

## Chapitre 8

# Vers de nouvelles politiques de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle pour les aidants de parents dépendants ?

Denis Bouget, Chiara Saraceno et Slavina Spasova

### Introduction

La plupart des soins de longue durée aux personnes âgées sont encore fournis de façon informelle et non rémunérée, principalement par les conjoints et les enfants (OCDE 2011 ; Commission européenne 2016a). Comme l'a souligné le Rapport conjoint sur les soins de santé et les systèmes de soins de longue durée et leur viabilité budgétaire, de la Commission européenne (2016a : 190-191), les soins de longue durée fournis par la famille constituent un « secteur économique informel » estimé entre 50 et 90% du coût global de la prestation formelle de soins de longue durée (SLD) dans les pays de l'UE (Triantafyllou *et al.* 2010 ; Commission européenne 2016a)<sup>1</sup>. Le secteur informel joue donc partout un rôle important dans la fourniture de SLD. De plus, dans les pays qui sous-investissent en la matière, l'aide informelle au sein de la famille peut être la seule ou la principale forme de soins disponibles, en particulier pour les personnes et familles à faible revenu.

Les aidants familiaux de personnes fragiles sont très souvent des femmes (70 à 90%, selon les estimations de l'OCDE 2011) et leur capacité à exercer des fonctions de prise en charge est influencée à la fois par leur statut d'emploi et par les politiques de SLD disponibles dans leur pays (Schmid *et al.* 2012 ; Da Roit *et al.* 2015). Beaucoup de femmes qui prennent en charge l'aide sont déjà en dehors du marché du travail avant de commencer à s'occuper d'un membre de la famille dépendant. Ce statut « hors travail » de nombreux aidants familiaux (féminins) a d'ailleurs contribué à sous-estimer leurs besoins et à considérer leur disponibilité comme acquise. Pourtant, un nombre croissant d'aidants familiaux, féminins (comme c'est le cas pour l'essentiel) ou masculins, ont un emploi. Dans ce cas, leur besoin de soutien pour concilier les obligations familiales (souvent multiples) et pour faire face au stress émotionnel et parfois physique qu'induisent les demandes d'un adulte dépendant, est compliqué par les exigences de leur vie professionnelle. Leur situation peut être considérée, au moins en partie, comme un problème d'équilibre entre travail et vie privée.

Il existe d'importantes différences entre pays, à la fois en terme de nombre d'aidants familiaux qui travaillent, du niveau de soutien direct ou indirect pour concilier vie professionnelle et vie privée, ainsi que de la façon dont les politiques traitent les besoins

---

1. La valeur totale des soins familiaux non rémunérés varie entre 20% et 37% du PIB de l'UE (Gianelli *et al.* 2010 ; OCDE 2011 : 44).

– temps, revenu, fatigue, stress – des aidants eux-mêmes. Mais il existe également des tendances convergentes dans l'ensemble de l'UE, en raison des tendances démographiques et des préoccupations concernant la viabilité des soins de longue durée, tant pour les aidants familiaux que pour les budgets publics.

L'objectif principal des politiques de soins de longue durée telles qu'elles ont été développées dans les États membres de l'Union européenne (UE) a été de fournir des droits et des avantages sociaux adéquats aux personnes dépendantes<sup>2</sup>. Les décideurs ont accordé beaucoup moins d'attention au rôle et au bien-être des aidants familiaux : seuls quelques pays ont expressément adopté des dispositions ou des services spécifiques pour les soutenir. Cela s'explique par le fait que, historiquement, l'aide aux personnes dépendantes a été – et, dans de nombreux pays, demeure – une obligation familiale, accomplie principalement par les femmes, généralement sans aucune compensation directe. Les soins de longue durée ont donc constitué un programme de protection sociale invisible, c'est-à-dire une « une institution informelle de soins » non rémunérés. Les droits et les besoins sociaux des aidants familiaux ont été au mieux une préoccupation périphérique des systèmes de protection sociale, ce qui entraîne une faiblesse ou l'absence de services à leur égard. Bien qu'il existe beaucoup de recherches universitaires sur les aidants familiaux (par exemple, Brandt *et al.* 2009 ; Albertini 2016), leur présence à l'agenda des décideurs est relativement nouvelle. Ceux-ci sont de plus en plus préoccupés par la viabilité financière des soins de longue durée dans une société vieillissante tout en souhaitant soutenir les aidants familiaux actifs afin qu'ils puissent demeurer sur le marché du travail. La combinaison de ces deux préoccupations a parfois abouti à des propositions de politique quelque peu contradictoires. La désinstitutionnalisation des soins en faveur des aides à domicile et la réduction des services (comme le nettoyage de la maison, les achats) qui ne sont pas directement liés aux besoins corporels de la personne dépendante signifient que la famille et son réseau informel doivent être mobilisés pour fournir les services manquants. À l'inverse, la mise en place de ces services dans le cadre des politiques de conciliation travail-famille – le plus souvent réservés jusqu'à présent aux travailleurs ayant des enfants en bas âge – redéfinit les aidants familiaux comme des salariés rémunérés ayant des responsabilités familiales. Le soutien à la conciliation des deux devient donc une responsabilité publique. Ces tendances et leurs éventuelles contradictions varient bien sûr en intensité selon les pays, vu les différences importantes entre les politiques nationales de SLD qui ont été développées au fil des ans.

La tendance à un soutien croissant pour le soin des membres de la famille dépendants est tout aussi claire au niveau de l'Union européenne. Pendant longtemps, les politiques de conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale ont principalement concerné les mères actives ayant de jeunes enfants et, plus récemment, ont incité les pères à partager la garde, tant par un congé (directive du Conseil sur le congé parental<sup>3</sup>)

---

2. Dans ce chapitre, la « dépendance » des individus se réfère à une déficience fonctionnelle, à l'incapacité d'effectuer des activités de la vie quotidienne (pat exemple, manger soi-même, etc.) et des activités fonctionnelles de la vie quotidienne (faire les courses, etc.) (Commission européenne 2015c : 142).

3. Directive 2010/18/UE du Conseil du 8 mars 2010 mettant en œuvre l'accord-cadre révisé relatif au congé parental conclu par BusinessEurope, l'UEAPME, le CEEP et la CES, et abrogeant la directive 96/34/CE.

que par des services de garde et d'éducation (ciblés par les objectifs dits de Barcelone<sup>4</sup>). Dans cette perspective, l'accent mis sur les aidants familiaux dans les politiques de soins de longue durée, dans les documents et initiatives de l'UE en 2016, y compris dans le projet de socle européen des droits sociaux, représente un tournant.

La première section du chapitre est consacrée aux principaux facteurs démographiques et socioéconomiques nationaux qui expliquent la pression croissante sur les systèmes nationaux de soins de longue durée et sur la conciliation travail-famille des aidants familiaux. La deuxième section décrit les différents types de régimes nationaux de soins de longue durée, quant à la façon dont ils influent sur le degré d'implication implicite ou explicite attendu des familles et le soutien que leur apportent les politiques publiques. La troisième section traite de l'ambivalence et des risques inhérents à certaines évolutions récentes. Le cœur de notre analyse porte sur les opportunités et les contraintes que ces politiques offrent pour parvenir à un équilibre acceptable entre travail et vie privée sur les aidants familiaux en tant que participants réels ou potentiels au marché du travail. Enfin, nous examinons certaines initiatives encourageantes, ainsi que l'ambivalence des récentes politiques de l'UE dans ce domaine (section 4).

Dans la conclusion, nous avançons l'idée que les politiques européennes et nationales semblent divisées entre le but de faciliter la conciliation travail-vie privée des aidants familiaux afin de les aider à rester sur le marché du travail d'une part, et celui de les recruter en tant que principaux dispensateurs de soins. Dans ce processus ambivalent, la nature de ce qu'on appelle « l'aide informelle de la famille » est à la fois renforcée – en tant que devoir familial, essentiellement genré – et en partie modifiée dans la mesure où la fourniture de soins familiaux est de plus en plus explicitement reconnue et fait même, dans certains cas, l'objet de compensations. En particulier, lorsque des prestations en espèces ou des allocations pour les aidants sont attribuées en vue d'inciter à et de soutenir l'aide familiale, elles peuvent être vues comme une reconnaissance positive de la valeur d'un travail qui, autrement, ne serait pas totalement reconnu. Pourtant, si cette compensation est purement symbolique, sans couverture de sécurité sociale et en l'absence de services de qualité accessibles, ces allocations peuvent constituer une compensation marginale pour les aidants familiaux obligés de faire face à de multiples exigences quant à leur temps et leur énergie, et parfois même à abandonner leur métier, ce qui les rend financièrement vulnérables.

## **1. Tensions et défis en matière d'équilibre entre les demandes de soins à long terme et les ressources disponibles pour l'aide familiale**

Depuis plusieurs décennies, différents facteurs ont eu une incidence directe ou indirecte sur la situation des personnes aidées d'une part, sur les aidants ayant un travail et sur

---

4. En 2002, le Conseil européen de Barcelone a fixé des objectifs dans ce domaine : « Les États membres devraient éliminer les désincitations à la participation des femmes à la main-d'œuvre, en tenant compte de la demande de structures de garde d'enfants et conformément aux normes nationales de prestation, fournir des services de garde d'enfants d'ici à 2010 à 90% des enfants entre 3 ans et l'âge de l'école obligatoire et à au moins 33% des enfants de moins de 3 ans ». Source : [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/ec/71025.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/71025.pdf)

leur conciliation entre vie professionnelle et privée d'autre part. Tout d'abord, le vieillissement de la population augmente la demande de soins de longue durée dans tous les pays européens, tout en réduisant le nombre potentiel d'aidants familiaux. Deuxièmement, les changements en terme de participation des femmes à la force de travail, ainsi qu'une asymétrie persistante, bien que décroissante dans la division genrée du travail, une absence d'intérêt à l'égard des besoins des personnes âgées en ce qui concerne la manière dont le marché du travail est organisé, et les politiques de conciliation entre vie professionnelle et privée ont encore réduit la disponibilité d'aide familiale. Ces deux évolutions, la démographie et la participation des femmes au marché du travail, augmentent la pression sur les aidants familiaux.

