



This project is co-funded by
the European Union

Qualité des emplois et des services dans le secteur des services à la personne aux Pays-Bas

Décembre 2015

forquality.eu



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 MATIÈRES

NOTE INTRODUCTIVE.....	2
TABLE DES MATIÈRES	3
1. REGLEMENTATION ET POLITIQUES NATIONALES OU LOCALES.....	4
1.1. ANTECEDENTS POLITIQUES ET JURIDIQUES	4
1.2. CADRE STRUCTUREL, FINANCEMENT ET ACTEURS CONCERNES.....	7
2. QUALITÉ DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI.....	9
2.1. SECURITE DE LA CARRIERE ET DE L'EMPLOI	9
2.1.1. STATUT PROFESSIONNEL	9
2.1.2. REVENU ET PROTECTION SOCIALE.....	14
2.1.3. DROITS DES TRAVAILLEURS	15
2.2. DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES ET PROFESSIONNALISATION	16
2.3. SANTE ET BIEN-ETRE.....	17
3. QUALITÉ DU SERVICE	18
3.1. DISPONIBILITE ET ACCESSIBILITE DES SERVICES	18
3.2. EXHAUSTIVITE DES SERVICES	19
3.3. QUALITE DE LA REGLEMENTATION	19
3.4. QUALITE DE GESTION ET NIVEAU ORGANISATIONNEL	20
4. CONCLUSION	22
5. BIBLIOGRAPHIE.....	24

1. REGLEMENTATION ET POLITIQUES NATIONALES OU LOCALES

1.1. Antécédents politiques et juridiques

La terminologie des services à la personne (SAP) décline de nombreux services différents aux personnes et aux ménages. Dans le contexte néerlandais, les SAP peuvent être prestés par des personnes dont les statuts professionnels peuvent varier considérablement : des salariés travaillant pour des prestataires de soins (organisations), des indépendants, des amis ou des parents¹. Compte tenu de l'éventail très large des activités réalisées, ces services ne sont pas perçus comme un secteur économique cohérent aux Pays-Bas et, par conséquent, il n'existe pas de définition légale générale². Les bases de données statistiques n'affichent pas un chiffre unique permettant de visualiser les tendances dans le secteur. Il existe cependant des données disponibles pour la plupart des éléments séparés des SAP.

La politique néerlandaise des soins à long terme³ mise sur la qualité, l'accessibilité et un prix raisonnable des soins. La philosophie qui sous-tend ce système est que l'État est responsable des personnes ayant besoin de soins. Le système public néerlandais d'assurance de soins à long terme a été introduit en 1968 et ce fut le premier pays de l'OCDE à s'en doter. Il est actuellement régi par trois lois importantes : « WLZ », « Wmo »⁴ et « Zvw ».

¹ European Employment Policy Observatory (EEPO), Ad hoc request: Personal and household services - the Netherlands, 2015, <http://bit.ly/1LaM2m2>.

² Aux Pays-Bas, les services à la personne (*persoonlijke diensten*) couvrent les activités telles qu'activités à domicile qu'un particulier peut exécuter par lui-même, ou confier à une tierce personne. On distingue trois catégories d'activités, relevant chacune d'une réglementation : les services de la vie quotidienne (bricolage, jardinage, travaux ménagers...), les services aux personnes dépendantes (soins à domicile, assistance aux personnes âgées...) et les services à la famille (garde d'enfants). Le marché des SAP n'est pas homogène. On distingue trois types de marchés :

- Les services de type commercial, financés par les utilisateurs particuliers : L'offre et la demande déterminent le prix.
- Les soins financés par la collectivité (par WLZ et Wmo) : Les lois du marché ne jouent qu'un rôle subsidiaire, car l'allocation de soins découle d'une estimation du besoin en soins des personnes dépendantes.
- L'aide informelle aux personnes dépendantes (*mantelzorg*) apportée sans rémunération par l'entourage immédiat (famille, amis, voisins...) ou des personnes bénévoles.

Le marché des services de type commercial peut se subdiviser en marchés formel et informel :

- Marché formel : l'offre et la demande passent par le biais d'entreprises et d'établissements dédiés au secteur des SAP
- Marché informel : l'offre et la demande se réalisent entre particuliers (famille, amis...).

Source: Kergueris J., Services à la personne: bilan et prospective, Sénat, 2010.

³ Les soins de long terme font partie des SAP. Ils sont composés de soins formels à domicile, soins formels institutionnels et soins informels.

⁴ La loi WLZ a été décrite particulièrement grâce à Joost Broumels et Jolanda Verbiesen. La description d'AWBZ et de Wmo provient principalement de: Mot Esther, The Dutch system of long-term care, CPB document, n°204, 2010.

Commençons par la première, WLZ (WLZ - *Wet langdurige zorg – loi sur les soins à long terme*), qui s'applique aux personnes qui requièrent des soins intensifs quotidiens ou une surveillance suivie, par exemple, les personnes âgées atteintes de démence avancée ou des personnes souffrant de troubles mentaux, physiques ou sensoriels graves.

Cette loi a été introduite le 1^{er} janvier 2015 et a remplacé en partie la loi générale sur les coûts exceptionnels de maladies (AWBZ - *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*)⁵. Avant la réforme lancée en 2014, chaque résident néerlandais était assuré aux termes de cette loi contre les risques de coûts personnels engendrés par la maladie. Les services couverts par cette loi étaient nombreux : les soins à la personne, les soins infirmiers, l'assistance, le traitement et le séjour en institution. L'assistance comprend les soins de jour en groupe et l'assistance personnelle, sa finalité étant de permettre aux personnes de vivre en toute indépendance (par exemple, aide à l'organisation du ménage ou à son administration). L'assistance se propose également d'améliorer la participation sociale : promenades, sorties, etc. Cette loi générale entendait partager les risques entre les personnes dont les besoins de soins à long terme sont plus importants et les personnes pour lesquelles ces besoins sont moindres. Ce partage est possible grâce au mécanisme de primes et de prélèvements pour soins à long terme. La législation a été largement modifiée en 2014 en vue de décentraliser les responsabilités de l'État national vers les municipalités. Depuis le 1^{er} janvier 2015, les municipalités se sont vu déléguer la responsabilité de la petite enfance, de l'emploi et des revenus, ainsi que les soins aux personnes âgées et aux personnes souffrant de maladies chroniques.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, la nouvelle loi sur les soins de longue durée a introduit quatre grands changements :

- L'accompagnement à domicile relève de la municipalité et parmi ses tâches, figurent le conseil, les soins de jour et le logement protégé ou adapté. Cette responsabilité est établie dans la loi sur l'accompagnement social de 2015 (Wmo 2015).
- Les municipalités sont également responsables de tous les jeunes aux termes de la loi dite juvénile.
- Les soins infirmiers et les soins à domicile sont couverts par l'assurance santé. À titre d'exemples, en font partie l'administration de médicaments et l'aide à la toilette de la personne. Cette disposition est établie dans la loi sur l'assurance santé.
- L'État conserve la responsabilité des soins intensifs journaliers et de la surveillance étroite. Il s'agit de soins de longue durée prévus dans la nouvelle loi WLZ. Des établissements sont également à la disposition des personnes qui ne souhaitent pas recevoir ces soins à domicile.

