



Assemblée générale

Distr. générale
20 juillet 2018
Français
Original : anglais

Soixante-treizième session

Point 28 b) de l'ordre du jour provisoire*

**Développement social : développement social,
y compris les questions relatives à la situation sociale
dans le monde et aux jeunes, aux personnes âgées,
aux personnes handicapées et à la famille**

Suite donnée à l'Année internationale des personnes âgées : deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport est soumis en application de la résolution [72/144](#) de l'Assemblée générale, relative à la suite donnée à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement. Il examine des questions transversales liées à la fourniture de soins de longue durée de qualité et abordables en faveur des personnes âgées tout en tenant compte des besoins des prestataires de soins, rémunérés ou non, qui se trouvent bien souvent être des femmes et des travailleurs migrants. Sont également succinctement passées en revue les principales actions consacrées à la question du vieillissement au sein du système des Nations Unies.

* [A/73/150](#).



I. Introduction

1. Le présent rapport est soumis en application de la résolution 72/144 de l'Assemblée générale, relative à la suite donnée à la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, laquelle insiste notamment sur une mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 associant toutes les tranches d'âge. Il fait suite au précédent rapport du Secrétaire général sur le sujet (A/72/161), lequel portait plus particulièrement sur les liens qui existent entre la sécurité économique et le bien-être des personnes âgées, lesquels sont liés à la pauvreté de revenu ainsi qu'à l'accès à l'emploi, à un travail décent, à des services financiers et à des soins de santé de qualité et de longue durée, et ce dans la perspective des objectifs de développement durable et des débats du Forum politique de haut niveau pour le développement durable.

2. Le Département des affaires économiques et sociales (DAES), qui joue un rôle de coordination au sein du système des Nations Unies sur les questions relatives au vieillissement, a poursuivi son examen des liens intersectoriels existant entre les grandes orientations en la matière, la réalisation des objectifs de développement durable qui s'y rapportent et la mise en œuvre du Plan d'action de Madrid de 2002 sur le vieillissement.

3. Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses et presque tous les pays sont par ailleurs concernés par l'allongement de l'espérance de vie. Ces deux facteurs réunis conduisent bien souvent à un accroissement des vulnérabilités liées à l'âge et des besoins en matière de soins de longue durée, ce qui a donné lieu à de vastes débats sur la nécessité de garantir de façon durable des soins professionnels de qualité. Il n'est toutefois pas sans difficulté de concilier la nécessité d'assurer des soins de qualité à des coûts abordables avec la garantie d'un travail décent pour les prestataires de soins, dont bon nombre sont des travailleurs migrants, tout en tenant compte de la nature sexospécifique des prestations de soins, rémunérés ou non, ces questions étant par ailleurs souvent examinées indépendamment les unes des autres.

4. Le présent rapport fournit un aperçu à l'échelle mondiale des principales questions relatives aux soins de longue durée, rémunérés ou non. Il examine ensuite les façons dont il convient que le concept de travail décent soit mieux appliqué aux prestataires de soins afin de garantir de meilleures conditions de travail et une meilleure qualité des prestations, avant d'aborder la question des aidants familiaux non rémunérés et, pour finir, les questions relatives à l'emploi des prestataires de soins migrants. Ces questions sont examinées dans la perspective de la réalisation des objectifs de développement durable concernés, notamment en matière d'égalité des femmes et des hommes, et un certain nombre de recommandations sont d'ailleurs formulées à l'intention des États Membres. Il y est également tenu compte des conclusions de la réunion d'un groupe d'experts de l'ONU consacrée au thème de la prise en charge des personnes âgées et aux liens avec les questions du travail décent, de la migration et de l'égalité des femmes et des hommes, tenue en décembre 2017¹, ainsi que des contributions des États Membres et d'autres parties prenantes dans le cadre de la neuvième session du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement, au sujet des soins de longue durée. Des informations actualisées sont aussi fournies sur les mesures prises dans le système des Nations Unies en faveur de la réalisation du Plan d'action de Madrid sur le vieillissement et des objectifs de développement durable.

¹ Organisation des Nations Unies, *Report of the expert group meeting on the theme: "Care and older persons: links to decent work, migration and gender"*, New York, 5-7 décembre 2017.

II. Prise en charge des personnes âgées

5. Si nombre de personnes âgées jouissent d'une santé relativement bonne au cours de leurs dernières années, certaines sont en revanche davantage exposées aux maladies chroniques et à d'autres facteurs de risque pour la santé comme l'hypertension artérielle et le diabète, les pertes d'acuité auditive et visuelle liées à l'âge, l'augmentation notable des incapacités liées à l'arthrose, les maladies cognitives comme la démence et la maladie d'Alzheimer, sans oublier les risques accrus de traumatismes dus aux chutes². Les interactions entre toutes ces caractéristiques de santé entraînent une diminution des capacités intrinsèques des personnes âgées et les empêchent d'exploiter pleinement leurs aptitudes physiques et mentales³. Les services de prise en charge et les dispositifs d'assistance — ainsi que la manière dont ils sont assurés — sont essentiels pour préserver la santé et le bien-être des personnes âgées et leur garantir une bonne qualité de vie puisqu'ils leur permettent de vivre de façon plus autonome, dans la dignité et selon leurs propres préférences, mais aussi en toute sécurité et en étant en mesure de participer à la vie de leur communauté et de la société¹.

6. Il est question de soins de longue durée lorsque la prise en charge des personnes âgées se déroule sur le long terme. Les notions de « soins » et de « soins de longue durée » sont parfois employées indifféremment, alors qu'elles renvoient à des réalités différentes. La Stratégie et le plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) donnent la définition suivante des soins de longue durée : « activités entreprises par des tiers pour veiller à ce que les personnes à risque ou atteintes d'une perte permanente significative des capacités intrinsèques, puissent maintenir un niveau de capacités fonctionnelles qui soit conforme à leurs droits et à leurs libertés fondamentales et à leur dignité humaine »⁴. Il peut s'agir de soins assurés à domicile, au sein de la communauté ou en milieu institutionnel. On déplore toutefois toujours un manque de consensus en matière de terminologie dans le domaine des soins de longue durée, notamment en ce qui concerne l'emploi des termes et expressions tels que « soins informels » ou « formels », « soins rémunérés » ou « non rémunérés », « prise en charge structurée » ou « non structurée », « prestataires de soins formés » ou « non formés » ou encore « activités de soins réglementées » ou « non réglementées »¹.

7. Les ressources disponibles pour la prise en charge des personnes âgées sont bien souvent mal appréciées, leur estimation reposant en général sur des suppositions concernant l'ampleur des aides publiques en faveur des soins de longue durée. Le rapport de situation intermédiaire établi dans le cadre de la stratégie et du plan d'action mondiaux de l'OMS sur le vieillissement et la santé indique que seulement 41 % des États Membres déclarent disposer d'une politique nationale en matière de soins de longue durée⁵. Les besoins non satisfaits en matière de prise en charge des aînés sont fréquents et, compte tenu des évolutions démographiques, le nombre de personnes âgées ayant besoin de prestations de soins et d'un accompagnement est aujourd'hui en plein essor. Selon un récent document de travail de l'Organisation internationale du Travail (OIT), 48 % de la population mondiale n'est couverte par aucune législation nationale sur les soins de longue durée, et 46 % des soins rémunérés pris en charge par les pouvoirs publics sont soumis à des conditions de

² Organisation des Nations Unies, *The growing need for long-term care: assumptions and realities*, Département des affaires économiques et sociales, Document d'information, 2017.

³ Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* (Genève, 2015).

⁴ OMS, *Global strategy and action plan on ageing and health*, (Genève, 2017).

