

PRENDRE SOIN DE CEUX QUI PRENNENT SOIN

→ Comment soutenir et reconnaître
les aidants des personnes âgées en
Amérique Latine et dans les Caraïbes

Marco Stampini, Ana Llana-Nozal, Carlos Soto Iguarán, Natalia Aranco,
Fiorella Benedetti, Beatrice Fabiani de Leva, Milagros García Díaz,
Karolin Killmeier, Carina Lupica, Judit Rauet Tejeda





PRENDRE SOIN DE CEUX QUI PRENNENT SOIN

→ Comment soutenir et reconnaître les aidants des personnes âgées en Amérique Latine et dans les Caraïbes

Marco Stampini, Ana Llana-Nozal, Carlos Soto Iguarán, Natalia Aranco,
Fiorella Benedetti, Beatrice Fabiani de Leva, Milagros García Díaz,
Karolin Killmeier, Carina Lupica et Judit Rauet Tejada

Catalogage avant publication de la Bibliothèque Felipe Herrera de la Banque Interaméricaine de Développement

Prendre soin de ceux qui prennent soin. Comment soutenir et reconnaître les aidants des personnes âgées en Amérique latine et dans les Caraïbes / Marco Stampini, Ana Llana-Nozal, Carlos Soto Iguarán, Natalia Aranco, Fiorella Benedetti, Beatrice Fabiani de Leva, Milagros García Díaz, Karolin Killmeier, Carina Lupica, Judit Rauet Tejada.

p. cm. — (Monographie de la BID ; 1300)

1. Older people-Long-term care-Latin America. 2. Older people-Long-term care-Caribbean Area. 3. Population aging-Latin America. 4. Population aging-Caribbean Area. 5. Caregivers-Latin America. 6. Caregivers-Caribbean Area. 7. Caregivers-Government policy-Latin America. 8. Caregivers-Government policy-Caribbean Area. I. Stampini, Marco. II. Llana-Nozal, Ana. III. Soto Iguarán, Carlos. IV. Aranco, Natalia. V. Benedetti, Fiorella. VI. Fabiani, Beatrice. VII. García Díaz, Milagros. VIII. Killmeier, Karolin. IX. Lupica, Carina. X. Rauet Tejada, Judit. XI. Organization for Economic Cooperation and Development. XII. Agence Française de Développement. XIII. Banque Interaméricaine de Développement. Protection sociale et marchés du travail. XIV. Collection.

IDB-MG-1300

Codes JEL : J14, J16, J18, N36

Mots-clés : soins de longue durée, économie du soin, travailleuses et travailleurs du soin, aidantes et aidants familiaux, vieillissement de la population, ressources humaines, Amérique latine et Caraïbes.

DOI de l'OCDE : <https://doi.org/10.1787/2f56313c-fr>

DOI de la BID : <http://dx.doi.org/10.18235/0013724>

ISBN (PDF) : 9789264364332



Copyright. 2025. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Agence Française de Développement (AFD) et la Banque Interaméricaine de Développement (BID). Ce travail est soumis à la licence Creative Commons Attribution 3.0 IGO (CC-BY 3.0 IGO) (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/deed.en>). En utilisant cette oeuvre, vous acceptez d'être lié par les termes de cette licence.

Attribution – vous devez citer l'oeuvre comme “OCDE/BID/AFD (2025), “Prendre soin de ceux qui prennent soin : Comment soutenir et reconnaître les aidants des personnes âgées en Amérique Latine et dans les Caraïbes” ”.

Traductions – vous devez citer l'oeuvre originale, identifier les changements apportés à l'original et ajouter le texte suivant : En cas de divergence entre l'oeuvre originale et la traduction, seul le texte de l'oeuvre originale doit être considéré comme valable.

Adaptations – vous devez citer l'oeuvre originale et ajouter le texte suivant : Il s'agit d'une adaptation d'un ouvrage original de l'OCDE, de l'AFD et de la BID. Les opinions exprimées et les arguments utilisés dans cette adaptation ne doivent pas être rapportés comme représentant les vues officielles de l'OCDE ou de ses pays membres, de l'AFD, de la BID, de son Conseil d'administration ou de ses pays membres.

Matériel de tiers – La licence ne s'applique pas au matériel de tiers contenu dans l'oeuvre. En cas d'utilisation de ce matériel, vous êtes responsable de l'obtention de l'autorisation du tiers et de toute réclamation pour violation.

Vous ne devez pas utiliser le logo, l'identité visuelle ou l'image de couverture de l'OCDE, de l'AFD ou de la BID sans autorisation expresse, ni suggérer que l'OCDE, l'AFD ou la BID approuvent votre utilisation de l'oeuvre.

Conformément à l'article 8 de la licence susmentionnée, toute médiation relative à des litiges découlant de cette licence sera menée conformément au règlement de médiation de l'OMPI. Tout litige découlant de cette licence sera soumis à l'arbitrage conformément aux règles de la Commission des Nations Unies pour le Droit Commercial International (CNUDCI).

Pour l'OCDE, cette oeuvre est publiée sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions exprimées et les arguments utilisés ici sont uniquement celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions officielles des pays membres de l'OCDE.

Pour l'AFD et la BID respectivement, les opinions exprimées et les arguments utilisés ici sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues officielles de l'AFD, de la BID, de son Conseil d'administration ou des pays qu'il représente.

Les noms de pays et de territoires utilisés dans ce travail sont conformes à la pratique de la BID.

Ce travail, ainsi que toutes les données et cartes qui y sont incluses, ne préjugent pas du statut ou de la souveraineté sur un territoire, de la délimitation des frontières internationales et du nom d'un territoire, d'une ville ou d'une région.

Clause de non-responsabilité territoriale spécifique applicable à l'OCDE :

Les données statistiques relatives à Israël sont fournies par les autorités israéliennes compétentes et sous leur responsabilité. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut du plateau du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies israéliennes en Cisjordanie au regard du droit international.



NOTE ÉDITORIALE :

Pour des raisons de clarté et de style, le présent document emploie indifféremment les termes « **personnes aidantes** » ou « **aidantes** » pour désigner toutes les personnes qui fournissent des soins, quel que soit leur sexe. Ce choix vise à refléter la réalité de l'Amérique latine et des Caraïbes, où une large majorité des personnes qui accomplissent ces tâches sont des femmes, ainsi qu'à simplifier la lecture et à préserver la fluidité du texte.



Remerciements



Natalia Aranco (Banque interaméricaine de développement, BID), Fiorella Benedetti (BID), Beatrice Fabiani de Leva (BID), Milagros García Díaz (BID) et Marco Stampini (BID) ont dirigé la rédaction des chapitres 2, 3 et 4, ainsi que des annexes A, B et C. Ana Llana-Nozal (Organisation de coopération et de développement économiques, OCDE), Karolin Killmeier (OCDE) et Judit Rauet Tejeda (OCDE) ont coordonné la rédaction des chapitres 5 et 6 et de l'annexe D. Carlos Soto Iguarán (Agence française de développement, AFD) et Carina Lupica (BID) ont été responsables de l'élaboration du chapitre 7. L'ensemble des auteurs ont également contribué à la révision et à l'édition de tous les chapitres. De même, le résumé exécutif, l'introduction et la vue d'ensemble ont été préparés conjointement par l'ensemble des auteurs.

Ce rapport a été financé en partie par les projets de coopération technique de la BID « Ressources humaines et écosystème entrepreneurial des soins de longue durée »¹ (RG-T4162) et « Dialogue sur les politiques de soins de longue durée et production de connaissances en Amérique latine et dans les Caraïbes »² (RG-T4313). Ce dernier fait partie de l'initiative « Renforcement des capacités dans les domaines de la santé, des soins de longue durée et des services sociaux » (Aging Facility)³ (RG-O1682), une subvention spécifique financée par l'AFD.

Les auteurs remercient les délégués et les experts des pays qui ont répondu au questionnaire sur les politiques de soins, fournissant des contributions de grande valeur pour la préparation de ce rapport. Parmi eux figurent Eduardo Soria, Colleen Walcott, Lorena Godoy, Daniela Ochoa Ovando, Mariana Borges Dias, Kenio Lima, Nilton Pereira Junior, Spártaco Galvão Fogaça de Almeida, Tarcisio Nema de Aquino, Angela Pinto dos Santos, Talita Vieira Antônio, Felipe Mello, Mirian Queiroz, Tatiane Roda, Constanza Piriz, Constanza Contreras, Nicole Martínez, Francisco Adriazola Santibañez, Isidora Parra, Natalia Moreno, Alicia Ferreira Moret, Manuel Pérez Zafra, Ezequiel Ortiz Cruz, Aura Hernández, Jazmine Lara, Gloriana Mora Cascante, Allan Rímola Rivas, Elisa Ordóñez, Ximena Guevara, Irma Yolanda Núñez, Melissa Dehaarte, Sara Ney, Denise Edelmire-Shearer, Erica Houghton, Douladel Tyndale, Mariana López Ortega, Rubén Eduardo Figueroa, María Elena Aguilar, Diana Mejía, Lawrence Jaisingh, Florencia Krall, Susana Muñiz, Patricia Cossani et David Lee.

Au sein de la BID, les auteurs souhaitent remercier Ferdinando Regalía (directeur du Secteur social), Pablo Ibararán (chef de la Division protection sociale et marchés du travail), María Caridad Araujo (cheffe de la Division genre et diversité), David Kaplan, Graciana Rucci, Agustín

1. Long-Term Care Human Resources and Business Ecosystem.

2. Long-Term Care Policy Dialogue and Knowledge Generation in Latin America and the Caribbean.

3. Aging Facility : Strengthening Capacity for Health, Long-Term Care and Social Services.



Filippo, Osmel Manzano et Valeria Massarelli pour leur supervision, leurs commentaires et leurs apports à ce rapport.

Au sein de l'OCDE, les auteurs adressent leurs remerciements tout particuliers à Francesca Colombo (cheffe de la Division santé) pour avoir supervisé la préparation de ce rapport et pour ses commentaires précieux sur plusieurs versions préliminaires. Ils remercient également Stefano Scarpetta et Mark Pearson (directeur et directeur adjoint de l'Emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE) pour leur orientation et leurs nombreuses observations à différentes étapes du rapport.

À l'AFD, les auteurs expriment leur gratitude à la Division santé et protection sociale et, en particulier, à Andrea Morales et Cecilia Poggi (AFD), ainsi qu'à Alfonso Martínez et Ivanna Moreira (Expertise France), pour leur relecture et leurs contributions substantielles.

La photo de couverture a été prise au Centre d'attention et de services pour les personnes âgées de la Direction des prestations économiques et sociales de l'Institut mexicain de la sécurité sociale (IMSS), à Mexico (Mexique). Ce centre a ouvert ses portes en 2010 dans le but de promouvoir un vieillissement sain et, depuis 2023, accueille le premier centre de jour pour personnes âgées en situation de dépendance fonctionnelle, mis en place avec l'appui du projet de la BID ME-T1539 (*Appui au développement d'un système de soins de longue durée à l'Institut mexicain de la sécurité sociale*). Carlos Organista (Comunicación 360) a pris la photographie le 5 août 2025 ; on y voit Aurora Rivas Velázquez (personne âgée) et Cynthia Miranda Rojas (aidante et podologue).

Les autres photos utilisées dans ce rapport proviennent d'une base d'images de la BID constituée lors de la neuvième réunion du Réseau de politiques de soins de longue durée en Amérique latine et dans les Caraïbes (RedCUIDAR+), qui s'est tenue au Costa Rica en 2023.

Collin Stewart a assuré l'édition professionnelle de la version anglaise. Mikel A. Alcázar et Irene Larraz ont traduit le document en espagnol ; Joao dos Santos et Lilian de C. Martinez, en portugais ; et Cécile B. Laurent, Jolan Viaud et Mathieu Mermoud, en français. La conception graphique et la mise en page ont été réalisées par l'équipe de design éditorial de Words for Development : Jesús R. Martínez, Laura Scaron et Pablo López. Toute erreur ou omission reste de la seule responsabilité des auteurs. Le contenu et les conclusions de ce rapport reflètent exclusivement l'opinion des auteurs et ne correspondent pas nécessairement à celles de l'OCDE, de l'AFD, de la BID, de leur Conseil d'administration ni des pays qu'ils représentent.



**PRENDRE SOIN DE CEUX
QUI PRENNENT SOIN**

→ Comment soutenir et reconnaître
les aidants des personnes âgées en
Amérique Latine et dans les Caraïbes



Préface



Le développement des services de soins de longue durée devient une priorité à mesure que l'Amérique latine et les Caraïbes progressent dans la construction de leurs systèmes de soins. Le vieillissement de la population et la baisse des taux de fécondité dans la région accroissent la demande de soins, qui augmentera de manière exponentielle au cours des prochaines décennies (jusqu'à 23 millions de personnes de 65 ans ou plus nécessitant des soins en 2050). Cette transition démographique, portée par une espérance de vie plus élevée, des progrès sanitaires et une amélioration générale des conditions de vie, constitue le signe d'une réussite collective.

Or, cette évolution pose également des défis pour les individus, les familles et les sociétés. Sur le plan individuel, le vieillissement s'accompagne de besoins accrus de santé et de soins, ainsi que de la nécessité de protéger les personnes contre les risques liés à une espérance de vie prolongée. Pour les sociétés, le vieillissement suppose des enjeux importants de politiques publiques et de soutenabilité financière. Adapter les systèmes de protection sociale à ces nouvelles réalités est devenu une priorité urgente. La couverture et la qualité des services de soins de longue durée dans les pays de la région restent insuffisants : moins de 20 % des personnes âgées ayant des besoins de soins reçoivent des services publics, ce qui illustre l'ampleur du chemin à parcourir.

Une étape essentielle pour relever ce défi consiste à reconnaître celles et ceux qui prodiguent des soins, en veillant à ce que les personnes aidantes (rémunérées et non rémunérées) bénéficient d'un soutien, d'une formation et d'une reconnaissance à la hauteur de leurs contributions essentielles. Les ressources humaines constituent un pilier fondamental dans la construction de systèmes de soins de longue durée. Cette publication propose l'analyse la plus complète à ce jour sur la situation des aidantes et aidants (rémunérées et non rémunérées) de personnes âgées en Amérique latine et dans les Caraïbes. Elle présente également une évaluation approfondie des politiques et des programmes existants pour les soutenir, reconnaître leur travail et contribuer à leur bien-être ainsi qu'à leur développement professionnel. Cette analyse pionnière constitue un apport essentiel pour les responsables des politiques publiques et les acteurs de la société civile qui travaillent à l'amélioration des soins de longue durée en Amérique latine et dans les Caraïbes. Ce document met ainsi en lumière des enseignements tirés, des bonnes pratiques et des approches innovantes susceptibles d'inspirer des futures réformes dans les pays de la région, ainsi que dans d'autres pays de l'OCDE.

Il est essentiel de prendre en compte les besoins des aidantes professionnelles rémunérées comme ceux des aidantes familiales non rémunérées. Près de 25 millions de personnes aidantes non rémunérées dans la région (dont 60 % sont des femmes et des membres de la famille) jouent un rôle central dans la prestation des soins quotidiens, mais leurs contributions demeurent souvent sous-estimées ou ne bénéficient pas du soutien nécessaire. Tant pour préserver le bien-être de celles et ceux qui prodiguent des soins que pour soutenir les systèmes de soins de longue durée, il est indispensable de renforcer les dispositifs d'appui tels que les services de répit, la formation et les incitations économiques. Parallèlement, les pays doivent investir dans des services formels



de soins afin de répondre à la demande croissante et de garantir des normes de qualité élevées. Les personnes qui travaillent dans les soins de longue durée — souvent des femmes en situation de précarité sur le marché du travail — sont essentielles pour garantir des soins durables et de qualité. Les soutenir implique de garantir un travail décent et une formation adéquate, ainsi que de reconnaître leur contribution à la société. Cette double approche, centrée sur les soins rémunérés et non rémunérés, contribue à bâtir un système de soins de longue durée à la fois intégré et résilient, tout en générant de l'emploi. Elle permet également de s'attaquer à la pauvreté de temps qui exclut des millions de personnes, en majorité des femmes, des études, du travail et de la participation citoyenne.

Ce rapport vise à encourager un dialogue plus étroit sur les soins de longue durée entre les pays d'Amérique latine et des Caraïbes — y compris ceux qui sont membres de l'OCDE ou observateurs en cours d'adhésion — et l'ensemble de la communauté de l'OCDE, et ce en offrant une analyse détaillée de la situation des aidantes rémunérées et non rémunérées de personnes âgées, ainsi qu'en reconnaissant leur rôle au sein des systèmes de soins de longue durée. Il s'inscrit dans la continuité des travaux antérieurs de l'OCDE sur le sujet, en particulier *Who Cares?* (2020) et *Beyond Applause* (2023), tout en mettant en l'accent sur les enjeux les plus pertinents pour la région. Il mobilise des données probantes provenant à la fois de pays d'Amérique latine et des Caraïbes et de pays de l'OCDE disposant de systèmes de soins de longue durée consolidés. Il met en avant les initiatives existantes, les pratiques prometteuses et les pistes d'amélioration prioritaires.

Les trois organisations qui ont travaillé conjointement pour rendre possible ce rapport — la Banque interaméricaine de développement (BID), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Agence française de développement (AFD) — sont engagées à renforcer la visibilité des travailleuses et travailleurs des soins de longue durée et à améliorer l'attention portée aux personnes âgées. La BID a récemment intégré le développement de systèmes de soins parmi ses priorités opérationnelles. Elle a ainsi lancé l'initiative BID Cuida visant à accroître les financements, l'assistance technique et la production de connaissances nécessaires à la création de systèmes de soins, à élargir les services de qualité et à promouvoir la coresponsabilité dans le travail de soins. Dans le cadre de sa Réunion ministérielle de 2024, l'OCDE a reçu le mandat de maintenir la question de la main-d'œuvre des soins de longue durée à l'ordre du jour de ses politiques et de suivre les progrès ainsi que les indicateurs dans ce domaine. Pour sa part, l'AFD promeut des investissements inclusifs et durables afin de contribuer à la réalisation des Objectifs de développement durable, de soutenir le développement de sociétés plus égalitaires et inclusives et de favoriser l'égalité entre les femmes et les hommes, des objectifs tous renforcés par le développement de la main-d'œuvre des soins de longue durée.

Ferdinando Regalía

Responsable du Secteur social,
BID

Stefano Scarpetta

Directeur de l'Emploi, du
travail et des affaires sociales,
OCDE

Agnès Soucat

Directrice de la Division santé
et protection sociale, AFD



*«Le soin humanisé est l'art
d'accompagner avec compassion et empathie,
où chaque geste et chaque parole ont
le pouvoir de transformer des vies. La connexion
émotionnelle et la compréhension profonde
sont tout aussi importantes que la technique et
la connaissance médicale. Le soin est
l'essence de la vie, là où la science
rencontre la compassion».*

Enrique V. Iglesias

Fondateur, Fondation ASTUR

Ancien président de la Banque interaméricaine de développement



Indice

Remerciements	V
Préface	viii
Sigles et abréviations	xv
Résumé exécutif	xvii
Introduction :	xxii
1 Aperçu	1
1.1 La région d'Amérique latine et des Caraïbes aura besoin de davantage de personnes aidantes rémunérées pour combler le déficit des soins non rémunérés	2
1.2 Les personnes aidantes non rémunérées auront du mal à répondre à la demande croissante	3
1.3 La région manque de personnes aidantes rémunérées et qualifiées, et leurs conditions de travail sont médiocres	4
1.4 Les politiques de soutien aux aidantes familiales se développent lentement, la formation et l'information étant les priorités	5
1.5 Les politiques de soutien aux travailleuses et travailleurs des soins de longue durée tendent à se concentrer davantage sur les compétences et la formation	8
1.6 La voie à suivre : comment les pays peuvent améliorer les conditions de travail des personnes aidantes	11
2 Offre et demande de soins de longue durée : le déficit des ressources humaines	17
2.1 Le vieillissement de la population accroît la demande de soins de longue durée	18
2.2 L'offre de soins peine à répondre à la demande	23
2.3 Les pays doivent investir dans les ressources humaines pour les soins de longue durée	28



3 L'importance des aidantes familiales	33
3.1 Combien d'aidantes familiales de personnes âgées y a-t-il dans la région ?	36
3.2 La majorité des personnes aidantes non rémunérées sont des femmes sans formation	37
3.3 Les hommes et les femmes soutiennent les personnes âgées de manière différente	40
3.4 Qui fait l'objet des soins ?	43
3.5 Les conséquences des soins non rémunérés	44
4 Le rôle des personnes travaillant de manière rémunérée dans les soins de longue durée	54
4.1 Combien de personnes aidantes rémunérées y a-t-il dans la région ?	56
4.2 Genre, âge, niveau d'études, origine ethnique et statut migratoire des aidantes	58
4.3 Les aidantes rémunérées manquent de formation	62
4.4 Les aidantes rémunérées accomplissent de multiples tâches	65
4.5 Qui fait l'objet des soins ?	66
4.6 Conditions de travail précaires et peu sûres	67
4.7 La charge émotionnelle et physique du soin	75
5 Politiques en faveur des aidantes familiales	76
5.1 Les programmes de politique publique intègrent de plus en plus les aidantes familiales	77
5.2 L'information, le soutien émotionnel et la formation aident les aidantes familiales à mieux accomplir leurs tâches	80
5.3 Les politiques visant à réduire l'impact économique des soins restent limitées	88
5.4 Les politiques visant à améliorer la conciliation entre vie professionnelle et les soins familiaux sont limitées	90
6 Construire une main-d'œuvre de soins de longue durée durable et compétente	93
6.1 Les réglementations du travail influencent le secteur des soins de longue durée	94



6.2 Peu de pays renforcent les droits du travail au moyen de politiques spécifiques pour les personnes travaillant dans les soins de longue durée	100
6.3 Les mesures de sécurité sont courantes, améliorent le bien-être des travailleuses et travailleurs, favorisent la rétention et renforcent la qualité des soins	105
6.4 Les pays soutiennent une main-d'œuvre durable dans les soins de longue durée grâce au développement des compétences	109
6.5 Dans la région, les premières mesures sont prises pour accroître la productivité dans le secteur des soins de longue durée	123
7 La voie à suivre : vers un renforcement des ressources humaines dans les soins de longue durée	127
7.1 Améliorer la qualité de l'emploi dans les soins de longue durée	129
7.2 Adopter une approche centrée sur la personne pour former les aidantes rémunérées et non rémunérées	138
7.3 Soutenir les aidantes familiales pour prévenir les conséquences négatives des soins	148
7.4 Promouvoir la participation des hommes aux soins familiaux et rémunérés	154
7.5 Construire une main-d'œuvre de soins de longue durée plus résiliente	158
Références	164
Annexe	187
Annexe A • Enquêtes sur l'emploi du temps	188
Annexe B • Méthodologie d'identification des personnes aidantes	192
Annexe C • L'enquête de la BID auprès des personnes aidantes.....	194
Annexe D • Politiques nationales de soins.....	198



Sigles et abréviations

AVQ	Activités de la vie quotidienne de base
AFD	Agence française de développement
AIVD	Activités instrumentales de la vie quotidienne
BID	Banque interaméricaine de développement
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques

Liste des institutions par pays

PAYS	SIGLE	NOM COMPLET	TRADUCTION
Argentine		<i>Observatorio Integral del Sistema de Cuidado de Personas Adultas y Mayores</i>	Observatoire intégral du système de soin pour les adultes et personnes âgées
Argentine	FATSA	<i>Federación de Asociaciones de la Sanidad Argentina</i>	Fédération des associations du secteur de la santé de l'Argentine
Argentine	INAES	<i>Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social</i>	Institut national de l'associativisme et de l'économie sociale
Bolivie		<i>Consejo de Coordinación Sectorial 'Por una Vejez Digna'</i>	Conseil de coordination sectorielle « Pour une vieillesse digne »
Brésil	IPEA	<i>Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada</i>	Institut de recherche économique appliquée
Chili	SENCE	<i>Servicio Nacional de Capacitación y Empleo</i>	Service national de la formation et de l'emploi
Colombie	CONPES	<i>Consejo Nacional de Política Económica y Social</i>	Conseil national de politique économique et sociale
Colombie	SENA	<i>Servicio Nacional de Aprendizaje</i>	Service national d'apprentissage
Costa Rica	CCSS	<i>Caja Costarricense de Seguro Social</i>	Caisse costaricienne de sécurité sociale
Costa Rica	IMAS	<i>Instituto Mixto de Ayuda Social</i>	Institut mixte d'aide sociale
Costa Rica	INA	<i>Instituto Nacional de Aprendizaje</i>	Institut national d'apprentissage
Costa Rica	SINCA	<i>Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia</i>	Système national de soins et de soutien aux adultes et aux personnes âgées en situation de dépendance



PAYS	SIGLE	NOM COMPLET	TRADUCTION
Costa Rica	UNED	<i>Universidad Estatal a Distancia</i>	Université publique d'enseignement à distance
France	AFPA	Agence Nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes	
France	CESU	Chèque Emploi Service Universel	
France	URSSAF	Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales	
Honduras	CEM-H	<i>Centro de Estudios de la Mujer</i>	Centre d'études sur les femmes
Italie	DOMINA	<i>Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestici</i>	Association nationale des familles employeurs de travail domestique
Mexique	CONOCER	<i>Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales</i>	Conseil national de normalisation et de certification des compétences professionnelles
Mexique	IMSS	<i>Instituto Mexicano del Seguro Social</i>	Institut mexicain de sécurité sociale
Mexique	INAPAM	<i>Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores</i>	Institut national des personnes âgées
Mexique	INEGI	<i>Instituto Nacional de Estadística y Geografía</i>	Institut national de statistique et de géographie
Mexique	INGER	<i>Instituto Nacional de Geriátria</i>	Institut national de gériatrie
Mexique	ISSSTE	<i>Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</i>	Institut de sécurité et de services sociaux des travailleurs de l'État
Pérou	EsSalud	<i>Seguro Social de Salud</i>	Assurance sociale de santé
Pérou	PADOMI	<i>Programa de Atención Domiciliaria</i>	Programme de soins à domicile
République dominicaine	CONAPE	<i>Consejo Nacional de la Persona Envejeciente</i>	Conseil national des personnes âgées
République dominicaine	FENAMUTRA	<i>Federación Nacional de Mujeres Trabajadoras</i>	Fédération nationale des femmes travailleuses
République dominicaine	INFOTEP	<i>Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional</i>	Institut national de formation technico-professionnelle
Uruguay	INEFOP	<i>Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional</i>	Institut national de l'emploi et de la formation professionnelle
Uruguay	SNIC	<i>Sistema Nacional Integrado de Cuidados</i>	Système national intégré de soins



Résumé exécutif





Fournir des soins adéquats dans l'une des régions qui vieillissent le plus rapidement au monde est un objectif ambitieux. En Amérique latine et dans les Caraïbes, environ huit millions de personnes de 65 ans ou plus ont actuellement besoin d'aide pour accomplir leurs activités quotidiennes, qu'il s'agisse de tâches de base comme manger et se laver, ou de responsabilités plus complexes comme la gestion de la médication et des finances. Ce chiffre devrait presque tripler pour atteindre 23 millions en 2050, sous l'effet de l'allongement de l'espérance de vie et de la plus grande prévalence des maladies chroniques. Dans ce contexte, le modèle traditionnel de soins familiaux non rémunérés, assuré principalement par des femmes, devient insoutenable.

L'Amérique latine et les Caraïbes seront bientôt confrontées à une pénurie aiguë de personnes aidantes, qu'elles soient rémunérées ou non. D'ici 2050, la demande de soins familiaux de longue durée devrait plus que doubler, exerçant une pression sur la main-d'œuvre. La baisse de la fécondité, la hausse de la participation des femmes au marché du travail et la dispersion géographique croissante des familles réduiront le nombre potentiel d'aidantes. Bien que certains pays aient développé des systèmes nationaux de soins de longue durée, dans la majeure partie de la région prédominent des services publics embryonnaires, des dispositifs de soins à but non lucratif et non réglementés, ainsi que des options privées onéreuses. La main-d'œuvre actuelle, composée de trois millions de personnes aidantes rémunérées, devra s'accroître pour atteindre environ 14 millions en 2050 afin de répondre à la demande croissante de soins.

La répartition inégale des soins non rémunérés entre les femmes et les hommes continue d'entraîner de lourdes conséquences. Les soins non rémunérés restent omniprésents : près de 25 millions de personnes aidantes dans la région consacrent en moyenne 7,5 heures par semaine à s'occuper de membres âgés de leur famille. Pour suivre la dynamique démographique, ce chiffre devra augmenter pour atteindre 60,5 millions en 2050. Par ailleurs, les responsabilités de soins restent inégalement réparties : près de 60 % des aidants sont des femmes. De plus, elles consacrent davantage de temps à des tâches intensives et moins flexibles, comme le bain et l'alimentation, et fournissent davantage de « soins passifs », c'est-à-dire qu'elles supervisent des personnes dépendantes tout en accomplissant d'autres tâches. Cela limite leur temps disponible pour le travail rémunéré ou le repos. Au Mexique, par exemple, les femmes consacrent en moyenne 20 heures par semaine aux soins passifs, contre 17 heures pour les hommes. Le niveau d'instruction n'offre pas de protection contre ce déséquilibre : les personnes ayant suivi un enseignement secondaire ou supérieur consacrent, en moyenne, le même nombre d'heures hebdomadaires aux soins non rémunérés que celles ayant un niveau d'études plus faible. Bien que les soins puissent renforcer les liens affectifs et favoriser l'épanouissement personnel, les données montrent que les aidantes non rémunérées sont moins susceptibles d'avoir un emploi



rémunéré et que, lorsqu'elles en ont un, elles occupent généralement des postes de moindre qualité et présentent une moins bonne santé émotionnelle et physique.

Les aidantes rémunérées sont, elles aussi, souvent confrontées à des conditions de travail précaires et à un accès limité à la formation. Le secteur des soins rémunérés en Amérique latine et dans les Caraïbes est sous-financé et largement marqué par l'informalité. La plupart de ses trois millions de travailleurs sont des femmes d'âge moyen, souvent afrodescendantes ou autochtones. Beaucoup travaillent à temps partiel, sans contrat ni accès à la protection sociale, et la majorité gagne moins que le salaire minimum (en moyenne, l'équivalent de 90 % de celui-ci). Les dispositifs de formation disponibles sont fragmentés ou informels : 37 % des aidantes rémunérées travaillent sans aucune formation, et moins de la moitié a suivi un cours de soins.

Vers une réponse intégrale en matière de politiques

Apporter un soutien aux aidantes non rémunérées allégera leur charge tout en leur permettant de continuer à jouer un rôle essentiel. Dans la région, le soutien aux aidantes non rémunérées progresse lentement autour de trois volets. Le premier concerne l'accès à l'information, la formation et le soutien émotionnel. Les registres numériques d'aidantes et les portails d'information du Costa Rica ou du Mexique constituent des modèles prometteurs dans ce domaine. Le deuxième volet est la compensation économique à travers des transferts monétaires, comme ceux proposés au Chili et au Costa Rica, ainsi que les crédits de retraite, un sujet actuellement en discussion dans plusieurs pays. Le troisième volet renvoie à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle au moyen de politiques de congés, comme au Mexique ou en Équateur, et d'aménagements du travail flexibles, comme au Chili et à Bogotá (Colombie), afin d'atténuer la charge physique, émotionnelle et financière.

Afin d'améliorer la qualité des soins, il est nécessaire d'accroître et de professionnaliser la main-d'œuvre rémunérée. Les efforts actuels visant à améliorer les conditions de travail des aidantes rémunérées dans la région se concentrent sur la formation, l'augmentation de l'emploi formel et le renforcement des normes de sécurité. Dans la plupart des pays, les salaires minima du secteur relèvent de la législation générale du travail. L'absence de reconnaissance formelle de la profession des aidants demeure un défi majeur dans de nombreux pays, ce qui complique la réglementation, l'organisation et la mise en place de protections en matière de travail.



Dans ce contexte, les conventions collectives sont essentielles pour améliorer les conditions de travail. Toutefois, les faibles taux de syndicalisation et la fragmentation de la main-d'œuvre rendent difficile la conclusion de conventions collectives dans le secteur des soins de longue durée. Les registres officiels constituent un autre levier permettant de renforcer la reconnaissance de la profession. Ils fournissent également des informations sur les possibilités d'emploi, les offres de formation, ainsi que sur les services d'appui disponibles pour les personnes aidantes. L'Argentine, le Costa Rica et l'Uruguay ont d'ores et déjà mis en place des registres nationaux.

Des pays comme l'Argentine, le Chili, la Colombie et l'Uruguay développent des systèmes de formation basés sur des profils professionnels et des référentiels de compétences. Toutefois, une grande partie de la formation existante demeure en deçà des standards internationaux. Pour réduire cet écart, les pays pourraient harmoniser les programmes d'études, renforcer l'apprentissage pratique et garantir un accès abordable et flexible à la formation, y compris par des modalités en ligne.

Il existe des modèles innovants qui ouvrent la voie à un emploi formel et à de meilleures conditions de travail. Parmi ceux-ci figurent les coopératives de soins (par exemple, la Incubadora de Cooperativas y Mutuales de Cuidados en Argentine), les plateformes numériques de mise en relation parrainées par le gouvernement et les systèmes de chèques mis en œuvre, par exemple, au Brésil (outil eSocial) et en Colombie (Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, PILA). À ce jour, les conditions de travail sont principalement régies par des réglementations générales, notamment en matière de sécurité au travail. D'où l'importance d'améliorer la formation et les conditions de travail des aidantes : cela est essentiel non seulement pour leur bien-être — beaucoup signalent des symptômes de dépression et de stress —, mais aussi pour garantir la qualité et la continuité des soins.