La seconde loi la plus importante sur les soins à long terme aux Pays-Bas est la loi sur le soutien social

⁵ Les autres parties qui appartenaient à AWBZ relèvent dorénavant du ressort des municipalités et sont incluses dans la Wmo (lire dessous).

(Wmo - *Wet Maatschappelijke Ondersteuning*). Il s'agit d'une loi appartenant à la catégorie des services sociaux mise en œuvre par le conseil municipal. Cette loi régleme le soutien et les soins à domicile des personnes handicapées et âgées, et a cédé la responsabilité assumée auparavant par l'État aux municipalités qu'il s'agisse d'une aide en nature ou en espèces, que permettent d'assurer les budgets personnels (PGB - *Persoonsgebonden Budget*).

La première étape de la décentralisation a eu lieu en 2007 lorsque les soins à domicile ont été transférés de la loi AWBZ vers la loi Wmo. Au 1 janvier 2015 (Wmo 2015), la décentralisation s'approfondit et les municipalités se voient déléguer les responsabilités suivantes :

- la plupart des services sociaux à la jeunesse,
- les soins et l'aide à la personne (Wmo),
- les soins de longue durée demeurent centralisés mais de nombreuses tâches sont décentralisées suite à la promulgation de la loi Wmo,
- le droit à l'éducation,
- le droit à la participation au marché du travail.

Depuis le 1 janvier 2015, un nombre moindre de personnes reçoivent une aide à domicile en application de la nouvelle loi Wmo. En 2015 et 2016, un complément de budget est donc à la disposition des municipalités sous forme d'allocation à l'aide à domicile (HHT - *Huishoudelijke Hulp Toelage*). Ce HHT aide à sauvegarder des emplois à domicile. Il aide les municipalités en facilitant aux clients-Wmo l'engagement d'une aide à domicile à un prix moindre que son coût réel. L'aide à domicile est employé par un prestataire de services. Pour développer une main-d'œuvre forte, les plans HHT sont assortis d'objectifs qui permettent de mieux définir les besoins régionaux ou locaux et de maintenir, voire développer, les services à domicile du marché. Ces changements intervenus en 2015 ne s'inscrivent pas tous dans le prolongement de la nouvelle loi Wmo mais dans celui des différentes mesures législatives visant à déléguer plus de tâches aux municipalités.

Enfin, la troisième loi en termes d'importance pour les SAP financés par des deniers publics est la loi sur l'assurance santé (Zvw - *Zorgverzekeringswet*) dont les activités sont coordonnées par les entreprises du secteur de la santé. Cette loi régit les soins de santé et les soins au domicile de la personne⁶.

Globalement, si les municipalités sont dorénavant celles qui portent la plus grande responsabilité de l'exécution de la nouvelle législation sur les SAP, le gouvernement central conserve l'attribution de la législation qui régit le secteur des SAP. Sa finalité est de garantir que les conditions soient remplies pour réaliser les objectifs politiques (accessibilité de soins de bonne qualité à un prix abordable). Cette

⁶ EEPO, 2015.

responsabilité étant générale, de nombreuses responsabilités plus précises sont prévues au niveau micro, des prestataires privés de ces soins, qui sont tenus d'en assurer la bonne qualité ainsi que la bonne gouvernance de leurs organisations.

En 2012, 3,8% du PIB néerlandais étaient dépensés en soins à long terme, le pourcentage le plus élevé de l'UE⁷. Les réformes en cours tentent de diminuer les dépenses publiques et la décentralisation se conjugue à d'importantes réductions budgétaires des activités sociales des municipalités⁸.

En ce qui concerne les services à la personne financés par le privé et réalisés à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison, près d'un million de ménages néerlandais les achètent, ce qui représente 272 millions d'heures de travail et une dépense totale de quelque 2,5 milliards € par an. Cette dépense est à la fois consentie par les ménages individuels et par des acteurs tiers tels que le gouvernement. En moyenne, donc, un ménage achète 196 heures de services par an. La plupart de ce travail (95%) tombe dans le champ d'application du règlement relatif aux services à domicile (*Regeling Dienstverlening aan Huis*), qui stipule que la prestation d'un tel service n'établit pas de relation employeur-salarié si la prestation hebdomadaire ne dépasse pas les quatre jours de travail par semaine.

Enfin, notons que la garde d'enfants relève du secteur privé. Les parents ont cependant droit à un allègement fiscal (*Kinderopvangtoeslag*) qui rembourse une partie de ces dépenses en fonction des heures de travail accomplies et du revenu du ménage.

1.2. Cadre structurel, financement et acteurs concernés

Aux termes de la loi WLZ régissant les soins à domicile et en établissement, les soins de longue durée relève principalement de la responsabilité du gouvernement central : 32 offices régionaux (*zorgkantoren*) se sont vu attribuer l'achat de soins avec des financements publics. Pour de tels soins, les personnes s'adressent donc à ces offices. Depuis le 1 janvier 2015, lorsque l'aide à la jeunesse a commencé à être régie par la loi juvénile, la responsabilité a été dévolue aux municipalités. Ces offices sont en général des sous-divisions de la principale assurance santé de la région⁹ et ne disposent pas d'un budget propre (sauf pour ses coûts administratifs). Les prestataires de soins sont directement rémunérés par un fonds public général (AFBZ - *Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten*) sur la base des contrats conclus avec les offices chargés de l'achat des soins, sans perdre de vue que la prestation de soins a été largement décentralisée du niveau de l'État vers le niveau municipal (avec la promulgation de la Wmo en 2007 et 2015).

Les tarifs des soins en établissements sont réglementés alors que les tarifs des soins à domicile sont l'aboutissement d'une négociation entre les offices chargés de leur achat et les prestataires de ces soins.

⁷ In 2007 le total des dépenses AWBZ avoisinait 22 milliards € (soit 4% du PIB). Source: Mot Esther, 2010.

⁸ EEPO, 2015.

⁹ OECD, OECD Economic surveys: Netherlands 2012.

Les prestataires de soins en établissements doivent être des organisations du secteur non-marchand alors le marché des soins à domicile est ouvert aux entreprises du secteur marchand.

Les municipalités et les ONG (par exemple, les assurances) peuvent préciser des critères dans le cadre de ce périmètre général et sont responsable de l'organisation du système. Le gouvernement néerlandais établit le règlement-cadre, dans le périmètre duquel les municipalités et les organismes indépendants développent leurs propres règles. Les organismes indépendants « administrent » les soins infirmiers à domicile et les services à la personne ; les municipalités règlementent l'aide à domicile. Avant la réforme du 1 janvier 2015, la loi néerlandaise sur le soutien social, Wmo, prévoyait une description générale des responsabilités municipales et exigeait des municipalités qu'elles élaborent, par écrit, tous les quatre ans leur vision du soutien social, dont l'aide à domicile. Les municipalités décident de l'éligibilité, des prix des services et des services qui seront précisément financés par des financements publics. L'autorité néerlandaise des soins de santé définit des prix maxima des services à la personne et des soins infirmiers à domicile ; le Centre d'évaluation des soins (CIZ - *Centrum Indicatiestelling Zorg*) décide des critères d'éligibilité dans le cadre des lignes directrices gouvernementales.