## 1.1 Évolutions intergénérationnelles

Le vieillissement de la population influe sur le nombre de personnes potentiellement dépendantes et sur celui des aidants potentiels, tant au niveau de la population que de la famille. Alors que le nombre de personnes très âgées (80+) et leur pourcentage de la population totale (5,6% dans l'UE28, 2016)<sup>5</sup> devrait encore augmenter dans les années à venir (Commission européenne 2015c : 17), le nombre d'hommes et de femmes susceptibles d'être aidants risque de diminuer. À long terme, il est probable qu'il y aura moins de personnes disponibles pour fournir l'aide requise aux personnes âgées dépendantes au sein du réseau familial (Murphy *et al.* 2006 ; Haberken et Szydlick 2010). Dans l'UE, le nombre de femmes âgées de 50 à 64 ans – les plus susceptibles d'avoir un parent fragile ou handicapé dans leur réseau familial (Eurofound 2015 : 19) – par personne âgée de 80 ans et plus a diminué de 2,7 en 1990 à 1,9 en 2016 (Eurostat, *demo\_pjangroup*). Tous les pays européens, à l'exception du Danemark, ont connu une baisse de ce rapport, avec une tendance convergente significative à la réduction des différences entre pays au cours des 25 dernières années. L'Irlande, la Suède, Chypre et les Pays-Bas ont connu une baisse assez lente de ce rapport, alors que le déclin a été très marqué en Roumanie (de 5,2 à 2,3) entre 1990 et 2016. De nombreux pays du Sud et de l'UE13<sup>6</sup> – c'est-à-dire des pays caractérisés par les régimes de soins les plus familialistes et genrés – ont également connu un déclin rapide de ce rapport.

En plus du vieillissement de la population, d'autres évolutions des familles ont également contribué à réduire le nombre potentiel d'aidants familiaux. Le nombre croissant de relations instables diminue non seulement la possibilité de soutien d'un partenaire lorsqu'il est âgé, mais réduit également, en particulier dans le cas des hommes, le soutien des enfants envers leurs parents âgés (voir Albertini et Saraceno 2008). Les personnes non mariées ou sans partenaire, et sans enfant, sont également particulièrement affectées par la pénurie de ressources familiales d'aide (par exemple Dykstra et Hagestad 2007 ; Albertini et Mencarini 2014).

---

5. Eurostat, tps 00010.

6. EU13: les 13 pays qui ont rejoint l'UE en 2004 ou plus tard: l'Estonie, la Lituanie, la Lettonie, la Pologne, la République tchèque, la Slovaquie, la Hongrie, la Slovénie, Chypre, Malte, en 2004 ; la Roumanie et la Bulgarie en 2007 ; et la Croatie en 2013.

## 1.2 Participation des femmes au marché du travail : différences entre pays

Le nombre d'aidants potentiels risque de diminuer pour des raisons non seulement démographiques, mais aussi du fait de l'augmentation de la participation des femmes à la force de travail, à celle de leurs heures de travail hebdomadaires et de leur nombre d'années d'activité. Selon les données d'Eurostat, en 2016, le taux moyen d'emploi féminin de l'UE28 (15-64 ans) était d'environ 61%, avec un taux de participation plus élevé dans les pays où les régimes de SLD (voir la section 2) sont parmi les plus défamilialisés (au moins 70% en Suède, au Danemark, en Allemagne et aux Pays-Bas). La Grèce, l'Italie, Malte, la Roumanie et l'Espagne affichent des taux d'emploi féminin inférieurs (moins de 55%), mais qui sont également en augmentation.

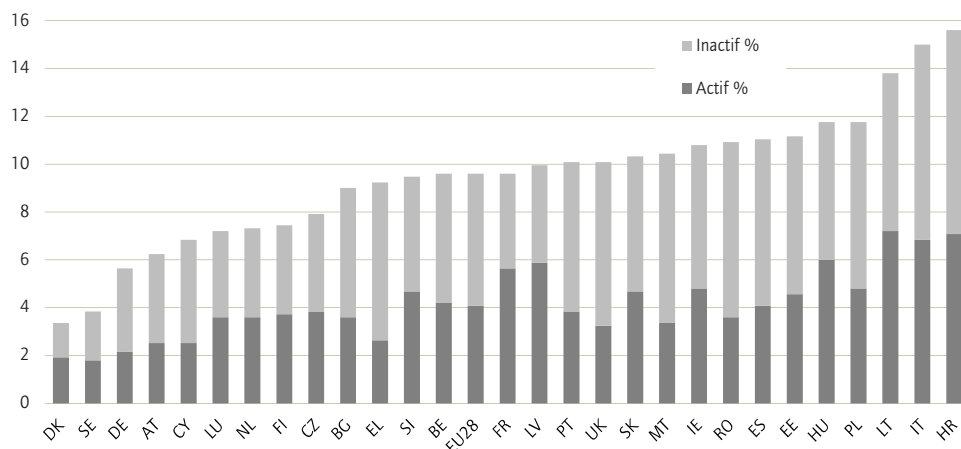
Le pourcentage d'aidants féminins diffère selon les pays. La littérature existante sur les femmes d'âge moyen (40-60 ans) ayant des parents âgés nécessitant de l'aide montre que cette aide n'a pas d'impact majeur sur leur emploi lorsque les responsabilités de prise en charge ne prennent que quelques heures (par exemple, Da Roit et Naldini 2010). Selon les analyses de l'OCDE (OCDE 2011 : 93 ; Jenson et Jacobzone 2000), la participation à la force de travail ne diminue que lorsque les personnes fournissent une aide de manière très intensive, c'est-à-dire au moins 20 heures par semaine. Généralement, l'effet est plus une réduction des heures de travail qu'un retrait complet du marché du travail (Spiess et Schneider 2003). L'impact le plus négatif se retrouve chez ceux ou celles qui ont des ressources financières insuffisantes pour faire face aux besoins de soins de longue durée (Sarasa et Billingsley 2008), ceux ou celles pour qui une aide formelle n'est pas disponible ou pas abordable (Saraceno 2010 ; Sarasa 2008), ceux ou celles qui s'occupent d'un parent dépendant co-résident (Heitmueller et Michaud 2006), et lorsque les soins sont particulièrement intenses (Crespo 2006). L'aide intensive de la famille pour un membre handicapé ou un parent âgé dépendant diminue en effet la probabilité de participer au marché du travail dans les pays d'Europe du Nord et du Sud. Pourtant, alors que dans les pays d'Europe du Nord (où l'emploi des femmes est plus élevé), seul un faible pourcentage de femmes déclare fournir des soins informels intensifs à un parent âgé, en Europe du Sud beaucoup plus de femmes le font, comme en témoigne le niveau global de participation des femmes au marché du travail (Crespo 2006 ; Eurofound 2015). Dans l'ensemble, les soins informels aux personnes âgées influent plus négativement sur les possibilités d'emploi des femmes et leur nombre d'heures de travail dans les pays du Sud de l'Europe que dans les pays d'Europe du Nord, les pays d'Europe centrale se trouvant dans une situation intermédiaire (Kotsadam 2011 ; Naldini *et al.* 2016).

En particulier, dans les États nordiques, les taux élevés d'emploi des femmes dans les cohortes en âge de travailler les plus âgées, l'accessibilité des soins formels de haute qualité et des normes de soins qui ne soient pas définies de manière rigide en termes de genre, semblent constituer des facteurs macroéconomiques importants expliquant pourquoi être un aidant familial n'a aucun effet significatif sur l'emploi.

Le graphique 1 montre les différences d'incidence des aidants familiaux en âge de travailler (15-64) au sein de l'Union européenne et leur répartition entre les actifs et les inactifs c'est-à-dire ceux qui ne sont pas sur le marché du travail (Eurofound 2015).

Dans de nombreux pays de l'UE, les aidants familiaux inactifs sont plus nombreux que les actifs. Parmi la population en âge de travailler, on trouve les proportions les plus élevées d'aidants en Croatie (16%) et en Italie (15%), puis en Lituanie (14%) et Pologne (12%). Les parts les plus faibles se situent en Europe continentale et dans les pays nordiques : 3% au Danemark, 4% en Suède et environ 6% en Allemagne et en Autriche. Le Danemark est également l'un des pays connaissant la plus forte proportion d'aidants familiaux ayant un emploi (54%), dépassé seulement par la France et la Lettonie (59%). En revanche, en Grèce, à Malte et au Royaume-Uni, moins du tiers des aidants familiaux (de 15 à 64 ans) travaillent. Dans ces pays, la prestation de soins à un membre de la famille ne semble possible que si le soignant familial quitte son emploi ou n'entre jamais sur le marché du travail. Mais, au fur et à mesure que le nombre de femmes qui travaillent et ont l'intention de continuer à le faire augmente, la tension entre travailler et prendre soin va probablement croître, si les politiques ne tiennent pas compte de cette évolution.

Graphique 1 Pourcentage des aidants parmi la population en âge de travailler dans les pays de l'UE28, et selon leur statut sur le marché du travail (%)



Source : Eurofound (2015 : 17).

Le fait que les aidantes familiales travaillent à temps plein ou partiel modifie évidemment leur disponibilité à fournir une aide. Dans l'UE28, près de 20% de l'emploi était à temps partiel en 2016<sup>7</sup>, en hausse de 2 points depuis 2007, principalement en raison d'une augmentation du temps de travail partiel involontaire. Il existe cependant d'énormes différences entre les pays européens. Outre le taux exceptionnellement élevé de travail à temps partiel aux Pays-Bas (près de la moitié des salariés et plus de 75% chez les femmes), les pays ayant des taux supérieurs à la moyenne européenne comprennent l'Autriche, l'Allemagne, le Danemark, le Royaume-Uni, la Belgique, la Suède et l'Irlande. Dans ces pays, la disponibilité du travail à temps partiel, ainsi que la possibilité de prêter des heures flexibles, est un facteur structurel essentiel pour les aidants dans la combinaison d'aide et d'emploi. À l'autre extrémité du spectre, le travail à temps

7. Eurostat, Enquête sur la population active, emploi à temps plein et à temps partiel selon le sexe, l'âge et le niveau de scolarité [lfsa\_epgaed].

