



This project is co-funded by
the European Union

Qualité des emplois et des services dans le secteur des services à la personne en Finlande

Décembre 2015

forquality.eu



Social Services Europe



NOTE INTRODUCTIVE

Le présent rapport a été élaboré, revu et finalisé grâce aux recherches de ses auteurs, aux apports et suggestions des partenaires du projet, aux suggestions et remarques faites par les participants-membres experts des partenaires lors des séminaires régionaux (Rome/Brighton/Vienne, 2015). Le rapport présente le secteur des services à la personne dans le pays étudié et dans le cadre des objectifs du projet For Quality!, en suivant la grille méthodologique validée par le consortium, sans prétendre à l'exhaustivité. Ses auteurs se sont efforcés d'intégrer les corrections et les remarques qui leur ont été signalées lors de ce processus. Toutefois, le contenu ne reflète pas nécessairement la vision des différents partenaires du projet qui n'assument aucune responsabilité quant aux informations contenues dans le présent rapport.

La présente publication a été soutenue financièrement dans le cadre du programme de l'Union européenne pour l'emploi et la solidarité sociale — Progress (2007-2013). Ce programme est mis en œuvre par la Commission européenne. Il a été établi pour appuyer financièrement la poursuite des objectifs de l'Union européenne dans les domaines de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances, et pour contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie Europe 2020 dans ces domaines.

Le programme, qui s'étale sur sept ans, s'adresse à toutes les parties prenantes susceptibles de contribuer à façonner l'évolution d'une législation et de politiques sociales et de l'emploi appropriées et efficaces dans l'ensemble de l'EU-28, des pays de l'AELE-EEE ainsi que des pays candidats et pré-candidats à l'adhésion à l'UE. Pour de plus amples informations, veuillez consulter: <http://ec.europa.eu/progress>.

Les informations contenues dans cette publication ne reflètent pas nécessairement la position ou l'opinion de la Commission européenne.

TABLE DES MATIERES

NOTE INTRODUCTIVE	2
TABLE DES MATIERES	3
INTRODUCTION	4
1. RÉGLEMENTATION ET POLITIQUES NATIONALES OU LOCALES	5
1.1. ANTÉCÉDENTS POLITIQUES.....	5
1.2. CADRE STRUCTUREL, FINANCEMENT ET ACTEURS CONCERNÉS.....	6
1.2.1. CADRE STRUCTUREL.....	6
1.2.2. FINANCEMENT.....	9
1.2.3. ACTEURS CONCERNES.....	10
2. QUALITÉ DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI	12
2.1. SÉCURITÉ DE LA CARRIÈRE ET DE L'EMPLOI.....	12
2.1.1. STATUT PROFESSIONNEL.....	12
2.1.2. REVENUS ET SALAIRES.....	14
2.1.3. PROTECTION SOCIALE.....	14
2.1.4. DROITS DE TRAVAILLEURS.....	15
2.2. DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ET PROFESSIONNALISATION.....	15
2.2.1. QUALIFICATIONS.....	15
2.2.2. RECRUTEMENT ET PENURIE DE PERSONNEL.....	17
2.3. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE.....	18
2.3.1. ORGANISATION DU TRAVAIL.....	18
2.3.2. EXPOSITION AU RISQUE ET PROBLEMES DE SANTE.....	18
3. QUALITÉ DU SERVICE	19
3.1. DISPONIBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES.....	19
3.2. EXHAUSTIVITÉ DES SERVICES.....	20
3.3. QUALITÉ DE LA RÉGLEMENTATION.....	20
4. CONCLUSION	21
5. BIBLIOGRAPHIE	22

INTRODUCTION

En Finlande, c'est dans les années 1950 qu'ont été développés les services à la personne (*Kotipalvelut & kotihoito*) organisés essentiellement par les services sociaux municipaux et destinés principalement aux personnes âgées¹. En 1997, un régime d'allègements fiscaux est prévu et s'applique au travail domestique (*kotitalousvähennys*). Il est établi définitivement en 2011. Une pluralité de services domestiques sont couverts par ce régime, tels que les tâches ménagères, différents travaux de réparation, la garde d'enfants et des services TI depuis 2009. D'autres mesures s'y ajoutent afin de servir les personnes âgées et handicapées. Les services à la personne (SAP) en Finlande relèvent « *du régime des services sociaux publics et du régime des soins de santé strictement règlementés et confiés aux municipalités* »².

Le secteur des SAP a été rapidement perçu comme potentiellement créateur de nombreux emplois, notamment compte tenu de certaines caractéristiques propres à la société finlandaise telles que le taux élevé d'emploi des femmes et le vieillissement de la population. En 1994, le taux d'emploi (% de la population en âge de travailler) y était pour les femmes de 55,4%, s'approchant donc de celui des hommes (57,6%)³. Par ailleurs, dans les années 1990, la population finlandaise vieillissait plus rapidement que la population des 12 autres États membres. Depuis 1990, la proportion des personnes âgées a pris de l'ampleur, une ampleur qui devrait s'affirmer au fil des prochaines décennies⁴.

En 2012, 42.600 personnes travaillaient dans le secteur des services à la personne, classés dans la catégorie de l'action sociale sans hébergement aux personnes dépendantes et aux enfants (NACE code 88). Le secteur des activités des ménages en tant qu'employeurs de personnel compte 8.100 emplois (NACE code 97). Respectivement, les deux secteurs représentent 4,8% et 0,3% de l'emploi en Finlande, un pourcentage relativement peu élevé en regard de celui des autres pays européens⁵.

¹ Kröger T. and Leinonen, A. (2011), Home care in Finland, living independently at home, reforms in home care in 9 European countries, *SFI-The Danish National Centre for Social Research*: p 118 (27/04/2015). Téléchargeable ici : <http://bit.ly/1QeCLLT>

² Jokinen E. (2015) European Employment Policy Observatory Ad hoc Request: Personal and household services Finland, Publication office of the European Union,, p1 (14/10/2015). Téléchargeable ici : <http://bit.ly/1G4Zn0C>

³ European Parliament, an overview of the social policy in Finland, Working documents, social affairs series. <http://bit.ly/1QICCKV> (29/04/2015)

⁴ Frossén K., Laukkanen A. and Ritakallio M. (2002), *Demographic trends in Finland*, Department of Social Policy, University of Turku: pp 5-6 (29/04/2015). Téléchargeable ici : <http://bit.ly/1HQJski>

⁵ France stratégie (2014), *gouvernance et organisation des services à la personne en Europe*, working document.