Depuis la réforme du 1 janvier 2015, le rôle de ce centre est limité par les dispositions de la loi WLZ et non de la loi Wmo de 2015. La loi Wmo de 2015 est claire et distincte de celle du WLZ. L'évaluation en est donc séparée et se réalise intégralement sous la houlette des municipalités ou du centre CIZ. Les lois Wmo de 2015 et de WLZ offrent un cadre juridique à l'échange de données entre le CIZ et les municipalités pour la mise en œuvre de ces lois.

Le financement du système des soins est partiellement assuré par les revenus de la fiscalité, selon les dispositions légales WLZ et Wmo, et partiellement par l'assurance. En général, les bénéficiaires de ces services doivent en couvrir une partie des coûts (*eigen bijdrage – contribution propre*), versée aux CAK (office de l'administration centrale). Outre les soins publics, il existe également des soins privés.

Les Pays-Bas dépensent de 1 à 5% du budget national de la santé en soins à domicile. Échappant parfois au régime des soins de santé, les écarts sont importants entre les services sociaux à domicile et les soins de santé à domicile en termes de pourcentage du PIB. L'ensemble des soins à domicile représente jusqu'à 0,70% du PIB aux Pays-Bas. Le pays en dépense une part relativement élevée en soins à domicile.

Le financement à long terme du système des soins de longue durée devient problématique. Les dépenses (WLZ) en 2013 s'élevaient à 28,5 milliards € (aide à domicile AWBZ et Wmo). Le débat politique en cours se concentre sur la limitation de l'accessibilité aux soins WLZ aux plus vulnérables et aux services les plus nécessaires. La contribution des personnes ayant des revenus plus importants est plus élevée.

Depuis le début de 2010, les chèques-services appelés « Alfachèques » sont testés par plusieurs municipalités (Tilburg, Breda, Oisterwijk, Gorinchem)¹⁰, tout comme les travailleurs engagés dans ce

¹⁰ EFSI, White book on personal and household services in ten EU Member States, 2013.

cadre (*alphahulpen*). Plutôt qu'un service en nature mis à la disposition par les municipalités, elles distribuent des chèques-services aux ayant-droit aux prestations Wmo. En fonction de la situation personnelle du bénéficiaire, la municipalité détermine le nombre d'heures et de chèques-services auquel a droit le bénéficiaire. Le budget personnel octroyé est directement versé sur le compte bancaire du bénéficiaire. Grâce à ces chèques-services, les bénéficiaires sont supposés recevoir le service du travailleur de leur choix. Un chèque de 12,80 € peut être échangé contre une heure de travail à domicile. Ce montant comprend le pécule de vacances et les congés payés. Les bénéficiaires peuvent devoir payer une contribution à ces chèques en fonction du niveau de leur revenu. Par conséquent, les municipalités peuvent récupérer de 5 à 6 € par heure par rapport aux services en nature, les employeurs de ces travailleurs alfa étant exonérés du paiement des charges sociales. Les chèques-services offrent une meilleure maîtrise aux municipalités en garantissant que les chèques-services ne puissent être utilisés que pour le paiement des services de travailleurs opérant dans le cadre de ce système. Cependant, la preuve des modalités de dépense du budget personnel soumise par les bénéficiaires accroît la charge administrative pour les usagers et les autorités publiques. Par ailleurs, ces travailleurs ne jouissent pas de droits et prestations réguliers. Enfin, et ce n'est pas le plus négligeable des aspects, l'emploi de ces travailleurs est un mode opératoire permettant de réduire le budget des soins de longue durée.

Une voie de soutien au développement d'une main-d'œuvre forte est d'éviter un recours trop fréquent à ces travailleurs qui ne sont pas employés dans le cadre des services à domicile mais par l'usager ou l'usagère. L'emploi est régi par le règlement « Service à domicile » et il est dès lors indispensable que les conditions en soient respectées. Pas plus de trois jours par semaine ne peuvent être consacrés au même client, le client ne devant pas payer de primes, les travailleurs dans ce système ne sont pas assurés comme des salariés réguliers et n'ont pas d'assurance invalidité.

2. QUALITÉ DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI

2.1. Sécurité de la carrière et de l'emploi

2.1.1. Statut professionnel

La population des Pays-Bas est d'environ 16,9 millions de personnes. En 2012, les personnes ayant un emploi représentaient 7,9 millions de personnes (de 15 à 65 ans), soit quelque 67,2%¹¹.

En 2012, les travailleurs du secteur des soins de proximité destinés aux personnes âgées et handicapées étaient au nombre de 132.200 pour 2.055 établissements. En 2011, 1.348.900 personnes étaient employées dans le secteur des services sociaux et soins de santé, ventilés en partie comme suit : 88.000

¹¹ Cedefop, Netherlands - VET in Europe – Country report, 2013. A titre de comparaison, en 2014 la main d'œuvre concernait 7,2 millions de personnes, soit environ 65,7% (Source: Statistics Netherlands - CPB).

dans le secteur des soins de santé mentale, 161.000 dans le secteur des soins aux personnes handicapées, 193.000 dans le secteur des soins à domicile et 72.000 dans les services d'aide sociale (soit un total de 514.000 emplois)¹².

Cette tendance à l'augmentation des travailleurs des soins à domicile devrait se poursuivre les prochaines années. Le secteur pourrait offrir un plus grand nombre d'emplois, notamment mieux qualifiés. La grande majorité des travailleurs sont des travailleuses et l'emploi dans des services à domicile est généralement considéré comme peu sérieux.

L'offre est généralement insuffisante par rapport à la demande, compte tenu du manque de personnel qualifié, du grand taux de rotation du personnel, et du recours encore trop faible aux nouvelles technologies pour le développement de nouveaux services et pour faire correspondre l'offre à la demande.

Relation contractuelle entre l'employeur et le salarié

Lorsque des personnes âgées ou handicapées engagent du personnel pour des soins à domicile à raison d'un maximum de trois jours par semaine, le contrat est régi par le règlement sur le travail domestique de 2007¹³. Les personnes, qui emploient ainsi du personnel, sont exonérées de toutes charges sociales et impôts, de demandes d'autorisation de licenciement ou d'autres obligations administratives. Elles peuvent utiliser leur budget personnel, attribué par la municipalité, pour payer le salaire de leur personnel ainsi employé.

Le personnel doit recevoir au moins le salaire minimum national, avoir droit à 8% du salaire au titre de pécule de vacances et à quatre semaines de congés payés, mais n'ont pas droit aux avantages dont sont assortis les contrats de travail normaux, tels que les contributions à un fonds de pension, les prestations de chômage ou une assurance pour incapacité de travail.