⁵ Voir l'indicateur n° 8 dans OMS, *Global strategy and action plan on ageing and health: 10 mid-term progress indicators* (Genève, Mai 2018).

ressources, ce qui ne permet aux personnes âgées de bénéficier d'une prise en charge que lorsqu'elles vivent en dessous du seuil de pauvreté⁶. De nombreuses personnes âgées n'ont donc pas accès aux services de soins de longue durée, sachant que les systèmes de prestation sont souvent caractérisés par des dépenses publiques extrêmement réduites, d'importants versements directs requis de la part des bénéficiaires et des pénuries de prestataires de soins du secteur formel¹.

8. La question des soins de longue durée est devenue prioritaire pour de nombreux États Membres, y compris dans les pays en développement. Il a été considéré en 2017 qu'il s'agissait pour l'Afrique d'un nouvel enjeu, comme en témoigne l'adoption de la position commune de l'Union africaine sur les soins de longue durée. En outre, une concertation régionale sur les mesures à prendre faisant intervenir des représentants de 28 pays a été organisée en partenariat avec l'Association internationale de gérontologie et de gériatrie en vue de promouvoir une meilleure compréhension des questions liées aux soins de longue durée en Afrique subsaharienne et d'encourager les initiatives dans ce domaine⁷. On observe par ailleurs une approche fondée sur les droits en matière de politiques de soins de longue durée dans les pays d'Amérique latine, comme l'Argentine et le Costa Rica, qui ont ratifié la Convention interaméricaine sur la protection des droits fondamentaux des personnes âgées, dont l'article 12 énonce le cadre juridique et la définition des soins de longue durée sur lesquels reposent les politiques⁸.

9. Les approches adoptées concernant les modalités de prestation et de financement des soins de longue durée varient considérablement d'un État Membre à un autre. Les membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) présentent par exemple d'importants écarts en matière de dépenses publiques consacrées aux soins de longue durée, lesquelles sont comprises entre moins de 0,5 % du produit intérieur brut (PIB) dans des pays comme Israël, la Lettonie et la Pologne et plus de 4 % du PIB aux Pays-Bas. Ces écarts sont le reflet des différences ayant trait au contexte et à l'ampleur des soins formels par rapport aux soins informels, ainsi que de la dépendance variable à l'égard des frais à la charge des personnes âgées et de leur famille pour financer une partie des services de soins de longue durée. Il est essentiel d'avoir connaissance de ces différences et de leurs effets pour pouvoir élaborer des politiques à même de fournir aux personnes âgées l'accompagnement et les soins dont elles ont besoin⁹.

10. Les aidants familiaux, en particulier les membres féminins des familles, sont les principaux acteurs de la prise en charge des personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée. Dans de nombreux pays arabes et de pays d'Afrique et d'Asie orientale, l'approche familiale de la prise en charge des personnes âgées est profondément ancrée dans les obligations culturelles et religieuses, à tel point que l'idée de faire appel à des établissements institutionnels, par exemple, demeure socialement condamnable. Dans certains cas, une bonne partie des soins familiaux dispensés à domicile ne sont ni rémunérés ni pris en charge et sont souvent assurés par des personnes non formées, qui peuvent être amenées à accomplir des soins médicaux et infirmiers complexes d'ordinaire accomplis par des professionnels de santé^{1,10}. Un certain nombre d'États Membres ont mis en œuvre des politiques en faveur des aidants familiaux, comme le soutien financier accordé aux familles à faible revenu, à Bahreïn,

⁶ Xenia Scheil-Adlung, « Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries », Document ESS n° 50 (Genève, OIT, 2015).

⁷ OMS, document A71/41.

⁸ Organisation des États américains, *Inter-American Convention on Protecting the Human Rights of Older Persons*.

⁹ Tim Muir, « Measuring social protection for long-term care », Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 93 (Paris, 2017).

¹⁰ AARP Public Policy Institute, *Millennials: the Emerging Generation of Family Caregivers* (Mai 2018).

les prises en charge temporaires¹¹, aux Philippines, les possibilités de formation, au Kenya et en Suède, ou encore les congés rémunérés en faveur de la prise en charge d'un proche, en Allemagne¹².

11. Les services institutionnels de soins de longue durée — qui sont rares à travers le monde, à l'exception des pays à revenu élevé — proposent une gamme complète de prestations comprenant les soins médicaux, les traitements gériatriques, le suivi psychologique ainsi que les activités de rééducation. On compte par exemple parmi les dispositifs institutionnels des services d'hospitalisation à long terme en Fédération de Russie et en Nouvelle-Zélande ou encore des établissements résidentiels et des maisons de repos en Géorgie, en Hongrie et en Serbie. Sachant que les personnes âgées préfèrent souvent bénéficier des services de soins de longue durée à domicile et qu'ils sont alors beaucoup moins coûteux que les soins assurés en milieu institutionnel, les pays accordent désormais la priorité à la mise en œuvre de programmes d'appui aux services de soins à domicile. Par ailleurs, bon nombre d'États Membres assurent la prise en charge des soins de longue durée par le biais de la fourniture de tout un ensemble de services publics, d'infrastructures, d'allocations directes et de prestations sociales¹³.

12. Les soins de longue durée ne sauraient se concevoir isolément. Ils sont au contraire étroitement liés à divers domaines d'action des pouvoirs publics, ce qui présente un défi complexe en matière de conception et de mise en œuvre des politiques pour les États Membres qui poursuivent des objectifs dans ce domaine¹⁴. Il convient, pour assurer des soins de longue durée de qualité et abordables, de procéder à l'analyse des aspects sociaux de la prise en charge des personnes âgées. Les sections III à VI du présent rapport sont consacrées aux tendances, aux déterminants et aux incidences liés à la prise en charge qui sont souvent négligés dans le cadre des travaux menés sur le sujet, mais aussi aux liens avec le travail décent, le travail non rémunéré, le statut migratoire des prestataires de soins, ainsi que les aspects sexospécifiques liés ces activités.

III. Prestations de soins et travail décent

13. L'un des buts essentiels du Programme 2030 et des objectifs de développement durable consiste à assurer un travail décent pour tous. Il convient d'encourager en soi un travail sûr, productif et épanouissant et qui offre par ailleurs un revenu correct et des perspectives d'évolution, mais aussi dans d'autres buts tels qu'une pleine participation à la vie de la société, une croissance économique inclusive et durable, l'autonomisation et l'intégration économique — en particulier pour les groupes vulnérables — ainsi que la prospérité et la sécurité pour tous. L'objectif de développement durable n° 8 invite expressément les gouvernements à promouvoir « le plein emploi productif et un travail décent pour tous » et à « défendre les droits des travailleurs, promouvoir la sécurité sur le lieu de travail et assurer la protection de tous les travailleurs, y compris les migrants, en particulier les femmes, et ceux qui ont un emploi précaire ». Les efforts déployés pour atteindre les objectifs du programme n'aboutiront que s'il est tenu compte de l'insuffisance de l'offre de travail décent pour

¹¹ Les prises en charge temporaires offrent aux personnes qui assurent l'essentiel des soins la possibilité de bénéficier d'une période de répit.

¹² Contributions des États Membres en réponse aux questions sur les soins palliatifs et de longue durée dans le cadre de la neuvième session du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement, tenue du 23 au 26 juillet 2018..

¹³ Ibid.

¹⁴ Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD), *Policy Innovations for Transformative Change: Implementing the 2030 Agenda for Sustainable Development* (Genève, 2016).

les millions de personnes qui assurent des soins à des personnes âgées toujours plus nombreuses à travers le monde. Faire en sorte que les prestations de soins rémunérées consistent en un travail décent permettra également d'améliorer le bien-être des personnes âgées qui en bénéficient, sachant qu'il est prouvé que les salaires et les conditions de travail des prestataires de soins ont une incidence directe sur la qualité des soins dispensés¹⁵.

