

WORKING PAPER

Série Economie sociale

Vieillesse et Services à la personne en Europe

Octobre 2008

par Céline Brandeleer

**Solidarité**
Think Tank européen
Pour la Solidarité

www.pourlasolidarite.be

Le Think tank européen ***Pour la Solidarité*** (asbl) – association au service de la cohésion sociale et d'un modèle économique européen solidaire – travaille à la promotion de la solidarité, des valeurs éthiques et démocratiques sous toutes leurs formes et à lier des alliances durables entre les représentants européens des cinq familles d'acteurs socio-économiques.

À travers des projets concrets, il s'agit de mettre en relation les chercheurs universitaires et les mouvements associatifs avec les pouvoirs publics, les entreprises et les acteurs sociaux afin de relever les nombreux défis émergents et contribuer à la construction d'une Europe solidaire et porteuse de cohésion sociale.

Parmi ses activités actuelles, ***Pour la Solidarité*** initie et assure le suivi d'une série de projets européens et belges ; développe des réseaux de compétence, suscite et assure la réalisation et la diffusion d'études socioéconomiques ; la création d'observatoires ; l'organisation de colloques, de séminaires et de rencontres thématiques ; l'élaboration de recommandations auprès des décideurs économiques, sociaux et politiques.

Pour la Solidarité organise ses activités autour de différents pôles de recherche, d'études et d'actions : la citoyenneté et la démocratie participative, le développement durable et territorial et la cohésion sociale et économique, notamment l'économie sociale.

Think tank européen ***Pour la Solidarité***

Rue Coenraets, 66 à 1060 Bruxelles

Tél. : +32.2.535.06.63

Fax : +32.2.539.13.04

info@pourolsolidarite.be

www.pourolsolidarite.be

LES CAHIERS DE LA SOLIDARITÉ

Collection dirigée par Denis Stokkink

Europe, énergie et économie sociale, Série Développement durable et ville, n°15, 2008

Décrochage scolaire, comprendre pour agir, Série Cohésion sociale et économie sociale, n°14, 2007.

Séverine Karko, *Femmes et Villes : que fait l'Europe ? Bilan et perspectives*, Série Développement durable territorial et politique de la ville, n°12, 2007.

Sophie Heine, *Modèle social européen, de l'équilibre aux déséquilibres*, Série Cohésion sociale et économie sociale, n°11, 2007.

La diversité dans tous ses états, Série Cohésion sociale et économie sociale, n°10, 2007.

Francesca Petrella et Julien Harquel, *Libéralisation des services et secteur associatif*, Série Cohésion sociale et économie sociale, n°9, 2007

Annick Decourt et Fanny Gleize, *Démocratie participative en Europe. Guide de bonnes pratiques*, Série Citoyenneté et démocratie participative, n°8, 2006.

Éric Vidot, *La Reprise d'entreprises en coopératives : une solution aux problèmes de mutations industrielles ?*, Série Cohésion sociale et économie sociale, n°7, 2006.

Anne Plasman, *Indicateurs de richesse sociale en Région bruxelloise*, Série Cohésion sociale et économie sociale, n°6, 2006.

Sarah Van Doosselaere, *Démocratie participative, dialogues civil et social dans le cadre du modèle social européen. Une description générale des concepts*, Série Citoyenneté et démocratie participative, n°5, 2004.

Anne Plasman, *Calcul des indicateurs de richesse économique et de solidarité en Belgique*, Série Cohésion sociale et économie sociale, n°4, 2004.

Entreprenariat collectif et création d'entreprises dans un cadre d'économie sociale, Série Cohésion sociale et économie sociale, n°3, 2004.

Relevé, analyse, évaluation et recommandations en matière d'expériences innovantes de partenariats entre entreprises privées, syndicats et/ou ONG dans la lutte contre les discriminations et en matière d'intégration des populations immigrées, Série Cohésion sociale et économie sociale, n°2, 2004.

Anne Plasman, Dimitri Verdonck, *La Politique de cohabitation-intégration à Bruxelles*, Série Citoyenneté et démocratie participative, n°1, 2004.

Introduction

La Commission européenne englobe les services à la personne dans la catégorie des « services sociaux ». Par conséquent, ceux-ci ne sont pas directement affectés par la directive sur la libéralisation des services. Reste qu'étant compris dans une catégorie plus large, une grande partie des services à la personne n'est pas encore prise en compte au niveau communautaire, bien que l'UE se montre plutôt active dans ce sens.

