



TEXTES ADOPTÉS

P9_TA(2022)0278

Vers une action européenne commune en matière de soins

Résolution du Parlement européen du 5 juillet 2022 vers une action européenne commune en matière de soins (2021/2253(INI))

Le Parlement européen,

- vu les articles 2 et 3 du traité sur l'Union européenne (traité UE),
- vu les objectifs fixés à l'article 3 du traité UE, en particulier la lutte contre l'exclusion sociale et les discriminations, la promotion de la justice sociale, l'égalité entre les femmes et les hommes, la solidarité entre les générations et la protection des droits de l'enfant, ainsi que la cohésion économique, sociale et territoriale,
- vu l'article 8 du traité sur le fonctionnement de l'Union (traité FUE) sur l'intégration de la dimension de genre, qui consacre l'objectif de l'Union d'éliminer les inégalités et de promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes, ainsi que la clause sociale horizontale figurant à l'article 9 du traité FUE,
- vu les objectifs en matière de politique sociale visés aux articles 151 et 153 du traité FUE,
- vu la charte sociale européenne révisée, et notamment son article 15 sur le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté et son article 23 sur le droit des personnes âgées à une protection sociale,
- vu la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (la «Charte»), et notamment son article 25 sur le droit des personnes âgées à mener une vie digne et indépendante et son article 26 sur l'intégration des personnes handicapées, et la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, visée à l'article 6 du traité UE,
- vu les principes du socle européen des droits sociaux, en particulier le principe 17 sur l'inclusion des personnes handicapées et le principe 18 sur le droit à des soins de longue durée,

- vu la Décennie des Nations unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030) et le cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) aidant les pays à parvenir à un continuum intégré de soins de longue durée¹,
- vu le plan d'action sur le socle européen des droits sociaux et ses grands objectifs à l'horizon 2030,
- vu les objectifs de développement durable (ODD) des Nations unies, en particulier les objectifs n° 3 sur la bonne santé et le bien-être, n° 5 sur l'égalité entre les sexes, n° 8 sur le travail décent et la croissance économique et n° 10 sur les inégalités réduites,
- vu le rapport thématique de l'experte indépendante des Nations unies chargée de promouvoir l'exercice par les personnes âgées de tous les droits de l'homme du 22 juillet 2020, relatif à l'incidence de la maladie à coronavirus (COVID-19) sur l'exercice par les personnes âgées de tous les droits de l'homme (A/75/2020)², et sa déclaration sur l'autonomie des personnes âgées et les soins fournis à ces derniers lors de la 30^e session du Conseil des droits de l'homme de l'Organisation des Nations unies³,
- vu les conventions et recommandations de l'Organisation internationale du travail (OIT), et notamment la convention C149 sur le personnel infirmier de 1977 et la recommandation n° 157 qui l'accompagne, la convention C183 sur la protection de la maternité de 2000 et la recommandation n° 191 qui l'accompagne, la convention C189 sur les travailleuses et travailleurs domestiques de 2011 et la recommandation n° 201 qui l'accompagne, la convention C190 sur la violence et le harcèlement de 2019 et la recommandation n° 206 qui l'accompagne, et la recommandation n° 202 sur les socles
- vu le rapport de l'OIT du 19 décembre 2019 intitulé «The Employment Generation Impact of Meeting SDG Targets in Early Childhood Care, Education, Health and Long-Term Care in 45 Countries» (Les effets sur la création d'emplois de la réalisation des cibles des ODD dans les domaines de l'accueil de la petite enfance, de l'éducation, de la santé et des soins de longue durée dans 45 pays),
- vu la résolution de l'OIT sur un appel mondial à l'action en vue d'une reprise centrée sur l'humain qui soit inclusive, durable et résiliente pour sortir de la crise de la COVID-19, adoptée lors de la 109^e session de la conférence internationale du travail en juin 2021,
- vu le rapport de l'OIT du 7 mars 2022 intitulé «Soin à autrui au travail: Investir dans les congés et services de soin à autrui pour plus d'égalité de genre dans le monde du travail»,
- vu la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées,

¹ <https://www.who.int/news/item/14-03-2022-who-launches-new-framework-to-support-countries-achieve-integrated-continuum-of-long-term-care>

² <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/impact-coronavirus-disease-covid-19-enjoyment-all-human-rights-older>

³ <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/179/91/PDF/G1517991.pdf?OpenElement>

- vu la convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF),
- vu la convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant (CNUDE),
- vu les orientations politiques d'Ursula von der Leyen, présidente de la Commission,
- vu le programme de travail de la Commission pour 2022,
- vu le règlement (UE) 2021/1057 du Parlement européen et du Conseil du 24 juin 2021 instituant le Fonds social européen plus (FSE+)¹,
- vu le règlement (UE) 2021/241 du Parlement européen et du Conseil du 12 février 2021 établissant la facilité pour la reprise et la résilience²,
- vu le règlement (UE) 2020/2221 du Parlement européen et du Conseil du 23 décembre 2020 modifiant le règlement (UE) n° 1303/2013 en ce qui concerne des ressources supplémentaires et des modalités d'application afin de fournir un soutien pour favoriser la réparation des dommages à la suite de la crise engendrée par la pandémie de COVID-19 et de ses conséquences sociales et pour préparer une reprise écologique, numérique et résiliente de l'économie (REACT-EU)³,
- vu le règlement (UE) 2021/522 établissant un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (programme «L'UE pour la santé») pour la période 2021-2027⁴,
- vu l'initiative conjointe de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et de la Commission européenne sur l'état de la santé,
- vu la directive (UE) 2019/1158 du Parlement européen et du Conseil du 20 juin 2019 concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et des aidants et abrogeant la directive 2010/18/UE du Conseil⁵,
- vu la directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique⁶,
- vu la directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail⁷,

¹ JO L 231 du 30.6.2021, p. 21.

² JO L 57 du 18.2.2021, p. 17.

³ JO L 437 du 28.12.2020, p. 30.

⁴ JO L 107 du 26.3.2021, p. 1.

⁵ JO L 188 du 12.7.2019, p. 79.

⁶ JO L 180 du 19.7.2000, p. 22.

⁷ JO L 204 du 26.7.2006, p. 23.

- vu la directive (UE) 2022/431 du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2022 modifiant la directive 2004/37/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail¹,
- vu la recommandation (UE) 2021/1004 du Conseil du 14 juin 2021 établissant une garantie européenne pour l'enfance²,
- vu la communication de la Commission du 5 mars 2020 intitulée «Une Union de l'égalité: stratégie en faveur de l'égalité entre les hommes et les femmes 2020-2025» (COM(2020)0152),
- vu la communication de la Commission du 26 avril 2017 intitulée «Initiative visant à promouvoir l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et aidants qui travaillent» (COM(2017)0252),
- vu le plan d'action de la Commission du 9 décembre 2021 visant à stimuler l'économie sociale et à créer des emplois,
- vu le livre vert de la Commission du 27 janvier 2021 sur le vieillissement (COM(2021)0050),
- vu la communication de la Commission de 2021 intitulée « Une vision à long terme pour les zones rurales »,
- vu la déclaration ministérielle adoptée lors de la quatrième conférence ministérielle de la Commission économique pour l'Europe des Nations unies sur le vieillissement à Lisbonne, le 22 septembre 2017, intitulée «Une société durable pour tous les âges: profiter des perspectives offertes par l'allongement de la durée de vie»,
- vu la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil, présentée par la Commission le 4 mars 2021, visant à renforcer l'application du principe de l'égalité des rémunérations entre hommes et femmes pour un même travail ou un travail de même valeur par la transparence des rémunérations et les mécanismes d'exécution (COM(2021)0093),
- vu la proposition de la Commission du 28 octobre 2020 portant sur une directive du Parlement européen et du Conseil relative à des salaires minimaux adéquats dans l'Union européenne (COM(2020)0682),
- vu l'avis SOC/687-EESC-2021 du Comité économique et social européen (CESE) du 19 janvier 2022 intitulé «Vers un nouveau modèle de soins pour les personnes âgées: tirer les enseignements de la pandémie de COVID-19»,
- vu l'avis du Comité économique et social européen (CESE) du 21 septembre 2012 intitulé «Les droits des prestataires de services à la personne logés à domicile» (SOC/535-EESC-2016),
- vu le rapport 2021 sur les soins de longue durée élaboré par le comité de la protection sociale (CPS) et la Commission européenne (DG EMPL) et intitulé «Trends, challenges

¹ JO L 88 du 16.3.2022, p. 1.

² JO L 223 du 22.6.2021, p. 14.

and opportunities in an ageing society» (Tendances, enjeux et possibilités dans une société vieillissante),

- vu l’avis du groupe d’experts du 23 juin 2021 sur les moyens efficaces d’investir dans la santé intitulé «Supporting mental health of health workforce and other essential workers» (Soutenir la santé mentale du personnel de santé et des autres travailleurs essentiels),
- vu les conclusions du Conseil EPSCO du 14 juin 2021 concernant l’impact socio-économique de la COVID-19 sur l’égalité de genre (ST 8884/21),
- vu sa résolution du 15 novembre 2018 sur les services de soins dans l’Union européenne pour une meilleure égalité des genres¹,
- vu sa résolution du 21 janvier 2021 sur la perspective de genre pendant la crise de la COVID-19 et la période de l’après-crise²,
- vu sa résolution du 21 janvier 2021 sur la stratégie de l’Union européenne en faveur de l’égalité entre les femmes et les hommes³,
- vu sa résolution du 10 mars 2022 sur le troisième plan d’action de l’Union européenne⁴ sur l’égalité entre les hommes et les femmes,
- vu sa résolution du 21 janvier 2021 sur l’accès à un logement décent et abordable pour tous⁵,
- vu la recommandation du Conseil du 22 mai 2019 relative à des systèmes de qualité pour l’éducation et l’accueil de la petite enfance⁶,
- vu sa résolution du 11 mars 2021 sur les droits de l’enfant dans la perspective de la stratégie de l’Union européenne sur les droits de l’enfant⁷,
- vu sa résolution du 10 juillet 2020 sur la stratégie de santé publique de l’Union européenne après la COVID-19⁸,
- vu sa résolution du 16 février 2022 sur le renforcement de l’Europe dans la lutte contre le cancer – vers une stratégie globale et coordonnée⁹,
- vu sa résolution du 17 décembre 2020 sur une Europe sociale forte pour des transitions justes¹⁰,

¹ JO C 363 du 28.10.2020, p. 80.

² JO C 456 du 10.11.2021, p. 191.

³ JO C 456 du 10.11.2021, p. 208.

⁴ Textes adoptés de cette date, P9_TA(2022)0072.

⁵ JO C 456 du 10.11.2021, p. 145.

⁶ JO C 189 du 5.6.2019, p. 4.

⁷ JO C 474 du 24.11.2021, p. 146

⁸ JO C 371 du 15.9.2021, p. 102.

⁹ Textes adoptés de cette date, P9_TA(2022)0038.

¹⁰ JO C 445 du 29.10.2021, p. 75.

- vu sa résolution du 7 juillet 2021 sur le vieillissement de la population du vieux continent – possibilités et enjeux liés à la politique du vieillissement pour l’après-2020¹ ,
 - vu la communication de la Commission du 3 mars 2021 intitulée «Union de l’égalité: Stratégie en faveur des droits des personnes handicapées 2021-2030» (COM(2021)0101),
 - vu sa résolution du 18 juin 2020 sur la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées pour l’après-2020² ,
 - vu sa résolution du 29 novembre 2018 sur la situation des femmes handicapées³ ,
 - vu la communication de la Commission du 28 juin 2021, intitulée «Cadre stratégique de l’Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail pour la période 2021-2027 – Santé et sécurité au travail dans un monde du travail en mutation» (COM(2021)0323),
 - vu sa résolution du 10 mars 2022 sur un nouveau cadre stratégique de l’Union pour la santé et la sécurité au travail après 2020 (meilleure protection des travailleurs contre l’exposition à des substances nocives, le stress au travail et les troubles musculo-squelettiques)⁴,
 - vu le rapport de l’Institut syndical européen (ETUI) et de la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) intitulé «Pay transparency and role of gender-neutral job evaluation and job classification in the public services» (Transparence salariale et rôle de la classification et de l’évaluation non sexistes des emplois dans les services publics),
 - vu la recommandation du Conseil du 8 novembre 2019 relative à l’accès des travailleurs salariés et non salariés à la protection sociale⁵,
 - vu les activités de l’AET et, en particulier, sa collaboration avec les États membres dans la lutte contre le travail non déclaré,
 - vu l’indice d’égalité de genre 2021 de l’Institut européen pour l’égalité entre les hommes et les femmes (EIGE) et l’accent qu’il met sur la santé,
 - vu l’article 54 de son règlement intérieur,
 - vu le rapport de la commission de l’emploi et des affaires sociales et de la commission des droits des femmes et de l’égalité des genres (A9-0189/2022),
- A. considérant que les droits sociaux font partie des droits de l’homme et des droits constitutionnels, que les droits des femmes sont des droits de l’homme fondamentaux, et que la Commission de Venise du Conseil de l’Europe et la CEDH soulignent que les

¹ JO C 99 du 1.3.2022, p. 122.

² JO C 362 du 8.9.2021, p. 8.

³ JO C 363 du 28.10.2020, p. 164.

⁴ Textes adoptés de cette date, P9_TA(2022)0068.

⁵ JO C 387 du 15.11.2019, p. 1.

droits de l'homme font partie de l'état de droit; que le plan d'action sur le socle européen des droits sociaux définit des initiatives concrètes pour la mise en œuvre de principes essentiels à la construction d'une Europe sociale plus forte pour des transitions et une reprise justes, tels que l'égalité des sexes, l'égalité des chances, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, l'accueil de l'enfance et l'aide à l'enfance, l'inclusion des personnes handicapées et les soins de longue durée; que l'extension et le renforcement de la valeur et des droits des travailleurs du secteur des soins constitueront une condition préalable à la mise en œuvre de ces initiatives, y compris celles qui concernent spécifiquement les principes 17 et 18; que le Semestre européen et le tableau de bord social devraient être utilisés pour rendre la société plus juste, plus égalitaire, plus durable et plus résiliente; que le droit de jouir du meilleur état de santé possible est un droit fondamental et qu'un niveau élevé de protection de la santé doit être assuré et mis en œuvre dans le cadre de toutes les politiques et actions de l'Union; que l'accès à des services publics de qualité est un facteur déterminant de la qualité de vie qui s'intègre dans le cadre de la stratégie en matière de soins et de l'augmentation des investissements dans le secteur;

- B. considérant que les enfants représentent 18,3 % de la population de l'Union¹; qu'en 2020, 47,5 % des ménages de l'Union comptaient au moins un enfant et que 14 % des ménages étaient composés d'enfants et d'un parent isolé², en majorité des femmes;
- C. considérant que la grande majorité des prestataires de soins, formels et informels, rémunérés et non rémunérés, sont des femmes; que les responsabilités familiales au sein du ménage déterminent la capacité, la durée et le type de travail rémunéré que les femmes peuvent entreprendre tout au long de leur vie professionnelle, ce qui a une incidence sur leur participation à la vie sociale, économique, culturelle et politique; que les stéréotypes selon lesquels les femmes sont de meilleurs aidants et le fait que les soins non rémunérés et le travail domestique soient considérés comme un «travail de femmes» renforcent le modèle selon lequel «l'homme rapporte de l'argent et la femme s'occupe du foyer», qui continue de façonner l'accès aux droits sociaux, avec des répercussions sur l'indépendance économique des femmes; que c'est à cause de cela que le travail des aidants, en particulier la contribution des aidants familiaux, est sous-évalué et n'est pas valorisé économiquement et que le travail des prestataires de soins dans les institutions privées et publiques est sous-évalué;
- D. considérant que 80 % de l'ensemble des soins de longue durée en Europe sont assurés par des aidants informels³, en grande majorité des femmes, privées de conditions de travail équitables, principalement non rémunérées et/ou ne bénéficiant pas d'une couverture sociale adéquate, ce qui fait des soins une question extrêmement sexospécifique; que la prestation de soins informels s'accompagne souvent d'une absence de droits tels que les congés de maladie et les congés annuels, les congés de maternité ou de paternité et les congés parentaux, d'une réduction des taux d'emploi, d'une augmentation des taux de pauvreté et d'exclusion sociale, d'une santé mentale diminuée et d'une augmentation des sentiments d'isolement social et de solitude, ce qui a une incidence négative sur la santé physique et mentale des prestataires ainsi que sur

¹ Commission européenne, Stratégie de l'UE sur les droits de l'enfant, 2021.

² Eurostat, statistiques sur la composition des ménages, 2020.