1. RÉGLEMENTATION ET POLITIQUES NATIONALES OU LOCALES

1.1. Antécédents politiques

Les SAP sont régis par une loi-cadre assez large : la Loi « Social Welfare » (sur l'action/la protection sociale) de 1982 et le décret portant le même intitulé qui l'accompagne en 1983. Sans offrir une réglementation précise des services à la personne, une définition y est au moins intégrée :

« Les services à la personne signifient la réalisation ou l'assistance à la réalisation de fonctions et d'activités d'entretien ménager, de soins aux enfants et à leur éducation, et d'autres fonctions et activités conventionnelles de la vie normale de tous les jours. »⁶

« Les services à la personne sont organisés comme suit :

- 1- assistance, aide et accompagnement de la personne à son domicile par un/e aide à domicile formé/e à cette fin ou par un/e aide à la gestion du ménage d'une personne ou d'une famille ;*
- 2- des services auxiliaires tels que les repas à domicile, l'entretien des vêtements, l'aide à la toilette, l'aide au nettoyage, l'aide à la mobilité et l'accompagnement, et les services de promotion de l'interaction sociale. »⁷*

Au début des années 1990, les SAP, alors essentiellement des services publics étaient assurés à 18,6% de la population de plus de 65 ans et 31,4% de la population de plus de 75 ans⁸. Ces chiffres faisaient à l'époque figure d'exception, même dans la région des pays nordiques. La récession, qui a frappé le pays en 1991, a engendré des réductions significatives des subventions du gouvernement central aux services sociaux et de soins de santé municipaux.

Par ailleurs, une décentralisation radicale, intervenue en 1993, délègue au niveau local les responsabilités financières et autres des services sociaux et de soins de santé. Les municipalités deviennent alors les organismes publics responsables des services publics sociaux et de soins de santé. La législation finlandaise n'est pas très précise en la matière et, concrètement, les municipalités jouissent d'une grande autonomie de gestion de ces services.

À l'origine, les services à domicile se concentraient sur des activités essentiellement ménagères. Dans les années 1990, un glissement s'est opéré vers la prestation de services à la personne, engendrant une réduction, voire la disparition, des services ménagers (tels que le nettoyage) de l'éventail des services assurés par les collectivités locales, une tendance décrite comme *« un glissement de services de soins au*

⁶ Social Welfare Act 710/1982, Section 9.

⁷ Social Welfare Decree 607/1983, Section 9.

⁸ Kröger T. and Leinonen A., *op. cit.* p120.

*ménage vers un service de soins au corps »*⁹.

Le système finlandais de soins de longue durée est financé par des deniers publics et est universel, accessible donc à tout citoyen. Le gouvernement finlandais étant appelé à respecter les droits fondamentaux et les droits de l'homme tels que l'égalité et la sécurité sociale (sections 6 et 19 de sa Constitution), le secteur public a le devoir de fournir un niveau décent de services de soins de longue durée aux personnes âgées¹⁰. La prestation de ces services en Finlande est régie principalement par deux lois : la loi « Social Welfare » (sur l'action/protection sociale) déjà mentionnée et la loi sur les soins de santé primaires. Par ailleurs, la loi sur les services et l'aide aux personnes handicapées stipule que les personnes gravement handicapées ont droit à un éventail de services différents (dont des services à domicile) et à une aide à la personne (depuis septembre 2009). Si la personne qui les sollicite remplit les critères définis par la loi, les municipalités sont tenues d'assurer ces services¹¹.

La nouvelle loi d'action sociale sur les services aux ménages est entrée en vigueur au 1 janvier 2015. Grâce à cette nouvelle loi, les familles avec enfants ont accès à une telle prestation de services en cas de maladie, d'accouchement, de burnout ou de situation de vie difficile comme un décès ou un divorce dans la famille. Avant, de tels services étaient limités à la seule protection des enfants¹². La famille, confrontée à des difficultés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, ne doit pas nécessairement devenir client de services d'aide à l'enfance pour avoir accès à ces services à domicile. Par conséquent, cette nouvelle législation élargit le champ d'application des services publics aux ménages et place ce genre d'activités au cœur d'un « *modèle de fonctionnement social proactif* »¹³.

1.2. Cadre structurel, financement et acteurs concernés

1.2.1. Cadre structurel

Les services à la personne en Finlande peuvent se ventiler en trois catégories :

- les services d'aide à domicile (*kotihoito*), qui comprennent la prestation de services à la personne et au ménage, et s'adresse surtout aux personnes dépendantes (âgées, handicapées, malades) ;
- les services auxiliaires, dont l'axe essentiel sont les soins de santé et à la personne englobent la garde d'enfants et des services d'accompagnement à domicile tels que des services de préparation de repas, d'aide à l'habillement et à la toilette, d'aide à la mobilité, d'aide au nettoyage et d'accompagnement ;
- les soins infirmiers à domicile sont des soins de santé offerts au bénéficiaire tels que la prise d'une

⁹ *Ibid.* p123.

¹⁰ Johansson, E. (2010), The Long-Term Care System for the Elderly in Finland, *ENEPRI research Report* , No.76: p 1

¹¹ *Ibid.* p119

¹² Jokinen E., *op. cit.* p2.

¹³ *Ibid.* p9.

médication¹⁴.

Les services à la personne sont du ressort des collectivités municipales qui en sont les principaux prestataires. Les municipalités peuvent opter pour être elles-mêmes les prestataires ou peuvent s'organiser en fédérations de municipalités voisines pour ces prestations. Les municipalités peuvent externaliser en achetant des services d'autres collectivités locales ou de prestataires privés¹⁵. La législation finlandaise ne prévoit pas de dispositions strictes sur l'étendue, la teneur ou le mode opératoire des services, d'où l'apparition de disparités entre les prestations de SAP de différentes collectivités locales qui se voient attribuer par la loi la compétence des services essentiels de base qui sont mentionnés dans la législation.