L'on entend par service à la personne un « service répondant à des demandes individuelles ou collectives touchant à la qualité de la vie quotidienne, à partir d'une proximité, soit objective parce qu'ancrée dans un espace local restreint, soit subjective, c'est-à-dire renvoyant à la dimension relationnelle de la prestation »¹.

Dans ce cas-ci, il faut les prendre comme des services « quasi-collectifs »², c'est-à-dire des services qui, au-delà des bénéficiaires individuels pour les usagers, sont source de bénéfices pour la collectivité (souvent locale), tant en termes d'emplois que de cohésion sociale. Ces services sont généralement divisés en 4 secteurs :

- les soins informels/familiaux
- l'offre publique/Étatique
- les organisations volontaires, ONG, associations diverses
- offre marchande/professionnelle

Les proportions relatives à chaque secteur varient selon les États Membres (en fonction des traditions, responsabilités légales, politiques sociales et de santé, ressources étatiques etc.) qui se sont, pour la majorité d'entre-eux, engagés dans un processus de modernisation des systèmes sociaux, faces aux nouveaux défis économiques, démographiques et sociaux. Outre la réorganisation des structures et l'apparition de nouveaux champs d'action, les tendances sont à l'externalisation de services, jusqu'alors fournis par les autorités publiques et à la décentralisation vers les entités locales.

¹ Définition du CERISIS (centre de recherche pour la solidarité et l'innovation sociale de l'UCL), cité dans VAN STEENBERGE, P., *Services de proximité : un premier regard critique*, Saw-b asbl, oct. 2007, disponible sur <http://www.saw-b.be/EP/2007/A0709.pdf>

² Cf. « Libéralisation européenne des services et secteur associatif », Cahier de la Solidarité n°9, p149.

Après avoir lancé une grande consultation auprès des États Membres en 2006, la Commission en a conclu que, bien que la situation soit loin d'être unifiée dans l'UE, ces services jouent un rôle capital dans les domaines de cohésion sociale, économique ou territoriale.

Qu'entend-on par services sociaux dans l'Union européenne ?

Au-delà des services de santé proprement dits, ils peuvent se rattacher à l'un des deux grands groupes suivants :

- les régimes légaux et les régimes complémentaires de protection sociale, sous leurs diverses formes d'organisation (mutualistes ou professionnelles), couvrant les risques fondamentaux de la vie, tels que ceux liés à la santé, la vieillesse, les accidents du travail, le chômage, la retraite, le handicap ;

- les autres services essentiels prestés directement à la personne.

Ces services jouant un rôle de prévention et de cohésion sociale, ils apportent une aide personnalisée pour faciliter l'inclusion des personnes dans la société et garantir l'accomplissement de leurs droits fondamentaux. Ils englobent en premier lieu l'aide aux personnes dans la maîtrise des défis immédiats de la vie ou des crises. Deuxièmement, ils contiennent les activités visant à assurer que les personnes concernées ont les compétences nécessaires à leur insertion complète dans la société et notamment sur le marché du travail. Ces services complètent et soutiennent le rôle des familles dans les soins apportés notamment aux plus jeunes et aux plus âgés.

Troisièmement, font partie de ces services les activités visant à assurer l'inclusion des personnes ayant des besoins à long terme liés à un handicap ou un problème de santé. Quatrièmement, est également inclus le logement social, qui procure un logement aux personnes défavorisées ou aux groupes sociaux moins avantagés. Certains services peuvent évidemment englober chacune de ces quatre dimensions.

(COMMUNICATION DE LA COMMISSION : « Mettre en œuvre le programme communautaire de Lisbonne Les services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne » COM(2006) 177 final), disponible sur

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0177en01.pdf

Pour la Commission³, les services à la personne sont caractérisés par une prestation impliquant une relation personnelle et asymétrique, devant prendre en compte la diversité des usagers, généralement sans but lucratif et fortement dépendante de financements publics afin d'en garantir l'égalité d'accès.

Services de proximité ou services à la personne ?