Les personnes plus âgées étant souvent peu informées des responsabilités de l'employeur, cette relation contractuelle convient à des personnes à même d'assumer ce rôle d'employeur.

En ce qui concerne la qualité des services à domicile, l'allocation d'aide domestique (HHT) et sa seule utilisation possible pour la rémunération de personnel régulier contribuent à une meilleure employabilité du personnel concerné. Les municipalités préfèrent cependant le régime Alfa pour les services domestiques, par exemple par le recours au budget personnel ou par des dispositions générales. Cette préférence engendre des tensions entre le désir de prester le plus grand nombre de soins possibles et les principes du travail décent.

¹² Eurofound, More and better jobs in home-care services, 2013.

¹³ EFSI, 2013, ibid.

Existence d'une convention collective

Le personnel employé par les entreprises de services à la personne ou d'entretien/entretien ménager est couvert par une convention collective sectorielle qui peut prévoir de meilleures conditions de travail que la législation générale néerlandaise. Ce n'est pas le cas des personnes qui réalisent ces SAP pour compte propre¹⁴. Elles doivent négocier leur salaire et leurs conditions de travail avec la personne qui les emploie. Néanmoins, le personnel a droit au moins à l'équivalent du salaire minimum légal brut. Les entreprises privées peuvent demander une rémunération plus élevée qui prenne en considération les charges sociales. Il est actuellement plus intéressant d'employer une personne non-déclarée tant pour l'employeur que pour l'employé dont la rémunération nette sera plus élevée que s'il devait la déclarer.

Les syndicats FNV et CNV Vakmensen ont négocié une convention collective, en 2014, pour le secteur du nettoyage, incluant le nettoyage au domicile de particuliers, avec l'organisation des employeurs OSB¹⁵. Cette convention ne couvre pas seulement le personnel du secteur du nettoyage engagé par des agences mais également le personnel employé directement par des particuliers.

Le personnel du secteur des soins à domicile et à la petite enfance est couvert par une convention collective¹⁶.

- La convention collective du secteur des soins à domicile règlemente les salaires, le paiement des heures supplémentaires, le temps de travail, les vacances et congés, la formation et l'éducation. La principale finalité de cette convention est de fixer un taux horaire minimum pour le personnel des services de nettoyage aux particuliers et pour éviter un dumping salarial plus important. Enfin, les parties ont négocié un tarif de 10 € l'heure. Les partenaires sociaux se sont cependant rendu compte que les municipalités proposent généralement un taux horaire inférieur à 10 € dans leurs appels d'offres.
- Dans le secteur des soins à la petite enfance, la convention collective a expiré le 1 janvier 2015 et une nouvelle n'est pas encore finalisée suite aux difficultés rencontrées en cours de négociation.

Nature de l'employeur

Il n'existe pas aux Pays-Bas de prestataires publics de tels services, ils sont tous privés, issus du secteur non-marchand (dans la grande majorité des cas) ou du secteur marchand.

Les contrats officiels définissent les responsabilités et devoirs des soignants ainsi que le temps de travail.

En ce qui concerne le travail non-déclaré, le pourcentage de la population néerlandaise de 15 à 64 ans

¹⁴ Kergueris J., Services à la personne : bilan et prospective, Rapport d'information, Sénat, 2010.

¹⁵ EFFAT, Promote industrial relations in the domestic work sector in Europe, final report, 2015.

¹⁶ EEPO, 2015.

ayant un travail non-déclaré¹⁷ représentait, dans les années 2007-2011, de 8 à 10% du PIB¹⁸. En 2012, il en représentait 9,1% et cette proportion est demeurée stable.

Selon EEPO, le travail non-déclaré est souvent du travail réalisé aux Pays-Bas pour des particuliers : petits travaux, pendant de brèves périodes et pour une faible rémunération. Cette description est assez bien adaptée aux SAP, ce que confirme la part estimée assez élevée de travail non-déclaré dans les SAP aux Pays-Bas : de 28 à 40%. Cependant, ce travail ne peut être confondu avec un emploi régulier. Il s'agit d'un travail pour gagner un peu d'argent de poche¹⁹.

La principale institution qui combat le travail non-déclaré aux Pays-Bas est l'Inspection SZW du ministère des Affaires sociales et de l'Emploi²⁰. Depuis le 1 janvier 2013, une nouvelle loi prévoit des sanctions sévères en cas de violation de la législation du travail ou de la sécurité sociale : loi dite d'exécution de la législation du travail et de la sécurité sociale (WAHS). La loi a opéré un glissement de l'application du droit pénal à l'application du droit administratif (amendes, avertissements). Sur cette nouvelle base légale, tout travail non-déclaré associé à des prestations de chômage peut être sévèrement condamné : paiement d'amendes élevées, éventuelle réduction et/ou remboursement des prestations reçues. Les employeurs qui emploient des migrants illégaux risquent des amendes pouvant atteindre 36.000 € par travailleur illégal et/ou la fermeture de l'entreprise. Les mêmes amendes sont encourues lors du non-respect de la loi sur les salaires minima (WML), de la loi sur l'emploi de ressortissants étrangers (WAV) et de la loi sur la mise à la disposition de travailleurs par des intermédiaires (WAADI). Le risque encouru par une agence d'emploi intérimaire qui violerait les règles pour la première fois est une amende de 12.000 € par personne ainsi employée. Lors de la violation suivante, l'amende est doublée.

En ce qui concerne les soins informels, le personnel soignant informel (famille et amis) demeure le principal prestataire²¹. Dans la majorité des pays de l'UE, ce personnel couvre en moyenne 60% de tous les soins nécessaires²². Aux Pays-Bas, cette proportion est plus faible que dans les autres pays compte tenu de la densité des réseaux de services disponibles. Bettio et Plantenga déclarent que : « *Aux Pays-Bas, en fait, la famille est considérée comme le prestataire « naturel » des services aux enfants alors que l'État veille sur les personnes âgées* »²³. En 2007, le personnel soignant informel représentait globalement 3,5 millions de personnes pour toute la population dans le besoin ; cependant, environ la moitié d'entre

¹⁷ La Commission européenne définit le travail non déclaré comme « toute activité rémunérée de nature légale, mais non déclarée aux pouvoirs publics » (Commission européenne, 2007).

¹⁸ Statistics Netherlands, CBS, Octobre 2012.

¹⁹ EEPO, 2015.

²⁰ Renooy P., Labour inspection strategies for combating undeclared work in Europe: the Netherlands, REGIOPLAN, 2013.

²¹ EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE), Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries, Fondazione G. Brodolini, EU, 2010.

²² European Observatory on Health Systems and Policies, Home care across Europe: current structure and future challenges, WHO, 2012.

²³ Mot E., 2010, *ibid.*

elles aident les autres au cours de périodes relativement longues et intenses²⁴. Aucune prestation n'est reconnue à ce personnel informel mais les budgets personnels peuvent être utilisés à cette fin²⁵. Le budget personnel permet l'achat de soins informels et de soins professionnels²⁶. La loi Wmo prévoit que les conseils municipaux sont compétents pour soutenir ce personnel soignant informel, en organisant un soutien direct (conseil) ou en finançant des organisations d'accompagnement. Les soins de jour et de nuit peuvent également être financés par la loi AWBZ.