Une base solide de ressources humaines bien formées rend les systèmes de soins de longue durée plus résilients. Pour améliorer les conditions de travail de la prochaine génération de personnes aidantes, rémunérées et non rémunérées, et afin de faire face au déficit de ressources humaines dans le secteur, les pays pourraient étendre ou reproduire de bonnes pratiques d'accès à la sécurité sociale visant à protéger les aidantes. Par exemple, ils pourraient rendre les dépenses de soins déductibles d'impôts (comme en Argentine, en France et au Mexique), ou renforcer les mécanismes de contrôle grâce à des inspections et des pratiques réglementaires (comme en Argentine, au Chili et en Uruguay). Il est également important de promouvoir une redistribution des responsabilités de soins de longue durée entre les femmes et les hommes, et de former les travailleuses et travailleurs à la gestion des urgences et des événements extrêmes. Encourager l'implication des hommes dans les rôles de soins, à travers des changements politiques et culturels peut aussi contribuer à redistribuer les responsabilités et à rehausser le statut



de la profession, comme le montrent les exemples de l'École des hommes au soin à Bogotá et, en Europe, la campagne « Hommes dans la garde d'enfants » en Belgique ou les incitations destinées à augmenter le personnel masculin en Norvège.

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la vulnérabilité des systèmes existants et a renforcé l'urgence d'investir à long terme dans la planification, le développement des capacités de la main-d'œuvre et la coordination intersectorielle. Parmi les bonnes pratiques dans ce domaine figurent le *Manuel de préparation aux situations d'urgence dans les soins de longue durée* de l'Ontario⁴ et les supports de sensibilisation destinés aux responsables et superviseurs des secteurs de la santé et des services sociaux en Suède. Bien que ces approches soient encore peu répandues ou insuffisamment consolidées en Amérique latine et dans les Caraïbes, plusieurs initiatives prometteuses existent déjà et peuvent être reproduites. Les pays peuvent également s'inspirer de bonnes pratiques développées dans d'autres régions du monde.

4. Ontario's Long-Term Care Emergency Preparedness Manual.



Introduction :

guide à l'intention des lecteurs



Cette étude met en lumière la situation des personnes aidantes de personnes âgées en Amérique latine et dans les Caraïbes, ainsi que les politiques et programmes susceptibles d'améliorer leur statut et leur bien-être. S'appuyant sur le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) intitulé *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly* (2020), elle centre son analyse sur les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Ce document propose un programme de mesures visant à promouvoir des emplois de qualité dans les soins de longue durée et à élargir les services de soutien destinés aux aidantes.

Le rapport est organisé de la manière suivante :

- Le **chapitre 1** offre un aperçu général de l'ensemble de l'étude, présente les principaux résultats et les chiffres qui sont développés dans les chapitres suivants. Pour les lecteurs disposant de peu de temps, il fonctionne comme un résumé exécutif étendu.
- Le **chapitre 2** présente les faits qui sous-tendent ce rapport. Il commence par analyser les tendances liées à l'allongement de la vie qui alimentent la demande de soins de longue durée. Il examine ensuite comment l'offre de ces soins peine à répondre à la demande actuelle et croissante en raison de plusieurs facteurs, parmi lesquels : (i) la faible natalité et l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail, qui réduisent la disponibilité des soins familiaux non rémunérés ; (ii) le développement limité de services de soins de longue durée financés par des fonds publics ; et (iii) le coût élevé des services privés de soins de longue durée de bonne qualité. Cette insuffisance de l'offre pourrait entraîner une crise du modèle de soins existant.
- Les **chapitres 3** et **4** présentent les évaluations nationales comparatives les plus récentes et les plus complètes concernant, respectivement, les aidantes de longue durée non rémunérées et rémunérées. Ils analysent leurs caractéristiques sociodémographiques, les conditions et la qualité de l'emploi, les tâches qu'elles accomplissent et l'impact des soins sur leur bien-être. L'analyse s'appuie sur des enquêtes sur l'utilisation du temps pour les aidantes non rémunérées, sur des enquêtes de force de travail pour les aidantes rémunérées, ainsi que sur des données issues d'une enquête de la Banque interaméricaine de développement (BID) menée auprès de personnes aidantes rémunérées et non rémunérées.
- Les **chapitres 5** y **6** détaillent les politiques et les programmes mis en œuvre par les pays d'Amérique latine et des Caraïbes pour soutenir et améliorer le bien-être des aidantes de longue durée non rémunérées et rémunérées. Le **chapitre 5** porte sur les initiatives visant à fournir information, formation et soutien émotionnel ; sur les politiques réduisant l'impact économique pour les personnes aidantes ; et sur les politiques qui améliorent la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle des aidantes. Le **chapitre 6** , pour sa part, analyse les réglementations en matière d'emploi, les droits du travail, les normes de sécurité et les ini-



tatives visant à renforcer la reconnaissance et la productivité de la profession de santé. L'analyse s'appuie sur des entretiens avec des représentants gouvernementaux et des acteurs clés, ainsi que sur une revue de la littérature.

- Le **chapitre 7** clôt l'étude en mettant en avant des bonnes pratiques qui contribuent à bâtir une main-d'œuvre de soins de longue durée durable et compétente. Les bonnes pratiques d'Amérique latine et des Caraïbes sont complétées par d'autres provenant de pays de l'OCDE, susceptibles d'inspirer des politiques et des programmes dans la région. Ce chapitre traite des politiques et des programmes qui améliorent la qualité de l'emploi dans les soins de longue durée, développent des formations avec une approche centrée sur la personne (tant pour les aidantes rémunérées que non rémunérées), renforcent les services d'appui aux aidantes, encouragent la participation des hommes dans les soins familiaux et rémunérés, et adaptent la main-d'œuvre de soins de longue durée aux effets de l'augmentation des phénomènes météorologiques extrêmes. Sans proposer une synthèse des chapitres précédents, déjà fournie au **chapitre 1**, cette conclusion se concentre sur la proposition d'une feuille de route pour les pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

- Les annexes détaillent les données et méthodologie utilisées dans les **chapitres 3** et **4** pour analyser les aidantes non rémunérées et les personnes travaillant dans les soins de longue durée (**annexes A**, **B** et **C**). Elles présentent également des résultats supplémentaires issus des entretiens menés avec des représentants gouvernementaux et des acteurs clés, utilisés dans les **chapitres 5** et **6** (**Annexe D**).

Les politiques et les programmes analysés dans ce rapport ont été mentionnés lors d'entretiens avec des représentants gouvernementaux et des experts réalisés entre mars et octobre 2024, ou proviennent d'extraits de documents officiels. Ils ne visent pas à fournir un panorama exhaustif des politiques et des programmes de la région. L'état de mise en œuvre de ces politiques a été vérifié pour la dernière fois en juillet 2025.

Pour sa part, la BID a mené son enquête auprès des personnes aidantes entre novembre 2023 et mars 2025.



**PRENDRE SOIN DE CEUX
QUI PRENNENT SOIN**

→ Comment soutenir et reconnaître
les aidants des personnes âgées en
Amérique Latine et dans les Caraïbes



1 Aperçu





1.1 La région d'Amérique latine et des Caraïbes aura besoin de davantage de personnes aidantes rémunérées pour combler le déficit des soins non rémunérés

L'Amérique latine et les Caraïbes figurent parmi les régions qui vieillissent le plus rapidement au monde. Actuellement, environ huit millions de personnes âgées de 65 ans ou plus dans la région ont besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes, un chiffre qui devrait atteindre 23 millions en 2050. Ces activités sont généralement classées en activités de la vie quotidienne de base (AVQ), essentielles à la survie comme manger, se laver, utiliser les toilettes, s'habiller et se déplacer à l'intérieur d'une pièce, et en activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), des activités plus complexes, telles que prendre sa médication, effectuer des tâches ménagères, cuisiner ou gérer ses finances personnelles.

Sous l'effet du vieillissement des populations, les besoins de soins se complexifient, en lien avec une dépendance accrue et une prévalence plus élevée des maladies chroniques. Ce changement met sous pression le modèle de soins en vigueur, qui repose principalement sur les membres de la famille. L'augmentation de la participation des femmes au marché du travail, la baisse des taux de fécondité et la présence de structures familiales plus dispersées réduisent la disponibilité des soins non rémunérés. D'ici 2050, sans développement accru des programmes publics ou sans un meilleur accès aux programmes de personnes aidantes rémunérées, la demande de soins familiaux de longue durée exercera une pression sur la participation au marché du travail, puisqu'une personne sur trois âgée de 45 à 64 ans devra fournir des soins familiaux.

Bien que certains pays de la région, comme l'Uruguay et le Costa Rica, aient développé des systèmes nationaux de soins de longue durée, la région reste caractérisée par des services publics encore limités, des prestations de faible qualité fournies par des organisations à but non lucratif et une offre privée souvent inabordable. À mesure que les besoins de soins augmentent et que la disponibilité des membres de la famille diminue, les gouvernements comme les acteurs privés devront renforcer leur rôle. Dans ce contexte, les gouvernements seront amenés à développer des systèmes financièrement durables qui élargissent la couverture et améliorent la qualité, en privilégiant un modèle de vieillissement dans la communauté et en ne recourant aux établissements de soins de longue durée qu'en dernier ressort. Parallèlement, le secteur privé pourra élargir l'offre de services de soins de longue durée, créant des emplois et offrant des options de soins, que ce soit par le biais de contrats publics ou directement aux familles.



pouvant en assumer le coût. Les gouvernements devront également jouer un rôle central dans la définition des normes de qualité et dans la régulation de la prestation privée de soins.

Les travailleuses et travailleurs sont indispensables pour répondre à la demande croissante de soins de longue durée. La région devra porter sa main-d'œuvre de soins de longue durée de 3 millions à environ 14 millions d'ici 2050. Les pays doivent investir dans la formation et la professionnalisation des aidantes afin de garantir la qualité des services de soins. Cet investissement ne doit pas se limiter aux aidantes rémunérées, car les familles continueront d'assumer une part importante des responsabilités de soins. Renforcer le soutien aux aidantes (par exemple, par le biais de formations, d'un soutien émotionnel ou de dispositifs de travail flexible ou de congés) sera déterminant pour préserver leur bien-être physique et émotionnel.

1.2 Les personnes aidantes non rémunérées auront du mal à répondre à la demande croissante

Les soins non rémunérés⁵ sont généralisés dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. On estime actuellement que 25 millions de personnes aidantes non rémunérées accompagnent des personnes âgées dans la région, consacrant en moyenne 7,5 heures par semaine à ces activités. Pour maintenir le ratio actuel aidante-personne âgée, le nombre d'aidantes non rémunérées devrait atteindre 60,5 millions en 2050, un chiffre qui sera difficile à atteindre en raison de la baisse de la fécondité et de la diminution de la taille des familles.

Environ 60 % des aidantes non rémunérées auprès de personnes âgées sont des femmes. En raison de normes sociales, d'attitudes et de stéréotypes, elles consacrent davantage d'heures à ces tâches que les hommes, avec une différence de 2,4 heures hebdomadaires. Les femmes assurent les tâches les moins flexibles et les plus exigeantes, comme l'aide aux activités de la vie quotidienne de base (par exemple, prendre en charge la toilette, préparer les repas et nourrir les personnes âgées à des heures fixes, ou les accompagner à des rendez-vous médicaux). En outre, il est plus probable que les femmes assurent les « soins passifs », c'est-à-dire qu'elles supervisent une personne en situation de dépendance tout en réalisant d'autres activités. Cette pratique accroît leurs responsabilités en matière de soins tout en limitant leur temps consacré au travail rémunéré, aux études ou aux loisirs. La participation aux soins non rémunérés des personnes âgées ne varie pas selon le niveau d'instruction.

5. Étant donné que la majeure partie des soins non rémunérés est assurée par des membres de la famille, ce rapport utilise indifféremment les termes « aidantes familiales » et « aidantes non rémunérées ».



Bien que les soins apportent du sens et de la satisfaction, ils ont également des effets négatifs sur l'emploi ainsi que sur la santé physique et mentale. Prendre soin de son entourage renforce les relations, favorise la solidarité et consolide des compétences interpersonnelles telles que l'empathie et la communication. Toutefois, lorsque ces tâches deviennent excessives et ne s'accompagnent pas du soutien nécessaire, elles peuvent avoir des conséquences négatives. Les aidantes non rémunérées ont une probabilité d'avoir un emploi rémunéré 8 points de pourcentage plus faible et, parmi celles qui travaillent, elles travaillent en moyenne 2 heures de moins par semaine. En outre, de nombreuses aidantes éprouvent stress (71 %), solitude (55 %) et dépression (34 %), en raison d'un sommeil insuffisant et du manque d'autosoins. Ces effets négatifs sur la santé sont plus prononcés lorsque les soins constituent une obligation et non un choix. C'est pourquoi la formation et le soutien psychologique peuvent atténuer ces impacts.

1.3 La région manque de personnes aidantes rémunérées et qualifiées, et leurs conditions de travail sont médiocres

L'offre de travailleuses et travailleurs des soins de longue durée dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes demeure insuffisante pour répondre à la demande de soins. Le secteur compte environ trois millions d'aidantes rémunérées auprès de personnes âgées, représentant 1 % de l'emploi total et 2,3 % de l'emploi féminin. Pour faire face aux tendances démographiques actuelles — vieillissement accéléré de la population et affaiblissement des réseaux de soins informels —, le nombre d'aidantes rémunérées devra atteindre environ 14 millions d'ici 2050.

La grande majorité des personnes qui fournissent des soins rémunérés (95 %) sont des femmes, le plus souvent âgées d'une quarantaine d'années. La main-d'œuvre rémunérée est diverse sur le plan ethnique : plus de la moitié sont afrodescendantes et environ 3% sont issues des peuples autochtones. Comparée aux pays de l'OCDE, la région d'Amérique latine et des Caraïbes présente une proportion moindre de migrants dans le secteur des soins de longue durée, celui-ci reposant actuellement principalement sur la main-d'œuvre nationale.

Les aidantes rémunérées disposent d'un niveau de formation insuffisant : 37 % exercent leur activité sans aucune formation préalable et 16 % recourent à l'auto-apprentissage. Moins de la moitié ont suivi une formation spécifique : 10 % ont suivi un cours de moins de 60 heures, 12 % une formation de durée intermédiaire de 60 à 150 heures, et un quart (25 %) ont achevé une formation de plus de 150 heures.



Le travail de soins est complexe et couvre un ensemble de tâches hétérogènes. Les aidantes à domicile se concentrent principalement sur l'hygiène et les soins personnels des personnes dont elles s'occupent — 71 % des répondantes à l'enquête de la BID ont indiqué accomplir ces tâches — ainsi que sur les tâches ménagères, réalisées par 47 % des personnes interrogées. Les aidantes travaillant en établissement, quant à elles, sont davantage mobilisées sur les tâches d'hygiène (75 %) et les soins de santé (45 %).

Les aidantes rémunérées travaillent en moyenne 31 heures par semaine, ce qui indique que leur emploi est souvent exercé à temps partiel. Ce type de travail tend à accroître leur vulnérabilité et limite leurs perspectives professionnelles, ainsi que leur accès aux prestations sociales.

Les aidantes rémunérées travaillent souvent dans des conditions précaires et instables. L'informalité et l'absence de protection sociale sont très répandues : seulement 26 % d'entre elles cotisent à la sécurité sociale et à peine un tiers dispose d'un contrat écrit. Lorsqu'elles travaillent de manière informelle, les aidantes rémunérées perçoivent généralement un revenu inférieur au salaire minimum. Malgré cette forte précarité, 45 % des aidantes exercent cette profession depuis plus de six ans et près de 60 % estiment qu'elles continueront à l'exercer. La formation constitue un levier essentiel pour améliorer les conditions de travail dans le secteur, soutenir une progression salariale et offrir de réelles perspectives de carrière avec un impact positif sur les revenus.

La formation joue également un rôle essentiel pour améliorer le bien-être et la santé mentale des aidantes rémunérées, qui peuvent être affectées par la forte charge émotionnelle du travail. Celles qui fournissent des soins rémunérés présentent des symptômes de dépression (20 %) et de stress (45 %).

1.4 Les politiques de soutien aux aidantes familiales se développent lentement, la formation et l'information étant les priorités

Les politiques visant à soutenir les aidantes non rémunérées se regroupent en trois catégories : (i) information, formation et soutien psychologique ; (ii) soutien aux revenus et crédits de retraite ; et (iii) dispositifs de congés et horaires de travail flexibles permettant de concilier emploi et soins non rémunérés.



1.4.1 L'information et la formation permettent aux personnes aidantes non rémunérées de fournir de meilleurs soins

Des initiatives prometteuses émergent pour développer des portails d'information en ligne, car l'accès des aidantes non rémunérées à l'information et aux connaissances est essentiel pour améliorer leurs conditions de vie. Le Costa Rica et le Mexique ont lancé des plateformes numériques afin de sensibiliser au travail des aidantes, avec des sites web qui incluent des ressources clés, telles que des informations sur les droits du travail et sur les possibilités de formation.

Plusieurs pays sont en train de créer également des registres de personnes aidantes, qui constituent des points d'accès à l'information et aux services de soutien. Au Chili et au Costa Rica, les personnes inscrites bénéficient d'un accès privilégié à certains services publics.

La formation destinée aux aidantes est disponible dans la plupart des pays de la région, souvent sans frais. Elle vise à aider les familles à mieux assumer les responsabilités de soins, et à améliorer le bien-être des aidantes ainsi que la qualité de l'accompagnement fourni. Certains pays rendent la formation plus accessible grâce à des allocations et des subventions. Le Chili, par exemple, offre une indemnité journalière pour la participation à un cours de soins de base aux personnes âgées, ainsi qu'une allocation supplémentaire pour l'achat de matériel à celles qui achèvent la formation.

Peu d'initiatives intégrées existent dans la région pour soutenir les aidantes au moyen d'interventions psychosociales adaptées pour faire face au stress, à la solitude et à la dépression. Au Brésil (Bahia), le Programme d'Appui à l'Aidant propose des séances thérapeutiques de groupe et de conseils individuels.⁶ Il existe également des exemples semblables au Pérou et en Colombie.

1.4.2 Des politiques pour réduire l'impact économique négatif des soins sont en place

Les transferts monétaires peuvent réduire la charge financière associée à la prestation de soins et, pour cette raison, certains pays ont introduit cette prestation pour les aidantes. Toutefois, ces dispositifs doivent être soigneusement conçus afin d'éviter de perpétuer le modèle traditionnel de soins (reposant sur le travail non rémunéré des femmes) et de respecter les préférences et l'autonomie des personnes âgées.

6. Programa de Apoio ao Cuidador.



Au Chili, les personnes qui s'occupent de personnes en situation de handicap peuvent recevoir une indemnité financière. Au Costa Rica, un programme de transferts liés aux soins soutient les ménages à faible revenu comptant un membre en situation de dépendance fonctionnelle.

Actuellement, les pays de la région n'offrent pas de crédits de retraite pour les proches qui s'occupent de personnes âgées, mais ils envisagent d'introduire ce type de mécanisme. Ces crédits peuvent atténuer significativement l'impact des interruptions professionnelles sur le montant des pensions contributives et réduire le risque de pauvreté à un âge avancé. Ces dispositifs sont rares dans la région, bien que certains pays — comme la Bolivie, le Chili, le Mexique et l'Uruguay — les accordent pour compenser le temps consacré aux soins des enfants. En Colombie, une mesure similaire est actuellement à l'étude pour subventionner les cotisations à la retraite et à l'assurance maladie des personnes qui s'occupent de membres âgés de leur famille en situation de dépendance fonctionnelle.

1.4.3 Les politiques peuvent améliorer la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle des aidantes familiales

Les options de congés, rémunérés ou non rémunérés, demeurent limitées pour les personnes aidantes dans la région. Seuls le Chili, l'Équateur et le Mexique disposent d'un congé dédié aux soins de longue durée. Dans la plupart des cas, les personnes doivent recourir à des régimes de congés généraux, comme les jours personnels, pour couvrir des périodes de soins, faute d'alternatives adaptées. Certains pays prévoient toutefois des congés spécifiques, comme au Costa Rica (pour les personnes dans un état de santé critique), au Pérou (pour les membres de la famille) ou au Honduras (pour les soins en général). Garantir l'accès à des congés de soins tant pour les hommes que pour les femmes contribue à promouvoir une répartition plus équitable des responsabilités.

Les modalités de travail flexible et les services de répit, permettant de concilier emploi, responsabilités de soins et bien-être personnel, sont également limitées. Ces dispositifs facilitent l'articulation entre obligations professionnelles et tâches de soins, évitant l'épuisement des aidantes. Au Chili, le télétravail partiel ou total est accessible pour les personnes en charge d'enfants de moins de quatorze ans, de personnes en situation de handicap ou de personnes en dépendance sévère ou modérée. Des services de répit sont proposés à Bogotá (Colombie) grâce au programme Manzanas del Cuidado, et au Chili par l'intermédiaire du programme Chile Cuida.

1.5 Les politiques de soutien aux travailleuses et travailleurs des soins de longue durée tendent à se concentrer davantage sur les compétences et la formation

La quantité de main-d'œuvre des soins de longue durée demeure relativement limitée en Amérique latine et dans les Caraïbes. L'amélioration des conditions de travail dans ce secteur est freinée par l'absence d'une définition claire et d'une reconnaissance officielle de la profession d'aidant. Ainsi, dans la plupart des pays, le secteur des soins de longue durée est régi par des réglementations générales du travail. Toutefois, certains pays ont récemment adopté des politiques destinées spécifiquement aux travailleuses et travailleurs du secteur.

1.5.1 Peu de pays améliorent les droits du travail au moyen de politiques spécifiques pour la main-d'œuvre des soins de longue durée

Certains pays de la région ont mis en place des réglementations salariales spécifiques pour le secteur des soins de longue durée : c'est notamment le cas de l'Argentine, du Costa Rica et de l'Uruguay, qui disposent de réglementations explicitement dédiées aux travailleuses des soins de longue durée. La République dominicaine, pour sa part, s'attaque à ce problème de manière indirecte par le biais de normes relatives au travail domestique – une solution à laquelle l'Argentine a également recours.

Les conventions collectives de travail représentent un levier important pour améliorer les conditions de travail, mais la région ne dispose pas de grands syndicats de personnes aidantes, une situation qui peut s'expliquer par l'absence d'une définition officielle de cette profession. Les registres officiels de personnes aidantes offrent également un outil pour renforcer la reconnaissance de la profession et la rendre plus attractive, avec des avantages pour les aidantes, les employeurs et les gouvernements. Néanmoins, seuls trois pays de la région (l'Argentine, le Costa Rica et l'Uruguay) disposent à ce jour de registres nationaux.

L'emploi informel demeure très répandu dans le secteur des soins de longue durée et corrélé à l'absence de formation. Certains pays (comme l'Argentine et l'Uruguay) cherchent à accroître l'emploi formel en misant sur des stratégies de formation qui sont plus efficaces lorsque, à l'issue de la formation, les personnes aidantes intègrent un registre officiel leur donnant accès à des opportunités d'emploi. D'autres stratégies visent à augmenter l'emploi formel parmi les



aidantes à domicile de manière indirecte, au moyen de politiques de formalisation du travail domestique rémunéré (comme en Argentine, au Brésil et en Uruguay). Certains programmes de formation en Argentine, au Chili et au Mexique encouragent également de nouveaux projets entrepreneuriaux en exigeant des participantes et participants qu'ils élaborent un plan d'affaires qui jette les bases de la formalisation des services de soins, que ce soit en obtenant les autorisations nécessaires pour exercer ou en fournissant des services de soins de manière formelle. En outre, la certification peut constituer une valeur ajoutée pour les travailleuses et travailleurs informelles et améliorer potentiellement leurs revenus.

1.5.2 Les mesures de santé et de sécurité améliorent la rétention, le bien-être des travailleuses et travailleurs et la qualité des soins

Les mesures de santé et de sécurité destinées à prévenir la charge émotionnelle et physique des aidantes sont essentielles, car elles améliorent à la fois le bien-être des travailleuses et la qualité des soins. Dans la plupart des pays, des réglementations de santé et de sécurité encadrent les établissements de soins de longue durée, mais ne concernent pas les soins à domicile. Les réglementations applicables à ces établissements prévoient généralement des limites de capacité, des procédures d'autorisation obligatoires, des exigences détaillées en matière de qualifications du personnel, des ratios résidents-travailleur, des exigences d'infrastructure et des normes de sécurité. Dans la plupart des pays, les services de soins doivent se conformer à ces normes pour être autorisés à fonctionner, même si la fréquence des inspections de conformité varie considérablement. Toutefois, ces normes visent avant tout à garantir la sécurité des résidents. Bien qu'elles aient également — directement ou indirectement — un impact sur la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs, les pays ne disposent pas encore de réglementations dans des domaines essentiels (par exemple, concernant la mobilisation des personnes afin de prévenir les douleurs dorsales).

Un exemple concret de mesures de santé et de sécurité est l'établissement de ratios de personnel, qui fixent le nombre de personnes aidantes par résident. Dix pays de la région (l'Argentine, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, le Pérou et l'Uruguay) ont mis en place ce type de réglementation. Dans la plupart de ces pays, le nombre d'aidantes requises augmente en fonction du niveau de dépendance des résidents et varie selon l'heure de la journée (diurne ou nocturne). Ces pays établissent également des règles précisant le type spécifique de travailleuses et travailleurs (ou les combinaisons de ceux-ci) requis dans chaque établissement.

1.5.3 La région mise sur le développement des compétences pour bâtir une main-d'œuvre durable dans les soins de longue durée

La formation et les programmes éducatifs jouent un rôle déterminant dans le développement de la main-d'œuvre des soins de longue durée. À cet égard, la première étape vers une offre de formation mieux ciblée et standardisée consiste à définir des profils professionnels, ce que plusieurs pays (l'Argentine, la Barbade, le Brésil, le Chili, la Colombie, l'Équateur, le Mexique, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay) ont déjà réalisé, tandis qu'à El Salvador, ce processus est en cours.

La deuxième action clé consiste à créer des référentiels de compétences, qui précisent les compétences essentielles requises pour chaque profil professionnel. Huit pays (l'Argentine, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, le Mexique, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay) se sont déjà dotés de ces référentiels, et El Salvador est également en train d'en élaborer un.

Malgré ces avancées, des marges d'amélioration importantes subsistent et les niveaux de formation sont encore faibles parmi les aidantes. La plupart des pays exigent que les auxiliaires de soins personnels disposent d'une formation minimale ou certifient leurs compétences avant d'être autorisés à travailler dans des services officiels de soins de longue durée. Toutefois, la durée de ces programmes officiels varie considérablement, et seuls quelques pays proposent des programmes excédant les 260 heures recommandées par le Protocole ibéro-américain de formation en soins (l'Argentine, la Barbade, la République dominicaine et l'Équateur).

En l'absence de programmes officiels, de nombreuses aidantes se tournent vers des formations informelles qui, bien qu'elles puissent être structurées et déboucher sur une certification, sont dispensées en dehors du système éducatif formel. En général, elles ne débouchent pas sur une qualification officiellement reconnue par le gouvernement. Ces formations sont proposées par une variété d'organisations — universités publiques et privées, ONG, institutions publiques et acteurs privés à but lucratif — ce qui contribue à un paysage de formation hétérogène.

Dans ce contexte, de nombreux pays de la région ont mis en place des dispositifs de reconnaissance des acquis antérieurs et de l'expérience professionnelle des personnes aidantes permettant de valider officiellement les compétences acquises (le Chili, la Colombie, l'Équateur, la République dominicaine, le Guyana et l'Uruguay). En Colombie, par exemple, le Service national d'apprentissage (SENA) délivre gratuitement des certifications professionnelles aux aidantes. La reconnaissance officielle des connaissances, des compétences et des aptitudes permet l'exercice d'une occupation spécifique, qu'elles aient été acquises par des voies formelles ou informelles. Pour les aidantes — dont beaucoup travaillent de manière informelle, souvent au



domicile des personnes accompagnées —, cela offre une opportunité de valoriser leurs compétences et de faciliter ainsi leur accès à l'emploi formel.

1.5.4 Premiers pas pour stimuler la productivité dans les soins de longue durée

La région ne donne pas la priorité aux politiques visant l'augmentation de la productivité dans le secteur des soins de longue durée. Cela s'explique en partie par le fait que la pénurie de main-d'œuvre n'est pas encore aussi pressante que dans la plupart des pays de l'OCDE et que, par ailleurs, les ressources pour investir dans des approches innovantes restent limitées. A ce jour, seuls le Chili et l'Uruguay ont adopté des solutions technologiques dans les services de soins de longue durée financés par des fonds publics.

Le manque de coordination entre les soins de santé et les soins de longue durée peut augmenter les charges de travail, entraîner une duplication des tâches, réduire l'efficacité et nuire au bien-être général des travailleuses et travailleurs. Le Brésil, la Colombie, le Costa Rica, le Pérou et Trinité-et-Tobago ont intégré la coordination dans leurs politiques nationales de vieillissement et de soins, reconnaissant son rôle clé dans l'organisation de soins de longue durée. Malgré ces avancées, la coordination des soins demeure un concept encore émergent et sa mise en œuvre reste limitée.

1.6 La voie à suivre : comment les pays peuvent améliorer les conditions de travail des personnes aidantes

Pour améliorer les conditions de travail de la prochaine génération de personnes aidantes, qu'elles soient rémunérées ou non, et combler le déficit de ressources humaines du secteur, les pays doivent promouvoir des politiques intégrées visant à : (i) améliorer la qualité des emplois dans les soins de longue durée ; (ii) développer et diversifier les possibilités de formation en adoptant une approche centrée sur la personne ; (iii) renforcer le soutien aux aidantes non rémunérées ; (iv) promouvoir une redistribution plus équilibrée des responsabilités de soins entre les femmes et les hommes ; et (v) renforcer les capacités des ressources humaines pour répondre aux urgences provoquées par des événements extrêmes. Si certaines de ces politiques ne font qu'émerger dans la région, il existe déjà des initiatives prometteuses pouvant être reproduites. Les pays peuvent également s'inspirer de bonnes pratiques issues d'autres régions du monde.



1.6.1 Améliorer la qualité des emplois dans les soins de longue durée pour professionnaliser le secteur

Pour améliorer la qualité des emplois dans les soins de longue durée, il s'avère nécessaire de valoriser la profession, d'élargir l'accès à la protection sociale et de tirer parti du potentiel offert par les initiatives du secteur privé, y compris les plateformes d'emploi et les coopératives de personnes aidantes.

Une stratégie centrale dans ce domaine consiste à investir dans la professionnalisation des emplois de soins de longue durée. Trois bonnes pratiques (en Amérique latine et dans les Caraïbes ou dans d'autres régions) se dégagent : (i) l'enregistrement et la reconnaissance des profils professionnels par les institutions nationales (généralement les ministères de l'Éducation ou du Travail) ; (ii) la certification des compétences ; et (iii) l'accompagnement professionnel et les services de placement, incluant l'appui à la construction de trajectoires professionnelles et la mise en relation entre l'offre et la demande de soins de longue durée. L'Italie offre un exemple notable de reconnaissance du profil professionnel des personnes aidantes, avec une convention collective nationale pour celles qui fournissent des soins à domicile, incluant un contrat de travail standardisé.

La formalisation des emplois de soins de longue durée est un second objectif majeur, que les pays peuvent promouvoir au moyen de plateformes numériques, de chèques de services et d'incitations fiscales. La simplification de l'affiliation aux systèmes de sécurité sociale est un levier direct pour accroître l'emploi formel. Cela peut être réalisé en développant des systèmes d'affiliation flexibles et faciles à utiliser, par exemple via des plateformes numériques et des chèques de services. Les exonérations, crédits d'impôt ou réductions des cotisations de sécurité sociale (s'adressant à l'une ou l'autre partie de la relation de travail) peuvent également favoriser la formalisation en réduisant le coût des contributions.

La France constitue un exemple particulièrement pertinent avec la plateforme Pajemploi, qui contribue à formaliser les emplois de soins de longue durée, et le Chèque emploi service universel (CESU), deux systèmes compatibles qui simplifient l'embauche, la déclaration et la rémunération des personnes aidantes. Pajemploi permet aux employeurs de personnes chargées de la garde d'enfants la gestion numérique des contrats, salaires et horaires, tout en assurant le traitement des cotisations de sécurité sociale.

Géré par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), ce dispositif, limité aux services pour enfants de moins de six ans, permet la traçabilité des transactions, réduit l'utilisation d'espèces et améliore la supervision et le contrôle financiers.



L'URSSAF met également en œuvre le CESU, un mécanisme de chèques qui facilite la déclaration et le paiement des salaires et des cotisations sociales pour les relations de travail régulières ou occasionnelles de services à la personne, y compris les services de soins.

Les plateformes destinées à mettre en relation l'offre et la demande de services de soins de longue durée sont une innovation prometteuse pour améliorer la qualité des emplois. Elles enregistrent des personnes aidantes rémunérées (souvent embauchées comme travailleurs domestiques, sans accès à la sécurité sociale), leur proposent des modules de formation et les connectent avec des familles recherchant des services. Ce modèle existe déjà en Argentine (développé par le secteur privé) et au Costa Rica (soutenu par le gouvernement). L'État du Paraná, au Brésil, prévoit le lancement prochain d'un dispositif similaire.

Les coopératives, de plus en plus utilisées pour organiser la prestation de soins de longue durée, contribuent également à améliorer la qualité des emplois dans le secteur. Elles peuvent atténuer certains des défis majeurs auxquels sont confrontées les aidantes, tels que la précarité, l'insécurité, la charge émotionnelle et physique, ainsi que le manque de formation. Dans certains pays à revenu élevé, les coopératives comptent parmi les principaux employeurs du secteur. Elles ont également été adoptées comme l'un des modèles d'organisation des personnes aidantes au sein des systèmes nationaux de soins en Argentine, en République dominicaine et en Uruguay.

1.6.2 Élargir la formation avec une approche centrée sur les personnes

La formation joue un rôle essentiel pour passer d'un modèle traditionnel d'assistance médicale et de prestation de services à une approche intégrée, centrée sur la personne, qui met l'accent sur les droits, les préférences et la qualité de vie des personnes recevant des soins de longue durée, la dignité et l'attention personnalisée constituant des principes fondamentaux. Ce nouveau paradigme exigera de former les aidantes à une combinaison de compétences techniques, relationnelles et favorisant les soins auto-administrés.

La formation doit être conçue de manière à promouvoir la qualité des soins de longue durée tout en s'adaptant aux contraintes de temps et aux préférences des aidantes. Les pays peuvent envisager d'augmenter progressivement la durée des cours de formation jusqu'à atteindre le seuil souhaité de 260 heures. S'agissant de la méthodologie, les connaissances théoriques, bien qu'essentielles, doivent être complétées par des connaissances pratiques et une formation en milieu de travail.