En plus du flou qui peut parfois entourer la définition de ces services, leur dénomination varie selon les pays. Si en France, il est coutume de parler de « services à la personne », la Belgique préfère la dénomination de « services de proximité ». Afin d'harmoniser le vocabulaire, nous resterons dans l'acception la plus courante de « services à la personne ».

1. « Solidarité entre les générations »⁴

Concernant la prise en charge de la dépendance en elle-même, la Commission parle alors de soins de longue durée⁵. Ceux-ci se situent à la frontière entre les services sociaux et soins de santé et se divisent en 3 groupes :

- les services aux personnes âgées fortement dépendantes, soignées en institutions,
- les services aux personnes âgées semi-dépendantes, recevant une aide locale, souvent un mélange d'aide formelle/informelle,
- les supports pour les aides locales.

On peut identifier différents enjeux concernant les soins de longue durée :

- degré d'accessibilité et financement,
- rôle des aidants non-professionnels et les supports dont ils bénéficient,
- qualité et soutenabilité des services,
- intégration/coopération entre services sociaux et soins de santé.

³ Voir à ce sujet la communication de la Commission : « Les services d'intérêt général, y compris les services sociaux d'intérêt général: un nouvel engagement européen » COM(2007) 725 final, disponible sur http://ec.europa.eu/services_general_interest/docs/com_2007_0725_fr.pdf

⁴ Cf. communication de la Commission « Promouvoir la solidarité entre les générations », COM(2007)244, disponible sur http://ec.europa.eu/employment_social/news/2007/may/244_en.pdf

⁵ Voir à ce sujet le rapport biennuel sur les services l'intérêt général : SEC(2008)2179/2, disponible sur <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=484&langId=en>.

L'on ne peut que constater que la grande majorité de ces soins reste de nature informelle/familiale. Au vu des tendances démographiques actuelles, les demandes en soins de longue durée vont aller croissant, tant au niveau formel qu'informel. Il semble dès lors nécessaire de mettre l'accent sur la prévention et la réhabilitation (tant que possible) de la dépendance, mais aussi sur une meilleure intégration des aides informelles avec les autres secteurs, et de soutenir les membres de la famille pour ne pas que ces soins ne porte préjudice à la propre santé, bien-être ou situation économique de ces aidants.

La proportion de la population s'occupant des personnes âgées est difficile à évaluer, dû, entre autres, à la pluralité des services rendus ou la taille de la famille (possibilité de tournantes etc.), ce qui rend les comparaisons ardues. Cependant, pour l'UE15⁶ l'on estime que ce sont essentiellement les femmes de 35–65ans qui s'occupent des personnes âgées et que 10% d'entre-elles s'en occupent tous les jours (contre 5% d'hommes du même âge). La tendance est similaire pour les 10 nouveaux États Membres, quoique la proportion de gens (entre 18 et 64 ans) qui s'occupent des personnes âgées, au moins une fois par mois, soit beaucoup plus importante.

Notion de « **génération pivot** » : ce sont souvent des personnes ayant encore des enfants à charge et qui doivent cependant déjà assumer un soutien à une personne âgée dépendante. Cette génération subit donc une grande pression.

Cependant, les aidants informels sont rarement considérés comme faisant partie du marché du travail alors même qu'ils occupent une place centrale dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ce type de travail, n'étant ni rémunéré ni reconnu économiquement, a des conséquences importantes sur la situation des aidants (surtout des femmes) qui sont alors considérés comme inactifs sur le marché de l'emploi. Ce qui peut porter préjudice à leurs possibilités de retrouver un emploi à posteriori.

Les réactions des pouvoirs publics varient plus ou moins fortement selon les États Membres, d'où la nécessité d'une meilleure adaptation des politiques familiales. Et ce, pour la Commission, selon 3 dimensions : plus de possibilités quant à la compensation des coûts (entraînés par la dépendance), une meilleure offre de services d'aide aux personnes dépendantes, plus de flexibilité pour l'aménagement de l'emploi.

⁶ Idem – COM(2007)244

L'UE tente donc de pousser vers une plus grande conciliation entre vie privée/professionnelle et ce avec un accent mis sur l'égalité homme/femme et l'égalité des chances.