14. Comme indiqué précédemment, le vieillissement de la population observé dans toutes les régions implique des besoins toujours plus importants en matière de prestataires de soins de santé. Le domaine de la prestation de soins, jusqu'à présent essentiellement axé sur les soins infantiles, est amené à être de plus en plus orienté vers les personnes âgées. L'OIT a fait remarquer à cet égard en 2015 que les activités de soins et l'économie verte sont reconnues comme étant deux secteurs potentiellement créateurs d'emplois, dans tous les pays¹⁶. La prestation de soins de longue durée compte parmi les secteurs les plus dynamiques grâce à son potentiel de création d'emplois et de croissance économique. Les investissements en faveur de la qualité des emplois dans le secteur sont essentiels à la réalisation de ce potentiel.

15. En 2015, il manquait à travers le monde environ 13,6 millions de prestataires de soins de longue durée¹⁷. C'est dans la région Asie-Pacifique, où il manquait 8,2 millions de prestataires, que cette pénurie se faisait alors le plus sentir, alors qu'elle était la moins marquée en Afrique et en Amérique, avec respectivement un déficit de 1,5 et 1,6 million de prestataires. En Europe, ce déficit s'élevait à 2,3 millions de prestataires. Le nombre insuffisant de prestataires de soins témoigne du fait que les personnes âgées ne sont pas prises en compte dans le cadre des soins formels, ce qui représente un surcroît de travail pour les aidants familiaux non rémunérés ou conduit, dans certains cas, à des besoins non satisfaits en matière de soins.

16. Le marché du travail rémunéré dans le domaine des soins comprend un large éventail de professionnels, des travailleurs domestiques au personnel infirmier, en passant par d'autres professionnels de santé tels que les physiothérapeutes et les ergothérapeutes ou encore les géiatres. Ces derniers interviennent à domicile ou en milieu institutionnel, à savoir dans des centres de soins journaliers, des maisons de retraite, des hôpitaux communautaires et de court séjour et des résidences pour personnes âgées hospitalisées. Il existe de grandes différences entre les niveaux de compétences, de salaires et d'indemnités. Dans les pays de l'OCDE, près de 70 % des prestataires de soins assurent des soins d'hygiène corporelle, pour lesquels aucune norme ou qualification minimale n'est obligatoire dans bien des pays¹⁸, tandis que les 30 % restants sont des professionnels dotés d'un certain nombre d'années de formation minimum.

17. Comme dans le cas des soins assurés par des proches, les soins rémunérés sont en grande partie dispensés par des femmes — souvent des migrantes — et sont communément considérés comme leur étant réservés. Par rapport à d'autres professions, les activités de soins sont en général dévalorisées et peu considérées au sein de la société. Les prestations rémunérées dans le secteur des soins ne garantissent

¹⁵ Nancy Folbre, « Demanding quality: worker/consumer coalitions and 'high road' strategies in the care sector », *Politics and Society*, vol. 34, n° 1 (2006) ; Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), *Analyse de la littérature : Le personnel d'éducation et protection de la petite enfance (EPPE) dans les pays à revenu faible et moyen* (Paris, 2015).

¹⁶ OIT, *Rapport du Directeur général sur l'Initiative du centenaire sur l'avenir du travail*, Conférence internationale du Travail, 104^e session, 2015 (ILC.104/DG/I) (Genève, 2015).

¹⁷ Scheil-Adlung, *loc. cit.*

¹⁸ Commission européenne et Comité de la protection sociale, *Adequate Social Protection for Long-term Care Needs in an Ageing Society* (Luxembourg, 2014).

en général à ceux et celles qui les assurent qu'un faible niveau de salaire, peu de sécurité de l'emploi, de piètres conditions de travail et peu ou pas d'avantages sociaux. Outre un niveau de qualification requis faible ou négligeable pour accéder à bon nombre d'emplois dans le domaine des soins, les possibilités de formation sont par ailleurs limitées ou inexistantes, ce qui s'oppose encore davantage aux perspectives d'évolution dans le secteur. Les prestataires sont tout particulièrement mal formés en ce qui concerne les droits des bénéficiaires et leur dignité. Il arrive aussi que les prestataires de soins fassent l'objet de violences verbales et physiques, de harcèlement sexuel et de discriminations de la part des bénéficiaires ou de leurs proches¹.

18. Les prestataires de soins sont bien souvent sous-payés, même par rapport à d'autres professions dont les membres ont des compétences, un niveau d'éducation et une expérience similaires, ce qu'il est désormais convenu d'appeler le « désavantage du secteur des soins »¹⁹. Le déficit salarial y est attribué à la discrimination professionnelle à caractère sexiste, bien que le problème demeure après en avoir tenu compte²⁰ et qu'il s'avère encore plus marqué en cas de forte inégalité des revenus et de faible activité syndicale, mais aussi lorsque les secteurs publics sont restreints et que les dépenses publiques consacrées aux soins sont peu importantes²¹.

19. Ces caractéristiques des activités de soins, auxquels s'ajoutent un nombre d'heures de travail élevé, des horaires de travail en rotation et un manque de reconnaissance, participent à la faible attractivité des postes de prestations de soins de longue durée ainsi qu'à de forts taux de roulement et à un manque de motivation chez les personnes qui les occupent. Certaines mesures sont cependant envisageables afin d'améliorer les conditions de travail dans le domaine des soins ainsi que le statut dont jouit le secteur. En Nouvelle-Zélande, par exemple, la rémunération des prestataires de santé a été nettement revalorisée par le biais d'une entente d'équité salariale qui a permis une meilleure valorisation du secteur et du rôle de ses intervenants²².

20. Bien souvent, les prestations de soins rémunérées ne sont pas réglementées, surtout dans les pays en développement, dont bon nombre ont cru voir un modèle de croissance dans les activités de soins privés et bénévoles. Quel que soit le pays, l'absence de réglementations, leur inadéquation ou leur mauvaise application, risque de porter atteinte au travail décent ou aux perspectives en la matière, ainsi qu'à la qualité des soins, tout en exposant davantage les personnes âgées aux mauvais traitements. Il s'avère que le fait de réglementer efficacement les prestations de soins facilite les relations entre les prestataires de soins et les bénéficiaires, ce qui minimise les risques de découragement du personnel et de renouvellement des intervenants. Les réglementations assurent également aux prestataires de soins de meilleures chances de bénéficier de formations adaptées aux besoins et aux préférences des personnes âgées²³.

21. Deux des trois domaines d'actions recensés par l'OMS en faveur des systèmes de soins de longue durée accordent une large place au travail décent en faveur des prestataires de soins²⁴. Ces domaines portent sur le renforcement des capacités des

¹⁹ Paula England, Michelle Budig et Nancy Folbre, « Wages of virtue: the relative pay of care work », *Social Problems*, vol. 49, n° 4 (novembre 2002).

²⁰ Michelle J. Budig et Joya Misra, « Les emplois dans les services d'aide à la personne financièrement pénalisés ? Une perspective internationale », *Revue internationale du Travail*, vol. 149, n° 4 (2010).

²¹ Shahrz Razavi et Silke Staab, « Des travailleurs exploités : une perspective internationale sur les emplois dans les services à autrui », *Revue internationale du Travail*, vol. 149, n° 4 (2010) ; Budig et Misra, *loc cit.*

²² Contributions de la Nouvelle-Zélande dans le cadre de la neuvième session du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement, tenue du 23 au 26 juillet 2018.

²³ Razavi et Staab, *loc. cit.*

²⁴ La mise au point et le perfectionnement continu des infrastructures dédiées aux soins de longue

professionnels du secteur, par exemple par le biais de la formation et des perspectives d'évolution de carrière, ainsi que sur l'amélioration de la qualité des soins dispensés, notamment par l'établissement de normes minimales et l'agrément des intervenants²⁵. Ils reflètent par ailleurs étroitement les préoccupations de bon nombre d'États Membres au sujet du respect des droits des personnes âgées. Le manque de prestataires de soins qualifiés et les besoins en matière de formation, tout comme la nécessité de favoriser le maintien à domicile, constituent des priorités pour les gouvernements. La Fédération de Russie estime par ailleurs que l'absence d'un système uniformisé en matière de formation et de perfectionnement des professionnels des soins de longue durée pose problème²⁶.