Travail migrant

Les travailleurs migrants dans le secteur des soins sont généralement nés à l'étranger et sont donc la première génération de migrants. Ils sont souvent mal rémunérés et employés sans être déclarés, échappant ainsi à toute couverture de sécurité sociale et à la fiscalité.

Jusqu'à présent, les Pays-Bas ont fait figure d'exception en Europe : la présence de travailleurs migrants dans le secteur des soins dans les organisations et aux particuliers est limitée. Cependant, l'émergence plus récente dans ce secteur d'un marché de travailleurs migrants résidents²⁷ est de plus en plus considérée comme une éventuelle voie de développement du travail des migrants dans le secteur des soins²⁸.

Au sein de la nouvelle inspection SZW, le département de lutte contre la fraude sur le marché du travail a un rôle précis à jouer. Il est responsable de la surveillance de la législation néerlandaise, notamment de la loi sur l'emploi de ressortissants étrangers (WAV) qui interdit aux employeurs et personnes d'engager des migrants dépourvus d'un permis de travail valable.

Les syndicats jouent également un rôle important. Ils agissent en partenaires du gouvernement dans la prévention et la lutte contre le travail non-déclaré et pour la promotion de salaires et de conditions de travail décentes pour les travailleurs migrants, en application des conventions collective et de WAGA. Les syndicats néerlandais soutiennent activement la lutte des travailleurs domestiques pour des conditions de travail décentes (Abvakabo et FNV Bondgenoten).

Les associations d'employeurs jouent également un rôle actif à cet égard, notamment dans le secteur des agences de travail intérimaire. Les conventions collectives, notamment les dispositions sur les salaires et les autres conditions de travail, comptent parmi les instruments les plus importants dans la prévention et la lutte contre le travail non-déclaré et pour la promotion de conditions de travail et salariales décentes

²⁴ Mot E., 2010, *ibid*.

²⁵ ENEPRI, *Informal care provision in Europe: Regulation and profile of providers*, Research report n°96, 2011.

²⁶ ENEPRI, 2010.

²⁷ Centre of expertise for informal care, *Live-in migrant care workers in the Netherlands: an exploration of the field*, 2014.

²⁸ Da Roit B., van Bochove M., *Migrant workers in long-term care in the Netherlands from a comparative perspective: a literature review*, Centre of expertise for Informal Care, 2014.

pour les travailleurs migrants²⁹.

2.1.2. Revenu et protection sociale

La loi sur le salaire minimum et le pécule de vacances minimum (WML) exige le paiement d'un salaire minimum légal ainsi que d'un pécule de vacances minimum à chaque personne légalement engagée. La loi ne précise pas le nombre d'heures de travail hebdomadaires. La semaine de travail est de 36, 38 ou 40 heures. En 2015, sur la base de la prestation de 40 heures hebdomadaires, le salaire minimum était de 1.501,80 € par mois, soit 346,55 € par semaine, 69,31 € par jour, 8,66 € l'heure³⁰. Le travailleur de moins de 23 ans a un salaire minimum moindre. Un impôt d'environ 30% est prélevé sur le salaire, le travailleur reçoit donc environ 2/3 de ce salaire³¹.

Quant au salaire moyen brut, en 2013, il était de 3540,90 €³². Ce montant couvre l'intégralité du salaire en espèce et en nature, avant impôt et avant prélèvement des charges sociales. Les salaires et traitements sont pris en considération, ainsi que la rémunération du temps non travaillé, des primes et des avantages payés par l'employeur à l'employé. Dans la plupart des pays, les salaires sont exprimés en équivalents temps plein pour permettre une comparaison transnationale, indépendamment du nombre d'heures prestées et du nombre de travailleurs à temps partiel et temps complet. Pour le secteur des SAP, les salaires varient entre 2.200 et 2.600 €³³.

En ce qui concerne la protection sociale, la loi néerlandaise oblige ses habitants à avoir une assurance sociale. Ceux qui ont un emploi rémunéré et paient un impôt sur le revenu sont assurés. Les personnes employées ont une couverture d'assurance sociale prévue par la loi (prestations de chômage, d'invalidité).

Outre ces assurances sociales, les Pays-Bas prévoient, dans certaines circonstances, un complément de revenu pour les familles qui n'atteignent pas le revenu minimum : la loi sur les prestations complémentaires (TW), la loi sur l'aide au handicap pour les jeunes handicapés (Wajong), la loi sur les revenus des chômeurs âgés ou partiellement handicapés (IOAW), la loi sur les revenus des personnes âgées ou partiellement handicapées qui ont eu un statut d'indépendants (IOAZ), la loi sur l'investissement dans le travail durable pour les jeunes (WIJ), la loi sur la pension de retraite complémentaire (AIO) et le régime de travail et de revenu des artistes (WWIK)³⁴. Les chômeurs de longue durée sont régis par la loi sur l'emploi et l'assistance sociale (WWB).

²⁹ Regioplan, Labour inspection strategies for combatting undeclared work in Europe: the Netherlands, 2013.

³⁰ Government of the Netherlands, <http://www.government.nl/>

³¹ Wage Indicator, Netherlands 2015, <http://www.wageindicator.org/main/salary/minimum-wage/netherlands>.

³² Source: UNECE.

³³ <http://www.wageindicator.org/main>

³⁴ Regioplan, 2013, *ibid.*

2.1.3. Droits des travailleurs

Droits à la négociation collective

Le Conseil social et économique des Pays-Bas (SER) précise que la loi sur les conventions collectives³⁵ (loi AVV) « permet au gouvernement d'étendre le champ d'application des dispositions conventionnelles d'un secteur aux entreprises qui ne sont pas affiliées à une association d'employeurs qui est partie à la convention en question. La convention collective peut donc, en principe, s'appliquer à tout le secteur. »³⁶

Cette loi établit que le ministre des Affaires sociales et de l'Emploi est autorisé à déclarer les dispositions d'une convention collective conclues entre employeurs et salariés d'un secteur d'application à l'ensemble du secteur à condition que le ministre estime ces dispositions essentielles pour la majorité des personnes employées dans le secteur concerné³⁷. Une illustration en est la convention collective qui couvre les travailleurs d'agences de travail intérimaire, qui a été négociée et conclue pour la période 2012-2017.

Les règlements sur les « services à domicile » (*Regeling Dienstverlening aan huis*) contiennent des dispositions qui exonèrent les employeurs du paiement des charges sociales et des impôts si le travailleur n'est employé que 3 jours par semaine ou moins. La responsabilité de la couverture de sécurité sociale et du paiement des impôts est renvoyée vers les travailleurs (les travailleurs domestiques ne sont donc pas automatiquement protégés par les régimes de sécurité sociale)³⁸.