Les aides informelles/familiales peuvent-elles être considérées comme un travail à part entière ? Plusieurs études se sont penchées sur le sujet, en s'intéressant au nombre d'heures passées à s'occuper de personnes âgées. A titre d'exemple⁷ : au Portugal, 68,3% des personnes aidantes y passent plus de 4 heures par jour et 56,6% s'en occupent tous les jours. En Irlande, 60,3% y consacrent entre 1 et 19 heures par semaine, 13,4% entre 30 et 49 heures et 26,7% plus de 50 heures par semaine. Ces chiffres ont pour mérite de démontrer que s'occuper d'une personne âgée peut parfois prendre autant de temps (voire plus) qu'un travail à mi-temps. Et en général, plus la personne sera dépendante, plus le temps qui devra lui être consacré sera important. Le débat porte donc sur la possibilité de subsidier ou non ce type de travail par des aides publiques ou par des déductions fiscales, la question centrale portant sur la frontière entre travail et solidarité sociale.

La grande majorité des études sur le vieillissement concluent qu'il y a de fortes chances que les familles continuent à assumer la plus grande part de l'aide aux personnes âgées et ce probablement avec de plus en plus d'aide de professionnels parce qu'il n'est pas certain que l'État sera en mesure d'offrir autant d'aides publiques qu'aujourd'hui.

2. Solidarités publiques/privées

« L'offre collective des soins de longue durée a été développée à des degrés très variables d'un État à l'autre. Certains pays disposent de programmes de soins assez complets financés et fournis par l'État, d'autres ne bénéficient que de services limités et fragmentés. Néanmoins, et bien que le partage entre aide formelle (des professionnels) et aide informelle (des familles et de l'entourage) varie beaucoup d'un pays à l'autre, même dans les pays où les programmes publics sont très développés, l'essentiel des soins reste organisé de façon informelle par les conjoints ou les enfants des personnes âgées dépendantes. Aussi peut-on penser que la diminution du potentiel de ressources informelles qu'entraînerait l'augmentation des taux d'activité professionnelle des femmes ou la diminution du nombre d'enfants ne serait pas sans poser de problèmes. »

(BARNAY, T. et SERMET, C., op.cit. p88.)

⁷ Voir à ce sujet le rapport *Eurofamcare*, 2004, disponible sur <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/publikationen.php?abs=1>

Des changements structurels, comme une tendance à une participation de plus en plus grande des femmes sur le marché du travail (ce qui signifie moins de temps pour s'occuper des personnes âgées), montrent qu'il y aura de moins en moins de personnes disponibles (ou volontaires) pour s'occuper de la part de la population vieillissante. C'est pourquoi, la plupart des pays membres ont amorcé une modernisation des systèmes de soins de longue-durée, en mettant l'accent sur une meilleure adaptation aux besoins de l'utilisateur, mais aussi sur une revalorisation de la figure de l'aidant (passant par la formation, l'augmentation des salaires et une meilleure compréhension des conditions de travail et de l'alternance rapide du personnel).

Mais il apparaît que l'articulation entre ces deux types de solidarité est tributaire du système de protection sociale. En caricaturant : plus on va vers le sud de l'UE, plus la responsabilité familiale est importante, la collectivité n'intervenant souvent plus qu'à titre résiduaire (et inversement).

Quant à la question de la subsidiarité ou non des aides familiales/publiques⁸, les études ont montré que si les aides familiales sont bien des substituts (en tout cas, tant que les incapacités restent légères) aux aides professionnelles/marchandes, elles sont complémentaires aux aides publiques, surtout parce qu'elles concernent des activités instrumentales (courses, ménage etc.).

L'importance de l'aide informelle est aussi liée au fait que les personnes âgées expriment de plus en plus le désir de rester à domicile. Une plus grande structuration et régulation des soins de longue durée semble nécessaire.

L'État social ne peut pas financer une solidarité aussi large (tension entre stabilité sociale dans le long-terme et contraintes financières dans le court-terme) mais en même temps, beaucoup de gens, du fait de leur situation sociale, ne peuvent être tout à fait couverts par les services marchands. D'où un besoin de structuration de services de qualité et cohérence par rapport à la pluralité des services et des organisations.