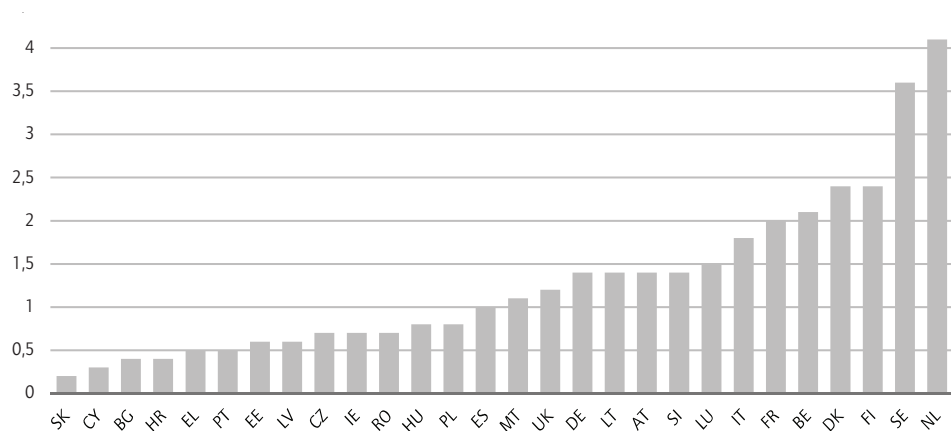
partiel représente moins de 6% de l'emploi salarié en Bulgarie, en Hongrie, en Croatie, en République tchèque et en Slovaquie, pays qui (comme nous le verrons dans la section 2) sont parmi ceux qui ont les schémas de SLD les plus familialistes. La rareté des possibilités d'emploi à temps partiel est le reflet de fortes barrières liées à la structure du marché du travail et constitue un facteur dissuasif considérable pour les aidants familiaux à rester ou entrer sur le marché du travail.

Bien sûr, les hommes pourraient – en théorie et au moins en partie – compenser cette diminution du potentiel de soins familiaux en prenant plus de responsabilités dans les soins. Cette évolution est cependant contrainte non seulement par les contextes culturels, mais aussi par une participation plus intensive des hommes au marché du travail. Des politiques de soins de longue durée qui incluent des politiques de réconciliation entre travail et famille sont donc nécessaires non seulement pour soutenir le nombre décroissant de femmes aidantes familiales, mais aussi pour encourager les éventuels aidants familiaux masculins.

## 2. Diversité des politiques de soins de longue durée et conciliation entre vie professionnelle et vie privée des aidants familiaux

Les responsabilités d'aide intensive ne se produisent pas seulement lorsqu'une famille a de jeunes enfants. Elles peuvent survenir à plusieurs moments de la vie adulte, chaque fois qu'un membre de la famille devient fragile ou gravement handicapé. La conciliation entre travail et vie privée des travailleurs actifs, ainsi que l'équilibre entre les obligations familiales multiples, sont donc directement influencés par le type de politiques publiques élaborées pour les personnes dépendantes ou handicapées. Le développement très inégal des politiques nationales de SLD ne se reflète que partiellement dans l'indicateur des dépenses dans le PIB (graphique 2).

Graphique 2 Part des dépenses en soins de longue durée dans le PIB (%), dans les États membres de l'UE en 2013



Source : Commission européenne (2015c : 6).

## 2.1 Politiques nationales de soins de longue durée : différents cadres institutionnels pour les aidants familiaux

Dans la perspective de faciliter la conciliation entre travail et vie privée pour les aidants, trois dimensions semblent importantes dans l'évaluation des politiques nationales de SLD existantes et des tendances en cours (Saraceno 2010). Tout d'abord, le degré d'universalisme des politiques ; deuxièmement, le fait que les prestations publiques soient en nature (services) ou plutôt en espèces ; et troisièmement, le niveau des besoins individuels couverts par des prestations financées par des fonds publics, via des services ou des allocations en espèces. Ces trois dimensions – et en particulier les deux dernières – sont en lien avec les modèles de familialisation-défamilialisation, tels que théorisés entre autres par Orloff (1993), Leitner (2003), Saraceno (2004 et 2010) et Saraceno et Keck (2010).

Le familialisme par défaut ou le familialisme « non soutenu » (Saraceno 2010) se produit lorsqu'il n'existe pas de solution de rechange publique disponible, ni de prestation en espèces. Ce type de familialisme est parfois également prescrit par le droit civil. Le « familialisme soutenu » existe, en revanche, lorsque les politiques – impliquant généralement des transferts de revenus, mais aussi un congé garanti pour soins – aident les membres de la famille à s'acquitter de leurs responsabilités de soins. Ces politiques comprennent le congé payé ou non payé, les allocations spécifiques pour les soignants et des droits prolongés de protection sociale. Enfin, la « défamilialisation » peut se produire de deux façons différentes : par la prestation de services publics ou financés et réglementés par l'État en remplacement des soins familiaux ou par des transferts directs (avantages en espèces) ou indirects (déductions d'impôt) spécifiquement destinés à acheter des services sur le marché.

Le financement peut provenir du budget public ou de l'assurance sociale obligatoire. Des niveaux et des modes de fourniture semblables peuvent être financés différemment. C'est le cas par exemple en Allemagne et en Autriche, pays qui ont des systèmes de SLD similaires : si le système allemand est principalement financé par l'assurance obligatoire (*Pflegeversicherung*), le système autrichien est financé par des budgets fédéraux et des entités fédérées (Commission européenne 2016a : vol. 2). Les pays diffèrent également en ce qui concerne l'application de conditions de ressources. Dans ce cas, il s'agit généralement de co-paiement de services (par exemple en Autriche et en France).

En fonction de ces différentes dimensions politiques, on peut regrouper les pays de l'UE selon leur degré d'universalisme, du degré de défamilialisation ou de familialisation des soins de longue durée, et la fréquence avec laquelle ils laissent l'aide à la responsabilité des familles, sans aucun soutien.

Malgré de nombreuses réformes qui ont en partie transformé les régimes nationaux de SLD au cours de la dernière décennie (Ranci et Pavolini 2012 et 2015 ; Commission européenne 2016a), les pays peuvent être regroupés comme suit (tableau 1) :

- Le groupe 1 est caractérisé par un universalisme élevé et une forte défamilialisation, ainsi qu'un faible familialisme (tant *soutenu* que *par défaut*) : Suède, Danemark,



Tableau 1 Groupements de pays selon les modèles et le degré de soutien à l'équilibre entre travail et vie privée des aidants

Universalisme	Défamilialisation	Familialisme soutenu	Familialisme par défaut	Ensemble, soutien direct et indirect pour les aidants
<b>1. Universalisme et défamilialisation élevés, soutien au familialisme faible, et familialisme par défaut faible</b>				
DK Élevé Pas de plafond de ressources	Élevé mais décroissant parce que diminution du temps d'aide par personne	Faible Pas de congé, ou seulement en cas de décès imminent, pas de rémunération pour aide, pas de cotisations sociales fictives	Faible, mais croissant	Élevé
FI Élevé Pas de plafond de ressources	Élevé	Moyen Soutien à l'aidant, fondé sur une évaluation des autorités locales. Participation aux frais	Moyen	Élevé
SE Élevé mais décroissant, car restriction aux cas sévères; pas de plafond de ressources	Élevé mais décroissant car longues listes d'attente et restriction aux plus dépendants. Préférence à l'aide à domicile	Faible Aide pour soulager la charge de travail ; congé pour aide à une personne de la famille en phase terminale ; quelques allocations locales aux dépendants et aux aidants	Faible, mais croissant	Élevé
NL Élevé Pas de plafond de ressources	Élevé mais prise en compte de la composition du ménage et de la disponibilité de ses membres	Moyen/faible Un membre de la famille peut être embauché comme aidant ; services de relève pour les aidants familiaux.	Faible, mais croissant	Élevé
<b>2. Universalisme, défamilialisation moyenne, familialisme soutenu fort, familialisme par défaut moyen à élevé</b>				
AT Élevé Pas de plafond de ressources	Moyen-faible	Élevé Allocation d'aide à la personne dépendante; cotisations sociales fictives pour les aidants familiaux	Moyen à élevé	Moyen

	Universalisme	Défamilialisation	Familialisme soutenu	Familialisme par défaut	Ensemble, soutien direct et indirect pour les aidants
BE	Élevé Différences régionales Plafond de ressources	Moyen Bons d'achat pour acheter des services.	Moyen à élevé Quelques allocations ; cotisations sociales fictives	Moyen	Moyen
CZ	Élevé Allocation uniquement pour couvrir les besoins de la personne dépendante Pas de plafond de ressources	Moyen-faible	Élevé Congé aux aidants ; cotisations sociales fictives	Moyen à élevé	Moyen
DE	Élevé Affectée uniquement pour couvrir une partie des besoins du dépendant Pas de plafond de ressources	Moyen Choix entre services et allocation	Élevé Allocation « <i>Pflegeversicherung</i> » à la personne dépendante, cotisations sociales fictives, services de relève, etc.	Moyen à élevé Services et allocations ne couvrent qu'une partie des besoins	Moyen
FR	Élevé Deux allocations universelles, sur la base de répartition des coûts Pas de plafond de ressources	Moyen-élevé (Allocations affectées)	Moyen-élevé Exonération fiscale pour l'aidant Cotisations sociales fictives	Moyen à élevé	Moyen
IE	Élevé Plafond de ressources pour l'allocation à l'aidant	Moyen	Très élevé Allocation spécifique pour l'aidant familial, avec plafond de ressources Cotisations sociales fictives	Moyen à élevé	Moyen
LU	Élevé Pas de plafond de ressources	Moyen	Très élevé Allocation à la personne dépendante, si préférence pour combiner aide informelle et professionnelle Cotisations sociales fictives, services pour relève, conseils	Moyen à élevé	Moyen
ES	Moyen-élevé Système universel, mais implémentation lente Plafond de ressources Allocations basées sur répartition des coûts.	Moyen Préférences pour institutionnalisation Allocations pour achats de services, sauf s'ils sont absents.	Allocation sous plafond de ressources à la personne dépendante où les services sont absents Cotisations sociales pour les aidants (accord avec la Sécurité sociale)	Élevé	Moyen-faible
UK	Moyen Plafond de ressources	Moyen Avec des charges pour les usagers	Moyen-élevé Allocation à l'aidant familial Cotisations sociales fictives	Moyen à élevé	Moyen