➤ Services de soins à domicile (*kotihoito*)

Un des traits propres à la Finlande en matière de SAP est le processus d'intégration entre l'aide à domicile et les soins infirmiers à domicile. Au départ, les services de soins infirmiers à domicile (*kotisairaanhoito*)¹⁶, mis à la disposition par les autorités des soins de santé, étaient clairement séparés des services d'aide à domicile fournis par l'aide sociale. Cette séparation a été largement critiquée, la fragmentation des soins étant trop importante et obligeant les usagers à traiter avec deux systèmes qui ne coopéraient pas entre eux. Pour répondre à ce problème et accroître également la rentabilité, de nombreuses collectivités locales ont créé une nouvelle forme de prestation unique de services appelée « soins à domicile » (*Kotihoito*), qui conjugue les deux services. Dans de nombreux cas, le processus a été associé à des réformes administratives, notamment la fusion des administrations d'aide sociale et de soins de santé en une seule entité au niveau local¹⁷. Ce nouveau modèle se propose de conjuguer les services d'aide à domicile et les services de soins de santé à domicile prestés par la même personne soignante (cf. section 2.2).

➤ Déduction fiscale pour les services d'aide à domicile (*kotitalousvähennys*) et le système des chèques-services municipaux pour les soins à domicile (*palveluseteli*)

Le secteur des SAP a connu un essor considérable depuis les années 1990 en Finlande, impulsé par le choix du consommateur et l'ouverture du secteur à la concurrence.

En 2001, une loi intitulée « Domestic Work Temporary Tax Deduction Act » - Déduction fiscale temporaire pour le travail domestique – (introduite pour la première fois en 1997) établit un régime de déduction fiscale pour les services à domicile (*kotitalousvähennys*). Ce régime permet aux Finlandais d'acheter des services d'aide à domicile de prestataires du secteur non-marchand, ouvrant ainsi le secteur des SAP à la concurrence. Ce système est l'aboutissement d'une initiative lancée par le parti social-

¹⁴ *Ibid.* p2.

¹⁵ OECD (2000), Early childhood education and care policy in Finland: pp 4-5 (27/04/2015). Téléchargeable ici : <http://bit.ly/1DXkMTj>

¹⁶ Kotisairaanhoito se réfère aux services de soins à domicile pour les personnes atteintes d'une maladie diagnostiquée.

¹⁷ Kröger T. and Leinonen A., *op.cit.* p 123.

démocrate. Il a été testé au début pendant trois ans, de 1997 à 2001, dans trois régions du pays (Finlande méridionale, Oulu et Laponie)¹⁸. L'achat direct de services à domicile s'élargit à tout le pays en 2001 et fait partie intégrante de la législation relative à l'impôt sur le revenu en 2001 (loi 24.11.2000/995). Ce régime d'allègement fiscal concerne les coûts de l'aide à domicile.

Types de services	Tâches et/ou conditions
Tâches ménagères	Nettoyage, préparation de repas, couture, repassage et lessive de vêtements, entretien du jardin en dehors de la maison
Soins et soins de jour	Garde d'enfants, aide aux personnes malades ou âgées à leur domicile
Travaux de réparation et d'entretien	<ul style="list-style-type: none"> • Ils peuvent se réaliser au domicile de l'utilisateur ou dans sa résidence de vacances ; • si le contribuable vit dans un logement loué, il/elle peut recourir à ce crédit si la personne est rémunérée pour la réparation ; • la personne doit occuper le logement en cours d'année ; • l'électroménager et les travaux de construction échappent à son champ d'application.
Services TI (depuis 2009)	Installation, entretien et accompagnement de l'utilisateur de technologies informatiques et de télécommunication, qu'il s'agisse du matériel, des logiciels, de la sécurisation des données ou de la connexion au réseau

Outre les services au domicile (et résidence de vacances) du contribuable, le crédit d'impôt s'étend au domicile des parents, des grands-parents et des membres de la famille. La déduction fiscale n'est pas possible si le client est déjà bénéficiaire de chèques-services, d'une aide à des soins informels ou d'une allocation privée de soins de jour¹⁹. Les résidents finlandais ayant un revenu imposable peuvent déduire 15% de leur salaire en 2015 (contre 30% en 2012) ainsi qu'une indemnisation du travail (45% en 2015 contre 60% en 2012) lors de l'achat de services à domicile²⁰. Entre 2009 et 2011, le plafond de la déduction était de 3000 euros. En 2011, il est ramené à 2000 euros. En 2015, il est valorisé et passe à 2400 euros²¹. Si la prestation de services est réalisée par un indépendant, le crédit d'impôt maximum est de 5.962 euros de son salaire brut, dont 22% représentent la moyenne des charges sociales. Le montant précis peut cependant fluctuer en fonction des charges sociales du prestataire employé, et donc, de son salaire. Quelques 10.000 heures de travail par an sont concernées par ce système. La dernière étude de ce système de déduction fiscale réalisée par le ministère des Finances en 2007 concluait que le système « *ne contribue pas nécessairement à augmenter l'emploi des plus bas salaires dans la mesure qui était souhaitée*²² ».

Ce système est surtout utilisé pour les travaux de réparation et d'entretien, et la part occupée par les services à la personne ne représente que 20% de l'ensemble du régime. Même si à l'âge adulte, les

¹⁸ EMCC observatory (2009), Tax credit for domestic help, Finland. (26/04/2015) <http://bit.ly/1zsQDO6>

¹⁹ Jokinen E. *op.cit.* p9.

²⁰ *Ibid.*

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.* p10.

enfants peuvent déduire les dépenses engendrées par les SAP achetés pour leurs parents, ce système est peu utilisé à cette fin.

La loi sur les chèques-services destinés aux soins de santé et à l'aide sociale est introduite en 2009 pour revaloriser la réglementation de l'efficacité de la diversité des pratiques locales en matière de services à domicile²³. Ce système permet la production et la prestation de soins à la personne par un mécanisme plus orienté vers le marché. L'introduction du système des chèques-services s'amorce en 2004 avec la loi sur les chèques-services d'aide sociale et de soins de santé. Plusieurs municipalités commencent à les distribuer à des usagers de soins à domicile (plus précisément, à des personnes dépendantes) pour rémunérer les services à la personne et le personnel soignant informel. Le système permet à l'utilisateur de choisir différents prestataires de services dans une liste agréée et subsidiée par la municipalité. Les municipalités peuvent opter pour la mise en œuvre ou non de ce système. Ce sont surtout les grandes municipalités qui y ont recours. Dans le secteur privé, l'utilisation de ce système de chèques-services peut avoir empêché le recours à des services externalisés. La part des dépenses consacrée à ces services était en 2012 de quelque 3,5% de l'ensemble des dépenses de l'aide sociale et des soins de santé, et 23% de ces services étaient externalisés²⁴.