⁸ Voir à ce sujet l'étude du CESEP (Centre for European Social and Economic Policy) « Implications of demographic ageing in the enlarged EU in the domains of quality of life, health promotion and health care », (octobre 2005), disponible sur <http://www.cesep.eu/> ; ainsi que le working Paper du CREPP (Centre of research in public economics and population economics de l'Université de Liège) "Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? », E.Bonsang, 2008, disponible sur <http://www2.ulg.ac.be/crepp/papers/crepp-wp200801.pdf>

Le rôle de l'État dans ce cas serait donc de choisir un mode d'organisation et fixer des objectifs qualitatif/quantitatifs sans déstructurer le système existant.

Le problème concernant la standardisation ou l'évaluation, c'est que les services de proximité comportent une forte dimension relationnelle (et par conséquent non-objectivable). Cependant, une régulation est nécessaire afin de préserver, voire d'améliorer la qualité de ces services, mais aussi pour éviter toutes sortes d'abus ou de comportement opportunistes. L'UE pourrait pousser à l'introduction de normes de qualité ou de standards minimums.

L'une des solutions pourrait également passer par plus de formation, avec en plus un élargissement des possibilités de carrière dans ce secteur et un plus grand usage des nouvelles technologies. Une modernisation structurelle semble primordiale pour le rendre plus attractif, mais beaucoup insistent également sur une plus grande intégration des services formels/informels.

3. Création d'emplois⁹ ?

« La modernisation des services sociaux se trouve au cœur des enjeux européens d'actualité: d'un côté ces services accomplissent une mission fondamentale de cohésion sociale; de l'autre leur transformation et leur potentiel d'emploi en font une partie intégrante de la stratégie de Lisbonne. Les conclusions du Conseil européen de mars 2006 l'ont confirmé en réitérant qu'il faut rendre le marché intérieur des services pleinement opérationnel tout en préservant le modèle social européen. »¹⁰

Les services à la personne sont souvent considérés comme des réservoirs d'emplois pour les personnes peu qualifiées ou pour insérer les personnes exclues du marché du travail.

⁹ Voir à ce sujet l'étude ORSEU (Office européen de conseil, recherche et formation en relations sociales) « La création d'emplois dans les services relationnels en France : quelles innovations en matière de gouvernance et de gestion de la main d'œuvre ? Le cas des secteurs de l'aide à domicile et de la médiation » synthèse du rapport final disponible sur <http://www.orseu.com/medias/1326.pdf>

¹⁰ Communication de la commission, « Mettre en œuvre le programme communautaire de Lisbonne : Les services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne » COM(2006) 177 final, disponible sur http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0177en01.pdf

Le constat est que ce secteur est caractérisé par des emplois en majorité féminins – ce type de service est généralement perçu comme un débouché « naturel » pour les femmes. Il s'agit en grande partie d'emplois à temps partiel, à faible rémunération et à contrat à durée déterminée.

Pourtant, il s'agit d'un secteur aux conditions de travail difficiles, requérant des capacités et des qualifications. L'amélioration des conditions de travail paraît centrale pour l'attractivité du secteur : ce qui passe par une amélioration du statut, du bien-être/santé, des formations et d'une meilleure conciliation vie privée/professionnelle.

Moteurs d'insertion et d'activation ?

Certains ont proposé la mise à disposition de personnes inactives pour l'aide aux personnes âgées (ex : activation des chômeurs, dans le cadre de l'Etat Social actif) via des emplois « atypiques » ou l'usage massif des titres services. Si l'idée n'est pas mauvaise, il convient cependant de rester prudent : ce qui est bon pour l'emploi ne l'est pas nécessairement pour les personnes âgées. La réserve porte sur l'utilisation de personnes en difficulté sociale pour s'occuper de personnes déjà en difficulté, comme les personnes âgées dépendantes.

Le risque est que l'activation des chômeurs dans le domaine des services de proximité ne porte atteinte à la qualité des prestations. En effet, ces services comportent une forte dimension relationnelle et de longue durée. En favorisant des emplois « atypiques » et de plus courte durée, l'on risque des difficultés financières quant à leur pérennisation ainsi qu'une difficulté plus qualitative résultant de la forte rotation du personnel et des niveaux de qualifications variables. En somme, s'il y a là des pistes d'emplois, cela passe par une importance accrue des formations, un parcours d'insertion et une limitation nécessaire (ou alors mieux encadrée) des systèmes des titres services. La logique d'insertion a, dans tous les cas, un coût important pour la collectivité. Les services à la personne restent une source intéressante d'emplois et un outil important en termes de cohésion sociale et de création de liens mais il est important de se demander si l'activation des chômeurs dans des services subsidiés par les pouvoirs publics est la seule ou la plus efficace des solutions.