22. À l'échelle mondiale, les dépenses publiques en faveur des soins de longue durée sont en général assez faibles puisqu'elles s'élèvent en moyenne à moins de 1 % du PIB²⁷. Des investissements plus conséquents seront nécessaires, non seulement pour faire face à l'augmentation du nombre et de la proportion de personnes âgées, mais aussi pour offrir une meilleure formation et un meilleur accompagnement aux prestataires de soins. En revanche, les réductions des dépenses publiques sont susceptibles d'avoir un effet préjudiciable sur la création d'emplois dans le secteur des soins et sur leur qualité et, par conséquent, sur l'accès aux soins et la qualité des prestations. Les mesures d'austérité, comme les baisses des pensions d'invalidité ou des allocations de soins de longue durée risquent de conduire à des listes d'attente plus importantes pour l'obtention de prestations et de services, mais aussi à des réductions de personnel et des heures de travail, des baisses de salaire, ainsi qu'à davantage de contrats de courte durée pour les prestataires.

23. Différentes mesures peuvent être prises pour renforcer la qualité des emplois dans le domaine des soins et, par conséquent, la qualité des soins eux-mêmes. Il est essentiel avant tout que les pouvoirs publics reconnaissent les travailleurs domestiques et les prestataires de soins comme des travailleurs protégés au titre de la législation nationale du travail, ce qui n'est toujours pas le cas dans certains pays. Il est possible par le biais de normes nationales en matière de formation de définir les aptitudes et les compétences de base requises pour les prestations de soins, lesquelles peuvent être définies au moyen de la mise sur pied et du perfectionnement d'établissements réglementés offrant différents niveaux de formation et de certification afin de permettre les évolutions de carrière²⁸. Il est par ailleurs possible d'améliorer les conditions de travail en souscrivant aux normes de travail internationales et en veillant à respecter la législation nationale du travail. Il convient de mentionner plus spécifiquement la Convention n° 189 de l'OIT de 2011 sur les travailleuses et travailleurs domestiques, qui est le premier instrument international prévoyant la protection et les droits des travailleurs domestiques, dont bon nombre dispensent des soins à des personnes âgées. Toutefois, au mois de juin 2018, la Convention n'a été ratifiée que par 25 pays seulement²⁹, même si dans un certain nombre de pays, des avancées dans le sens des objectifs de la Convention se produisent de façon plus rapide au niveau local. S'agissant du temps de travail, le fait de réduire la durée des services et d'adopter des modalités de travail flexibles est

durée constituent un autre domaine d'action à ne pas négliger.

²⁵ Contributions de l'Organisation mondiale de la Santé dans le cadre de la neuvième session du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement, tenue du 23 au 26 juillet 2018.

²⁶ Contributions de la Fédération de Russie dans le cadre de la neuvième session du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement, tenue du 23 au 26 juillet 2018.

²⁷ Scheil-Adlung, *loc. cit.*

²⁸ Thelma Kay, « Towards caregiving as decent work », article présenté dans le cadre de la réunion du groupe d'experts consacrée au thème de la prise en charge des personnes âgées et aux liens avec les questions du travail décent, de la migration et de l'égalité des femmes et des hommes, tenue à New York du 5 au 7 décembre 2017.

²⁹ OIT, *Ratifications de la Convention n° 189 sur les travailleuses et travailleurs domestiques*, 2011.

susceptible d'influer sur la motivation et le maintien en poste. Il convient par ailleurs de faire remarquer que les nouvelles technologies sont en mesure de contribuer au travail décent dans le domaine des prestations de soins, notamment en facilitant les tâches physiques et en permettant d'accéder plus facilement à l'apprentissage en ligne et aux renseignements concernant les droits des travailleurs et la mobilisation en la matière, tout en permettant une meilleure communication, notamment avec les proches des bénéficiaires.

24. Afin d'améliorer et d'uniformiser les salaires des prestataires de soins, il est possible d'établir des échelles salariales basées sur des évaluations systématiques des postes occupés³⁰. De meilleurs niveaux de salaire devraient être accessibles en fonction des responsabilités assumées, du perfectionnement des compétences ou du parcours professionnel. Lorsque les prestataires de soins ne sont pas en nombre suffisant, ce qui s'avère être tout particulièrement le cas dans le domaine des soins infirmiers, ils devraient pouvoir tirer profit du contexte de concurrence internationale et exiger de meilleurs niveaux de rémunération. Il convient également de remettre en question les stéréotypes en matière de prestations de soins, de façon à ce que le secteur soit tout aussi attrayant et accessible aux hommes qu'aux femmes et qu'il soit mieux considéré socialement.

25. L'accès à la protection sociale et au dialogue social est également constitutif du travail décent, sachant que de nombreux prestataires de soins travaillent dans un cadre informel et ne bénéficient pas de couverture sociale ou de la possibilité de se syndiquer. Il est possible d'améliorer la couverture sociale en l'inscrivant dans la législation nationale et en examinant divers modes de financement, comme les fonds souverains. Il convient que les prestataires de soins soient en mesure de participer à des actions collectives et aux concertations entre organisations d'employeurs et de travailleurs, qu'il s'agisse d'organismes et de comités professionnels ou de réseaux de travailleurs migrants. Le Syndicat national des employés de maison de la Trinité-et-Tobago, à titre d'exemple, s'emploie à faire mieux connaître les droits des travailleurs domestiques et les responsabilités des employeurs, facilite les négociations entre ses adhérents et les employeurs et a par ailleurs défendu avec succès devant les tribunaux des cas de violation de la législation sur le salaire minimum et la protection de la maternité. Le Syndicat a par ailleurs mis sur pied l'organisation Service Workers Centre Cooperative Society, laquelle assure à ses membres des contrats de travail (dont le modèle a été élaboré dans le cadre d'un processus tripartite) qui garantissent un salaire décent ainsi que l'accès à des services d'éducation et de formation continues, tout en facilitant le dépôt de plaintes¹.

IV. Prestations de soins non rémunérées

26. Si le Programme 2030 et les objectifs de développement durable accordent une attention particulière à la promotion du travail décent, la question des soins non rémunérés y est également expressément traitée. La cible 5.4 met l'accent sur les prestations de soins et le travail domestique non rémunérés et les Gouvernements y affirment qu'ils s'engagent à : « Faire une place aux soins et travaux domestiques non rémunérés et les valoriser, par l'apport de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale et la promotion du partage des responsabilités dans le ménage et la famille, en fonction du contexte national. » Sachant que la plupart des prestations de soins non rémunérées dans le monde sont assurées par des femmes, il convient de se pencher sur la dynamique sexospécifique à l'œuvre dans ce domaine et de s'employer à alléger la charge que représentent ces activités non rémunérées,

³⁰ Kay, *loc. cit.*

tout en accordant reconnaissance et soutien aux personnes qui choisissent de les accomplir de leur plein gré.

27. En règle générale, les soins dispensés aux personnes âgées sont assurés par des proches. La prise en charge des aînés constitue, dans une plus ou moins large mesure, une norme sociale dans la plupart des sociétés, où elle est considérée comme une responsabilité qui incombe aux familles plutôt qu'aux pouvoirs publics. Bon nombre de personnes âgées préfèrent d'ailleurs être prises en charge par des membres de leur famille dont elles se sentent proches. Le fait de s'appuyer trop systématiquement sur les familles pour dispenser aux personnes âgées qui en ont besoin des soins de qualité n'est toutefois pas sans risque.