³ Étude de la Commission européenne intitulée «Informal care in Europe Exploring Formalisation, Availability and Quality» (Les soins informels en Europe: analyse de la formalisation, de la disponibilité et de la qualité), 2018.

leur bien-être et leur inclusion sociale; que les femmes, du fait de la prestation de soins non rémunérés, ajoutent chaque année à l'économie mondiale un montant estimé à 11 000 000 000 000 USD¹, ce qui correspond à 9 % du PIB mondial²;

- E. considérant que 15,4 % des jeunes sans emploi, éducation ou formation (NEET) sont dans cette situation parce qu'ils fournissent des soins à des enfants ou à des adultes incapables, ou parce qu'ils ont d'autres responsabilités familiales; que 88 % d'entre eux sont des femmes³;
- F. considérant qu'il faut reconnaître que les êtres humains ont tous besoin de soins à des degrés divers en fonction, entre autres, de leur âge, de leur situation socio-économique, de leurs capacités physiques et de leurs antécédents personnels, et ce de l'enfance à la vieillesse; qu'une distinction doit être faite entre ces soins et l'aide aux personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé; que la valeur sociétale et économique du travail de soins, tant rémunéré que non rémunéré, n'est ni appréciée, ni reconnue et que ce travail doit être réévalué et placé au cœur des politiques économiques; qu'il convient de traiter de toute urgence les conséquences sociales, économiques et en matière d'égalité de genre pour les personnes ayant des responsabilités familiales, compte tenu notamment de l'évolution démographique;
- G. considérant que tous les États membres et l'Union sont liés par la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, y compris son article 19, qui vise à prendre des mesures efficaces et appropriées garantissant le droit égal de toutes les personnes handicapées à vivre de façon indépendante dans la société, ainsi qu'à participer et à être intégrées à la société; qu'un accès égal et effectif à des services de soins et d'assistance de qualité et abordables constitue une condition préalable essentielle à l'autonomie des personnes handicapées, à leur participation à la vie collective et à leur inclusion sociale;
- H. considérant que les soins englobent tous les services destinés à favoriser l'autonomie et l'indépendance des personnes nécessitant des soins, et à répondre aux besoins physiques, psychologiques, émotionnels, sociaux, personnels et domestiques des personnes et des familles en situation de vulnérabilité; que les soins devraient être reconnus comme un droit, accompagné d'une garantie de l'exercice égal des droits, de la dignité, de l'autonomie, de l'inclusion et du bien-être des personnes ayant besoin de soins; que l'Union européenne peut compléter et soutenir l'action de l'État membre dans l'amélioration des services de soins, pour ceux qui fournissent et ceux qui bénéficient des soins;
- I. considérant que les services à la personne désignent une variété de services fournis par des particuliers, des familles, des communautés, des prestataires de services rémunérés, des organismes publics et des institutions publiques dans différents contextes, allant des établissements aux ménages;

¹ https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_838653.pdf

² <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Policy-brief-COVID-19-and-the-care-economy-fr.pdf>

³ <https://www.eurofound.europa.eu/fr/topic/neets>

- J. considérant que la Commission définit les services aux personnes et aux ménages comme un large éventail d'activités qui contribuent au bien-être des familles et des individus à domicile, notamment la garde d'enfants, les soins de longue durée ainsi que les soins aux personnes handicapées, les tâches ménagères, les cours de soutien, le bricolage, le jardinage et l'assistance informatique; que les services aux personnes et aux ménages comprennent les services de soins de santé et autres, qu'ils soient directs ou indirects; qu'au niveau mondial, les services aux personnes et aux ménages sont généralement décrits sous le terme «travail à domicile»; que le fait que les travailleurs à domicile soient inclus dans le personnel soignant présuppose donc que la fourniture de soins comprend non seulement les soins aux personnes, mais aussi les soins indirects non relationnels, qui fournissent les conditions préalables nécessaires à la fourniture de soins aux personnes; que, dans les services aux personnes et aux ménages, les activités de soins et les autres activités sont fortement imbriquées, une grande partie des travailleurs effectuant les deux et faisant donc partie du personnel de santé;
- K. considérant que l'accès à des soins de qualité et la création d'environnements adaptés aux personnes âgées sont essentiels pour garantir une vie plus longue, en bonne santé et active; que le nombre de personnes nécessitant des soins de longue durée dans l'Union devrait passer de 30,8 millions en 2019 à 38,1 millions en 2050¹; que plusieurs États membres sont déjà confrontés à des pénuries de main-d'œuvre dans le secteur des soins de longue durée, qui ne risquent que de s'aggraver avec l'augmentation de la demande de soins de longue durée, et que des investissements en matière de main-d'œuvre et en faveur de conditions d'emploi et de travail décentes sont donc nécessaires;
- L. considérant que la crise de la COVID-19 a mis en lumière le rôle clé joué par les travailleurs des services aux personnes et aux ménages au sein de nos sociétés, démontrant le besoin urgent de garantir la pleine reconnaissance de ces travailleurs dans tous les États membres, ainsi que les droits de négociation collective, la sécurité sociale et la protection sociale; qu'en raison du manque persistant de reconnaissance de ces travailleurs dans plusieurs États membres, nombre d'entre eux ont perdu leur emploi pendant la pandémie de COVID-19 sans pouvoir bénéficier de compensations salariales de l'État et des programmes de maintien dans l'emploi; que la pandémie a entraîné la perte de logements pour de nombreux travailleurs des services aux personnes et aux ménages, et les a exposés à la violence et au harcèlement au travail;
- M. considérant qu'en dépit du fait que, toute personne, soit appelée, à un moment ou à un autre dans sa vie, à assumer le rôle tantôt de soignant, tantôt de bénéficiaire de soins, une stigmatisation et des stéréotypes existent à propos de la dépendance, du handicap physique ou mental, de la maladie ou de la fragilité ainsi que du besoin de soins et de soutien, et ces jugements se recoupent avec d'autres motifs de discrimination, notamment le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, le handicap, la nationalité, la couleur de peau, l'origine ethnique ou sociale, les caractéristiques génétiques, ainsi que l'origine socio-économique, le statut d'immigré ou l'appartenance à un quelconque milieu défavorisé, ce qui aggrave le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale;

¹ Commission européenne et comité de la protection sociale, rapport 2021 sur les soins de longue durée, 2021.

- N. considérant que la population de l'Union vieillit, 19 % des citoyens de l'Union étant âgés de 65 ans ou plus en 2018¹; que la discrimination fondée sur l'âge et les besoins en soins non satisfaits, non vus et non reconnus constituent toujours un problème persistant dans le domaine des soins en Europe; considérant que le nombre de personnes qui dépendent de l'assistance d'autres personnes ou qui ont besoin de soins de santé et de soins de longue durée augmente avec l'âge;
- O. considérant que les maladies rhumatismales et musculo-squelettiques (RMD) comptent parmi les maladies non transmissibles les plus répandues, les plus invalidantes et les plus lourdes au monde, qu'elles touchent plus de 100 millions d'Européens et représentent plus de 50 % des années vécues avec une incapacité (AVI) en Europe; qu'en raison de leur prévalence, de leurs conséquences invalidantes et de leurs liens avec une incidence élevée de comorbidités, les personnes atteintes de RMD constituent une source importante de demande d'assistance formelle et informelle à long terme en Europe;
- P. considérant que de nombreuses aides à domicile sont issues d'une minorité ethnique ou sont des migrants² qui se trouvent dans une situation extrêmement précaire et sont confrontés à une discrimination intersectionnelle en raison de leur race ou de leur origine ethnique, de leur genre, de leur statut socio-économique ou de leur nationalité, et que ces personnes sont logées à domicile et fournissent leurs services avec des horaires souvent illimités, ce qui est contraire à la législation sur le temps de travail dans l'économie formelle et informelle; que ces travailleurs sont principalement des femmes qui n'ont pas de contrat de travail officiel, sont donc plus vulnérables à l'exploitation et n'ont souvent pas accès à leurs droits, en particulier le droit à un travail décent et à une protection sociale;
- Q. considérant que la pénurie de services de soins de qualité, accessibles, disponibles et abordables touche tous les États membres, y compris les régions rurales, qui sont particulièrement touchées par le vieillissement de la population; que le suivi des soins formels et informels ainsi que de la forme et des moyens des services de soins existants est entravé par le manque de données, y compris de données ventilées, le manque d'indicateurs de qualité, tels que l'enquête européenne sur l'utilisation du temps, ainsi que par le manque d'évaluation et de suivi des services fournis et de feuilles de route pour la mise en œuvre et les connaissances déficientes des prestataires de soins de santé sur les maladies invalidantes temporaires;
- R. considérant que l'un des droits les plus fondamentaux en matière de soins et d'assistance est le droit de choisir le type de service et le lieu de fourniture du service; que le droit de choisir le type de soins est souvent entravé par la disponibilité insuffisante d'assistance à domicile et d'aide à la personne; que, trop souvent, l'aide à la personne n'est pas suffisamment soutenue par les États et reste inaccessible pour une grande partie de la population; que pas moins de 75 % des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée déclarent qu'elles se retrouveraient sous le seuil de risque de pauvreté si elles se retrouvaient contraintes d'acheter des services de soins à domicile au

¹ Service de recherche du Parlement européen, Perspectives démographiques pour l'Union européenne, mars 2020, p. 3.

² The social construction of migrant care work. At the intersection of care, migration and gender / Amelita King-Dejardin; Organisation internationale du travail – Genève: OIT, 2019

prix plein du marché¹; que, même dans la majorité des pays les plus économiquement développés, les systèmes de protection sociale couvrent moins de 40 % du coût total des soins de longue durée pour les personnes aux besoins modérés²; que les États membres doivent veiller à ce que soient fournis des services de soins et des systèmes de protection sociale efficaces, de qualité et financés de manière adéquate, et doivent faire en sorte de mieux y intégrer des soins de longue durée, ce qui est essentiel pour améliorer l'équité sociale et contribuera à l'égalité entre les hommes et les femmes;

- S. considérant que la pandémie de COVID-19 a aggravé et rendu plus visibles les inégalités et les difficultés existantes, qu'elle a mis en évidence les nombreux problèmes structurels inhérents au système européen de protection sociale, tels que le manque de financement ou d'investissement dont souffrent les structures de soins et les systèmes de soins de santé, en ce qui concerne l'accès aux soins formels et aux services domestiques, y compris à un traitement médical opportun, abordable et de qualité élevée, et qu'elle a attiré l'attention sur les crises préexistantes dans le secteur des soins en raison de la forte augmentation de la charge de travail, de la pénurie de main-d'œuvre, du financement insuffisant des systèmes de soins de santé mis à rude épreuve, de la dépendance excessive à l'égard des soins informels non rémunérés ou du travail non déclaré; que ces difficultés renforcent les risques psychosociaux auxquels sont confrontés les prestataires de soins qui restent dans le secteur, pour la plupart des femmes; que les enjeux liés à la pandémie ont conduit à la solitude et à l'isolement social et accru le risque d'abus, de négligence, de détérioration de la santé physique et mentale des personnes ayant besoin de soins, et ont entraîné une baisse du bien-être général pour toutes les générations dans l'ensemble de l'Union, en particulier lorsque les niveaux d'investissement dans les soins avant la pandémie étaient moins élevés³; que ces effets à long terme sur la santé et le bien-être des personnes, ainsi que les conséquences sociales et économiques de la pandémie, doivent encore être pleinement évalués et intégrés dans les domaines politiques concernés;
- T. considérant que les besoins des aidants informels ne sont pas satisfaits en Europe et que la pandémie de COVID-19 a mis en lumière les difficultés des aidants informels et des personnes recevant des soins informels et a révélé la dépendance disproportionnée existant à l'égard des femmes et des filles⁴; que le manque de reconnaissance des travailleurs des services à la personne et aux ménages et/ou la classification erronée de leur statut professionnel ont eu pour conséquence que nombre d'entre eux qui ont perdu leur emploi pendant la pandémie de COVID-19 n'ont pas pu accéder aux mesures de protection sociale;

¹ Comité de la protection sociale et la Commission européenne (2021) Long-term care report («Rapport sur les soins de longue durée»).

² OCDE (2020) The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? (L'efficacité de la protection sociale pour les soins de longue durée pour les personnes âgées: la protection sociale réduit-elle le risque de pauvreté associé aux besoins de soins?).

³ Étude du Parlement européen (2021) Politiques du vieillissement - accès aux services dans les différents États membres.

⁴ COVID-19 highlights how caregiving fuels gender inequality, World Economic Forum, <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/covid-19-highlights-how-caregiving-fuels-gender-inequality/>

- U. considérant que la pandémie de COVID-19 a aggravé les inégalités entre les hommes et les femmes, en particulier en ce qui concerne l'augmentation du travail de soins non rémunéré et le déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée, et qu'elle a entraîné une double charge pour de nombreuses femmes, qui ont dû effectuer de plus longues journées de travail et, en parallèle, assumer des soins informels; considérant qu'avant la pandémie de COVID-19¹, 37,5 % des femmes de l'Union s'occupaient chaque jour d'enfants, de personnes âgées ou de personnes handicapées, contre 24,7 % des hommes; que la pandémie a représenté en moyenne quelque 13 heures supplémentaires de travail non rémunéré par semaine pour les femmes²; que les femmes qui étaient en télétravail, travaillaient à temps partiel ou étaient au chômage ont été soumises à des pressions encore plus importantes, en continuant à supporter la majeure partie des tâches familiales et domestiques³; que tous les effets de la pandémie de COVID-19 ne sont pas encore totalement connus et que les conséquences socio-économiques qu'elle a eues sur les femmes continueront de se faire sentir;
- V. considérant que, selon l'OMS, jusqu'à la moitié des décès dus à la COVID-19 en Europe concernaient des résidents d'établissements de soins de longue durée⁴; que plus de 70 % des professionnels de la santé et des services sociaux luttant contre la COVID-19 en première ligne étaient des femmes, dont beaucoup ont été confrontées aux conséquences et aux effets à long terme de l'infection par la COVID-19, ont été isolées et ont connu des niveaux sans précédent de stress, d'anxiété, de dépression, de suicides, voire de troubles de stress post-traumatique; que, en 2021, 30 % des infirmières ont quitté la profession dans l'Union⁵; que des taux élevés d'incidence et de mortalité dus à la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée, notamment dus à un manque d'accès aux équipements de protection, aux tests et aux traitements médicaux, ont mis en évidence des faiblesses systémiques liées à une transition trop lente des soins en institution vers les services de soins à domicile et de proximité, à des pénuries de personnel résultant de difficultés à attirer et à retenir les travailleurs, à de mauvaises conditions d'emploi et de travail, à un manque de possibilités d'évolution de carrière pour les travailleurs du secteur des soins, à des difficultés pour les prestataires de soins transfrontaliers, ainsi qu'à un manque de soutien aux prestataires de soins informels;
- W. considérant qu'en plus des besoins médicaux non satisfaits, la pandémie de COVID-19 a eu une incidence dramatiquement négative sur l'accès à l'éducation, au logement décent et aux services essentiels au bien-être et au développement des enfants, générant une charge supplémentaire dans les tâches de garde et d'éducation pour tous les parents,

¹ 2019.

² <https://eige.europa.eu/about-eige/director-speeches/beyond-beijing-declaration-assessment-and-main-challenges>

³ <https://data.unwomen.org/features/covid-19-pandemic-has-increased-care-burden-how-much-0> <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women>

⁴ Preventing and managing COVID-19 across long-term care services, note d'orientation de l'OMS, 24 juillet 2020; Surveillance data from public online national reports on COVID-19 in long-term care facilities, ECDC, 2022 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/coronavirus/threats-and-outbreaks/covid-19/prevention-and-control/LTCF-data>)

⁵ <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-MHE-Joint-Statement-October-2021.pdf>

surtout les femmes et les parents isolés¹; que les données empiriques confirment que la réduction des services de soins et l'augmentation du travail de soins non rémunéré effectué par les femmes pendant la pandémie de COVID-19 ont rétabli et renforcé les inégalités entre les sexes;

- X. considérant que la prestation de soins de qualité exige une main-d'œuvre suffisamment importante, bien formée, motivée et spécialisée, des conditions de travail attrayantes et décentes grâce au dialogue social et aux négociations collectives, des salaires adéquats et équitables, ainsi que des services intégrés et des financements publics adéquats; que le secteur des soins est depuis longtemps confronté à une pénurie de main-d'œuvre et que, durant les années 2019 à 2020, 421 000 travailleurs ont quitté le secteur des soins résidentiels²; que la fourniture de soins de qualité est une profession qualifiée exigeant formation et expérience, et que la demande de prestataires de soins qualifiés ne fera qu'augmenter dans les années à venir; que l'emploi et la formation continue dans le milieu du travail au moyen de la professionnalisation du secteur peut contribuer à une augmentation de la qualité de la prestation de soins; que, dans un contexte d'allongement des parcours de soins et d'évolution des pratiques et des technologies, les soignants accumulent une expertise qui doit être reconnue; que la directive 2001/23/CE sur les droits acquis doit être appliquée dès que des contrats de travail sont transférés à un prestataire de soins acquéreur;
- Y. considérant que, dans l'Union européenne, au moins 3,1 millions de travailleurs du secteur des services aux personnes et aux ménages occupent un emploi non déclaré, ne sont pas reconnus et ne bénéficient pas des droits fondamentaux des travailleurs tels que la négociation collective, la sécurité sociale et la protection sociale³; que le travail non déclaré entraîne une réduction de la protection des travailleurs, favorisant l'exploitation et la maltraitance au travail, tout en entraînant également une perte de revenus pour les États membres; que les conditions auxquels sont soumis les ressortissants de pays tiers sans papiers travaillant dans le secteur des soins sont particulièrement difficiles, en ce qui concerne leurs droits sociaux et l'accès à des conditions de travail décentes;
- Z. considérant que la plateforme européenne visant à lutter contre le travail non déclaré a été transformée en un groupe de travail permanent de l'Autorité européenne du travail (AET) en vue de renforcer la coopération avec les autorités des États membres en la matière;
- AA. considérant que des études montrent que plus de 90 % des personnes âgées souhaiteraient vivre dans leur propre maison à un âge avancé; que, toutefois, seuls 20 % d'entre elles passent les dernières années de leur vie dans leur logement privé et nombre d'entre elles vivent dans des établissements de soins institutionnels⁴; qu'il existe un manque de services de soins adaptés aux besoins et aux préférences des personnes; que,

¹ Note de politique d'Eurofound (2021) L'éducation, la santé et le logement: Comment l'accès a changé pour les enfants et les familles en 2020.