Universalisme	Défamilialisation	Familialisme soutenu	Familialisme par défaut	Ensemble, soutien direct et indirect pour les aidants
<b>3. Universalisme réduit, défamilialisation moyenne, familialisme soutenu moyen, familialisme par défaut moyen à élevé</b>				
EE Moyen Pas de plafond de ressources	Moyen-faible	Moyen Allocation à l'aidant et allocation à la personne dépendante comme alternative aux services Cotisations sociales fictives	Très élevé	Moyen-faible
IT Moyen Réserve aux cas les plus sévères, mais sans définition claire au niveau national	Faible Mesure principale : une allocation dépendance. Grandes différences régionales dans l'offre de services	Moyen Allocations à la personne aidée, congés pour aidants, cotisations sociales fictives ; quelques services de relève	Élevé	Moyen-faible
LT Moyen Pas de système spécifique de soins de longue durée Pas de plafond de ressources	Très faible	Moyen-faible Décisions locales d'attribution d'allocations pour aide, comme alternative des services; cotisations sociales fictives	Élevé	Faible
PT Moyen-faible Plafond de ressources	Moyen : Services préférés à une allocation Allocation affectée à l'achat de services	Moyen-faible Allocations modestes lorsque pas de services disponibles.	Élevé	Moyen-faible
SK Moyen Système de soins de longue durée autonome Plafond de ressources	Moyen Avec une préférence pour l'aide à domicile	Moyen-élevé Aidants familiaux (majoritairement inactifs) bénéficient d'une allocation services aux personnes dépendantes ; cotisations sociales fictives	Moyen à élevé	Moyen-faible
<b>4. Universalisme réduit, défamilialisation faible, familialisme soutenu faible, familialisme par défaut élevé</b>				
MT Moyen-faible Plafond de ressources	Très faible	Très faible Faible allocation à la personne dépendante Pension sociale pour quelques catégories d'aidants familiaux	Très élevé	Très faible
PL Moyen-faible Pas de système de soins de longue durée spécifique Plafond de ressources	Faible	Faible Allocation à la personne dépendante ; cotisations sociales fictives	Élevé	Faible
HU Faible Coordination faible	Faible Avec une prévalence pour l'institutionnalisation Copattement pour les services	Faible Pas d'allocation à la personne dépendante Allocation à l'aidant familial sans plafond de ressources	Élevé	Faible
RO Faible Pas de système de soins de longue durée spécifique	Très faible	Faible Uniquement une indemnité sans plafond de ressources à l'aidant familial d'une personne handicapée	Très élevé	Très faible

	Universalisme	Défamilialisation	Familialisme soutenu	Familialisme par défaut	Ensemble, soutien direct et indirect pour les aidants
SI	Moyen Pas de système de soins de longue durée spécifique Fourniture d'aides fragmentée Pas de plafond de ressources	Moyen	Moyen Allocations sans plafond de ressources	Moyen à élevé	Moyen-faible
<b>5. Pas d'universalisme, défamilialisation très faible ; familialisme soutenu très faible, familialisme par défaut très élevé</b>					
BG	Pas de soins de longue durée obligatoire Plafond de ressources	Très faible Augmentation des places en hospices pour adultes dépendants Désinstitutionnalisation pour les enfants, et augmentation des services à domicile	Très faible Faibles allocations sous plafond de ressources pour les personnes dépendantes Seules, allocations pour enfants sans plafond de ressources	Très élevé	Très faible
HR	Non Plafond de ressources (seulement aux bénéficiaires du revenu minimum garanti)	Très faible	Très faible Faible allocation à la personne dépendante (plafond de ressources)	Très élevé	Très faible
CY	Non Organisation fragmentée À l'exception de certaines formes de handicaps, application de plafond de ressources (uniquement pour les bénéficiaires du revenu minimum garanti)	Très faible	Très faible Faibles allocations à la personne dépendante (GMI condition); cotisations sociales fictives	Très élevé	Très faible
EL	Non Pas de système de soins de longue durée obligatoire, mais des aides aux pauvres par les municipalités	Faible	Faible Pas de soutien	Élevé	Faible
LV	Non Système très fragmenté Responsabilités aux municipalités	Très faible	Very Faible Pas d'allocation à la personne dépendante ou à l'aidant familial	Très élevé	Très faible

Sources : Commission européenne (2016a : vol. 2), ESPN (2016), Saraceno et Keck (2010).

Finlande et Pays-Bas. Ces pays sont caractérisés par un niveau élevé de dépenses en SLD et des niveaux élevés de couverture par les services, ce qui soutient les aidants familiaux en réduisant la quantité de soins familiaux nécessaire.

- Le groupe 2 est caractérisé par l'universalisme puisque tous les résidents sont couverts par une défamilialisation élevée ou moyenne, mais avec un familialisme fortement *soutenu* et des niveaux moyens ou élevés de familialisation *par défaut* : l'Autriche, la Belgique, la République tchèque, l'Allemagne, la France, l'Irlande, le Luxembourg, l'Espagne et le Royaume-Uni.
- Le groupe 3 est caractérisé par un universalisme réduit, par une défamilialisation moyenne ou faible, par un *soutien* moyen au familialisme et un familialisme *par défaut* moyen ou élevé : ce groupe est composé de l'Estonie, l'Italie, la Lituanie, le Portugal et la Slovaquie.
- Le groupe 4 est caractérisé par un universalisme réduit et une faible prestation de services, donc une faible défamilialisation, une familialisation *par défaut* élevée, mais avec une familialisation *soutenue* moyenne-faible : Hongrie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovénie.
- Le groupe 5 est caractérisé par l'absence d'universalisme, aucune fourniture de service, un familialisme *par défaut* très élevé, et une familialisation *soutenue* faible ou très faible : Bulgarie, Croatie, Chypre, Grèce et Lettonie. Tous les pays du groupe 5 se caractérisent par un faible pourcentage de dépenses de SLD par rapport au PIB, et par des politiques encore embryonnaires en la matière. Cette absence est souvent justifiée politiquement en se référant aux valeurs familiales et culturelles du pays.

Dans cette variété de situations, le familialisme soutenu – sous la forme de politiques soutenant indirectement ou directement les aidants familiaux qui travaillent – devient de plus en plus important. Nous allons donc examiner ces politiques.

## 2.2 Conciliation entre vie professionnelle et vie privée : principales prestations sociales pour les aidants

Les possibilités de concilier l'aide et l'emploi dépendent du type et du niveau des prestations sociales disponibles aux personnes dépendantes et aux aidants. Comme décrit dans la section 2.1, plus les politiques nationales sont défamilialisées, moins le soutien aux aidants familiaux est nécessaire. Pourtant, à moins d'une institutionnalisation complète, qui n'est pas la solution la plus appropriée ni la plus humaine pour ceux qui ont besoin d'aide, un soutien spécifique est nécessaire pour aider les membres de la famille à demeurer sur le marché du travail tout en fournissant des soins, même dans les pays les plus défamilialisés. Les prestations sociales pour les aidants familiaux prennent la forme d'un congé et d'aménagement d'horaires de travail flexibles, mais aussi de prestations en espèces et en nature<sup>8</sup>. Les congés et les modalités de travail souples visent spécifiquement les aidants ayant déjà un emploi, tandis que les

---

8. Une présentation des prestations sociales pour les aidants est détaillée dans le rapport de synthèse du Réseau européen de politique sociale (ESPN) sur les mesures de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle pour les personnes en âge de travailler et les familles dépendantes en Europe (Bouget *et al.* 2016). L'étude des politiques nationales s'inspire de 35 rapports nationaux de ESPN qui peuvent être téléchargés à partir de la page ESPN sur le site web de la Commission européenne : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1135&intPageId=3589>

prestations en espèces et en nature ciblent généralement tous les aidants, quel que soit leur statut d'emploi ou non. Mais la façon dont ils sont conçus peut également influencer sur les options d'un aidant concernant son travail.

### **Congé pour aide à la personne**

Comme dans le cas du congé de maternité et des congés parentaux, les congés pour aide à des membres de la famille dépendants sont un moyen essentiel pour permettre aux aidants familiaux ayant un emploi de prendre du « temps d'aide » sans risque d'être licenciés ou forcés de quitter leur emploi. Cependant, contrairement aux congés de maternité et aux congés parentaux, les congés pour aide aux personnes dépendantes ne sont pas disponibles dans l'ensemble des pays de l'UE et n'ont pas encore acquis une forte légitimité dans le cadre des politiques sociales. En outre, les formes de congés disponibles diffèrent considérablement : ils peuvent être à court terme (quelques jours par année ou par mois), à long terme (six mois ou plus), uniquement en cas d'urgence ou non (comme dans le cas d'un décès imminent), payés ou non, et avec des degrés variables de protection de l'emploi. Le congé de courte durée est généralement destiné à permettre à l'aidant d'accompagner un membre dépendant de la famille à des visites médicales de routine ou à faire face à une situation d'urgence. Le but du congé de longue durée est, en revanche, de permettre à un aidant familial d'offrir directement des soins sur un temps plus long, d'un à plusieurs mois ou même plus d'un an (par exemple FI, IT, MT, PT<sup>9</sup>). La répartition, ainsi que la combinaison, de ces formes de congé diffèrent selon les pays, de même que les règles d'éligibilité (Eurofound 2015). En général, les pays où le familialisme soutenu prévaut (par exemple, en Italie) sont plus susceptibles de combiner les congés à long et à court terme, alors que les pays ayant un degré élevé de défamilialisation (par exemple le Danemark et la Suède) sont plus susceptibles de ne fournir que des congés d'urgence à court terme.

L'éligibilité à un congé dépend de plusieurs critères : le groupe d'âges de la personne aidée (enfant handicapé, adulte handicapé ou personne âgée dépendante), le degré de dépendance, le fait que la personne dépendante vive ou non avec l'aidant, ainsi que la situation d'emploi de ce dernier et son nombre d'années de cotisation à l'assurance sociale. Des programmes de congé pour soins pour les parents d'enfants handicapés existent dans tous les pays européens (à l'exception de la Slovaquie), mais moins de pays fournissent une forme de congé pour les employés qui s'occupent de personnes âgées dépendantes.

Moins de pays encore offrent des congés rémunérés ou non, indépendamment de l'âge de la personne à charge (AT, DE, DK, IE, IT, NL, SE, UK). L'éligibilité à un congé dépend également de la gravité et du type de dépendance de la personne aidée. Dans certains pays, l'éligibilité et la durée sont laissées à la discrétion de l'employeur (par exemple Malte, Roumanie – à l'exception des soignants d'enfants handicapés), c'est-à-dire que le congé n'y est pas *stricto sensu* un droit social. Les conditions de congé pour les parents d'enfants handicapés sont généralement plus favorables et leur durée est habituellement plus longue que celle accordée aux soignants familiaux d'adultes handicapés ou de personnes âgées fragiles.