Les règlements prévoient également un maximum de 6 semaines de congé de maladie alors que la norme est de 2 ans aux Pays-Bas. Ces règles encouragent des relations d'emploi informelles, la non-déclaration des travailleurs et le non-respect de leurs droits minimaux.

Représentation des travailleurs domestiques

Le travail domestique rémunéré aux Pays-Bas est essentiellement informel et n'est pas considéré traditionnellement comme un secteur d'emploi à temps plein. C'est un des rares secteurs dans lequel les travailleurs migrants (notamment sans papiers) trouvent un emploi.

Le syndicat FNV reconnaît ces travailleurs comme une main-d'œuvre importante et les affine qu'ils soient régularisés ou non. Les travailleurs domestiques migrants sans papiers, qui appartiennent à différents groupes de travailleurs domestiques migrants (groupes d'entraide, certains se qualifiant même de syndicats mais sans être affiliés à une des centrales syndicales reconnues) sont organisés dorénavant dans la branche nettoyage de la FNV. Un de ces groupes est le Syndicat des travailleurs migrants

³⁵ In Dutch: Wet op het algemeen verbindend en het onverbindend verklaren van bepalingen van collectieve arbeidsovereenkomsten

³⁶ Sociaal-Economische Raad (SER), Universal applicability of collective agreements, www.ser.nl

³⁷ Regioplan, 2013, *ibid.*

³⁸ EFFAT, 2015.

indonésiens, qui compte quelque 400 membres. Parmi les autres groupes, figurent l'Union des travailleurs domestiques migrants (UMDW), Otradela, les Migrants philippins solidaires (FILMIS) ainsi que les groupes indien et ghanéen. Certains de ces groupes sont aussi membres du Réseau RESPECT aux Pays-Bas qui représente les travailleurs domestiques migrants sans papiers.

Les différents groupes de travailleurs domestiques sont représentés par le comité du « personnel de nettoyage » de la FNV et ont formé un « comité d'organisation » des travailleurs domestiques. Ils mènent campagne pour que le gouvernement néerlandais ratifie la Convention 189 de l'OIT, ce qui entraînerait une réforme de ce secteur aux Pays-Bas en octroyant aux travailleurs domestiques les mêmes droits que ceux des autres travailleurs.

2.2. Développement des compétences et professionnalisation

Les services de proximité aux Pays-Bas sont un secteur dont les exigences de qualité et compétences sont de plus en plus pointues.

Les compétences qui seront requises à l'avenir sont influencées par plusieurs phénomènes : les soins se déplacent des institutions vers le domicile des personnes, l'utilisation des nouvelles technologies et de techniques différentes de diagnostic s'intensifient.

Le nouveau professionnel de la santé travaille dans plusieurs activités de soin et des environnements différents et il/elle travaille en tant que généraliste. La compétence la plus importante est sans doute celle d'une attention professionnelle toujours concentrée sur le fonctionnement des citoyens dans leur environnement dans la plus grande indépendance. Après un traitement médical, une chirurgie ou une prise en charge temporaire de ces fonctions, la préoccupation est le retour du citoyen chez lui ou dans son environnement.

En ce qui concerne les qualifications du personnel soignant et des travailleurs domestiques, les Pays-Bas ont prévu des conditions d'éducation du personnel infirmier dont la formation dure de trois à quatre ans. Leur agrégation n'est pas éternelle et des formations continues sont prévues ainsi que la présentation régulière d'examens. Le personnel infirmier peut se spécialiser (formation de troisième cycle).

Il n'existe pas de formation ou de politique de perfectionnement pour le personnel des services à la personne en général. Il n'existe que quelques initiatives locales, par exemple, à Tilburg, où les personnes de plus de 55 ans ont accès à des services de soins à domicile « WoonZorgService in Wijk » (WZSW³⁹ en utilisant des chèques-services). Cette initiative conjugue l'aide aux aînés et un outil de réinsertion des chômeurs sur le marché du travail. Après la formation, ils peuvent s'établir en tant qu'indépendants dans ce secteur des SAP. Pour ce type d'initiative locale, les municipalités peuvent utiliser librement les ressources financières des prestations (sociales et de chômage) à leur disposition. Le ministère du Travail

³⁹ Woonzorgservice in de wijk (WZSW), <http://www.wzsw.nl>

et des Affaires sociales est intéressé au développement de telles initiatives par des entreprises privées au niveau national.

Les Pays-Bas sont confrontés à des pénuries de personnel dans le secteur des SAP. À long terme, de telles pénuries vont s'aggraver, notamment la pénurie de personnel mieux qualifié.

Selon Eruofound, actuellement, les pénuries sont peu importantes (principalement pour les qualifications de niveau 3 – niveau professionnel intermédiaire – et pour certaines professions précises) mais elles devraient croître au fil des années à venir, notamment dans les niveaux de qualification plus élevés. Suite aux politiques de réduction des coûts du gouvernement, il y a et il y aura un excédent de travailleurs dans le secteur de l'aide sociale et une pénurie dans le secteur des soins de santé. Les qualifications et compétences requises par les employeurs sont de plus en plus exigeantes, conclut Eurofound, notamment compte tenu du développement de la coordination des rôles⁴⁰.

Les taux de chômage élevés rehaussent l'attractivité du secteur et la priorité grandissante donnée aux mesures du marché du travail pourrait promouvoir le recrutement.

À cet égard, épinglons la stratégie innovante de recrutement et rétention du personnel aux Pays-Bas : *l'utilisation des soins à distance*. Des réseaux vidéo permettent aux clients et aux prestataires de SAP de se contacter à l'aide d'une caméra et d'un écran. Un prestataire peut être contacté à tout moment, jour et nuit. La finalité est de rassurer les clients et de réduire les visites à domicile des prestataires de soins⁴¹.

2.3. Santé et bien-être

L'inspection SZW s'attelle à la promotion de conditions de travail justes, saines et sûres, et à la sécurité socioéconomique de tout un chacun⁴².

Les études révèlent qu'il y a de bonnes raisons d'estimer le travail dans le secteur privé des soins à la personne comme du travail précaire. Le travail domestique privé demeure souvent non-déclaré⁴³. Par exemple⁴⁴, les activités ménagères externalisées pendant trois jours par semaine, ou moins, sont exonérées du paiement des charges sociales, du prélèvement fiscal et le licenciement n'y est pas réglementé. Le nombre de migrants (sans papiers) sur un marché du travail non-déclaré (en croissance) est en hausse.

Quant à l'équilibre vie professionnelle/vie privée, l'Inspection SZW fait remarquer que « la loi sur le

⁴⁰ Eurofound, More and better jobs in home-care services: the Netherlands, 2013.

⁴¹ European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, *ibid*.

⁴² Inspectorate SZW, <http://www.inspectieszw.nl/>

⁴³ European monitoring centre on change (EMCC), Regulation of domestic work, Netherlands, 2009.