28. De nombreuses idées reçues existent en matière de prise en charge familiale. On estime par exemple que les femmes sont toutes désignées pour assurer les soins, que les proches choisissent de leur plein gré d'assurer des soins non rémunérés — et ce dans toute la mesure requise par la situation du bénéficiaire —, qu'ils bénéficient des connaissances et des ressources voulues pour dispenser des soins de qualité, que toutes les personnes âgées ont des enfants ou d'autres proches pour prendre soin d'elles et que les aidants familiaux peuvent se permettre de se passer d'un travail rémunéré et de renoncer à d'autres responsabilités ou à d'autres ambitions pour prodiguer les soins requis. De fait, la législation de certains États Membres prévoit qu'il incombe aux enfants ou autres proches d'assurer la prise en charge de leurs parents âgés. Dans bien des cas, ces présupposés ne correspondent pas vraiment à la situation des familles.

29. Compte tenu de l'évolution démographique témoignant d'un nombre et d'une proportion de personnes âgées en augmentation au sein des populations et du manque de systèmes de soins de longue durée observé dans bien des pays, il est fort probable que la prestation de soins aux personnes âgées soit amenée à représenter une charge de plus en plus lourde pour les familles. Même si l'Europe et l'Amérique du Nord sont pour le moment les régions les plus concernées par le vieillissement de la population, c'est dans les pays en développement que le phénomène progresse le plus³¹. Par conséquent, même dans les sociétés qui comptent un grand nombre de prestataires de soins potentiels (parmi les jeunes et les adultes) pour chaque personne âgée susceptible d'en avoir besoin, le rapport entre les deux est appelé à se resserrer. C'est d'ores et déjà dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire que les besoins en matière de prestations de soins sont les plus importants, ce qui s'explique notamment par le manque de ressources pour mettre en place et faire évoluer des systèmes de soins de longue durée, par les priorités concurrentes en matière de politiques, par les lacunes des systèmes de santé publique et par l'impact disproportionné des maladies non transmissibles dans ces pays, ce qui rendra en conséquence l'élaboration et le renforcement des systèmes et des stratégies de soins de plus en plus urgents au fil du temps, en particulier dans les pays en développement.

30. Dans l'ensemble des pays du monde, l'attribution des responsabilités liées aux soins au sein des familles n'est pas aléatoire. En moyenne, le temps passé par les femmes à assurer des soins est presque trois fois supérieur au temps qu'y consacrent les hommes³². Les disparités entre les femmes et les hommes en matière de soins, pour ce qui est de les assurer comme d'en bénéficier, peuvent en partie s'expliquer par le fait que les femmes ont en général une espérance de vie plus longue et qu'elles épousent des hommes plus âgés qu'elles. Néanmoins, que ce soit par affection, par devoir ou par nécessité, les soins sont bien souvent assumés par les filles, les épouses, les belles-filles et les petites-filles, parfois avec l'aide d'amies ou de voisines. Il arrive

³¹ Organisation des Nations Unies, *World Population Ageing 2017* (New York, 2017).

³² Organisation des Nations Unies, Division de statistique, Base de données mondiale relative aux indicateurs de suivi des objectifs de développement durable.

aussi que les responsabilités liées aux soins soient transmises par la manipulation ou la contrainte à certaines femmes, notamment aux jeunes femmes de la famille dotées d'un statut inférieur, par des parents plus âgés, qui sont elles-mêmes souvent des femmes³³. En somme, les femmes font bien souvent l'objet de stéréotypes sexistes bien ancrés qui veulent qu'elles aient une inclination et des capacités inhérentes pour les prestations de soins, alors même que cette activité n'est pas considérée comme un travail.

31. Cela étant, les femmes âgées de tous les pays sont plus susceptibles que leurs homologues masculins de vivre seules — 17,6 % contre 8,7 % —, ce qui les rend moins susceptibles de recevoir des soins ou de bénéficier d'un appui financier de la part d'autrui³⁴. Les tendances observées en milieu institutionnel parmi les personnes âgées de 80 ans et plus indiquent que les femmes de tous les groupes d'âge sont davantage susceptibles que les hommes de dispenser des soins aux personnes âgées, alors qu'elles ont moins de chances que les hommes d'en bénéficier au cours de leurs vieux jours³⁵.

32. Au niveau national, l'accès aux prestations de soins et leur ampleur dépendent tout particulièrement de la structure et de la composition de la famille, du niveau de ressources, de la disponibilité d'infrastructures permettant de répondre aux besoins des ménages (comme l'eau et l'assainissement) et de l'accès aux services sociaux et sanitaires³⁶. En conséquence, l'évolution de la structure des familles elles-mêmes pose aussi problème, notamment compte tenu du déclin de la famille traditionnelle élargie, qui cède de plus en plus la place aux ménages nucléaires, ce qui réduit la probabilité qu'un membre de la famille soit disponible sur place pour dispenser des soins non rémunérés. La baisse de la fécondité et l'accroissement de la mobilité dû à l'urbanisation et à l'émigration ont également entraîné une réduction de la taille des ménages. De plus, la participation croissante des femmes au marché du travail pèse sur leur rôle « traditionnel » d'aidants familiaux. Parallèlement à ces tendances, on observe une tension constante entre les diverses modalités de prise en charge, à savoir les soins familiaux et les services de soins publics, privés ou bénévoles. Lorsque l'une d'entre elles est limitée, par exemple en raison de coupes budgétaires ou du manque d'intervenants, les autres doivent compenser, et ce sont bien souvent les familles qui assument la plus grande part de cette responsabilité. Dans leurs contributions à la neuvième session du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement, bon nombre de gouvernements et d'organisations non gouvernementales ont indiqué que l'évolution de la structure des ménages représentait un obstacle à l'accès des personnes âgées aux soins³⁷. Les personnes âgées comme les familles doivent cependant avoir le choix de bénéficier d'une prise en charge ou d'en assurer une.

33. Comme les soins assurés par des proches ne sont pas rémunérés et ne sont donc pas pris en compte dans le PIB ou les enquêtes sur la population active, ces prestations passent inaperçues et ne sont pas appréciées à leur juste valeur, alors même qu'elles sont conciliables avec n'importe quelle autre activité. Il convient de faire remarquer que la prestation de soins est une activité unique en son genre qu'aucune méthode

³³ Peter Lloyd-Sherlock, « Unpaid family care for older people in low and middle income countries », article présenté dans le cadre de la réunion du groupe d'experts sur le thème de la prise en charge des personnes âgées et les liens avec les questions du travail décent, de la migration et de l'égalité des femmes et des hommes, tenue à New York du 5 au 7 décembre 2017.

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid.

³⁶ Shahra Razavi, « Long-term care for older people: the role of unpaid care work », article présenté dans le cadre de la réunion du groupe d'experts de l'ONU sur le thème de la prise en charge des personnes âgées et les liens avec les questions du travail décent, de la migration et de l'égalité des femmes et des hommes le thème, tenue à New York du 5 au 7 décembre 2017.

³⁷ Contributions des États Membres dans le cadre de la neuvième session du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement, tenue du 23 au 26 juillet 2018.

infaillible ne permet de valoriser. Des efforts sont toutefois accomplis en vue de les évaluer et d'estimer leur valeur sur le plan économique, notamment au moyen d'enquêtes sur les budgets-temps, de façon à ce que ce travail gagne en visibilité et qu'il soit considéré comme digne d'intérêt et de soutien. Il a par exemple été estimé au Royaume-Uni que le temps consacré sur l'année 2014 aux soins dispensés aux adultes par des aidants familiaux non rémunérés aurait représenté plus de 70 milliards de dollars s'il avait été valorisé aux taux de base du marché³⁸.

34. Outre ce manque de reconnaissance, les aidants familiaux sont souvent contraints d'assumer de multiples responsabilités, comme s'occuper d'enfants à charge et de parents âgés — dont certains ont parfois besoin de soins intensifs —, effectuer les tâches ménagères et gérer le budget du ménage, tout en se consacrant à des activités génératrices de revenus. Par ailleurs, les aidants familiaux, lorsqu'ils sont débordés, risquent d'assurer des soins médiocres. Il existe aussi des cas où des personnes acceptent de prendre en charge des proches par intérêt personnel, afin de bénéficier de leurs pensions ou autres ressources.