² https://www.epsu.org/sites/default/files/article/files/Resilience_of%20the%20LTC%20sector_V3.pdf

³ <https://effat.org/in-the-spotlight/european-alliance-calls-on-eu-governments-to-ratify-convention-on-domestic-workers/#:~:text=Among%20them%2C%206.3%20million%20are,workers%20in%20their%20respective%20country>

⁴ Initiative en faveur de la mobilité européenne (<https://www.mobilelabour.eu/>)

pour remédier à cette situation¹, les structures de soins doivent passer d'institutions centralisées à des soins axés sur le patient et la famille et à une prise en charge de proximité, afin de mieux soutenir l'autonomie des personnes ayant besoin de soins et d'aide, de façon à apporter des avantages économiques et sociaux tangibles et à augmenter le niveau de bien-être des bénéficiaires de soins; que les soins résidentiels ne répondent souvent pas aux normes relatives au soutien de l'autonomie des personnes qui utilisent ces services et sont souvent associés à la fin de la vie, plutôt qu'à un lieu où elles peuvent vivre dans la dignité, s'épanouir et participer davantage à la vie sociale et culturelle; que l'évolution susvisée ne s'est pas faite ou trop lentement et avec trop peu de ressources, et qu'elle doit tenir compte des différents besoins et vulnérabilités des communautés, notamment en termes de revenus et d'inégalités; que les États membres devraient investir en vue de mener à bien cette évolution;

- AB. considérant qu'il est important de mener des recherches plus approfondies sur les abus dans tous les contextes de soins, d'informer sur les facteurs qui conduisent à ces pratiques, de promouvoir la sensibilisation, la formation, la détection et la lutte contre les abus pour toutes les professions liées aux soins, et de créer des plateformes publiques pour signaler ces pratiques;
- AC. considérant que le marché du travail est marqué par une ségrégation selon le genre et que les secteurs majoritairement féminins ont tendance à être en général sous évalués; qu'en 2020, le salaire horaire brut des femmes dans l'Union était en moyenne inférieur de 13,0 % à celui des hommes²;
- AD. considérant que les soins restent souvent sous-évalués, qu'ils sont peu reconnus et que la compensation financière pour les aidants informels est insuffisante, voire inexistante; considérant que la sous-évaluation en matière de rémunération et de conditions de travail ainsi que le manque de visibilité du travail de soins et des tâches domestiques sont étroitement liés aux modèles et aux normes dominants qui voient dans les femmes des soignantes et, dans les hommes, des pourvoyeurs de revenus, et à un cercle vicieux de «double dévaluation», dans lequel les soins sont relégués aux groupes les plus défavorisés de la société, en raison de leur manque de valeur et, à son tour, l'activité de soins est dévaluée parce qu'elle est exercée par les groupes les plus défavorisés et que les soins à domicile et autres services aux personnes et aux ménages sont fournis derrière des portes closes;
- AE. considérant que le caractère féminin du secteur des soins de santé est un facteur qui explique les écarts entre les hommes et les femmes en matière d'emploi, de rémunération et de retraite en raison de la proportion de femmes dans le secteur informel et formel des soins de santé et que ce fait est susceptible d'accroître le risque de pauvreté et de réduire les impôts versés aux États membres, avec une perte annuelle de PIB pour l'Europe de 370 milliards d'euros³;

¹ Challenges in long-term care in Europe (Les défis en matière de soins de longue durée en Europe), étude de la Commission européenne, 2018

² https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Gender_pay_gap_statistics

³ https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/women-labour-market-work-life-balance/womens-situation-labour-market_en

- AF. considérant que les femmes et les migrants, et notamment les travailleurs mobiles, qu'ils soient ressortissants de l'Union ou non, sont majoritaires dans le secteur des soins, les femmes représentant 76 % des 49 millions de travailleurs documentés du secteur dans l'Union¹ et plus de 85 % de ceux qui exercent des activités de soins non rémunérées dans les États membres si l'on tient compte des tâches quotidiennes et hebdomadaires²;
- AG. considérant qu'il y a 6,3 millions de professionnels des soins de longue durée, parmi lesquels les femmes (81 %) sont surreprésentées et où l'on trouve de plus en plus de travailleurs de plus de 50 ans, de travailleurs à temps partiel, de travailleurs précaires et de travailleurs de plateformes ainsi que de travailleurs migrants, informels et mobiles, y compris les prestataires de services à la personne logés à domicile (8 % des travailleurs du secteur des soins sont étrangers); qu'en 2020, les travailleurs migrants et mobiles représentaient 28 % des prestataires de services à la personne³; que, dans certaines régions de l'Union, le manque de prestataires de soins est aggravé par cette émigration de personnel de soins et par le phénomène des filières mondiales assurant ces prestations; qu'il est dès lors impossible d'envisager les soins en termes de frontières nationales uniquement; qu'il subsiste toujours des obstacles à la libre prestation de services de soins dans l'Union; que ces travailleurs sont essentiels à nos sociétés aussi bien en termes de santé publique que d'inclusion sociale des bénéficiaires des soins, qui sont parfois des personnes isolées;
- AH. considérant que, dans tous les États membres, la rémunération dans le secteur des soins et des tâches domestiques est nettement inférieure au salaire moyen et inférieure au salaire versé aux travailleurs d'autres secteurs pour un même emploi, particulièrement dans le secteur de la santé⁴; que ce phénomène s'explique par le caractère informel de l'activité, la présence moins importante de négociations collectives dans ces secteurs et la considération moindre accordée aux secteurs occupant majoritairement des femmes, comme le secteur des soins; que les travailleurs des secteurs à but lucratif et non lucratif bénéficient rarement d'une représentation syndicale ou de négociations collectives; que c'est dans les États membres disposant de conventions collectives pour certains segments du secteur que l'écart par rapport au salaire moyen est le plus faible⁵; qu'une représentation des travailleurs, notamment par des syndicats, et l'existence de négociations collectives sont essentielles pour représenter et défendre les droits et les intérêts des travailleurs de tous les domaines des soins ainsi que pour améliorer les normes dans l'ensemble du secteur des soins et préserver celles-ci;
- AI. considérant que la crise de la COVID-19 a révélé plusieurs problèmes concernant les conditions générales d'emploi des prestataires de soins de longue durée; que les prestataires de soins de longue durée étaient exposés à un plus grand risque de contracter la COVID-19 que les prestataires de soins de santé des hôpitaux en raison du

¹ Étude du Parlement européen (2021), Égalité des genres: valeur économique du soin à la personne et fonds européens.

² EIGE, Rapport 2020 de la plate-forme d'action de Pékin, 2021.

³ Rapport d'Eurofound (2020), Long-term care workforce: Employment and working conditions.

⁴ Rapport d'Eurofound (2020), Long-term care workforce: Employment and working conditions.

⁵ Rapport d'Eurofound (2020), Long-term care workforce: Employment and working conditions.

manque d'équipements de protection individuelle et de formation adéquate pour mettre en œuvre les protocoles d'infection et les autres mesures de prévention;

- AJ. considérant que tout en étant gratifiante sur le plan émotionnel pour une grande majorité des aidants, la prestation de soins a souvent des effets négatifs sur leur santé physique et mentale et ne permet que difficilement de concilier cette activité avec un travail rémunéré, ce qui est particulièrement le cas pour les aidants de sexe féminin¹; que la santé mentale des aidants formels et informels a été affectée de manière disproportionnée pendant la pandémie de COVID-19; que les problèmes mentaux ont augmenté durant la pandémie, ce qui a augmenté la charge en matière de soins; que la prestation de soins est souvent une activité par roulement, qui exige de pouvoir être appelé immédiatement pour de longues heures de travail; que les risques pour la santé et les horaires de travail anormaux sont les principales causes de l'absentéisme relativement élevé dans le secteur des soins de longue durée; que 38 % des professionnels du secteur des soins estiment qu'en raison des effets négatifs que leur travail a sur eux, ils ne seront pas en mesure de continuer à travailler jusqu'à l'âge de 60 ans²;
- AK. considérant qu'en Europe, 33 % des prestataires de soins de longue durée sont exposés à l'une ou l'autre forme de comportement social néfaste (dont la violence verbale, les menaces et le comportement humiliant) et que seuls 22 % de ces prestataires s'estiment très satisfaits de leurs conditions de travail³;
- AL. considérant qu'il existe diverses formes d'emploi de prestataires formels de services à la personne logés à domicile, notamment par l'intermédiaire d'entreprises de prestation de soins ou d'agences de travail intérimaire et d'intermédiaires;
- AM. considérant que les bénéficiaires de soins sont majoritairement des femmes, que les prestataires de soins informels de longue durée à des membres de la famille, des voisins ou des amis⁴ sont au nombre de 44 millions dans l'Union, en majorité des femmes, et que 12 % des femmes et 7 % des hommes assurant des soins informels de longue durée le font pendant plus de 40 heures par semaine⁵; que près de 30 % des personnes de plus de 65 ans vivent avec deux maladies non transmissibles (MNT) ou plus; que les MNT représentent un fardeau considérable et de plus en plus difficile à supporter pour les patients, les aidants, la société et les systèmes de santé;
- AN. considérant que le nombre élevé de bénéficiaires de soins qui dépendent de soignants informels est directement lié à l'indisponibilité, à l'inaccessibilité et au prix inabordable des services professionnels de qualité adaptés à leurs besoins ainsi qu'au choix par défaut de nombreux États membres de compter sur les soins informels non rémunérés

¹ Commission européenne et comité de la protection sociale (2021), Rapport 2021 sur les soins de longue durée.

² Étude du Parlement européen (2021), Politiques pour les prestataires de soins de longue durée.

³ Eurofound, Long-term Care Workforce: Employment and working conditions, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, 2020b

⁴ Rapport d'Eurofound (2020), Long-term care workforce: Employment and working conditions.

⁵ Commission européenne, Rapport sur les soins de longue durée
<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=24079&langId=en>

pour assurer la majorité des soins¹; que la prestation de soins informels devrait être le résultat d'un choix et non d'une nécessité par manque de services de soins disponibles;

- AO. considérant qu'une part important du secteur des services formels à domicile fonctionne dans l'opacité, ce qui a des répercussions négatives sur la qualité des soins à domicile; que les données permettant de déterminer avec précision le nombre d'aidants travaillant dans l'opacité sont insuffisantes;
- AP. considérant que, dans l'Union européenne, les femmes consacrent 13 heures de plus par semaine que les hommes à des soins non rémunérés et aux tâches domestiques²; que l'accès à des services de soins formels de longue durée abordables et de qualité pour les membres de la famille à charge et la répartition inégale des soins non rémunérés et des tâches domestiques entre les hommes et les femmes constituent des éléments déterminants pour les femmes au moment de choisir d'accepter ou de garder un emploi ainsi que pour la qualité des emplois qu'elles exercent; que 7,7 millions de femmes dans l'Union restent exclues du marché du travail en raison de leurs responsabilités en matière de soins informels, contre 450 000 hommes à peine, et que 29 % des femmes employées à temps partiel invoquent les responsabilités familiales comme principale raison du choix d'un emploi à temps partiel³; que seuls 6 % des hommes citent les responsabilités familiales comme principale raison du choix d'un emploi à temps partiel, contre 29 % des femmes, et que seuls 64 % des pères se chargent quotidiennement de tâches familiales dans l'Union⁴;
- AQ. considérant que les femmes connaissent davantage d'interruptions de carrière, ont tendance à avoir un horaire de travail moins important et sont plus susceptibles d'avoir un emploi à temps partiel, précaire ou temporaire; que la ségrégation sectorielle ainsi que la répartition inégale des soins non rémunérés et des tâches domestiques sont les causes principales de l'écart persistant en matière d'emploi, de rémunération et de retraite et entraînent un risque plus important de pauvreté et d'exclusion sociale chez les femmes; que l'écart moyen en matière de retraite était de 27 % en 2020⁵; qu'une répartition égale des soins non rémunérés et des tâches domestiques, qui suppose une participation de même importance de la part des hommes, a une influence positive évidente sur la proportion de femmes ayant un emploi rémunéré et sur la réduction de l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes; que les responsabilités liées à la garde des enfants sont un motif de changement d'emploi pour 60 % des femmes, contre 17 % des hommes, et qu'elles entraînent une réduction du temps de travail pour

¹ Commission européenne, Rapport sur les soins de longue durée

<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=24079&langId=en>

² Rapport de l'EIGE de 2020: Gender inequalities in care and consequences for the labour market: <https://eige.europa.eu/publications/gender-inequalities-care-and-consequences-labour-market>

³ Rapport de l'EIGE de 2020: Gender inequalities in care and consequences for the labour market:

⁴ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound), Enquête européenne sur la qualité de vie 2016 – Quality of life, quality of public services, and quality of society, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, 2018.

⁵ https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_pnp13{=en

18 % des femmes ayant un emploi, contre 3 % des hommes à peine¹; que la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable de structures d'accueil d'enfants de qualité sont essentiels pour permettre à la population, et particulièrement aux femmes ayant des responsabilités familiales, de participer au marché du travail; que les problèmes de santé publique tels que la migraine sont plus fréquents chez les femmes² et qu'une majorité des femmes qui en souffrent sont toujours en première ligne en ce qui concerne la garde des enfants et les tâches domestiques;

- AR. considérant que ces disparités sont confirmées au niveau mondial, les femmes consacrant en moyenne 3,2 fois plus de temps (201 jours ouvrables par an) que les hommes (63 jours ouvrables) à la prestation de soins non rémunérés et que ces disparités sont les plus prononcées dans le cas des filles et femmes vivant dans des pays à revenu moyen, d'un niveau d'éducation inférieur, vivant dans des zones rurales et ayant des enfants d'âge préscolaire³;
- AS. considérant que les femmes constituent la toute grande majorité des travailleurs essentiels (4 des 16 autres catégories professionnelles jugées essentielles comptent plus de 50 % de femmes dans leur main-d'œuvre dans l'Union européenne)⁴, notamment les professionnels des soins, dont les tâches ne peuvent pas être effectuées sous la forme du télétravail, et dans les secteurs qui ont été les plus sévèrement touchés par la pandémie, et qu'elles ont donc été exposées à un risque élevé de contagion, de charge de travail excessive, de déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée et de perte d'emploi; que les conditions de vie et de travail se sont particulièrement détériorées pour les femmes ayant un emploi rémunéré et de jeunes enfants⁵;
- AT. considérant que les soins restent l'un des principaux domaines de reproduction des archétypes de genre, qui sont en outre renforcés par le manque d'investissement dans des services de qualité et par les préjugés sexistes d'autres politiques qui ont une incidence disproportionnée sur l'autodétermination des femmes dans la vie sociale et professionnelle, comme le système des avantages fiscaux;
- AU. considérant que les entreprises d'économie sociale peuvent présenter un potentiel et une contribution considérables pour faciliter la réintégration des aidants sur le marché du travail;
- AV. considérant que plusieurs États membres et régions de l'Union ne parviennent toujours pas à atteindre l'objectif consistant à proposer des services d'accueil à 90 % des enfants entre trois ans et l'âge de la scolarité obligatoire et à 33 % des enfants âgés de moins de trois ans; considérant que le manque d'infrastructures suffisantes proposant des services d'accueil d'enfants accessibles et de qualité pour tous, et notamment de services

¹ Rapport de l'EIGE (2021), Gender inequalities in care and consequences for the labour market:

² The Global Burden of Disease Study 2019:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol396no10258/PIIS0140-6736\(20\)X0042-0#](https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol396no10258/PIIS0140-6736(20)X0042-0#)

³ OIT (2018), Prendre soin d'autrui: un travail et des emplois pour l'avenir du travail décent.

⁴ Étude du Parlement européen (2021), Politiques pour les prestataires de soins de longue durée.

⁵ Étude du Parlement européen (2021), Égalité des genres: valeur économique du soin à la personne et fonds européens.

d'accueil de la petite enfance, touche tout particulièrement les enfants de familles défavorisées, ce qui se reflète dans le taux d'inscription inférieur à la moyenne des enfants handicapés, des enfants issus de communautés roms ou d'autres minorités, des enfants migrants, des enfants vivant dans la pauvreté et des enfants issus d'autres groupes défavorisés, alors que ce sont eux qui bénéficieraient le plus des services d'accueil de la petite enfance¹;

- AW. considérant qu'en 2020, 24,2 % des enfants de l'Union, soit près de 18 millions d'enfants, étaient exposés au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale; que les enfants issus de familles à bas revenu, les enfants sans abri, les enfants handicapés, les enfants issus de l'immigration, les enfants issus d'une minorité ethnique, en particulier les enfants roms, les enfants placés en institution, les enfants se trouvant dans des situations familiales précaires, des familles monoparentales, des familles LGBTIQ+ et des familles où les parents sont partis travailler à l'étranger font face à de sérieuses difficultés, telles que la privation grave de logement ou la surpopulation ou des obstacles dans l'accès aux services fondamentaux et de base; que, dans l'Union européenne, les enfants handicapés sont bien plus susceptibles d'être placés en institution que les enfants non handicapés et qu'ils semblent avoir beaucoup moins de chances de bénéficier de mesures permettant de passer d'une institution à des services de proximité ou à des soins à domicile²; que la garantie européenne pour l'enfance est un instrument de l'Union qui vise à prévenir et à combattre la pauvreté et l'exclusion sociale en assurant l'accès gratuit et effectif des enfants dans le besoin à des services essentiels de prise en charge tels que l'éducation et l'accueil de la petite enfance, les activités scolaires et éducatives, les soins de santé, la possibilité de consommer au moins un repas sain chaque jour d'école, ainsi que l'accès effectif de tous les enfants dans le besoin à une alimentation saine et à un logement adéquat³; que l'accessibilité à des services d'accueil des enfants et à des systèmes d'éducation abordables et de qualité est essentielle pour le développement et le bien-être personnels des enfants; qu'il existe une corrélation positive claire entre l'accès à des services d'accueil des enfants, d'une part, et l'emploi et les revenus des hommes et particulièrement des femmes, d'autre part⁴;
- AX. considérant que l'accès à des services de soins de qualité, en particulier à des soins de longue durée, dépend de plus en plus des revenus individuels et familiaux, du lieu de résidence, de la disponibilité des services et de leurs capacités ainsi que de la disponibilité géographique et des capacités disponibles des prestataires; que l'on estime que deux personnes sur trois ayant besoin de soins n'ont pas accès aux services de soins, principalement parce que ceux-ci ne sont pas disponibles ou parce qu'ils sont inabordables⁵; que les ménages à faible revenu, les ménages à niveau d'éducation moins élevé et les ménages de migrants sont ceux qui connaissent le plus de difficultés à

¹ European Social Partners joint statement on childcare provisions in the EU.
<https://www.etuc.org/en/document/european-social-partners-joint-statement-childcare-provisions-eu>

² Résolution du Parlement européen du 29 avril 2021 sur une garantie européenne pour l'enfance.

³ Recommandation (UE) 2021/1004 établissant une garantie européenne pour l'enfance.