Vers plus de professionnalisation ?

Or, la tendance actuelle pour les services à la personne est celle d'une professionnalisation croissante. Celle-ci apparaît comme la solution pour plus de qualité, gage de confiance pour l'utilisateur et le financement des pouvoirs publics et pour attirer plus de main d'œuvre.

Mais alors, ce secteur ne pourra plus (ou moins) engager des personnes peu qualifiées ou exclues du marché du travail. L'enjeu consiste à ce que la contrainte des coûts ne porte pas atteinte à la qualité et la quantité du service. La question porte alors sur le type de développement des services à la personne qui se construit via cette professionnalisation. En effet, ce développement a une influence sur l'égalité professionnelle Hommes/Femmes, contribue à la modernisation actuelle de l'Etat Social, et la résultante de ce développement déterminera les conditions d'accès et la qualité des services créés.

Le Comité Economique et Social Européen pourrait être appelé à jouer un rôle important dans ce domaine, en favorisant par exemple la structuration professionnelle du secteur, en revalorisant l'image des services à la personne, en permettant les échanges de bonnes pratiques (via la MOC) etc.

4. Maltraitements

L'Organisation mondiale de la santé a défini ce terme comme suit: "On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée."

Peu de pays ont des données exhaustives sur ce sujet, généralement tabou. On a donc un tableau incomplet de l'étendue du phénomène. Selon Vladimir Spidla, Commissaire européen chargé des affaires sociales et de l'emploi, on estime que 4 à 6% des personnes âgées sont victimes de violences, sous une forme ou une autre. Fort heureusement, la majorité des personnes âgées sont bien traitées. Mais l'on estime que ce phénomène va prendre de plus en plus d'ampleur vu que le nombre de personnes âgées ne va faire que s'accroître.

Si la définition de la maltraitance varie selon les Etats Membres, ils s'accordent généralement sur 5 aspects : physique, mental, financier, sexuel ou faits de négligence.

S'il est vrai que toute personne âgée peut se retrouver victime de maltraitance, sa vulnérabilité augmente sensiblement avec des facteurs de risque tels que:

- La fragilité physique de la personne, y compris les maladies chroniques et les handicaps physiques et sensoriels, qui conduisent à une dépendance des soins et à une perte d'autonomie ;
- La condition mentale diminuée de l'individu - troubles et handicaps cognitifs (démence), dépression, troubles mentaux anciens, difficultés de communication ;
- Des facteurs sociaux concernant l'individu - isolement, déplacement, absence de descendance, pauvreté, faible statut social, absence de soutien de la collectivité, obstacles culturels et linguistiques (dans le cas de migrants âgés) ;
- Conditions et tendances générales de la société - ressources insuffisantes allouées par la société aux besoins de protection sociale, politiques peu sensibles ou favorables aux personnes âgées, fin de la solidarité entre générations en raison de changements socioéconomiques (en particulier à cause d'une mobilité géographique accrue et de la séparation des proches), absence de sensibilisation et prédominance de stéréotypes sur l'âge dans la société, absence de législation protégeant les droits des personnes âgées, absence de contrôles transparents en milieu institutionnel, manque de ressources potentielles dans la société civile (groupes de défense, aide téléphonique, etc.).

(Document de réflexion du DG emplois, affaires sociales et égalité des chances : « Que peut faire l'UE pour protéger la dignité des personnes âgées et prévenir leur maltraitance ? », Bruxelles, 2008), disponible sur http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/elder_abuse_fr.htm

Le problème est que souvent la législation ne reconnaît que les violences physiques, laissant dans le vague toute une partie du phénomène de la maltraitance. Les délais de procès sont également trop longs (et donc souvent posthumes). L'adaptation des systèmes sociaux semble parfois inadaptée et peu réactive face à ce genre de situations parce que les victimes sont généralement celles qui sont le plus isolées et qui ont le plus de difficultés à accéder aux dispositifs d'aides. Ce qui a pour conséquence d'augmenter le sentiment d'impunité.

En ce qui concerne les recherches et la compréhension des risques ou facteurs favorisant la maltraitance, l'on estime qu'elle résulte le plus souvent de la méconnaissance, du stress, de surmenage ou de mauvaises conditions de travail pour les aidants.