35. Le manque de formation adaptée aux besoins des bénéficiaires de soins et l'accompagnement insuffisant dont bénéficient les aidants familiaux empêchent aussi bien souvent d'assurer aux personnes âgées des soins familiaux de qualité. Les aidants familiaux n'ont pas toujours les compétences et les connaissances voulues pour assurer le bien-être des personnes âgées dont ils s'occupent. On observe bien souvent un réel manque de connaissances au sujet des soins ou du processus de vieillissement et de son évolution, de la diminution des facultés ou de ce en quoi consistent vraiment les prestations, et les aidants familiaux ne savent pas toujours à qui faire appel pour obtenir l'aide et les renseignements dont ils ont besoin ou comment s'y prendre pour évaluer et améliorer la qualité des soins³⁹. La Fédération de Russie, par exemple, estime que les aidants familiaux ne sont pas suffisamment informés au sujet des possibilités d'assistance qui existent⁴⁰. Les initiatives telles que celle du 10/66 Dementia Research Group intitulée « Helping Carers to Care » s'efforcent d'améliorer les soins prodigués aux personnes atteintes de démence dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire⁴¹. Cette initiative s'emploie tout particulièrement à assurer l'éducation de base et la formation des professionnels de santé des collectivités et des aidants familiaux. Des essais contrôlés randomisés menés dans neuf pays ont permis de constater une amélioration de la situation des soignants, notamment en ce qui concerne la charge de travail.

36. Les aidants familiaux non rémunérés souffrent parfois eux-mêmes d'une perte de leurs capacités physiques et cognitives, tout particulièrement lorsque les personnes dont elles s'occupent ont des besoins importants et complexes en matière de soins⁴². De plus, les aidants familiaux non rémunérés sont souvent confrontés à des difficultés économiques, sachant qu'ils sont contraints d'avancer les frais de soins et qu'ils réduisent leurs heures de travail rémunérées ou quittent le marché du travail pour assumer ces responsabilités, ce qui ne facilite pas la reprise d'une activité après un certain temps. Les soins familiaux entraînent pour toutes ces raisons d'importants coûts d'opportunité en termes de perte de salaire, de temps et de ce qui aurait pu être accompli dans le cadre d'un emploi rémunéré, tout en garantissant des perspectives de carrière et de formation, sans oublier le temps libre sacrifié, alors que cet aspect

³⁸ Peter Lloyd-Sherlock, « Long-term care for older people: a new global gender priority », Note de politique n° 9 (New York, ONU-Femmes, 2017).

³⁹ Peter Lloyd-Sherlock, « Unpaid family care for older people ... ».

⁴⁰ Contributions de la Fédération de Russie dans le cadre de la neuvième session du Groupe de travail à composition non limitée sur le vieillissement, tenue du 23 au 26 juillet 2018.

⁴¹ Voir l'initiative de l'organisation Alzheimer's Disease International intitulée *Helping Carers to Care*.

⁴² Peter Lloyd-Sherlock, « Unpaid family care for older people ... ».

s'avère crucial pour le bien-être personnel des personnes âgées et la qualité des soins qui leur sont dispensés. Aux États-Unis d'Amérique, on estime que les aidants familiaux âgés de 50 ans et plus qui abandonnent le marché du travail pour s'occuper d'un proche renoncent en moyenne à près de 304 000 dollars en termes de salaire et d'avantages sociaux au cours de leur vie⁴³. De plus, on estime que les entreprises subissent à cause des aidants familiaux qui occupent un emploi à temps plein des pertes de productivité de 33,6 milliards de dollars par an en raison des absences et du nombre limité d'heures de travail.

37. Il convient de faire davantage en faveur des aidants familiaux afin d'améliorer les soins dispensés aux personnes âgées et d'assurer à ceux qui les prodiguent de meilleures conditions de vie. Les programmes d'appui existants — qui sont le plus souvent de faible envergure, ne bénéficient que de ressources limitées et ne s'adressent en général qu'aux femmes — méritent davantage d'investissements et doivent être étendus à tous, y compris aux hommes. L'absence ou l'insuffisance de soutien aux aidants familiaux peut à terme s'avérer plus coûteuse que la fourniture d'un tel soutien au cas par cas, compte tenu des pertes de capacités des personnes âgées et des hospitalisations qui pourraient résulter de soins médiocres ou inadaptés.

38. Il convient que les mesures prises par les pouvoirs publics consistent à prendre en compte, à limiter et à redistribuer les soins non rémunérés, tout en assurant aux aidants familiaux, entre autres avantages, des allocations visant à compenser en partie la perte de salaire subie ; des équipements permettant de gagner du temps et de réduire la charge de travail ; des prises en charge temporaires (souvent indispensables) ; des stages de formation et des documents d'information en faveur du renforcement des capacités ; l'incitation à l'octroi de congés payés pour les hommes et les femmes de la part de leurs employeurs ; la mise en place et le développement de systèmes formels et intégrés de soins de longue durée permettant de fournir en permanence de soins à domicile et dans les centres d'accueil de jour et les établissements résidentiels ainsi que des régimes d'assurance de soins de longue durée garantissant des services de soins formels plus accessibles et moins coûteux. Il conviendrait idéalement que le domaine des soins bénéficie d'une prise en charge intégrale et de tout un ensemble de services et d'aides. La prestation de services de soins aux personnes âgées sans contrepartie financière peut, par exemple, être préférée aux services rémunérés en vue de réduire les risques d'exploitation financière. En République de Corée, le régime d'assurance des soins de longue durée a permis de réduire la charge de travail des aidants familiaux non rémunérés en améliorant l'accès aux services de soins à domicile et en réduisant les versements directs⁴⁴.

V. Prestations de soins assurées par des travailleurs migrants

39. La qualité des soins dispensés aux personnes âgées repose de plus en plus sur la qualité des conditions de travail accordées aux travailleurs migrants, dont bon nombre évoluent dans le domaine du travail domestique. Les travailleurs domestiques, qui sont en majorité des femmes, constituent une large part de la population active informelle à travers le monde. Ils interviennent à domicile, se chargent du ménage, de la cuisine et s'occupent des différents membres de famille, notamment des personnes âgées. Ils peuvent être employés à plein temps ou à mi-temps, par une seule ou par plusieurs familles, et résider soit chez leurs employés, soit à leur propre domicile. L'OIT estime qu'il y a 67,1 millions de travailleurs domestiques dans le monde. Lorsqu'ils quittent leur pays pour travailler dans un pays dont ils n'ont pas la

⁴³ Lynn Feinberg et Rita Choula, « Understanding the impact of family caregiving on work », AARP Public Policy Institute, Fiche d'information n° 271 (octobre 2012).

⁴⁴ Scheil-Adlung, *loc. cit.*

nationalité, on les qualifie de travailleurs migrants. Près d'un travailleur domestique sur six dans le monde est un migrant international. En 2015, les 11,5 millions de travailleurs domestiques migrants représentaient 17,2 % de l'ensemble des travailleurs domestiques et 7,7 % de l'ensemble des travailleurs migrants⁴⁵. Le travail domestique concerne essentiellement les femmes, qui représentent 73,4 % des travailleurs domestiques migrants dans le monde⁴⁶.