1.2.2. Financement

Les services d'aide à domicile (LTC – long-term care – soins à long terme à domicile destinés aux personnes dépendantes et aux enfants) assurés par les municipalités sont financés par les impôts locaux et des subsides de l'État. Normalement, les subsides de l'État ne sont pas consacrés à des finalités précises au sein des municipalités. Ces dernières peuvent donc décider de l'affectation de la totalité du budget entre différents types de dépenses et du montant qu'elles souhaitent allouer aux services à la personne, par exemple²⁵. La part des dépenses d'aide sociale et de soins de santé allouée aux collectivités locales par l'État est fonction de la répartition de la population par âge, du taux de morbidité, de la densité de la population, de la superficie et de la situation financière de chaque municipalité.

Les impôts locaux prélevés pour les services à domicile assurés par les municipalités sont fonction du revenu, les personnes ayant des revenus plus élevés paient donc une contribution plus importante. Ce système a engendré la privatisation du secteur dont les services alternatifs aux services publics à domicile pouvaient être moins coûteux pour les personnes ayant une bonne ou une plus modeste pension²⁶. Ce glissement d'une prestation de services publics vers une prestation livrée au marché souligne les pressions exercées pour que s'amenuise progressivement le principe de l'« universalisme nordique », aux termes duquel toute personne, indépendamment de son niveau de revenu, doit avoir accès à un seul et unique régime de services (Kroger, Leinonen, 2011).

²³ Orseu, Structural framework – Overview of the personal and household services in the EU-FINLAND, working document.

²⁴ Jokinen E. *Op. cit.* p9.

²⁵ Johansson E. *Op.cit.* p5.

²⁶ Kröger. T. and Leinonen A. *Op.Cit.* p124.

Les dépenses totales en soins à long terme (composantes soins de santé et aide sociale), en 2011 (ou année plus proche) représentaient 2,1% du PIB finlandais. Le taux de croissance moyen annuel des dépenses publiques en soins à long terme (santé et aide sociale) était en termes réels entre 2005 et 2011 (ou année plus récente) de 3,8%. Au cours de cette même période, le taux de croissance annuel des dépenses publiques en soins à long terme à domicile était de 6,5% contre -4% en institutions²⁷. L'organisme finlandais de sécurité sociale y contribue très peu, voire n'y contribue pas. Le financement est assuré par les impôts et les contributions des usagers. La législation détermine le montant des contributions que peuvent prélever les municipalités pour de tels services. Pour les soins à domicile, la capacité de payer est le principe qui régit les contributions des usagers, qui est évaluée à l'aune du revenu, du type de soins fournis et de la taille du ménage. Le plafond de contribution est invariablement un pourcentage du revenu supérieur à un certain seuil²⁸.

1.2.3. Acteurs concernés

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé dirige et pilote le développement national et les politiques opérationnelles de la sécurité sociale, et des services sociaux et soins de santé. Avec le gouvernement et le Parlement, il établit les principes directeurs nationaux de la politique sociale et de santé, il prépare la législation sociale et des soins de santé ainsi que les grandes réformes. Il pilote, par ailleurs, leur mise en œuvre et entretient des contacts avec le niveau de prise de décision politique. Il existe un centre public d'expertise, le Centre national de recherche et de développement pour l'action sociale et la santé (STAKES), qui fonctionne sous les auspices du ministère des Affaires sociales et de la Santé. STAKES agit en tant qu'unité de réalisation de recherche et de développement, et autorité statistique.

Les services à la personne destinés aux personnes âgées et défavorisées sont principalement des services publics qui s'adressent aux familles avec enfants, aux familles de personnes âgées, de personnes handicapées et, dans une moindre mesure, à d'autres familles²⁹. En 2012, les municipalités ont assuré de tels services à 133.007 ménages finlandais dont 10.009 (7,6%) ont eu recours à des chèques-services. La part des personnes âgées ayant accès à ces services a connu une croissance rapide de 2005 à 2012, alors que la part des familles avec enfants reculait de 83% par rapport à 1990³⁰.

Le secteur du marché privé, que représentent des entreprises du secteur marchand et des ONG, offre des services d'aide-ménagère qui ne sont pas des soins (nettoyage, jardinage, préparation de repas...). Ces entreprises étaient au nombre de 3.305 ("kotityöpalveluyrityksiä") et employaient 29.606 personnes en

²⁷ OECD (2013), "Long-term care expenditure", in Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing: p187 (26/04/2015). Téléchargeable ici : <http://bit.ly/1Kqf7YN>

²⁸ Johansson E. *op.cit.* p 5

²⁹ Jokinen E. *op.cit.* p3.

³⁰ *Ibid.*

2013 contre un total de 3.353 entreprises qui employaient 27.000 personnes en 2011³¹.

Le tiers secteur, financé par des subsides de l'État qui sont très peu importants, et par des contributions bénévoles et des donations, est le troisième grand acteur des prestations de SAP aux personnes dans le besoin³². Le secteur emploie un peu plus de personnes que le secteur privé, à savoir 27.700 personnes en 2011 et affiche un chiffre d'affaires total de 1,5 million €, presque équivalent à celui du secteur privé. Cependant, la part consacrée par ce tiers secteur aux services aux ménages tant en termes de chiffre d'affaires que de personnel est assez réduite, ne dépassant pas 1-2%.

Deux tiers des services à la personne sont fournis par des collectivités locales. Les municipalités peuvent cependant externaliser une part de ces services à des organisations privées lorsqu'il s'agit de services à des personnes dépendantes³³. Par ailleurs, le développement du système des chèques-services pour les soins à domicile, que nous avons évoqué, modifie également la structuration de l'offre des SAP compte tenu que ces chèques-services ne peuvent être utilisés que pour acheter des services de soins (des services médicaux, notamment) à des structures privées³⁴. Un certain nombre de municipalités externalisent actuellement au moins une partie de leur propre prestation de services. Les services d'aide à domicile financés par des deniers publics sont donc concrètement assurés par des prestataires du secteur non-marchand ou du secteur marchand. Cependant, la diversité des deux prestataires est plus développée dans des municipalités plus importantes, alors que les SAP demeurent l'apanage des seules municipalités lorsqu'elles sont plus petites (Kröger, 2009).

➤ Soins informels

Depuis le début des années 1990, les débats publics se sont concentrés sur les difficultés rencontrées par les soignants issus de la famille et un système de soutien propre a été clairement établi. En 1993, la loi sur les soins informels a été mise en œuvre pour institutionnaliser ces soins informels et les intégrer dans des politiques de soins aux personnes âgées. La loi a été réformée en 2005 et s'intitule depuis *loi sur le soutien aux soins informels*³⁵.