⁴⁴ Van Walsum S., The (Non)regulation of Domestic Work in the Netherlands, International seminar "Regulating decent work for domestic workers", 29 March 2010.

temps de travail (*Arbeidstijdenwet*) et le décret qui l'accompagne (*Arbeidstijdenbesluit*) définissent le temps de travail autorisé sur une période de temps donnée ainsi que les pauses ou les périodes de repos. En outre, des dérogations à ce temps de travail sont d'application dans le secteur des soins. »⁴⁵

3. QUALITÉ DU SERVICE

3.1. Disponibilité et accessibilité des services

Géographiquement, les Pays-Bas présentent un réseau dense de soins à domicile.

Les usagers ont deux options : l'allocation de soins à domicile qui prévoient des avantages en espèces (edit budget personnel) ou en nature. Ces prestations de services ou budgets personnels permettent de choisir son prestataire et le type de soins sauf en cas de pénurie ou d'absence de prestataires. Les clients peuvent infléchir la qualité des soins en ayant recours au système de plaintes.

L'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé insiste sur les nombreuses initiatives lancées pour sensibiliser les clients à la disponibilité de services à domicile. Par exemple, des centres d'information dans les municipalités et un site national expliquent où et comment recourir à ces soins⁴⁶.

Mentionnons que le LOC Voice in Healthcare⁴⁷ représente les intérêts de nombreux usagers de ces soins. L'organisation permet la participation de quelque 600.000 clients aux soins de santé et à la vie en général.

Quant à l'accessibilité, la Plateforme AGE prévoit le principe de l'accès universel aux services pour les personnes qui nécessitent soins et assistance : ils doivent être gratuits ou à un prix raisonnable pour la personne sans mettre en péril la qualité de la vie, la dignité et la liberté de choix⁴⁸.

Actuellement, les Pays-Bas sont le pays de l'UE présentant le plus grand nombre de personnes jouissant de soins à domicile : le taux d'utilisation par la population est de 4,8%⁴⁹. La part des personnes de plus de 65 ans qui y ont recours est des plus importantes de l'UE. Ces indicateurs révèlent la « générosité » du pays en prestation de soins à domicile.

L'éligibilité des usagers est évaluée par le Centre d'évaluation des soins - CIZ⁵⁰, sauf pour l'aide à domicile qui est de la compétence des municipalités. Le Centre détermine la nature de l'éligibilité : soins

⁴⁵ SZW, http://www.inspectieszw.nl/english/working_hours/

⁴⁶ European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, *ibid.*

⁴⁷ LOC Voice in Healthcare, www.loc.nl

⁴⁸ AGE Platform Europe, 2010-2012, *ibid.*

⁴⁹ European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, *ibid.*

⁵⁰ Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), www.ciz.nl

en établissements ou à domicile, et la quantité des soins auxquelles l'utilisateur a droit. Les usagers peuvent ensuite choisir les soins en nature ou le budget personnel qui équivaut à 75% du coût des soins en nature. Les budgets personnels représentent 11% de total des dépenses⁵¹.

Les contributions au paiement de ces soins étant fonction des revenus, les usagers ne devraient pas connaître de difficultés financières⁵².

Pour défendre la concurrence loyale, le pays s'est doté d'une Autorité de soins de santé (NZa) qui empêche la création de monopoles ou l'abus de pouvoir sur le marché par les prestataires ou assureurs.

3.2. Exhaustivité des services

Comme l'affirme la Plateforme AGE, les services de soins et assistance « doivent être conçus et dispensés de manière intégrée, en fonction des besoins, capacités et préférences multiples des personnes âgées et, le cas échéant, de leurs familles et soignants, dont la finalité est d'améliorer leur bien-être. »⁵³. Mais au-delà, ces soins et cette assistance doivent être faciles d'accès par tous ceux qui en ont besoin. Une stratégie de communication sur la qualité des services et prestataires disponibles ainsi que le personnel soignant informel est opérationnelle⁵⁴. Une comparaison transparente aide l'utilisateur du service à opérer un choix informé et à encourager les prestataires à valoriser la qualité des soins. Le NZa exige des organisations une compilation des données sur la qualité et l'efficacité, et l'élaboration de rapports.

La transparence est primordiale mais l'exhaustivité des services couvre également l'étendue du soutien du gouvernement à un large éventail de services et au développement de services intégrés (santé et services sociaux), accompagnée d'une évaluation des besoins et de mesures d'adaptation à ceux-ci (la personne au centre des soins). Le gouvernement néerlandais n'intervient pas dans ce soutien mais les municipalités sont de plus en plus sollicitées. Eindhoven, par exemple, a créé un système de notation par « étoiles »⁵⁵.

3.3. Qualité de la réglementation

Deux organismes d'accréditation existent dans le secteur des soins de santé : d'une part, pour les hôpitaux (NIAZ) et, d'autre part, pour l'harmonisation des évaluations de la qualité des soins de santé et services sociaux (HKZ). Ce dernier a créé un régime de certification à l'initiative des prestataires de soins, des assureurs et des clients.

L'inspection de la certification HKZ est confiée à une organisation externe qui évalue la gestion de la

⁵¹ OECD Economic surveys: Netherlands 2012.

⁵² AWBZ est financé par des cotisations de sécurité sociale, des impôts et des co-paiements (Mot Esther, 2010, *ibid*).

⁵³ AGE Platform, WeDo quality principles, 2010-2012, *ibid*.

⁵⁴ INTERLINKS, Quality management and quality assurance in LTC, European project INTERLINKS, 2010.

⁵⁵ <http://eindhoven.werksite.nl/loopbaanbegeleiding>

qualité à l'aune des normes HKZ. Une institution désignée par le Conseil d'accréditation (RvA) exécute l'évaluation qui est soumise à des règles précises. Si l'organisation répond aux normes, elle reçoit le Certificat HKZ, qui a une durée de validité de trois ans, avant de devoir répéter la procédure de certification.

Les inspections du travail doivent veiller au respect des lois et règlements du secteur du travail domestique.

3.4. Qualité de gestion et niveau organisationnel

Pour l'évaluation de la qualité des soins à domicile, une Inspection des soins de santé (IGZ)⁵⁶ a la responsabilité de la qualité de la surveillance des services. Les organismes prestataires de soins à domicile sont tenus légalement d'exercer une surveillance approfondie et d'améliorer la qualité de leurs services et des conditions de travail de leur personnel, et de soumettre des rapports annuels à l'IGZ. L'Inspection peut aussi réaliser des audits.

Par ailleurs, les prestataires de services, les professionnels et les usagers conviennent mutuellement d'indicateurs communs qui constituent ledit Cadre de qualité néerlandais pour des soins responsables (QFRC). Il contient des indicateurs de mesure qui révèlent la qualité et responsabilité des soins prodigués par l'organisation. Ce Cadre est important pour devenir membre de l'Organisation néerlandaise des prestataires de soins (ACTiZ)⁵⁷.

Actuellement, la plupart des services de soins de longue durée aux aînés font partie d'une référence nationale. Interlinks indique⁵⁸ qu'il couvre des éléments tels que le personnel (qualité du travail), la performance financière, des indicateurs clients (Normes de soins responsables), la prestation des services, la satisfaction des salariés et la qualité des résultats. Certaines questions méthodologiques demeurent cependant sans réponse, notamment la difficulté de mettre en œuvre la qualité. Les améliorations sont de la responsabilité de l'organisation concernée.