Les programmes de formation doivent s'adapter à l'évolution des besoins de soins. Parmi les domaines clés d'adaptation figurent le soutien au vieillissement en bonne santé et la prise en charge de personnes présentant des niveaux plus élevés de dépendance fonctionnelle, ce qui requiert une formation plus spécialisée. Une bonne pratique consiste à offrir aux personnes aidantes ayant terminé la formation de base la possibilité d'élargir leurs compétences en se spécialisant dans l'accompagnement de personnes à forte dépendance, y compris celles présentant des affections neurodégénératives et neurologiques. D'autres spécialisations concernent la coordination entre les soins de santé et les services sociaux ainsi que l'organisation de la prestation des services.

Il est également essentiel d'établir des programmes d'études officiels pour les aidantes afin de remédier aux faibles niveaux de formation dans la région. Cela nécessite une coordination inter-institutionnelle, ainsi qu'une collaboration entre organismes publics, acteurs du secteur privé et organisations de la société civile. Un autre élément clé pour développer des programmes de qualité est de disposer de formatrices et formateurs qualifiés, qui doivent maîtriser en profondeur le modèle de soins centrés sur la personne.

Pour accroître la participation des aidantes à la formation, les cours doivent être financièrement abordables et proposer des horaires flexibles. Les programmes subventionnés peuvent contribuer à attirer des travailleurs vers le secteur des soins et à améliorer les compétences des aidantes non rémunérées. La flexibilité peut être renforcée en organisant la formation par modules. La formation en ligne constitue également un outil prometteur pour offrir davantage de souplesse, mais elle doit être complétée par des séances pratiques en présentiel.

1.6.3 Renforcer le soutien aux personnes aidantes non rémunérées

Sans soutien pratique et émotionnel, le fait de prodiguer des soins peut nuire à la santé physique et mentale des personnes. Cela est particulièrement pertinent pour les aidantes non rémunérées, qui assument des responsabilités de soins avec peu ou pas de formation. Étant donné le rôle central de la famille dans la prestation de soins de longue durée, il est essentiel d'apporter un soutien comprenant : (i) information, soutien psychologique et évaluations de la personne qui fournit les soins ; (ii) services de répit ; (iii) congés et travail flexible pour celles et ceux qui continuent de travailler ; et, lorsque cela est possible, (iv) une combinaison de prestations monétaires et d'avantages fiscaux et de retraite.



Fournir aux aidantes non rémunérées des informations sur la manière de prodiguer des soins et sur les services dont elles disposent constitue une première étape importante. Le soutien psychosocial ou les services d'écoute répondent également à la charge émotionnelle des soins et renforcent la résilience des aidantes. Les évaluations de la personne aidante représentent une autre bonne pratique qui oriente vers des soutiens individualisés. Le Carer Gateway du gouvernement australien est un bon exemple de portail d'information en ligne, offrant des détails sur les droits, les prestations et les options de soutien pour les personnes aidantes. Une évaluation de la personne aidante est requise pour accéder aux services du Gateway.

Les services de répit constituent une autre bonne pratique qui peut réduire les effets négatifs des soins familiaux, en permettant aux aidantes de faire de courtes pauses dans leurs tâches. En dehors de la région, les personnes en situation de dépendance en Allemagne, au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas ont droit à de courtes périodes de prise en charge en établissement, en accueil de jour ou à domicile. Par exemple, en Allemagne, elles peuvent utiliser ces services pendant six semaines par an et, en Israël, pendant deux semaines. Ce type de services publics offre aux aidantes du temps pour des soins auto-administrés et la récupération.

La flexibilité du travail, comme la réduction du temps de travail et le télétravail, aide les aidantes à conserver leur emploi. L'accès à des congés liés aux soins ou la possibilité de passer temporairement à un horaire de travail à temps partiel constituent également de bonnes pratiques qui leur permettent de rester employées tout en fournissant des soins de longue durée à un membre de leur famille. En dehors de la région, le Canada offre un exemple inspirant : le congé en cas de maladie grave, qui accorde jusqu'à 17 semaines pour s'occuper d'une personne adulte, avec une aide financière d'environ 55 % du salaire perdu.

Les transferts monétaires destinés aux personnes aidantes pour compenser l'impact économique de leurs responsabilités peuvent être considérés comme une bonne pratique lorsqu'ils garantissent un accès complet à la sécurité sociale, y compris aux soins de santé et aux pensions. L'Allemagne, l'Espagne, la Finlande et le Royaume-Uni offrent ce type de transferts. Les allègements fiscaux constituent une voie alternative pour soutenir financièrement les aidantes, bien qu'ils soient plus pertinents dans les pays où les niveaux d'emploi formel sont élevés. Les crédits de retraite peuvent également atténuer l'impact des soins non rémunérés de longue durée sur le droit aux pensions contributives et leur montant, réduisant ainsi le risque de pauvreté à un âge avancé.



1.6.4 Inciter les hommes à devenir aidants rémunérés et non rémunérés

La pression exercée sur les dispositifs de soins existants rend indispensable l'implication des hommes, tant comme aidants non rémunérés que comme aidants rémunérés. Outre les congés pour soins et les modalités de travail flexible, deux stratégies complémentaires peuvent soutenir cet objectif : (i) transformer les rôles de genre traditionnels (par exemple, l'École des hommes au soin de Bogota) ; et (ii) augmenter la participation des hommes dans les professions liées aux soins (par exemple, la campagne « Hommes dans la garde d'enfants » en Belgique ou les incitations au personnel dans les services d'éducation et de garde en Norvège).

Encourager la participation des hommes aux soins présente de multiples avantages. Sur le plan individuel, cela peut renforcer le sens du but, l'épanouissement personnel et le lien émotionnel, tout en développant des compétences de communication et d'empathie transférables aux sphères personnelle et professionnelle. Sur le plan systémique, une plus grande présence des hommes dans les rôles de soins contribue à diversifier et à professionnaliser la main-d'œuvre du secteur, ce qui pourrait rehausser la reconnaissance sociale de ces occupations.

1.6.5 Développer une main-d'œuvre de soins de longue durée plus résiliente

Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux effets sur la santé des phénomènes météorologiques, des catastrophes naturelles et des urgences sanitaires. Les systèmes de santé comme les systèmes de soins de longue durée sont insuffisamment préparés pour répondre de manière adéquate à des situations d'urgence imprévues, comme l'a montré la pandémie de COVID-19. Dans de nombreux pays, cette crise a mis en évidence un financement et une planification insuffisants, l'absence de stratégies et de protocoles de réponse adaptés, ainsi qu'une main-d'œuvre trop réduite et insuffisamment formée.

À mesure que les risques associés à ces événements défavorables augmentent, il devient plus urgent que les systèmes de soins de longue durée et leur main-d'œuvre s'adaptent aux chocs externes. Les pays devraient se concentrer sur la préparation aux catastrophes, la réduction et la prévention des risques, l'assistance et la réponse, ainsi que sur la reconstruction et le relèvement. Il est nécessaire de développer des capacités pour réduire les effets négatifs des menaces et minimiser le risque de catastrophes. Pour construire une main-d'œuvre plus résiliente, les profils professionnels et les programmes de formation devraient intégrer des mesures d'adaptation aux événements extrêmes.



2 Offre et demande de soins de longue durée : le déficit des ressources humaines





2.1 Le vieillissement de la population accroît la demande de soins de longue durée

2.1.1 Le vieillissement rapide de la population laisse peu de temps pour adapter les systèmes économiques et les politiques publiques

L'Amérique latine et les Caraïbes comptent parmi les régions qui vieillissent le plus rapidement au monde. En raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la baisse des taux de fécondité, il est prévu que la proportion de la population totale âgée de 65 ans ou plus passe de 9,5 % en 2023 à 18,9 % en 2050. D'ici 2046, la proportion de personnes âgées dépassera celle des enfants âgés de moins de 14 ans. La population des personnes âgées de 80 ans ou plus augmente également rapidement et devrait passer de 1,8 % de la population totale en 2023 à 4,9 % en 2050.⁷ En 1995, une personne de 65 ans dans la région pouvait espérer vivre 15 ans de plus. Cette espérance est passée à 18 ans en 2023 et devrait atteindre 20 ans en 2050. Cette évolution remarquable s'explique par des améliorations significatives des conditions socioéconomiques et de la santé publique, ainsi que par de meilleurs diagnostic et prise en charge des maladies chroniques.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, ce qui donne lieu à une tendance appelée « féminisation du vieillissement ». L'espérance de vie à la naissance est de 78,6 ans pour les femmes, contre 72,8 ans pour les hommes, un écart de près de six ans qui se réduit à 2,5 ans à 65 ans et à 1,1 an à 80 ans.

Bien que certains pays bénéficient encore de la phase finale du dividende démographique, l'ensemble de la région connaîtra ce vieillissement de la population, qui surviendra avant que des niveaux de revenus élevés soient atteints. Certains pays (l'Argentine, la Barbade, le Chili, le Costa Rica et l'Uruguay, par exemple) présentent déjà une proportion élevée de personnes âgées (entre 12 % et 16 % de la population totale). Dans d'autres, la population âgée représente une proportion moindre, mais croît à un rythme rapide en raison de fortes baisses de la fécondité et des progrès de l'espérance de vie. Ce second groupe connaîtra une transition démographique plus rapide et disposera donc de moins de temps pour adapter ses systèmes économiques et ses politiques publiques aux défis de cette transition.

7. Des tendances similaires sont prévues en Asie, où la proportion de la population âgée de plus de 65 ans passera de 10 % en 2023 à 19 % en 2050, tandis que la proportion de la population âgée de plus de 80 ans augmentera de 1,8 % à 5,2 % sur la même période. L'Europe, une région plus avancée dans la transition démographique, verra la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans passer de 20 % en 2023 à 33 % en 2050, tandis que la population âgée de plus de 80 ans passera de 5,4 % à 10,4 %. Pour sa part, en Amérique du Nord, une région qui, comme l'Europe, est plus avancée dans cette transition, les projections de vieillissement démographique sont moins marquées : la proportion de personnes de plus de 65 ans augmentera de 18 % en 2023 à 23 % en 2050, et celle des personnes de plus de 80 ans de 4 % à 8,8 %. En Afrique, la proportion de la population âgée de plus de 65 ans passera de 4 % en 2023 à 6 % en 2050, tandis que celle des personnes de plus de 80 ans augmentera de 0,5 % à 0,9 %. Toutes les projections démographiques présentées ici reposent sur le scénario de « variante moyenne » des Nations Unies. Toutes les données de cette section proviennent des *Perspectives de la population mondiale* des Nations Unies (DESA, 2024), consulté sur <https://population.un.org/wpp/>.

2.1.2 La population âgée aura besoin de davantage de soutien

Que la population vive plus longtemps est une bonne nouvelle, mais cela signifie aussi que davantage de personnes auront besoin de soins. À mesure que les individus vieillissent, leurs fonctions sensorielles, physiques ou cognitives peuvent commencer à se détériorer, soit en raison de la progression de maladies chroniques, soit à la suite de « l'accumulation tout au long de la vie de dommages moléculaires et cellulaires » (OMS, 2015). Par conséquent, ils peuvent perdre la capacité de vivre de manière indépendante et avoir besoin d'aide pour accomplir des activités quotidiennes. En d'autres termes, deviennent nécessaires des soins de longue durée, entendus comme toute attention personnelle ou intervention de nature sociale ou sanitaire visant à soutenir les personnes qui présentent — ou risquent de présenter — une perte de leur capacité intrinsèque à maintenir un niveau de capacité fonctionnelle compatible avec leurs droits fondamentaux, leurs libertés essentielles et leur dignité humaine (OMS, 2015).

En Amérique latine et dans les Caraïbes, environ huit millions de personnes âgées de 65 ans ou plus (une sur sept) ont actuellement besoin d'aide pour accomplir des activités de la vie quotidienne de base, comme manger ou se laver (Aranco, Ibararán et Stampini, 2022).⁸ Les femmes représentent les deux tiers de cette population (Aranco et al., 2018). Principalement portée par l'augmentation du nombre de personnes âgées (et, dans une moindre mesure, par la hausse de la prévalence de la dépendance fonctionnelle), cette valeur triplera au cours des prochaines décennies.⁹ D'ici 2050, la région comptera environ 23 millions de personnes âgées nécessitant un soutien pour les activités de la vie quotidienne de base.

Ces données sous-estiment la demande de soins de longue durée, car un nombre beaucoup plus important de personnes ont besoin d'aide pour des activités instrumentales de la vie quotidienne, comme cuisiner ou prendre leurs médicaments (voir l'encadré 2.1). Par exemple, la proportion de personnes âgées ayant des difficultés dans au moins une activité instrumentale est de 36 % au Brésil, de 25 % en Colombie, de 18 % en Argentine et de 14 % au Mexique (Matus-López et Chaverri-Carvajal, 2021). Malheureusement, peu d'enquêtes incluent des données sur les difficultés à accomplir des activités instrumentales de la vie quotidienne. Par conséquent, la plupart des chiffres présentés dans ce chapitre se réfèrent aux besoins de soins pour les activités de la vie quotidienne de base.

8. La prévalence de la dépendance fonctionnelle varie selon les pays, allant d'un minimum de 5,3 % au Salvador à un maximum de 25,5 % au Mexique. Une partie de cette hétérogénéité peut s'expliquer par : (i) des différences culturelles qui influencent la manière dont les personnes évaluent leur propre niveau de dépendance fonctionnelle ; et (ii) des différences dans la conception et la mise en œuvre des enquêtes (Aranco et al., 2018 ; Aranco, Ibararán et Stampini, 2022).

9. Dans les estimations d'Aranco, Ibararán et Stampini (2022), il est prévu que la prévalence de la dépendance aux soins dans la population âgée de 65 ans et plus en Amérique latine et dans les Caraïbes augmente de 14,3 % en 2020 à 15,7 % en 2050. Cela explique 6 % de la hausse du nombre de personnes âgées ayant des besoins de soins. L'augmentation du nombre de personnes âgées explique les 94 % restants.

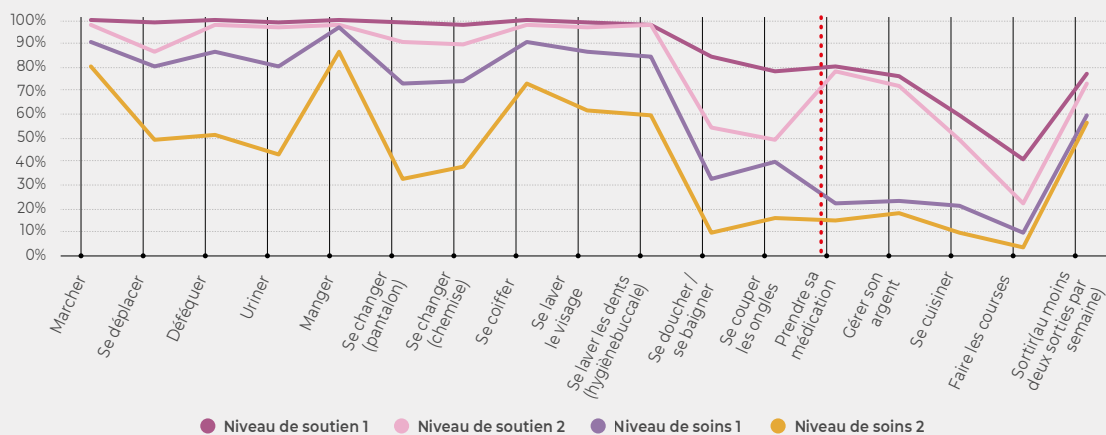


ENCADRÉ 2.1 ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE, DE BASE ET INSTRUMENTALES

La dépendance fonctionnelle décrit une situation dans laquelle une personne éprouve des difficultés et nécessite un soutien pour effectuer certaines activités quotidiennes, de manière permanente ou temporaire. Ces activités se subdivisent en activités de la vie quotidienne de base (AVQ) et en activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Les premières sont essentielles à la survie et incluent manger, se laver, utiliser les toilettes, s'habiller et se déplacer à l'intérieur d'une pièce. Les secondes impliquent une plus grande complexité cognitive et motrice et comprennent, par exemple, effectuer des tâches ménagères, cuisiner, utiliser un moyen de transport pour se déplacer hors du domicile, prendre sa médication ou gérer ses finances personnelles.

Étant donné que les activités instrumentales sont plus complexes, les personnes perdent généralement plus tôt la capacité de les réaliser par elles-mêmes (Katz, 1963 ; Dunlop et al., 1997). Cela peut être observé dans le **graphique 2.1**, basé sur des données de l'assurance soins de longue durée du Japon, qui montre le pourcentage de personnes — dans les différentes catégories de besoin de soins du système — capables d'accomplir chaque activité de manière indépendante. Les personnes de la catégorie « niveau de besoin de soutien 1 » peuvent en général réaliser les AVQ de façon indépendante, mais nécessitent de l'aide pour les AIVQ (ligne violette, en haut). À l'autre extrême, les personnes de la catégorie « niveau de besoin de soins 2 » nécessitent un appui tant pour les AVQ que pour les AIVQ (ligne orange, en bas). Dans chaque catégorie, le besoin d'aide pour les AIVQ est toujours plus élevé que pour les AVQ.

FIGURE 2.1 POURCENTAGE DE PERSONNES POUVANT RÉALISER DE MANIÈRE INDÉPENDANTE LES AVQ ET AIVQ (PAR CATÉGORIE DE BESOIN DE SOINS DANS L'ASSURANCE SOINS DE LONGUE DURÉE DU JAPON)




Source : MHLW, 2013.

Notes : La ligne verticale rouge en pointillés sépare les activités de base (à gauche) des activités instrumentales (à droite). Les personnes sont classées en sept catégories selon le niveau de soutien ou de soins dont elles ont besoin. Du niveau de dépendance fonctionnelle le plus faible au plus élevé, ces catégories sont : niveau de soutien 1 ; niveau de soutien 2 ; niveau de soins 1 ; niveau de soins 2 ; niveau de soins 3 ; niveau de soins 4 ; niveau de soins 5 (Yamada et Arai, 2020). Les niveaux de soutien et de soins reflètent la méthode d'évaluation utilisée par le système japonais de soins de longue durée.



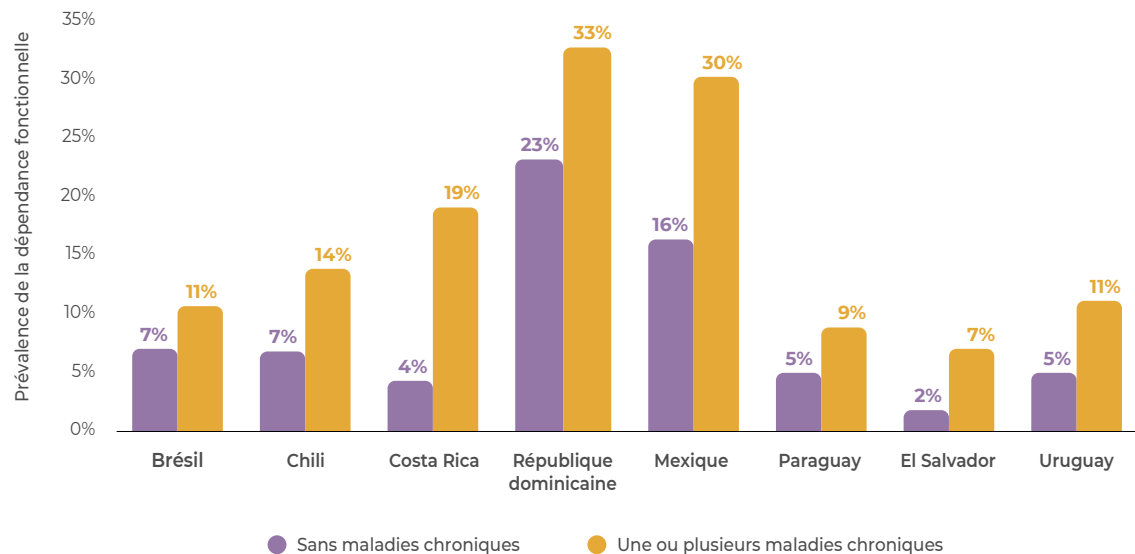
2.1.3 Les besoins en soins de longue durée seront plus complexes

Dans tous les pays disposant de données, tant la prévalence que la gravité de la dépendance fonctionnelle augmentent régulièrement avec l'âge. Toutefois, on observe une variation considérable entre pays. Par exemple, au Mexique, 15,2 % des personnes âgées de 65 à 69 ans ont des besoins de soins, tandis que 55,2 % des personnes de plus de 85 ans en présentent. Au Costa Rica, ces chiffres sont de 12,4 % et 34 % respectivement ; au Brésil, ils passent de 5,1 % dans le groupe des 65 à 69 ans à 29,1 % chez les plus de 85 ans (Aranco et al., 2022). Par ailleurs, au Mexique, les personnes âgées de 65 à 69 ans présentant une dépendance fonctionnelle nécessitent un soutien pour un nombre moyen de 2,2 AVQ, contre 2,6 parmi la population dépendante de 80 ans ou plus. Ces chiffres sont de 1,5 et 1,9 respectivement au Costa Rica, et de 2,8 et 3,4 au Brésil.

Les besoins de soins et les maladies chroniques sont corrélés dans les deux sens. D'une part, les affections chroniques augmentent les besoins futurs de soins : les données du Mexique montrent que l'hypertension, l'arthrite, le diabète et les accidents vasculaires cérébraux sont de bons prédicteurs des besoins de soins à des stades ultérieurs de la vie (González-González et al., 2019). D'autre part, les personnes présentant une dépendance fonctionnelle ont une probabilité plus élevée de développer des maladies chroniques, car elles ont tendance à faire moins d'activité physique et peuvent présenter des signes de problèmes nutritionnels et de dépression (Maresova et al., 2019). En conséquence, celles qui présentent des affections chroniques peuvent avoir plus du double de probabilités d'être dépendantes de soins que celles qui n'en présentent pas (**figure 2.2** ). La hausse de la prévalence des maladies chroniques dans de nombreux pays de la région explique qu'on s'attende à ce que les besoins de soins seront plus élevés à l'avenir (Aranco, Ibarrarán et Stampini, 2022).



**FIGURE 2.2 PRÉVALENCE DE LA DÉPENDANCE FONCTIONNELLE
SELON LA PRÉSENCE DE MALADIES CHRONIQUES
PAR PAYS, PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS**



Source : Aranco et al. (2022).

Un autre facteur associé à l'augmentation des besoins de soins est la hausse rapide du nombre de personnes atteintes de démence dans la région. Ce groupe devrait passer de 4,5 millions en 2019 à 13,7 millions en 2050, à un rythme supérieur à la moyenne projetée au niveau mondial. On estime actuellement que 9 % des personnes âgées de 65 ans ou plus dans la région sont atteintes de démence. Toutefois, ce chiffre est probablement sous-estimé en raison d'un diagnostic insuffisant. La démence est l'une des principales causes d'incapacité et de dépendance de soins chez les personnes âgées, car elle détériore progressivement de multiples fonctions cognitives, réduisant en fin de compte l'autonomie et la capacité à accomplir des tâches quotidiennes (OPS, 2023). Cette affection impose également une charge émotionnelle et financière importante aux familles. Dans la plupart des cas, les membres de la famille sont les aidants principaux et voient souvent leur bien-être mental et physique affecté (voir le [chapitre 3](#)).

Les besoins de soins diffèrent selon chaque personne, évoluent avec le temps et peuvent être prévenus ou retardés : ils se développent tout au long d'un continuum qui va de la capacité intrinsèque pleine à la pré-fragilité, à la fragilité et à la dépendance fonctionnelle.¹⁰ La demande

10. Bien qu'il existe plusieurs définitions de la fragilité, le concept renvoie généralement à un état clinique dans lequel la capacité des personnes âgées à faire face aux stress quotidiens ou aigus est compromise en raison du déclin fonctionnel associé à l'âge et de la perte de fonctions. Les personnes pré-fragiles courent un risque élevé de devenir fragiles (Chen, Mao et Lang, 2014). La dépendance fonctionnelle signifie qu'une personne éprouve des difficultés à réaliser au moins une activité de la vie quotidienne.

de soins de longue durée commence avec les personnes âgées en pré-fragilité, qui peuvent encore prévenir l'apparition de la fragilité grâce à une combinaison d'exercice physique, de stimulation cognitive, d'interventions nutritionnelles, de liens sociaux et d'autres activités. Les personnes âgées fragiles bénéficient des mêmes types d'interventions, mais peuvent commencer à avoir besoin de soins personnels supplémentaires pour être aidées dans les AIVQ, comme faire les courses ou faire le ménage. Les personnes âgées présentant une dépendance fonctionnelle nécessitent des services supplémentaires pour les aider dans leurs AVQ (par exemple, le bain). Des interventions opportunes peuvent réduire efficacement les besoins futurs de soins et améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs familles, même aux niveaux élevés de dépendance fonctionnelle.

2.1.4 Les besoins de soins de longue durée seront plus concentrés dans certains groupes de population

Les besoins de soins sont plus fréquents chez les femmes à tous les âges. Par exemple, parmi les personnes âgées de 65 à 69 ans au Chili, 5,8 % des femmes et 4,8 % des hommes présentent une dépendance fonctionnelle. En Uruguay, ces chiffres sont de 5,0 % pour les femmes et de 3,2 % pour les hommes. Cela peut s'expliquer, au moins en partie, par le fait que les femmes ont une probabilité plus élevée de souffrir de problèmes de santé invalidants (Luy et Minagawa, 2014). Combinée à leur espérance de vie plus élevée, la plus grande prévalence de la dépendance fonctionnelle chez les femmes explique pourquoi, dans la région, on compte en moyenne deux femmes âgées nécessitant des soins pour chaque homme âgé avec les mêmes besoins (Aranco et al., 2018).

Les besoins de soins sont également plus fréquents parmi les personnes en situation de vulnérabilité économique. Un faible niveau de revenu est associé à une moins bonne santé et à un accès réduit à des services de santé de qualité tout au long de la vie (Blas et Kurup, 2010). Ces deux facteurs augmentent la probabilité d'une perte progressive des capacités fonctionnelles.

2.2 L'offre de soins peine à répondre à la demande


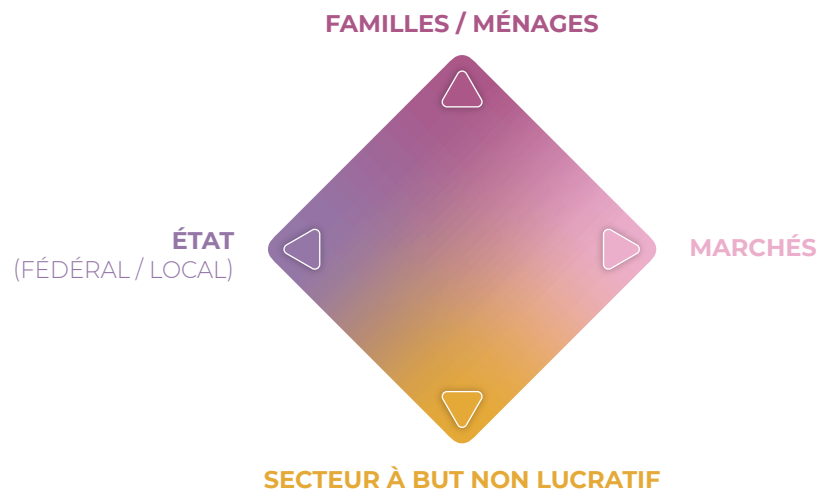
Les services de soins de longue durée peuvent être fournis par l'État, le marché, les organisations à but non lucratif ou les familles ; cet ensemble d'options est appelé le « diamant du soin » (**figure 2.3** ) (Razavi, 2007). La région d'Amérique latine et des Caraïbes se caractérise par des services publics embryonnaires, une offre limitée et de faible qualité du secteur à but non lucratif, des services du secteur privé peu accessibles et une dépendance excessive aux soins familiaux, qui devient rapidement insoutenable.



FIGURE 2.3 LE DIAMANT DU SOIN : ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA PRESTATION DE SOINS



Source : Razavi (2007).

2.2.1 Les services publics sont très limités

Les soins de longue durée gagnent lentement en importance dans l’agenda politique de la région. À ce jour, le Costa Rica et l’Uruguay sont les seuls pays à avoir adopté une loi prévoyant un système national de soins de longue durée et à avoir procédé à son déploiement à grande échelle (le Système national intégré de soins en Uruguay et le Système national de soins et de soutien pour les personnes adultes et les personnes âgées en situation de dépendance au Costa Rica). D’autres pays avancent dans la même direction. Comme le montre le **tableau D.1**, de nombreux pays ont adopté des politiques nationales de soins ou de vieillissement qui concernent les personnes âgées et visent à améliorer l’attention tant pour les personnes aidantes que pour celles qui reçoivent des soins. Le Panama a adopté en 2024 une loi établissant un système national de soins. Le Brésil a récemment approuvé une loi sur les soins qui inclut les soins de longue durée. La Colombie a adopté un plan national. Le Honduras a créé le Cabinet des soins au sein du Cabinet social pour orienter le développement d’un système national de soins. Le Chili, l’Équateur, le Mexique, le Pérou et la République dominicaine discutent de plans similaires (**encadré 2.2**).¹¹ L’Argentine a créé un Observatoire intégral du système de soins pour les personnes adultes et âgées, rattaché au ministère de la Santé, afin d’étudier le système de

11. Il existe des programmes de moindre envergure ou à portée locale au Chili (*Chile Cuida*), en Colombie (*Manzanas del Cuidado* à Bogotá) et au Brésil (Programa Acompanhante de Idoso à São Paulo ; Programme d’amélioration des soins pour les personnes âgées — *Programa Maior Cuidado* — à Belo Horizonte).



soins de longue durée. Toutefois, il convient de noter que des services de soins de longue durée existent dans la plupart des pays de la région, même s'ils ne sont pas officiellement organisés dans le cadre d'un système ou d'une loi nationale de soins de longue durée.¹²

Dans la pratique, la couverture des services de soins de longue durée financés par des fonds publics demeure faible. Dans les pays où cette couverture est la plus élevée (l'Argentine, le Costa Rica et la Barbade), 20 % des personnes âgées qui ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne de base reçoivent des services (Aranco et al., 2022). Pour contenir les dépenses et ne pas dépasser leur capacité, ces services complètent les évaluations des besoins de soins par des critères d'éligibilité liés à l'âge ou à la vulnérabilité socio-économique. En Uruguay, par exemple, seules les personnes présentant des besoins de soins sévères et âgées de moins de 30 ans ou de plus de 80 ans sont éligibles aux services d'assistants personnels à domicile (le programme phare du système). Bien que toute personne remplissant les critères d'âge et de dépendance fonctionnelle puisse recevoir les services, le revenu du ménage est pris en compte pour déterminer le montant de la subvention publique. Les personnes âgées de plus de 60 ans qui se trouvent dans une situation de grande vulnérabilité sociale, de fragilité clinique ou d'isolement social peuvent bénéficier des services du Programa Acompanhante de Idoso à São Paulo, au Brésil.

12. Pour plus d'informations sur les systèmes de soins en Amérique latine et dans les Caraïbes, voir : Rachter et al. (2024) ainsi que ONU Femmes et la CEPALC (2021).



ENCADRÉ 2.2 RÉFORMES EN DISCUSSION

Ces dernières années, le Chili, l'Équateur, le Mexique, le Pérou et la République dominicaine ont entrepris des efforts pour faire avancer des réformes en matière de soins. Certaines de ces initiatives, sous forme de projets de loi ou de propositions, sont encore à l'étude, tandis que d'autres ont été archivées, ce qui met en évidence les débats et désaccords persistants autour des politiques de soins (Commission de la femme et de la famille, 2024a).

Au Chili, le Projet de loi n° 16905-31, qui reconnaît le droit aux soins et établit le Système national d'appuis et de soins¹, a été approuvé par la Chambre des députées et députés et attend son examen au Sénat. En République dominicaine, un projet présenté en 2024 vise à créer un système national de soins qui reconnaisse les droits aux soins et à l'autosoins, ainsi que le droit de donner et de recevoir des soins, et qui englobe les personnes aidantes rémunérées et non rémunérées. De manière similaire, en Équateur, un projet de loi de 2021 proposant le Système national intégré de soins est toujours en cours d'examen. L'adoption de cette loi viendrait s'ajouter à la Loi organique sur le droit aux soins humains de 2023, qui porte sur le droit aux soins pour l'enfance « et d'autres personnes dépendantes », sans mentionner spécifiquement les personnes âgées.

Au Mexique, plusieurs initiatives ont été présentées. En 2020, la Chambre des députés a approuvé une proposition visant à réformer les articles 4 et 73 de la Constitution afin d'inclure un système national de soins, mais l'initiative est restée en attente au Sénat. En 2024, le Sénat a déclaré clos tous les dossiers envoyés avant le 1er septembre 2021, ce qui signifie qu'il serait nécessaire de rouvrir le processus législatif pour que cette réforme soit reprise. Malgré cette tentative infructueuse, tant l'initiative de loi générale pour un système national de soins (présentée en 2021) que les modifications à la Loi générale sur le développement social, qui intègrent la politique nationale de soins dans la politique de développement social, restent en cours d'examen. Ces dernières ont été approuvées par la Chambre des députés en 2024.

Le Pérou a élaboré quatre projets de loi visant à créer et réglementer un système national de soins (2735/2022-PE, qui propose de reconnaître le droit aux soins et de créer un système national de soins ; 3242/2022-CR, qui propose de créer un système national de soins pour les personnes âgées ; 4705/2022-CR, qui propose de reconnaître les personnes aidantes et le droit aux soins au moyen d'un système national de soins ; et 5308/2022-CR, qui propose de reconnaître, réglementer et garantir le droit aux soins à travers un système national de soins). Cependant, ces projets ont été rejetés par la Commission de la femme et de la famille du Congrès² en 2024.

1. Sistema Nacional de Apoyos y Cuidado.

2. Comisión de la Mujer y Familia.

2.2.2 Peu de personnes peuvent se permettre des services privés de bonne qualité

Le secteur privé joue un rôle clé dans la prestation de soins de longue durée, mais seuls les ménages aux revenus les plus élevés peuvent payer des services à but lucratif lorsqu'ils ne bénéficient pas d'une subvention publique. Au Mexique, par exemple, moins de 9 % des personnes âgées peuvent se permettre une résidence de qualité (López-Ortega et Aranco, 2019). En Uruguay, la pension contributive moyenne ne couvre pas le coût d'un établissement résidentiel répondant aux normes minimales de qualité (Aranco et Sorio, 2019). Les organisations à but non lucratif ont traditionnellement opéré dans le secteur, mais avec une approche d'assistance qui les amène à prioriser l'assistance dans les cas de pauvreté, d'abandon et de violence domestique plutôt que dans les situations de dépendance aux soins. La qualité de leurs services est souvent faible.