Selon des enquêtes, les membres de la famille représentent une source non négligeable d'aide (voire la seule) pour les personnes de plus de 60 ans. Cependant, seule une part très limitée de ces soignants reçoivent un soutien officiel, le système étant tributaire des politiques locales et de la situation économique de la municipalité. Indiquons également que de nombreux membres de familles ne souhaitent pas demander une telle aide pour ne pas être officiellement ainsi qualifiés et rémunérés pour ces services.

³¹ *Ibid.*

³² *Ibid.*

³³ France stratégie, *op.cit.* p79.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Kröger T. and Leinomen A., *op.cit.* p124.

2. QUALITÉ DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI

2.1. Sécurité de la carrière et de l'emploi

2.1.1. Statut professionnel

Le statut professionnel dans le secteur des SAP peut prendre des formes diverses en Finlande. Les municipalités étant les premiers prestataires de SAP, le grand groupe employeur sont les départements de travail social des municipalités (quelque 80%). Les travailleurs ainsi engagés par les municipalités couvrent un éventail très large de tâches qui s'étend d'activités médicales de services à la personne, certains travailleurs étant habilités à réaliser des tâches médicales et des services ménagers³⁶.

Les 20% restants représentent la part confiée aux entrepreneurs privés (5%) et aux salariés qui travaillent dans le secteur privé (15%). Dans la plupart des cas, ils fournissent des services qui ne relèvent pas des soins³⁷. Leur statut professionnel peut être réglé par les municipalités dans le cadre d'accords d'externalisation, de contrats locatifs ou d'entrepreneuriats à temps partiel, ou par une relation d'emploi avec une entreprise privée ou une ONG. Les entrepreneurs travaillent essentiellement pour le ménage directement, dans le cadre d'un régime de déduction fiscale. Les travailleurs domestiques, dont les tâches sont normalement limitées aux activités de nettoyage, sont plus souvent employés par des entreprises de services de ce secteur.

➤ Existence de conventions collectives

La plupart des salariés du secteur des SAP sont couverts soit par la convention générale du secteur municipal (KVTES), par la convention collective du secteur privé des services sociaux ou par la convention collective du secteur des services immobiliers. Elles sont en général toutes contraignantes³⁸.

➤ Travail des migrants

Selon les données statistiques de 2009, la part des citoyens étrangers travaillant dans le secteur des services sociaux et des soins de santé est relativement réduite (3,4%), un pourcentage représentatif du nombre d'étrangers en Finlande. Le type d'emplois occupés en plus grand nombre par des personnes étrangères sont des emplois de nettoyage (13%), d'aide en cuisine (4,9%) et d'aides-soignants en milieu hospitalier et autres (4%). Les personnes étrangères sont surreprésentées au bas de l'échelle des fonctions du secteur des services sociaux et de soins de santé³⁹.

³⁶ Jokinen E. *op. cit.* p6.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ Jokinen E. *op. cit.* p6.

³⁹ Näre L. (2013), Ideal workers and suspects: Employers' politics of recognition and the migrant division of care labour in Finland, *Nordic journal of immigration research*, Versita: p74 (26/04/2015). Téléchargeable ici : <http://bit.ly/1ItjK7h>

Pourcentage d'étrangers dans les services sociaux et de soins de santé en Finlande en 2009 :

	Étrangers
Aides à domicile et aides-soignants	1,3%
Aides à la personne	2,2%
Garde d'enfants et aides maternelles	2,1%
Services de nettoyage	13%
Aides en cuisine	4,9%

Source : Statistics Finland, Employment statistics, 2009.

Pour la ville d'Helsinki, les statistiques révèlent que le nombre d'étrangers employés dans le secteur de l'aide sociale et des soins a presque triplé entre 2001 et 2009. En 2001, les étrangers représentaient 2,7% de l'emploi du secteur. En 2009, ce pourcentage s'élevait à 6,1%. Cependant, le nombre de ressortissants étrangers employés dans le secteur des soins aux personnes âgées a plus que triplé, atteignant 10,5% de l'emploi dans le pays en 2009. Cette proportion est supérieure à celle des étrangers dans l'emploi total à Helsinki, tous secteurs confondus. Ce chiffre confirme l'émergence d'une part de travailleurs migrants plus significative dans le secteur des soins dans la capitale⁴⁰.

Pourcentage d'étrangers dans le secteur social et des soins de santé (SSSS), consacré aux personnes âgées, et dans l'emploi dans la ville d'Helsinki, 2001-2009

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Étrangers (SSSS)	2,7	3,0	3,0	3,5	3,8	4,3	4,8	5,6	6,1
Étrangers dans les soins aux personnes âgées	2,5	3,0	3,4	4,0	4,8	5,9	7,2	9,0	10,5
Part des étrangers dans l'emploi total	3,8	4,0	4,1	4,4	4,8	5,3	6,0	6,7	6,9

Source : Statistics Finland.

➤ Réglementation du travail non déclaré

Selon la dernière évaluation réalisée en 2006 (Niilola et Valtakari, 2006), l'allègement fiscal accordé aux

⁴⁰ Näre L. *Op.Cit.* p75.

services à domicile a permis de réduire le pourcentage de travailleurs non déclarés de 60% à 25% entre 2001 et 2004. Le secteur de la rénovation a été le principal concerné⁴¹.

Ce tableau montre une estimation de l'augmentation de l'emploi déclaré selon les estimations des entrepreneurs eux-mêmes

	Estimation d'emplois créés (emplois-année)	Emplois qui auraient de toute façon existé*	Emplois non-déclarés (ancienne estimation-2004)**	Emplois non-déclarés (nouvelle estimation-2006)	Régularisation d'emplois non-déclarés
Rénovation	9077	6082	3467	1399	2068
Nettoyage	880	289	179	75	104
Total	9957	6371	3646	1474	2172

* près de 32% des acquéreurs de services de nettoyage les auraient de toute façon achetés (62% pour les services de rénovation)

** 62% pour des services de nettoyage selon une enquête auprès d'entrepreneurs (57% pour la rénovation)

*** 26% pour les services de nettoyage selon une enquête auprès d'entrepreneurs (23% pour la rénovation)

Source : (Niilola et Valtakari, 2006), p. 84

2.1.2. Revenus et salaires

Le salaire minimum n'existe pas en Finlande. Il existe cependant une convention collective dans la plupart des secteurs d'emploi qui détermine les conditions de travail et salariales minimales. Selon l'Institut finlandais de statistiques et l'Association des collectivités locales et régionales, le niveau moyen de rémunération dans le secteur public des SAP est de 2.534 € par mois (à mettre en regard du coût de la vie élevé en Finlande) pour 200 jours de travail par an, 2,5 visites par jour et 7,25 heures de travail par jour⁴².