⁴ Rapport de l'EIGE (2021), Gender inequalities in care and consequences for the labour market:

⁵ Commission européenne, Rapport sur les soins de longue durée
<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=24079&langId=en>

accéder à des services de soins formels de longue durée à domicile; qu'un tiers des ménages de l'Union et plus de la moitié des ménages de cinq États membres déclarent avoir besoin de services de soins professionnels de longue durée, mais ne pas y avoir accès pour des raisons financières¹; que l'accès aux soins de santé et aux soins devrait être universel, réel et indépendant de la situation financière, d'un lieu de résidence différent, du statut administratif ou de la situation administrative; que les personnes à faible revenu constituent également une catégorie de personnes chez qui les besoins en matière de soins sont plus présents²;

- AY. considérant que les technologies numériques sont susceptibles d'aider les aidants formels et informels et de réduire la charge à laquelle ceux-ci font face, par exemple lors du transport des patients en vue de consultations qui pourraient avoir lieu en ligne; qu'une enquête de 2021 d'Eurocarers suggère que 78 % des aidants informels n'ont jamais utilisé de technologies liées aux soins³; que la numérisation et l'internet des objets dans le secteur des soins doivent être pris en considération, mais qu'ils ne devraient pas complètement remplacer les interactions humaines, indispensables dans ce secteur; que la recherche et les projets pilotes devraient être encouragés afin de tester la faisabilité et l'efficacité des services numériques; que les personnes âgées, notamment celles qui bénéficient de soins, éprouvent des difficultés à accéder aux services numériques; que l'accès aux services numériques, et notamment l'accès aux compétences numériques, devrait être considéré comme un droit pour les bénéficiaires de soins; que le passage abrupt au télétravail a révélé la nécessité de mieux faire appliquer, réviser et actualiser la législation relative aux conditions de travail dans l'environnement numérique et à l'utilisation de l'intelligence artificielle dans la vie professionnelle;
- AZ. considérant que les femmes faisant l'objet de discriminations intersectionnelles rencontrent des obstacles supplémentaires pour accéder aux services de soins et de soins de santé et qu'il convient d'accorder une attention particulière à la lutte contre les effets, dans l'accès aux services privés et publics, des préjugés implicites dus aux stéréotypes persistants et à la sous-représentation de certains groupes dans ces institutions;
- BA. considérant que l'extrême vieillesse doit également faire l'objet d'une vigilance toute particulière afin d'aider, lorsque cela s'avère nécessaire, les personnes en perte d'autonomie et d'éviter qu'elles ne se retrouvent dans des situations d'isolement;
- BB. considérant que l'importance de la prévention et de la réadaptation gériatrique pour un vieillissement digne et en bonne santé devrait être dûment prise en considération;
- BC. considérant qu'il faut réorganiser les soins infirmiers par la fourniture gratuite, si possible, ou abordable d'un soutien infirmier à domicile;
- BD. considérant que l'augmentation des investissements dans l'économie des soins conformément aux objectifs de développement durable entraînerait la création de près

¹ Comité de la protection sociale et Commission européenne (2021), Rapport sur les soins de longue durée.

² Commission européenne, Rapport sur les soins de longue durée
<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=24079&langId=en>

³ Eurocarers 2021, Report on Impact of COVID-19 on outbreak on informal carers across Europe.

de 300 millions d'emplois supplémentaires dans le monde d'ici 2035¹; qu'il s'agirait de 96 millions d'emplois directs dans l'accueil d'enfants, de 136 millions d'emplois directs dans les soins de longue durée et de 67 millions d'emplois indirects dans les secteurs non liés aux soins; que ce taux de création d'emplois nécessiterait un investissement de 3,2 % du PIB mondial, en tenant compte des coûts totaux moins les recettes fiscales²; que la Commission européenne estime que 8 millions d'emplois nouveaux devraient être créés dans l'Union dans le secteur des soins d'ici 2030³;

- BE. considérant que l'évolution démographique et le vieillissement de la population qui l'accompagne augmenteront la demande de services de soins; que les emplois dans le domaine des soins ne sont pas susceptibles d'être remplacés ou revus à la baisse par l'automatisation; que cela devrait encourager l'Union européenne et les États membres à investir dans l'économie des soins comme un secteur créateur d'emploi prometteur, dans le cadre de la transition numérique, afin d'augmenter la quantité de personnel qualifié et d'attirer plus de personnes dans ce secteur;
- BF. considérant que les normes de qualité pour les soins, et particulièrement pour les services d'aide sociale, restent absentes ou inadéquates;
- BG. considérant que le secteur des soins a besoin de moyens, de réformes et d'investissements importants; qu'en 2018, le déficit d'investissement annuel dans les infrastructures sociales en Europe était estimé à 100-150 milliards d'euros⁴; que, d'après les projections du rapport sur le vieillissement de 2021, les dépenses publiques nécessaires pour couvrir les coûts des soins et du soutien de longue durée pourraient atteindre 2,9 % du PIB annuellement en 2070, contre 1,7 % en 2016, alors qu'un scénario de «vieillesse en bonne santé» pourrait réduire considérablement ces coûts et que la couverture complète des besoins en soins de longue durée les augmenterait de manière significative;
- BH. considérant qu'il est essentiel de comprendre les interactions entre soins formels et soins informels; que les services de soins formels peuvent venir en aide aux aidants informels, par exemple en leur permettant de prendre congé et en leur assurant une formation; que l'absence de reconnaissance officielle des aidants informels et le manque de données les concernant et concernant leurs besoins constituent un obstacle à ces interactions;
- BI. considérant que la prestation de soins dépend d'un financement adéquat et du bon fonctionnement des services publics et des systèmes de protection sociale;
- BJ. considérant que la population d'aidants informels présente une grande diversité; que leurs besoins varient en fonction de leur milieu socioéconomique, de leur participation au marché du travail, des besoins des bénéficiaires de leurs soins et du temps qu'ils consacrent aux personnes à charge;

¹ OIT, 2022, «Soin à autrui au travail: Investir dans les congés et services de soin à autrui pour plus d'égalité de genre dans le monde du travail».

² OIT, 2022, «Soin à autrui au travail: Investir dans les congés et services de soin à autrui pour plus d'égalité de genre dans le monde du travail».

³ Commission européenne, 2021, Livre vert sur le vieillissement.

⁴ https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/dp074_en.pdf

- BK. considérant que les maladies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de maladies touchant la mémoire, restent sous-diagnostiquées dans la plupart des pays d'Europe; qu'il existe des signes clairs que le chiffre actuel de 9 millions de cas confirmés de démence doublera d'ici 2050; que les femmes continuent d'être touchées de manière disproportionnée par la démence¹;
- BL. considérant qu'en février 2021, le Médiateur européen a ouvert une enquête d'initiative sur le rôle de la Commission dans le processus de désinstitutionalisation dans l'Union européenne, laquelle enquête portait sur le respect, par la Commission, de l'obligation de veiller à ce que les États membres utilisent les fonds de l'Union pour favoriser l'abandon des institutions de soins et le passage à une existence autonome et à une participation à la vie communautaire;
- BM. considérant que le mécanisme prévu par la directive de 2001 sur la protection temporaire a été activé pour la première fois en réponse à l'afflux massif de réfugiés, en majorité des femmes avec des enfants et d'autres personnes dépendantes fuyant la guerre en Ukraine, afin que les personnes déplacées bénéficient d'un même accès au marché de l'emploi et au logement, à l'assistance médicale, et à l'éducation pour les enfants; que l'activation du mécanisme susmentionné aura un impact direct considérable sur le secteur des soins, car il augmentera le nombre de personnes ayant besoin de services de soins complets et personnalisés dans l'Union, mais également le nombre d'aidants formels et informels;
- BN. considérant que les données sur la qualité des services de soins proviennent presque toujours d'enquêtes de satisfaction des clients non normalisées;
- BO. considérant que les difficultés découlant de la fourniture d'un logement adéquat, décent et abordable, particulièrement pour les personnes âgées, les personnes seules, les personnes handicapées, les personnes exposées à un risque de pauvreté et d'exclusion sociale, les familles avec des enfants en bas âge et les parents isolés, constituent un obstacle important à l'accès à des services de soins de qualité;
- BP. considérant que dans 11 pays de l'OCDE, le salaire médian des prestataires de soins de longue durée est de 9 euros par heure à peine, tandis que le salaire du personnel hospitalier – constitué en majorité d'hommes – s'élève à 14 euros par heure en moyenne²;
- BQ. considérant que plus de la moitié des prestataires de soins déclarent ne pas gagner suffisamment pour couvrir les besoins de base tels que le logement et l'alimentation, et que 31 % d'entre eux n'ont pas un accès adéquat aux équipements de protection individuelle³;

¹ Alzheimer Europe, Dementia in Europe Yearbook 2019 (2020) Estimating the prevalence of dementia in Europe.

² <https://www.oecd.org/fr/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>

³ https://www.finanzwende-recherche.de/wp-content/uploads/2021/10/Finanzwende_BourgeronMetzWolf_2021_Private-Equity-Investoren-in-der-Pflege_20211013.pdf

BR. considérant que la majorité des prestataires de soins ne gagnent pas assez pour offrir un niveau de vie décent à leur famille et à eux-mêmes¹;

Une Europe qui prend soin des gens

1. fait observer qu'il est essentiel d'assurer la dignité, l'indépendance, l'autonomie, le bien-être et la participation à la vie sociale grâce à des soins de qualité tout au long de la vie, depuis la prise en charge de la petite enfance et l'éducation jusqu'aux services de soins aux personnes âgées et d'assistance aux personnes handicapées, en gardant à l'esprit que les êtres humains dépendent les uns des autres et que chacun de nous peut avoir besoin de soins à un moment quelconque de sa vie;
2. souligne l'importance de l'accessibilité et de la disponibilité de services publics de soins ainsi que de la qualité, de la disponibilité, du caractère abordable et de l'adéquation des soins et affirme que les personnes ayant besoin de soins et leurs aidants devraient disposer du droit de choisir réellement les services de soins qui leur conviennent ainsi qu'à leurs familles, les modalités de ces soins (soins à domicile, services de proximité, soins axés sur le patient, soins personnalisés ou autres), le lieu où ils sont prestés et leur fréquence, en veillant tout particulièrement à proposer des soins et à garantir leur accès aux personnes vivant dans des zones isolées (433) telles que les zones rurales ou les régions ultrapériphériques; estime que l'investissement dans la prestation de services sociaux et publics de qualité constitue un levier essentiel pour éviter que les désavantages ne passent d'une génération à l'autre;
3. fait observer que les soins et les approches stratégiques différentes dont ils font l'objet doivent être élargis et redéfinis en fonction des besoins de chacun; reconnaît que les modes et structures d'organisation des soins diffèrent d'un État membre à l'autre et souligne que chacun a le droit de choisir les services de soins de qualité qui conviennent le mieux à sa situation particulière et que ce droit doit être garanti par les États membres et par l'Union à travers ses politiques; souligne qu'en vertu du principe 18 du socle européen des droits sociaux, «toute personne a droit à des services de soins de longue durée abordables et de qualité, en particulier des services de soins à domicile et des services de proximité» et que pour concrétiser ce principe, il y a lieu d'élargir la prestation de soins;
4. fait observer que les femmes constituent la majorité (76 %) de la main-d'œuvre du secteur des soins formels et qu'elles se chargent d'une bonne partie des soins informels tout en représentant également la majorité des bénéficiaires de ces soins; souligne que les soins restent mal considérés et mal reconnus et qu'ils ne garantissent aux aidants qu'une rétribution financière insuffisante, voire aucune, et que ce manque de considération en termes de rémunération, de conditions de travail et de manque de visibilité est étroitement lié au caractère féminin du secteur du fait de la proportion élevée de femmes occupant un emploi dans le secteur des soins formels et informels; souligne que ce caractère féminin doit être pris en considération lors de la définition des politiques et des stratégies en matière de soins;
5. se dit préoccupé par les conséquences des limitations structurelles et des contraintes financières pesant sur les services de soins proposés aux personnes et reconnaît que

¹ <https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2021/wages-in-long-term-care-and-other-social-services-21-below-average>

l'intégration des soins en Europe est limitée par le manque de structures et de mesures d'incitation appropriées;

6. insiste sur l'importance d'une approche intégrée et fondée sur les droits de l'action européenne commune en matière de soins, qui accorde la même attention aux besoins physiques, mentaux, psychologiques et sociaux, personnels et domestiques des personnes; souligne qu'il importe de mettre en place une plus grande cohérence entre systèmes de santé et systèmes sociaux et entre soins formels et soins informels et qu'il faut améliorer la coordination entre les politiques de soins à l'échelon local, régional et national au sein des États membres de l'Union, parallèlement à une intégration transversale et sectorielle;
7. souligne qu'il faut définir une stratégie européenne ambitieuse et inclusive en matière de soins qui garantisse l'égalité d'accès aux soins pour tous, en particulier aux personnes en situation vulnérable, et qui contribue à la justice sociale;
8. estime que la prévention est essentielle; demande que parmi les composantes d'une stratégie européenne globale en matière de soins figure la prévention primaire, secondaire et tertiaire¹, et notamment l'utilisation adéquate de l'éducation et des informations pertinentes, le dépistage, la détection précoce, la prévention et le suivi adéquat des maladies non transmissibles (MNT); invite instamment la Commission à adopter une approche complète et globale des soins;
9. invite instamment la Commission à renforcer la résilience et les capacités de l'Union en cas de crises sanitaires; invite instamment la Commission à encourager la recherche et l'innovation en définissant les domaines prioritaires de la R&D future en fonction des maladies actuelles et futures ainsi que la poursuite du développement des possibilités qu'offre le secteur des soins, notamment pour les acteurs privés;
10. souligne que toutes les mesures de l'Union dans le domaine des soins, du marché du travail et des services sociaux devraient viser à promouvoir un modèle de soutien économique égalitaire dans lequel l'homme et la femme effectuent à part égale un travail rémunéré sur le marché du travail et un travail non rémunéré constitué de responsabilités domestiques et en matière de soins; rappelle à quel point il importe d'intégrer les questions d'égalité entre les hommes et les femmes dans tous les politiques;
11. invite la Commission et les États membres à investir dans le secteur des soins, à renforcer les investissements et les financements et à veiller à assurer un investissement et un financement viables, appropriés et plus importants pour garantir l'égalité d'accès des personnes qui en ont besoin à des services d'aide et de proximité de qualité, abordables et disposant de personnel suffisant ainsi qu'à garantir au personnel soignant une vie active et professionnelle épanouissante assortie de salaires adéquats permettant

¹ «La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié; ou à réduire le risque de rechute ou de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple.» Référence: glossaire de la promotion de la santé, OMS, 1998.

de mener une vie décente et de possibilités de carrière dans le secteur grâce à la certification et à la validation des compétences;

12. invite la Commission et les États membres à augmenter le financement disponible pour tous les types de services de soins et à utiliser au mieux les fonds structurels et d'investissement européens pour investir dans l'accueil des enfants et la prise en charge des personnes âgées et des autres personnes ayant besoin de soins, et ce grâce au FSE+, à InvestEU et à d'autres instruments financiers soutenant l'investissement social ainsi que grâce à la facilité pour la reprise et la résilience, au programme «L'UE pour la santé» et aux Fonds structurels et d'investissement européens afin d'investir dans des soins publics garantis et de faciliter des services accessibles et abordables pour tous; invite la Commission à se montrer à la hauteur et à créer des synergies avec les mesures de promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes, l'inclusion des personnes appartenant à des groupes vulnérables et les normes fixées pour les investissements dans la transition numérique et écologique, en vue par exemple de rendre les soins et les projets de soins plus écologiques et de lancer une initiative relative aux soins durables sur le plan de l'environnement, étant donné que les infrastructures de prise en charge ont une incidence négative importante sur l'environnement qu'il convient de résoudre et d'atténuer dans le cadre des principes directeurs; invite la Commission à définir des lignes directrices et une feuille de route afin de fixer des normes communes dans ce sens pour les États membres; invite la Banque européenne d'investissement à envisager d'inscrire le développement du secteur des soins et de l'économie des soins dans son budget annuel dans le cadre de la mise en œuvre de sa propre stratégie d'égalité entre les sexes et d'autonomisation économique des femmes;
13. demande l'adoption d'un ensemble de mesures d'investissement spécifiques pour encourager le secteur des soins et l'économie des soins dans l'Union ainsi que pour assurer la coordination entre les divers programmes et initiatives en vue de la bonne mise en œuvre de la stratégie; demande une fois de plus la création, au sein du CFP et des programmes qui s'y rapportent, d'outils de prise en compte des questions d'égalité entre les hommes et les femmes dans le budget afin de permettre de suivre les financements spécifiquement affectés à la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes;
14. rappelle les obligations et les engagements de l'Union et des États membres en faveur de l'abandon des soins en milieu institutionnalisé isolé et du passage à des services de proximité et à des soins à domicile ainsi qu'en faveur de la promotion de divers modèles d'aide et d'existence autonome; invite les États membres à utiliser les fonds nationaux et européens disponibles pour accélérer cette transition et soutenir l'autonomie individuelle et l'existence autonome en soutenant les techniques qui favorisent l'autonomie, comme l'adaptation du domicile ou l'installation de systèmes de détection numérique et d'aides techniques à domicile, dans le plein respect des dispositions et des objectifs de la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées; demande instamment à la Commission d'adopter des mesures efficaces pour s'assurer que les fonds de l'Union servent à abandonner les soins en institution et à favoriser le passage à des services de proximité et à des soins à domicile tout en préservant toute la diversité des soins à domicile;
15. souligne que pour diminuer la part du travail non déclaré dans les soins formels, il importe que les vrais prestataires de services de soins bénéficient d'un financement

public dans le cadre des systèmes de sécurité sociale ou au moyen de mesures fiscales qui permettent aux services de soins légaux et équitables d'être abordables;