2.2.3 Les soins familiaux, de moins en moins disponibles

Traditionnellement, et encore aujourd'hui, la plus grande partie de la responsabilité des soins de longue durée incombe aux familles et, en leur sein, aux femmes. Toutefois, divers changements démographiques et sociaux réduisent la disponibilité des soins familiaux non rémunérés et rendent cet arrangement insoutenable. La participation des femmes au marché du travail — un élément fondamental de l'égalité — a augmenté de manière soutenue. Ainsi, la proportion de femmes (de 15 ans et plus) qui travaillent ou cherchent un emploi dans la région est passée de 35 % en 1990 à 52 % en 2023. Cela signifie que de nombreuses familles ne disposent plus d'un membre dédié en permanence au travail domestique, y compris aux soins.

En même temps, les taux de fécondité diminuent de manière significative. Le nombre d'enfants par femme est passé de 2,6 en 2000 à 1,8 en 2023.¹³ Dans 16 des 26 pays de la région, les taux de fécondité sont inférieurs au seuil de remplacement de 2,1 enfants par femme.¹⁴ Cela signifie que la génération adulte actuelle — qui sera demain celle des personnes âgées ayant des besoins de soins — aura moins d'enfants potentiellement disponibles pour fournir des soins de longue durée. La tendance vers des ménages plus petits et des familles plus dispersées géographiquement aggrave encore la situation : la taille moyenne des ménages est passée de 4,3 membres en 2000 à 3,3 en 2023.¹⁵ La migration et le divorce, en plus de la baisse de la fécondité, contribuent également à cette tendance.

Aujourd'hui déjà, une proportion élevée de personnes âgées vit seule. Environ 30 % des personnes de 80 ans ou plus vivent seules en Argentine (2019), tout comme 20 % en République dominicaine (2019) et au Suriname (2018).¹⁶ Cette proportion est encore plus élevée parmi les femmes (en Argentine, par exemple, elle atteint 35 %).

13. Données de 2025 du Département des statistiques de l'Organisation internationale du Travail (OIT), consultées sur <https://ilostat.ilo.org>.


14. Données de 2023 de la Division de la population des Nations Unies (2024), consultées sur <https://population.un.org/wpp/>.

15. Données de 2024 de CEPALSTAT, consultées sur <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html>.


16. Données de 2023 de la Division de la population des Nations Unies (2022), consultées sur <https://www.un.org/development/desa/pd/household-size-and-composition>.




2.2.4 La demande de soins familiaux va doubler : un défi pour la main-d'œuvre

Près de 25 millions de personnes fournissent actuellement des soins familiaux de longue durée (voir le **chapitre 3** ). Cela équivaut à environ 5 % de la population en âge de travailler (de 14 à 64 ans) et à 18 % de la population âgée de 45 à 64 ans, qui est le groupe d'âge dans lequel, en général, les enfants doivent fournir des soins de longue durée à leurs parents. En termes de participation au marché du travail, il s'agit d'un âge critique où il est difficile de retrouver un emploi.

Selon une projection fondée sur les arrangements de soins actuels, la région aura besoin de 60,5 millions de personnes aidantes d'ici 2050, ce qui représentera 13 % de la population en âge de travailler et 32 % des personnes âgées de 45 à 64 ans.¹⁷ Cette tendance se poursuivra probablement, car les faibles taux de fécondité et les changements dans les modalités de cohabitation font augmenter la demande de soins familiaux de longue durée et réduisent le nombre potentiel d'aidantes.


Les chiffres précédents indiquent que dépendre exclusivement des membres de la famille pour soutenir les personnes âgées exercera une pression croissante sur l'offre de main-d'œuvre et pourrait devenir insoutenable à court terme. Comme l'analyse le **chapitre 3** , les aidantes tirent souvent une grande satisfaction de leurs fonctions, mais l'absence de soutien — qu'il provienne du gouvernement ou du marché — peut entraîner des charges de travail excessives. Cela peut, en fin de compte, nuire à leur bien-être économique ainsi qu'à leur santé émotionnelle et physique.

2.3 Les pays doivent investir dans les ressources humaines pour les soins de longue durée

Les personnes travaillant dans les soins jouent un rôle crucial pour répondre à la demande de soins de longue durée. Selon Villalobos Dintrans, Oliveira et Stampini (2024), la région aura besoin de 14 millions de travailleurs en 2050 pour répondre aux besoins de soins de longue durée des personnes âgées, bien au-delà de l'estimation actuelle d'environ trois millions (présentée au **chapitre 4** ). Cette main-d'œuvre doit avoir une composition multidisciplinaire incluant des aidantes rémunérées, des auxiliaires infirmiers, des infirmières, des médecins et des coordonnateurs de soins, entre autres.

17. L'estimation de 60,5 millions de personnes aidantes familiales est obtenue en multipliant le rapport actuel entre aidantes familiales et personnes âgées (25 millions contre 57 millions) par le nombre projeté de personnes âgées en 2050 (138 millions ; données de la Division de la population des Nations Unies, 2024, consultées sur <https://population.un.org/wpp/>).



Compte tenu de l'augmentation des besoins de soins et de la moindre disponibilité des soins familiaux, les gouvernements comme les marchés devront renforcer leur participation dans ce secteur. En particulier, il sera nécessaire que les gouvernements développent des systèmes de soins de longue durée qui améliorent les niveaux actuels de couverture et de qualité, en mettant l'accent sur des services permettant de vieillir au sein de la communauté et en recourant aux établissements résidentiels comme dernier recours (voir l'**encadré 2.3** )


ENCADRÉ 2.3 SERVICES DE SOINS DE LONGUE DURÉE QUI FAVORISENT LE VIEILLISSEMENT À DOMICILE

Vieillir dans son propre environnement est une préférence largement répandue : tous les pays sont donc en train de passer d'une prise en charge institutionnelle (résidences, foyers de soins) à une priorisation des services fournis à domicile ou dans la communauté.

Les centres de jour, les assistants personnels à domicile et la téléassistance sont généralement combinés pour soutenir le vieillissement à domicile et retarder l'institutionnalisation. Les centres de jour peuvent proposer différents modèles d'intervention destinés aux personnes âgées allant de la pré-fragilité à des besoins modérés de soins (Benedetti, Sancho et Hernández, 2024). Dans tous les cas, ils visent à renforcer les liens sociaux et communautaires afin de prévenir la solitude et d'éviter ou de retarder l'escalade des besoins de soins. Lorsque les besoins de soins sont plus importants, le modèle d'intervention peut passer des centres de jour à des services fournis à domicile par des assistants de soins personnels (Aranco et Ibararán, 2020 ; Lloyd-Sherlock et al., 2024 ; Jara Maleš et Chaverri-Carvajal, 2020). Dans le présent rapport, la téléassistance est comprise comme un soutien aux soins de longue durée (et non aux soins de santé) et peut être combinée avec tous les autres services afin de réduire le nombre d'heures de soins à domicile, qu'ils soient fournis par des aidantes rémunérées ou non rémunérées (Benedetti, Acuña et Fabiani, 2022). La prise en charge en établissement peut être la seule option lorsque les personnes âgées ont besoin de soins continus 24 heures sur 24 (par exemple, lorsque le déclin cognitif est associé à une incapacité physique sévère).

Bien que, dans certains pays, une seule personne aidante soit chargée de fournir l'ensemble du soutien dont une personne utilisatrice a besoin, cet arrangement n'est pas idéal ; les plans de soins devraient être mis en œuvre par des équipes dotées de compétences multidisciplinaires. Dans tous les systèmes, les gestionnaires de cas doivent jouer un rôle essentiel dans la conception des plans, le suivi de leur mise en œuvre, la coordination du travail des autres professionnels et la garantie de la satisfaction des personnes utilisatrices et de leurs familles. En fin de compte, le type de main-d'œuvre en soins de longue durée dont les pays auront besoin dépendra des services et des solutions qu'ils choisissent de prioriser.



La littérature disponible sur le coût des réformes analysées dans ce rapport est limitée. Estimer les coûts nets est complexe, car de nombreuses politiques ont des effets indirects sur les budgets, par exemple grâce à des économies dans le domaine de la santé ou à des contributions à la croissance économique (voir l'**encadré 2.4** ). En outre, les systèmes de soins de longue durée n'auront pas à être financés exclusivement par des budgets publics. Les pays devront mettre en place des modèles d'assurance sociale et de copaiements afin d'accroître la durabilité financière (Fabiani et al., 2025).

Le secteur privé sera sollicité pour élargir l'offre de services de soins de longue durée, en tirant parti des opportunités commerciales et en générant de l'emploi. Une partie de ces services sera fournie aux gouvernements comme composante des systèmes de soins de longue durée, tandis qu'une autre sera directement acquise par les familles qui peuvent se les permettre. Les gouvernements devront donc jouer un rôle central dans la définition des normes applicables à cette offre privée, dans la supervision de sa qualité et dans la garantie de l'accès.

Quelle que soit la voie choisie, investir dans les ressources humaines sera essentiel pour répondre aux besoins de soins des personnes âgées. Un investissement clé consistera à former et professionnaliser les personnes aidantes afin de garantir la qualité des services de soins de longue durée (Cafagna et al., 2019). L'investissement dans les ressources humaines ne doit pas se limiter aux aidantes rémunérées. Les familles continueront d'assumer une part importante des responsabilités de soins. Offrir un soutien aux proches (par exemple, par la formation, l'accompagnement émotionnel ou des politiques de travail flexible ou de congés) sera essentiel pour protéger leur bien-être physique et émotionnel.



ENCADRÉ 2.4 LE COÛT D'INVESTIR DANS LES RESSOURCES HUMAINES POUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE

L'augmentation de l'emploi formel et l'amélioration des conditions de travail des aidantes entraîneront une hausse des dépenses dans les systèmes de soins de longue durée, ce qui pose le défi de la durabilité financière.

Malgré l'attention croissante portée aux dépenses liées aux soins de longue durée, les données disponibles sur l'impact réel de ces dépenses restent limitées. La majorité des éléments probants existants portent sur des résultats connexes — tels que la participation au marché du travail ou la disponibilité de services de soins —, ce qui ne permet que d'inférer l'effet sur les dépenses publiques. Si offrir davantage de services, et de meilleure qualité, avec un soutien public peut nécessiter de prioriser les soins de longue durée par rapport à d'autres postes budgétaires, certaines initiatives ont démontré pouvoir contribuer à la croissance économique et aux cotisations à la sécurité sociale, compensant ainsi une partie de l'investissement public. Cela peut impliquer des coûts plus élevés à court terme, mais une moindre rotation du personnel et de meilleurs résultats de prise en charge à long terme.

Par exemple, des données récentes sur les congés pour soins montrent qu'ils ont un effet positif à la fois sur l'offre de soins et sur la participation au marché du travail, car ils facilitent la conciliation entre responsabilités de soins et emploi. Saad-Lessler (2020) a constaté que le congé familial payé en Californie avait accru l'offre de soins parmi les femmes actives et les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé. Cette politique a également renforcé l'offre de travail en limitant les réductions d'heures travaillées ou les sorties de l'emploi (Anand et al., 2022 ; Coile, Rossin-Slater et al., 2022 ; Kim, 2020). Concrètement, dans les États de Californie, du New Jersey et de New York, l'accès au congé familial rémunéré a entraîné une diminution de sept points de pourcentage du nombre de femmes quittant leur emploi pour prendre soin de leur conjoint. Les données relatives aux congés non rémunérés en Corée du Sud montrent que la possibilité pour les aidantes informelles de prendre un congé non rémunéré allant jusqu'à 90 jours, avec protection du poste, a permis de maintenir celles-ci dans la population active face à de nouvelles demandes de soins. Cela a particulièrement bénéficié aux femmes, qui assument traditionnellement les principaux rôles de soins.

Dans la main-d'œuvre formelle des soins de longue durée, l'amélioration des conditions de travail peut réduire la rotation du personnel, qui est coûteuse. Une étude a montré que, pour un établissement moyen aux États-Unis, l'économie marginale associée à une baisse de dix points de pourcentage du taux de rotation équivalait à 3 % des coûts annuels totaux (Mukamel et al., 2009). L'expérience de la Nouvelle-Zélande illustre que l'amélioration des conditions de travail au moyen d'augmentations salariales peut faciliter le recrutement et la rétention, bien que ces mesures doivent s'accompagner d'enveloppes budgétaires adé-



quates. Sans cet ajustement budgétaire, les résultats peuvent inclure une réduction des heures, une augmentation des charges et des fonctions et, parfois, une diminution de la qualité des soins (Ravenswood et Douglas, 2022).

Compte tenu du potentiel des avancées technologiques, ainsi que des changements dans les modalités de travail, on peut également supposer qu'à l'avenir il sera possible de mobiliser moins de travailleurs pour prendre en charge le même nombre de personnes âgées. Les Pays-Bas ont élaboré des projections en ce sens (ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport des Pays-Bas, 2018).

Plusieurs études montrent également l'impact positif de la formation sur l'efficacité et, en fin de compte, sur les coûts. Par exemple, le programme pilote Enhanced Home Care en Californie a montré que la formation supplémentaire des assistants de soins personnels en gestion de la médication, santé mentale et nutrition s'est traduite par des taux plus faibles de non-observance thérapeutique et par des améliorations de la santé (OCDE, 2020). D'autres données provenant de l'Australie confirment que les travailleuses et travailleurs des soins, lorsqu'ils sont correctement formés et supervisés, peuvent aider les infirmières dans la gestion des médicaments dans les services de soins à domicile, en particulier pour les personnes présentant un faible risque d'événements indésirables liés aux médicaments (Lee et al., 2015).

Dans l'ensemble, les données sur l'impact des congés (rémunérés et non rémunérés) dans la réduction des effets négatifs des responsabilités de soins restent limitées. Il serait donc utile de disposer de davantage d'informations et de recherches pour mieux estimer cet impact dans des contextes nationaux spécifiques.




3 L'importance des aidantes familiales





Les familles jouent un rôle essentiel dans les soins apportés aux personnes âgées. En Amérique latine et dans les Caraïbes, environ 80 % des personnes âgées qui ont besoin d'aide pour les activités quotidiennes la reçoivent d'une personne aidante non rémunérée. Cette proportion varie entre 76,4 % en Uruguay et 98,6 % au Mexique (Aranco et al., 2022). Étant donné que la majorité des soins non rémunérés est fournie par des membres de la famille, le présent rapport utilise de manière interchangeable les termes « aidantes familiales » et « aidantes non rémunérées ».¹⁸


Les soins non rémunérés prédominent dans tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu ou la disponibilité de services publics et privés de soins. À titre de comparaison, les soins non rémunérés prédominent également dans les pays de l'OCDE, bien que leur proportion y soit inférieure de 20 points de pourcentage par rapport à l'Amérique latine et aux Caraïbes : en moyenne, 60 % des personnes âgées dépendantes de soins dans ces pays s'appuient sur des aidantes non rémunérées de longue durée (Llena-Nozal, Rocard et Sillitti, 2022). Alors que le temps consacré aux soins indirects non rémunérés (comme le ménage ou la préparation des repas) tend à diminuer à mesure que le revenu des pays augmente, il n'en va pas de même pour les soins directs non rémunérés, qui impliquent une assistance pour des activités liées aux soins personnels (Folbre et Yoon, 2008 ; Grantham, Dowie et Haan, 2021). Cela s'explique principalement par les rôles culturels attribués au sein des familles, et aux femmes en particulier, dans la prise en charge de leurs membres (Watkins et Overton, 2024).


Ce chapitre analyse les soins non rémunérés ou familiaux prodigués aux personnes âgées en Amérique latine et dans les Caraïbes : nombre de personnes qui fournissent des soins non rémunérés aux personnes âgées, caractéristiques démographiques et socioéconomiques de celles-ci, temps consacré aux tâches de soins non rémunérés (y compris les différences entre les hommes et les femmes) et conséquences possibles pour les aidantes non rémunérées lorsqu'elles ne reçoivent pas le soutien dont elles ont besoin. Les sources de données de ce chapitre sont présentées dans l'**encadré 3.1** .

18. Voir la **note éditoriale**  au début du document.




ENCADRÉ 3.1 DONNÉES DISPONIBLES ET PRINCIPAUX DÉFIS DANS L'ANALYSE DES AIDANTES NON RÉMUNÉRÉES

Les enquêtes sur l'emploi du temps constituent une source essentielle de données sur les soins non rémunérés prodigués aux personnes âgées, car elles fournissent des informations détaillées sur les caractéristiques des aidantes et sur les tâches qu'elles accomplissent : les personnes enquêtées sont interrogées sur le temps qu'elles consacrent à des activités spécifiques au cours d'un jour ou d'une semaine donnée. Une grande partie des résultats présentés dans ce chapitre repose sur les enquêtes les plus récentes sur l'emploi du temps de neuf pays (Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Mexique, Paraguay et Uruguay), qui représentent environ 70 % de la population de la région.¹ L'**Annexe A**  présente des informations sur les enquêtes utilisées, les questions considérées et les décisions méthodologiques qui sous-tendent les résultats de ce chapitre.

Comparer les données provenant de différentes enquêtes sur l'emploi du temps peut s'avérer complexe. Dans certains cas, il n'est pas possible de distinguer les soins prodigués aux personnes âgées de ceux fournis à des personnes plus jeunes en situation de handicap. Les enquêtes diffèrent quant à l'inclusion ou non des soins apportés à des personnes hors du foyer, aux tâches de soins prises en compte, à la période de référence et à l'âge de la population interrogée. L'**Annexe B**  expose ces limites de manière plus détaillée.


Ce chapitre utilise également les données d'une enquête de la BID auprès de personnes aidantes, qui couvre l'ensemble de la région, y compris de nombreux pays ne disposant pas d'enquêtes sur l'emploi du temps. Celle-ci fournit en outre des informations sur le bien-être émotionnel, le bien-être physique et la formation, qui ne sont pas recueillies dans les enquêtes sur l'emploi du temps. Cette enquête de la BID a collecté des données auprès de 48 016 aidantes non rémunérées auprès de personnes âgées dans 26 pays de la région. L'**Annexe B** présente des informations de base sur l'enquête, les questions utilisées et les décisions méthodologiques qui sous-tendent les résultats de ce chapitre.

Il est important de reconnaître que l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes n'a pas été conçue pour être représentative de la population des aidantes non rémunérées et/ou rémunérées auprès de personnes âgées en Amérique latine et dans les Caraïbes. Comme l'exposent Fabiani et al. (2024), l'enquête a été diffusée via des plateformes de réseaux sociaux et était auto-administrée, ce qui peut avoir entraîné, par exemple, une sous-représentation des aidantes plus âgées ou vivant dans des zones plus éloignées. L'**Annexe C**  aborde la validité et les limites de cette source de données, compare les statistiques descriptives de l'enquête de la BID avec les chiffres provenant d'enquêtes nationales représentatives sur l'emploi du temps, la force de travail et les ménages, et discute des possibles explications des écarts observés. Elle souligne également que le maintien de la stabilité des résultats et des tendances à mesure que le nombre d'observations augmentait (des 27 000 utilisées dans Fabiani et al., 2024, aux 64 592 analysées dans le présent rapport) renforce la crédibilité de l'analyse.

1. Données pour 2023 de la Division de la population des Nations Unies (2024), consultées sur <https://population.un.org/wpp/>.



3.1 Combien d'aidantes familiales de personnes âgées y a-t-il dans la région ?

En Amérique latine et dans les Caraïbes, 25 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus fournissent des soins non rémunérés à des personnes âgées (**tableau 3.1** )¹⁹, ce qui correspond à 4 % de la population de cette tranche d'âge. En d'autres termes, il y a une aidante familiale pour deux personnes âgées dans la région. Ce ratio varie considérablement entre les pays disposant d'enquêtes sur l'emploi du temps : il va d'un minimum d'une personne aidante pour 13 personnes âgées en Colombie à environ une aidante pour une personne âgée au Salvador. Parmi ces 25 millions d'aidantes dans la région, environ 60 % (14,7 millions) s'occupent d'une personne âgée vivant dans leur propre foyer, et 40 % (10,3 millions) s'occupent d'une personne âgée vivant hors du foyer.

De nombreux facteurs peuvent expliquer pourquoi la prévalence des soins non rémunérés varie d'un pays à l'autre. L'un d'eux est la disponibilité d'un réseau familial proche, qui dépend non seulement de la taille et de la composition des familles, mais aussi des valeurs culturelles concernant le rôle des femmes et des enfants. Un autre facteur est la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services publics ou privés de soins de longue durée, qui influent sur la possibilité de répondre aux besoins de soins en dehors du cadre familial, réduisant ainsi la nécessité de recourir à des aidantes non rémunérées. Enfin, la qualité des données pourrait également expliquer les fortes différences entre pays. La qualité des informations recueillies dans les enquêtes sur l'emploi du temps est hétérogène, en partie parce que ces enquêtes ne sont pas spécifiquement conçues pour mesurer les soins apportés aux personnes âgées.

19. Ce chiffre est sous-estimé, car les enquêtes sur l'emploi du temps ne permettent pas d'identifier les aidantes de personnes âgées en situation de handicap (voir l'annexe A). Le seuil est fixé à 14 ans parce qu'il s'agit de l'âge minimum légal pour travailler dans de nombreux pays de la région (comme le Brésil, El Salvador et le Paraguay).

**TABLEAU 3.1 NOMBRE DE PERSONNES AIDANTES NON RÉMUNÉRÉES
PAR PAYS, DERNIÈRE ANNÉE DISPONIBLE**

PAYS	DANS LE FOYER (EN MILLIERS)	HORS DU FOYER (EN MILLIERS)	TOTAL (EN MILLIERS)
Argentine	226	972*	1.198
Brésil	5.308	3.879*	9.187
Chili	568	427	995
Colombie	283	35	318
Costa Rica	163	51	214
El Salvador	400	89*	488
Mexique	4.514	2.564	7.078
Paraguay	125	64*	189
Uruguay	69	36	104
Autres pays	3.079*	2.144*	5.223
Amérique latine et Caraïbes (total)	14.735	10.260	24.995

Source : Élaboration propre à partir des enquêtes sur l'emploi du temps de l'Argentine (2021), du Chili (2023), de la Colombie (2020), du Costa Rica (2022), d'El Salvador (2022), du Mexique (2019), du Paraguay (2016) et de l'Uruguay (2021) ; données de l'Enquête de l'Institut de recherche économique appliquée (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada — IPEA) au Brésil (2022) ; et données de la Division de la population des Nations Unies (2024).

Note : * Pour chaque groupe (au sein du foyer ; hors du foyer), le nombre de personnes aidantes est estimé à partir du ratio d'aidantes non rémunérées par personne âgée dans les pays disposant de données. Voir l'**annexe A** pour plus de détails.

3.2 La majorité des personnes aidantes non rémunérées sont des femmes sans formation

3.2.1 La majorité des personnes aidantes sont des femmes d'âge moyen

Les femmes représentent environ 60 % des aidantes non rémunérées auprès de personnes âgées. La proportion la plus élevée est observée en Colombie, avec 76 %, suivie du Paraguay, avec 66 % (voir le **tableau 3.2**). La dimension de genre des soins — et du travail non rémunéré en général — est largement documentée dans la littérature (Hanna et al., 2023 ; Alonso et al., 2019), et elle est profondément ancrée dans des stéréotypes traditionnels selon lesquels les femmes disposeraient d'un avantage « naturel » par rapport aux hommes pour assumer les tâches de soins et les travaux domestiques (Watkins et Overton, 2024).



Les aidantes non rémunérées ont en moyenne 48 ans. Elles sont plus jeunes au Mexique, avec un âge moyen de 45 ans, et plus âgées en Colombie, où elles ont en moyenne 55 ans (tableau 3.2). Elles sont nettement plus âgées que celles qui s'occupent d'enfants (35 ans en moyenne) et de personnes en situation de handicap (38 ans).²⁰ Cela reflète le fait que la responsabilité de s'occuper des personnes âgées apparaît généralement plus tard dans la vie, lorsque les parents et les conjoints vieillissent. Un cinquième des aidantes sont elles-mêmes des personnes âgées (contre 3 % parmi celles qui s'occupent d'enfants).²¹ Cela est préoccupant, compte tenu des conséquences négatives des soins non rémunérés sur la santé des aidantes (voir la [section 3.5](#) 📍)

TABLEAU 3.2 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES AIDANTES NON RÉMUNÉRÉES AUPRÈS DE PERSONNES ÂGÉES

PAYS	FEMMES (%)	ÂGE MOYEN (ANNÉES)	NIVEAU D'ÉTUDES		ETHNICITÉ	
			PRIMAIRE (% AVEC NIVEAU TERMINÉ)	SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR (% AVEC NIVEAU TERMINÉ)	AUTOCHTONES (%)	AFRODESCENDANTS (%)
Argentine	58	52	39	53		
Brésil	62	50	14	50	0,3	10
Chili	62	53	23	71		-
Colombie	76	55	19	59	1	5
Costa Rica	60	51	39	49	-	-
El Salvador	56	46	-	-	-	-
Mexique	57	45	46	39	41	-
Paraguay	66	49	27	50	-	-
Uruguay	62	[45-49]	42	47	1	7
Moyenne	59	48	31	46	23	4

Source : Voir le [tableau 3.1](#) 📍.

Note : En Uruguay, les données d'âge sont présentées par intervalles de 5 ans. La moyenne est pondérée par le nombre d'aidantes non rémunérées dans chaque pays ; les cases vides indiquent l'absence de données disponibles.

20. Toutes les différences mentionnées dans le rapport sont statistiquement significatives sur la base des données disponibles.

21. En contraste, les personnes de moins de 18 ans ne représentent que 6 % des aidantes de personnes âgées.



3.2.2 La majorité des aidantes ne dispose pas de formation liée aux soins

Moins de la moitié (46 %) des aidantes non rémunérées ont terminé leurs études secondaires, tandis que 31 % n'ont achevé que l'enseignement primaire (voir le tableau 3.2) ; les 23 % restants n'ont pas terminé le primaire. Ces niveaux d'instruction sont similaires à ceux de la population générale et à ceux des personnes qui s'occupent d'enfants.



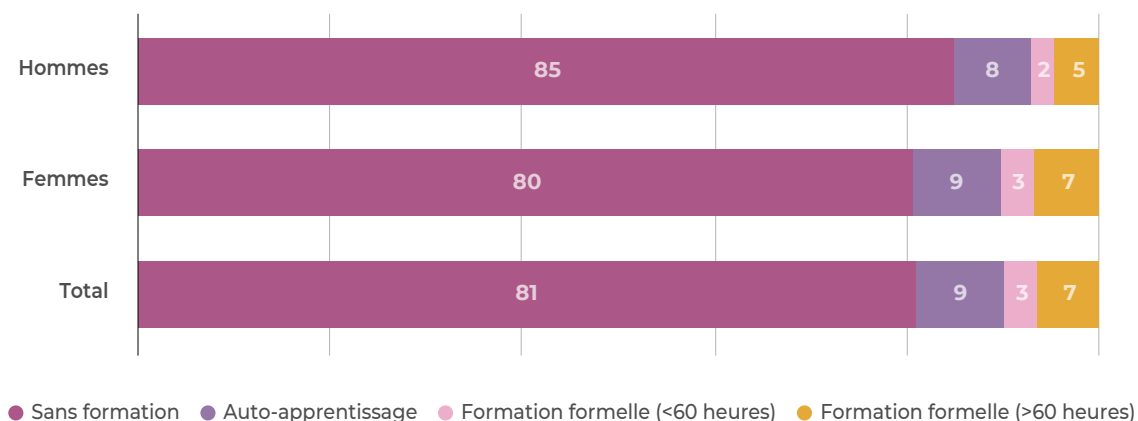
Les aidantes non rémunérées disposent de très peu de formation spécifique en matière de soins. Moins de 20 % déclarent avoir reçu une formation, et seules 7 % ont suivi un cours de plus de 60 heures (**figure 3.1** ). La majorité des formations acquises l'ont été par auto-apprentissage. Ces résultats posent un défi, car la formation des personnes aidantes est associée à une meilleure qualité des soins et à une meilleure santé des aidantes elles-mêmes (Fabiani et al., 2024). Comme le montre la **section 3.5** , les aidantes formées déclarent des niveaux de stress et de dépression plus faibles que celles qui ne le sont pas.

FIGURE 3.1 POURCENTAGE DE PERSONNES AIDANTES NON RÉMUNÉRÉES SELON LEUR NIVEAU DE FORMATION PAR SEXE



Source : Élaboration propre à partir des données de l'enquête de la BID auprès de personnes aidantes.

3.3 Les hommes et les femmes soutiennent les personnes âgées de manière différente

En moyenne, les aidantes et aidants non rémunérés de la région consacrent 7,5 heures par semaine aux soins apportés aux personnes âgées. Ce chiffre varie considérablement selon les pays, allant d'un maximum de 19 heures par semaine en Argentine à un minimum de 5 heures au Costa Rica (voir la **figure 3.2** ↗).

Il est intéressant de noter que les personnes qui s'occupent de personnes âgées vivant hors de leur foyer consacrent davantage de temps aux activités de soins que celles qui s'occupent de personnes âgées vivant au sein du foyer (8,9 heures hebdomadaires contre 6,6 heures, en moyenne).

Comme indiqué dans la **section 3.1** ↗, la variation du nombre total d'heures consacrées aux soins peut s'expliquer par le nombre et le type d'activités de soins inclus dans chaque enquête, ainsi que par le degré de précision dans l'identification des personnes âgées comme bénéficiaires de soins (voir l'**annexe A** ↗ pour plus de détails). De plus, les personnes enquêtées peuvent déclarer une partie de leur travail de soins comme du travail domestique, car il est parfois difficile de distinguer clairement les deux.

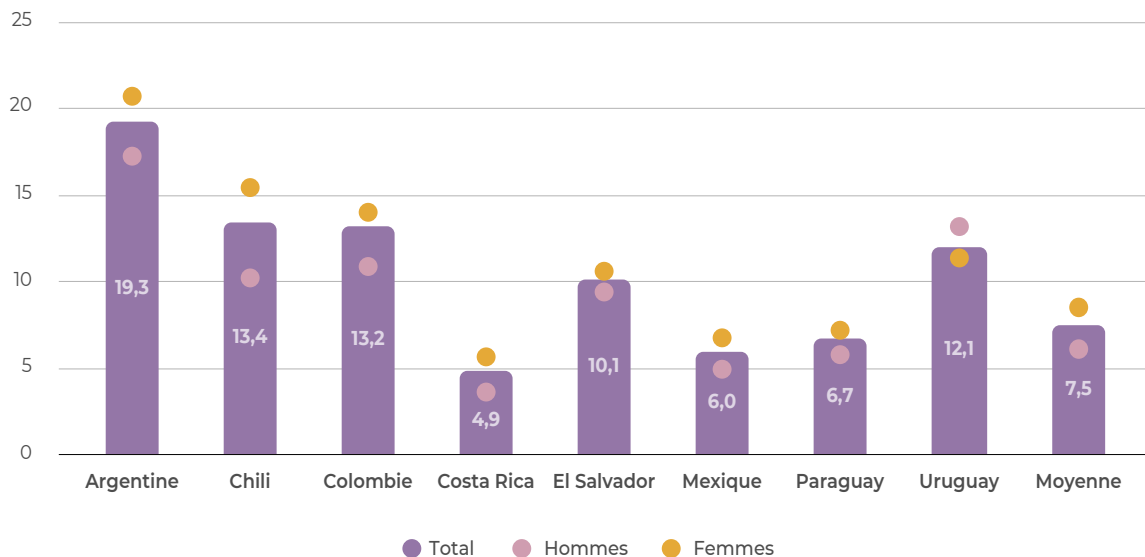
3.3.1 Les femmes consacrent plus d'heures aux soins et apportent davantage d'aide pour les activités de base

Les femmes fournissent 71 % du total des heures de soins aux personnes âgées dans les neuf pays disposant d'enquêtes sur l'emploi du temps. Cela s'explique par le fait que les femmes sont plus susceptibles d'assumer le rôle d'aidante et, lorsqu'elles le font, elles consacrent davantage de temps aux soins que les hommes.

Les aidantes consacrent en moyenne 8,5 heures par semaine aux soins des personnes âgées, soit 2,4 heures de plus que leurs homologues masculins, qui y consacrent en moyenne 6,1 heures (**figure 3.2** ↗). L'Uruguay est le seul pays où les hommes aidants passent plus de temps à s'occuper des personnes âgées que les femmes. Ces résultats concordent avec les conclusions d'Amarante et Rossel (2018), qui analysent des indicateurs mesurant les attitudes de la population envers les rôles des femmes en Colombie, au Mexique, au Pérou et en Uruguay, et soutiennent que l'Uruguay est le pays le plus égalitaire.



**FIGURE 3.2 TEMPS QUE LES PERSONNES AIDANTES
CONSACRENT AUX SOINS DES PERSONNES ÂGÉES**
HEURES HEBDOMADAIRES, PAR SEXE ET PAR PAYS



Source : Voir le [tableau 3.1](#).

Note : La moyenne est pondérée par le nombre de personnes aidantes non rémunérées dans chaque pays.

En plus de consacrer davantage d'heures aux soins, les femmes assument les tâches les moins flexibles et les plus exigeantes.²² Elles consacrent systématiquement plus de temps à accompagner les personnes âgées dans les activités de base, qui sont plus physiquement exigeantes et moins flexibles en termes d'horaires, comme l'alimentation, l'habillement ou le bain. Les hommes, en revanche, se concentrent davantage sur les activités instrumentales, comme tenir compagnie ou effectuer des courses (voir le [tableau 3.3](#)). Cela se vérifie dans tous les pays. En moyenne, les hommes et les femmes consacrent un temps similaire aux tâches liées à la santé, bien que ce résultat varie selon le pays. Cette analyse révèle une autre dimension importante du genre dans les soins non rémunérés de longue durée : les activités prises en charge majoritairement par les femmes nécessitent un accompagnement quotidien, souvent plusieurs fois par jour, et sont donc plus difficiles à concilier avec un emploi rémunéré.

