across the country, care packages are defined according to the level of dependency, the GIR level, and gives rights to a certain amount of benefit 5 (see table 3). Secondly, a main characteristic of the French scheme is that the benefit is paid to finance a precise care package, determined by professional teams, according to the needs of the recipient. The use of the benefit is therefore controlled, and can only finance the services identified as necessary by the professionals. Finally, France has adopted a mixed financing system of the care packages. On the one hand, this is based on an ‘assistance principle’: under a fixed income threshold (669.89€), recipients do not contribute at all to the funding of the care package. On the other hand, above the threshold, a ‘user fee’ or co-payment system is introduced: the recipient contributes to the payment of the care package, according to their level of income.

Selon la Drees (2009), en 2009, **1,128,000 persons perceived the APA** among which women represent a majority (seven on ten), as shown by the age and gender structure of APA beneficiaries: APA beneficiaries are rather old (85% are at least aged 75 and 45% are at least aged 85) especially when in institutions (55% are aged 85 or over) and feminized (women represent 77% of the APA beneficiaries aged 75 and above while they represent 64% of the whole population in the same age bracket). APA beneficiaries are in their majority cared for by relatives (mostly the spouse or partner and/or children), family care givers being also predominantly women (six on ten), and by professional (nurse, auxiliary nurse, service worker, etc.) who are also women in their majority. Note that sometimes APA beneficiaries (8%) employ their relatives (mostly their daughter or daughter in law, 88% are women) to care for them. For the elderly who are not eligible to the APA because they are considered as sufficiently autonomous but who need some help, another provision have been created in

2002, the Cleaning aid. This aid benefited to 228 000 persons in 2007, however no gendered data exist for this aid.

Les données du tableau suivant montrent que la grande dépendance ne représente que moins de 8% des bénéficiaires de l'APA. La majorité est en situation intermédiaire (GIR 4, voir définition ci-dessous). Si la majorité des très grands dépendants (GIR 1) sont en établissement (79% d'entre eux) ; on constate que 18 000 d'entre eux arrivent à se maintenir à leur domicile (21%), ceci reflète bien la volonté française de maintenir le plus tard possible à domicile, même si de fait les familles (notamment les femmes) seront davantage sollicitées. Si les bénéficiaires de l'APA les plus nombreux en établissement (43%) sont de degré GIR 2 (assistance pour toutes les activités courantes) ; ici aussi, 126 000 personnes dans ce cas sont toujours à domicile (soit 40% des GIR 2).

Tableau 4 : Bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance en 2009 (en milliers)

	Domicile		Etablissement		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
GIR 1	18	2,6	69	15,9	87	7,7
GIR 2	126	18,2	190	43,8	316	28
GIR 3	150	21,6	69	15,9	219	19,4
GIR 4	400	57,6	106	24,4	506	44,9
Ensemble	694	100	434	100	1 128	100

Source : Dress 2009

Les critères de la dépendance : «GIR 1 à 6 »

GIR 1 : (niveau «severe ») les personnes confinées au lit ou en fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Le montant de l'aide mensuelle max est en 2009 : 1224,63€

GIR 2 : les personnes confinées au lit ou en fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservées leurs capacités motrices ; montant 1049,68€

GIR 3 : les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ; montant 787,26€

GIR 4 : les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage ; montant 524,84€

GIR 5 et 6 : les personnes peu ou pas dépendantes ('mild') n'ont pas d'accès à l'APA.

C. Les services à domicile

Selon une autre source moins récente (2000) citée par le CERC 2008, il y a environ « 700 000 personnes de plus de 60 ans aidées par un service d'aide à domicile *autorisé* (Bressé, 2004a). Elles étaient en moyenne âgées de 82 ans et les trois quarts d'entre elles avaient plus de 75 ans. Les deux tiers ne présentaient pas de dépendance physique, 24% nécessitaient une aide pour sortir du domicile, 8% avaient besoin d'aide pour s'habiller et faire leur toilette et 2% étaient confinées au lit ou en fauteuil. Toujours selon cette source, **66% de ces bénéficiaires, sont concernés exclusivement par l'aide aux tâches ménagères ; l'aide aux actes essentiels de la vie ne concerne que 15% des personnes.** Ces personnes dépendantes

bénéficient en moyenne d'une aide de 15h30 par semaine (3h pour les plus autonomes). La CSP d'origine joue beaucoup : 6h30 pour les ex-cadres ; 3h45 pour les ex-ouvriers.

D. Institutions

Box 1 : Residential housing for elderly (EHPA)

There exist several kind of residential home for the elderly in France: residential house with collective services (restaurant, meeting room, nursery, laundry, etc.), retirement house (either medicalized and linked to an hospital or autonomous), temporary residences (for the elderly who need for temporary care) and long-term care units. Since 2002, several residential house and retirement house have signed tripartite conventions with local authorities and the Health insurance to become Residential housing for dependant elderly (EHPAD) equipped with medical services dedicated to dependant persons.

Source Anne Eydoux 2009

In December, 31st 2007 (Prévot, 2009), Residential home for elderly (EHPA) offered 684,000 rooms mainly in retirement houses (soit 10 300 établissements) for 657,000 persons. Since more and more elderly persons are dependent, EHPA tend to offer more and more medical rooms (363,000 in 2003). Three on four persons cared for in EHPA are women, 84% are aged 75 or over and near than 50% are aged 85 and above, they are in their majority lone persons without spouse or partner. Among persons aged 75 or over, around 10% live in EHPA, this percentage increases to 20% for persons aged 85 and above. Women live twice more in such institutions than men: 14% women aged 75 or over (7% for men) and 33% women aged 85 and above (17% for men) live in EHPA. Since women's life expectancy is longer, they are more liable to be alone in the old age and to be cared for in an EHPA: 18% lone persons aged 75 and above live in an EHPA versus 3% persons in the same age bracket when in couple. Plus de 397 000 personnes (soit 340 000 équivalents temps plein) travaillent dans ces structures. Cela représente 52 000 personnes de plus par rapport à 2003. Les effectifs des aides-soignants et des infirmiers ont surtout augmenté

Importance des coûts restant en charge des personnes âgées :

- **En institution**, le résident a à sa charge les frais d'hébergement et une partie des frais de la dépendance. Le prix de journée dépend des départements, du type d'institution et du niveau de vie du patient. Il s'échelonne entre 1050€ et 1400€ par mois en moyenne (2003).
- **A domicile**, le coût restant est difficile à évaluer car il dépend de l'aide accordée, de la disponibilité de la famille. A partir d'un seuil, les bénéficiaires de l'APA doivent participer à leur prise en charge. Le cas extrême d'une prise en charge totale est estimé à 6500€ par mois (en 2003). Or nous avons vu que l'APA est de 1200€ max. Certes, pour une aide à domicile, une réduction fiscale peut permettre de prendre en charge une partie de ce coût pour les personnes les plus aisées (payant des impôts). Dans le tableau suivant (données simulées pour 2005), on note que pour les cas les plus dépendants (GIR1), **la prise en charge par la famille passe de 67% pour les bas revenus à 23% pour les plus hauts, du fait des réductions fiscales !**