16. invite les États membres à garantir une couverture santé universelle, à augmenter les investissements dans les soins de santé et à investir en priorité dans les soins de proximité et les soins primaires; invite également les États membres à lever de toute urgence tout obstacle actuel empêchant l'accès aux soins de santé pour tous, notamment des migrants sans papiers, en accordant une attention particulière aux femmes victimes d'une forme intersectionnelle de discrimination; demande que des salaires équitables et plus élevés et des conditions de travail décentes soient garantis aux prestataires de soins, aux aides-soignants et aux autres personnels d'appui;
17. fait observer qu'une part importante des modèles, services et infrastructures de soins se fondent sur un modèle dépassé de placement en institution qui ne répond plus aux critères de qualité actuels ni aux besoins physiques, sociaux et psychologiques des bénéficiaires de soins ou à leurs souhaits; souligne que les personnes ayant besoin de soins devraient se trouver au cœur des plans de soins à toutes les étapes de la définition, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques et des services de soins, et ce en envisageant des solutions innovantes et de nouveaux modèles et outils d'aide à la personne favorisant l'inclusion sociale et la compréhension multigénérationnelle des besoins individuels des personnes ayant besoin de soins, l'objectif étant de passer d'un milieu institutionnel à des soins à domicile et à des services de proximité et de promouvoir divers modèles d'aide et d'existence autonome;
18. estime que des soins individualisés et axés sur les personnes sont nécessaires pour garantir la dignité des bénéficiaires des soins et de leurs aidants ainsi que leur participation et leur inclusion pleines et entières dans la communauté; souligne que ce passage à une approche privilégiant la personne nécessite une plus grande intégration des soins dans des filières de prise en charge plus globales si l'on veut améliorer les avantages qu'en retireront les bénéficiaires ainsi que la qualité des soins;
19. souligne qu'il faut pleinement tirer parti des solutions numériques pour aider les personnes ayant besoin de soins à mener une existence indépendante et autonomie, qu'il faut améliorer le respect de leur droit à l'autodétermination et qu'il faut développer l'autonomie des professionnels comme des bénéficiaires des soins, et ce par une approche personnalisée de la conception et de la budgétisation des soins, et notamment des soins de santé personnalisés axés sur la personne au moyen d'outils adéquats, tout en veillant à ce qu'il y ait un contact humain de qualité pour les personnes ayant besoin de soins et d'assistance;
20. estime que dans le cadre du développement des soins, il y a lieu de tenir compte de toutes les catégories d'utilisateurs ainsi que de leurs différences; estime que ceux qui planifient, programment et fournissent les services de soins ont le devoir d'être au fait de ces besoins, de l'autonomisation des utilisateurs des services et de l'importance d'une approche privilégiant l'utilisateur dans la mise en place des services et que les services de soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées doivent être planifiés et mis en place avec la participation des utilisateurs;
21. invite les États membres à échanger des informations et de bonnes pratiques en vue de l'élaboration d'un cadre européen commun de qualité pour les soins formels et informels, fondé sur les droits à l'indépendance, à l'autonomie et au bien-être et inspiré

notamment du cadre de l'OMS pour aider les pays à atteindre un continuum de soins de longue durée intégré qui englobe tous les milieux de soins, encourage la convergence sociale vers le haut, garantit l'égalité des droits pour tous les citoyens et améliore la qualité de vie;

22. demande à la Commission d'aider les États membres à améliorer leurs infrastructures de collecte de données conformément à ce cadre de qualité;
23. demande également l'échange de bonnes pratiques sur la meilleure façon d'aider les groupes ayant des besoins de soins particuliers (comme les parents isolés, qui sont majoritairement des femmes, les parents d'enfants ayant une maladie grave ou les personnes âgées);
24. souligne que l'augmentation des besoins en matière de soins exige que l'Union adopte une approche commune et appelle de ses vœux une stratégie européenne concrète en matière de soins préventifs pour répondre à la pression croissante qui pèse sur le système de santé; relève que les services de soins devraient être développés de manière à favoriser la continuité des soins, les soins de santé préventifs, la réadaptation et l'autonomie de vie et souligne l'importance de programmes de promotion de la santé et d'éducation à la santé tout au long de la vie, de la prévention des maladies et des examens de santé réguliers ainsi que de programmes de santé plus efficaces pour stimuler le processus de vieillissement en bonne santé; demande à la Commission et aux États membres de participer pleinement à la décennie pour le vieillissement en bonne santé de l'OMS en élaborant des stratégies de vieillissement en bonne santé au sein de l'Union qui recouvrent non seulement l'accès aux services de santé et de soins, mais également des stratégies de promotion de la santé et de prévention;
25. engage la Commission à adopter un rôle de chef de file dans le domaine des soins en fixant des objectifs ambitieux au niveau de l'Union en matière de financement, d'accès, de qualité, d'efficacité et de durabilité des services de soins, en consultation avec les États membres ainsi qu'avec les parties prenantes concernées, y compris les partenaires sociaux, et à élaborer des définitions et des indicateurs harmonisés pour évaluer ces objectifs pour les enfants, les personnes âgées ou les personnes handicapées;
26. fait remarquer qu'il convient d'avoir un tableau de bord pour surveiller la mise en œuvre du droit à des soins de qualité dans des contextes public, privé, formel et informel;
27. rappelle que l'Union devrait faire usage du cadre des «5R» du travail décent dans les activités de soin à autrui défini par l'OIT (reconnaître, réduire et redistribuer les activités de soin à autrui non rémunérées, rétribuer les activités de soin à autrui rémunérées et garantir la représentation, le dialogue social et la négociation collective aux travailleurs du soin à autrui);
28. rappelle qu'il convient de progresser sur la voie d'une économie des soins qui adopte une approche des soins intégrée et globale, qui tienne compte de la dimension de genre et qui porte sur toute la vie; souligne que cette approche devrait inclure des mesures législatives et des investissements au niveau de l'Union afin de promouvoir à la fois des conditions de travail décentes et l'attractivité du travail dans le secteur des soins;

29. souligne qu'il convient d'insister sur la nécessité d'une approche européenne des soins dans le suivi des conclusions de la conférence sur l'avenir de l'Europe, étant donné que les soins sont un secteur clé pour l'avenir de l'Europe;
30. demande à la Commission de présenter une stratégie européenne ambitieuse, solide et pérenne en matière de soins, qui s'appuie sur le droit de chacun à des soins abordables, accessibles et de qualité, sur les autres principes énoncés dans le socle européen des droits sociaux et les documents stratégiques de l'Union, ainsi que sur les droits et besoins individuels des bénéficiaires de soins et des aidants; souhaite que cette stratégie couvre l'ensemble de la vie, en visant les besoins des personnes à des périodes critiques de leur vie et en y répondant, jetant ainsi les fondements d'une continuité des services de soins tout au long de la vie et favorisant la solidarité intergénérationnelle;
31. souligne que cette stratégie devrait reposer sur des données fiables, complètes et comparables, qui soient accessibles au public, sur la situation et les catégories des aidants et des bénéficiaires de soins, ventilées par sexe, âge, nationalité, origine ethnique¹, handicap, statut socio-économique, disponibilité et caractère abordable, type de soins dispensés ou reçus et contexte de soins (prise en charge privée ou publique, en milieu institutionnel, dans le cadre familial ou prise en charge de proximité) et insiste pour que cette stratégie inclue des objectifs concrets et progressifs assortis d'un calendrier et d'indicateurs permettant d'évaluer les progrès accomplis et de lutter contre les inégalités et qui tiennent compte des besoins en matière de soins dans les sociétés européennes; réitère l'appel lancé à la Commission et aux États membres en faveur d'une actualisation du cadre statistique de collecte de données fiables, comparables et ventilées, tout en garantissant le respect total de la vie privée et les normes en matière de droits fondamentaux; invite la Commission à élaborer des enquêtes détaillées sur l'emploi du temps, lesquelles seraient gérées de manière centrale et ventilées selon les paramètres susmentionnés, pour apprécier la valeur du travail non rémunéré dans les États membres;
32. met en avant la nécessité de consulter toutes les parties prenantes concernées aux niveaux européen, national et local, y compris les représentants des aidants informels et les associations de patients, lors de l'élaboration de la stratégie européenne en matière de soins, de manière à tenir compte de la diversité des situations et des besoins, et souligne que la stratégie devrait définir ses groupes cibles;
33. invite la Commission à inclure des mesures globales de lutte contre la violence et le harcèlement, notamment contre toutes les formes de maltraitance des personnes âgées et d'actes abusifs à l'encontre des aidants, dans la stratégie européenne en matière de soins afin de combattre les phénomènes inquiétants que sont la non-assistance, la négligence et l'utilisation injustifiée de contraintes physiques ou chimiques, particulièrement dans le domaine des soins et de l'assistance de longue durée; invite les États membres à développer des formations pour les aidants informels et formels afin de prévenir, interdire et combattre la violence et le harcèlement liés aux soins ainsi que pour établir des mécanismes indépendants et efficaces de signalement et de réparation;

¹ Les données relatives à l'origine ethnique devraient être collectées sur une base volontaire et anonyme aux seules fins de l'identification des actes discriminatoires et de la lutte contre ceux-ci.

34. invite les États membres à veiller à ce que des investissements affectés à l'économie des soins soient inclus dans les plans nationaux pour la reprise et la résilience (révisés), dans le fonds de cohésion et dans tous les autres instruments financiers pertinents de l'Union;
35. souligne que l'«économie des seniors» qui se dessine pourrait constituer l'un des moteurs économiques majeurs, en particulier dans les zones rurales, et présenter des avantages pour les secteurs des soins de santé et des soins de longue durée, en leur permettant de dispenser plus efficacement des soins de qualité;
36. invite la Commission européenne à créer une journée européenne de l'égalité en matière de soins chaque 29 février, dans le but de sensibiliser à la sous-évaluation et à l'invisibilisation des activités de soin à autrui et des aidants dans nos sociétés;
37. invite la Commission et les États membres à, en plus de répondre aux besoins immédiats en matière de soins, adopter les politiques et mesures nécessaires pour s'attaquer à leurs causes, telles que la pauvreté, l'exclusion sociale et d'autres obstacles structurels qui entravent l'accès universel et égal à des soins de qualité, en premier lieu les défis liés à l'emploi, à l'éducation et à la formation, ainsi qu'à un logement décent et abordable;

Soins de qualité pour chaque enfant

38. se félicite de l'intention de la Commission de réviser les objectifs de Barcelone dans le cadre de la stratégie européenne en matière de soins; demande d'encourager la convergence vers le haut et d'investir davantage dans des soins publics de qualité pour chaque enfant dans l'Union, entre autres en révisant les objectifs et en faisant montre d'une ambition autrement élevée concernant l'accessibilité des services d'accueil de qualité à tous les enfants, y compris ceux de moins de 3 ans et ceux qui sont confrontés à la pauvreté, à l'exclusion sociale et à des formes croisées de discrimination, et en établissant des indicateurs plus précis spécifiques à l'accès des enfants de moins de 1 an aux services d'accueil des enfants; invite la Commission à intégrer aux objectifs une nouvelle cible consistant à proposer des services d'accueil des enfants après les heures scolaires; invite les États membres en retard dans la mise en œuvre des objectifs de Barcelone 2002 à adopter toutes les mesures nécessaires pour atteindre dans les plus brefs délais l'objectif consistant à proposer des services d'accueil à au moins 90 % des enfants de plus de trois ans n'ayant pas atteint l'âge de la scolarité obligatoire et à au moins 33 % des enfants de moins de trois ans;
39. rappelle que les fonds de l'Union (Fonds ESI et notamment le Fonds social européen+ ainsi que la facilité pour la reprise et la résilience (FRR)) devraient être utilisés pour compléter les investissements des États membres dans l'accueil des enfants; invite la Commission, dans l'usage fait par les États membres des instruments financiers de l'Union, à promouvoir les investissements dans les services d'accueil des enfants; souligne que les investissements publics et des conditions d'emploi et de travail de qualité pour les travailleurs du secteur de l'accueil des enfants sont indispensables à des services de garde d'enfants de qualité;
40. invite les États membres à concevoir des politiques et des mesures notamment en matière d'accueil des enfants et d'éducation, y compris d'activités extrascolaires, de manière à protéger les intérêts des enfants et de leurs familles sans exclusive et de façon intégrée, en suivant une approche centrée sur l'enfant, qui accorde une attention

particulière aux enfants en situation de vulnérabilité, par exemple menacés de pauvreté ou de dénuement social ou en situation de pauvreté ou de dénuement social, ainsi qu'aux enfants handicapés, aux enfants migrants ou aux enfants issus de minorités, et de manière à mettre en œuvre de façon rapide et efficace la garantie européenne pour l'enfance, y compris l'engagement à garantir aux enfants dans le besoin un accès effectif et gratuit à des structures d'éducation et d'accueil de la petite enfance de qualité¹; invite les États membres à développer des services d'assistance personnelle pour les enfants handicapés ainsi qu'à garantir des conditions de travail décentes et de qualité aux professionnels qui travaillent avec des enfants handicapés;

41. souligne que la crise de la COVID-19 et l'arrivée de réfugiés à la suite de la guerre en Ukraine peuvent encore aggraver la situation des enfants menacés de pauvreté et d'exclusion sociale ou des enfants qui ont besoin d'un accès à des soins de qualité; invite dès lors une nouvelle fois² les États membres et la Commission à augmenter le financement de la garantie pour l'enfance au moyen d'un budget spécifique d'au moins 20 milliards d'euros afin de lutter contre la pauvreté qui touche les enfants et leurs familles et de contribuer à l'objectif de réduction du nombre de victimes de la pauvreté d'au moins 15 millions de personnes d'ici à 2030, dont au moins 5 millions d'enfants dans tous les États membres;
42. rappelle que la protection sociale et le soutien aux personnes et aux familles, en particulier les groupes en situation de vulnérabilité, comme les familles nombreuses, les familles monoparentales ou les familles dont un enfant est handicapé, sont essentiels, et invite les autorités nationales compétentes à mettre en place des systèmes de protection sociale universels, adéquats et accessibles à tous et des systèmes intégrés de protection de l'enfance en vue de ne laisser personne de côté, y compris une prévention efficace, une intervention précoce et un soutien familial, afin de garantir la sécurité et la sûreté des enfants sans protection parentale ou risquant d'en être privés, ainsi que des mesures visant à soutenir la transition d'un placement en institution à un placement dans une structure familiale ou de proximité de qualité; invite les États membres à accroître les investissements dans les systèmes de protection de l'enfance et les services d'aide sociale, qui constituent des éléments importants de la mise en œuvre de la garantie pour l'enfance;
43. prie les États membres d'apporter un soutien global, intégré et continu aux parents, y compris en défendant les droits liés à la maternité et à la paternité et les droits parentaux rémunérés, protection qui se reflète aussi dans les régimes de retraite, en veillant à la disponibilité de services sociaux aisément accessibles, tels que les garderies, les conseils professionnels, la médiation ou le soutien psychologique, et en encourageant les hommes à prendre une plus grande part dans les responsabilités familiales et domestiques non rémunérées, dont la garde des très jeunes enfants ainsi que des enfants handicapés, de manière à y participer sur un pied d'égalité; souligne l'importance de structures et de services de soins adéquats, accessibles et abordables, en particulier pour les parents isolés, dont la vaste majorité sont des femmes, et les familles dont les

¹ Comme indiqué dans la recommandation (UE) 2021/1004 du Conseil du 14 juin 2021 établissant une garantie européenne pour l'enfance.

² Résolution du Parlement européen du 17 décembre 2020 sur une Europe sociale forte pour des transitions justes [2020/2084(INI)]; résolution du Parlement européen du 7 avril 2022 sur la protection accordée par l'Union européenne aux enfants et aux jeunes qui fuient en raison de la guerre en Ukraine (2022/2618(RSP)).

revenus sont faibles et précaires, menacées de pauvreté et d'exclusion sociale; invite la Commission et les États membres à collecter des données normalisées sur l'égalité, ventilées par motifs protégés au titre des directives 2000/43/CE, 2000/78/CE et 2006/54/CE, sur la base de la participation volontaire, de la confidentialité, de l'auto-identification et du consentement éclairé, dans le respect des normes et des principes fondamentaux de l'Union en matière de protection des données et de droits fondamentaux;

44. souligne qu'il importe de garantir, au moyen d'une approche axée sur les droits et l'enfant, des services d'accueil des enfants de qualité qui soient accessibles, disponibles, abordables et inclusifs, qui répondent à la demande pendant les heures de travail des parents et les vacances scolaires, et qui facilitent le retour au travail des parents dans une égale mesure et leur permettent de concilier vie professionnelle et vie privée, étant donné qu'il s'agit de l'un des principaux facteurs favorisant la pleine participation des femmes au marché du travail; souligne que, dans le même temps, ces services devraient répondre aux besoins spécifiques des enfants et de leurs parents, liés par exemple au handicap, à la maladie et au travail dans un secteur spécifique; rappelle que les déséquilibres de genre dans le domaine des soins et de l'emploi ont des conséquences négatives prolongées sur la participation de nombreuses femmes au marché du travail et sur l'évolution de leur carrière, ce qui crée un important écart de pension entre les femmes et les hommes ainsi que de grandes différences entre les taux de pauvreté pendant la vieillesse;