22. Les informations relatives au temps consacré par type d'activité ne sont disponibles que pour les personnes aidantes qui fournissent des soins de longue durée au sein de leur ménage.



**TABLEAU 3.3 TEMPS CONSACRÉ AUX SOINS NON RÉMUNÉRÉS
DES PERSONNES ÂGÉES, PAR TYPE D'ACTIVITÉ**
HEURES HEBDOMADAIRES, PAR SEXE ET PAR PAYS

		AVQ	AIVQ	SANTÉ	PERSONNELLES	DÉPLACEMENT	TOTAL
Argentine	Hommes			3,3	13,8	0,1	17,3
	Femmes			3,8	16,0	1,0	20,7
Chili	Hommes	3,2	2,1	2,3			7,2
	Femmes	10,2	1,3	2,9			10,0
Colombie	Hommes	4,3		4,5			8,8
	Femmes	6,7		6,0			12,6
Costa Rica	Hommes	1,1	1,6	0,8			3,5
	Femmes	3,3	1,7	1,0			5,9
El Salvador	Hommes	0,0	8,4	1,2			9,6
	Femmes	0,1	9,4	1,2			10,6
Mexique	Hommes	2,2	0,9	0,9			4,0
	Femmes	4,5	0,5	0,8			5,8
Paraguay	Hommes	0,7	0,7	4,5			5,9
	Femmes	2,8	0,5	3,9			6,7
Uruguay	Hommes	2,0	15,0	1,1			18,1
	Femmes	5,1	8,0	2,7			15,8
Moyenne	Hommes	2,1	1,7	1,3			5,4
	Femmes	4,9	1,3	1,5			7,6

Source : Voir le [tableau 3.1](#).

Notes : Tous les types d'activités ne sont pas inclus dans toutes les enquêtes (voir l'[annexe A](#) pour plus de détails). Pour la définition des AVQ et des AIVQ, voir l'[encadré 2.1](#). « Santé » renvoie aux activités qui soutiennent la santé de la personne aidée ; « activités personnelles » désigne les activités de soins personnels, y compris les activités de base et instrumentales ; « déplacement » inclut le temps consacré au transport des personnes âgées. Le Brésil a été exclu car son enquête ne permet pas de mesurer le nombre d'heures consacrées aux soins des personnes âgées. La moyenne est pondérée par le nombre de personnes aidantes non rémunérées dans chaque pays.

Les personnes aidantes qui cohabitent avec la personne dont elles s'occupent — en particulier les femmes — consacrent également plusieurs heures par semaine à des « soins passifs », c'est-à-dire qu'elles restent disponibles même lorsqu'elles n'effectuent pas de tâche spécifique. Au Mexique, les aidantes consacrent en moyenne 20 heures hebdomadaires aux soins passifs (avec un écart de trois heures entre aidantes et aidants hommes), des chiffres qui ne figurent pas dans le tableau 3.3, car peu d'enquêtes sur l'emploi du temps recueillent des informations sur les soins passifs. En omettant cet aspect, le volume total de soins non rémunérés est sous-estimé et l'analyse de l'écart entre les femmes et les hommes peut en être biaisée.

3.3.2 Les niveaux d'études plus élevés n'impliquent pas nécessairement moins de temps consacré aux soins des personnes âgées

L'effet du niveau d'instruction sur le temps non rémunéré consacré aux personnes âgées ne semble pas suivre de tendance claire. En moyenne, les personnes ayant un niveau d'études secondaire ou supérieur consacrent autant d'heures par semaine aux soins non rémunérés que celles ayant des niveaux d'instruction plus faibles.

Ces résultats varient selon le pays : au Costa Rica, au Mexique et au Paraguay, des niveaux d'études plus élevés s'associent à un nombre d'heures de soin hebdomadaires plus faible, tandis qu'en Uruguay et en Colombie, l'effet est inverse. En Argentine et au Chili, les deux groupes de personnes aidantes consacrent pratiquement le même temps à soutenir les personnes âgées (aucune donnée n'est disponible pour le Brésil et le Salvador). Ce constat converge avec les conclusions de Ferrant et Thim (2019), qui analysent des données du Bangladesh, de l'Éthiopie, du Pérou et de l'Afrique du Sud et montrent qu'un niveau d'études plus élevé ne se traduit pas par moins de temps consacré au travail non rémunéré.

3.4 Qui fait l'objet des soins ?

Dans la plupart des cas, les aidantes non rémunérées s'occupent de leur mère (59 %) ou de leur père (22 %). Dans 13 % des situations, elles apportent une aide à leur conjoint. Environ 30 % soutiennent d'autres proches ou connaissances — beaux-parents, frères et sœurs, voisins, entre autres.²³ Les personnes recevant des soins non rémunérés ont en moyenne 81 ans et sont majoritairement des femmes (71 %). Elles présentent fréquemment des maladies chroniques et des incapacités physiques (plus de 40 % dans chaque cas). Par ailleurs, 28 % vivent avec une forme de démence, une proportion qui atteint 35 % au Brésil et près de 40 % au Chili. Les aidantes de personnes atteintes de démence sont plus susceptibles d'éprouver une surcharge physique et mentale et nécessitent des soutiens spécifiques (voir la [section 3.5](#)).

Les données des enquêtes sur l'emploi du temps montrent qu'environ un quart (26 %) des personnes qui s'occupent de personnes âgées prennent également en charge des enfants, que ce soit au sein de leur propre ménage ou dans d'autres. Celles qui s'occupent à la fois d'enfants et de personnes âgées sont connues sous le nom de personnes aidantes de la génération « sandwich » ou « pivot » (Burke et Calvano, 2017). Avec l'allongement de l'espérance de vie et

23. Le total dépasse 100 %, car certaines personnes s'occupent de plus d'une personne.



le report de la maternité ou de la paternité, le nombre d'aidantes de la génération sandwich augmentera, de même que le défi consistant à concilier de multiples responsabilités de soins, le travail et d'autres exigences de la vie.

3.5 Les conséquences des soins non rémunérés

S'occuper d'un membre de la famille ou d'un ami — par devoir, par affection, ou pour les deux raisons — peut être très gratifiant. En même temps, les aidantes assument des coûts importants en termes de temps, ainsi que de bien-être physique et émotionnel (Watkins et Overton, 2024). De nombreuses études à travers le monde montrent que les soins non rémunérés ont au moins deux conséquences : (i) les aidantes non rémunérées ont une probabilité plus faible d'occuper un emploi rémunéré ou, lorsqu'elles en ont un, il s'agit souvent d'emplois de moindre qualité ; et (ii) elles tendent à présenter une moins bonne santé émotionnelle et physique (Watkins et Overton, 2024 ; Brimblecombe et al., 2018). La gravité de ces effets dépend des caractéristiques de la personne aidante, du type et de l'intensité des soins fournis, de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services professionnels de santé, ainsi que des caractéristiques du marché du travail, qui peuvent faciliter ou entraver la conciliation entre emploi rémunéré et soins non rémunérés (Spann et al., 2020 ; Lightman et Link, 2021 ; Brimblecombe et Cartagena, 2022).

3.5.1 Les aidantes non rémunérées ont moins de probabilité de participer au marché du travail

Disposant de moins de temps, les aidantes non rémunérées ont une probabilité plus faible d'occuper un emploi. Lorsqu'elles parviennent à intégrer le marché du travail, il est plus fréquent qu'il s'agisse d'emplois à temps partiel ou d'activités en tant que travailleuses indépendantes, avec des niveaux plus faibles de cotisations à la sécurité sociale et une tendance à prendre leur retraite plus tôt (Watkins et Overton, 2024 ; Charmes, 2019).

L'étude révèle que 51 % des aidantes non rémunérées auprès de personnes âgées occupent un emploi, contre 60 % parmi celles qui n'assument pas de responsabilités de soins envers des personnes âgées (dans les deux cas, uniquement parmi les personnes de 18 ans ou plus). Ce résultat peut s'expliquer en partie par le fait que les aidantes sont, en moyenne, plus âgées que la population adulte en général (49 ans contre 43), ce qui réduit la probabilité qu'elles soient en âge d'activité. Pour neutraliser cet effet, l'analyse a été répétée en ne considérant que les personnes âgées de 30 à 59 ans, qui ont vraisemblablement déjà terminé leurs études et ne sont pas encore proches de l'âge de la retraite. Dans ce cas, le fait de fournir des soins à des personnes âgées reste,




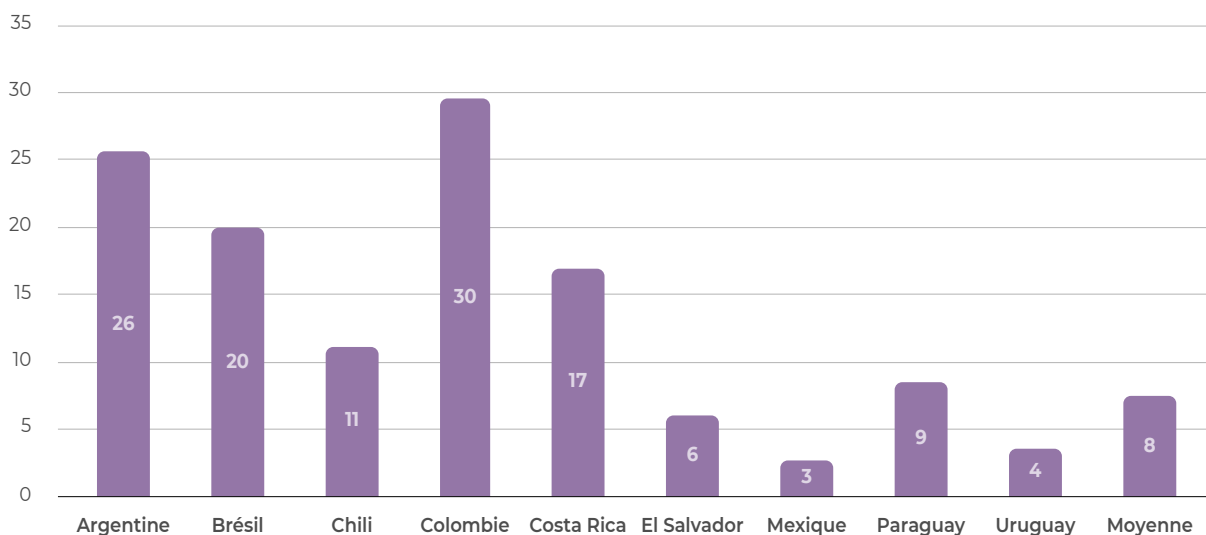
en moyenne, associé à une réduction de huit points de pourcentage de la probabilité d'avoir un emploi. L'écart est plus important en Colombie (30 points de pourcentage), en Argentine (26 points de pourcentage) et au Brésil (20 points de pourcentage) (voir la **figure 3.3** ).²⁴

FIGURE 3.3 DIFFÉRENCE DANS LE TAUX D'EMPLOI SELON LES RESPONSABILITÉS DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES
ÉCART, EN POINTS DE POURCENTAGE, ENTRE LE TAUX D'EMPLOI DES NON-AIDANTES ET CELUI DES AIDANTES ÂGÉES DE 30 À 59 ANS, PAR PAYS



Source : Voir le **tableau 3.1** .

Note : La moyenne est pondérée par le nombre d'aidantes non rémunérées dans chaque pays.

Les responsabilités de soins creusent des écarts entre femmes et hommes sur le marché du travail

La répartition inégale des responsabilités de soins entre femmes et hommes constitue un facteur clé qui contribue aux écarts de participation au marché du travail et de revenus entre ces deux groupes. Bien que la majorité des travaux portent sur les soins aux enfants — et sur ce que l'on appelle la « pénalité de maternité » — les études consacrées aux soins aux personnes âgées montrent des résultats similaires.

²⁴. Une analyse préliminaire a été réalisée pour ce rapport afin d'évaluer si l'écart de participation au marché du travail entre aidantes et non-aidantes est lié aux niveaux généraux d'emploi des pays. Les enquêtes sur l'emploi du temps et les données de l'Organisation internationale du Travail concernant les taux d'emploi de la population âgée de 15 à 65 ans n'ont révélé aucun schéma clair.



Environ 25 % des femmes dans 22 pays de la région travaillaient à temps partiel en 2019, contre seulement 11 % des hommes (Araujo et al., 2024). Dans une analyse portant sur le Chili, la Colombie, le Costa Rica et le Mexique, Stampini et al. (2020) montrent que les femmes qui prennent soin de leurs parents ont une probabilité plus faible de participer au marché du travail. Au Mexique, avoir un père ou une mère ayant des besoins de soins réduit la probabilité d'emploi des femmes (mais pas celle des hommes) et, parmi les femmes qui restent en emploi, réduit le nombre d'heures travaillées (Stampini et al., 2022). De manière similaire, Brito et Contreras (2024) constatent que les filles de parents ayant des problèmes de santé au Chili ont des niveaux d'emploi et de revenus plus faibles, alors que les fils ne sont pas affectés — ce qui élargit l'écart de revenus entre femmes et hommes. Dans la même ligne, Lightman et Link (2021), qui étudient 25 pays (dont le Brésil, le Chili, la Colombie, le Mexique, le Paraguay, le Pérou et l'Uruguay), observent que, dans les ménages comptant des personnes âgées, la part du revenu du ménage attribuable aux femmes diminue de 22 %. Ce phénomène se vérifie dans tous les pays à l'exception du Pérou, où la part reste stable, et du Paraguay, où elle augmente légèrement.

Les données de l'Enquête du Système national de soins du Mexique (2022) indiquent que 68,4 % des femmes qui ne travaillent pas, mais souhaiteraient le faire, déclarent en être empêchées faute d'options de prise en charge. Les enquêtes sur l'emploi du temps fournissent une preuve cohérente avec ces résultats. Parmi les femmes qui ne travaillent pas — 31 % en Colombie et 43 % en Uruguay — les responsabilités familiales sont mentionnées comme la principale raison de ne pas avoir d'emploi. Chez les hommes, ces pourcentages sont de 1 % et 4 %, respectivement. À partir des données de l'Étude longitudinale brésilienne sur le vieillissement, Giacomini et al. (2019) constatent que 26 % des personnes qui s'occupent de personnes âgées ont cessé de travailler ou d'étudier en raison de leurs responsabilités de soins, avec un écart de genre notable : 30 % chez les femmes et 14,5 % chez les hommes.



Les responsabilités de soins réduisent les heures de travail rémunéré, en particulier chez les personnes ayant un niveau d'instruction plus faible

Parmi celles et ceux qui restent en emploi, la prise en charge de personnes âgées réduit le nombre d'heures de travail rémunéré effectuées. Les personnes qui s'occupent de personnes âgées et qui ont un emploi rémunéré travaillent, en moyenne, deux heures de moins par semaine que les travailleuses et travailleurs sans responsabilités de soins. Ce résultat s'explique entièrement par l'écart entre les heures payées des femmes aidantes et celles des femmes non-aidantes : ces dernières travaillent en moyenne trois heures de plus par semaine. Les soins aux personnes âgées ne semblent pas affecter le nombre d'heures travaillées par les hommes. Cet effet est constant selon le sexe dans tous les pays, sauf en Argentine et en Uruguay, où les femmes aidantes déclarent travailler davantage d'heures rémunérées que les femmes non-aidantes (voir le [tableau 3.4](#)).

TABLEAU 3.4 DIFFÉRENCE DE TEMPS CONSACRÉ AU TRAVAIL RÉMUNÉRÉ ENTRE AIDANTS ET NON-AIDANTS, HOMMES ET FEMMES
HEURES PAR SEMAINE PARMIS LES PERSONNES ÂGÉES DE 30 À 59 ANS AYANT UN EMPLOI

	HOMMES			FEMMES			TOTAL		
	NON-AIDANT	AIDANT	ÉCART	NON-AIDANT	AIDANT	ÉCART	NON-AIDANT	AIDANT	ÉCART
Argentine	46	44	1	37	41	-4	42	43	-1
Brésil	42	40	2	38	36	1	40	38	2
Chili	45	43	2	38	36	2	42	39	3
Colombie	49	47	1	43	40	3	46	42	4
Costa Rica	56	52	4	44	40	4	51	46	6
El Salvador	56	49	8	48	42	5	53	46	7
Mexique	51	50	1	40	36	4	46	42	4
Paraguay	46	36	10	37	34	2	42	35	7
Uruguay	43	41	2	36	37	-2	40	39	1
Moyenne	46	46	0	39	36	3	43	41	2

Source : Voir le [tableau 3.1](#) .

Note : La moyenne est pondérée par le nombre d'aidantes non rémunérées dans chaque pays.



En moyenne, les soins ont un effet négatif plus marqué sur les heures rémunérées parmi les personnes n'ayant pas achevé leurs études secondaires que parmi celles qui ont terminé le secondaire ou possèdent un niveau d'instruction plus élevé. Ce constat est cohérent avec les travaux existants qui montrent que la pauvreté de revenu et la pauvreté de temps coexistent et se renforcent mutuellement.²⁵

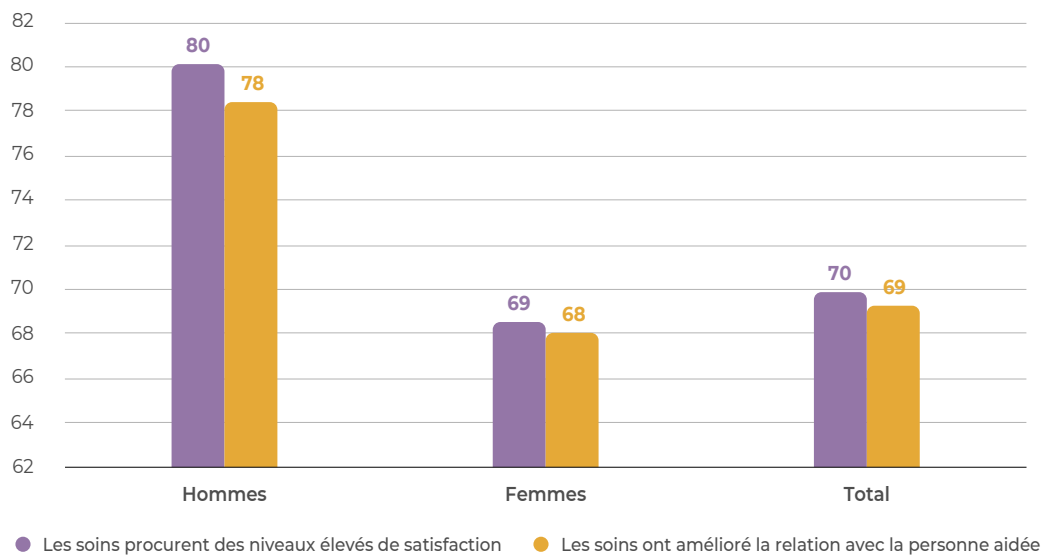
3.5.2 Les soins peuvent générer de la satisfaction, mais ils mettent aussi à l'épreuve le bien-être émotionnel et physique des aidantes

Le plus souvent, le fait de prodiguer des soins est une source de satisfaction. Près de 70 % des personnes ayant participé à l'enquête de la BID auprès d'aidantes et d'aidants (voir l'**encadré 3.1**) ont déclaré que le fait de s'occuper d'un proche leur procure un niveau élevé de satisfaction, et une proportion similaire a affirmé que leur relation avec la personne aidée s'était améliorée. Ces pourcentages sont encore plus élevés parmi les aidants hommes (**figure 3.4**), ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils assument plus souvent les tâches de soins de leur propre initiative et non par obligation : 61 % des aidants non rémunérés ont indiqué avoir pris cette responsabilité par choix, contre 53 % des femmes.

25. La pauvreté monétaire est généralement mesurée comme un revenu inférieur à un seuil donné (la « ligne de pauvreté »). Bien que la pauvreté monétaire ne saisisse pas toutes les dimensions de la pauvreté, elle constitue un indicateur de la capacité d'une personne ou d'un ménage à couvrir, via le marché, certains besoins essentiels (tels que l'alimentation ou le logement). La pauvreté de temps se définit comme la sensation persistante de ne pas disposer de suffisamment de temps pour accomplir tout ce que l'on doit (ou souhaite) faire (Giurge et al., 2020).



FIGURE 3.4 EFFETS POSITIFS DES SOINS SUR LE BIEN-ÊTRE DES AIDANTES ET AIDANTS
% DE PERSONNES AIDANTES




Source : Élaboration propre à partir de l'enquête de la BID auprès de personnes aidantes.


Cependant, la satisfaction n'est qu'une facette de l'expérience. Les personnes aidantes déclarent également des niveaux élevés de stress, de solitude et de dépression. Plus de 70 % des personnes interrogées rapportent au moins un certain niveau de stress, plus de la moitié se sentent seules et un tiers présentent des symptômes dépressifs (mesurés à l'aide du PHQ-2²⁶). En outre, près de 40 % des aidantes affirment que leurs responsabilités de soins ont eu un impact négatif sur leur santé (**tableau 3.5** ↗).

Les conséquences des soins non rémunérés sur la santé sont largement documentées dans la littérature (Watkins et Overton, 2024 ; Brimblecombe et al., 2018). Les personnes qui s'occupent de personnes âgées présentent une probabilité plus élevée que la population générale de connaître des épisodes de dépression et déclarent un recours accru à des médicaments tels que les antidépresseurs, les tranquillisants, les analgésiques et les traitements gastro-intestinaux (Coe et van Houtven, 2009).

26. Le Questionnaire sur la santé du patient-2 (PHQ-2) évalue la fréquence de l'humeur dépressive ainsi que la perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant gratifiantes, en se référant aux deux semaines précédentes.



Ces effets négatifs sur la santé et le bien-être émotionnel sont plus fréquents parmi les femmes aidantes, comme le montre le **tableau 3.5** . Ces résultats concordent avec les conclusions antérieures de la littérature (Brimblecombe et al., 2018 ; Bom et al., 2019 ; Pinquart et Sörensen, 2003).

Des niveaux plus élevés de stress et de dépression rapportés par les femmes (**tableau 3.5** ) peuvent s'expliquer, au moins en partie, par des croyances culturelles profondément ancrées qui façonnent la manière dont les rôles et responsabilités de soins au sein du foyer sont perçus selon le genre. Des éléments qualitatifs suggèrent que le « sens du devoir » envers la famille est plus fort chez les femmes que chez les hommes, ce qui fait qu'elles se sentent plus souvent « piégées » dans leur rôle d'aidantes (Watkins et Overton, 2024 ; Zygouri, Cowdell et Ploumis, 2021). Dans les pays méditerranéens, où les liens familiaux sont plus étroits et les politiques de soins de longue durée plus faibles, les filles qui prennent soin de leurs parents subissent des impacts plus importants sur leur santé mentale que leurs homologues dans des pays dotés de systèmes de soins plus solides (Brenna et Di Novi, 2016).

Les impacts plus marqués observés chez les femmes concordent également avec les résultats qui mettent en évidence des différences dans les stratégies d'adaptation entre hommes et femmes. Une revue systématique qualitative réalisée par Zygouri et al. (2021) montre que les stéréotypes culturels influencent non seulement la probabilité d'assumer des responsabilités de soins, mais aussi la manière dont ces tâches sont effectuées et les stratégies utilisées pour faire face à la charge qu'elles impliquent. Les femmes se sentent plus limitées lorsqu'il s'agit de demander de l'aide ou de trouver du temps pour prendre soin d'elles-mêmes, ce qui accentue la charge émotionnelle liée au rôle d'aidante.

**TABLEAU 3.5 EFFETS NÉGATIFS DES SOINS SUR LE
BIEN-ÊTRE DES PERSONNES AIDANTES**
% DE PERSONNES AIDANTES ATTEINTES

SEXE	UN CERTAIN NIVEAU DE STRESS	SYMPTÔMES DE DÉPRESSION	SENTIMENTS DE SOLITUDE	IMPACT NÉGATIF SUR LA SANTÉ
Hommes	60	26	49	27
Femmes	73	35	56	40
Total	71	34	55	39

Source : Élaboration propre à partir de l'enquête de la BID auprès de personnes aidantes.





Les conséquences des soins sur la santé émotionnelle et physique des aidantes non rémunérées dépendent également de l'état de la personne aidée (par exemple, la sévérité des besoins de soins de longue durée ou la présence d'un déclin cognitif). Les personnes qui s'occupent de personnes âgées atteintes de démence ou ayant des troubles de santé mentale présentent une probabilité plus élevée d'éprouver du stress ou de la dépression, comme le montre le **tableau 3.6** . Ce résultat est cohérent avec les conclusions de la littérature. Dans une méta-analyse incluant des données de la Colombie et du Brésil, Magaña, Martínez et Loyola (2020) constatent que les effets négatifs sur la santé s'intensifient parmi les aidantes non rémunérées de personnes atteintes de démence ou ayant subi un accident vasculaire cérébral.

TABLEAU 3.6 EFFETS NÉGATIFS DES SOINS SUR LE BIEN-ÊTRE DES PERSONNES AIDANTES
% D'AIDANTES ATTEINTES, SELON L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE AIDÉE

	UN CERTAIN NIVEAU DE STRESS	SYMPTÔMES DE DÉPRESSION	SENTIMENTS DE SOLITUDE	IMPACT NÉGATIF SUR LA SANTÉ
Trouble de santé mentale	81	43	64	55
Démence	80	41	64	53
Incapacité physique	77	38	60	47
Perte de vision et d'audition	76	37	60	44
Maladie chronique	75	34	58	40
Maladie terminale	71	36	60	39
Sans maladie	47	23	35	14
Total	71	34	55	39

Source : Élaboration propre à partir de l'enquête de la BID auprès de personnes aidantes.

Prendre soin de personnes âgées est physiquement exigeant et laisse rarement la possibilité de faire de longues pauses. Les données des enquêtes sur l'emploi du temps confirment que les soins peuvent avoir un effet négatif sur la santé en réduisant le temps disponible pour dormir et pour l'autosoin. Les personnes qui s'occupent de personnes âgées dorment, en moyenne, deux heures de moins par semaine que celles qui n'ont pas cette responsabilité, avec peu de différences entre femmes et hommes (voir le **tableau 3.7** ). Il est frappant de constater que s'occuper d'une personne âgée affecte davantage le sommeil que s'occuper d'un enfant, une responsabilité pourtant traditionnellement associée au manque de sommeil. Toutefois, les personnes qui s'occupent d'enfants dorment en moyenne une heure de plus par semaine que celles qui prennent soin de personnes âgées.

**TABLEAU 3.7 EFFETS DES SOINS SUR LE TEMPS DE SOMMEIL**
HEURES DE SOMMEIL PAR SEMAINE

	PERSONNES QUI NE S'OCCUPENT PAS DE PERSONNES ÂGÉES	AIDANTES DE PERSONNES ÂGÉES	TOTAL
Hommes	53	51	53
Femmes	54	52	54
Total	54	52	54

Source : Voir le [tableau 3.1](#).

Les données de l'enquête de la BID auprès de personnes aidantes indiquent que les effets négatifs sur la santé, le stress et la dépression sont plus probables lorsque les soins sont une obligation plutôt qu'un choix. Par rapport à celles qui offrent des soins de leur propre initiative, les personnes qui s'occupent de personnes âgées faute d'un autre aidant disponible sont beaucoup plus susceptibles d'éprouver du stress (84 % contre 64 %), de la solitude (69 % contre 46 %) et des symptômes dépressifs (46 % contre 25 %). Elles sont également beaucoup plus susceptibles de déclarer des effets négatifs sur leur santé (55 % contre 28 %) (voir le [tableau 3.8](#)).

TABLEAU 3.8 IMPACTS NÉGATIFS SUR LA SANTÉ DES PERSONNES AIDANTES, SELON LE MOTIF DE LA PRISE EN CHARGE
% DE PERSONNES AIDANTES ATTEINTES

MOTIFS DE SOINS	UN CERTAIN NIVEAU DE STRESS	SYMPTÔMES DE DÉPRESSION	SENTIMENTS DE SOLITUDE	IMPACT NÉGATIF SUR LA SANTÉ
De leur propre initiative	64	25	46	28
J'étais la seule personne pouvant le faire	84	46	69	55
D'autres personnes me l'ont demandé	70	39	58	46
Autres motifs	75	40	62	39
Total	72	34	55	39

Source : Élaboration propre à partir de l'enquête de la BID auprès de personnes aidantes.



La formation peut atténuer les impacts des soins sur la santé des aidantes


La formation peut réduire les effets négatifs des soins sur la santé. Les aidantes non rémunérées qui ont reçu une formation déclarent des niveaux plus faibles de stress et de dépression, et sont moins susceptibles d'affirmer que les soins ont un impact négatif sur leur santé. Les bénéfices de la formation se constatent aussi bien chez les hommes que chez les femmes (**tableau 3.9** ). Ces résultats concordent avec les preuves issues d'interventions — sur des échantillons de petite taille — qui montrent des améliorations dans diverses dimensions du bien-être des aidantes à la suite de leur participation à des programmes de formation et de soutien (Aksoydan et al., 2019). C'est l'une des raisons pour lesquelles les pays de la région ont œuvré à développer des possibilités de formation pour les aidantes non rémunérées (voir le chapitre 5).

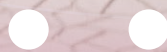
TABLEAU 3.9 IMPACTS NÉGATIFS SUR LA SANTÉ DES PERSONNES AIDANTES, SELON LEUR FORMATION
% DE PERSONNES AIDANTES ATTEINTES

SYMPTÔME	SEXE	AUCUNE FORMATION	A REÇU UNE FORMATION	TOTAL
Un certain niveau de stress	Hommes	61	53	60
	Femmes	75	68	73
	Total	73	67	72
Symptômes de dépression	Hommes	26	23	26
	Femmes	36	31	35
	Total	35	30	34



Source : Élaboration propre à partir de l'enquête de la BID auprès de personnes aidantes.






4 Le rôle des personnes travaillant de manière rémunérée dans les soins de longue durée





Les personnes travaillant de manière rémunérée dans les soins de longue durée apportent des soins — qu'ils soient fournis dans un établissement, au domicile de la personne utilisatrice ou au domicile de la personne aidante — en échange d'une compensation monétaire. Cette catégorie inclut les aidantes rémunérées et les auxiliaires de soins infirmiers qui ne sont ni diplômées ni certifiées comme infirmières, mais qui fournissent des services de soins de longue durée, ainsi que les travailleuses domestiques qui apportent des soins aux personnes âgées. Ce chapitre estime le nombre de personnes aidantes rémunérées en Amérique latine et dans les Caraïbes, analyse leurs caractéristiques démographiques et socioéconomiques et présente un profil détaillé de cette main-d'œuvre : niveau de formation, tâches accomplies, personnes à charge, conditions de travail et impact des soins sur le bien-être émotionnel. L'**annexe B**  décrit la méthodologie utilisée dans ce chapitre pour identifier les personnes aidantes rémunérées à partir des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes sur la force de travail, tandis que l'**encadré 4.1**  ci-après présente des informations sur les données mobilisées et leurs limites.

ENCADRÉ 4.1 DISPONIBILITÉ DES DONNÉES ET PRINCIPAUX DÉFIS POUR ANALYSER LE PROFIL DES AIDANTES RÉMUNÉRÉES

Les microdonnées des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes sur la force de travail peuvent être utilisées pour estimer le nombre d'aidantes rémunérées auprès de personnes âgées dans la région. Les enquêtes auprès des ménages offrent une perspective globale sur les conditions de vie, et couvrent des dimensions telles que la démographie, la formation, la santé, le logement et les modes de consommation. En revanche, les enquêtes sur la force de travail fournissent des informations sur l'emploi, la répartition professionnelle et les structures salariales. Ce chapitre analyse des enquêtes auprès des ménages ou des enquêtes sur la force de travail réalisées entre 2013 et 2024 dans 17 pays. L'**annexe B**  décrit plus en détail les méthodes d'estimation. L'analyse s'appuie également sur les données de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes. Pour une discussion sur cette source et ses limites, voir l'**encadré 3.1**  et l'**annexe C** .

Notre analyse présente deux limites. Premièrement, les enquêtes sur la force de travail et les enquêtes auprès des ménages ne permettent pas de distinguer les aidantes rémunérées auprès de personnes âgées de celles qui s'occupent de personnes plus jeunes en situation de handicap. Ce manque de granularité peut entraîner des imprécisions dans l'estimation du nombre de travailleuses qui apportent des soins spécifiquement aux personnes âgées et dans l'analyse de leurs conditions. Deuxièmement, ces sources ne permettent pas d'identifier les travailleuses domestiques qui fournissent des soins à des personnes âgées. Cette étude estime leur nombre à partir du pourcentage de travailleuses domestiques ayant des responsabilités de soins de longue durée rapporté dans la littérature (Fabiani, 2023), mais elle ne permet pas d'analyser en quoi leurs caractéristiques diffèrent de celles de l'ensemble des travailleuses domestiques.



4.1 Combien de personnes aidantes rémunérées y a-t-il dans la région ?

En Amérique latine et dans les Caraïbes, on compte environ trois millions d'aidantes rémunérées auprès de personnes âgées : 1,2 million travaillent dans des environnements domiciliaires, 289 000 dans des établissements résidentiels et 1,5 million sont des travailleuses domestiques ayant des responsabilités en matière de soins aux adultes (voir le [tableau 4.1](#)). Ces chiffres reflètent la prédominance des soins à domicile dans la région. En outre, le nombre élevé de travailleuses domestiques assumant des responsabilités de soins (par rapport aux aidantes travaillant en établissement ou à domicile) suggère que les soins ne sont souvent pas reconnus comme une profession à part entière.