Tableau 5 : Evaluation de la charge restant à la famille pour les personnes dépendantes

Revenu annuel	Reste à charge en valeur et % du revenu							
	GIR 1 (105 h mensuelles)		GIR 2 (88 h mensuelles)		GIR 3 (69,5h mensuelles)		GIR 4 (44 h mensuelles)	
7756	5194	67%	4573	59%	3823	49%	2460	32%
14 400	7942	55%	6820	47%	5543	38%	3539	25%
21600	10124	47%	8458	39%	6609	31%	3910	18%
28800	11568	40%	9357	32%	6938	24%	3544	12%
36000	10745	30%	8375	23%	5789	16%	3109	9%
43200	9773	23%	7403	17%	4908	11%	3109	7%

source : calcul de la Cour des comptes, 2005

1.2. Acceptability and quality of service provisions

Il est difficile de traiter de la qualité des services aux personnes âgées.

Du point de vue de l'aide à domicile déclaré, ces services ne couvrent que faiblement les besoins réels :

- **7/10 des personnes dépendantes déclarent ne pas pouvoir faire leurs courses seules mais seulement un tiers d'entre elles ont une aide !**
- **Un peu moins de la moitié déclarent avoir des difficultés pour faire leur toilette mais 1/5 seulement ont une aide à la toilette.**
- **8/10 déclarent bénéficier d'une autre aide (soit informelle, non déclarée) et la moitié de l'aide de l'entourage...**

Ceci révèle l'importance de l'aide familiale ou le recours à du travail au noir en complément...

Du point de vue des institutions, un critère retenu concerne le taux d'encadrement c'est-à-dire le nombre d'emplois (soignants et administratifs) en équivalent temps plein pour cent places : il est en moyenne de 50 en 2007, soit 6 points de plus qu'en 2003. Ce sont dans les établissements accueillant les plus grands dépendants que le taux est le plus élevé (78 ETP) contre 20 dans les simples maisons de retraite. Mais ici on prend en compte tout le personnel. Si l'on se préoccupe que du personnel en contact direct avec les patients, le taux d'encadrement est seulement de 39% (72% pour les établissements d'hébergements personnes âgées (EHPA)).

Il existe cependant **des problèmes de maltraitance** peu évoqués dans le secteur. Une association Allo maltraitance personnes âgées (ALMA) a été créée en 1994. Il est d'autant plus difficile de traiter du sujet qu'il s'agit de personnes dépendantes, ayant du mal à s'exprimer, souvent isolées. L'association ALMA a reçu, en 2006, **11 308 appels** qui ont donné lieu à des signalements pour maltraitance dans **5331 cas. C'est au domicile** des personnes âgées que ces cas sont plus fréquents (86% des cas). Il s'agit alors à 65% de membres de la famille à l'origine de la maltraitance (et seulement de 3% des personnels soignants) ; les formes principales sont d'ordre psychologique (24% des cas) et financière (22%). Les raisons invoquées sont d'abord des relations familiales difficiles (33% des cas) ; des problèmes d'alcool et de drogue (13%) et enfin des problèmes financiers (12%). En établissement, ce sont les personnels soignants (33% des cas) qui sont à l'origine de la maltraitance ; puis le personnel non médical (9%). Les formes sont aussi d'ordre psychologiques (23%) mais surtout sous forme de négligence (31%). Les explications

avancées par les victimes concernent le manque d'écoute (24%) et le manque de personnel (20%).

1.3. Gender and labour market equity

A. the sharing of elderly care within the family;

(EU level data on this point will be circulated shortly to serve as points of reference)

Selon Petite, Weber, 2006, la majorité des personnes âgées dépendantes (75% des bénéficiaires de l'APA) fait appel à leur entourage (conjoint-e, fille, belle-fille) pour une aide quotidienne. Dans la majorité des cas, en symétrie à la prise en charge des enfants, ce sont les femmes des familles qui sont les premières impliquées (60% des cas). L'investissement horaire est en moyenne deux fois supérieur à celui des intervenants professionnels (c'est dire comme les services d'aide à domicile sont loin d'être suffisants). Cette aide repose majoritairement sur un aidant unique (et non une solidarité familiale large), le plus souvent le conjoint. L'aide familiale est plus large que celle des professionnels (limités au ménage, courses, toilette). Mais nous verrons que ceci renvoie au travail prescrit pour le professionnel et non à la réalité (bien souvent le professionnel dépasse ce cadre voir plus loin).

On sait qu'en France, la majorité des couples avec enfants sont bi-actifs (65%). Avec un taux de fécondité de 2 par femme, le problème de l'articulation des temps professionnels et familiaux est essentiel pour les femmes, vu que le partage des tâches domestiques est toujours inégalitaires (80% effectués par les femmes). Mais les réflexions sont centrées sur la petite enfance et non sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Certes, ce ne sont pas les mêmes générations de femmes. Il s'agit ici des « générations pivots » ou du milieu (entre 50 et 65 ans). « Cette génération doit en effet à la fois soutenir des enfants, devenus jeunes adultes (...) mais aussi des parents et beaux-parents, qui en avançant en âge sont de plus en plus souvent (...) dépendants de l'aide quotidienne d'un tiers. » (Le Bihan, Martin, 2006). Ces chercheurs ont mené une enquête sur ces femmes travaillant et assumant un rôle d'aidant. Selon l'enquête déjà citée HID, on repère, en 1999, 1 521 femmes aidantes ; la moitié sont des conjointes, et donc l'enquête repère 600 filles ou belles-filles (39,3%). Parmi elles, 250 travaillent soit près de 42%). « Seulement 38, **c'est-à-dire 15% ont aménagé leur activité professionnelle en raison de leur rôle d'aidante.** (changements d'horaires de travail ou réduction de ces horaires) »¹ Selon l'enquête, seulement 15% de ces femmes indiquent que ce rôle d'aidant a modifié leurs loisirs. En revanche, pour 53% d'entre elles, le problème des vacances s'est posé (trouver un remplaçant). Pour la grande majorité d'entre elles (87%), cette situation n'a eu peu d'impact sur leur vie conjugale.