Quant au secteur des soins informels et l'allocation à ses dispensateurs, elle était en moyenne de 416,32 € par mois en 2006. En 2011, l'allocation minimale nationale était de 353,62 €. Cette allocation fait partie des revenus imposables. Depuis 1993, notons que la personne au sein de la famille qui dispense ces soins a un droit légal à prendre des jours de congé (trois par mois depuis 2007).

2.1.3. Protection sociale

La protection sociale en Finlande s'inspire du modèle de protection sociale nordique qui se fonde sur les principes suivants :

- le principe d'universalité,

⁴¹ ORSEU, *op.cit.*

⁴² Jokinen E., *op.cit.* p6.

- des prestations proportionnelles au salaire pour les personnes employées,
- l'égalité de traitement.

Tout salarié a donc droit en Finlande à la protection sociale.

2.1.4. Droits de travailleurs

➤ Droits de négociation collective

La Finlande dispose d'un système de dialogue social bien développé. Dans le secteur des SAP, les travailleurs sont représentés par le Syndicat du personnel des services de soins de santé et services sociaux (Tehyry) et le Syndicat finlandais des praticiens infirmiers (Superry).

Les travailleurs domestiques sont organisés par le PAM, Syndicat des services. En 2010, la section nettoyage du PAM affiliait quelque 10.000 travailleurs (sur un total de 221.000 membres)⁴³. Dans la plupart des cas, ces travailleurs sont employés par des entreprises auxquelles des clients privés achètent des services de nettoyage. La relation d'emploi est depuis longtemps couverte par des conventions collectives. La convention en vigueur actuellement expire en janvier 2017. Elle a été négociée par le PAM et l'Association des employeurs du secteur immobilier⁴⁴. Selon le syndicat PAM, il est rare de voir un privé engager directement un travailleur domestique. C'est pourquoi cette relation d'emploi n'est pas couverte par une convention collective⁴⁵.

➤ Non-discrimination

La loi sur l'égalité hommes-femmes en Finlande établit l'obligation pour les employeurs d'élaborer un plan d'égalité entre femmes et hommes, qui doit prévoir le barème des rémunérations et les mesures pour traiter des problèmes de discrimination entre femmes et hommes.⁴⁶

Par ailleurs, la loi de non-discrimination (21/2004) interdit toute discrimination fondée sur l'origine ethnique ou nationale, la nationalité, la langue, la religion, la croyance, la condition médicale, le handicap, l'orientation sexuelle ou d'autres raisons personnelles.

2.2. Développement des compétences et professionnalisation

2.2.1. Qualifications

⁴³ EFFAT (2015), promote industrial relations in the domestic work sector in Europe, p.24. (19/10/2015) Téléchargeable ici : <http://bit.ly/1Mf85un>

⁴⁴ *Ibid.* p 37.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Ministry of finance (2006), The Finish public sector as employer: p.14. (26/04/2015). Téléchargeable ici: <http://bit.ly/1IvE0oO>

La loi et le décret sur les conditions de qualification des professionnels des services sociaux (272/2005) règlementent la qualification. Pour les services de soins à domicile, les exigences de qualification peuvent être jugées assez strictes et pointues, étant donné que la formation professionnelle est habituellement de 3 ans. Ces contraintes peuvent être un obstacle au développement du secteur. C'est la raison pour laquelle les négociations en cours avec le gouvernement proposent de ramener la formation professionnelle à deux ans⁴⁷.

Pour les activités ménagères, plusieurs efforts et initiatives ont été réalisés en vue de professionnaliser le secteur. En 2000, une qualification professionnelle de base orientée vers les compétences nécessaires aux services aux ménages et aux consommateurs était établie dans le cadre du secteur du tourisme, de la restauration et des arts ménagers (ISCED 3). Elle prévoit la possibilité de faire valider l'expérience acquise en démontant l'acquisition des compétences nécessaires. En 2010, cette qualification était intégrée à la qualification des services de nettoyage (200 personnes étaient qualifiées entre 2010 et 2012). Une qualification complémentaire en services de travail ménager était également mise à la disposition (240 personnes ont obtenu cette qualification en 2012)⁴⁸. Ces qualifications sont tout à fait distinctes des qualifications en services sociaux et soins de santé.

Quant aux SAP, des changements sont intervenus dans la qualification suite à la création d'un nouveau service appelé « soins à domicile » (*kotihoito*), évoqués dans la section 1.2. En 1993, les programmes de formations des aides à domicile et des aides-soignants ont été fusionnés et regroupés dans un programme de formation professionnelle de 3 ans (ou de deux ans pour les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement secondaire) et un nouveau titre professionnel a été créé, celui du « praticien infirmier » (*lähihoitaja*). Le but de ces praticiens est d'aider, de guider et d'accompagner les usagers dans les activités de la vie quotidienne. Dans ce système intégré de soins à domicile, c'est souvent la même personne qui réalise les activités d'aide et de soins infirmiers à domicile. Le système engendre cependant des différends entre les professionnels des soins de santé et les professionnels de services sociaux, les professionnels des soins de santé reprochant aux professionnels de services sociaux un manque d'expertise médicale suffisante alors que les professionnels de services sociaux regrettent cette importance majeure accordée au traitement médical⁴⁹. Dans une partie significative du pays, les « praticiens infirmiers » deviennent le plus grand groupe professionnel des services de soins à domicile.

Les services sociaux et de santé occupe la troisième position (17%) en termes de formation professionnelle.

⁴⁷ Jokin E., *op.cit.* p11.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ Kröger T and Leinomen A., *op.cit.* p134.

2.2.2. Recrutement et pénurie de personnel

Le vieillissement de la population, en général, accroîtra la nécessité de services sociaux et soins de santé à l'avenir, ainsi que celle du renouveau de la main-d'œuvre. Dans certains cas, la demande est bien supérieure à l'offre. Selon une étude de 2014 sur la mise en œuvre de la loi des services aux personnes âgées, les services d'aide à domicile des municipalités devraient pouvoir compter sur 16.861 salariés alors qu'ils ne sont en réalité que 13.488⁵⁰.