---

9. Pour les abréviations officielles des pays utilisés dans ce chapitre, voir la liste des pays dans ce volume.

Le fait de savoir si et à quel niveau l'aide est compensée, est particulièrement crucial dans le cas d'un congé de longue durée. En effet, si le congé n'est pas ou est peu payé, de nombreux aidants peuvent ne pas pouvoir utiliser efficacement leurs droits ou devront choisir entre l'aide auprès de la personne dépendante ou conserver leur emploi. L'indemnité est calculée comme une proportion des revenus antérieurs, très souvent 70-80%, comme dans le cas des indemnités maladie journalières (par exemple : Danemark, Pologne - pour les congés de courte durée), ou est égale au salaire complet (comme pour les congés de courte durée en Italie), ou bien est fixée forfaitairement (Belgique, Danemark, Croatie, Italie - en cas de congé de longue durée). Lorsqu'il n'est pas discrétionnaire, le congé permet à l'aidant de continuer à avoir droit aux soins de santé et à renforcer ses droits de sécurité sociale à la pension. La protection du travail est garantie.

### **Arrangements de travail flexibles**

Le recours à des arrangements de travail flexibles – le télétravail, les horaires de travail personnalisés – ou le passage au travail à temps partiel permanent<sup>10</sup> dépend non seulement des ressources individuelles et familiales de l'aidant, mais aussi de la situation et de la réglementation spécifiques du marché du travail. Dans certains pays comme les Pays-Bas ou la Belgique, les aidants familiaux ont droit à des arrangements de travail flexibles et à travailler temporairement à temps partiel. Dans la plupart des autres pays, cependant, ce droit est plus faible ou n'existe pas du tout comme tel : les arrangements sont laissés aux négociations individuelles et à la discrétion de l'employeur. En particulier dans les pays où les emplois à temps partiel sont peu développés (par exemple, les pays d'Europe de l'Est), où les services formels de soins sont rares et les congés pour aide absents, où changer les horaires et/ou le mode de travail est presque impossible, les aidants familiaux actifs peuvent être confrontés au choix douloureux de quitter leur emploi ou de ne pas prendre en charge l'aide nécessaire à leurs proches.

### **Prestations d'aide en espèces**

Les prestations en espèces liées à la dépendance comprennent trois principaux types d'allocations d'aide. Le niveau de soutien qu'elles offrent aux aidants familiaux en général, et plus particulièrement aux personnes qui travaillent, varie en fonction du type d'allocation et du niveau de générosité. Le premier type est une allocation versée à la personne dépendante, en fonction de son niveau de besoins et parfois aussi de ses revenus, et est affectée à l'emploi d'un aidant (par exemple en France, Portugal, Suède et Slovaquie). Ce type d'allocation peut être interprété comme une forme de défamilialisation, car, sans fournir directement un service, il offre les moyens d'acheter des services d'aide – condition obligatoire. Ce faisant, cette indemnité réduit la nécessité de l'aide de la famille, ce qui permet aux aidants de conserver leur emploi. Dans certains pays, ce type d'allocation peut également être utilisé pour embaucher un membre de la famille. C'est le cas en Finlande, au Danemark et en Suède, où un membre de la famille peut être directement embauché par la municipalité pour fournir des soins. Aux Pays-Bas, la personne à charge peut utiliser le « budget de soins personnels » pour embaucher un soignant, qui peut être un membre de la famille si elle le souhaite. Dans ces cas, les travailleurs à faible revenu (en majorité des femmes) peuvent choisir entre leur

---

10. Plus de détails dans OCDE (2016).

emploi antérieur et la rémunération des soins et les aidants familiaux préalablement « inactifs » peuvent être reconnus et payés comme aidants. Dans certains pays, comme la France, cela est impossible, ou comme au Royaume-Uni, des restrictions concernent le membre de la famille qui peut être officiellement embauché en qualité d'aidant.

Le deuxième type d'allocation de soins est également versé à la personne dépendante, mais peut être utilisé librement, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être obligatoirement consacrée à l'achat de services d'aide. Dans certains pays, comme l'Allemagne et l'Autriche, l'allocation d'aide est proposée comme une alternative aux services. Dans d'autres, comme l'Italie, l'allocation est le seul avantage disponible au niveau national pour les personnes dépendantes, bien que, au niveau local, des services puissent être offerts. Selon les études nationales ESPN (par exemple, en Autriche, Allemagne, Italie), cette allocation est utilisée dans de nombreux cas pour payer les services d'aide sur le marché du travail informel (souvent des migrants) ou pour compenser de façon informelle l'aidant familial (voir également Bettio, Simonazzi et Villa 2006, Keck et Saraceno 2010). Il n'existe cependant pas de données statistiques sur la fréquence de cette pratique.

Le troisième type d'allocation de soins est l'allocation attribuée au soignant. Elle est spécifiquement payée au soignant familial qui doit en faire la demande (par exemple la Belgique – allocation pour l'aide aux personnes âgées –, Italie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovénie – uniquement pour les parents d'enfants handicapés –, Slovaquie, Royaume-Uni)<sup>11</sup>. Les critères d'éligibilité varient en fonction de l'âge et de la gravité de l'invalidité de la personne à charge, des revenus du soignant, sur le fait qu'il ait un emploi ou pas, qu'il réside de manière légale/permanente chez la personne à charge (ou vice versa), de l'âge du soignant, du genre (Malte) ou du statut matrimonial (ou d'union civile) (Malte). Contrairement au premier type, cette allocation de soins ne constitue pas un salaire officiel et ne repose pas sur un contrat de travail formel.

Dans tous les pays qui accordent des allocations aux aidants, celles-ci ouvrent des droits en matière de cotisations pour la retraite<sup>12</sup>. Certains pays accordent des droits similaires même en l'absence d'une allocation d'aide (par exemple Autriche, Allemagne, Espagne, Croatie). La personne doit être reconnue comme l'aidant principal, sans bénéfice supplémentaire des services d'aide ou des services d'une personne salariée payée par une allocation publique. En outre, alors que dans certains pays, par exemple en France, ces contributions sont une alternative à celles accumulées dans un emploi au cours de la même période, dans d'autres pays (par exemple, l'Allemagne), les deux catégories de cotisations peuvent être cumulées.

Fait intéressant, si les allocations de soins versées à la personne à charge sont exonérées d'impôts, celles versées directement à l'aidant familial sont généralement imposées, c'est-à-dire traitées comme des revenus.

---

11. En Norvège, une prestation en espèces discrétionnaire (omsorgslønn) est payée par la municipalité à un aidant qui a un travail de soins lourd (MISSOC 2017).

12. Parfois appelées « contributions virtuelles ».



### **Prestations en nature pour les aidants**

En plus du congé pour aide et de l'allocation, de nombreux pays disposent d'un système développé de prestations en nature spécialement conçues pour les aidants. Celles-ci peuvent inclure le remplacement de l'aidant (une courte interruption de la prise en charge), la formation, le conseil, l'information par le biais de *hotlines* et de sites Internet, ainsi que le soutien psychologique. Dans presque tous les pays, les avantages en nature pour les parents d'enfants handicapés sont répandus, mais beaucoup moins pour les aidants de personnes âgées dépendantes.

Le type et le nombre de ces prestations peuvent varier considérablement entre les zones urbaines et rurales, ainsi que selon les organes politiques/administratifs et les niveaux de gouvernement (entités fédérales, institutions administratives et régions/municipalités). Les organisations bénévoles offrent également des formations, des conseils et un soutien psychologique aux aidants (par exemple CZ, DE, DK, EE, EL, LT, LV, UK).

## **3. Tensions entre les politiques de soins de longue durée et celles de conciliation vie professionnelle-vie privée des aidants : responsabilités changeantes**

Selon plusieurs études, le cadre institutionnel (c'est-à-dire les politiques en vigueur) est le principal facteur explicatif de la décision de s'occuper (et dans quelle mesure) d'un membre dépendant de la famille, ainsi que de l'écart entre les sexes en matière d'aide (par exemple Haberkern et Szydlik 2010 ; Da Roit *et al.* 2015). À cet égard, certaines réformes des institutions de SLD peuvent paradoxalement contrecarrer l'objectif d'améliorer la conciliation entre travail et vie privée des soignantes.

### 3.1 Le revers de la médaille de la désinstitutionnalisation

La désinstitutionnalisation, c'est-à-dire la réduction du nombre de lits dans les maisons de retraite ou dans les établissements de soins médicalisés, a été un objectif des politiques de SLD de nombreux gouvernements européens. Ils s'attendaient à créer une situation gagnant-gagnant, à accroître le bien-être de ceux qui reçoivent des services à la personne en leur permettant de rester dans leur habitat habituel, tout en étant moins coûteux que l'institutionnalisation. La désinstitutionnalisation devait également avoir un effet positif sur la stimulation des innovations technologiques et autres permettant aux personnes dépendantes de maintenir leur autonomie aussi longtemps que possible. Dans la plupart des systèmes de SLD développés, en particulier dans les pays nordiques, la désinstitutionnalisation a en effet été accompagnée d'une augmentation de la fourniture de soins à domicile et de solutions innovantes (par exemple, les technologies de services sociaux, etc.). En outre, la demande d'aide à domicile est un secteur d'emplois en expansion (par exemple en Allemagne) et peut conduire à une création potentielle d'emplois dans les services à la personne. Enfin, les services d'aide à domicile peuvent être plus acceptables que les soins institutionnels à la fois pour les personnes dépendantes et leurs familles, ce qui pourrait éventuellement

augmenter l'adoption des mesures de SLD. Un modèle fournissant des avantages en nature adéquats pour les personnes dépendantes pourrait donc être particulièrement efficace non seulement en vue de réduire leur dépendance à l'égard des membres de la famille, mais aussi d'améliorer leur qualité de vie (par rapport à l'institutionnalisation) et la conciliation entre travail et vie privée des aidants familiaux. Simultanément, il pourrait également contribuer à accroître la demande de travail.