- **La France compte 3 700 000 aidants informels et beaucoup sont des femmes**
- L'âge moyen de l'aidant est de 60 ans
- C'est un membre de la famille de la personne dépendante (89%) :
- - 60% sont des enfants
- - 25% sont les conjoints
- - 15% ont un lien de parenté moins direct (nièce...)
- **65% des aidants ont une activité salariée**
- **Dans 69% des cas, l'aidant est une femme**
- 55% des aidants cohabitent avec la personne dépendante

¹ idem

- 40% des aidants déclarent ne plus partir en vacances et 30% estiment que ce rôle a une incidence négative sur leur santé

Source : Étude IFOP pour la Macif « Connaître les aidants et leurs attentes » - janvier 2008

Une enquête qualitative auprès de ces femmes a permis d'affiner les connaissances sur l'impact de ce care : même si la pression est forte (selon le degré de dépendance de la personne âgées), ces aidantes informelles cherchent à préserver avant tout leur vie professionnelle : si du temps de leurs jeunes enfants, elles ont fait des choix de retrait d'activité provisoire (temps partiel, congé parental, arrêt d'activité), ce n'est pas le cas pour leur parents et beaux-parents. **Préserver leur activité professionnelle est une priorité** qui s'explique par différents facteurs : maintenir son indépendance ; accès à un point stratégique de leur carrière ; compenser des « sacrifices » opérés plus tôt pour leurs enfants ; et trouver un lieu pour évacuer le stress lié à la situation familiale difficile : « les femmes rencontrées, dans les moments les plus difficiles vécus en tant qu'aidante, c'est dans l'univers professionnel qu'elles ont puisé la force nécessaire pour continuer de gérer les multiples problèmes liés à la dépendance de leur parent »². Le temps de leur vie qui servira de « tampon » est en fait leur temps personnel. Si cela ne suffit pas, elles remettent en cause le temps consacré aux autres proches, plutôt que de toucher au temps professionnel. « Le fait de prendre en charge un parent devenu dépendant a bien des conséquences : la première est qu'il faut trouver rapidement le moyen de faire face à cette demande de soins, de présence, de sollicitude, en comprimant le temps dont on dispose, et ce parfois jusqu'à l'épuisement de ses ressources temporelles, mais tout en préservant son activité professionnelle, jugée d'autant plus cruciale qu'elle semble fondamentale pour ne pas basculer totalement dans la fonction d'aide »³. Pour assurer ce rôle d'aidant et conserver son travail, ces femmes constatent que le temps consacré à leurs proches, notamment aux enfants, s'est réduit. Quant au conjoint, si le temps conjugal en pâtit, ces enquêtes montrent que le conjoint est plus un soutien qu'une victime de cette tâche d'aidant. Rappelons toutefois que ces femmes aidantes s'occupent parfois de leurs beaux-parents, en lieu et place de leur conjoint !!

B. Career prospects, pay, turn-over rates or stress for elderly carers⁴

Since the 1990s, France banks on new “deposits” of jobs in the area of home-helps – primarily in order to fight against unemployment, the aim is to create 500,000 such jobs. It is also a matter of meeting huge needs regarding home-help (for older and dependent people, as well as children), given ageing and the increasing number of women who work. Finally, there is also the clear interest regarding taxation, namely limiting the use of undeclared work, by introducing tax and financial help for employers (via service job cheques), in order to facilitate declaring such workers.

But “the highly gendered, insecure, inegalitarian and depreciated nature is what appears at the heart of the issue of services provided in the home” (Angeloff, 2005).

These jobs have a two-fold origin – both domestic and social: cleaners, chambermaids, domestic workers, home-helps... the terms have changed, but social reality has changed very little – 99% of them are women and tend to be middle-aged (over 40) and, although nothing is said about this because French legislation prohibits it, most of them have foreign origins.

² idem

³ idem

⁴ Nous reprenons ici en partie notre rapport R. Silvera (2008).

Their role involves helping individuals regarding certain essential aspects of daily life (washing, preparing meals, cleaning, shopping, administrative procedures and so forth). This kind of job is most often part-time (the needs and resources of dependent people do not add up to full-time work) and are often at the beginning and end of the day, and even on the weekend.

The great majority of these jobs are filled by women and, until recently, were hardly professionalised. The Personalised Independence Allowance (*Allocation personnalisée d'autonomie*, APA), which is managed by the *Département* councils, imposed skills for looking after dependent people. However, generally, the sector is still marked by poor employment, training and working conditions – atypical hours, fixed-term contracts, low levels of education and vocational training. As the Economic and Social Committee report (2007) indicates: “the whole of the sector should call upon both school leavers and men – of whom there are few or none in occupations that until now have been considered to be essentially women's jobs and very often part-time with limited prospects of mobility and career advancement. But there is very little training available for jobs in the area of personal services to individuals – and it is far from sufficient in view of the needs of the sector. This is the case both of courses within the education system and those in vocational training. There are also very few professionalisation contracts, apprenticeships and work-based courses in general”.

Still depreciated working conditions

In spite of various programmes giving priority to these jobs, working time and both financial and symbolic promotion of them is still impossible. On average, these jobs involve 70 hours per month and only 5% of them are full-time (more than 165 hours per month)! Home-helps have several “clients”, insecure hours and pay, and also daily distances between each person's home. None of these employees have ever protested, as if this situation is internalised and goes without saying – the notion of “total availability” seems obvious and no law guarantees minimum working hours for them.

Moreover, their low level of qualifications explains why these jobs are more often than not paid at the minimum level (hourly SMIC) – and not even paid on a monthly basis, as provided for in the legislation. Length of service is only recognised by the same employer. For example, if Ms. X worked for 20 years with Ms. Y, when Ms. Y dies, Ms. X's length of service begins again at 0! “How can jobs that involve sensitive activity related to the intimacy and dignity of individuals be socially valued (...), when pay remains so low?”

Besides pay, required skills pose a problem – is it a matter of simply reproducing tasks that women carry out at home, “without” any particular skills. Or should not other required skills be recognised, such as interpersonal skills concerning the family and the person they are looking after? In spite of the desire to professionalise these workers and develop training, there is a tendency to under-estimate the interpersonal skills required that are sometimes considerable when the person concerned is very ill or psychologically fragile. The technical nature of the work is also sometimes denied – some home-helps give medicine, as well as certain treatment, even though it is not prescribed.