TABLEAU 4.1 NOMBRE DE PERSONNES AIDANTES RÉMUNÉRÉES AUPRÈS DE PERSONNES ÂGÉES EN AMÉRIQUE LATINE ET DANS LES CARAÏBES

PAYS	AIDANTES RÉMUNÉRÉES EN ÉTABLISSEMENT	AIDANTES RÉMUNÉRÉES À DOMICILE	TRAVAILLEUSES DOMESTIQUES RÉMUNÉRÉES AYANT DES RESPONSABILITÉS DE SOIN	TOTAL DES AIDANTES RÉMUNÉRÉES
Argentine	39.586	79.001	111.027	229.614
Bolivie	974	693	10.465	12.132
Brésil	89.614	697.227	612.756	1.399.596
Chili	14.938	46.467	33.363	94.768
Colombie	17.749	5.412	88.177	111.337
Costa Rica	4.778	5.044	10.295	20.117
Équateur	517	22.097	34.709	57.322
El Salvador	190	1.232	17.723	19.145
Guyana	448	451	726	1.625
Honduras	458	3.011	13.954	17.423
Jamaïque	4.668	2.012	4.576	11.256
Mexique	47.355	110.149	274.161	431.664
Panama	1.204	4.121	7.492	12.817
Paraguay	1.060	6.543	26.159	33.762
Pérou	7	14.055	52.627	66.688
Trinité-et-Tobago	5.962	4.514	2.178	12.654
Uruguay	14.275	17.808	9.911	41.994
Total	248.781	1.019.835	1.310.299	2.573.915
ALC	289.225	1.187.681	1.537.734	3.014.641

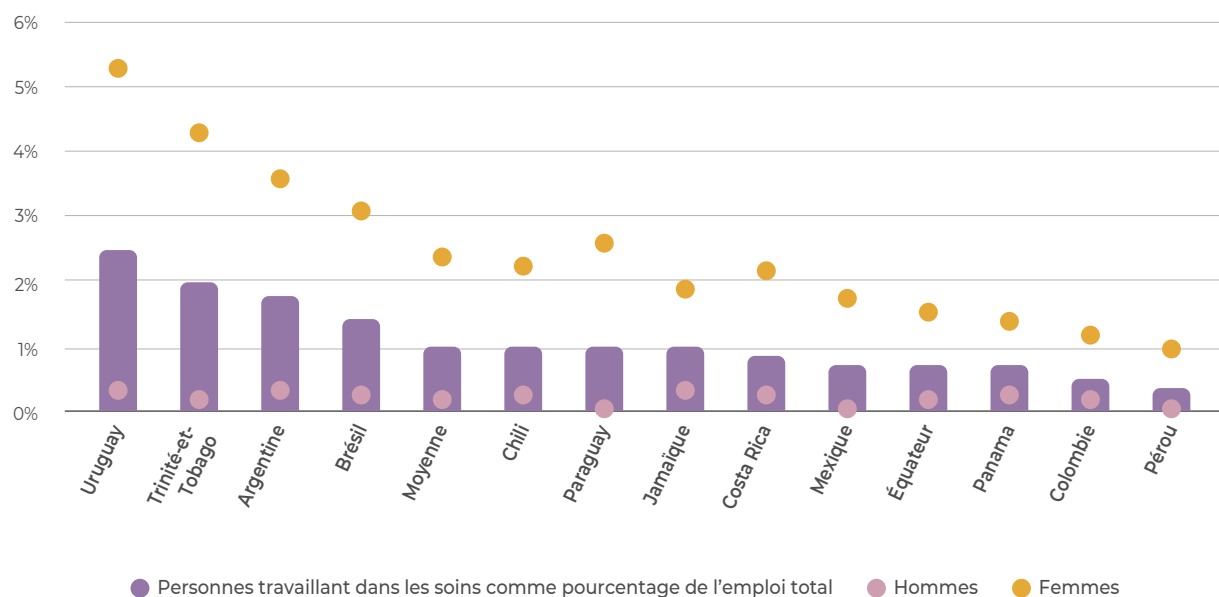
Source : Élaboration propre à partir des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes sur la force de travail (voir l'[annexe B](#)).

Note : Pour estimer le nombre total de personnes aidantes rémunérées dans la région, le total agrégé des pays figurant dans le tableau (2,57 millions) a été additionné, puis extrapolé à l'ensemble de la région (3 millions) sur la base du ratio moyen de personnes aidantes rémunérées par population totale dans chaque pays. Les estimations de population proviennent des Perspectives de la population mondiale des Nations Unies (2023) pour l'année correspondant à chaque enquête auprès des ménages. Pour les estimations de ce tableau, les personnes aidantes ont été identifiées au moyen de l'approche fondée sur les tâches, sauf en Argentine et en Colombie (qui utilisent l'approche fondée sur l'industrie). La classification du Mexique regroupe les personnes qui s'occupent d'enfants et celles qui fournissent des soins personnels, toutes deux sous la catégorie « soins personnels ». Pour les estimations du Mexique dans ce tableau, on a supposé que la moitié des aidantes fournissant des soins personnels travaille auprès d'adultes, conformément à Fabiani (2023).

Dans l'ensemble, le secteur des soins de longue durée représente 1 % de l'emploi total dans la région et 2,3 % de l'emploi féminin. La part de ce secteur dans l'emploi féminin total est plus élevée en Uruguay (5,2 % de l'emploi féminin), à Trinité-et-Tobago (4,2 %), en Argentine (3,5 %) et au Brésil (3 %). À l'autre extrémité de la distribution, le secteur représente environ 0,9 % de l'emploi féminin au Pérou et 1,1 % en Colombie (figure 4.1). Ces chiffres soulignent le rôle clé de l'économie des soins dans l'emploi des femmes dans la région. Les différences entre pays peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment des aspects démographiques et économiques, la participation à la force de travail et les politiques et systèmes qui structurent l'économie des soins.

Dans les pays de l'OCDE, le secteur des soins de longue durée représente 1,9 % de l'emploi total (OCDE, 2023a), soit environ le double de la proportion observée en Amérique latine et dans les Caraïbes. Cette comparaison met en évidence le développement limité du secteur dans la région et reflète des différences structurelles dans les dynamiques du marché du travail, les systèmes de protection sociale et les cadres de politique publique. Dans les pays de l'OCDE, la main-d'œuvre des soins de longue durée bénéficie d'un cadre institutionnel plus solide, de niveaux d'investissement public et privé plus élevés et d'une plus grande formalisation de l'emploi, autant de facteurs qui contribuent à ce que le secteur représente une part plus importante de l'emploi total.

FIGURE 4.1 TRAVAIL DE SOINS RÉMUNÉRÉ COMME POURCENTAGE DE L'EMPLOI



Source : Élaboration propre à partir des données des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes sur la force de travail (voir l'annexe B).
Note : La moyenne est pondérée par le nombre de personnes aidantes rémunérées dans chaque pays.

4.2 Genre, âge, niveau d'études, origine ethnique et statut migratoire des aidantes

4.2.1 La majorité des personnes aidantes rémunérées sont des femmes d'âge moyen et ayant un niveau d'instruction limité



Les femmes représentent 95 % des personnes travaillant de manière rémunérée dans les soins dans la région. Ce pourcentage est très élevé si l'on considère que les femmes ne constituent que 43 % de la force de travail totale. La Colombie enregistre la proportion la plus faible d'aidantes, avec 92 %, tandis que le Paraguay atteint la plus élevée, avec 99 % (voir le **tableau 4.2** ☹). Historiquement, les femmes ont assumé des responsabilités de soins au sein de leurs familles, et ce rôle socialement accepté s'est étendu et consolidé sur le marché du travail.


Les aidantes rémunérées ont généralement entre 40 et 50 ans, avec un âge moyen de 44 ans (**tableau 4.2** ☹), soit quatre ans de plus que l'âge moyen des personnes employées (40), même si d'importantes différences existent entre pays. Ainsi, l'aidante rémunérée moyenne est plus jeune au Paraguay (35 ans) et plus âgée à Trinité-et-Tobago (53 ans). En Amérique latine et dans les Caraïbes, les personnes aidantes rémunérées présentent un profil d'âge similaire à celui observé dans les pays de l'OCDE, où l'âge médian est de 45 ans, soit un an et demi de plus que celui de la force de travail générale (OCDE, 2020).


En moyenne, quatre aidantes rémunérées sur dix ont achevé leurs études secondaires. À cet égard, le Mexique présente la proportion la plus élevée d'aidantes ayant terminé le secondaire (56 %), suivi du Pérou et du Chili (48 %), tandis que l'Uruguay enregistre des taux nettement plus faibles d'éducation secondaire (10 %). Des différences significatives existent entre les niveaux d'instruction des aidantes rémunérées en établissement et à domicile : en Argentine, 38% des aidantes en établissement n'ont terminé que le primaire voire ne l'ont pas terminé, contre 60% des aidantes à domiciles (INDEC, 2024) ; au Chili, ces proportions sont de 15 % et 33 %, respectivement (Ministère du Développement social et de la Famille du Chili, 2022). Les niveaux d'instruction des aidantes reflètent la structure particulière des systèmes de soins dans chaque pays. Par exemple, dans les pays où les auxiliaires de soins infirmiers fournissent fréquemment des soins aux personnes âgées (souvent en l'absence d'un profil de personne aidante clairement défini), le niveau d'éducation moyen des aidantes tend à être plus élevé, ces rôles exigeant des qualifications plus avancées. À l'inverse, le niveau d'éducation moyen est plus faible dans des pays comme l'Uruguay, qui ont développé un profil professionnel d'aidante et exigent des niveaux d'étude peu élevés pour accéder à la formation spécifique d'entrée (voir le **chapitre 6** ☹).



4.2.2 La participation des minorités ethniques et des personnes migrantes aux soins varie selon les pays

La composition ethnique de la main-d'œuvre rémunérée des soins varie considérablement d'un pays à l'autre dans la région. Ainsi, plus de la moitié (54 %) des aidantes rémunérées s'identifie comme afrodescendante. Le Brésil et Trinité-et-Tobago enregistrent les proportions les plus élevées : 67 % et 52 %, respectivement (voir le **tableau 4.2** ). La moyenne régionale est fortement influencée par le Brésil, qui dispose d'une importante main-d'œuvre de soins et d'une population afrodescendante nombreuse. Pour cette raison, la valeur régionale doit être interprétée en tenant compte des contextes propres à chaque pays et de leurs poids démographiques respectifs. Les peuples autochtones représentent 3 % des aidantes rémunérées, une proportion qui ne diffère pas de manière significative de leur participation dans l'ensemble de la force de travail (5,5 %). Ce pourcentage, estimé à partir des données de sept pays, contraste par rapport au Pérou, où les peuples autochtones constituent 26 % de la main-d'œuvre rémunérée des soins (**tableau 4.2** ).²⁷ Ces différences peuvent être influencées par des facteurs historiques, culturels et démographiques propres à chaque pays.

En moyenne, les personnes migrantes internationales représentent 8 % des travailleuses et travailleurs des soins rémunérés.²⁸ Les proportions les plus élevées s'observent au Costa Rica (23 %) et au Chili (22 %), ce qui indique que la migration transfrontalière constitue un élément clé de l'offre de main-d'œuvre de soins dans ces pays. À l'inverse, l'Équateur et le Paraguay présentent des proportions beaucoup plus faibles (2 %). Les tendances migratoires au sein de la main-d'œuvre des soins n'ont pas changé de manière substantielle par rapport à celles observées en 2019 par Fabiani (2023). De plus amples informations sur ces évolutions peuvent être consultées dans l'**encadré 4.2** .

Les tendances migratoires dans le secteur des soins de la région diffèrent de celles observées dans les pays de l'OCDE, où les personnes migrantes représentent en moyenne 20 % de la main-d'œuvre des soins de longue durée, avec des proportions maximales en Israël (71 %), en Irlande (48 %), au Canada (34 %) et en Suisse (31 %) (OCDE, 2020). L'Italie dépend également fortement de travailleurs nés à l'étranger pour répondre à la demande de services de soins : 72 % de ses assistantes de soins personnels proviennent de l'étranger (Domina National Observatory on Domestic Work, 2024). Le **tableau 4.2**  suggère que, contrairement aux pays à revenu élevé

27. Cela est cohérent avec les données sur le travail domestique rémunéré. Au Mexique, les femmes autochtones représentent 28,4 % des travailleuses domestiques et, au Guatemala, 27,6 % (OIT, 2021).

28. Les personnes migrantes internationales représentent 8 % des aidantes rémunérées, contre 6 % de l'ensemble de la population active totale. Toutefois, cette différence n'est pas statistiquement significative.



d'autres régions, le nombre de travailleurs nationaux dans le secteur des soins en Amérique latine et dans les Caraïbes pourrait rester suffisant pour répondre à la demande actuelle de services rémunérés, ce qui se traduit par des proportions plus faibles de personnes migrantes dans ce secteur. En revanche, les pays de l'OCDE présentent une demande plus élevée de services de soins, mais peinent à rendre ce travail attractif pour la main-d'œuvre nationale ; la demande est donc principalement couverte par la migration internationale.

TABLEAU 4.2 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES AIDANTS RÉMUNÉRÉS

PAYS	FEMMES (%)	ÂGE MOYEN (ANNÉES)	SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR (% AVEC NIVEAU TERMINÉ)	AUTOCHTONE (%)	AFRODESCENDANTS (%)	MIGRANTS INTERNATIONAUX (%)
Argentine	95	43	39			8
Brésil	93	45	21	1	67	
Chili	96	50	48	12		22
Colombie	92	44	35	5	10	5
Costa Rica	97	47	18			23
Équateur	94	44	42	3	6	2
Jamaïque	94	45	33			
Mexique	97	44	56			
Panama	94	43	31	6	25	17
Paraguay	99	35	31			2
Pérou	98	44	48	26	8	
Trinité-et-Tobago	98	53	34		52	9
Uruguay	97	46	10	3	9	3
Moyenne	95	44	39	3	54	8

Source : Élaboration propre à partir des données des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes sur la force de travail (voir l'annexe B ②).

Notes : La moyenne est pondérée par le nombre d'aidantes rémunérées dans chaque pays. Les cellules vides indiquent un manque de données ou un nombre insuffisant d'observations.



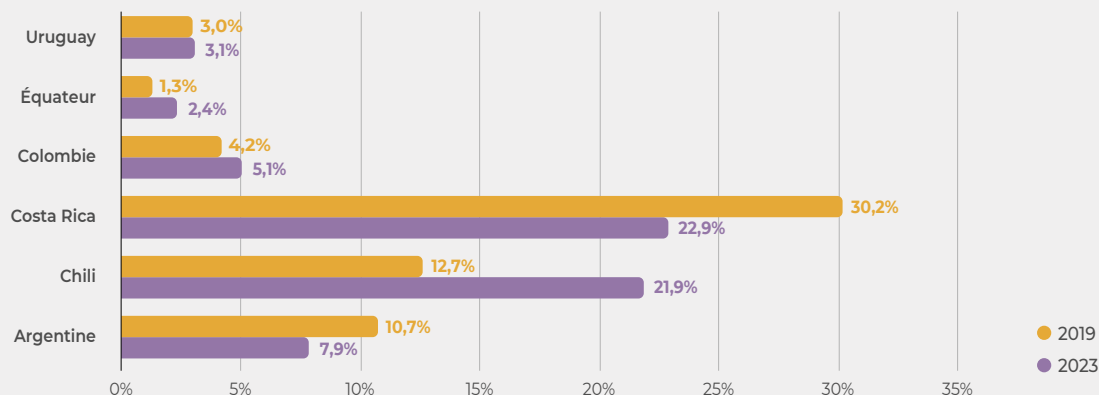
ENCADRÉ 4.2 MIGRATION INTERNATIONALE ET MAIN-D'ŒUVRE DES SOINS, ENVIRON 2019 CONTRE 2023

La proportion d'aidantes rémunérées qui sont des migrantes internationales est restée relativement stable ces dernières années, augmentant légèrement de 7,9 % en 2019 à 8,2 % en 2023. Cette proportion dépasse leur participation dans l'emploi total (6 %), mais la différence n'est pas statistiquement significative. De plus, cette moyenne masque d'importantes variations entre pays, qui reflètent différents schémas migratoires en réponse à la pandémie de COVID-19.

La proportion de migrantes internationales dans la main-d'œuvre des soins rémunérés a augmenté au Chili, en Colombie, en Uruguay et en Équateur ces dernières années. Au Chili, elle est passée de 12,7 % en 2017 à 21,9 % en 2022 ; en Colombie, elle a augmenté de 4,2 % à 5,1 % entre 2019 et 2022. En revanche, le Costa Rica a enregistré une baisse de sept points de pourcentage de la participation des aidantes internationales, qui est passée de 30,2 % à 22,9 %. De même, en Argentine, la proportion de migrantes internationales parmi les aidantes rémunérées a diminué de 10,7 % en 2019 à 7,9 % en 2024 (voir la [figure 4.2](#) ☺).

Ces tendances peuvent s'expliquer par des changements dans les avantages nets de migrer et de travailler dans le secteur des soins (au niveau national ou à l'étranger) durant la pandémie de COVID-19. Ainsi, l'augmentation de la demande de soins pour les personnes âgées dans certains pays a pu attirer des aidantes internationales afin de combler des pénuries de ressources humaines locales. L'instabilité politique, économique et sociale dans des pays voisins pourrait également expliquer la hausse de la main-d'œuvre internationale des soins, les travailleuses et travailleurs cherchant de meilleures conditions d'emploi à l'étranger. En outre, les changements dans les politiques migratoires ont pu affecter les flux internationaux de travailleurs, avec des répercussions sur la composition de la main-d'œuvre des soins de longue durée.

FIGURE 4.2 POURCENTAGE D'AIDANTES RÉMUNÉRÉES QUI SONT DES MIGRANTES INTERNATIONALES, ENV. 2019 CONTRE 2023



Source : Élaboration propre à partir des données des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes sur la force de travail (voir l'[annexe B](#) ☺).

4.3 Les aidantes rémunérées manquent de formation

37 % des aidantes rémunérées travaillent sans aucune formation, et seulement un quart a suivi un cours spécifique de soins de longue durée (d'une durée de 150 heures ou plus). Les cours de 60 à 150 heures représentent 12 % du total, tandis que l'auto-apprentissage et les cours de moins de 60 heures constituent les 26 % restants (voir le **tableau 4.3** ☺). Comme cela sera analysé plus en détail aux **chapitres 6** ☺ et **7** ☺, les cours de moins de 150 heures peuvent ne pas préparer adéquatement les aidantes aux exigences et aux défis de leur travail (Aldaz Arroyo et al., 2023). Étant donné que le Protocole ibéro-américain de formation en soins recommande une durée minimale de 260 heures (Organisation ibéro-américaine de la sécurité sociale, 2022), ces données confirment le déficit de formation au sein des ressources humaines du secteur des soins de longue durée dans la région.

Les pays présentant les niveaux de formation les plus élevés se situent dans le Cône Sud et dans les Caraïbes. Par exemple, 40 % des aidantes en Argentine et près de 42 % à Trinité-et-Tobago ont suivi un cours approfondi de plus de 150 heures. Les pays qui dépendent davantage d'aidantes non formées se concentrent en Amérique centrale (**tableau 4.3** ☺).

En moyenne, les aidantes rémunérées travaillant en établissement sont plus susceptibles d'avoir suivi une formation spécifique en soins (quelle qu'en soit la durée) que celles qui travaillent en milieu domiciliaire (59 % contre 45 %, respectivement). Dans certains pays, l'écart entre les niveaux de formation du personnel en établissement et à domicile est encore plus marqué. À la Barbade, par exemple, 82 % des travailleuses et travailleurs en établissement ont suivi un cours de formation spécifique, contre 56 % de celles et ceux qui travaillent à domicile, et la proportion d'aidantes en établissement ayant suivi plus de 150 heures de formation est deux fois plus élevée que celle des aidantes à domicile (75 % contre 35 %). En Jamaïque, plus de 80 % du personnel travaillant en établissements de soins possède une formation, soit une proportion supérieure de 31 points de pourcentage à celle du personnel à domicile. En Équateur, ces proportions sont de 62 % et 34 %, respectivement. Comme il sera analysé au **chapitre 6** ☺, ce dernier pays progresse dans l'amélioration de la formation de sa main-d'œuvre de soins.

D'autres enquêtes menées en Amérique latine et dans les Caraïbes confirment le déficit de formation parmi les aidantes rémunérées. Au Chili, une enquête réalisée en 2020 auprès d'aidantes rémunérées travaillant dans 17 établissements de soins a révélé que seule la moitié avait participé à des cours de formation (par exemple en premiers secours ou en utilisation d'équipements de protection individuelle) au cours des deux années précédentes. De plus, il n'existait aucun



programme spécifique destiné à former les travailleuses et travailleurs à l'interaction avec les personnes utilisatrices ni au développement des compétences nécessaires, ce qui conduisait à ce que les aidantes se perçoivent comme peu qualifiées (SENADIS, 2021). En Uruguay, López Gómez (2021) a mené une enquête dans 80 établissements de soins de longue durée de Montevideo et a constaté que 55 % des travailleuses interrogées n'avaient aucune formation, tandis que seulement 17 % avaient suivi des cours de plus de 90 heures.

Dans un petit échantillon de travailleuses des soins de longue durée au Pérou, seulement 12 % avaient reçu plus de 60 heures de formation (Navarrete-Mejía et al., 2020). En Jamaïque, une enquête réalisée en 2016 auprès d'aidantes fournissant des soins non institutionnels à des personnes âgées a révélé que 92 % n'avaient reçu aucune formation formelle. Seules 8 % ont déclaré avoir suivi des cours courts dans des écoles ou en soins infirmiers pratiques. Parmi celles qui n'avaient aucune formation, plus de 30 % (en particulier les moins de 45 ans) ont exprimé le souhait de s'inscrire en soins infirmiers ou dans une autre formation spécialisée (Holder-Ne-vins et al., 2018). En Colombie, le coût élevé de la formation apparaît comme le principal facteur expliquant cet écart (Ministère de la santé et protection sociale de Colombie, 2013).

**TABLEAU 4.3 NIVEAU DE FORMATION**
% D' Aidantes PAR PAYS

PAYS	SANS FORMATION	AUTO- APPRENTISSAGE	COURS COURT (< 60 HEURES)	COURS DE DURÉE MOYENNE (60-150 HEURES)	COURS APPROFONDI (> 150 HEURES)
Argentine	24	13	9	14	40
Barbade	39	3	11	9	39
Belize	44	13	8	12	23
Bolivie	48	22	7	4	19
Brésil	27	11	13	20	29
Chili	45	16	12	8	19
Colombie	42	21	9	8	20
Costa Rica	45	16	10	6	22
Équateur	45	18	8	7	21
El Salvador	60	24	4	3	9
Guatemala	38	30	7	7	17
Guyana	38	13	9	10	30
Honduras	54	22	7	3	14
Jamaïque	42	6	11	8	33
Mexique	54	20	6	5	15
Panama	58	15	9	7	10
Paraguay	48	21	6	4	21
Pérou	39	20	7	10	23
République dominicaine	45	22	9	6	18
Trinité-et-Tobago	29	6	11	12	42
Uruguay	27	11	14	16	32
Venezuela	40	22	9	6	24
Moyenne	37	16	10	12	25

Source : Élaboration propre à partir de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes.

Notes : Les observations pour les Bahamas, Haïti et le Suriname sont limitées et ne sont donc pas présentées individuellement dans le tableau. Toutefois, ces pays sont inclus dans le calcul de la moyenne régionale. La moyenne est pondérée par le nombre d'aidantes rémunérées dans chaque pays.



4.4 Les aidantes rémunérées accomplissent de multiples tâches

Le travail de soins est complexe et implique une large combinaison de tâches. Ainsi, les aidantes rémunérées soutiennent les personnes utilisatrices dans leurs besoins quotidiens de soins, contribuent au maintien d'un environnement propre, signalent les changements dans l'état des personnes accompagnées et apportent un soutien émotionnel (OIT, 2018). Leurs responsabilités peuvent inclure l'accompagnement dans des besoins personnels et thérapeutiques tels que l'hygiène, l'alimentation, l'habillement, la mobilité physique, l'exercice, la communication, l'administration de médicaments par voie orale et le changement de pansements. Elles doivent également surveiller l'état de la personne accompagnée et signaler tout changement aux professionnels de la santé ou des services sociaux. De même, dans le cadre de leurs tâches, elles peuvent être chargées de l'entretien de l'environnement de la personne utilisatrice, comme changer le linge de lit, laver les vêtements et la vaisselle, et nettoyer les espaces de vie. Elles offrent en outre un soutien émotionnel et psychologique, que ce soit par la conversation ou par des activités telles que la lecture à voix haute.


Les données issues de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes indiquent que les principales activités réalisées par les aidantes rémunérées comprennent l'hygiène et les soins personnels (72 % des personnes interrogées déclarent accomplir ces tâches), les travaux ménagers (45 %), l'accompagnement et les activités récréatives (40 %), les activités de soins de santé (34 %) et les soutiens pratiques (17 %) (voir le **tableau 4.4** ).²⁹ Ces tâches varient entre les aidantes rémunérées à domicile et les aidantes en établissement. Les deux types d'aidantes assistent principalement les personnes âgées dans l'hygiène et les soins personnels, ce qui inclut des activités telles que l'habillement, le bain, l'utilisation des toilettes, le changement de couches, l'alimentation et l'hydratation. Toutefois, celles qui travaillent en établissement sont plus susceptibles de fournir un appui en matière de soins de santé (ce qui comprend des tâches comme la mesure de la glycémie, la gestion de l'oxygène et la réalisation de pansements) que celles qui travaillent à domicile (45 % contre 33 %). À l'inverse, les aidantes à domicile accomplissent plus fréquemment des tâches ménagères (comme la préparation des repas, le nettoyage et les achats) que celles qui travaillent en établissement (47 % contre 25 %) (tableau 4.4).

TABLEAU 4.4 TÂCHES EFFECTUÉES PAR LES AIDANTES RÉMUNÉRÉES
% D' Aidantes

MILIEU DE TRAVAIL	HYGIÈNE ET SOINS PERSONNELS	SOUTIEN PRATIQUE	SOINS DE SANTÉ	ACCOMPAGNEMENT ET ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES	TÂCHES MÉNAGÈRES
Domicile	71	17	33	39	47
Établissements	75	16	45	44	25
Total	72	17	34	40	45

Source : Élaboration propre à partir de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes.

²⁹ Les pourcentages ne totalisent pas 100 %, car les personnes interrogées pouvaient sélectionner plusieurs activités. Une même aidante peut donc déclarer accomplir plus d'un type de tâche. Par exemple, une aidante rémunérée peut apporter un soutien à la fois en matière d'hygiène et de soins personnels et dans les tâches domestiques.

4.5 Qui fait l'objet des soins ?

Comme dans le cas des soins non rémunérés (voir le [chapitre 3](#)), les soins rémunérés présentent une double dimension de genre : les femmes constituent la majorité de la main-d'œuvre du secteur et représentent également 77 % des personnes qui reçoivent des soins rémunérés, selon les données de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes ([tableau 4.5](#)).³⁰ Les hommes ont une probabilité relativement plus élevée de s'occuper d'autres hommes. Par ailleurs, les personnes s'identifiant à d'autres identités de genre ne représentent que 4 % des aidantes rémunérées, mais elles constituent 12 % de celles qui apportent des soins à des personnes âgées ayant d'autres identités de genre ([tableau 4.5](#)). Encourager une plus grande participation des hommes (et de toutes les identités de genre) dans les soins rémunérés pourrait contribuer à atténuer la pénurie de personnel et à promouvoir l'égalité de genre dans les soins de longue durée (OCDE, 2020) (voir le [chapitre 7](#)).

TABLEAU 4.5 SEXE DES PERSONNES AIDANTES RÉMUNÉRÉES ET DES PERSONNES RECEVANT DES SOINS DE LONGUE DURÉE


SEXE	GENRE DE LA PERSONNE AIDÉE, % PAR LIGNE (POURCENTAGES PAR COLONNE ENTRE PARENTHÈSES)			
	FEMME	HOMME	AUTRE	TOTAL
Femme	80 (96)	20 (80)	0.3 (82)	100 (92)
Homme	36 (3)	63 (18)	0.3 (6)	100 (6)
Autre	70 (1)	26 (1)	4 (12)	100 (1)
Total	77 (100)	23 (100)	0.4 (100)	100 (100)

Source : Élaboration propre à partir de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes.

Notes : Les chiffres hors parenthèses correspondent aux pourcentages par ligne. Par exemple, les femmes représentent 80 % des personnes recevant des soins de la part d'aidantes femmes. Les chiffres entre parenthèses correspondent aux pourcentages par colonne. Par exemple, 96 % des personnes aidées qui sont des femmes reçoivent des soins d'aidantes femmes. Les estimations en pourcentage pour le groupe des autres identités de genre peuvent être imprécises, en raison du faible nombre d'observations dans l'échantillon (102 personnes aidées sont classées dans la catégorie des autres identités de genre).

30. Aranco et al. (2018) ont estimé que les deux tiers des personnes âgées ayant des besoins de soins sont des femmes, mais leur analyse se limitait aux personnes présentant des difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne, plutôt qu'aux personnes recevant des soins de longue durée rémunérés.




Les personnes recevant des soins de longue durée rémunérés ont en moyenne 83 ans et présentent plusieurs problèmes de santé. Les plus fréquents sont les incapacités physiques (48 %), suivies de la démence, de la maladie d'Alzheimer ou d'un déclin cognitif (40 %), ainsi que des maladies chroniques (30 %). Bien que leur âge soit similaire à celui des personnes bénéficiant de soins non rémunérés (**section 3.4** ) , la prévalence de la démence est beaucoup plus élevée parmi celles qui reçoivent des soins rémunérés (40 % contre 28 %). Selon l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes, la prévalence de la démence et des troubles cognitifs est nettement plus élevée en milieu résidentiel qu'en milieu domiciliaire : 54 % des personnes travaillant dans des établissements de soins de longue durée prennent en charge des personnes atteintes de démence, de maladie d'Alzheimer ou de déclin cognitif, contre 37 % de celles qui fournissent des soins rémunérés à domicile.

Ces résultats sont similaires à ceux d'une enquête réalisée en 2016 en Jamaïque auprès d'aidantes s'occupant de personnes âgées recevant des soins non institutionnels. L'étude a montré que l'âge moyen des personnes aidées était de 82 ans, les femmes représentant 60 % des personnes ayant besoin d'assistance. Elle a également mis en évidence une forte prévalence de maladies chroniques, telles que l'hypertension et le diabète, parmi les personnes âgées. En outre, 45 % des aidantes ont déclaré apporter une aide pour une ou plusieurs activités de la vie quotidienne (Holder-Nevins et al., 2018).

4.6 Conditions de travail précaires et peu sûres

4.6.1 Les soins rémunérés sont généralement un travail à temps partiel

Les soins rémunérés sont généralement fournis à temps partiel, avec une moyenne régionale de 31 heures par semaine. En Argentine et en Uruguay, les aidantes professionnelles travaillent encore moins d'heures — 21 et 26 heures hebdomadaires, respectivement — (voir le **tableau 4.6** ) . De même, les données du Chili indiquent que les horaires à temps partiel sont plus fréquents en milieu domiciliaire qu'en établissement : les aidantes rémunérées y travaillent en moyenne 33 et 38 heures par semaine, respectivement (Ministère du Développement social et de la Famille du Chili, 2022). La Colombie, la Jamaïque et le Pérou font figure d'exception, avec une moyenne de 40 heures ou plus par semaine.

La prédominance du travail à temps partiel s'observe également dans les pays de l'OCDE, où 45 % des travailleuses et travailleurs des soins de longue durée occupent un emploi à temps partiel (OCDE, 2020). Des données provenant de l'Italie montrent que 58 % des aidantes ré-



munérées auprès de personnes âgées travaillent moins de 40 heures par semaine (Domina National Observatory on Domestic Work, 2024). Ces conditions d'emploi sont déterminantes : les personnes travaillant à temps partiel sont plus vulnérables à la pauvreté, disposent de perspectives limitées de développement professionnel et, dans certains pays, ont un accès restreint aux prestations sociales et à la protection sociale (OCDE, 2018).

TABLEAU 4.6 HEURES HEBDOMADAIRES TRAVAILLÉES PAR LES PROFESSIONNELLES DE SANTÉ RÉMUNÉRÉES
HEURES HEBDOMADAIRES, PAR PAYS

PAYS	PERSONNES AIDANTES RÉMUNÉRÉES	ENSEMBLE DES PERSONNES EN EMPLOI
Argentine	21	33
Brésil	31	39
Chili	31	38
Colombie	41	44
Costa Rica	27	43
Équateur	29	35
Jamaïque	44	43
Mexique	29	41
Panama	36	37
Paraguay	37	43
Pérou	40	39
Trinité-et-Tobago	37	39
Uruguay	26	38
Moyenne	31	39

Source : Élaboration propre à partir des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes sur la force de travail.

Note : La moyenne est pondérée par le nombre d'aidantes rémunérées dans chaque pays.

4.6.2 Les aidantes rémunérées perçoivent généralement de bas salaires

En moyenne, les aidantes rémunérées gagnent 90 % du salaire minimum (voir le [tableau 4.7](#)). Selon l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes, celles qui travaillent au domicile des personnes utilisatrices perçoivent des revenus inférieurs à ceux des aidantes travaillant en établissement (Fabiani et al., 2024). Ces chiffres soulignent la précarité à laquelle font face les professionnelles de santé, en particulier si l'on compare leur situation à celle de l'ensemble de la population générale, qui, en moyenne, gagne presque le double du salaire minimum (1,9 fois).



**TABLEAU 4.7 REVENU MENSUEL DES PROFESSIONNELLES
DE SANTÉ ET DES PERSONNES EN EMPLOI
EN PROPORTION DU SALAIRE MINIMUM NATIONAL**

PAYS	PERSONNES EN EMPLOI	TOTAL DES AIDANTES
Argentine	1.6	0.6
Brésil	2.3	0.9
Chili	2.3	1.1
Colombie	1.3	0.6
Costa Rica	1.5	0.6
Équateur	1.0	0.6
Jamaïque	1.5	0.4
Mexique	1.7	1.2
Panama	1.2	0.6
Paraguay	1.1	0.6
Pérou	1.2	0.8
Trinité-et-Tobago	2.6	1.3
Uruguay	2.7	0.8
Moyenne	1.9	0.9


Source : Élaboration propre à partir des données des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes sur la force de travail.

Note : Ce tableau utilise le salaire minimum en vigueur l'année des enquêtes auprès des ménages ou des enquêtes sur la force de travail et s'appuie sur le Système d'information sur les marchés du travail et la sécurité sociale de la BID (2024). Pour le Mexique et le Costa Rica, le salaire minimum de 2022 (le plus récent disponible) est utilisé. Pour Trinité-et-Tobago, un salaire minimum de 12,50 T\$ de l'heure (1,84 USD), rapporté par Mahabir et al. (2013) pour 2011, est utilisé et multiplié par 160 heures pour être comparable aux statistiques de revenu mensuel. Pour l'Argentine, le Brésil, le Pérou et l'Uruguay, les chiffres du salaire minimum proviennent des journaux officiels de chaque pays selon l'année de l'enquête d'emploi ou des enquêtes auprès des ménages. La moyenne est pondérée par le nombre d'aidantes rémunérées dans chaque pays.