Quant aux praticiens infirmiers ou infirmiers auxiliaires, le nombre de candidats aux nouveaux postes vacants en 2013 n'était que de 2.858 pour 8.293 postes à pourvoir⁵¹. Un des problèmes clés est que de nombreuses personnes qualifiées optent pour travailler dans un autre secteur. Par exemple, ces praticiens infirmiers était 20.000 à travailler dans un autre secteur que celui des soins. Parmi les goulets d'étranglement identifiés dans les postes vacants des 20 secteurs les plus touchés en 2014, celui des praticiens infirmiers et des professionnels des SAP occupait la troisième place, juste derrière celui du personnel infirmier et médical. Pour répondre à cette pénurie de personnel, le nombre de places d'accueil dans les établissements d'éducation a été augmenté. Le système éducatif élargit les quotas de nouveaux étudiants, notamment pour l'obtention du titre de praticien infirmier. En ce qui concerne les services ménagers, des mesures ont été prises pour intégrer des chômeurs et des immigrants dans ces professions avec des degrés de réussite divers. Une formation non-formelle d'auxiliaires de soins (aide sociale et soins de santé à la personne) a été déployée pour cibler plus précisément les travailleurs licenciés, les personnes changeant de domaine professionnel et les migrants⁵².

Il est prévu que les besoins de main-d'œuvre augmentent de 9% (soit 125.000 salariés à l'horizon de 2025) dans le secteur des services sociaux et de soins de santé entre 2013 et 2025, ce qui accroîtra la pression sur la demande et l'offre de services à la personne⁵³. Entre-temps, le secteur a subi des réductions sensibles des subventions gouvernementales dans la foulée de la restructuration de l'État-providence en Finlande. Les négociations gouvernementales en cours prévoient des économies de 2 milliards d'euros au cours des quatre prochaines années⁵⁴, qui auront une incidence sur les SAP dont la plupart des services sont assurés par des structures publiques.

Le programme de développement multi-agent HYVÄ, coordonné par le ministère de l'Emploi et de l'Économie, a été mis en œuvre pour faire face aux changements démographiques et à un besoin croissant de main-d'œuvre dans le secteur des services sociaux et des soins de santé. Ses finalités sont : « *réduire les coûts pour le secteur public en ouvrant le secteur des services sociaux et des soins de santé, en*

⁵⁰ Jokinen E., *op.cit.* p7.

⁵¹ European Commission (2014), mapping and analyzing bottleneck vacancies on EU labour market: p2 (26/04/2015). Téléchargeable ici : <http://bit.ly/1QBefEX>

⁵² Jokinen E., *op.cit.* p18.

⁵³ *Ibid.* p10.

⁵⁴ *Ibid.* p8.

diversifiant les services et leurs modèles de production, en renforçant les choix à la disposition des clients et, enfin, en favorisant des nouvelles possibilités économiques, de croissance et d'exportations de services dans le secteur »⁵⁵. Le programme a pris fin en 2015 mais n'a pas encore été complètement évalué.

2.3. Santé et bien-être

2.3.1. Organisation du travail

En Finlande, tous les salariés jouissent d'une assurance légale accidents du travail. Tous les employeurs sont donc tenus légalement à assurer des services de santé professionnelle à tous leurs salariés. Les travailleurs indépendants peuvent y avoir accès sur une base volontaire. Les employeurs ainsi que les indépendants peuvent acheter ces services auprès d'un centre de santé de la collectivité locale ou d'un prestataire de services privés⁵⁶. Les employeurs doivent soumettre aux autorités de santé et sécurité les horaires de travail, en y mentionnant les périodes de repos et les heures supplémentaires. Ces informations doivent être accessibles aux travailleurs ou à leurs représentants, qui peuvent demander un rapport sur la base de ces dossiers⁵⁷.

2.3.2. Exposition au risque et problèmes de santé

➤ Pénibilité du travail

Selon certaines études, les conditions de travail dans le secteur des SAP (prestés par les municipalités) ont reculé depuis 2005, et l'explication pourrait résider dans l'accroissement de la charge de travail. Depuis la mise en œuvre de la loi sur les services aux personnes âgées dont le but principal est de permettre aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible, les services de soins à domicile se sont naturellement intensifiés. Selon une enquête du syndicat finlandais des praticiens infirmiers, dont 70% des personnes interrogées travaillaient dans le secteur public et le reste dans le secteur privé, le bien-être au travail était au plus bas dans le secteur des services sociaux et, plus précisément, dans les services aux personnes âgées⁵⁸.

Le problème de la pénurie de personnel dans les SAP peut être partiellement imputable aux salaires relativement bas dans le secteur des soins de santé, où le travail est physiquement et mentalement exigeant et où les conditions de travail sont souvent défavorables⁵⁹.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Ministry of Social Affairs and Health, characteristic of the social security system in Finland, Brochure 8ng (2013): p17 (26/04/2015). Téléchargeable ici : <http://bit.ly/1PdH6BW>

⁵⁷ EFFAT, *op.cit.*, p19.

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ European Commission, *op.cit.* p2.

Le travail des soins à domicile est actuellement perçu comme lourd et un nombre important de travailleurs ont le sentiment de ne pas être à même de répondre adéquatement aux besoins et souhaits des usagers. Par conséquent, de nombreux soignants à domicile ne se sentent pas bien dans leur travail et ne sont pas satisfaits de leurs conditions de travail. Par exemple, selon l'étude de NORDCARE, un quart (24,9%) de ces travailleurs déclarent « avoir normalement trop à faire » et presque autant (21,9%) se disent « incapables de répondre aux besoins des usagers ». En outre, un cinquième a « envisagé sérieusement de quitter ce travail » (Kröger, 2009). Lorsqu'interrogés sur leurs espoirs de changement, ils sont nombreux à répondre qu'ils souhaiteraient « plus de personnel » et « des soins plus personnalisés », c'est-à-dire « travailler sans la pression du temps » et « pouvoir ne pas se limiter aux besoins de base » (Leinonen, 2009)⁶⁰.

3. QUALITÉ DU SERVICE

3.1. Disponibilité et accessibilité des services

Entre 1990 et 2005, le taux de couverture de l'aide à domicile pour les personnes âgées est ressenti par 45,2% comme allant à l'encontre de la tendance générale suivie par de nombreux pays, à savoir élargir les prestations. Aux termes d'une enquête nationale réalisée en 2006, un tiers des personnes de 70 à 74 ans disent ne pas avoir reçu suffisamment de soutien extérieur. 20% des personnes interrogées se plaignent de l'insuffisance des services, notamment des services d'aide-ménagère⁶¹.