40. Le nombre de travailleurs domestiques migrants ne cesse d'augmenter dans bon nombre de pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire en raison de la demande croissante en faveur de prestataires de soins de longue durée. La croissance de la migration liée à la prestation de soins est alimentée à la fois par des facteurs liés à l'offre et à la demande. La pauvreté, la médiocrité de l'éducation et la rareté des moyens de subsistance dans les pays d'origine sont les principales raisons qui poussent les migrants à travailler en tant que domestiques dans les pays plus développés, dans lesquels ils se rendent en quête d'une vie meilleure pour eux-mêmes et leur famille¹. Un certain nombre de facteurs dans les pays de destination participent également à l'augmentation de la demande en matière de soins en faveur des personnes âgées, notamment le vieillissement de la population, l'enrichissement et l'augmentation du niveau de vie, la présence accrue des femmes sur le marché du travail et la raréfaction des foyers multigénérationnels, qui facilitent la prestation de soins à domicile par les proches. Ces tendances, auxquelles s'ajoutent le sous-financement des systèmes de soins formels — qui conduit à orienter les besoins vers la prestation de soins par les proches au détriment des soins dispensés en milieu institutionnel — ainsi que le manque de personnel de soins et de santé dans les établissements, contribuent au fait que les besoins en matière de soins dans bon nombre de pays à revenu élevé et intermédiaire sont de plus en plus souvent satisfaits par des travailleurs domestiques migrants⁴⁷. Ces derniers fournissent aux pays qui les accueillent des services indispensables et contribuent de façon cruciale à combler les carences dans le domaine des soins.

41. Ce phénomène a conduit à la mise en place d'une filière de travail mondiale dans le domaine des prestations de soins dont les impacts économiques et sociaux concernent à la fois les pays d'origine et les pays de destination. Différents types de migration motivée par la prestation de soins ont vu le jour en fonction des différents modèles de prestations et de financement. À titre d'exemple, les pays d'Europe occidentale, qui connaissent une augmentation du nombre de personnes âgées et des pénuries d'emploi dans le secteur des soins, ont mis au point des politiques nationales et pris des mesures pour renforcer le recrutement de prestataires de soins issus d'un certain nombre de pays d'Europe centrale et orientale⁴⁸ ayant intégré l'Union européenne en 2004. Cette mobilité professionnelle est appuyée par la liberté de circulation des travailleurs, les partenariats bilatéraux au sein de l'Union européenne et la reconnaissance mutuelle des qualifications formelles en matière de soins. L'existence d'allocations directes en faveur des personnes âgées a permis de créer des emplois à bas salaires dans le secteur des soins informels, ce qui a entraîné au sein de ce dernier l'émergence d'un segment crucial, semi-réglementé, mais politiquement et socialement accepté. Certains États membres, comme l'Autriche, l'Italie et l'Espagne, se sont efforcés de réglementer l'emploi des travailleurs domestiques migrants en le reconnaissant dans leurs législations nationales et en adoptant des normes minimales

⁴⁵ OIT, *Qui sont les travailleurs domestiques*

⁴⁶ ONU-femmes, *Les travailleuses et travailleurs domestiques migrants – Ce que chacun devrait savoir*, infographie, 9 septembre 2016.

⁴⁷ OIT, « Migrant domestic workers », Fiche d'information sur les faits marquants en matière de migration de main d'œuvre n° 3 (Genève, OIT, 2015).

⁴⁸ L'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la Slovaquie, la Slovénie et la République tchèque.

concernant notamment la réglementation du temps de travail, les conditions de vie et l'accès à la sécurité sociale⁴⁹.

42. Il est également de plus en plus courant de confier la prestation des soins à des intervenants rémunérés en Asie orientale⁵⁰, où la plupart des familles ne sont plus en mesure d'assurer seules et intégralement la prise en charge de leurs aînés en raison des changements socioéconomiques intervenus ces dernières décennies. Diverses approches en matière de prestation de soins ont par conséquent été adoptées à l'échelle des pays et des territoires, lesquelles ont à leur tour guidé les politiques nationales et régionales, ce qui a eu une influence directe sur le recours aux travailleurs domestiques migrants et les mouvements migratoires. Le régime d'assurance pour les soins de longue durée mis en place au Japon et en République de Corée, par exemple, a convaincu la population de l'intérêt que présente l'accès au système formel de soins, avec tout de même une préférence accordée aux soins dispensés par des proches plutôt que par des travailleurs domestiques. L'adoption de réglementations et d'accords a permis de formaliser les prestations de soins et de limiter l'essor de filières privées en exigeant des travailleurs domestiques migrants qu'ils passent un examen pour obtenir un permis de résidence temporaire et en instituant des salaires et des avantages sociaux similaires à ceux des prestataires de soins nationaux. En revanche, Singapour, la Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine) et la Province chinoise de Taïwan ont mis sur pied des filières d'immigration spéciales pour les travailleurs domestiques et les prestataires de soins étrangers, caractérisées par une nette prédilection pour les travailleurs logés chez l'employeur et le recours au secteur privé dans le domaine des prestations de soins aux personnes âgées⁵¹.

43. Les politiques actuelles ne tiennent pas compte des différences de traitement dont font l'objet les prestataires de soins migrants. En dépit de leurs contributions, ils demeurent en effet au bas de l'échelle dans le domaine des soins et sont souvent contraints d'accepter de bas salaires, sans bénéficier de couverture sociale ou des autres garanties auxquelles ont droit les autres travailleurs du pays d'accueil. Certains pays sont par exemple dotés de systèmes de parrainage régissant le travail domestique, qui limitent la liberté de changer d'employeur, même en cas d'abus ou d'absence de rémunération⁵². Dans d'autres cas, même si les travailleurs domestiques migrants bénéficient de contrats types juridiquement contraignants dans lesquels sont énoncés leurs droits et obligations, ces derniers ne prévoient pas toujours de clauses liées au droit à la libre circulation, à un logement convenable et à des conditions de vie décentes, à l'accès aux soins de santé, à une journée complète de repos, à la possession de documents de voyage et d'identité ou à l'accès à la justice et à des mécanismes de recours efficaces¹. En raison de leur statut de migrant et du fait qu'ils évoluent dans la sphère privée des ménages, les travailleurs domestiques migrants sont également exposés de manière disproportionnée à la violence sexuelle et sexiste. L'absence de contrôles et l'impossibilité d'évaluer leurs conditions de travail dans ce cadre privé

⁴⁹ Agnieszka Sowa-Kofta, *Central and Eastern European countries in the migrant care chain*, Note d'information préparée dans le cadre de la réunion du groupe d'experts sur la prise en charge des personnes âgées et les liens avec les questions du travail décent, de la migration et de l'égalité des femmes et des hommes, tenue à New York du 5 au 7 décembre 2017.

⁵⁰ Région définie par un chercheur comme étant constituée de la Chine (y compris la Province chinoise de Taïwan et les régions administratives spéciales de Hong Kong et de Macao), du Japon, de la Mongolie, de la République de Corée et de la République populaire démocratique de Corée ; voir Ito Peng, *Elderly care work and migration: East and Southeast Asian contexts*, Note d'information préparée dans le cadre de la réunion du groupe d'experts sur la prise en charge des personnes âgées et les liens avec les questions du travail décent, de la migration et de l'égalité des femmes et des hommes, tenue à New York du 5 au 7 décembre 2017.

⁵¹ Ibid.

⁵² OIT, *Employer-Migrant Worker Relationships in the Middle East: Exploring scope for internal labour market mobility and fair migration* (Beyrouth, 2017).

sont en effet propices aux violations des droits fondamentaux. Les faits observés dans l'Union européenne montrent que les conditions de travail des prestataires de soins migrants varient en fonction des structures et des réglementations nationales applicables au secteur. Ainsi, dans les cas où les soins de longue durée sont uniquement assurés par le biais de prestations de services, les travailleurs migrants sont couverts par les lois nationales de protection sociale et les réglementations du travail. En revanche, dans d'autres cas, en raison de l'existence d'allocations directes en faveur des bénéficiaires des soins, un secteur de soins semi-formel a vu le jour, caractérisé par des contrats transfrontaliers et peu ou pas de réglementation ou de protection des travailleurs, de façon à obtenir des services à moindre coût⁵³. Selon les données de l'OIT, les travailleurs domestiques constituent l'un des groupes les plus vulnérables au regard des législations nationales du travail et pâtissent d'un manque de suivi de l'application des lois, lorsqu'elles existent⁵⁴.