4.6.3 Les emplois rémunérés dans le secteur des soins sont souvent informels et sans accès à une protection sociale contributive

L'emploi informel et l'absence de protection sociale sont très répandus parmi les aidantes rémunérées. Seules 26 % cotisent à la sécurité sociale, contre 54 % de l'ensemble des personnes employées. L'emploi formel est plus élevé en Uruguay (61 %) et plus faible au Mexique, au Paraguay et au Pérou, où 6 % ou moins des aidantes rémunérées cotisent à la sécurité sociale (voir le [tableau 4.8](#)). Comme le montre le [chapitre 6](#), les taux plus élevés de formalité en Uruguay peuvent être associés aux efforts du pays pour améliorer les conditions de travail du personnel domestique et pour mettre en place un système national de soins. Cela souligne l'importance des politiques en matière de soins et des politiques du travail pour améliorer les conditions du secteur.



Seules 33 % des aidantes rémunérées disposent d'un contrat écrit (**tableau 4.8** ) , ce qui peut s'expliquer en partie par le fait que plus de la moitié travaillent à leur compte (56 %). Ce constat concorde avec les recherches existantes : par exemple, les données de l'enquête auprès des ménages au Chili indiquent qu'une aide sur deux dispose d'un contrat écrit (Ministère du Développement social et de la Famille du Chili, 2022). Au Panama, 65 % des assistantes de soins personnels n'ont pas de contrat formel (INEC, 2019), tandis qu'au Mexique cette proportion atteint 78 % (INEGI, 2024).

Les aidantes à domicile font généralement face à des conditions plus précaires que celles qui travaillent en établissement. Selon l'enquête de la BID auprès des aidantes, parmi celles qui travaillent dans des foyers, 29 % cotisent à la sécurité sociale, 30 % disposent d'un contrat écrit et 58 % travaillent à leur compte, contre respectivement 42 %, 57 % et 35 % parmi les travailleuses et travailleurs en établissement.



**TABLEAU 4.8 COTISATIONS À LA SÉCURITÉ SOCIALE,
TYPE DE CONTRAT ET RELATION D'EMPLOI**
% D'AIDANTES PAR PAYS


PAYS	COTISE À LA SÉCURITÉ SOCIALE		CONTRAT ÉCRIT / REÇU DE PAIEMENT	RELATION D'EMPLOI		
	PERSONNES EMPLOYÉES	AIDANTES RÉMUNÉRÉES		TRAVAILLEUSE INDÉPENDANTE / PRESTATAIRE	SALARIÉE (À L'HEURE OU MENSUELLE)	AUTRE
Argentine	48	28	27	64	27	9
Barbade		34*	41	32	56	12
Belize		19	34	46	37	17
Bolivie		12*	32	69	24	7
Brésil	65	35	43	48	39	13
Chili	70	47	36	45	34	21
Colombie	41	19	40	51	34	15
Costa Rica	70	37	36	47	37	16
Équateur	29	17	30	57	30	12
El Salvador		14*	21	62	26	12
Guatemala		9*	27	69	21	10
Guyana		17*	21	38	43	19
Honduras		7*	23	56	30	14
Jamaïque		21*	19	27	46	27
Mexique	38	5	17	71	14	14
Panama	58	37	32	50	34	16
Paraguay	22	6	30	61	26	14
Pérou	19	4	19	70	20	10
République dominicaine		14*	29	54	34	12
Trinité-et- Tobago		16*	26	38	47	15
Uruguay	77	61	67	32	57	11
Venezuela		22*	27	70	23	7
Moyenne	54	26	33	56	30	14

Source : Les cotisations à la sécurité sociale (colonnes 2 et 3) ont été calculées à partir des données des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes sur la force de travail. Le type de contrat (colonne 4) et la relation d'emploi (colonnes 5, 6 et 7) sont issus de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes.

Note : Pour les pays marqués d'un astérisque (*), les données relatives aux cotisations à la sécurité sociale proviennent de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes. Les cellules vides indiquent un manque de données. Les observations pour les Bahamas, Haïti et le Suriname sont limitées et ne sont donc pas présentées individuellement dans le tableau ; toutefois, ces pays sont inclus dans le calcul de la moyenne régionale. La moyenne est pondérée par le nombre d'aidantes rémunérées dans chaque pays.



4.6.4 Les violences verbales et physiques sont fréquentes

Les aidantes rémunérées subissent des niveaux importants de violence verbale et physique, sans différences notables entre les sexes : 38 % déclarent avoir été victimes d'abus verbaux et 16 % d'abus physiques (voir le **tableau 4.9** ).³¹ Selon l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes, ces deux types de violence sont plus fréquents en établissement qu'au domicile des personnes utilisatrices. En outre, les personnes s'identifiant comme afrodescendantes déclarent des niveaux plus élevés de violence verbale et physique que celles qui s'identifient à d'autres groupes ethniques. Les niveaux de violence varient peu d'un pays à l'autre.

Ces chiffres concordent avec les résultats de l'Enquête sur la main-d'œuvre des soins³² de 2019 menée en Nouvelle-Zélande, qui a mis en évidence la fréquence des agressions verbales et de la violence physique de la part des personnes utilisatrices et de leurs familles : près de la moitié des responsables, des aidantes et du personnel de soutien ont déclaré avoir subi des violences physiques occasionnelles ou fréquentes de la part des personnes utilisatrices, et près des deux tiers du personnel infirmier ont rapporté des expériences similaires (Ravenswood, Douglas et Ewertowska, 2021). Cette violence peut se manifester sous forme d'abus verbaux et physiques, d'intimidation, de dénigrement, d'humiliation ou de critiques persistantes de la part de patientes et patients, de collègues ou de responsables. De même, les travailleuses et travailleurs des soins de longue durée s'abstiennent souvent de signaler ces incidents par crainte de représailles ou de perdre leur emploi (Fasanya et Dada, 2015), de sorte que les résultats présentés dans ce rapport pourraient sous-estimer l'ampleur du problème.

**TABLEAU 4.9 POURCENTAGE D'AIDANTES
RÉMUNÉRÉES AYANT SUBI DES VIOLENCES**

MILIEU DE TRAVAIL	VIOLENCE VERBALE	VIOLENCE PHYSIQUE
Domicile	38	15
Établissement	45	25
Total	38	16


Source : Élaboration propre à partir de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes.

31. Une proportion significative des personnes interrogées (10 % dans le cas des violences verbales et 7 % dans celui des violences physiques) a choisi l'option « Je préfère ne pas répondre ».

32. *Care Workforce Survey*



4.6.5 Malgré des conditions de travail précaires, les aidantes ne prévoient pas de changer de secteur

Bien que leurs conditions de travail soient souvent médiocres, 45 % des aidantes exercent cette profession depuis plus de six ans. Pour beaucoup, les soins constituent un parcours professionnel stable et durable (voir le **tableau 4.10** ). La profession est plus stable dans des pays comme l'Uruguay et l'Argentine, où 56 % et 60 % des aidantes, respectivement, travaillent dans le secteur depuis plus de six ans. En outre, les données de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes indiquent que 59 % des aidantes rémunérées pensent rester dans la profession : 62 % de celles qui travaillent en établissement et 59 % de celles qui fournissent des soins rémunérés à domicile déclarent souhaiter continuer à exercer comme aidantes dans les prochaines années.

Il n'est pas facile de disposer d'informations permettant de comparer les niveaux de rétention dans le secteur des soins de longue durée avec les moyennes des forces de travail de chaque pays. Toutefois, dans les pays de l'OCDE, la durée moyenne de permanence dans le secteur est inférieure de deux ans à celle observée dans les autres secteurs (à l'exception des Pays-Bas et de la Norvège). De plus, des données provenant de l'Allemagne montrent qu'il est particulièrement difficile de retenir les travailleuses et travailleurs des soins durant la première année suivant la fin de leur formation. Les données du Panel socio-économique allemand³³ indiquent que seulement 68 % des professionnelles et professionnels de santé de longue durée restent dans la profession entre la première et la deuxième année. Toutefois, après cette forte rotation initiale, la rétention tend à se stabiliser (OCDE, 2020).

33. *Sozio-oekonomisches Panel.*

**TABLEAU 4.10 ANCIENNETÉ EN EMPLOI ET ATTENTES DE CARRIÈRE**


PAYS	ANCIENNETÉ DANS L'EMPLOI ACTUEL		ANCIENNETÉ DANS LA PROFESSION		S'ATTEND À CONTINUER À TRAVAILLER COMME AIDANTE DANS LE PROCHAINES ANNÉES
	1 AN OU MOINS	PLUS DE 1 AN	6 ANS OU MOINS	PLUS DE 6 ANS	
Argentine	38	62	40	60	67
Barbade	23	77	51	49	64
Belize	43	57	70	30	75
Bolivie	43	57	71	29	58
Brésil	40	60	52	48	57
Chili	38	62	61	39	58
Colombie	40	60	61	39	63
Costa Rica	36	64	53	47	60
Équateur	42	58	68	32	60
El Salvador	40	60	71	29	61
Guatemala	40	60	57	43	68
Guyana	36	64	57	43	67
Honduras	47	53	73	27	51
Jamaïque	37	63	55	45	58
Mexique	38	62	57	43	58
Panama	35	65	63	37	49
Paraguay	31	69	59	41	61
Pérou	43	57	57	43	58
République dominicaine	46	54	67	33	63
Trinité-et-Tobago	39	61	46	54	63
Uruguay	29	71	44	56	71
Venezuela	45	55	55	45	68
Moyenne	39	61	55	45	59

Source : Élaboration propre à partir de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes.


Note : Les observations pour les Bahamas, Haïti et le Suriname sont limitées et ne sont donc pas présentées individuellement dans le tableau ; toutefois, ces pays sont inclus dans le calcul de la moyenne régionale. La moyenne est pondérée par le nombre d'aidantes rémunérées dans chaque pays.



4.7 La charge émotionnelle et physique du soin

Le travail de soins rémunéré est associé à des niveaux élevés de stress et de symptômes dépressifs, tout comme le soin non rémunéré, comme analysé au **chapitre 3** . Dans l'enquête de la BID auprès des aidantes, une sur cinq déclare présenter des symptômes de dépression et plus de 45 % disent ressentir du stress.


Les aidantes rémunérées présentent des taux élevés de dépression et de stress par rapport à ceux observés dans la population générale. Par exemple, Brito et al. (2022) estiment que 10,2 % des Brésiliens de 18 ans ou plus déclarent des symptômes dépressifs. Ce chiffre est inférieur de 16 points de pourcentage au taux observé parmi les aidantes rémunérées. Le Chili constitue une exception : dans ce pays, la prévalence générale des symptômes dépressifs est estimée entre 15,8 % (Ministère de la santé du Chili, 2018) et 18,1 % (Daray et al., 2017), des niveaux similaires aux 17 % rapportés parmi les aidantes rémunérées dans l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes.

Les impacts négatifs sur la santé émotionnelle sont moins importants parmi les travailleuses et travailleurs disposant d'une formation spécifique en soins. Les données de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes montrent que la formation est associée à des niveaux plus faibles de stress et de dépression (Fabiani et al., 2024). Cela suggère que fournir aux aidantes les outils et les connaissances nécessaires pour accomplir leurs tâches de manière optimale, ainsi que pour prendre soin d'elles-mêmes, est essentiel pour améliorer leur bien-être. Comme analysé au **chapitre 6** , les pays de la région reconnaissent de plus en plus l'importance de la formation dans le secteur des soins de longue durée et travaillent à concevoir des options de formation pour les aidantes rémunérées.



5 Politiques en faveur des aidantes familiales




Comme le montre le **chapitre 3** , les aidantes sont les principales fournisseuses de soins de longue durée en Amérique latine et dans les Caraïbes. Cette organisation des soins aux personnes âgées est profondément ancrée sur le plan culturel et, dans certains pays, même inscrite dans la loi.³⁴

Les soins fournis par les membres de la famille et par l'entourage apportent une contribution substantielle à la société, favorisent le maintien à domicile et contribuent à contenir les dépenses publiques en matière de soins de longue durée (Costa-Font et al., 2015). Toutefois, lorsque ces soins sont intenses et ne sont pas soutenus adéquatement, ils ont des effets négatifs sur l'autonomie économique ainsi que sur la santé mentale et physique des aidantes, réduisent les taux d'emploi et entraînent une perte de cotisations à la protection sociale et de recettes fiscales.

Les pays de la région reconnaissent de plus en plus le rôle fondamental des aidantes non rémunérées et intensifient leurs efforts pour soutenir leur travail, en les intégrant explicitement dans les politiques nationales de soins ou de vieillissement, en leur fournissant information, formation et soutien émotionnel, en introduisant des mesures de flexibilité du travail permettant de concilier responsabilités de soins et emploi, et en reconnaissant le travail de soins par des appuis financiers directs. Ce chapitre analyse les politiques que les pays de la région ont mises en œuvre pour aider les aidantes non rémunérées à mieux prendre soin d'elles-mêmes et des personnes dont elles ont la charge.³⁵

5.1 Les programmes de politique publique intègrent de plus en plus les aidantes familiales

5.1.1 Certaines politiques nationales de soins ou de vieillissement mentionnent explicitement les aidantes familiales

Plusieurs pays (comme le Brésil, la Colombie, le Costa Rica, El Salvador et l'Uruguay) ont inclus explicitement les aidantes non rémunérées comme population cible dans leurs politiques ou plans nationaux de soins (voir le **tableau D.1** ). La portée de cette reconnaissance et les actions

34. Par exemple, au Mexique, l'article 9 de la Loi sur les droits des personnes âgées établit que les familles doivent remplir leur fonction sociale en prenant soin de leurs membres âgés de manière constante et permanente (Gouvernement du Mexique, 2024).

35. Une partie des informations présentées dans ce chapitre a été recueillie au moyen d'entretiens avec des représentants gouvernementaux et des experts (voir l'introduction). Ces informations sont désignées sous l'appellation Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.



concrètes prévues varient d'un pays à l'autre. Dans certains cas, les pays se limitent à les identifier, comme première étape pour comprendre leurs caractéristiques et leurs besoins, tandis que d'autres mettent en œuvre des mesures visant à réduire et à redistribuer leur charge de soin (comme le Brésil, la Colombie et l'Uruguay) ou placent explicitement l'accent sur des interventions soutenant leur bien-être mental, émotionnel et physique (comme le Salvador). Enfin, la politique nationale de soins du Costa Rica mentionne le soutien aux aidantes non rémunérées pour la gestion et la conciliation de leurs responsabilités en matière de soins avec leur participation au marché du travail. Dans le cas du Chili, bien que le pays ne dispose pas encore d'une politique nationale de soins ou de vieillissement mettant en avant l'importance des aidantes, le programme Chile Cuida, analysé plus loin, reconnaît leur rôle et leur offre des prestations.

Les aidantes non rémunérées sont également reconnues dans les politiques liées au vieillissement à la Barbade, en Colombie, au Costa Rica et à Trinité-et-Tobago. Ces politiques soulignent, à des degrés divers, la nécessité d'apporter soutien, formation et ressources afin que les aidantes puissent fournir des soins de meilleure qualité aux personnes âgées. D'autres pays ont tenté d'établir des politiques similaires, mais celles-ci n'ont pas encore été approuvées.

5.1.2 Les pays reconnaissent la valeur économique des soins non rémunérés

La valeur du travail domestique et des soins non rémunérés prend une importance croissante en Amérique latine et dans les Caraïbes à mesure que les pays progressent dans sa reconnaissance juridique. Ainsi, les constitutions de l'Équateur,³⁶ de la Bolivie³⁷ et de la République dominicaine le reconnaissent officiellement (Güezmes García et Vaeza, 2023). D'autres pays tentent de suivre la même voie : au Chili, par exemple, la Commission de la femme et de l'égalité des genres a présenté un projet de loi reconnaissant le travail domestique et de soins (Sénat de la République du Chili, 2019). Reconnaître et valoriser le travail domestique et de soins non rémunéré — souvent négligé dans les politiques économiques et sociales — établit les bases de politiques de soutien aux aidantes, telles que des prestations de sécurité sociale, des droits à la retraite ou des compensations pour le travail non rémunéré au moyen de programmes publics d'assistance. C'est une manière de consacrer le principe selon lequel toutes les formes de travail,


36. La Constitution de 2008 établit ce qui suit : « Le travail non rémunéré d'autosubsistance et de soin humain réalisé au sein des foyers est reconnu comme un travail productif. »

37. « L'État reconnaît la valeur économique du travail domestique en tant que source de richesse et celui-ci doit être quantifié dans les comptes publics. »



y compris celles effectuées au sein du foyer sans rémunération, ont une valeur intrinsèque et contribuent au bien-être national.

Il y a également eu des efforts régionaux pour reconnaître les aidantes non rémunérées et améliorer leur bien-être. Une étape importante a été l'adoption, en 2013, de la Loi-cadre sur l'économie du soin par le Parlement latino-américain et caribéen, qui reconnaît le travail domestique de soins non rémunéré comme un travail productif (PARLATINO, 2013). En 2022, la Commission interaméricaine des femmes de l'Organisation des États américains a élaboré la Loi modèle interaméricaine sur les soins³⁸, qui reconnaît le travail de soins non rémunéré comme un travail légitime (OEA, 2022). La loi promeut des politiques qui génèrent de l'emploi, renforcent l'égalité de genre et offrent des opportunités permettant aux aidantes non rémunérées — en particulier celles appartenant à des groupes en situation de désavantage — d'accéder au travail rémunéré. En 2025, la Cour interaméricaine des droits de l'homme a reconnu les soins comme un droit humain autonome dans trois dimensions : le droit de recevoir des soins, le droit de prodiguer des soins et le droit de prendre soin de soi.³⁹

Les pays de la région mesurent de plus en plus la valeur économique du soin non rémunéré. La Colombie⁴⁰, la Costa Rica⁴¹ et le Mexique (INEGI, 2013) le font en intégrant l'économie du soin dans leurs systèmes de comptes nationaux au moyen de « comptes satellites » qui estiment la contribution du travail non rémunéré au développement économique et social du pays. Les enquêtes sur l'emploi du temps — disponibles en Argentine, au Chili, en Colombie, au Costa Rica, au Salvador, au Mexique, au Paraguay, au Pérou, en Uruguay et au Brésil (à travers un module de l'enquête nationale auprès des ménages) — constituent un autre outil précieux pour mesurer la valeur économique du travail non rémunéré, y compris celui consacré aux soins. Bien que leur précision et leur comparabilité pour mesurer les soins de longue durée non rémunérés soient loin d'être parfaites, comme analysé dans l'**encadré 3.1** , ces enquêtes restent utiles pour l'analyse et la conception des politiques publiques.

Certains pays disposent également d'initiatives locales qui reconnaissent la valeur des soins familiaux. Au Mexique, la Constitution de la Ville de Mexico a établi en 2017 le droit aux soins

38. Cette loi modèle constitue un outil régional pour faire face à la crise des soins et jeter les bases d'un nouveau pacte concernant l'organisation sociale du soin ; redéfinir le rôle du soin dans la société ; respecter, promouvoir et protéger les droits économiques des femmes ; redéfinir le soin non rémunéré comme un travail ; et protéger, assurer et garantir les droits des personnes dépendantes en promouvant des politiques de soin qui favorisent la création d'emplois et l'égalité de genre, et qui facilitent l'intégration sur le marché du travail de celles et ceux qui réalisent des soins non rémunérés à temps plein, en particulier des groupes en situation de désavantage.

39. Voir : https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_55_2025.pdf.

40. Loi 1413 de 2010, Colombie.

41. Loi 9325 de 2015, Costa Rica.



et a souligné la nécessité de soutenir les aidantes rémunérées,⁴² tandis que l'État de Jalisco a adopté des dispositions similaires en 2024.⁴³ De même, l'État de Nuevo León a lancé en 2024 la stratégie Cuidamos Nuevo León dans le cadre de sa Loi sur les soins, une initiative fondée sur trois piliers : reconnaître, réduire et redistribuer le travail de soins.⁴⁴

En Bolivie, la municipalité de Cochabamba est allée plus loin que la loi nationale et, en 2015, a mis en œuvre une Loi municipale sur l'économie solidaire du soin afin de rehausser le statut social du travail de soins non rémunéré.⁴⁵ En 2019, une autre loi municipale a été adoptée pour promouvoir la coresponsabilité dans le travail de soins non rémunéré et garantir l'égalité des chances pour toutes les personnes.⁴⁶ Cette loi prévoit la création de centres et de services de soins pour les enfants, les adolescents, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap (Conseil municipal de Cochabamba, 2019 ; Conseil municipal de Cochabamba, 2016).

5.2 L'information, le soutien émotionnel et la formation aident les aidantes familiales à mieux accomplir leurs tâches

Fournir aux aidantes une information accessible, une formation pratique et un soutien émotionnel est essentiel pour améliorer leur bien-être général et la qualité des soins qu'elles prodiguent. Comme décrit au chapitre 3, les aidantes formées déclarent moins de stress et de symptômes dépressifs que celles qui n'ont pas reçu de formation. Une orientation claire et fiable leur permet d'affronter la complexité de leurs fonctions et de solliciter de l'aide lorsqu'elles en ont besoin. En outre, des formations adaptées renforcent leurs compétences et leur confiance. Les mécanismes de soutien émotionnel sont également cruciaux, car ils contribuent à alléger la charge psychologique et physique des soins, garantissant que les personnes aidantes soient mieux préparées à soutenir leurs efforts sur le long terme.

42. Constitution politique de la Ville de Mexico, 2017.

43. Loi sur le Système intégré de soins de l'État de Jalisco, 2024.

44. Voir : www.nl.gob.mx/es/boletines/gobierno-de-nuevo-leon-presenta-estrategia-para-el-sistema-integral-de-cuidados.

45. Loi municipale sur l'économie solidaire du soin, Cochabamba, 2015.

46. Loi municipale sur la coresponsabilité dans le travail de soin non rémunéré pour l'égalité des chances, Cochabamba, 2019.



5.2.1 Les services d'information sont récents et l'orientation reste insuffisante

Les campagnes d'information sensibilisent aux défis auxquels sont confrontées les aidantes non rémunérées et aux ressources de soutien dont elles disposent. Elles peuvent également contribuer à renforcer la reconnaissance sociale du travail de soins. L'information destinée aux aidantes constitue sans doute l'élément fondamental du soutien, et elle est particulièrement importante parce que beaucoup de personnes ne se perçoivent pas comme aidantes. Souvent, elles assument ce rôle progressivement et sans s'en rendre compte, ce qui signifie qu'elles peuvent ignorer l'existence des mesures conçues pour les accompagner.

Plusieurs pays ont lancé des campagnes d'information. Bien que la plupart aient été axées sur les aidantes d'enfants, elles ont également contribué à mieux faire connaître les soins apportés aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées. L'ancien ministère des Femmes, des Genres et de la Diversité de l'Argentine a mis en œuvre en 2021-2022 les campagnes « Contemos los cuidados » et « Cuidar en igualdad ». ⁴⁷ Le Chili et l'Équateur (Quito) ont également développé en 2023 des campagnes visant à reconnaître le travail des personnes aidantes non rémunérées : « Hagamos visible lo invisible » ⁴⁸ et « Cuida a quien te cuida », respectivement (Quito Informa, 2024). Au Costa Rica, la campagne « Cuidate para cuidar bien » ⁴⁹, mise en œuvre par l'Institut mixte d'aide sociale, a fourni des informations sur l'importance des services de répit et sur les programmes disponibles. Parmi ceux-ci figurent le programme Cuidador Cuidado de la Caisse costaricienne de sécurité sociale ainsi que des ateliers d'estime de soi et d'autonomisation.

Les campagnes d'information peuvent être complétées par des portails en ligne offrant aux aidantes un accès à des informations détaillées sur leurs droits, leurs prestations et les services de soutien disponibles. L'Institut mixte d'aide sociale du Costa Rica ⁵⁰ et l'Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS) ⁵¹ ont développé des exemples de ce type de portails.

Les registres des aidantes non rémunérées vont un pas plus loin que les campagnes d'information, car ils ne se limitent pas à fournir des informations : ils recueillent également des données qui peuvent être utilisées pour adapter le soutien apporté aux aidantes. À l'heure actuelle, seuls le Chili (Registre social des ménages) et le Costa Rica (Loi 10.192) disposent de systèmes natio-

47. Voir : www.Argentine.gob.ar/generos/cuidados/camp-nac-cuidar-en-igualdad.

48. Voir la vidéo publiée par le Réseau local d'appuis et de soins le 7 novembre 2023 : <https://www.youtube.com/watch?v=37zwYRBvHUY>.

49. La forme « Cuidate », sans accent, est maintenue car il s'agit de la dénomination officielle du programme au Costa Rica et reflète l'usage local.

50. Voir : www.imas.go.cr/cuidateparacuidarbien.


51. Voir : www.imss.gob.mx/personamayor/cuidados/personas-cuidadoras.



naux dans lesquels les aidantes peuvent s'inscrire pour bénéficier d'un accès prioritaire aux services publics.⁵² Au Brésil, l'État du Paraná a commencé à mettre en place un registre dans le cadre du programme Paraná, Amigo de las Personas Mayores.⁵³ La Colombie et le Pérou ont des projets similaires (Commission de la femme et de la famille, 2024 ; Ministère de l'Égalité et de l'Équité de Colombie, 2024 ; Congrès de la République du Pérou, 2024).

Certains pays offrent des services psychosociaux et des conseils aux aidantes. Ces services leur fournissent des stratégies pour faire face à leurs tâches (comme l'autosoin, la gestion du stress, la résolution de problèmes et l'orientation pour la prise de décisions), ce qui améliore leur bien-être émotionnel et la qualité des soins (Brimblecombe et al., 2018 ; Larkin, Henwood et Milne, 2019). Le Brésil dispose d'initiatives pionnières : au niveau national, les familles des personnes utilisatrices peuvent recevoir un accompagnement psychologique par le biais du programme Melhor em Casa du ministère de la Santé⁵⁴ (Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée). tandis qu'au niveau de l'État, le Programme de soutien à la personne aidante de Bahia s'adresse aux aidantes informelles en situation de vulnérabilité et leur offre des services de répit, de l'acupuncture, de la méditation, des séances de groupe psychoéducatives et thérapeutiques, ainsi qu'un accompagnement individuel.⁵⁵ Le Pérou et la Colombie disposent également d'initiatives similaires mises en œuvre par leurs ministères de la Santé (Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée ; Ministère de la Santé et de la Protection sociale de Colombie, 2022).

5.2.2 Plus de la moitié des pays offrent une formation aux aidantes familiales

Comme indiqué au **chapitre 3** , les aidantes manquent souvent de formation, ce qui peut accroître leur charge émotionnelle et diminuer la qualité des soins. La formation devrait couvrir un large éventail de sujets, notamment les manières appropriées d'interagir avec des personnes atteintes de démence, la réponse face à des comportements agressifs, la gestion des médica-


52. Voir : <https://registrosocial.gob.cl/cuidados>.


53. *Paraná amigo da pessoa idosa*.

54. L'initiative Melhor em Casa du Brésil fait partie de l'approche innovante des Communautés compatissantes pour les soins, promue par le ministère de la Santé. Elle mobilise la société civile et les services de santé pour créer des réseaux communautaires de soutien aux personnes confrontées à la fragilité, à des maladies potentiellement mortelles ou au deuil, en soulignant que le soin est une responsabilité sociale partagée qui dépasse les limites cliniques traditionnelles. Voir : <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/cuidados-paliativos/comunidades-compassivas>.

55. Informations issues de la présentation donnée lors de la 11e réunion du Réseau de politiques de soins de longue durée en Amérique latine et dans les Caraïbes (RedCUIDAR+). Voir : <https://vimeo.com/1040202108>. Le programme s'adresse aux aidantes informelles inscrites au Centre de référence de l'État pour les soins de santé de la personne âgée (Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso — CREASI), géré par le ministère de la Santé. Voir : www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/.



ments et les techniques permettant de mobiliser ou de soulever des personnes sans risque de blessure pour l'aidante ni pour la personne aidée (Cès et al., 2019). Elle devrait également inclure des compétences relationnelles (comme l'accompagnement en fin de vie et la prise en charge de la dépression), l'autosoin et des outils pour soutenir la réinsertion professionnelle une fois les responsabilités de soins terminées. Enfin, les programmes de formation devraient adopter une approche de soins centrée sur la personne et doter les aidantes de compétences leur permettant d'établir des relations significatives avec les personnes aidées, de soutenir leur autonomie dans les activités quotidiennes, de favoriser leur participation à la prise de décisions et de promouvoir leur implication dans des activités porteuses de sens. Cette approche est essentielle pour favoriser le bien-être tant des personnes aidées que des aidantes (voir la **section 7.2** )

En Amérique latine et dans les Caraïbes, la portée, la durée et la modalité de la formation destinée aux aidantes non rémunérées varient considérablement (voir le **tableau 5.1** )

La formation intégrale n'est disponible que dans quelques pays. Au Chili, le Service national de la formation et de l'emploi propose un programme complet de 140 heures pour les aidantes de personnes âgées. À Medellín (Colombie), il existe un Diplôme de formation pour les aidantes et aidants de personnes âgées d'une durée de 120 heures. De même, l'Hôpital des Cliniques de l'Université fédérale du Minas Gerais, au Brésil,⁵⁶ et l'Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS) offrent des cours destinés aux aidantes de personnes âgées en situation de fragilité.⁵⁷

D'autres pays proposent des formations plus courtes. L'Équateur, par exemple, dispose de la Certification pour aidantes informelles de personnes âgées, dispensée par la Faculté de médecine de l'Université San Francisco de Quito, d'un coût de 250 USD et d'une durée de deux mois. En Colombie, l'Université d'Antioquia et l'Université pontificale Javeriana offrent des programmes de 20 heures destinés aux aidantes (Gómez, 2023 ; Université pontificale Javeriana, s. d.). De plus, le Programme de soins à domicile pour les personnes en situation de dépendance sévère du Chili propose un cours de 15 heures destiné aux personnes aidées et à leurs familles (ChileAtiende, 2024). Au Mexique, tant l'Institut national de gériatrie que l'Institut de sécurité et de services sociaux des travailleurs de l'État — en partenariat avec l'Université nationale autonome du Mexique — offrent des cours en ligne de courte durée.⁵⁸ À ce jour, le Costa Rica s'est principalement centré sur la formation en autosoins, dispensée via le portail Cuidar.cr.⁵⁹

56. Universidade Federal de Minas Gerais.

57. Voir : <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/comunicacao/noticias/inscricoes-para-curso-de-cuidador-de-idosos-estao-abertas>.

58. Voir : <https://www.gob.mx/issste/prensa/issste-y-unam-disenan-exitoso-curso-para-cuidadores-de-personas-envejecidas> et <https://www.gob.mx/inger/acciones-y-programas/curso-basico-de-cuidadores>.

59. Voir : <https://www.imas.go.cr/cuidateparacuidarbien/servicios-de-respiro.html>.



Parfois, la formation est proposée dans le cadre de programmes de soins à domicile. C'est le cas de Salud en tu Casa⁶⁰ au Mexique et du Programme de soins à domicile au Pérou (Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée). Le programme péruvien propose en outre un atelier spécialisé de quatre semaines portant sur des compétences pratiques relatives aux soins des personnes âgées. Cet atelier est centré sur les principales affections touchant les personnes âgées et enseigne des techniques essentielles de prise en charge à domicile (EsSalud, 2015).

La majorité des programmes de formation destinés aux aidantes sont gratuits. Dans certains cas, en particulier pour les cours les plus longs, ils incluent des compensations pour le temps investi. Au Chili, les participantes au cours de 140 heures du Service national de la formation et de l'emploi peuvent bénéficier d'une allocation journalière de présence de 4 000 CLP (4,25 USD) et d'un complément de 5 000 CLP (5,31 USD) si elles prennent en charge une personne en situation de dépendance sévère (SENCE, s. d.). Elles ont également droit à une assurance contre les accidents et, une fois la formation terminée, peuvent recevoir une subvention supplémentaire de 360 000 CLP (382,76 USD) destinée à l'achat d'outils et de matériels de formation. À Medellín (Colombie), les personnes qui achèvent le diplôme de 120 heures pour aidantes reçoivent une allocation de 1 323 174 COP (316,17 USD) (Galvis, 2023). Enfin, à la Barbade, le programme « Soins aux personnes âgées »⁶¹ offre aux participantes et participants qui assistent à l'ensemble des sessions une allocation hebdomadaire de 125 BBD (63,62 USD).

Des initiatives récentes visent à certifier les aidantes à la fin de leur formation, afin de garantir qu'elles disposent des qualifications et des compétences de base nécessaires pour accomplir leurs tâches. Au-delà de l'assurance qualité, la certification contribue également à reconnaître le rôle fondamental des aidantes informelles dans la société et dans l'économie (Llena-Nozal, Rocard et Sillitti, 2022). Ainsi, la certification peut être considérée comme une étape vers la professionnalisation du travail de soins, car elle peut encourager une formation supplémentaire et ouvrir des trajectoires d'emploi dans les secteurs des soins de longue durée, de la santé ou des services sociaux. Dans la région, cette pratique en est encore à ses débuts, mais elle est en plein essor. Par exemple, le programme virtuel Yo Te Cuido y Me Certifico (Colombie), d'une durée de quatre à six semaines, permet aux aidantes de certifier leurs compétences (SENA, 2024).

60. Voir : <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa>.

61. *Care of the Elderly*.