La désinstitutionnalisation n'entraîne cependant pas automatiquement un meilleur équilibre entre les obligations familiales et l'emploi, car elle implique souvent de transférer la responsabilité du secteur formel des services vers la famille. L'expansion des services de soins à domicile n'a pas toujours correspondu à l'augmentation des besoins en soins (Jenson et Jacobzone 2000 : 12). La principale raison pour laquelle les soins à domicile coûtent moins cher que les soins en établissement est précisément qu'une partie du travail est transférée à la famille en tant que travail non rémunéré. C'est le revers de la médaille de la désinstitutionnalisation. Depuis 2008, dans un contexte de contraintes budgétaires<sup>13</sup>, la transition des services institutionnels aux services communautaires a souvent été insuffisante et a créé différentes formes de rationnement, en particulier des listes d'attente, tout en ayant une incidence négative sur l'emploi des aidants familiaux. Ces changements affectent de manière disproportionnée les femmes, qui sont parfois obligées de réduire leur temps de travail, de quitter leur emploi, ou de réduire leur temps de loisirs et de repos, ou bien encore celui qu'elles consacrent à leurs parents, conjoints ou à leurs enfants.

### 3.2 Le revers de la médaille des allocations d'aide

Les allocations accordées aux personnes dépendantes ou aux soignants peuvent favoriser ou, au contraire, désinciter à l'emploi des aidants familiaux sur le marché du travail, en fonction du montant des allocations, de ses règles d'utilisation, de la culture nationale du *care*, de l'obligation traditionnelle ou légale de l'obligation alimentaire, et du revenu à la fois de l'aidant et de l'aidé. À partir de la littérature et des analyses des rapports nationaux ESPN, nous pouvons identifier trois types différents de cas qui désincitent à l'emploi.

Tout d'abord, comme décrit dans la section 2.2, peu de pays fournissent des prestations en espèces ciblant spécifiquement les aidants. À moins que ce paiement ne s'inspire spécifiquement d'un salaire (comme en Finlande) et que la relation de soins ne soit définie (également) en tant que relation employeur-employé, les soignants peuvent être enclins à évaluer l'arbitrage entre cet « argent de poche » et la perte de revenu sur le marché du travail. Pour les travailleurs non qualifiés et à faible revenu, le compromis peut sembler positif à court terme, c'est-à-dire les inciter à se retirer du marché du travail formel. Ils peuvent cependant ne pas pouvoir y retourner lorsque la période de

---

13. Les rapports nationaux ESPN soulignent plusieurs lacunes dans les services de SLD en raison de ce processus : pénurie de lits et listes d'attente pour entrer dans une maison résidentielle (par exemple, CZ, EE, MT, PL, SI), sous-développement des soins à domicile (par exemple, CZ, LT, PL, SI), réduction des dépenses publiques en matière de services de SLD (Royaume-Uni) ou manque flagrant d'investissement (par exemple IE, RO, SI) pour les personnes dépendantes.

soins prend fin. En outre, si le temps consacré au soin n'a pas été reconnu par le biais de cotisations de retraite publique, ils courent également un risque de pauvreté aggravée au moment de la vieillesse.

Deuxièmement, le même effet négatif sur l'emploi peut également se produire lorsque l'allocation d'aide versée à la personne aidée peut être utilisée librement comme une alternative (facultative ou obligatoire) aux prestations en nature, lorsque l'aidant familial et la personne aidée partagent le budget du ménage, et/ou lorsque l'indemnité est utilisée de façon informelle pour compenser l'aidant. Lorsque les allocations sont relativement élevées (par exemple en Allemagne, Italie, Lituanie), les besoins d'aide importants et le salaire du soignant faible, l'arbitrage entre le maintien dans l'emploi et l'aide à un parent dépendant peut devenir favorable à ce dernier, en particulier pour les travailleurs à bas salaire.

Troisièmement, lorsque la prestation en espèces pour la personne à charge ou l'aidant est faible (par exemple, CZ, EE, FR, HU, IE, LT, LV, NL, PL, PT, RO, UK) et que les services sont rares, absents ou bien coûteux, les aidants familiaux à faible revenu de personnes dépendantes à faible revenu peuvent être forcés d'arrêter de travailler ou de réduire leurs heures de travail faute d'autres solutions.

Dans l'ensemble, il existe un risque que les allocations de soins, si elles ne sont pas réglementées comme des salaires formels dans le cadre de contrats de travail formalisés, créent des travailleurs très précaires – qu'ils soient membres de la famille ou non – dans une nouvelle économie informelle des services de soins à domicile. Selon diverses études, ce marché du travail semi-formel est souvent composé de travailleurs migrants, en particulier, mais pas exclusivement, dans les pays du sud de l'Europe, où, grâce à des allocations de soins à l'utilisation non réglementée, les migrants sont de plus en plus amenés à pallier la déficience de services de SLD et la baisse de la disponibilité des aidants familiaux (par exemple, Bettio *et al.* 2006 ; Kilkey *et al.* 2010).

#### **4. Une nouvelle approche de l'UE en matière d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et les politiques de soins de longue durée ?**

Cette section présente les principaux développements dans les politiques de conciliation entre vie professionnelle et vie privée au niveau de l'UE en 2016. Comme de nombreuses recherches le soulignent, les politiques de l'UE en la matière ont un impact considérable sur les évolutions nationales (Jacquot *et al.* 2012 ; Graziano *et al.* 2011 ; Caracciolo di Torella et Masselot, 2010). Nous avançons ici l'idée que l'année 2016 a été un jalon dans un processus qui a été lancé au cours de la dernière décennie. Néanmoins, malgré ces évolutions positives, elles suscitent quelques préoccupations quant à la combinaison de politiques ambitieuses de conciliation entre vie professionnelle et vie privée des aidants, avec les contraintes budgétaires et l'importance croissante des services d'aide à domicile dans le discours de l'UE.

Les politiques de conciliation entre vie professionnelle et vie privée sont l'un des piliers des objectifs de la politique sociale de l'UE (Ghailani 2014 : 161), et l'UE est indéniablement un acteur clé dans le développement des politiques de conciliation travail-vie privée en tant que condition *sine qua non* de l'« égalité *de facto* » entre les sexes au sein de l'Union européenne (Conseil de l'Union européenne 2000). Le principe de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle est également consacré par le droit communautaire primaire, à savoir dans l'article 33 de la Charte des droits fondamentaux de l'UE. Plus concrètement, ce principe a été renforcé par de la législation secondaire telle que les directives sur l'égalité de traitement<sup>14</sup>, les travailleuses enceintes<sup>15</sup> et le congé parental<sup>16</sup> (révisée). Ces politiques concernent cependant principalement les familles (et surtout les mères) de jeunes enfants. Le changement de terminologie n'a eu lieu qu'en 2008 avec l'introduction par la Commission européenne de son « paquet Conciliation » consacrant la conciliation comme un droit pour tous et pas seulement pour les personnes ayant une famille (Caracciolo di Torella et Masselot 2010). Néanmoins, en pratique, les responsabilités d'aide à la dépendance ont été considérées de manière étroite – l'accent étant mis sur les jeunes enfants – alors que les adultes handicapés et les personnes âgées n'ont été que brièvement évoqués. (Caracciolo di Torella et Masselot 2010 : 6).

Un changement conceptuel et de politiques a pris de l'ampleur en 2015 lorsque la Commission Juncker a lancé l'initiative « Un nouveau départ pour relever les défis de l'équilibre travail-vie personnelle des familles travailleuses » (Commission européenne 2015a)<sup>17</sup>. Ce « nouveau départ » se retrouve également dans le programme de travail de la Commission de 2016 (Commission européenne 2015b), qui proposait des mesures législatives et non législatives dans le domaine de la conciliation vie professionnelle-vie personnelle pour les aidants de personnes dépendantes. L'objectif principal de ces nouvelles initiatives était d'accroître la participation au marché du travail des aidants, et en particulier celle des femmes aidant des personnes dépendantes dans leur famille, en modernisant et en adaptant le cadre juridique et politique de l'UE au marché du travail d'aujourd'hui<sup>18</sup>. Un changement manifeste a donc eu lieu dans la terminologie de l'UE. Des engagements politiques en faveur de l'équilibre travail-vie privée des aidants de personnes à charge de tous âges (enfants, adultes et personnes âgées), ont mis l'accent sur l'ensemble des hommes et les femmes et pas seulement sur les mères qui s'occupent des jeunes enfants.

14. Directive 2002/73/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 modifiant la directive 76/207/CEE du Conseil relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelles, et les conditions de travail.
15. Directive 92/85/CEE du Conseil, du 19 octobre 1992, concernant la mise en place de mesures visant à favoriser l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail des travailleuses enceintes ou accouchées ou allaitantes.
16. Directive 2010/18/UE du Conseil du 8 mars 2010 mettant en œuvre l'accord-cadre révisé relatif au congé parental conclu par BusinessEurope, l'UEAPME, le CEEP et la CES et abrogeant la directive 96/34/CE.
17. Avec cette nouvelle initiative, la Commission a l'intention de dépasser l'échec de sa proposition de révision de la directive 92/85/CEE du Conseil sur les travailleuses enceintes. En effet, en 2008, la Commission a proposé une révision de cette directive, qui incluait une période de congé plus longue, une meilleure rémunération et plus de droits pour les mères, mais cette révision a clairement manqué de soutien au sein du Conseil. Cela a entraîné le retrait de la proposition en 2015.
18. Ce changement a progressivement gagné en visibilité dans les rapports de l'UE tels que le rapport du Conseil de l'UE (EPSCO) 2014 sur une protection sociale adéquate pour les besoins de soins de longue durée dans une société vieillissante, en 2014, le rapport sur le vieillissement de la Commission européenne de 2015 (Commission européenne, 2015c), le rapport conjoint sur les soins de santé et les systèmes de soins de longue durée et la viabilité budgétaire (Commission européenne, 2016a). L'UE a mis l'accent sur la nécessité d'élaborer des stratégies et des services durables de soins de longue durée, notamment en ce qui concerne l'équilibre travail-vie privée des aidants.

Dans ce contexte, la Commission européenne a entrepris une consultation en deux étapes (Commission européenne 2015d) en novembre 2015 et en juillet 2016 avec les partenaires sociaux<sup>19</sup> européens, sur leurs points de vue sur les améliorations possibles de la législation de l'UE (Commission européenne 2016c et 2017) en matière de conciliation entre vie professionnelle et vie privée en vue de modifier l'accord-cadre (rendu obligatoire par la directive 2010/18/UE du Conseil) sur le congé parental.