But a search for professionalisation

An association⁵ proposed working on skills – identifying all the work carried out by such employees, who think they “do not know how to do anything”. The list was long:

Skills acquired on the job:

- ❑ Autonomy at work: they often work alone and have to adapt to the needs of each person they work for (foreign, deaf, sick people and so forth).
 - ❑ Ability to work with a project: it is a matter of adapting to the needs of each person, without replacing them or the people close to them.
 - ❑ Perseverance: managing crisis situations and finding solutions.
 - ❑ Ability to adapt to situations: know how to pass from one family and culture to another in the same day.
 - ❑ Ability to listen and make oneself heard: besides the material tasks, there is much heavy-going work involved in providing moral support and advice, as well as enabling them to confide.
 - ❑ Ability to physically deal with dependant people: help with washing and moving, as well as stimulating them.
 - ❑ Ability to work in a team: even if the employee is isolated, s/he must take into account the people close to the person, the person him/herself and also respect family practices.
 - ❑ Self-confidence: ability to reassure others and make decisions quickly.
 - ❑ Ability to work under pressure: put up with the complaints and idiosyncrasies of the individuals they work for – and sometimes several different people during the same day.
- ❑ activities (reading, walks and so forth)

Overall, this work with home helps has made it possible to give them confidence, formalise “innate” and “invisible” skills and should, in the long-term, make it possible to promote these occupations. **However, what has not changed yet, is that few men are attracted to these jobs, in spite of the needs that exist in this sector and men's unemployment.**

Selon Campéon et alii, 2008, “the reform of the care system and creation of the APA has had a real impact on carers (...). Three main elements can be identified: the type of services used, the qualifications of carers, and the number of carers working with the frail elderly. Through the APA scheme, the majority of hours are now paid through the service provider, considered as the most qualified service. This also means that the employer is no longer the care user, but the organisation itself. In other terms, the ‘cash-for-care’ system in France is modified and becomes specific. This shift corresponds to the policy objective of enhancing the level of quality and professionalisation of care. Secondly, services towards the frail elderly are now covered by a ‘quality agreement’ and the professionalisation of personal assistants is organised. Until March 2002, the CAFAD (Certificat d’aptitude aux fonctions d’aide à domicile) was the only qualification available to personal assistants and only a few of them had it (only 18% of personal assistants had a qualification in the social and health sector, and 9% the CAFAD). Training has since been improved with the DEAVS (Diplôme d’Etat d’auxiliaire de vie). Therefore, and this is the third consequence of the APA scheme, although working conditions are still precarious because professional carers are paid according to the numbers of hours they have worked, and still do not systematically receive a stable monthly

⁵ Brigitte Croff Conseil

wage, the APA has significantly increased the numbers of qualified workers. The creation of a specific benefit allowance has to some extent helped to free family members”.

Si cette évolution professionnelle est donc globalement positive, on peut nuancer ces propos : les aides à domicile restent dans une situation professionnelle peu enviable : à majorité des femmes, souvent étrangères, les liens entre les personnes âgées, les familles et les aidants sont complexes. Bien souvent, les fonctions attendues par ce personnel dépassent largement le travail prescrit.

Les emplois dans les établissements

Ces emplois sont différents car ils ne sont pas dans une relation de travail totalement individuelle (entre la famille, le patient et le personnel) mais dans le cadre d’une institution.

Care givers working in EHPA are women in a very large majority (88%). La majorité du personnel est composée des soignants, des paramédicaux et des agents de service (67,6% des effectifs d’ensemble). Les femmes représentent 95% des agents de service, 84% des encadrants mais seulement 42% du personnel médical (voir tableau).

Tableau 6 : Personnel des établissements d’hébergement pour personnes âgées

Fonctions	EHPAD			Ensemble		
	Effectifs	ETP	% de femmes	Effectifs	ETP	% de femmes
Personnel de direction	22 444	18 142	83	28 658	22 566	84
Personnel des services généraux	45 944	38 892	60	60 487	50291	63
Personnel d’encadrement	4 371	3 820	91	5 068	4 355	90
Personnel éducatif, social, d’animation...	22 246	19 687	93	26 287	22 747	93
Personnel médical	6 465	2 312	42	7 150	2 561	42
Personnel paramédical ou soignant	141 493	125 471	92	159 280	140 670	92
Agent de service hospitalier (public) ou agents de service (privé)	97 246	85 726	95	109 304	96 049	95
Non déclaré	1 011	694		1 119	730	
TOTAL	341 220	294 744	88	397 353	339 969	88

Source : Drees, 2009

C. Evidence on attrition between (formal) employment and (informal) care of among women and men.

Alors qu’en Europe, le commerce est la première catégorie donnant lieu à des activités non déclarées, en France, ce sont d’abord les services à la personne, notamment auprès des personnes âgées, et bien avant le bâtiment. En 2007, «35% des personnes déclarant avoir travaillé au noir disent que c’est dans les services à la personne. 25% déclarent avoir travaillé au noir entre 6 et 19h par semaine ; 9% entre 11 et 20 h et 25% plus de 21 h. (Devetter et alii, 2009).

Différents facteurs expliquent ce recours au travail non déclaré :

- malgré des simplifications dans la gestion de emplois (chèque emploi-service universel permettant une embauche simplifiée), il s'avère plus facile de payer ces personnes de « la main à la main »
- La déclaration est intéressante tant que l'on reste en dessous du plafond pour bénéficier de la réduction fiscale, mais au-dessus de ce plafond, la non déclaration est plus intéressante, surtout s'il s'agit du même salarié.
- Avec le développement des emplois de services, ce sont en réalité des heures qui sont cumulées : les salariés du secteur cherchent des compléments vu que les durées de travail sont faibles : cela incite à développer des heures non déclarées, complémentaires d'un emploi déclaré.

Donc paradoxalement, le développement des emplois de service déclaré et de plus en plus « marchandisé » s'accompagne d'une hausse des heures non déclarées, même si une partie des emplois ont été « blanchis ». En effet, les formes d'emplois de service se complexifient : emplois directs de « gré à gré » entre la personne âgée et l'aide ; ou emploi via un prestataire ou un mandataire, employeur du salarié mis au service de la personne âgée. Dans le cas d'un service mandataire, une association propose une aide à domicile et prend en charge les démarches administratives, mais la personne aidée reste l'employeur (la convention collective est celle du particulier-employeur, comme pour le gré à gré). Enfin, dans le cas de services prestataires, la structure propose les mêmes services mais est l'employeur de l'aide à domicile ; cette structure est de plus en plus souvent privée, à but lucrative ; la convention collective est celle de l'aide à domicile.

1.4. Labour market sustainability

Le développement des emplois de service font partie des priorités des derniers gouvernements et seront amenés à s'étendre encore. Toutes les prévisions vont dans ce sens. Plusieurs facteurs déjà évoqués jouent : les besoins des personnes âgées du fait du vieillissement de la population : même si leur santé s'améliore, toutes les prévisions montrent qu'elles vivront de plus en plus longtemps et devront être aidées. Or, les changements dans les structures familiales (fin de la cohabitation intergénérationnelle) font que les aidants familiaux (enfants) ne vivent pas sous le même toit. De plus, le développement de l'emploi des femmes limite leur disponibilité pour s'occuper des personnes âgées. Tout ceci contribuera au développement du secteur, avec des emplois plus ou moins déclarés, des conditions de travail précaires, le recours à une main-d'oeuvre étrangère, parfois en situation irrégulière ; même si la volonté politique est d'aller vers une reconnaissance, une professionnalisation de ces emplois... Ainsi, en 2008, un mouvement de femmes sans-papiers qui travaillent dans le secteur de l'aide à domicile s'est formée : ces femmes critiquaient « leurs sous salaires, les humiliations et vexations quotidiennes de l'esclavage moderne » (Devetter, 2009). Ces femmes dénoncent également un accord passé entre le ministre de l'immigration et le ministre de l'Economie qui prévoit que les immigrés récents, arrivés par le biais du regroupement familial doivent s'orienter vers l'agence nationale des services à la personne pour être formés aux métiers des services à la personne...