Égalité d'accès à des services de soins de qualité

45. invite les États membres à reconnaître le droit aux soins et à réformer et à intégrer leurs services sociaux et leurs systèmes de protection de manière à garantir un accès effectif, global, égal et en temps utile aux services de soins et aux traitements tout au long de la vie, en intégrant dans leurs systèmes de protection sociale des solutions garantissant une approche personnalisée et une plus grande autonomie des utilisateurs dans le choix des services et du type de modèle d'emploi qui correspond le mieux aux besoins des bénéficiaires de soins et des aidants et qui protège au mieux leurs droits, y compris les services aux personnes et aux ménages, l'assistance aux personnes et d'autres modèles d'emploi pour des services de soins à domicile, afin de renforcer la continuité des soins, les soins préventifs, la rééducation, la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies professionnelles, l'autonomie ainsi que l'inclusion au sein de la société; attire l'attention sur la nécessité de dissocier l'accès aux droits aux soins de l'admissibilité à d'autres transferts sociaux et d'éliminer les obstacles structurels qui entraînent un non-recours aux soins ou à d'autres services d'assistance ou bien un report de ces soins et services; attire également l'attention sur les besoins de tous les aidants, notamment les travailleurs migrants ayant divers statuts, qui peuvent être confrontés à des obstacles spécifiques pour accéder aux soins, à une discrimination intersectionnelle, à la marginalisation et à la pauvreté des travailleurs;
46. fait observer que l'accessibilité des soins découle d'une combinaison de facteurs, tels que la disponibilité d'une gamme diversifiée de services personnalisés, les coûts et la flexibilité, mais aussi des effectifs suffisants dans le secteur des soins, des conditions de travail décentes, le temps d'attente, l'éloignement géographique de l'établissement de soins le plus proche ainsi que des infrastructures publiques et des transports adéquats; estime à cet égard que différentes modalités de soins devraient être mises à disposition, promues, valorisées et reconnues, notamment, que les soins de proximité et ceux

dispensés dans le cadre familial devraient être étendus et tendre, en priorité, vers l'abandon des soins en institution au profit d'une prise en charge par la famille et des soins de proximité; souligne que l'évolution démographique est un facteur important de l'augmentation des besoins en matière de soins, qui nécessitera des investissements importants de la part de l'Union et des États membres ainsi que le recensement et l'élimination des obstacles administratifs qui entravent l'accès rapide et effectif des bénéficiaires de soins et de leurs familles à des solutions adéquates en matière de soins et d'assistance;

47. insiste sur les effets que les environnements verts et l'accès quotidien à différentes formes de nature et d'espaces en plein air ont sur la qualité des conditions de vie des personnes nécessitant des soins, souligne que des études ont démontré les bienfaits considérables d'un accès à la nature pour la santé de tous, sur le plan physique et mental, notamment pour les personnes nécessitant des soins, et met en avant la nécessité de faciliter l'accès à la nature et aux espaces en plein air pour les personnes dépendantes de soins et d'encourager les solutions axées sur la nature dans le secteur des soins;
48. fait observer que les technologies numériques représentent une évolution prometteuse dans le domaine de la prestation de soins, à condition d'adopter dès le départ une approche centrée sur l'utilisateur et d'être modulaires¹ et adaptées; souligne à cet égard qu'il est nécessaire que la Commission et les États membres combler le déficit des compétences numériques parmi les aidants formels et informels ainsi que parmi les bénéficiaires de soins grâce à des programmes spécifiques adressés à ces groupes; souligne que ces mesures devraient être complétées par une amélioration de l'accès à l'internet et, en particulier, par des solutions numériques conviviales et personnalisables accessibles à l'ensemble des bénéficiaires de soins et des aidants afin d'appuyer le développement de services numériques de santé et de soins en ligne, ainsi que de soutenir le potentiel des évolutions technologiques en ce qui concerne la réduction des inégalités en matière d'accès aux services de santé et de soins et l'élimination des obstacles à la prestation transfrontière de ces services; invite les États membres à utiliser les financements au titre du programme «L'UE pour la santé» et du programme pour une Europe numérique pour soutenir et accroître la culture numérique des bénéficiaires de soins et des aidants;
49. souligne qu'il importe de veiller à ce que les soins ne fassent pas l'objet d'une marchandisation;
50. suggère à la Commission et aux États membres de mettre au point les outils nécessaires à l'évaluation régulière de l'accessibilité, de la disponibilité et du caractère abordable des services de soins et des traitements; souligne que le principe d'accessibilité s'applique de manière égale et devrait être strictement mis en œuvre dans tous les services de soins et d'aide, qui garantissent la dignité et l'autonomie, tant dans l'environnement physique que numérique; recommande à la Commission et aux États membres de privilégier des indicateurs d'accès aux soins faisant état de résultats concrets, tels que les besoins non satisfaits en matière de soins;

¹ Des solutions numériques, par exemple des applications, composées de différents modules et fonctions qui peuvent être combinés avec la version de base de l'application, afin d'obtenir une application adaptée aux besoins et aux souhaits de chaque utilisateur.

51. souligne qu'il importe d'investir en temps utile dans les structures de soins, de recenser les déficits de compétences et d'évaluer les besoins futurs en personnel et en formation au niveau des professions, des secteurs et des régions pris individuellement, en accordant une attention particulière à la densité de la population et à ses besoins en matière de soins, de manière à garantir des effectifs suffisants et durables et de lutter contre les inégalités en matière d'accès aux services et aux soins; invite la Commission et les États membres à proposer des normes et des indicateurs de qualité complets pour les services de soins formels et informels, la prise en charge à domicile et les structures privées et publiques, qui portent également sur les compétences et les exigences en matière de formation des aidants, ainsi que des outils permettant un suivi efficace de leur mise en œuvre;
52. souligne que les services de soins transfrontaliers, y compris les services de soins où le prestataire est logé à domicile, prodigués à la fois par des travailleurs mobiles au sein de l'Union et par des travailleurs migrants de pays tiers, sont souvent essentiels pour répondre aux besoins croissants en matière de soins; rappelle que la plupart de ces travailleurs migrants sont des femmes et qu'ils sont concernés par les chaînes de soins mondiales; souligne que la libre circulation des personnes et des travailleurs est l'un des principaux piliers de l'Union, mais qu'elle est encore imparfaite en matière de soins transfrontaliers; demande la protection des droits de sécurité sociale de tous les prestataires et bénéficiaires de soins en tant que partie intégrante du droit à la libre circulation des personnes dans ce secteur ainsi que pour garantir des conditions de travail décentes et éliminer le travail non déclaré; encourage les États membres à mettre au point des formations transfrontalières, notamment dans les régions transfrontalières, afin de faciliter les soins transfrontaliers et de partager les bonnes pratiques dans le secteur des soins, de manière, entre autres, à lutter contre l'émigration de personnel de soins et à remédier au manque d'accès à des soins de qualité dans les régions ou les pays d'origine des prestataires de soins;
53. réitère son appel en faveur d'une définition commune du handicap et d'une reconnaissance du statut de personne handicapée d'un État membre à l'autre, conformément aux observations finales du comité des Nations unies des droits des personnes handicapées sur le rapport initial de l'Union européenne adopté en 2015, afin de lever le principal obstacle à la mobilité intraeuropéenne des personnes handicapées et de leur permettre d'accéder aux services de santé, aux soins et aux autres services qui favorisent une vie autonome, ainsi que d'améliorer l'égalité des chances en matière d'éducation et d'emploi; demande la mise en œuvre de la carte européenne d'invalidité et son expansion à tous les États membres, de manière à ouvrir la voie à une définition européenne du handicap et à permettre aux personnes handicapées d'exercer leur droit à la libre circulation dans une Europe sans entraves;
54. demande que la santé mentale soit intégrée dans les politiques de santé publique et de soins de l'Union et des États membres en tant qu'aspect prioritaire; invite la Commission à présenter une stratégie européenne en matière de santé mentale, dans le but de garantir une bonne santé mentale pour tous, en mettant en lumière les défis qui sous-tendent la santé mentale de toutes les générations et dans tous les contextes pertinents et en luttant contre les stéréotypes et la stigmatisation associée dans ce domaine; souligne que ce faisant, la Commission devrait tenir compte de la dimension de genre et accorder une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité et aux groupes les plus défavorisés; souligne l'importance d'une santé mentale et de soins de santé mentale de qualité tout au long de la vie, y compris au

cours de la petite enfance, de la scolarité et de la formation et dans le monde du travail, ainsi que de stratégies de prévention, de détection et d'accès rapide à des traitements de qualité qui soient effectivement disponibles, abordables et adéquats et qui contribuent à la qualité de vie de tous les adultes, y compris des personnes ayant besoin de soins de longue durée;

55. souligne l'importance de soins et d'un soutien émotionnels, psychologiques, sociaux et spirituels ainsi que des services de santé mentale, outre les médicaments, pour améliorer la qualité de vie des personnes en soins palliatifs; invite dès lors la Commission et les États membres à améliorer l'accès à des services intégrés de soins palliatifs afin de soulager la douleur et l'inconfort, de préserver la dignité des personnes atteintes d'une maladie en phase terminale ainsi que leur qualité de vie une fois que tous les moyens de soins actifs ont été dûment pris en considération et jugés inefficaces, et de garantir un soutien adéquat à leurs aidants;
56. demande que les infirmiers aient plus facilement accès aux services de soutien à la santé mentale et physique;
57. demande aux États membres de garantir l'accès immédiat et complet des personnes bénéficiant d'une protection temporaire à des services de soins de qualité, sans discrimination d'aucune sorte et en accordant une attention particulière à leurs besoins physiques et psychologiques découlant de l'état de guerre et de leur déplacement, et d'assurer, dans le même temps, des conditions de travail et d'emploi égales et décentes, ainsi que des salaires équitables aux personnes bénéficiant d'une protection temporaire qui seront amenées à chercher un emploi dans le secteur des soins; insiste sur la nécessité de prévoir, à cet effet, des capacités et des investissements supplémentaires dans le secteur des soins;

Soins de longue durée de qualité pour une vie longue et agréable

58. invite la Commission à définir un ensemble complet, ambitieux et fondé sur les droits d'objectifs et d'indicateurs correspondants pour les soins de longue durée, assortis d'un mécanisme d'établissement de rapports, d'outils pour des données ventilées sur l'accessibilité, la disponibilité, le caractère abordable, la qualité des traitements et des services de soins et les effectifs, ainsi que d'outils de contrôle de ces facteurs, applicables à tous les types d'établissements et de prestataires, à l'image des objectifs de Barcelone en matière de structures d'accueil d'enfants; souligne qu'il convient d'adopter des objectifs et des indicateurs concernant des conditions de travail décentes ainsi que la participation continue des femmes au marché du travail qui orienteraient les décisions en matière d'investissements, de financement et de formation afin de garantir aux personnes dans le besoin un meilleur accès à des services de qualité et de veiller à ce que les femmes continuent de participer au marché du travail grâce au partage égal des responsabilités familiales;
59. est convaincu que la Commission devrait définir comme objectif principal l'accès égal et universel de tous à des services de soins de longue durée de qualité sur la base des besoins individuels des personnes bénéficiant de soins et d'une aide, en accordant une attention particulière à l'élimination des inégalités ainsi qu'aux personnes en situation de vulnérabilité, telles que les personnes âgées, les personnes handicapées et les femmes exerçant un travail de soins informel et non déclaré; fait observer que les besoins en soins de longue durée ne se limitent pas aux personnes âgées et qu'ils s'étendent au

contraire à différents groupes nécessitant des soins tout au long de la vie, tels que les personnes atteintes de maladies rares, lesquelles se déclarent majoritairement durant l'enfance; rappelle que la meilleure manière de parvenir à un accès égal, effectif et en temps voulu aux services de soins et à un soutien consiste à associer les bénéficiaires de soins et à, comme le recommande le comité de la protection sociale, intégrer les besoins en matière de soins de longue durée dans les systèmes nationaux de protection sociale, qui s'avèrent être, pour des raisons d'équité et d'efficacité, les mieux placés pour y répondre¹;

60. souligne la nécessité, pour tous les services sociaux et de santé, d'indicateurs de qualité qui s'appuient sur les droits des personnes ayant besoin de soins, sur le maintien et le renforcement de leur indépendance et de leur autonomie ainsi que sur l'inclusion sociale et qui se concentrent sur les aspirations en matière de soins à long terme, telles que l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie des personnes ayant besoin de services de soins et d'assistance à long terme, ainsi que sur l'évolution des années de vie en bonne santé, de même que d'autres indicateurs qui mettent l'accent sur l'expérience de soins globale; demande à la Commission et aux États membres de faire en sorte que la prévention de la diminution des capacités physiques et cognitives ainsi que le prolongement de l'autonomie des bénéficiaires de soins tiennent compte des avantages tirés des approches de soins intégrées; souligne que l'âge avancé, le handicap, les maladies graves ou d'autres circonstances entraînant des besoins de soins de longue durée ne sauraient être un frein à la participation active des individus à la société et à la vie collective; rappelle que l'exclusion sociale des personnes ayant besoin de soins et d'un soutien résulte avant tout de perceptions négatives largement répandues, d'une construction sociale de l'image de soi et d'une discrimination structurelle qui perdure;
61. invite la Commission à organiser un sommet sur les soins afin d'alimenter les travaux du groupe de haut niveau sur l'avenir de la protection sociale et de l'État-providence dans l'Union après le sommet, en vue d'une discussion approfondie et inclusive avec toutes les parties prenantes concernées, telles que les partenaires sociaux, les groupes d'intérêt, les organisations de patients, les organisations d'aidants, les bénéficiaires de soins et leurs représentants, les pouvoirs publics, la société civile, les organisations à but non lucratif, les prestataires de services et d'autres experts en matière de soins de proximité adaptés à l'horizon 2030, en vue de créer une plateforme durable, afin de trouver des solutions innovantes en matière de soins, de garantir des systèmes de soins pérennes, d'abandonner progressivement les soins en institution au profit d'une prise en charge familiale ou de proximité et/ou de budgets personnalisés et d'une conception personnalisée des soins; invite la Commission, dans l'usage fait des instruments financiers de l'Union, à orienter les investissements publics vers les services de soins de longue durée et à présenter une directive-cadre sur les soins de longue durée, formels et informels, qui établirait des principes fondamentaux et prévoirait des critères fondés sur des preuves pour des services de soins et d'assistance de longue durée de qualité, accessibles et intégrés dans l'ensemble de l'Union;
62. suggère aux États membres d'établir des registres nationaux mutuellement reconnus de prestataires de services de soins afin de contrôler le respect minimal des normes et des exigences légales en matière de prestation de services de soins; prend acte des systèmes ou mécanismes de certification mis en place par certains États membres qui reconnaissent les qualifications et les compétences des prestataires de soins de longue

¹ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7724>

durée dans des domaines spécifiques de la prestation de soins; insiste sur le rôle central de la formation des aidants formels et informels ainsi que sur le renforcement des contrôles de qualité et des systèmes d'alerte internes pour les filières de soins à but lucratif et non lucratif afin de garantir la qualité des soins de longue durée;

63. précise que les femmes âgées, qui représentent une majorité de la population ayant besoin de soins de longue durée, sont particulièrement exposées au risque de voir leurs besoins à long terme non satisfaits; souligne que ce sont également les femmes qui éprouvent le plus de difficultés à couvrir les dépenses de soins de longue durée en raison des écarts persistants entre les hommes et les femmes sur le plan de la rémunération et des retraites, de la pauvreté des femmes, de la ségrégation horizontale et verticale du marché du travail et du fait qu'elles connaissent plus d'interruptions de carrière et de travail eu égard à la persistance des rôles traditionnellement dévolus aux hommes et aux femmes, dans lesquels les femmes continuent d'assumer la plupart des obligations familiales, et en raison des structures du marché du travail et des stéréotypes, ainsi que de leur surreprésentation dans le domaine du travail précaire ou à temps partiel; est préoccupé par le fait que les bénéficiaires de soins et leurs proches ont particulièrement tendance à choisir leur prestataire de soins initial dans une situation de stress, de contraintes financières et d'accès limité aux services¹;

Soins informels

64. relève que, dans l'ensemble de l'Union, entre 40 et 50 millions de personnes prodiguent régulièrement des soins informels et 44 millions assurent des soins de longue durée au moins une fois par semaine², que la majorité de ces personnes sont des femmes, y compris des femmes handicapées, qu'elles représentent environ 60 % des aidants informels et qu'elles passent plus d'heures que les hommes à apporter des soins informels³; observe que cela constitue un frein à l'égalité entre les hommes et les femmes et que cela peut limiter la possibilité d'avoir un travail formel, en particulier pour les plus jeunes aidants;
65. observe que les soins informels sont souvent le résultat du manque de disponibilité et d'accessibilité de services professionnels, entre autres, qu'ils ont tendance à s'installer dans la durée et qu'ils peuvent avoir des répercussions sur la jouissance des droits politiques, civils, économiques, sociaux et culturels des aidants informels, notamment en réduisant leurs possibilités de carrière, en les poussant à accepter des emplois pour lesquels ils sont surqualifiés et en entravant ou en excluant la participation au marché du travail formel; est particulièrement préoccupé par l'incidence négative des responsabilités en matière de soins sur l'indépendance financière des femmes ainsi que

¹ Comité de la protection sociale et Commission européenne (2021), Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society («Rapport sur les soins de longue durée: tendances, enjeux et perspectives dans une société vieillissante»), vol. 1.

² Eurofound (2020), Long-term care workforce: Employment and working conditions («Travailleurs du secteur des soins de longue durée: emploi et conditions de travail»).

³ Département thématique des politiques économiques, scientifiques et de la qualité de la vie (2021), étude du Parlement européen demandée par la commission EMPL: Policies for long-term carers («Politiques pour les prestataires de soins de longue durée»).

par le risque accru de pauvreté, d'exclusion sociale et de problèmes de santé mentale et physique;

66. relève que la prestation de soins informels peut entraîner une perte de revenus, une aggravation de la discrimination fondée sur le sexe, comme les écarts de rémunération et de pension entre les hommes et les femmes, la pauvreté des personnes âgées et la féminisation de la pauvreté; souligne que ces effets néfastes sont étroitement liés à l'intensité des soins prodigués et insiste sur la nécessité de mieux répartir le travail domestique et de soins non rémunéré, effectué principalement par les femmes, et de lutter plus efficacement contre les stéréotypes sexistes, ainsi que de mettre en place des modalités de travail respectant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée;
67. constate que plus de 7 millions de personnes âgées de 65 ans et plus dans l'Union, soit 8 % d'entre elles, reçoivent des soins informels dans l'Union et que, pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la part de personnes tributaires de soins informels s'élève à 11 %¹; constate que la majorité des personnes âgées qui ont besoin de soins sont des femmes;
68. fait observer que, pour que les individus puissent continuer à recevoir des soins à leur propre domicile, les aides et les soins mobiles doivent être élargis et étoffés afin de décharger les aidants familiaux, en particulier les femmes, des tâches de soins, non seulement grâce à des activités de sensibilisation, mais aussi à un soutien adéquat, y compris sous la forme d'une compensation financière, de manière à permettre aux proches qui dispensent des soins de garder leur emploi et à œuvrer à la compatibilité des soins et du travail rémunéré; met l'accent sur le rôle central des aidants informels et sur la nécessité pour ces aidants d'être étroitement associés et aidés par des professionnels des soins, et souligne qu'il est nécessaire d'évaluer les besoins des aidants informels et de répondre à ces besoins, et ce sans subordination aux services ou aux aides du bénéficiaire des soins;
69. fait observer qu'au moins 8 % de l'ensemble des enfants européens participent à la prestation de soins informels de longue durée, ce qui a des répercussions négatives sur leur santé physique et mentale, leur niveau d'instruction, leur inclusion sociale et leur future participation au marché du travail²;
70. souligne la nécessité de formuler une définition européenne minimale commune des soins informels, d'accroître la détermination des États membres, ainsi que d'élaborer des recommandations du Conseil au sujet des soins informels, y compris des recommandations nationales; souligne que cette définition devrait mettre l'accent sur le fait que la prestation de soins informels doit être un choix et ne peut pas résulter d'une indisponibilité des services de soins nécessaires et devrait inclure le respect de la liberté

¹ Département thématique des politiques économiques, scientifiques et de la qualité de la vie (2021), étude du Parlement européen demandée par la commission EMPL: Politiques for long-term carers («Politiques pour les prestataires de soins de longue durée»).