Selon l'Office d'audit national, les services municipaux ont rehaussé l'égalité entre personnes âgées en diminuant l'aide à des personnes n'ayant pas besoin de soins intensifs et à des personnes ayant des ressources suffisantes pour acheter des services par leurs propres moyens, permettant ainsi un transfert de ressources pour aider les plus faibles. Cette forme d'égalité engendre cependant l'érosion du principe nordique d'universalisme, qui entend offrir à tous les mêmes services, sans aucune distinction⁶².

Par ailleurs, le système d'allègement fiscal a permis à 370.000 ménages du pays de bénéficier de services domestiques en 2010. Cependant, ces mesures bénéficient prioritairement aux ménages ayant les plus hauts revenus. Dans la catégorie des revenus moyens (entre 20.000 et 25.000 € par an), seuls 7,1% des ménages ont bénéficié d'une réduction fiscale et moins de 5% dans la catégorie la plus basse. Par contre, 20% des ménages jouissant d'un revenu annuel de plus de 60.000€ ont bénéficié de cet allègement. Quelque 48% des bénéficiaires figurent parmi les 20% des ménages les plus aisés et ont reçu 56% du total des crédits d'impôts octroyés⁶³.

⁶⁰ Kröger T. and Leinomen A., *op.cit.* pp. 134-135.

⁶¹ Kröger T. and Leinome, A., *op.cit.* p133.

⁶² *Ibid.*

⁶³ European Commission, Thematic review on personal and household services, July 2015 (19/20/2015). Téléchargeable ici : <http://bit.ly/1Pxf57y>

3.2. Exhaustivité des services

Depuis 2005, les soins à domicile en Finlande sont devenus de plus en plus sélectifs et s'adressent aux « *plus âgés d'entre les âgés et plus faibles d'entre les faibles* ». La plupart des personnes de moins de 85 ans sont souvent exclues de ces services publics, des soins informels, si elles peuvent compter sur un membre de la famille⁶⁴.

Les soins informels étant institutionnalisés en Finlande, c'est la solution alternative qui prévaut pour les personnes âgées qui n'ont pas besoin d'une aide intensive. Les disparités entre usagers se creusent suite à cette obligation de se tourner vers des solutions alternatives (soit des services tributaires des mécanismes du marché ou des soins informels assurés par des membres de la famille) en l'absence de services publics. Les membres de la famille soignant estiment que la reconnaissance des soins informels est une évolution positive. Elle est cependant inefficace compte tenu de la faiblesse de l'allocation, du peu d'avantages et de la complexité de mise en place des jours de congé.

3.3. Qualité de la réglementation

Les municipalités doivent avoir un médiateur qui conseille et informe les usagers des services sociaux et évaluent les modalités de respect des droits des usagers au sein de la municipalité. Les collectivités locales réalisent aussi des enquêtes auprès de leurs résidents qui ont recours à des services à la personne pour en évaluer la qualité et le degré de satisfaction des usagers⁶⁵.

La loi sur le statut et les droits de clients de l'aide sociale (812/2000) officialise le droit à un bon service. La loi prévoit que l'utilisateur a le droit de se plaindre auprès des responsables du traitement qui lui est imposé. Différentes voies sont prévues à différents niveaux. Lorsqu'il s'agit d'une décision prise par un employé municipal, l'utilisateur doit faire une « demande de rectification » qui est adressée au Conseil de l'aide sociale des collectivités locales. Si la demande n'est pas prise en considération, la personne peut introduire un « recours administratif » auprès d'un tribunal administratif. L'utilisateur peut également se plaindre directement des agissements de l'autorité locale en introduisant un « appel municipal » auprès de l'Agence administrative de l'État régional, du médiateur parlementaire ou de ministre de la Justice.

L'autorité nationale de surveillance Valvira agréé les prestataires de services sociaux et de soins de santé qui souhaitent travailler dans le cadre des chèques-services.

⁶⁴ Kröger T. and Leinomen A., *op.cit.* p130.

⁶⁵ *Ibid.* p.132

4. CONCLUSION

Depuis les dernières décennies, le secteur des SAP en Finlande a sans conteste changé. Avant les années 1990, les services publics assuraient une part importante des SAP pour répondre aux besoins des personnes âgées et défavorisées, et ce faisant, disposaient d'une économie d'échelle non négligeable. La récession économique a modifié la donne, les SAP publics se consacrant essentiellement aux soins à la personne, notamment aux personnes nécessitant des soins intensifs (*les plus âgés d'entre les âgés et les plus faibles d'entre les faibles*). L'introduction d'un système d'allègement fiscal et de chèques-services a engendré un glissement d'un mécanisme public vers un mécanisme plus confié au marché. La privatisation n'est cependant pas la seule finalité du secteur et le paysage finlandais du secteur des SAP est plus complexe. La nouvelle loi sur l'aide sociale (2015) a accru les responsabilités du secteur public en matière de SAP. La restructuration en cours de l'État-providence finlandais et les négociations gouvernementales également en cours prévoient une baisse des dépenses publiques en services d'aide sociale qui pourrait être de mauvaise augure pour le devenir du secteur des SAP en Finlande.

5. Bibliographie

- EFFAT (2015), promote industrial relations in the domestic work sector in Europe.
- European Commission (2009), 2009 ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2009). European Economy 2.
- Frossén K., Laukkanen, A. and Ritakallio, M. (2002) *Demographic trends in Finland*, Department of Social Policy, University of Turku.
- Häkkinen U. and Letho, J. (2005), reform, Change and Continuity in Finnish Health care, *Journal of Health Politics, Policy & Law* 30, 79-96.
- Johansson E. (2010), The Long-Term Care System for the Elderly in Finland, *ENEPRI research Report*, No.76.
- Jokinen E. (2015), European Employment Policy Observatory Ad hoc Request: Personal and household services Finland, Publication office of the European Union.
- Kröger. T. and Leinonen A. (2011), Home care in Finland, living independently at home, reforms in home care in 9 European countries, *SFI-The Danish National Centre for Social Research*, (2011):
- Ministry of Social Affairs and Health (2013), characteristic of the social security system in Finland, Brochure 8ng.
- Näre L. (2013), Ideal workers and suspects: Employers' politics of recognition and the migrant division of care labour in Finland, *Nordic journal of immigration research*, Versita.