Si ce secteur est bien en croissance, il faut regarder de plus près la nature des emplois créés. Anis, le nombre d'établissements publics, associatifs et privés du secteur ont fortement augmenté depuis 15 ans, mais c'est « le fruit d'un effet de substitution assez net entre les organismes publics et associatifs, d'un côté, dont la croissance stagne depuis le début des années 2000, et la très forte hausse des entreprises privées commerciales de l'autre, surtout depuis 2004-2005. » (Devetter et alii, 2009).

Selon le CERC (2008), les projections de créations d'emploi montrent qu'à l'horizon 2015, les emplois consacrés uniquement à la prise en charge du grand âge passeraient de 643 000 en 2005 à 840 000 en 2015 et de 260 000 emplois supplémentaires de 2015 à 2025, à domicile ou en institutions. Soit près de 500 000 emplois supplémentaires... statistique établie uniquement en fonction de l'évolution du nombre de personnes dépendantes en France. Cette situation exige de forts recrutements et l'on sait que des tensions sur ce « marché » risquent d'apparaître, compte tenu des conditions de travail et de rémunération proposées. LE CERC (2008) reconnaît que le recours à l'immigration serait nécessaire, mais ceci reste « tabou » en France, si ce n'est via le travail clandestin...

Part 2. Policies

2.1. Overview

Comme nous le rappelions en introduction, le gouvernement a annoncé que l'année 2010 serait « l'année de la dépendance ». Il reprenait une promesse de campagne : le lancement d'un « 5eme risque ». Mais cette proposition des associations en charge de cette problématique de créer une nouvelle branche de la Sécurité sociale (le cinquième risque) a été écarté : une partie de la prise en charge devrait relever de la solidarité nationale, mais d'autres sources sont envisagées : la participation du patrimoine des personnes âgées (remboursement des aides versées après leur décès) et le développement d'un système assurantiel fondé sur la responsabilité individuelle. Il est question de lancer un nouveau projet de loi sur la prise en charge de la dépendance : le budget dépendance est de 1% du PIB (19 milliards d'€), il devrait augmenter de 50% d'ici à 2015.

Mais les propositions faites dans ce domaine sont centrées presque exclusivement sur le financement de la dépendance et non sur les conditions de vie, la répartition du rôle des aidants au sein de la famille ou sur la qualité de l'aide formelle et des institutions... Certes, nous reviendrons sur un plan de plus long terme en cours, mais il n'est pas mis en avant dans ces propos officiels. **Il apparaît très clairement qu'en France, la question de l'articulation des temps de vie se pose avant tout pour les parents (du point de vue de la prise en charge des enfants) et non pour les personnes âgées dépendantes.**

Par ailleurs, une priorité reste d'actualité : permettre à un maximum de personnes âgées dépendantes de pouvoir rester chez elles. Ceci repose sur une analyse sociale (la majorité des dépendants le souhaite) ; financière (le coût des institutions est élevé) et surtout, la famille est mise à contribution nettement plus dans ce cas...

Enfin, rappelons que la volonté de professionnaliser le secteur de l'aide à domicile est toujours forte mais les résultats décevants... La prise en compte du fait que ce secteur est un lieu de précarité forte pour les femmes, notamment étrangères, ne semble pas encore une priorité.

2.2. Availability, affordability and quality.

A. Innovations in the nature or the accessibility of provisions

La question du financement : le gouvernement a donc renoncé à créer un « 5eme risque » qui serait un « 5eme déficit ». Il s'agit de rechercher d'autres sources de financement. Voici, la déclaration du Ministre Darcos⁶, à ce sujet :

⁶ Ouverture de la journée « Dépendance – 5eme risque », 10 mars 2010

«Trois leviers sont à notre disposition.

1. Nous pouvons nous appuyer sur la **solidarité nationale**, d'abord, qui doit rester un pilier essentiel. Nous consacrons aujourd'hui plus de 14 milliards d'euros par an à la dépendance mais nous devons améliorer cette prise en charge. La solidarité nationale doit s'exercer entre les personnes mais aussi entre les départements. Dans certains départements ruraux comme la Creuse, le Gers, la Corse, les dépenses consacrées à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dépassent 20 % de l'ensemble des recettes et parfois la moitié du produit des impôts locaux. Nous devons donc étudier comment renforcer la péréquation financière entre les départements et optimiser la gestion de l'APA. (...)

2. Compte tenu du contexte économique et de l'état de nos finances publiques, nous devons aussi trouver des financements pérennes et innovants : je pense à la **solidarité familiale**, que nous devons renforcer, ainsi qu'à la prévoyance collective et individuelle. J'ai évoqué tout à l'heure le rôle fondamental de la solidarité familiale. C'est, je crois, la première et la plus naturelle de toutes les solidarités, celle qui s'exerce depuis la nuit des temps, celle que l'on a représenté dans la peinture par exemple, que l'on songe au héros Enée portant sur son dos son vieux père Anchise pour fonder la nouvelle Troie. Je veux non seulement encourager et soutenir cette solidarité familiale, mais aussi réfléchir aux pistes permettant de la renforcer, en n'hésitant pas à poser par exemple la question du rôle que peut jouer le patrimoine pour contribuer à ce soutien.

3. Quant à la **prévoyance collective et individuelle**, comme j'ai eu l'occasion de le dire lors de mes dernières rencontres avec les assureurs, je suis ouvert à toutes les solutions innovantes, comme celle d'établir avec eux un partenariat public-privé. Je pense aussi que nous devons encourager nos concitoyens à souscrire une assurance dépendance. »

Il est donc clair qu'un modèle assurantiel va se développer pour la prise en charge de la dépendance et que le rôle des aidants familiaux sera renforcé

Mais ce qui ressort de ces plans est que **la situation des aidants n'est pas prise en compte malgré leur difficultés énoncées (partie précédente) pour les femmes aidantes. Rien de plus n'est prévu ni en temps disponible, ni en cash transfert.**

2.2. Gender equity

- Si la question de la dépendance fait désormais partie du débat public, au même titre que celui de l'avenir des retraites, on ne peut pas dire que ces débats et actions publics intègrent le genre : rien n'est dit **sur les femmes aidantes familiales**, si ce n'est par quelques chercheurs dont nous avons cité les travaux. Il n'y a aucune mesure prise pour faciliter la conciliation work and care. Les débats sur le rôle des pères dans l'articulation famille et travail est désormais à peine posé encore moins sur leur rôle en tant que fils adultes ou beaux-fils ! **Or, avec les difficultés à venir des personnes dépendantes, rien ne peut garantir que les femmes les plus vulnérables sur le marché du travail ne seront pas obligés de se retirer du marché du travail pour accompagner leurs parents...** Le danger existe dans le futur, même si les enquêtes qualitatives semblent plus optimistes.