² Santini, Soggi et al. (2020): Positive and Negative Impacts of Caring among Adolescents Caring for Grandparents («Effets positifs et négatifs de la prise en charge chez les adolescents qui s'occupent de leurs grands-parents»). Résultats d'une enquête en ligne menée dans six pays européens et implications pour la recherche, les politiques et les pratiques futures (<https://me-we.eu/wp-content/uploads/2020/10/Positive-and-Negative-Impacts-of-Caring.pdf>).

de choix des bénéficiaires de soins pour ce qui est du type de soins qu'ils souhaitent recevoir;

71. invite la Commission à présenter des lignes directrices européennes communes ainsi qu'un statut et un soutien européens communs pour les aidants informels, car, à ce jour, la prestation de soins informels n'est pas convenablement saluée et reconnue dans toute sa diversité; demande instamment aux États membres de mettre en valeur les politiques actives en matière de travail et d'emploi qui concernent les aidants informels non rémunérés, pour contribuer à les réintégrer et à les faire progresser sur le marché du travail, ainsi que pour reconnaître les compétences acquises dans le cadre de la prestation de soins informels;
72. prie instamment la Commission de présenter au Parlement et au Conseil un régime européen de soutien aux aidants et, dans ce cadre, un régime européen de soutien aux aidants informels, comprenant un ensemble d'actions au niveau de l'Union en matière de soins informels, et, lorsque les compétences relèvent de l'échelon national, invite les États membres à appuyer cette stratégie européenne au moyen d'actions ambitieuses et coordonnées et de programmes nationaux ayant pour but de recenser et de reconnaître les différents types de soins informels dispensés en Europe, et à déterminer les différents besoins des divers groupes d'aidants, y compris des jeunes aidants et des aidants mobiles, afin de faciliter la déclaration des activités professionnelles et de garantir qu'ils bénéficient d'une assurance et d'une protection sociale, indépendamment de leur statut et de leur situation en matière de séjour et sur le plan administratif;
73. invite les États membres à envisager la formalisation des soins informels et les options possibles de financement en fonction de leurs besoins et réalités nationales, en vue d'assurer des droits, un soutien financier et une protection sociale de qualité aux aidants;
74. considère que l'on pourrait notamment prévoir des crédits de soins ou de pension afin de protéger les personnes qui interrompent momentanément leur carrière pour s'occuper d'un membre de leur famille ou d'une autre personne, que l'on pourrait reconnaître la valeur du travail accompli par ces aidants pour la société dans son ensemble en leur offrant des services de soutien supplémentaires (conseil ou échange entre pairs), qu'un congé pourrait être expressément prévu pour les aidants, que l'on pourrait favoriser l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, la prise de congés, et mettre en place des services de remplacement en cas de maladie, des services d'accueil de jour, de réinsertion professionnelle, d'aide psychologique et de réadaptation pour les aidants et les bénéficiaires de soins, que l'on pourrait favoriser l'accès à l'éducation, à la formation et à l'apprentissage tout au long de la vie, et enfin, mesure extrêmement importante, mettre en place un congé parental non transférable; appelle à cet égard les États membres à recenser et à échanger leurs meilleures pratiques sur la manière dont les régimes de retraite pourraient prendre en compte les périodes consacrées aux responsabilités familiales et les invite à transposer rapidement et intégralement la directive (UE) 2019/1158 du 20 juin 2019 concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et des aidants, qui introduit le congé pour les aidants et la possibilité de demander des formules souples de temps de travail et un nombre minimal de jours de congé afin de prendre soin d'un proche ou d'une personne vivant dans le même ménage que le travailleur;

75. invite les États membres à examiner la meilleure façon de formaliser la fourniture de soins informels, pouvant se traduire notamment par un revenu¹, des avantages fiscaux et des chèques-services;
76. souligne que ce train de mesures sur les soins informels doit englober des propositions législatives et non législatives ainsi que les investissements nécessaires à la reconnaissance du travail des aidants informels et des droits et obligations y afférents, dans le respect du droit à l'autonomie des personnes recevant des soins et dans le cadre de critères pour l'accès des aidants aux services sociaux et autres services de soutien (dont le temps libre et les congés de maladie); rappelle les problèmes de santé mentale et physique associés à la prestation de soins et souligne l'importance de garantir aux aidants un accès à des informations et à des conseils en matière de soins et d'équilibre entre prestation de soins et vie privée; souligne que le train de mesures doit également établir les responsabilités des États membres en matière de rapports, créer des points de contact uniques permettant aux aidants informels d'accéder au soutien dont ils ont besoin dans tous les États membres, et promouvoir l'interopérabilité entre les systèmes de santé et de sécurité sociale afin d'utiliser les données existantes et de réduire la charge administrative pesant sur les aidants informels;
77. demande instamment à la Commission et aux États membres d'aider les organisations de la société civile et les partenaires sociaux à assurer la représentation des aidants informels pour tenir compte de leur contribution dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques concernant les soins informels, y compris dans l'élaboration de la stratégie européenne en matière de soins informels;
78. souligne qu'il faut cesser de se reposer de façon excessive sur les soins informels en formalisant et en reconnaissant les compétences des soignants par la certification et en mettant en place des programmes de formation et de validation des compétences pour favoriser l'évolution, la reconnaissance mutuelle des compétences et la mise en œuvre d'activités ciblées de perfectionnement professionnel et de reconversion; souligne que ces efforts devraient s'appuyer, entre autres, sur la stratégie pour des compétences nouvelles en Europe, le pacte européen pour les compétences, le FSE +, l'initiative pour l'emploi des jeunes, le Fonds pour une transition juste et le programme «L'UE pour la santé» (EU4Health); demande aux États membres de faciliter la réintégration sur le marché du travail des travailleurs qui interrompu leur carrière pendant une longue période pour prendre soin de membres de leur famille;
79. demande à la Commission de prendre acte des difficultés qui limitent l'accès des personnes atteintes de maladies spécifiques qui nécessitent une quantité importante de soins, telles que les rhumatismes et les maladies musculo-squelettiques, à des soins appropriés; souligne que le plus grand obstacle des personnes atteintes de rhumatismes et de maladies musculo-squelettiques pour ce qui est de l'accès à des soins appropriés est le manque de rhumatologues et de formation des médecins en rhumatologie au sein des États membres; demande donc aux États membres de faire de la rhumatologie un

¹ Aux fins des recettes publiques, les États membres devraient examiner la meilleure manière de formaliser l'emploi et, partant, la perception des recettes découlant de cet emploi. Ce faisant, ils devraient tenir compte, dans les calculs, des déductions fiscales et de l'utilisation de chèques-services.

élément à part entière de la formation médicale, ainsi que d'accroître le nombre de rhumatologues en exercice;

Des conditions de travail décentes pour tous les travailleurs du secteur des soins

80. demande instamment aux États membres d'axer leur action en matière de soins sur la constitution et le financement d'effectifs suffisant dans le secteur; invite les États membres à accroître l'attrait des professions de soins en assurant une reconnaissance sociale, des conditions de travail décentes et une rémunération équitable, y compris des horaires de travail adaptés, ce qui permettrait de remédier aux pénuries de main-d'œuvre et de prévenir les demandes de travail urgent et de déploiement rapide et important de main-d'œuvre, notamment dans les régions et les États membres confrontés à des difficultés importantes du fait de l'exode important de main-d'œuvre formée, et permettrait également d'accroître la résilience des systèmes de soins pour l'avenir tout en créant des emplois dans le secteur.
81. invite la Commission et les États membres à soutenir la création de tels emplois de qualité dans le secteur en proposant, entre autres, des parcours professionnels clairs, durables et attrayants et des possibilités de formation et d'amélioration des compétences à même de garantir un développement professionnel et personnel continu; invite la Commission et les États membres à mettre en place des initiatives concrètes et des mesures incitatives pour rendre le secteur des soins plus attrayant, notamment auprès des jeunes, et pour favoriser l'équilibre hommes-femmes dans ces professions;
82. prend acte des difficultés supplémentaires liées à la part croissante du travail de plateforme dans le secteur des soins; souligne que la directive européenne relative au travail de plateforme et la législation nationale régissant l'économie des plateformes devraient tenir dûment compte de la nature spécifique du travail dans le secteur des soins, en établissant des normes minimales de qualité des services et des conditions de travail décentes pour les travailleurs;
83. reconnaît que les soins sont souvent non déclarés ou sous-déclarés et les aidants exploités, ce qui influe sur les droits et le bien-être des travailleurs et de leurs familles, ainsi que sur ceux des bénéficiaires de ces services; s'inquiète également des conditions de travail des aidants à domicile, principalement des femmes, y compris migrantes, dont beaucoup travaillent dans des conditions de rémunération floues, sont exposées au risque d'isolement social et ne disposent pas des mécanismes leur permettant de faire respecter correctement leurs droits; demande à la Commission et aux États membres de lutter contre le travail dissimulé dans la prestation de soins et de créer un cadre juridique clair afin de promouvoir des emplois de qualité assortis d'une couverture sociale pour tous les travailleurs du secteur;
84. souligne que le travail décent devrait être indissociable des définitions et priorités liées aux systèmes de soins durables et de qualité; souligne que les bénéficiaires de financements, prêts et contrats publics européens et nationaux, devraient respecter des normes strictes et les dispositions du droit du travail;
85. appelle les États membres de l'Union qui, en tant que membres de l'OIT ne l'auraient pas encore fait à ratifier les conventions correspondantes notamment les n° 189 sur le travail décent pour les travailleuses et travailleurs domestiques, n° 190 sur la violence et le harcèlement dans le monde du travail et n° 149 sur le personnel infirmier;

86. est préoccupé par la proportion élevée de travailleurs rémunérés au salaire minimum ou en dessous du salaire minimum parmi les professionnels du secteur des soins, dont la majorité sont des femmes, et de l'écart de salaire persistant qui en découle entre les hommes et les femmes, ainsi que des écarts de salaire entre certaines professions du secteur des soins¹; se réjouit par conséquent des propositions de la Commission sur une directive relative à un salaire minimum équitable, qui améliorerait les conditions de vie et de travail dans l'Union, y compris pour les travailleurs du secteur des soins les moins bien rémunérés, et sur une directive relative à la transparence des salaires, qui remédierait au manque persistant d'application du droit fondamental à un salaire égal pour un travail égal ou équivalent dans l'Union; souligne que, pour ajuster les bas salaires dans le secteur des soins, fortement dominé par les femmes, il convient de réévaluer la valeur socio-économique des soins par rapport à la valeur du travail dans d'autres secteurs, souvent plus masculins, sur la base de critères objectifs et au moyen d'outils d'évaluation ou de qualification neutres du point de vue du genre, tels que les critères d'éducation, de formation professionnelle et d'apprentissage, de compétences, d'effort, de responsabilité, de travail effectué et de nature des tâches; précise qu'il est important d'utiliser un comparateur valable pour déterminer si un travail peut être considéré comme étant de même valeur; lorsqu'il n'existe pas de véritable point de référence (comme c'est souvent le cas dans les secteurs à forte proportion de femmes), un point de référence hypothétique peut être utilisé; encourage les prestataires de services de soins tant publics que privés à garantir une rémunération décente et adaptée, supérieure au salaire minimal; souligne que, selon l'OCDE², l'augmentation des salaires permet un meilleur recrutement de prestataires de soins de longue durée, qui restent plus longtemps en service et sont moins enclins à quitter leur emploi pour des périodes de service plus longues et à un renouvellement moins fréquent du personnel; demande instamment aux États membres de promouvoir des réformes visant à reconnaître les droits des prestataires et des bénéficiaires de soins et à mettre en place des actions ayant pour but de protéger les droits du travail fondamentaux et d'améliorer les conditions de travail des prestataires de soins en remédiant aux situations souvent précaires auxquelles ils font face, y compris au caractère informel de leur travail, à leurs longues heures de travail, à l'insuffisance de leur salaire, au manque de formations, aux faibles politiques en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi qu'aux cas d'abus, de harcèlement et de violence, entre autres;
87. souligne le rôle central de l'éducation et de la formation, ainsi que des programmes de reconversion professionnelle inclusive et de renforcement des compétences des travailleurs, pour la prestation de services de soins de qualité et la professionnalisation des soins au regard de l'évolution continue des professions et des services de soins; souligne le rôle central de l'éducation rémunérée et de la formation en milieu professionnel, y compris dans la transition des soins résidentiels aux soins de proximité ou aux soins administrés dans le cadre familial; encourage vivement les États membres à tirer parti des fonds de l'Union (Fonds ESI, FSE + et FRR notamment) pour former les professionnels du secteur des soins aux droits des personnes qu'ils soignent, en particulier aux droits consacrés dans la Convention des Nations unies relative aux droits

¹ Eurofound (2021), Comprendre l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes: quel rôle jouent le secteur et la profession? Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg. Eurofound (2021), Salaires minimaux en 2021: examen annuel, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

² https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/etudes-de-l-ocde-sur-les-politiques-de-sante_20743211

des personnes et la convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant; déplore que la directive de l'Union relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles ne définisse pas d'obligations minimales harmonisées en matière de formation pour les prestataires de soins de longue durée, ce qui empêche ces travailleurs d'être automatiquement reconnus dans tout pays de l'Union;

88. souligne que la prestation de soins est un service essentiellement interpersonnel qui demande une variété de compétences complexes, dont certaines ne sont ni reconnues ni rémunérées; souligne que le rôle des aidants devrait être avant tout de fournir des soins et du soutien et qu'il convient dès lors de réduire les formalités administratives et de ne pas leur imposer des tâches administratives inutiles; souligne que certaines tâches médicales peuvent être partagées entre les professionnels de la santé et met en avant les avantages d'une coopération plus étroite entre les soignants et les professionnels de la santé, tels qu'une meilleure répartition de la charge de travail, plus de temps pour les soignants et la continuité des soins, des pratiques multidisciplinaires et une harmonisation des parcours professionnels;
89. invite la Commission à mettre en place une initiative de l'Union relative aux compétences en matière de soins pour aider les États membres à accroître les possibilités de reconversion professionnelle et de renforcement des compétences offertes aux professionnels du secteur des soins, en recensant les déficits de compétences et les besoins qui en découlent, les pratiques prometteuses et les initiatives fructueuses, ainsi qu'à mettre en place un cadre de reconnaissance et de certification de l'expertise, des compétences et des qualifications acquises grâce à l'expérience, par exemple dans le cadre de soins informels, afin de faciliter l'accès à l'emploi formel dans le secteur; demande aux États membres de mettre à profit la stratégie européenne en matière de compétences afin de répondre aux besoins de perfectionnement des compétences et de reconversion professionnelle des prestataires de soins et d'offrir à tous les aidants, y compris aux aidants et prestataires de soins informels migrants, des opportunités subventionnées par des fonds publics pour les aider à suivre des formations et un enseignement professionnel et à acquérir des qualifications, en accordant une attention particulière aux femmes après un congé pour soins à autrui;
90. invite la Commission et les États membres à garantir et à faire respecter des conditions de travail décentes, ainsi que le droit, pour tous les travailleurs, de créer un syndicat représentatif et d'y adhérer, et de participer à des négociations collectives dans le secteur des soins formels ou informels; lui recommande également d'adopter des normes élevées en matière de santé et de sécurité au travail, au moins conformes au cadre stratégique de l'Union récemment adopté en matière de santé et de sécurité au travail pour la période 2021-2027, voire plus ambitieuses; souligne qu'il convient d'accorder une attention particulière aux problèmes spécifiques du travail dans le secteur des soins, parmi lesquels l'exposition des travailleurs à des substances ou à des médicaments dangereux, la réalisation de tâches dans des environnements potentiellement infectieux, et des risques de problèmes mentaux et psychologiques liés à un travail exigeant sur le plan émotionnel et à des comportements sociaux parfois hostiles, afin de prévenir les accidents du travail, les maladies professionnelles, l'absentéisme, la rotation du personnel et les problèmes de santé qui en découlent;
91. demande aux États membres de considérer la COVID-19 comme une maladie du travail dans le secteur des soins; invite les États membres à veiller à ce que chaque prestataire de soins élabore un programme de prévention et de contrôle des infections et que le

personnel soignant reçoive une formation annuelle sur les maladies infectieuses et des informations actualisées sur ces maladies;