Notons également que l'évaluation de la satisfaction de la qualité du service estimée par le client est en hausse. Les enquêtes de satisfaction auprès des clients sont devenues obligatoires.

Depuis le 1 janvier 2015, de nombreuses institutions prévoient des réductions et des modifications réglementaires. Les licenciements sont particulièrement nombreux dans l'aide aux ménages. Mais des emplois disparaîtront également dans d'autres services. Plusieurs prestataires font valoir la disparition d'une main-d'œuvre flexible. Les salariés temporaires ont été licenciés, les stagiaires n'ont pas d'emploi et les différentes couches de gestion s'amenuisent. De nouveaux licenciements affecteront le cœur même

⁵⁶ De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), www.igz.nl

⁵⁷ ACTiZ, www.actiz.nl

⁵⁸ INTERLINKS, 2010, *ibid.*

du personnel professionnel et toucheront en premier lieu les nouveaux arrivants sur le marché.

La nouvelle loi Wmo exige une modernisation, des flux d'emplois et de nouvelles créations d'emplois (notamment, dans les nouvelles « équipes sociales » organisées par les municipalités pour réaliser leurs nouvelles tâches) présentant d'autres compétences. Le problème est quantitatif à court terme mais qualitatif à plus long terme.

4. CONCLUSION

Une tendance à la décentralisation des activités des SAP est observable aux Pays-Bas, en partie pour des raisons budgétaires, mais aussi pour mieux répondre aux spécificités locales⁵⁹. Eurofound constate que la politique néerlandaise insiste sur la valorisation des soins à domicile et la dévolution de la responsabilité de l'État au niveau local. Le pays investit également dans la réduction de la demande en privilégiant la prévention, l'autogestion et les soins informels⁶⁰.

Cette tendance à la décentralisation s'est fortement accélérée depuis le 1 janvier 2015, depuis la mise en œuvre des nouvelles lois WLZ et Wmo. Les nouvelles tâches et responsabilités municipales disposent de budgets revus à la baisse ; par exemple, le budget est de 40% pour les SAP !⁶¹ Nombre de ces tâches devraient donc revenir au réseau informel et les contrats avec les organisations prestataires seront rabotés. La mise en œuvre de la nouvelle législation étant récente, sa signification et son impact ne pourront être analysés qu'avec un certain recul⁶².

Le gouvernement néerlandais soutient le secteur en 2015 et 2016, notamment par une allocation d'aide aux ménages (HHT). Les réductions budgétaires entraînent des pertes d'emplois et la privatisation du secteur.

Ces changements sont cependant un terreau fertile pour l'innovation⁶³. Si ce service d'aide est le postulat des HHT, concrètement, l'allocation est encore principalement utilisée par les municipalités pour sauvegarder l'emploi, et non pour aider donc à la réalisation des finalités du nouveau cadre légal.

Actuellement, la priorité doit être donnée aux solutions renouvelables et durables, notamment dans les services à domicile. De nouveaux emplois, couvrant un éventail plus large d'activités, indépendamment des soins, devront être créés. Des entrepreneurs innovants sont prêts mais un accompagnement vers ce nouveau marché est nécessaire pour prévenir le licenciement de salariés dont on aura désespérément besoin ultérieurement.

La qualité des services à domicile peut être valorisée par l'introduction des compétences suivantes :

- Promouvoir le fonctionnement indépendant (plutôt que traiter)
- Désescalade : les activités professionnelles doivent se concentrer sur cette acquisition d'une plus

⁵⁹ INTERLINKS, 2010, *ibid.*

⁶⁰ EUROFOUND, 2013.

⁶¹ Verbiessen J., "One family-One plan" scheme - Municipality of Heusden, Practices on workforce development & service quality, European project For quality!, Second regional seminar, Brighton, 27 May 2015.

⁶² EEPO, 2015.

⁶³ Conclusions et recommandations de: Broumels Joost, Rapporteur of the Group discussion Netherlands, For quality! European project, Second regional seminar, Brighton, 27 Mai 2015.

grande indépendance des personnes dans leur propre environnement

- L'utilisation et l'application de nouvelles technologies : e-Santé, technologie domotique et robotique
- Compétences de mise en réseau, compétences sociales et connaissance du contexte dans lequel des problèmes se posent, en essayant notamment de trouver des solutions largement négligées actuellement (éducation, logement, sécurité, installations sportives et infrastructures).

5. Bibliographie

- AGE Platform Europe, European Quality Framework for long-term care services, Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance, European project WeDO, 2010-2012.
- Broumels Joost, Rapporteur of the Group discussion Netherlands, For quality! European project, Second regional seminar, Brighton, 27 May 2015.
- CEDEFOP, Netherlands - VET in Europe – Country report, 2013.
- Da Roit Barbara, van Bochove Marianne, Migrant workers in long-term care in the Netherlands from a comparative perspective: a literature review, Centre of expertise for Informal Care, 2014.
- EFFAT (European Federation of Food, Agriculture and Tourism Trade Union), Promote industrial relations in the domestic work sector in Europe, final report, 2015.
- EFSI (European Federation for Services to Individuals), White book on personal and household services in ten EU Member States, 2013.
- ENEPRI, The long term care system for the elderly in the Netherlands, Research report n°90, 2010.
- ENEPRI, Informal care provision in Europe: Regulation and profile of providers, Research report n°96, 2011.
- EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE), Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries, Fondazione G. Brodolini, European Union, November 2010.
- EUROFOUND, More and better jobs in home-care services, 2013.
- European monitoring centre on change (EMCC), Regulation of domestic work, Netherlands, 2009.
- European Observatory on Health Systems and Policies, Home care across Europe: current structure and future challenges, WHO, 2012.
- Government of the Netherlands, www.government.nl
- INTERLINKS, Quality management and quality assurance in LTC, European project INTERLINKS, 2010.
- Kergueris Joseph, Services à la personne: bilan et prospective, Rapport d'information, Sénat, 2010.

- Mot Esther, The Dutch system of long-term care, CPB document, n°204, 2010.
- OECD, Health care reform and long-term care in the Netherlands, Working paper, January 2013.
- OECD, OECD Economic surveys: Netherlands 2012.
- REGIOPLAN (Renooy Piet), Labour inspection strategies for combating undeclared work in Europe: the Netherlands, Regioplan, 2013.
- Schneider Friedrich, The shadow economy in Europe, 2013.
- Sociaal-Economische Raad (SER), Universal applicability of collective agreements, www.ser.nl
- Statistics Netherlands, CBS.
- Van Walsum Sarah, The (Non)regulation of Domestic Work in the Netherlands, International seminar “Regulating decent work for domestic workers”, 29 March 2010
- Verbiessen Jolanda, “One family-One plan” scheme - Municipality of Heusden, Practices on workforce development & service quality, European project For quality!, Second regional seminar, Brighton, 27 May 2015.