Les mesures en faveur des carrières et de la professionnalisation des aides à la personne. Le seul domaine où l'on évoque la question du genre est dans le recours aux aides à domicile et à la situation de ces salariés (précaires, peu payés) et à très grande majorité des femmes, étrangères, voire sans papier.

Malgré les nouvelles formations dont nous avons déjà parlé (DEAVS) il existe encore une grande hétérogénéité des formations et une difficulté d'harmonisation entre ministères. Certes la VAE (validation des acquis de l'expérience) se développe notamment dans ce secteur : ainsi une majorité de femmes ont obtenu par la VAE leur DEAVS (4487 diplômes en 2007 (CESE, 2008). De même, un « plan métiers » dans le domaine a été lancé : il s'agit de créer des plans régionaux des métiers en direction des personnes en perte d'autonomie. Trois régions sont pilotes et une convention entre l'agence nationale des services à la personne (voir plus loin) et tous les organismes concernés (OPCA, fédérations professionnelles, AFPA,...). Ce dispositif devrait valoriser cette filière, d'autant plus que l'on s'attend à des difficultés de recrutements dans les prochaines années. Sans être directement centrées sur l'égalité, ces mesures amélioreront la situation de nombreuses femmes.

2.3. Labour market sustainability

Les plans de développement des services à la personne de 2006 et 2009 sont très ambitieux quant au développement de l'emploi dans ce secteur (tout confondu, y compris garde d'enfants et tâches domestiques en plus des personnes âgées dépendantes).

- **le plan 2006** : en vue de favoriser les services à la personne qui représente un « gisement d'emplois » (évalués à 500 000 postes). Il visait à :

- solvabiliser les services pour les rendre plus accessibles au plus grand nombre (...)
- Accroître et structurer l'offre de services en limitant l'émiettement des opérateurs
- Développer la qualité des services proposés et rendus
- **Qualifier et professionnaliser les intervenants**

Une agence nationale des services à la personne a été créée pour développer des services de qualité. Parmi ses missions, figure la qualité des services avec « l'objectif de réduire le travail au noir et de redresser une image qui renvoie trop souvent au travail précaire et déqualifiés ». De même, « impulser la négociation collective dans le secteur est une priorité ». La Validation des acquis de l'expérience étant également valorisée.

Le bilan établi à l'issue de cette première étape est positif selon le gouvernement :

- Chaque année 100 000 emplois ont été créés entre 2006 et 2008
- En 2008, le secteur compte 2 millions de salariés. 7/10 travaillent chez les particuliers employeurs.
- Le secteur a un chiffre d'affaires de 15,6 milliards d'€
- les ¾ des ménages utilisent le chèque emploi services universel.
- 16 000 organismes ont été agréés.

Les 11 mesures du plan 2009

1^{er} objectif : soutenir la création d'emplois dans les services à la personne

Mesure 1 : verser, en 2009, 300 M€ en chèques emploi à domicile préfinancés par l'Etat à des publics ciblés, dans le cadre du plan de relance

Mesure 2 : étendre les avantages fiscaux à de nouveaux services à la personne

Mesure 3 : mettre en œuvre le projet internet pour tous

Mesure 4 : renforcer l'offre de services de Pôle Emploi dans le secteur des services à la personne

Mesure 5 : favoriser la création d'entreprise dans le secteur des services à la personne

2^{ème} objectif : professionnaliser le secteur et améliorer la qualité des emplois

Mesure 6 : développer les actions de formation des salariés

Mesure 7 : expérimenter la création de centres de ressources

Mesure 8 : créer un baromètre de la professionnalisation et de la qualité des emplois

3^{ème} objectif : simplifier et assouplir les outils de diffusion de Cesu pr financé

Mesure 9 : encourager le développement du Cesu pr financé en assouplissant ses règles

Mesure 10 : inciter les départements à verser sous forme de Cesu les prestations APA et PCH

Mesure 11 : simplifier les règles pour l'accès des prestataires aux services à la personne

Concluding summary

La question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est au cœur des problématiques sur l'égalité entre les femmes et les hommes. La dépendance va devenir une urgence pour les années à venir et concerne une grande majorité de femmes, tant que les espérances de vie diffèrent. Par ailleurs, quelles que soient les formes de la prise en charge, qu'elles soient rémunérées (carer workers) ou familiales (aidants familiaux), on retrouve partout une majorité de femmes !.

Les formes de la prise en charge de la dépendance sont très variées et complexes à cerner. Selon le degré de dépendance, les personnes peuvent recourir à une aide à domicile : en emploi direct, de gré à gré (la majorité), par une association mandataire ou une entreprise prestataire. Elles peuvent être obligées d'être en institutions plus ou moins médicalisées : résidences autonomes, maisons de retraite ou en unités de soins. Dans tous ces cas de figure et si la dépendance est assez grave, les personnes bénéficient de l'APA et choisissent la formule la mieux adaptée (le maintien à domicile étant privilégié par tous).

Malgré des politiques en vue de faciliter cette prise en charge et de favoriser des créations d'emploi (on parle de « gisements d'emploi »), on peut considérer que cette question reste secondaire, maltraitée et loin de répondre aux besoins en France.

Du point de vue des personnes âgées dépendantes, nous avons relevé que les besoins étaient loin d'être satisfaits, même si l'APA constitue un progrès. Les services ainsi offerts sont insuffisants (2 à 4 heures par jour) et seules les personnes ayant des moyens financiers ou un entourage important peuvent s'en sortir... Pour les autres, la maison de retraite sera la seule solution, parfois dans des conditions très difficiles (promiscuité, maltraitance, vétusté...). Le comble est qu'avec le principe de la réduction fiscale qui s'ajoute à l'APA, le recours à une aide à domicile (surtout pour un nombre d'heures élevées, parfois même la nuit) est nettement moins cher pour les riches !!