92. rappelle que certains médicaments régulièrement utilisés par les prestataires de soins contiennent une ou plusieurs substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques entrant dans le champ d'application de la directive 2004/37/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques au travail; rappelle à cet égard la quatrième révision de la directive, qui inclut des travaux relatifs à l'exposition à des médicaments dangereux; se réjouit de la publication, prévue pour 2022, de lignes directrices relatives à la manipulation de ces substances et de l'élaboration d'une définition et d'une liste indicative de ces médicaments dangereux;
93. invite la Commission et les États membres à promouvoir et à appuyer la création d'environnements de travail adaptés aux personnes âgées; rappelle avoir demandé à la Commission de faire preuve de davantage d'ambition et de proposer une directive plus large et plus complète qui permettrait de mieux prévenir et gérer les maladies musculo-squelettiques et rhumatismales liées au travail, ainsi que de mitiger les risques psychologiques et les effets négatifs de la prestation de soins sur le bien-être des travailleurs, qui se sont fait particulièrement sentir pendant la pandémie;
94. souligne que la stratégie européenne en matière de soins devrait, entre autres, aborder de façon globale les incidences de la numérisation sur les conditions de travail et les effets du travail à distance et du télétravail sur la santé mentale ainsi que sur la quantité et la répartition inégale des soins et des tâches ménagères non rémunérés entre les hommes et les femmes; demande une nouvelle fois à la Commission de proposer, en consultation avec les partenaires sociaux, une directive sur les risques psychosociaux et le bien-être au travail;
95. demande aux États membres de mettre au point des normes minimales pour les services de soins fournis par des prestataires logeant à domicile pour ce qui est par exemple des horaires de travail, de la rémunération et du logement des aidants, afin de tenir compte de la spécificité de leur travail, et en particulier du fait qu'ils vivent et travaillent dans le même ménage qu'une personne qui a besoin de soins; ajoute qu'il convient de calculer un temps de travail moyen car les aidants travaillent par roulement, que le niveau de rémunération dépend des soins à prodiguer ainsi que des compétences de l'aidant, et que les aidants à domicile qui vivent sous le même toit que des personnes dépendantes doivent avoir accès à une pièce séparée, à des toilettes, à une cuisine et, si possible, à une connexion internet;
96. demande aux États membres de renforcer le dialogue social et de promouvoir la négociation collective et les conventions collectives dans le secteur des soins, publics ou privés, à but lucratif ou non lucratif, institutionnels ou communautaires/familiaux, en tant que mécanismes essentiels pour améliorer la situation de l'emploi et les conditions de travail et pour réduire l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes, ainsi qu'en tant qu'outils les plus efficaces pour garantir une augmentation du salaire minimum et des salaires en général;
97. invite les États membres à élargir la couverture des négociations collectives et à garantir le droit et la liberté d'association dans le secteur des soins, en offrant un meilleur accès et plus d'informations aux représentants des travailleurs et aux syndicats qui

représentent et fédèrent les travailleurs du secteur des soins, et en supprimant toutes les barrières à la syndicalisation et les obstacles inutiles sur les lieux de travail dans le secteur public, y compris pour les contractants privés intervenant dans le cadre de marchés publics, qui empêchent les syndicats d'organiser les travailleurs du secteur public et d'augmenter leurs effectifs; souligne que les travailleurs mobiles en particulier, qui travaillent souvent comme à domicile et doivent être disponibles 24 heures sur 24, ne sont pas suffisamment informés de la réglementation du travail qui leur est applicable; considère que les conventions collectives devraient entre autres garantir les droits à pension des travailleurs contraints de réduire leur temps de travail ou de quitter leur emploi pour s'occuper d'autres personnes;

98. rappelle que les travailleurs mobiles et migrants, y compris sans papiers, jouent un rôle important dans la prestation de soins résidentiels, de proximité et à domicile dans l'Union; estime que cette question devrait être prise en compte et traitée de manière adéquate dans la prochaine stratégie européenne en matière de soins; invite la Commission et les États membres à définir et à s'engager à prendre des mesures spécifiques pour lutter contre le travail non déclaré et les formes illégales d'emploi et pour promouvoir un travail décent pour tous les aidants, indépendamment de leur statut; souligne que les travailleurs migrants sont particulièrement vulnérables et doivent faire face à des problèmes spécifiques tels que l'obtention d'un permis de travail, ou l'accès à l'emploi formel et à la protection sociale, et sont soumis au risque de travail non déclaré; demande que ces travailleurs soient protégés par la mise en œuvre, l'application et le contrôle de la législation pertinente;
99. demande à la Commission et aux États membres de garantir une mobilité et un recrutement équitables des travailleurs de l'Union et des pays tiers en améliorant la reconnaissance réciproque de leurs qualifications et en comblant les écarts en matière de protection sociale transnationale; rappelle avoir demandé de surveiller et d'appliquer convenablement les règles relatives à la mobilité et de mieux informer les travailleurs de leurs droits; souligne le rôle de l'Autorité européenne du travail (AET) dans l'assistance aux États membres et à la Commission pour l'application et le respect effectifs du droit de l'Union relatif à la mobilité de la main-d'œuvre et à la coordination des systèmes de sécurité sociale au sein de l'Union; souligne la nécessité d'envisager une révision du mandat de l'AET dans le cadre de l'évaluation prévue pour 2024, afin d'y inclure des dispositions en matière de santé et de sécurité au travail; invite l'EU-OSHA et l'AET à collaborer pour soutenir la Commission et les États membres dans l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail des travailleurs mobiles et migrants; souligne que l'organisation du travail des aidants à domicile se fait majoritairement à travers une chaîne complexe d'agences qui détachent les travailleurs, lesquels sont dès lors couverts par la directive relative au détachement des travailleurs¹;
100. reconnaît le rôle des travailleurs des services personnels et domestiques pour garantir que les citoyens de l'Union puissent faire un véritable choix quant au modèle de soins qu'ils préfèrent; invite la Commission à se pencher sur les difficiles conditions de travail et d'emploi de toutes les catégories de travailleurs personnels et à domicile, y compris celles des aidants, dans le cadre de la stratégie européenne en matière de soins, et entreprendre le processus de reconnaissance, de réglementation et de

¹ https://www.eesc.europa.eu/sites/default/files/files/soc535_lavenir_des_prestataires_de_services_a_la_personne_loges_a_domicile_en_europe.pdf

professionnalisation des services à la personne et aux ménages; invite la Commission et les États membres à lutter efficacement contre le travail non déclaré dans le secteur des soins en garantissant la protection sociale, des conditions de travail sûres et décentes et en créant de nouvelles possibilités d'emploi dans le secteur des soins à domicile; appelle à la révision ciblée de la directive 89/391/CEE pour inclure les travailleurs à domicile dans son champ d'application; invite les États membres à proposer un cadre approprié pour la déclaration des services à la personne et des services à domicile, par exemple sous la forme de chèques-services, à mettre en place les mécanismes et outils nécessaires pour un meilleur contrôle des soins à domicile, et à investir dans des services professionnels personnalisés de qualité afin de mettre un terme à l'introduction de formes précaires d'emploi dans le secteur des soins et de décourager le recours à des services basés sur le travail non déclaré;

101. appelle les États membres à transposer et à mettre en œuvre rapidement et pleinement la directive concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et les invite à aller au-delà des normes minimales qui y sont énoncées; souligne que seule une répartition égale des responsabilités de soins non rémunérées entre les hommes et les femmes au moyen de périodes de congé égales, non transférables et correctement rémunérées, permettrait aux femmes d'être de plus en plus nombreuses à exercer un emploi à temps plein, à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée et à se développer personnellement et socialement; souligne l'importance de renforcer la flexibilité des modalités de travail pour certains groupes de travailleurs, tels que les parents de jeunes enfants, les parents isolés, les parents handicapés et les parents d'enfants handicapés; prie les États membres de respecter la durée minimale du congé maternité et du congé paternité, quel que soit le statut de la personne concernée; rappelle que les politiques de conciliation entre vie professionnelle et vie privée devraient encourager le partage égal entre les hommes et les femmes des responsabilités en matière de soins et souligne la nécessité d'avancer progressivement vers des congés maternité et paternité intégralement rémunérés et de durée égale; exhorte vivement les États membres à encourager les pères à prendre leur congé paternité et à veiller à ce qu'ils puissent le faire sans craindre de répercussions défavorables ou discriminatoires de la part de leur employeur, dans la mesure où il s'agit d'un moyen efficace de les encourager à assumer la responsabilité de s'occuper de leurs enfants et de leur famille, ainsi que d'un levier intéressant pour aboutir à une véritable égalité entre les femmes et les hommes; souligne que cela exige, mais également entraînera des changements dans les stéréotypes et les normes genrées, favorisant l'émergence d'une société plus juste et plus égalitaire; demande à la Commission et aux États membres de promouvoir des actions porteuses de changements, telles que des campagnes de sensibilisation sur la coresponsabilité en matière de soins, afin de venir à bout de l'idée préconçue selon laquelle ce travail incombe aux femmes;
102. invite les États membres à élaborer un ensemble de mesures et d'incitations exhaustives visant à encourager et à faciliter la réinsertion sur le marché du travail, en particulier des femmes, dont le parcours professionnel et les revenus sont plus souvent affectés par l'inégalité des rôles entre les sexes et les congés pour soins, par exemple parce qu'elles doivent s'absenter plus longtemps du travail, et les invite également à garantir le retour des travailleurs au même poste ou à un poste équivalent;
103. invite les États membres, en étroite coopération avec les partenaires sociaux, à faciliter l'adaptation des parcours professionnels, notamment par l'apprentissage et la formation tout au long de la vie, par des allocations de chômage suffisantes, par la transférabilité

des droits sociaux et par des politiques actives et efficaces du marché du travail; invite la Commission et les États membres à promouvoir et à garantir une protection efficace et une égalité de rémunération entre hommes et femmes à travers une législation porteuse de changements en faveur de l'égalité des sexes et des réponses politiques visant à lutter contre le travail précaire et la sous-évaluation du travail dans certains secteurs féminisés, comme les soins, et à garantir des parcours professionnels et une couverture sociale convenable; réaffirme que, conformément à la recommandation du Conseil relative à l'accès des travailleurs salariés et non salariés à la protection sociale, tous les travailleurs indépendants et personnes se trouvant dans une relation de travail devraient pouvoir cumuler les droits leur apportant une sécurité de revenu dans des circonstances telles que le chômage, la maladie, la vieillesse et les interruptions de carrière dues à la garde d'enfants ou à d'autres types de soins ou de formation;

104. invite la Commission à s'appuyer sur la stratégie européenne en matière de soins, en particulier sur les deux recommandations du Conseil relatives à la garde d'enfants (révision des objectifs de Barcelone) et aux soins de longue durée, et à faire suivre la stratégie en matière de soins d'un accord sur les soins pour l'Europe, qui devrait inclure un ensemble de politiques, de programmes, de recommandations et d'investissements à l'échelle de l'Union pour faciliter la transition vers des services sociaux qui tiennent compte de l'égalité entre les hommes et les femmes, reconnaissent les soins comme un droit et les valorisent en tant qu'élément essentiel de notre société; souligne que cet accord devrait se baser sur une démarche intégrée, holistique et tout au long de la vie et promouvoir des conditions de travail décentes et une rémunération équitable, renforcer l'attrait du travail dans le secteur des soins et lutter contre les discriminations, les inégalités hommes-femmes et la pauvreté dans le secteur;

Reconnaître et valoriser le rôle des soins dans nos sociétés et nos économies

105. considère qu'il est essentiel d'intégrer les soins et les mesures d'autonomisation et de développement professionnel des femmes aidantes, des personnes nécessitant des soins et de l'aide et des personnes vulnérables dans toutes les politiques nationales et européennes pertinentes, et d'encourager l'augmentation des investissements en faveur de services de soins accessibles, abordables et de qualité;
106. appelle également à inscrire ces priorités dans les dimensions externes des politiques de l'Union, y compris dans le cadre de l'aide de préadhésion et de l'aide officielle au développement; souligne que cette intégration dans tous les domaines politiques pertinents serait possible si l'accès aux soins était fondé sur les droits et sur le principe de non-discrimination; insiste sur la nécessité de garantir l'intégration systématique de la dimension de genre et de l'égalité à toutes les étapes pertinentes du processus budgétaire, à la fois dans les budgets centraux de la Commission ainsi que dans les politiques et les programmes soutenus par l'Union; invite les États membres et la Commission à changer l'image fortement stigmatisée des professions de soins formels et informels et demande aux États membres d'adopter des politiques et des programmes efficaces pour lutter contre les discriminations fondées sur le handicap, l'âge, le sexe et d'autres formes de discrimination qui recourent les préjugés et les stéréotypes associés aux soins, au paternalisme et au concept de dépendance; note que les femmes constituent une source précieuse et inexploitée de potentiel entrepreneurial en Europe et dans le secteur des soins, où elles peuvent contribuer à l'innovation, notamment aux nouvelles technologies;

107. relève que pour redistribuer la responsabilité des soins et du travail domestique non rémunérés entre les hommes et les femmes, il faut d'abord éliminer les normes et les stéréotypes sexistes enracinés, et invite la Commission et les États membres à promouvoir une image positive du travail des soins auprès du public et à le rendre plus attrayant pour les hommes et pour les femmes en lançant des campagnes d'éducation et d'information du public et en soutenant des projets pilotes visant à amener davantage d'hommes à travailler dans le domaine des soins et visant également à promouvoir l'égalité de participation et de chances pour les femmes et les hommes sur ce secteur;
108. prie la Commission de surveiller la mise en œuvre des principes du socle européen des droits sociaux et des ODD dans le cadre du Semestre européen; appelle notamment à l'établissement de rapports réguliers sur la mise en œuvre de la stratégie de l'Union en matière de soins, ainsi que d'indicateurs relatifs aux soins pouvant être pris en compte dans le semestre européen et les recommandations spécifiques à chaque pays; considère que les services sociaux devraient être un pilier de l'économie post-pandémique et invite la Commission et les États membres à placer les soins au cœur de la reprise; est fermement convaincu que la mise en œuvre des plans nationaux pour la reprise et la résilience doit passer par des mesures ciblées visant à améliorer l'égalité entre les hommes et les femmes dans tous les domaines de la vie et des soins, et notamment à réduire et à redistribuer le travail de soins non rémunéré et les travaux ménagers;
109. fait remarquer qu'il est nécessaire de reconnaître et de valoriser les soins dans les économies, les budgets et les statistiques de l'Union; invite la Commission et les États membres à mesurer et à évaluer le rôle social et économique des soins, en particulier des soins non rémunérés et des tâches ménagères en incluant les soins informels dans la chaîne de valeur, notamment par l'introduction d'indicateurs spécifiques lors de la prochaine révision du tableau de bord social; demande à Eurostat et à l'EIGE d'estimer la contribution des aidants informels aux économies des États membres et invite la Commission et les États membres à tenir compte d'autres indicateurs connexes de bien-être économique et social dans le processus d'élaboration des politiques;
110. souligne, à la lumière de la prochaine recommandation de la Commission sur un revenu minimum, les avantages évidents d'un régime de salaire minimal et de pension minimale pour pouvoir accéder rapidement et efficacement à des services de soins et de soutien, et garantir un niveau de vie décent aux personnes qui s'occupent d'autrui, qui sont majoritairement des femmes, en particulier celles qui fournissent des soins informels non rémunérés, et invite la Commission à souligner l'importance d'évaluer et d'échanger les meilleures pratiques sur la manière de prendre en compte les responsabilités de soins tout au long de la vie dans les régimes de pension;
111. demande à la Commission d'interconnecter la future stratégie européenne en matière de soins et le plan d'action de l'Union en faveur de l'économie sociale afin de faire prendre conscience de la capacité de l'économie sociale à améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins et de créer des opportunités pour un meilleur accès aux emplois de qualité pour les femmes; invite les États membres à investir pour développer l'économie des soins en tenant dûment compte des aspects liés au facteur humain dans ce secteur;
112. reconnaît et valorise les soins prodigués par la société civile et les organisations à but non lucratif telles que les ONG, les associations de patients, les institutions caritatives, religieuses ou autres;

113. invite les États membres à élaborer et à réviser leurs politiques de soins dans le cadre d'un dialogue social et civil permanent avec les partenaires sociaux, les experts, les ONG et les acteurs de la société civile, les autorités nationales et européennes, les organisations représentatives des bénéficiaires de soins et des aidants formels et informels, afin de soutenir la création de solutions efficaces en matière de politique de santé et de soins répondant aux besoins du terrain; insiste sur l'importance d'associer pleinement les organisations représentant les aidants et les prestataires de soins à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi de la stratégie à venir de l'Union en matière de soins; invite la Commission et les États membres à engager une discussion sur le lien entre technologie et qualité des soins;
114. invite la Commission à entreprendre des recherches afin de mieux comprendre le coût économique et sociétal de l'insuffisance de l'offre de soins à la personne et à assurer le financement, notamment dans le cadre de la future plateforme, de projets de recherche sur l'impact social des maladies rares du point de vue des patients, appelle par ailleurs à la création de réseaux et de projets innovants dans toute l'Union pour permettre aux États membres de développer et de partager conjointement les meilleures pratiques et les modèles de soins innovants, en mettant l'accent sur les maladies les plus répandues et les plus invalidantes, notamment les maladies rhumatismales et musculo-squelettiques;
115. invite la Commission à veiller à ce que l'EIGE, Eurofound et les autres agences concernées disposent de ressources suffisantes pour suivre et analyser si les politiques apportent les améliorations espérées dans le secteur des soins et de quelle manière, notamment en ce qui concerne l'accès, la qualité, l'égalité entre les hommes et les femmes, les infrastructures et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée;
116. demande une évaluation scientifique et éthique externe de la gestion de la pandémie de COVID-9 dans le secteur des soins, des actions de l'Union dans son ensemble et des États membres en particulier, ainsi qu'une évaluation du niveau actuel de préparation de l'Union face aux pandémies et invite les États membres et la Commission à enquêter sur les raisons pour lesquelles un si grand nombre d'infections et de décès dus au virus de la COVID-19 sont survenus dans des maisons de retraite et d'autres établissements de services sociaux, et à déterminer si les droits de l'homme et les droits des patients ont été négligés ou violés, afin de tirer les leçons nécessaires et d'éviter que de telles tragédies ne se reproduisent lors de crises futures.

o

o o

117. charge sa Présidente de transmettre la présente résolution au Conseil et à la Commission.