Les négociations entre les partenaires sociaux européens n'ont toutefois jamais décollé, l'opposition la plus forte venant de deux principales organisations patronales européennes<sup>20</sup>. Les employeurs ont proposé principalement des mesures non législatives, affirmant que des mesures législatives supplémentaires de l'UE engendreraient plus de rigidité dans la relation de travail, un accroissement des coûts pour les employeurs et les budgets publics, et des charges administratives nouvelles pour les entreprises (BusinessEurope 2015). D'un autre côté, les syndicats appuient fermement l'idée de nouvelles mesures législatives visant les aidants ainsi que la révision de la directive sur le congé parental, l'augmentation de la durée et du montant du salaire, et de la protection contre le licenciement lors d'un congé de maternité (CES 2016).

Face à l'échec des négociations entre les partenaires sociaux européens, la Commission a pris en main la direction du processus en proposant, le 26 avril 2017, une nouvelle directive sur la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle pour les parents et les aidants – conçue pour remplacer l'ancienne directive sur le congé parental (2010/18/UE) – ainsi que plusieurs mesures non législatives dans le cadre du lancement du socle européen des droits sociaux (Commission européenne 2016d). Cette proposition vise à renforcer les droits existants des aidants familiaux et à en créer de nouveaux, y compris le droit à cinq jours par an de congés rémunérés et à des modalités de travail flexible pour les parents et les aidants familiaux. Ces nouveaux droits sont censés améliorer la conciliation entre travail et vie privée, tout en évitant aux aidants de devoir quitter le marché du travail à cause des exigences d'aide. En outre, en vue de renforcer le rôle des pères, la proposition de directive introduit également un droit individuel à dix jours de congé de paternité, payé au moins au niveau des indemnités de maladie, ainsi que la révision des mesures actuelles sur le congé parental : au moins quatre mois de congé (non transférable entre les parents), payé à nouveau au moins au niveau des indemnités en cas de maladie.

Dans une Europe vieillissante, l'accent mis sur le rôle de l'aidant quel que soit l'âge de la personne à charge est inévitablement lié au développement des prestations et des services de SLD. À cet égard, le Rapport conjoint sur les systèmes de soins de santé et de soins de longue durée et la viabilité budgétaire, publié en 2016 (Commission européenne 2016a), représente une étape importante dans le discours politique de l'UE,

---

**19.** Conformément à l'article 154 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), avant que la Commission ne puisse soumettre des propositions dans le domaine de la politique sociale, elle doit organiser une consultation en deux étapes avec les partenaires sociaux européens. Si les négociations entre ces derniers pour conclure un accord au niveau de l'Union échouent, la Commission a le pouvoir d'initiative pour soumettre des propositions de législation dans ce domaine.

**20.** Nous nous référons à BusinessEurope et à l'Association européenne de l'artisanat et des petites et moyennes entreprises (UEAPME). En revanche, le Centre européen des employeurs et des entreprises fournissant des services publics et des services d'intérêt général (CEEP) a finalement été disposé à entamer les négociations.

la Commission distinguant pour la première fois entre soins de longue durée et soins de santé. Le rapport souligne en outre clairement l'importance de la conciliation entre vie professionnelle et vie privée pour les soignants familiaux. Outre l'accent mis sur la viabilité financière des réformes, le rapport suggère également que les services de soins devraient se spécialiser dans les soins à domicile pour les personnes à faible ou moyenne dépendance, et réserver l'institutionnalisation uniquement aux personnes les plus dépendantes (Commission européenne 20016a : 202).

Conformément à cette nouvelle approche, l'Examen annuel de la croissance (EAC) en 2017, publiée en novembre 2016 (Commission européenne 2016d), établit pour la première fois une séparation claire entre « soins de longue durée » et soins de santé et identifie les premiers comme un pilier autonome de la protection sociale. Il met également l'accent sur le développement des services de soins de longue durée pour améliorer la situation des aidants : « Les investissements doivent également se concentrer sur le capital humain et les infrastructures sociales. Le développement de services de soins de longue durée et de structures de garde abordables et flexibles est particulièrement important pour diminuer les obligations de soins envers les personnes âgées et les enfants, affectant fréquemment les femmes » (Commission européenne 2016d : 7).

Ces nouvelles initiatives de l'UE et les changements de portée politique peuvent cependant être considérés comme ambivalents quant à leur sens et leurs objectifs. Le but de l'amélioration de la conciliation travail-vie privée des aidants familiaux et le soutien pour rester sur le marché du travail va de pair avec l'idée de réduire les coûts des budgets publics grâce à un recours accru aux services d'aide à domicile. De plus, la nouvelle proposition de directive pour améliorer la conciliation entre vie professionnelle et vie privée des parents et des aidants peut conduire à des positions inconciliables entre les syndicats et les employeurs aux niveaux national et européen. Par exemple, tout en s'interrogeant sur sa légitimité politique, BusinessEurope considère que la « prolongation des congés et d'autres accords de travail peuvent difficilement être assurés par nos sociétés et nos entreprises ». L'organisation des employeurs de l'UE « s'oppose fermement à l'idée d'introduire un congé aux aidants à l'échelle de l'UE », qu'elle considère comme créatrice d'obstacles et d'« effets contreproductifs sur l'emploi des femmes » (BusinessEurope 2017). Enfin, comme le montre ce chapitre, dans la plupart des pays de l'UE, les congés payés des aidants ne sont fournis que pour les personnes ayant de jeunes enfants, mais certains pays ne prévoient aucun congé payé pour les aidants actifs d'adultes handicapés ou de personnes âgées. La reconnaissance du statut d'« aidant », n'en est qu'à ses débuts au niveau de l'UE, à l'exception de celle des mères de jeunes enfants, et sa « personnalisation » (statut offrant une protection sociale complète, etc.) dépend fortement des luttes politiques futures au sein du Conseil.

## Conclusions

Une approche multidimensionnelle est nécessaire pour relever les défis dans le domaine des soins de longue durée (voir aussi Eurofound 2015). En ce qui concerne les aidants ayant un emploi, des services de soins à long terme communautaires et à domicile convenablement organisés sont nécessaires pour satisfaire les besoins des personnes

dépendantes et leurs aidants, avec des dispositions souples et des congés payés, des arrangements de travail flexible et des cotisations sociales fictives. L'institutionnalisation complète ne devrait être utilisée que pour les cas les plus sévères, à la fois pour des raisons financières et humanitaires, et il pourrait y avoir différentes solutions de semi-institutionnalisation, comme le logement assisté.

En général, la large différenciation actuelle de la couverture et des types de prestations nationales disponibles pour les aidants résulte à la fois de l'inégal développement des systèmes de SLD et des différences d'attentes quant à l'implication des membres de la famille dans l'aide à leurs proches handicapés ou dépendants. Dans le même temps, le développement d'une zone un peu grise entre aide familiale totalement impayée et aide rémunérée, bien définie et réglementée constitue une nouvelle évolution. Les aidants familiaux reçoivent en effet de plus en plus une forme de compensation, mais pas toujours l'équivalent d'un salaire doté de toutes les caractéristiques de droits sociaux qui y sont associées. Reste à déterminer si cette évolution représente une reconnaissance positive de la valeur économique des soins familiaux et de leur coût pour l'aidant – ou constitue en fait un moyen de justifier l'insuffisance de la fourniture publique de services de SLD et de politiques de conciliation travail-famille en faveur des aidants.

Les pays les plus favorables à l'aide aux aidants sont ceux qui offrent une fourniture universelle (ou presque universelle) de services, ou qui réduisent la quantité d'aide à fournir par les membres de la famille grâce à des allocations affectées à l'achat de services d'aide. Les politiques axées sur le soutien à l'aide exclusivement (ou quasi-exclusivement) dispensée par la famille via des allocations (et non pas un salaire) accordées à l'aidant familial risquent de freiner la participation au marché du travail des femmes peu qualifiées ou celles qui ont des responsabilités familiales lourdes, ce qui les rend vulnérables à la pauvreté en particulier lorsque la période d'aide prend fin. Les pays qui ont des politiques les moins favorables, ne fournissent aucun service, aucun congé et aucune allocation de soins, ou seulement des allocations très faibles. Il convient d'ajouter qu'ils ne soutiennent ni les aidants (qu'ils aient ou non un emploi) ni les personnes dépendantes elles-mêmes.

L'action prioritaire de l'UE en matière de conciliation entre vie professionnelle et vie privée a été lancée en 2016, avec une dimension spécifique concernant les aidants familiaux des personnes handicapées ou les personnes âgées dépendantes. Elle constitue une étape importante dans un long processus vertueux de convergence des politiques de SLD soutenables à la fois pour les budgets publics et pour les aidants familiaux. Le résultat de ce processus est cependant incertain, pour diverses raisons. Premièrement, en raison du principe de subsidiarité, les politiques nationales de SLD restent de la compétence de chaque État membre, ce qui limite l'impact potentiel des initiatives de l'UE, dans un contexte caractérisé par de larges différences entre pays en matière de dépenses (graphique 2), ainsi que de couverture et de formes de soutien. Ces différences entre pays ont été encore amplifiées par l'impact variable des mesures d'austérité nationales et de l'UE – certains des pays les plus touchés ayant des politiques de SLD moins développées. Deuxièmement, certaines évolutions des politiques sociales peuvent avoir des conséquences imprévues sur les personnes qui ont des ressources très inégales ainsi que des options personnelles différentes au sein de chaque pays et entre

eux. Troisièmement, il convient de souligner que l'accent mis sur le discours politique de l'UE dans ce domaine concerne exclusivement les aidants ayant un emploi. On ne tient pas compte des besoins des aidants qui sont en dehors du marché du travail, même si, dans de nombreux pays européens, ils constituent la majorité des personnes qui prennent l'aide en charge.

Enfin, nous devons souligner le changement progressif de signification de l'aide informelle au niveau des politiques nationales et dans le discours de l'UE. Des réformes transforment progressivement le statut d'aidant familial en statut embryonnaire de travailleur (par exemple, les cotisations sociales fictives, les indemnités pour les aidants, etc.). Mais il existe un risque que ce processus n'entre en conflit avec le désir croissant des personnes âgées de rester autonomes, et leur souhait de ne pas dépendre du soutien pratique de leurs enfants (lorsqu'ils en ont). Il existe également un risque que la refamilialisation de l'aide informelle se heurte à la tendance historique à l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail ainsi qu'aux changements démographiques et familiaux.