Le système repose en grande partie sur « les solidarités familiales ». Derrière ce terme, on sait qu'il s'agit en grande majorité de femmes (filles, belles-filles) qui, après avoir assumé leurs responsabilités à l'égard de leurs enfants, s'occupent ensuite des personnes âgées dépendantes de leur entourage. Cette activité est totalement invisible, non mesurée sauf lorsque dans 8% des cas, cette femme va arrêter son activité et percevoir l'APA pour aider un proche (en dehors de son conjoint). Autrement dit, ce « care » sera « en plus » de toutes les charges professionnelles et familiales existantes. Une étude qualitative démontre que les effets de cette prise en charge ne seraient pas trop contraignants sur leur emploi professionnel : ces femmes ne souhaitent pas sacrifier leur carrière professionnelle, et préfèrent « mordre » sur leur temps libre, leur temps familial, plutôt que professionnel. Ces résultats sont donc plutôt positifs mais nous n'avons pas forcément le recul suffisant et les données complètes : qu'en est-il des

femmes précaires, ayant des conditions de travail pénibles, très difficiles ? Pourront-elles tenir entre leur famille (nucléaire), leur travail et ces activités de care auprès des dépendants âgés ?? Une enquête statistique globale serait fort utile dans ce domaine.

Enfin, le point le plus sensible en la matière concerne le statut des aides à domicile rémunérées. Leurs conditions de travail, de salaire, l'absence d'une véritable professionnalisation sont toujours des vrais problèmes. Pourtant, des tentatives en vue d'améliorer leur statut ont eu lieu : tous les programmes ont affiché une volonté d'aboutir à une réelle professionnalisation, par l'accès à la formation, la reconnaissance des compétences requises, l'ouverture de conventions collectives (aides à domicile ; Particulier/employeurs). De même, la VAE a été particulièrement développée dans ce secteur. Mais il n'en reste pas moins vrai que la plupart de ces aides à domicile ont un particulier comme employeur (et en général plusieurs) ; ce qui évoque un rapport de « domesticité » ; il est difficile d'avoir des horaires proches d'un temps plein, des temps de transports supportables. Enfin, la présence de migrantes, parfois sans papiers, vient compliquer la tâche et amplifie l'invisibilité du care... L'individualisation des rapports de travail a été en partie limitée par le recours à des tiers (associations mandataires ou prestataires). Mais ici, le développement du secteur privé dans ce champ du non-marchand présente d'autres risques (volonté de rationaliser le travail...). L'intervention des pouvoirs publics est donc plus que nécessaire... mais les orientations actuelles sont plutôt en faveur d'emplois directs, peu contrôlés et précaires. Ainsi, par exemple, en souhaitant favoriser la professionnalisation des salariés du champ, la loi de modernisation de l'action sociale de 2002 invitait les employeurs à entrer dans des programmes de qualification diplômante de leurs salariés, en particulier en favorisant, souvent par la validation des acquis et de l'expérience, l'accès au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale. Trois ans plus tard, le plan Borloo a mis à bas cet édifice en centrant davantage son dispositif sur la professionnalisation des structures, et nettement moins sur celle des personnels de service au contact direct des usagers. Dans ces conditions, comment s'étonner que les associations peinent à faire face au « dumping économique et social » que provoque cette multiplication d'emplois directs précaires. « Pendant ce temps, par les généreuses déductions fiscales qu'il reconduit tous les ans, l'Etat n'hésite pas à dépenser annuellement près de 3,6 milliards d'euros, selon le dernier rapport de la Cour des comptes (2010), pour financer les services de confort dont profitent pour l'essentiel les 10 % des ménages les plus riches.

Ces dépôts de bilan et ces fermetures d'associations ne sont pas un épiphénomène et relèvent d'une restructuration profonde de l'action sociale en France. Comme l'aide à domicile est une activité réalisée à 98 % par des femmes, souvent peu qualifiées, ce sont sur elles que pèseront en dernier ressort les inconsistances et insuffisances des politiques de l'emploi. Ces fermetures se feront dans un silence que ne viendront pas non plus perturber les personnes âgées les plus fragiles socialement, qui iront sans doute se fournir au mieux sur le marché du gré à gré au pire dans l'emploi au noir, à moins qu'elles ne renoncent à ce qui devrait être un droit, celui d'une vieillesse vécue dans la dignité » (Jany-Catrice, 2010⁷). Pire encore, on annonce la possibilité aux entreprises de travail intérimaire de se positionner sur ce « marché » !

A terme, l'ouverture de ce marché au privé est problématique pour les personnes âgées les plus fragilisées. Il est incontestable que les sociétés privées s'intéressent de plus en plus à

⁷ Le Monde, 25 février 2010.

l'aide à domicile. Il faut cependant être extrêmement vigilant à ne pas mêler, dans le développement des services à la personne, des personnes tout à fait en mesure de se comporter en consommateurs sur un marché (familles cherchant une garde d'enfant, des cours de soutien scolaire ou l'entretien de la maison ou du jardin...), avec des personnes âgées fragilisées, parfois isolées, qui ont besoin d'une véritable aide et doivent être considérées comme des personnes à aider avant que d'être des consommateurs.

Enfin, il y a beaucoup à dire sur les nouvelles formes de financement préconisées. Dans le cadre de la création de ce nouveau champ de protection sociale, les acteurs concernés (retraités, personnes âgées, familles, professionnels, organisations syndicales) demandent un financement reposant sur la solidarité nationale. Impôts, cotisations sociales... Le financement par des assurances privées, mais uniquement à titre complémentaire. Financer tout ou partie de la prestation par le patrimoine peut être envisagé à condition que l'on fasse contribuer l'ensemble des patrimoines en fonction de leur importance, et surtout pas uniquement le patrimoine des personnes âgées fragilisées. En effet, aujourd'hui, une dame de 90 ans qui a une maladie cardiaque bénéficiera de soins médicaux parfois très coûteux (hôpital, clinique...) et léguera l'ensemble de son patrimoine à ses enfants. A l'inverse, une autre dame de 90 ans qui a une maladie d'Alzheimer, qui est en établissement, ne pourra léguer qu'une partie de son patrimoine, car l'autre partie lui sera reprise. Cela constitue une profonde inégalité entre les personnes âgées suivant leur pathologie, et ce n'est pas acceptable.

Malgré des efforts réels, le secteur est donc en crise, et globalement on peut penser que ce sont les personnes âgées dépendantes les plus fragiles qui seront pénalisées. Quant à la situation des femmes dans ce débat, on l'a vu et dit : ce sont elles qui sont au cœur du système et le vent de l'égalité ne semble pas encore se porter sur la dépendance, que ce soit sur le plan des aidants familiaux ou de l'aide rémunérée...