44. Il est nécessaire que les décideurs abordent la question des responsabilités des pays d'accueil comme des pays d'origine en ce qui concerne le bien-être des prestataires de soins migrants à mesure qu'ils vieillissent, ce qui implique d'assurer une protection sociale adéquate ainsi que l'accès aux services de soins de santé voulus. Si aucune mesure n'est prise, la demande de travailleurs sociaux migrants risque de s'accompagner d'une détérioration encore plus prononcée des droits des migrants, sachant que le secteur informel se caractérise par un travail à bas coût et des salaires inférieurs à ceux imposés par les législations nationales. Il est également nécessaire que les décideurs concilient les droits des prestataires de soins et des personnes âgées qui en bénéficient afin de garantir que les droits fondamentaux des uns et des autres sont protégés et défendus de manière égale.

VI. Point sur l'avancement des questions relatives au vieillissement et sur la mise en œuvre du Programme 2030 au sein du système des Nations Unies

45. Le réseau informel d'organismes des Nations Unies intéressés a poursuivi ses activités de coopération et de partage de renseignements sur la question du vieillissement. La réunion du groupe d'experts consacrée à la prise en charge des personnes âgées et aux liens avec les questions du travail décent, de la migration et de l'égalité des femmes et des hommes a pu bénéficier des exposés et des contributions d'experts du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), d'ONU-Femmes et de l'OMS.

46. À sa quarante-neuvième session, en 2018, la Commission de statistique a convenu de mettre sur pied le « Groupe de Titchfield sur les statistiques du vieillissement de la population et les données ventilées par âge » afin d'examiner ces données sur une période de cinq ans⁵⁵. L'objectif général du Groupe d'étude consiste à mettre au point des outils et des méthodes normalisés permettant d'obtenir des statistiques sur le vieillissement et des données ventilées par âge, tout en encourageant les pays à faire de même en jouant un rôle moteur en matière d'élaboration et de communication de nouvelles normes et méthodologies.

⁵³ Alejandro Rada, « Migration of health-care workers from the new EU Member States to Germany: major trends, drivers and future perspective », Observatory for Sociopolitical Developments in Europe, Document de travail n° 14 (Francfort, octobre 2016).

⁵⁴ OIT, « Faire du travail décent une réalité pour les travailleurs domestiques migrants », Note d'information sur la politique relative au travail domestique n° 9 (Genève, OIT, 2015).

⁵⁵ E/2018/24-E/CN.3/2018/37, chap. I.B, décision 49/118.

47. ONU-Femmes a publié un document d'orientation intitulé « Long-term care for older people: a new global gender priority » (Les soins de longue durée pour les personnes âgées, une nouvelle priorité mondiale en matière d'égalité des sexes) et a fait figurer dans la publication *Turning Promises into Action: Gender equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development* un chapitre intitulé « Recognizing, reducing and redistributing unpaid care and domestic work » (Pour une meilleure reconnaissance, une réduction et une redistribution des soins et du travail domestique non rémunéré), lui aussi expressément consacré aux solutions adaptées aux personnes âgées. Étant donné que la soixante-troisième session de la Commission de la condition de la femme, qui doit se tenir en 2019, aura pour thème principal « les systèmes de protection sociale, l'accès aux services publics et les infrastructures durables au service de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes et des filles », le rapport du Secrétaire général sur le sujet portera également sur les pensions de retraite et les soins de longue durée.

48. L'OMS s'emploie pour sa part à mettre en œuvre la Stratégie et le plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé, adoptés par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2017. Il a également été demandé d'élaborer une proposition en faveur de la décennie pour le vieillissement et la santé (2020 à 2030) dans le cadre d'une collaboration intersectorielle alignée sur le Programme 2030, que les États Membres seront appelés à examiner courant 2019. L'ensemble du système des Nations Unies aura ainsi l'occasion d'œuvrer en faveur d'initiatives concrètes.

49. La Commission économique pour l'Europe a publié une note d'orientation sur le thème « Realizing the potential of living longer » (Profiter des perspectives offertes par l'allongement de la durée de vie), laquelle traite des avantages potentiels pour les sociétés d'un mode de vie sain, de « l'économie des séniors », de l'allongement de la vie professionnelle, du bénévolat et des soins informels.

VII. Conclusions et recommandations

51. **Il est évident que la demande en matière de soins de longue durée, rémunérés ou non, est appelée à croître à mesure que le nombre de personnes âgées augmentera. Il convient toutefois que le cadre institutionnel des soins, qui se caractérise en règle générale par l'interdépendance entre le marché, les États, le secteur associatif et la famille, s'accompagne de politiques permettant de mieux répondre à cette demande croissante par le biais d'un ensemble de mesures variées permettant notamment de renforcer les investissements, les réglementations et les services d'accompagnement. Du reste, toute réduction financière ou autre restriction dans le domaine des services de prise en charge a généralement pour effet d'entraîner soit une progression du travail non rémunéré des femmes, soit des besoins non satisfaits⁵⁶.**

52. **Il convient de toute évidence d'adopter une approche globale permettant de tenir compte des besoins croissants en matière de soins de longue durée de qualité et abordables, lesquels doivent être satisfaits au moyen de politiques globales en faveur des soins non rémunérés assurés bénévolement, le plus souvent par les membres féminins des familles, mais aussi par le biais de mesures garantissant que les prestations de soins rémunérées relèvent du travail décent, et ce pour les travailleurs nationaux comme pour les travailleurs migrants. Cela permettra d'améliorer les normes applicables dans le secteur, de faire participer pleinement les aidants familiaux non rémunérés au marché du travail et de rendre le**

⁵⁶ ONU-Femmes, *Traduire les promesses en actions : l'égalité des sexes dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030* (New York, 2018).

recrutement plus attractif dans le domaine des soins, ce qui stimulera par ailleurs la croissance du secteur.

53. Les États Membres sont invités à :

a) Garantir le droit aux soins de longue durée et à élaborer et mettre en œuvre des stratégies connexes qui tiennent compte des prestations non rémunérées, conformément à la stratégie et au plan d'action mondiaux de l'OMS sur le vieillissement et la santé ;

b) Accorder considération et soutien à la prestation rémunérée et non rémunérée de soins de longue durée en faveur des personnes âgées en tant que véritable activité régie par des dispositions spécifiques dans les lois, les politiques et les stratégies, conformément à la cible 5.4 des objectifs de développement durable ;

c) Renforcer l'élaboration, l'adoption et le respect des normes en matière d'agrément et de qualification, ainsi que dans le domaine de la certification des activités de soins rémunérées ;

d) Assurer la reconnaissance et la protection des droits de tous les prestataires de soins, y compris les migrants, conformément à la cible 8.8 des objectifs de développement durable ;

e) Veiller à ce que soient respectés dans le secteur des soins les critères de l'OIT en matière de travail décent, notamment en ce qui concerne les conditions de travail, les salaires, les protections et les avantages sociaux ;

f) Réduire la charge que représentent les activités de soins non rémunérées et leurs effets néfastes, qui concernent tout particulièrement les femmes, en s'attaquant aux stéréotypes liés au sexe et à l'âge et en encourageant le partage des responsabilités dans ce domaine, tout en facilitant l'accès aux prises en charge temporaires, aux services d'aide publics et à la protection sociale ;

g) Faire en sorte que les soins de longue durée soient perçus comme un investissement social et économique judicieux et une source de création d'emplois en les inscrivant dans le prisme du secteur des soins et des contributions au développement durable ;

h) Examiner la façon dont les organismes intergouvernementaux régionaux peuvent mettre au point des concepts et des normes dans le domaine des soins, en particulier pour les travailleurs migrants.