## Références

- Albertini M. (2016) Ageing and family solidarity in Europe. Patterns and driving factors of intergenerational support, Policy Research Working Paper 7678, World Bank Group, Poverty and Equity Global Practice Group.
- Albertini M. et Mencarini L. (2014) Childlessness and Support Networks in Later Life: New Pressures on Familistic Welfare States?, *Journal of Family Issues*, 35(3), 331-357.
- Albertini M. et Saraceno C. (2008) Intergenerational contact and support: the long-term effects of marital instability in Italy, in Saraceno C. (dir.) *Families, Ageing and Social Policy; Intergenerational solidarity in European Welfare States*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 194-216.
- Bettio F., Simonazzi A. et Villa P. (2006) Change in Care Regimes and Female Migration: The 'Care Drain' in the Mediterranean, *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271-85.
- Bouget D., Spasova S. et Vanhercke B. (2016) Work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives in Europe - A study of national policies 2016, European Social Protection Network (ESPN), Synthesis Report to the European Commission, Bruxelles. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1135&intPagelD=3588>.
- Brandt M., Haberkern K. et Szydlick M. (2009) Intergenerational help and care in Europe, *European Sociological Review*, 25(5), 585-601. doi:10.1093/esr/jcn076
- BusinessEurope (2015) Addressing the challenges of work-life balance faced by working parents and caregivers - BusinessEurope response to first-stage social partner consultation, Bruxelles, 15 décembre.
- BusinessEurope (2017) Position Paper on Work-Life Balance for Working Parents and Carers, Bruxelles, 22 juin.
- Caracciolo di Torella E. et Masselot A. (2010) *Reconciling Work and Family Life in EU Law and Policy*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- CES (2016), Position de la CES sur la deuxième étape Consultation des partenaires sociaux au niveau européen en vertu de l'article 154 du TFUE sur les actions possibles pour relever les



- défis de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée auxquels sont confrontés les parents qui travaillent et les soignants, 6 octobre 2016.
- Commission européenne (2015a) New start to address the challenges of work-life balance faced by working families, Roadmap, août, Bruxelles.
- Commission européenne (2015b) Programme de travail de la Commission pour 2016, L'heure n'est plus à une gestion conventionnelle, Strasbourg, COM (2015) 610 final, 27 octobre 2015.
- Commission européenne (2015c) The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060), European Economy 3/2015.
- Commission européenne (2015d) Première phase de consultation des partenaires sociaux, en vertu de l'article 154 du TFUE, sur d'éventuelles mesures concernant les problèmes pour concilier vie professionnelle et vie privée rencontrés par les parents et dispensateurs de soins qui travaillent, C(2015) 7754 final, 11 novembre 2015.
- Commission européenne (2016a) Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability, prepared by the Commission Services (Directorate-General for Economic and Financial Affairs), and the Economic Policy Committee (Ageing Working Group), Volumes 1 et 2, Bruxelles.
- Commission européenne (2016b) First preliminary outline of a European Pillar of Social Rights accompanying Commission Communication COM (2016) 127 final on 'Launching a consultation on a European Pillar of Social Rights', Staff Working Documents SWD(2016) 50 final and SWD(2016) 51 final. [http://ec.europa.eu/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/towards-european-pillar-social-rights\\_en](http://ec.europa.eu/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/towards-european-pillar-social-rights_en)
- Commission européenne (2016c) Statement accompanying the Commission Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on work-life balance for parents and carers and repealing Council Directive 2010/18/EU, 26 April 2017.
- Commission européenne (2016d) Examen annuel de la croissance 2017, COM (2016) 725 final, 16 novembre 2016.
- Commission européenne (2017) Proposition de Directive du Parlement européen et du Conseil concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et aidants et abrogeant la directive 2010/18/UE du Conseil, COM (2017) 253 final, 26 avril 2017.
- Commission européenne et CPS (2014) Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne.
- Conseil de l'Union européenne (2000) Résolution du Conseil et des ministres de l'emploi et de la politique sociale, réunis au sein du Conseil du 29 juin 2000 relative à la participation équilibrée des femmes et des hommes à la vie professionnelle et à la vie familiale, JO C 218, 31 juillet 2000, 5-7.
- Crespo L. (2006) Caring for parents and employment status of European mid-life women, CEMFI Working Paper, 0615, Madrid, Center for Monetary and Financial Studies.
- Da Roit B. et Naldini M. (2010) Should I stay or should I go? Combining work and care for an older parent in Italy, South European Society and Politics, 15(4), 531-51.
- Da Roit B., Hoogenboom M. et Weicht B. (2015) The Gender Informal Care Gap, European Societies, 17(2), 199-218. doi:10.1080/14616696.2015.1007153
- Dykstra P.A. et Hagestad G.O. (2007) Roads less taken: Developing a nuanced view of older adults without children, Journal of Family Issues, 28(10), 1275-1310.
- ESPN (2016) Thematic Reports on work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives, European Social Policy Network. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1135&intPagelId=3589>

- Eurofound (2015) Working and Caring. Reconciliation measures in times of demographic change, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne.
- Ghailani D. (2014) L'égalité des genres du traité de Rome au débat sur les quotas : entre mythes et réalités, in Natali D. (dir.) Bilan social de l'Union européenne 2013, Bruxelles, ETUI et OSE, 169-200.
- Giannelli G. C., Mangiavacchi L. et Picco L. (2010) GDP and the Value of Family Caretaking: How Much Does Europe Care? IZA Discussion Paper, 5046, Bonn, Institute for the Study of Labor.
- Graziano P., Jacquot S. et Palier B. (2011) The Domestic Usages of Europe in Reconciliation Policies, *European Journal of Social Security*, 13(1), 3-25.
- Haber kern K. et Szydlik M. (2010) State care provision. Societal opinions and children's care of older parents in Western Europe, *Ageing & Society*, 30(02), 299-323.
- Heitmueller A. et Michaud P.-C. (2006) Informal care and employment in England: evidence from the British Household Panel Survey, IZA Discussion Paper, 2010, Bonn, Institute for the Study of Labor.
- Jacquot S., Ledoux C. et Palier B. (2012) Changing French Reconciliation Policies and the Usages of Europe: Reluctant Europeanization, in Lombardo E. et Forest M. (eds.) *The Europeanization of Gender Equality Policies*. Gender and Politics Series, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 75-99.
- Jenson J. et Jacobzone S. (2000) Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers, *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, 41, Paris Organisation de coopération et de développement économiques.
- Keck W. et Saraceno C. (2010) Caring for an elderly parent while working for pay in the German welfare regime', *International Journal of Ageing and Later Life*, 5(1), 107-138.
- Kilkey M., Lutz H. et Möllenbeck P. (2010) Introduction: Domestic and care work at the intersection of welfare, gender and migration regimes: Some European experiences, *Social Policy and Society*, 8(3), 379-384.
- Kotsadam A. (2011) Does Informal Eldercare Impede Women's Employment? The Case of European Welfare States, *Feminist Economics*, 17(2), 121-144.
- Leitner S. (2003) Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective, *European Societies*, 5(4), 353-375. doi:10.1080/1461669032000127642
- MISSOC (2017) MISSOC Comparative Tables Database, janvier, Bruxelles, Mutual Information System on Social Protection.
- Murphy M., Martikainen P. et Pennec S. (2006) Demographic Change and the Supply of Potential Family Supporters, *European Journal of Population*, 22(3), 219-240.
- Naldini M., Pavolini E. et Solera C. (2016) Female employment and elderly care: the role of care policies and culture in 21 European countries, *Work, Employment and Society*, 30(4), 607-630. doi:10.1177/0950017015625602
- OCDE (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.
- OCDE (2016) *OECD Family Database, LMF2.4, Family-Friendly Workplace Practices*, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques.
- Orloff A.S. (1993) Gender and the social rights of citizenship: The comparative analysis of gender relations and welfare states, *American Sociological Review*, 58(3), 303-328. doi:10.2307/2095903
- Ranci C. et Pavolini E. (dir.) (2012) *Reforms in Long-term Care Policies in Europe, Investigating Institutional Change and Social Impacts*, New York, Springer.

- Ranci C. et Pavolini E. (2015) Not all that glitters is gold. Long term care reforms in the last two decades in Europe, *Journal of European Social Policy*, 25(3), 270–285.
- Saraceno C. (2004) De-familization or re-familization? Trends in income tested family benefits, in Knijn T. et Komter. A. (dir.) *Solidarity Between the Sexes and the Generations: Transformations in Europe*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 68-88.
- Saraceno C. (2010) Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective, *Journal of European Social Policy*, 20(1), 32-44.
- Saraceno C. et Keck W. (2010) Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?, *European Societies*, 12(5), 675-696.
- Saraceno C. et Keck W. (2011) Towards an integrated approach for the analysis of gender equity in policies supporting paid work and care responsibilities, *Demographic Research*, 25(11), 371-406.
- Sarasa S. (2008) Do Welfare Benefits Affect Women's Choices of Adult Caregiving?, *European Sociological Review*, 24 (1), 37–51.
- Sarasa S. et Billingsley S. (2008) Personal and household caregiving from adult children to parents and social stratification, in Saraceno C. (dir.) *Families, Aging and Social Policy. Intergenerational Solidarity in European Welfare States*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 123-146.
- Schmid T., Brandt M. et Haberkern K. (2012) Gendered support to older parents: Do welfare states matter?, *European Journal of Ageing*, 9(1), 39–50.
- Spiess K. et Schneider U. (2003) Interactions between Care-Giving and Paid Work Hours among European Midlife Women, 1994 to 1996, *Ageing and Society*, 23(1), 41–68.
- Triantafyllou J., Naiditch M. et Repkova K. *et al.* (2010) Informal care in the long-term care system, European overview paper, FP7 project-Interlinks, Athènes/Vienne, mai. [http://www.euro-centre.org/data/1278594816\\_84909.pdf](http://www.euro-centre.org/data/1278594816_84909.pdf)

Tous les liens ont été vérifiés le 05.11.2017.