Bibliography

- Angeloff T. (2005), « Emplois de service » in Maruani (dir), *Femmes, genre et sociétés, l'état des savoirs*, La Découverte.
- Bressé S., (2004) « Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes en 2000 », *Etudes et Résultats*, n° 296, mars, Drees.
- A. Campón, B. Le Bihan, C. Martin (2008), *Balancing Care of the Elderly and Employment in France*, French National Report, Programme Workers under pressure and social care.
- C. Colin, R. Kerjosse (2001), « Les différents modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes », in *Handicaps-Incapacités-Dépendance*, premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID, Document de travail, Drees
- Conseil de l'Emploi des Revenus et de la Cohésion sociale (CERC), (2008) Les services à la personne, rapport n° 8, Paris, La Documentation française.
- Cour des comptes, 2005, Les personnes âgées dépendantes, novembre, Paris, La documentation française.
- C. Debout, S.H. Lo, (2009), « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009 », *Etudes et Résultats*, n° 710, Drees.
- F.X. Devetter, F. Jany-Catrice, T. Ribault (2009), Les services à la personne, coll Repères, La Découverte.
- G. Doniol-Shaw (2005), *La qualification des emplois de l'aide à domicile*, LATTS - UMR CNRS 8134, Avril

- A. Eydoux (2009), « Access to health care and long term care: Equal for women and men ? », French report of the network EGGSI European Commission, Directorate- General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- B. Le Bihan, C. Martin, (2006) « Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant », Travail, Genre et Socié t é n °16, novembre.
- H. Lebras (2007), « le défi démographique : construire une société pour tous les âges », colloque UCR, 22 janvier.
- C. Martin, (2003) (dir.) *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- S. Petite, A. Weber, (2006) « Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensé e aux personnes âgées », *Etudes et résultats*, n °459, Drees.
- J. Prévot (2009), « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et Résultats*, n °89, Drees.
- R. Silvera (2008), Gender segregation in the labour market: roots, implication and policy responses in France, EGGE.

ANNEXES

Grid 1. Types of provisions and their usage according to stage of disability.

Type of provision	Brief description	Prevalent use at different stages of disability: mild (1), moderate (2), severe (3)
Time related provisions Cong é de solidarit é familiale	- Cong é de 3 mois renouvelable pour les salari és du priv é non r émun é r	Ce cong é correspond a un cas s év ère (3) puisqu'il s'agit de la fin de vie
Cash transfers, including 1. APA 2. Allocation « fin de vie »	1. L'APA est une allocation vers ée à la personne d épendante qui l'utilise comme elle veut (paiement d'une aide ; d'un aidant familial autre que le conjoint ou établissement...) 2. - allocation de 3 semaines de 47€ /jour	1. l'APA suppose que l'état de sant é est 'moderate' (2) et 'severe' (3) 2. Cas severe (3)
Services, including Home care 1. Basic home care (cooking, meals on wheels, cleaning, bathing, minding, remote assistance) 2. Home nursing 3. Paramedical and medical care (chiroprapist, physiotherapist, mental therapist etc.) 4. Respite care Other Semi-residential care 1. Outpatient clinics 2. Day-centres 3. Community social services Other Residential care 1. Nursing home 2. Sheltered homes or flats/residential houses Other	Home care La volont é de maintenir à domicile est forte en France. 61% des d épendants b énéficiaires de l'APA sont maintenus à domicile, avec l'intervention d'aidants r émun é r s et / ou de la famille. - des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) visent à é viter l'hospitalisation. Il s'agit de soins de nursing effectu és par des aides-soignants (1/3 des soins concernent la toilette ; 85% concernent des soins dermatologiques, les probl èmes d'hydratation...). Entre 12% et 35% des d épendants en b énéficient. Mais avec la rareté de l'hospitalisation à domicile, ces soins deviennent de plus en plus lourds. - pour les GIR 4 et 6 (« mild ») qui ne b énéficient pas de l'APA, il existe des aides m é nag ères : repas, soins sommaires non m é dicaux, courses... - l'hospitalisation à domicile est limit ée et r écente (1999/2003) On estime seulement à 18,7 le nombre de places disponibles pour 1000 personnes de + de 75 ans	e.g. a combination of basic home care, home nursing and respite or semi-residential care may be the prevalent arrangement for moderately disabled elderly (stage 2)

Grid 2. Source of care for the elderly (not available)

Source of care services	Home care (% share)	Institutional care (% share)
Family and/or friends		(not applicable)
Not-for-profit organizations		
Public authorities		
Private carers / for profit firms		

Note: This grid asks about actual providers of care, i.e. those who deliver the care; if the percentage share is not available, please, give rough estimates or simply describe the prevalent combination.

R épartition des activit és des services à la personne par employeurs

Source of care services	Home care (% share)	Institutional care (% share)
Family and/or friends	Nd (environ 30%) parfois en plus des autres aides	(not applicable)
Collectivités locales	10,9%	
Etat – Hôpitaux publics	0,8%	
Private carers	2,1%	
Entreprises privées/publiques et associations	86,2%	

Source : CERC, 2008

Grid 3. Coverage rates* (breakdown by gender if possible)

Age group	Home care	Semi-residential care	Residential care
60+	4,9%	Nd	3%
75+	Nd	Nd	12% (environ)

Note: *% share of elderly cared for in the age group.

Il s'agit des personnes bénéficiaires de l'APA (77% de femmes)

Grid 4. User fee for different services (moderate level of disability)

Type of services	User fee, Euro (specify also year if not the current figure)
Publicly subsidized nursing home or equivalent residential care (specify) l'APA est utilisé soit en résidence soit à son domicile	Selon le degré de handicap : 1224,63€ (handicap sévère) 1049,68€ (aide permanente); 787,26€ (aide plusieurs fois par jour) ; 524,84€, aides ponctuelles)
Home care package if publicly provided (about 3 hours daily) idem	idem

Note: *If average is not available, please give the range.

Grid 5. Gender of (paid) care workers*

Type of care worker**	Share of women in	
	Home care	Nursing home care
Basic care worker (no or little formal qualifications required)	99%	nd
Nurse	88%	

Note: * If figures are not available, describe prevalent gender composition, e.g. overwhelming majority of women.

** In commenting the grid please, highlight any significant difference according to type of employers (public, private firm, family).

Grid 6. Pay for care workers, by skill level (please, breakdown by gender if available)

Type of care worker*	Average salary per hour or month, Euro (specify hourly/monthly, and consider full-timers for monthly data; please, also specify year)	
	Home care	Nursing home care
Basic care worker (no or little formal qualifications required)	Salaire moyen mensuel 2005 : 457€ moyenne d'heures travaillées : 23h hebdomadaires (30%)	nd

Nurse	travaillent moins de 15h hebdo) salaire de base (débutante) mensuel moyen de 1300€ pour un temps plein en 2008 (25% à temps partiel)	
-------	---	--

Note: * Please, specify the type of employer (public, private firm, family).