En effet, les personnes qui s'occupent des personnes âgées sont souvent confrontées à un manque de solutions alternatives (entre soins à domicile ou placement en institutions), de surmenage... les aides professionnelles y ajoutent un nombre de personnel et d'équipement insuffisant, une dévalorisation de leur travail et le manque de perspectives de carrières. A quoi il faut ajouter également une difficulté voire une absence de contrôle.

D'où la nécessité de mettre l'accent à la fois sur la prévention et sur l'intervention.

Rôle de l'UE : les droits fondamentaux, constituant l'un des fondements de l'UE, doivent être respectés au niveau local. Des programmes comme DAPHNE III ou PROGRESS ont été créés en ce sens. L'UE a également mis un accent sur l'importance du dialogue social européen pour améliorer la situation du personnel soignant, de la MOC en matière de protection et d'inclusion sociale pour une prise de conscience européenne et de nouvelles initiatives, et de la régulation du travail pour une meilleure conciliation du travail et des soins informels.

5. Immigration et vieillissement¹¹

L'Europe se trouve confrontée à une situation qu'elle n'avait probablement pas envisagée : les premières générations d'immigrés prennent également de l'âge. Beaucoup d'entre eux avaient pensé passer leur fin de vie dans leur pays natal mais, bien souvent malgré eux, ils se trouvent encore dans leur pays d'accueil. De plus, il est difficile de mesurer exactement l'ampleur des anciens migrants vieillissants (lié à la naturalisation), d'où une certaine lenteur de réaction des politiques publiques.

¹¹ Voir à ce sujet : MOULIN, M. et CASMAN, M-T., *Migration et vieillissement* – Etude de la Fondation Roi Baudouin, 2007, disponible sur www.kbs-frb.be

Quelle conséquence cela a-t-il dans la gestion du vieillissement ? En quoi ces anciens travailleurs migrants diffèrent-ils des personnes âgées « autochtones » ? Quelques éléments permettent d'apporter un début d'éclairage à ces questions :

- héritage de santé plutôt négatif du fait des conditions de travail, ce qui implique que la demande de soins va aller en augmentant ;
- le manque de maîtrise de la langue peut conduire à une difficulté à se tourner vers les systèmes d'aides existants ;
- d'un point de vue culturel : changement des rapports familiaux (plus souvent isolés) et rites de décès peu adaptés.
- Question des maisons de repos : quelle adaptation ?
- Risque plus élevé de pauvreté.

En ce qui concerne les soins de longue durée, c'est l'aide à domicile qui prédomine (informelle/familiale ou professionnelle) : question d'intimité, de manque de moyen économiques ou d'information ? Souvent il s'agit d'un mélange entre considérations économiques et d'ouverture à d'autres usages. Il est souvent jugé préférable de se débrouiller entre soi, ce que l'on retrouve autant pour les migrants que pour le reste des personnes âgées.

L'appel aux institutions n'est que très peu envisagé pour les personnes dépendantes, pour des raisons de traditions familiales (quoique beaucoup d'évolutions dans ce domaine) ou par manque d'adaptation de ces structures.

Les loisirs aussi sont différents, donc les programmes de participation ou d'inclusion sociale manquent parfois leur cible.

Les aides sociales ne se sentent pas toujours bien acceptées ou rencontrent des difficultés par rapport aux habitus différents. Les migrants âgés sont parfois méfiants concernant le respect des règles religieuses ou culturelles pour les repas, l'hygiène (rituel de lavement par exemple) etc. parce que la tradition et l'honneur restent des composantes fondamentales de leur identité. En somme, s'il peut y avoir des préjugés des deux côtés, il s'agit la plupart du temps de méconnaissance réciproque.

Il ne s'agit pas pour autant de tomber dans une sorte d'hyperculturisation du problème. Il faut pouvoir gérer les différences de manière à trouver des solutions qui conviennent à tous, c'est-à-dire, pencher plus vers une interculturelisation.

L'immigration peut augmenter les problèmes liés à la vieillesse, d'où le rôle important des politiques sociales pour pallier ces inégalités. L'idéal est de recentrer priorités et spécificités, il ne faut envisager la problématique en structures séparées mais bien en un équilibre en général et particulier.