**TABLEAU 5.1 FORMATION ET CERTIFICATIONS DISPONIBLES DANS LES PAYS D'AMÉRIQUE LATINE ET DES CARAÏBES**

PAYS	FORMATION	ORGANISME RESPONSABLE	POPULATION CIBLE ET CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ	DURÉE	AUTRES INFORMATIONS (CONTENU, MODALITÉ, COÛT)
Barbade	Programme de formation aux compétences : soins aux personnes âgées (Skills Training Program : Care of the Elderly)	Conseil de la formation professionnelle de la Barbade	16 ans et 9 années de scolarité formelle	2 semestres	Gratuit pour les personnes de nationalité barbadienne ; les non-nationaux paient des frais. Allocation hebdomadaire de 125 BBD en cas d'assiduité complète. Contenu : bain, habillement, cuisine, RCR et premiers secours de base.
Brésil	Fondements des soins aux personnes âgées fragiles : Programme des aidantes de personnes âgées (Fundamentos do Cuidado com o Idoso Frágil : Programa Cuidador de Idosos)	Hôpital des Cliniques (UFMG) et Entreprise brésilienne de services hospitaliers ; Fondation Unimed ; en partenariat avec le ministère public du travail	18 ans	60 heures sur 3 mois	En ligne et gratuit. Inclut un « kit de l'aidante de personnes âgées fragiles » (avec des supports sur les soins et la santé des personnes âgées). Dispensé par des médecins, infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux.
Chili	Soins de base intégrés pour les personnes âgées (Cuidados básicos integrales para personas mayores)	Ministère du Travail et de la Prévision sociale / SENCE	16 ans, appartenant à un ménage situé dans les 60 % de la population aux revenus les plus faibles ou présentant une plus grande vulnérabilité socioéconomique au niveau national, selon le Registre social des ménages. Aucune exigence pour les personnes migrantes.	140 heures	Inclut une allocation journalière de présence de 4 000 CLP, une assurance contre les accidents, une aide pour l'achat d'outils de 360 000 CLP pour les personnes ayant terminé la formation, ainsi qu'un complément quotidien de 5 000 CLP pour celles qui s'occupent de personnes en situation de dépendance sévère.
	Programme de soins à domicile pour les personnes en situation de dépendance sévère (Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	Ministère de la Santé	Aidantes de personnes inscrites dans un centre de soins de santé primaire, classées en situation de dépendance sévère (indice de Barthel), dans le cadre du Programme de dépendance sévère	< 15 heures	Adapté aux besoins individuels ; accent mis sur l'apprentissage par la pratique. Disponible toute l'année, sans limite de places.



PAYS	FORMATION	ORGANISME RESPONSABLE	POPULATION CIBLE ET CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ	DURÉE	AUTRES INFORMATIONS (CONTENU, MODALITÉ, COÛT)
	Je te soigne et j'obtiens ma certification (Yo te cuido y me certifico)	Service national d'apprentissage (SENA)	18 ans, document d'identité (carte de citoyenneté, carte d'étrangère ou Permis de protection temporaire) et au moins 6 mois d'expérience dans l'activité à certifier	4 à 6 semaines	Programme virtuel de reconnaissance des acquis préalables
Colombie	Diplôme de formation pour aidantes de personnes âgées (Diplomado de cuidadores de personas mayores)	Municipalité de Medellín, Université d'Antioquia, Faculté de médecine	Aidantes informelles	120 heures	Aborde les aspects personnels, familiaux, de santé, récréatifs et sociaux, ainsi que la santé mentale, la famille et le vieillissement. Avantages supplémentaires : kits éducatifs, trousse de premiers secours, kits d'hygiène et kits de soins de base et primaires.
	Soins aux personnes âgées pour aidantes non formelles (Cuidado al adulto mayor para cuidadores no formales)	Université pontificale Javeriana et Université d'Antioquia, Faculté de médecine	Aidantes informelles de personnes âgées (familiales et non familiales)	20 heures	Javeriana : en ligne. Coût : 352 000 COP (83,87 USD). Antioquia : gratuit.
Équateur	Certification pour aidantes informelles de personnes âgées (Certificación para Cuidadores Informales de Adultos Mayores)	Universidad San Francisco de Quito	Aidantes informelles	2 mois	En ligne. Coût : 250 USD. Contenu : soins aux personnes âgées et autosoins.
Jamaïque	Programme de formation pour aidantes de personnes âgées (Older Adult Caregiver Training Program)	Centre de vieillissement MONA	Aidantes, membres de la famille de personnes âgées, personnes âgées et toute personne souhaitant offrir des soins à des personnes âgées	<20 heures	Fournit des informations et des compétences sur le soin aux personnes âgées et des notions sur le processus de vieillissement. Deux nouveaux cours sont prévus : Comprendre la santé mentale et Premiers secours et RCR.



PAYS	FORMATION	ORGANISME RESPONSABLE	POPULATION CIBLE ET CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ	DURÉE	AUTRES INFORMATIONS (CONTENU, MODALITÉ, COÛT)
Mexique	La santé à domicile (Salud en tu Casa) : formation pour patients et aidants	Secrétariat à la Santé de la Ville de Mexico	Affiliation au programme Services médicaux et médicaments gratuits de la Ville de Mexico	Adaptée aux besoins de chaque foyer	Des équipes de professionnel(le)s de la santé visitent les foyers dans les 16 arrondissements de la Ville de Mexico pour évaluer les patients, patients et les aidants. Inclut une formation sur des questions de santé et un suivi pour les patients, patients et les aidants.
	Atelier pour aidantes informelles	Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS)	Personnes aidantes qui apportent un soutien dans les activités de base de la vie quotidienne (AVQ) aux personnes âgées	-	Ateliers en présentiel. Contenu : élaboration d'un plan de soins ; soins quotidiens, observation et soutien médical ; syndromes gériatriques et leur prise en charge ; administration de médicaments, nutrition et bien-être ; sommeil et repos chez les personnes âgées ; habillage, bain et autres soins ; mobilité et transferts ; AVQ ; soutien pour prévenir l'épuisement de l'aidante.
	Formation initiale pour aidantes de personnes âgées	Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS)	Ouvert au public en général	40 heures	Cours massif en ligne : éléments théoriques et pratiques pour améliorer les soins aux personnes âgées. Modules : plan de soins, hygiène et soins, alimentation, exercice, mobilité, soutien aux traitements médicamenteux, soins pour la personne aidante elle-même.
	Programme de formation (Programa de Capacitación)	Institut national des personnes âgées (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores)	Personnes aidantes	5 heures tous les vendredis	Outils théoriques et pratiques, principalement sur la distribution équitable des soins aux personnes âgées et sur l'autosoins.
Pérou	Programme de soins à domicile (Programa de Atención Domiciliaria)	Assurance sociale de santé — (Seguro Social de Salud— EsSalud)	Aidantes familiales	4 semaines	Accompagnement individualisé pour les aidantes familiales.

Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée, complété par : Gouvernement du Brésil (s. d.) ; UNASUS (s. d.) ; ChileAtiende (2024) ; SENCE (s. d.) ; Université pontificale Javeriana (s. d.) ; SENA (2024) ; Gómez (2023) ; Galvis (2023) ; UWI (2019) ; SEDESA (2023) ; IMSS (s. d.) ; Gouvernement du Mexique (2017) ; Assemblée législative de Tobago (2024).

5.3 Les politiques visant à réduire l'impact économique des soins restent limitées

Le soutien financier destiné aux aidantes est particulièrement important pour les ménages à faibles revenus et pour celles qui doivent abandonner leur emploi afin de fournir des soins. Ce soutien contribue à les protéger de la pauvreté en compensant la perte de revenus. Toutefois, des mesures supplémentaires sont nécessaires pour garantir leur accès à la sécurité sociale et leur protection face au risque de pauvreté à un âge avancé.

5.3.1 Les aides économiques destinées aux aidantes familiales sont limitées

Au niveau national, seuls le Chili et le Costa Rica offrent un soutien financier aux aidantes afin d'atténuer les impacts économiques associés aux soins (voir le [tableau 5.2](#)). Au Chili, le ministère de la Santé dispose d'un programme de soins à domicile pour les personnes en situation de dépendance sévère qui accorde un transfert mensuel de 32 991 CLP (35,07 USD) aux aidantes sans emploi appartenant à des ménages en situation de vulnérabilité sociale (ChileAtiende, 2024). Au Costa Rica, les personnes qui s'occupent d'adultes âgés en situation de dépendance sévère peuvent recevoir un transfert mensuel de 184 USD si elles ont plus de 55 ans, sont cheffes ou chefs de ménage et vivent dans la pauvreté ou l'extrême pauvreté (IMAS, 2020b). En outre, dans le cadre du programme Cuidado de Familias de l'Institut mixte d'aide sociale, les familles en situation de vulnérabilité peuvent recevoir un soutien (jusqu'à deux fois par an) pour l'achat de dispositifs techniques ou de médicaments destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques, dégénératives ou terminales, ou en situation de handicap.

Au niveau local, le Mexique dispose de plusieurs exemples de transferts destinés aux aidantes : dans la Ville de Mexico, dans la municipalité de Cuauhtémoc et dans l'État de Coahuila. Au Brésil, l'État du Paraná a approuvé une allocation mensuelle pour les aidantes de personnes âgées dans le cadre du programme Paraná, Amigo de las Personas Mayores, dont la mise en œuvre est prévue pour décembre 2025.

**TABLEAU 5.2 TRANSFERTS MONÉTAIRES POUR LES AIDANTES FAMILIALES**

PAYS	NOM DU TRANSFERT MONÉTAIRE	PERSONNES BÉNÉFICIAIRES	MONTANT
Brésil (Paraná)	Allocation pour aidant familial (Bolsa Cuidador Familiar)	Aidantes de ménages vulnérables qui s'occupent de personnes âgées.	Un demi-salaire minimum national.
Chili	Programme de soins à domicile pour les personnes en situation de dépendance sévère (Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa)	Aidantes sans emploi appartenant à des ménages socialement vulnérables qui s'occupent de personnes en situation de dépendance sévère.	32 991 CLP par mois (montant maximal).
Costa Rica	Transfert pour soins (Transferencia por Cuidados), Institut mixte d'aide sociale (Instituto Mixto de Ayuda Social)	Personnes aidantes, cheffes ou chefs de ménage en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté, âgées de plus de 55 ans, qui s'occupent de personnes en situation de dépendance sévère.	184 USD par mois.
	Programme Attention aux familles (Atención a Familias), Institut mixte d'aide sociale	Ménages vulnérables comptant des membres atteints d'une maladie chronique, dégénérative ou terminale, ou en situation de handicap.	Deux versements par an : 125 000 CRC en avril et 100 000 CRC en juin, destinés à l'achat d'aides techniques ou de médicaments.
Mexique	Aide économique pour les personnes gardiennes du foyer qui prennent soin de proches ayant des maladies cognitives, oncologiques ou un handicap (2024)	Personnes aidantes en situation de vulnérabilité résidant dans la municipalité et prenant soin de membres de la famille directe.	1 800 MXN par mois (≈ 93 USD)
	Coahuila – Programme de bien-être global pour les personnes âgées (Programme Bienestar Integral del Adulto Mayor)	Personnes âgées de 60 ans ou plus en situation de vulnérabilité.	Paiement unique en fin d'exercice et allocation mensuelle pour les personnes aidantes.

Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée ; Direction du développement social (2023) ; INAPAM (2021) ; Gouvernement de Colombie (s. d.) ; IMAS (2020a) ; IMAS (2020b) ; Observatoire du développement social/Alliance du Pacifique (2022) ; ChileAtiende (2024) ; Ministère de l'Inclusion et de l'Économie sociale de l'Équateur (s. d.) ; PROASOL (s. d.).

Note : Ce tableau se concentre sur les transferts destinés explicitement aux aidantes. Il n'inclut pas les prestations monétaires conditionnées à l'achat de services de soins formels.

5.3.2 Plusieurs pays avancent avec diverses initiatives de soutien aux aidantes familiales

Les pays de la région ont trouvé des moyens créatifs de soutenir les aidantes, même avec des budgets limités pour les soins de longue durée. En Colombie, Bogotá a développé le programme Manzanas del Cuidado, décrit plus en détail dans la section suivante. Parmi d'autres services, ce programme aide les aidantes à reprendre ou poursuivre leurs études, afin de réduire l'impact économique de long terme lié aux soins.

Le Réseau de soins costaricien, un « réseau de soins progressifs pour la prise en charge complète des personnes âgées », coordonne des initiatives de personnes, de familles, de groupes com-



munautaires organisés, d'organisations non gouvernementales et d'institutions de l'État.⁶² Elle est mise en œuvre au niveau local, dans des cantons ou des communautés où divers acteurs sont intéressés et engagés dans la création de la structure sociale nécessaire à sa réalisation (CONAPAM, 2023).

5.4 Les politiques visant à améliorer la conciliation entre vie professionnelle et les soins familiaux sont limitées

Les congés pour fournir des soins de longue durée, les modalités de travail flexible et les services de répit peuvent aider à combiner les soins non rémunérés avec l'emploi, réduisant ainsi l'impact économique des soins non rémunérés. Si ces politiques sont mises en œuvre de manière efficace pour les hommes comme pour les femmes, elles peuvent également contribuer à réduire les inégalités de genre dans le domaine des soins.

5.4.1 Seuls quelques pays disposent de congés pour fournir des soins familiaux

Les dispositifs de congé permettant de s'absenter du travail explicitement pour prendre soin de proches âgés n'existent qu'au Chili, en Équateur et au Mexique.⁶³ Dans quelques autres pays, la législation permet aux travailleurs de prendre des jours de congé pour s'occuper de proches malades, quel que soit leur âge. C'est le cas du Costa Rica, du Salvador, du Honduras et du Pérou (Güezmes García y Vaeza, 2023). En outre, le Brésil et le Pérou progressent vers l'intégration d'options de congé dans leurs politiques nationales de soins.

Là où il n'existe pas de congés spécifiques pour les soins familiaux, les travailleurs doivent recourir à des dispositifs plus généraux, tels que des jours de congé personnel ou des congés pour urgence, afin de couvrir les périodes de soins. La Barbade, par exemple, dispose d'un congé personnel non rémunéré de six à douze mois pour motifs personnels. En outre, des congés de courte durée et rémunérés en cas d'urgence existent dans des pays tels que l'Argentine, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, El Salvador, le Guatemala, le Mexique, le Paraguay, le Pérou et l'Uruguay (OIT, 2022). Ces congés spéciaux pour raisons familiales urgentes sont de courte durée (quelques jours au maximum) et peuvent être rémunérés ou non. Selon la légis-

62. Le réseau offre des services de soins de longue durée : soins à domicile de base et spécialisés, logement communautaire et jusqu'à deux ans de prise en charge en établissement. Elle fournit également un appui pour les démarches administratives et accorde des subventions pour l'alimentation, l'hygiène, les aides techniques ainsi que pour l'équipement et l'amélioration du logement.

63. Voir : <https://webapps.ilo.org/globalcare/>.



lation nationale, les travailleurs ont droit à un congé d'urgence dans des situations telles qu'un accident ou une maladie soudaine d'un membre de la famille, ou à l'occasion d'événements familiaux importants comme une naissance ou un décès. Le Pérou a adopté la Loi 30795/2018, qui permet aux personnes s'occupant de proches atteints de maladies telles qu'Alzheimer ou d'autres démences de prendre un congé sans risque de sanctions ni de réduction salariale.

Les modalités de travail flexible sont disponibles dans trois pays, bien que d'autres envisagent leur adoption. Ces dispositifs constituent une autre voie pour aider les personnes aidantes à concilier responsabilités professionnelles et responsabilités de soins. Au Chili, par exemple, le télétravail est une option accessible aux personnes qui s'occupent d'une personne âgée.⁶⁴ Au Costa Rica, il est disponible pour les aidantes de personnes en situation de handicap, et des travaux sont en cours pour inclure celles qui prennent soin de personnes âgées. Au Pérou, la réglementation du télétravail de 2022 offre aux travailleurs des secteurs public et privé la possibilité d'adopter cette modalité d'emploi, dans le but de faciliter l'accompagnement et la fourniture de soins opportuns aux personnes en situation de plus grande vulnérabilité (Congrès de la République du Pérou, 2022).

5.4.2 La disponibilité des services de répit varie considérablement entre et dans les pays

Les services de répit offrent aux aidantes non rémunérées une pause dans leurs tâches habituelles. Ils contribuent à leur santé physique et mentale et aident à réduire leur isolement social. Les données provenant de pays à revenu élevé montrent que leur utilisation n'est importante que lorsqu'il s'agit de services de qualité, accessibles, abordables et adaptés aux besoins des aidantes. Les formes les plus courantes de répit comprennent les services résidentiels, de jour ou à domicile. Leur durée et leur fréquence varient : certains offrent des séjours de courte durée (par exemple, dans des centres de jour), tandis que d'autres permettent des séjours plus longs (par exemple, en établissement, pendant les vacances ou en cas de maladie de l'aidante). Les services de répit sont de durée limitée, fournis à la demande, et servent de soutien lors de dates ou d'événements spécifiques.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, il existe quelques exemples de services de répit.⁶⁵ Au Chili, par exemple, ils sont proposés dans le cadre de Chile Cuida, programme actuellement

64. Loi de conciliation de la vie personnelle, familiale et professionnelle no 21.645 (2023), Chili.

65. Tous les services de soins de longue durée — qu'ils soient à domicile ou en établissement — qui ne nécessitent pas la présence d'une personne aidante familiale offrent également du répit. Le présent rapport ne décrit pas les services de soins de longue durée disponibles dans la région car il se concentre sur les aidantes. Cette section présente des exemples de services qui fournissent un répit de durée limitée, en mettant davantage l'accent sur les personnes aidantes que sur celles qui reçoivent les soins. Ces services peuvent être considérés comme complémentaires des services de soins de longue durée plus intensifs qui se centrent principalement sur les personnes recevant les soins ou qui répartissent l'attention de manière équilibrée entre bénéficiaires et personnes aidantes.



mis en œuvre dans 151 des 345 communes. Tous les services relevant de Chile Cuida doivent être coordonnés et interconnectés par le Programme de réseau local d'appuis et de soins. Dans le cadre de ce programme, les aidantes en situation de vulnérabilité sociale qui s'occupent de personnes en situation de dépendance modérée ou sévère peuvent bénéficier, en moyenne, de deux visites à domicile par semaine d'un assistant personnel, d'une durée de quatre heures chacune (Gouvernement du Chili / Direction socioculturelle, 2016 ; ministère du Développement social et de la Famille du Chili, 2024a ; Molina et al., 2020). Au niveau infranational, la municipalité de Las Condes (également au Chili) propose un service de répit destiné aux personnes sans emploi qui s'occupent de manière permanente d'un membre de leur famille présentant une dépendance physique ou cognitive sévère. L'aidante doit présenter un risque élevé de surcharge, être dans l'incapacité de couvrir ses propres besoins et ne pas disposer d'occasions d'auto-soins en raison des exigences liées à la prestation de soins. D'un côté, les personnes aidées reçoivent des visites périodiques d'une équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue, travailleur social et technicien en soins infirmiers). De l'autre, les aidantes sont suivies deux à trois fois par semaine ainsi qu'un week-end par mois, et elles reçoivent des visites bimensuelles de l'équipe, selon l'évaluation de chaque cas.⁶⁶ Ce type de services de répit existe également au Costa Rica.⁶⁷

Au niveau municipal, deux autres exemples existent. À Bogotá (Colombie), les Manzanas del Cuidado, réparties dans toute la ville, regroupent divers services accessibles à environ vingt minutes de marche. Ce programme s'adresse aux personnes aidantes (en particulier les femmes) et à leurs familles, auxquelles il propose des activités et des ateliers favorisant le développement personnel, physique et intellectuel, pendant que les personnes âgées reçoivent une prise en charge. Les Manzanas del Cuidado permettent également de terminer l'enseignement secondaire et d'accéder à des consultations médicales ainsi qu'à un accompagnement psychojuridique.⁶⁸ Actuellement, Bogotá compte 25 de ces espaces.⁶⁹ La Ville de Mexico, pour sa part, est en train de reproduire cette expérience au moyen d'un programme appelé Utopías. Toujours au Mexique, l'Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS) a récemment commencé à offrir des programmes de répit sous forme de voyages touristiques subventionnés pour les aidantes et les personnes aidées. Ces voyages servent également à fournir informations et conseils liés aux soins de longue durée.

66. Voir : <https://www.lascondes.cl/inicia-programa-el-respiro-para-apoyar-a-cuidadores-de-adultos-mayores/>

67. Voir : <https://www.imas.go.cr/cuidateparacuidarbien/servicios-de-respiro.html>


68. Voir : <https://manzanasdelcuidado.gov.co/>

69. Voir : <https://manzanasdelcuidado.gov.co/donde-encontrarlas/>



6 Construire une main-d'œuvre de soins de longue durée durable et compétente




La main-d'œuvre formelle dédiée aux soins de longue durée est relativement réduite en Amérique latine et dans les Caraïbes et, comme l'explique le **chapitre 2** , le vieillissement de la population exercera bientôt une pression supplémentaire sur celle-ci. Dans le monde entier, les bas salaires, les conditions de travail précaires, le manque de reconnaissance sociale et les possibilités limitées de développement professionnel contribuent à rendre cette profession peu attrayante, ce qui entraîne des difficultés de rétention et un taux élevé de rotation du personnel (Vadean et Saloniki, 2020 ; Hussein et al., 2016). À son tour, cette forte rotation est associée à une moindre qualité des soins et à des taux plus élevés de mortalité parmi les résidents des établissements de soins de longue durée (Akosa Antwi et Bowblis, 2016).

Ce chapitre présente un panorama global des politiques en vigueur visant à améliorer les conditions de travail, le bien-être et la formation des travailleuses et travailleurs rémunérés du secteur des soins de longue durée dans la région. L'analyse met en évidence la diversité des approches adoptées par les différents pays et souligne l'importance de continuer à investir et d'innover dans des politiques qui renforcent la main-d'œuvre formelle des soins de longue durée.⁷⁰

6.1 Les réglementations du travail influencent le secteur des soins de longue durée

Les réglementations du travail structurent la relation entre employeurs et employées et définissent les droits et responsabilités des deux parties. Elles déterminent également les profils professionnels propres à chaque secteur et encadrent des aspects tels que la durée maximale de la journée de travail, les salaires minimums, les prestations, la couverture de protection sociale et la sécurité au travail. Leur objectif est de promouvoir le travail décent, où les normes internationales du travail, la protection sociale et les droits fondamentaux des travailleuses et travailleurs s'articulent avec la création d'emplois.

Dans de nombreux pays, il n'existe pas de définition claire du secteur des soins de longue durée ni de reconnaissance officielle de la profession d'aidant, ce qui complique la conception et la mise en œuvre de réglementations et de lois spécifiques au secteur. En l'absence de normes sectorielles, les travailleuses et travailleurs des soins de longue durée sont généralement régis par la législation du travail générale ou, dans le cas de celles et ceux qui fournissent des soins à domicile, par les réglementations relatives au travail domestique. C'est pourquoi cette section décrit les réglementations du travail en vigueur dans la région qui s'appliquent aux personnes

⁷⁰. Une partie des informations présentées dans ce chapitre a été obtenue à travers des entretiens avec des représentants gouvernementaux et des spécialistes (voir l'**introduction** ). Ces informations se réfèrent au Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.

exerçant des activités de soins de longue durée, qu'elles aient été ou non conçues explicitement pour elles. Certaines réglementations incluent également des travailleurs rémunérés sans contrat formel ; toutefois, ce chapitre ne présente pas un inventaire exhaustif de ces politiques.

6.1.1 La plupart des pays réglementent les soins de longue durée à travers des lois du travail, et non par une réglementation sectorielle spécifique

Parmi les 17 pays d'Amérique latine et des Caraïbes inclus dans cette analyse, huit ont intégré des politiques qui régulent la situation des travailleuses et travailleurs des soins de longue durée dans le cadre de politiques et plans nationaux de soins (Colombie, Costa Rica, Équateur, El Salvador, République dominicaine et Uruguay) ou dans des politiques nationales sur le vieillissement (Barbade et Trinité-et-Tobago). En outre, tous les pays analysés disposent de cadres plus larges applicables aux personnes relevant de l'économie formelle, qui influencent indirectement les personnes aidantes au moyen de réglementations sur le salaire minimum, la protection de l'emploi, les normes de sécurité et le droit à la formation.

Le contenu des réglementations spécifiques au secteur des soins de longue durée actuellement en vigueur est très hétérogène (**tableau 6.1**). En général, elles couvrent quatre domaines :

1. Droits du travail et conditions de travail. Les pays ont adopté des politiques visant à réguler les droits du travail des personnes aidantes employées formellement. Parmi les exemples figurent les salaires minimums de référence au Costa Rica et en Uruguay ; les conventions collectives sectorielles pour le personnel hospitalier et de soins en Argentine et en Uruguay ; ainsi que les protections prévues dans les lois relatives aux droits du travail en Argentine, à la Barbade et au Honduras. La Colombie, la Barbade et l'Argentine réglementent également de manière plus large les droits du travail et les conditions de travail pour tous les types de personnel de soins.
2. Normes de sécurité et de qualité des soins. L'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, le Guyana et l'Uruguay ont adopté des mesures visant à garantir la sécurité et la qualité des soins dans les établissements résidentiels. La Barbade veille au respect des exigences en matière de santé et de sécurité à travers la Loi sur la sécurité et la santé au travail⁷¹ et les Règlements sur les services de santé.⁷² La formation du personnel de santé au Guyana vise également à améliorer la qualité des soins.

71. *Safety and Health at Work Act.*

72. *Health Services Regulations*



3. Formation des personnes aidantes. Plusieurs pays (par exemple, le Chili, le Guyana et l'Uruguay) ont choisi de réglementer la formation en matière de soins au moyen de lois ou dans le cadre de leurs plans nationaux de soins et de vieillissement. Ils cherchent à harmoniser la disponibilité, la qualité ou l'accès à la formation des personnes aidantes et, à long terme, à professionnaliser les soins et à répondre à la pénurie de main-d'œuvre.
4. Productivité. Certains pays renforcent la productivité des travailleuses et travailleurs des soins de longue durée grâce à l'utilisation de technologies et à l'amélioration de la coordination entre les domaines social, sanitaire et des soins de longue durée.

TABLEAU 6.1 LÉGISLATION ET RÉGLEMENTATIONS QUI AFFECTENT LES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS DES SOINS DE LONGUE DURÉE

PAYS	POLITIQUES, RÉGLEMENTATIONS ET ACCORDS	INSTITUTION RESPONSABLE	ORIENTATION DE LA POLITIQUE	TYPE DE SOINS COUVERTS
Argentine	Réglementation du travail pour les personnes qui fournissent des soins à domicile et/ou des activités polyvalentes, 2021 (provinces de Mendoza, Río Negro, Entre Ríos et Chaco ; Gouvernement de la Ville de Buenos Aires)	Ex-ministère des Femmes, des Genres et de la Diversité	Droits du travail et conditions de travail	Soins à domicile, de jour et en établissement
	Loi n° 5670 : Établissements pour personnes âgées (Ville de Buenos Aires), 2016	Ministère de la Santé de la Ville de Buenos Aires	Droits du travail et conditions de travail ; normes de sécurité et de qualité des soins ; formation	Soins en établissement et de jour
	Loi nationale n° 26.844 (2013) : Régime spécial du contrat de travail pour le personnel de maison	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale	Droits du travail et conditions de travail	Soins à domicile
	Résolution 3315/2023 : Directives pour l'organisation et le fonctionnement des établissements pour personnes âgées	Ministère de la Santé	Normes de sécurité et de qualité des soins ; droits du travail et conditions de travail	Soins en établissement et de jour
Barbade	Politique nationale du vieillissement : Faire d'un vieillissement sain et actif une réalité pour tous (2022–2033)	Ministère de l'Autonomisation des Personnes et des Affaires des Personnes Âgées	Droits du travail et conditions de travail	Soins rémunérés (institutionnels) et non rémunérés
	Règlements sur les services de santé, 2005	Ministère de la Santé	Droits du travail et conditions de travail ; normes de sécurité et de qualité des soins	Soins en établissement (maisons de retraite)



PAYS	POLITIQUES, RÉGLEMENTATIONS ET ACCORDS	INSTITUTION RESPONSABLE	ORIENTATION DE LA POLITIQUE	TYPE DE SOINS COUVERTS
Bolivie	Résolution n° 002/2021 : Normes de base pour l'attention aux personnes âgées dans les centres d'hébergement de longue durée	Ministère de la Justice et de la Transparence institutionnelle	Normes de sécurité et de qualité des soins ; droits du travail et conditions de travail	Soins en établissement
	Loi 15.069 : Politique nationale de soins, 2024	Ministère du Développement et de l'Assistance sociale, de la Famille et de la Lutte contre la Faim ; ministère des Femmes ; et ministère des Droits humains et de la Citoyenneté	Droits du travail et conditions de travail ; formation	Soins rémunérés et non rémunérés
Brésil	Résolution du Conseil collégial (RDC) n° 502/2021 : Fonctionnement d'établissements de soins de longue durée pour personnes âgées	Ministère de la Santé	Droits du travail et conditions de travail ; normes de sécurité et de qualité des soins	Soins en établissement
	Bulletin n° 16905-31, qui reconnaît le droit aux soins et crée le Système national d'appuis et de soins (première étape constitutionnelle), 2024	Ministère du Développement social et de la Famille ; ministère des Finances ; ministère de la Femme et de l'Égalité de genre	Droits du travail et conditions de travail ; formation	Soins rémunérés et non rémunérés
Chili	Décret 20 de la Loi 19.828 : Règlement sur les établissements de longue durée pour personnes âgées, 2021	Ministère de la Santé	Droits du travail et conditions de travail ; normes de sécurité et de qualité des soins	Soins en établissement
	Loi 2281 de 2023 : comprend la création du Système national de soins	Ministère de l'Égalité et de l'Équité	Droits du travail et conditions de travail	Soins rémunérés et non rémunérés
Colombie	Loi 1251 de 2008 : dispose des normes pour la protection, la promotion et la défense des droits des personnes âgées	Ministère de la Protection sociale	Formation	Soins rémunérés et non rémunérés
	Décret 681 : Politique publique nationale de vieillissement et de vieillesse 2022-2031	Ministère de la Santé et de la Protection sociale	Formation	Soins rémunérés et non rémunérés
	Loi 1315 de 2009 : établit les conditions minimales garantissant une prise en charge digne des personnes âgées dans les centres de protection, centres de jour et établissements de soins	Ministère de la Protection sociale	Droits du travail et conditions de travail ; normes de sécurité et de qualité des soins	Soins en établissement et de jour
	Loi 2297 de 2023 : établit des mesures efficaces et opportunes en faveur de l'autonomie des personnes en situation de handicap et des aidants ou assistants personnels	Ministère de la Santé et de la Protection sociale	Formation et conditions de travail	Soins rémunérés et non rémunérés



PAYS	POLITIQUES, RÉGLEMENTATIONS ET ACCORDS	INSTITUTION RESPONSABLE	ORIENTATION DE LA POLITIQUE	TYPE DE SOINS COUVERTS
Costa Rica	Loi 10.192 : création du Système national de soins et d'appuis pour les personnes adultes et les personnes âgées en situation de dépendance, 2022	Ministère du Développement humain et de l'Inclusion sociale	Droits du travail et conditions de travail ; formation	Soins rémunérés et non rémunérés
	Stratégie nationale de vieillissement sain 2022–2026	Ministère de la Santé	Droits du travail et conditions de travail ; formation	Soins rémunérés et non rémunérés
	Décret exécutif n° 44730-S : Norme pour l'autorisation et l'habilitation des foyers de longue durée pour l'attention intégrale des personnes âgées, 2024	Ministère de la Santé	Normes de sécurité et de qualité des soins ; droits du travail et conditions de travail	Soins en établissement
	Décret sur les salaires minimums	Ministère du Travail et de la Sécurité sociale ; Conseil national des salaires	Droits du travail et conditions de travail	Soins formels
République dominicaine	Projet de loi pour la création du Système national de soins (présenté à la Commission des droits humains en décembre 2024)	Secrétariat national des soins	Droits du travail et conditions de travail ; formation	Soins rémunérés et non rémunérés
	Résolution n° 11/2022 du Comité national des salaires : salaire minimum pour le travail domestique	Ministère du Travail	Droits du travail et conditions de travail	Travail domestique
	Convention collective pour les aidants, 2023	Fédération nationale des femmes travailleuses ; Conseil national des personnes âgées (CONAPE)	Droits du travail et conditions de travail	Secteur public
	Règlement des Centres d'attention intégrale pour personnes âgées	Conseil national des personnes âgées (CONAPE)	Normes de sécurité et de qualité des soins	Soins formels
Équateur	Norme technique pour la mise en œuvre et la prestation des services d'attention et de soins aux personnes âgées, 2019	Ministère de l'Inclusion économique et sociale	Droits du travail et conditions de travail ; normes de sécurité et de qualité des soins	Soins en établissement, à domicile et de jour
El Salvador	Politique nationale de coresponsabilité dans les soins 2022–2030	Bureau du Bien-être social	Normes de sécurité et de qualité des soins ; formation	Soins rémunérés et non rémunérés
Guyana	Normes minimales pour les établissements de soins aux personnes âgées, 2017	Ministère de la Protection sociale	Droits du travail et conditions de travail	Soins en établissement
Honduras	Loi intégrale de protection des personnes âgées et des retraités, 2007	Secrétariat au Développement social	Normes de sécurité et de qualité des soins ; formation	Soins en établissement et de jour
Mexique	Projet de réforme de la Loi générale du Système national de soins, 2021	À déterminer	Droits du travail et conditions de travail ; formation	Soins rémunérés et non rémunérés



PAYS	POLITIQUES, RÉGLEMENTATIONS ET ACCORDS	INSTITUTION RESPONSABLE	ORIENTATION DE LA POLITIQUE	TYPE DE SOINS COUVERTS
Pérou	Décret suprême n° 007/2018 de la Loi 30490 sur les personnes âgées	Ministère de la Santé ; ministère de la Femme et des Populations vulnérables	Droits du travail et conditions de travail ; normes de sécurité et de qualité des soins ; formation	Soins rémunérés (en établissement et de jour)
Trinité-et-Tobago	Politique nationale de vieillissement, 2006/2007	Ministère de la Santé et ministère du Développement social et des Services à la famille	Normes de sécurité et de qualité des soins ; formation	Soins rémunérés
Uruguay	Loi n° 19.353 : création du Système national intégré de soins, 2015	Ministère du Développement social	Droits du travail et conditions de travail	Soins rémunérés
	Décret n° 117/016 — réglementation du Service d'assistants personnels pour les soins de longue durée destinés aux personnes atteintes de dépendance sévère	Caisse de prévoyance sociale	Droits du travail et conditions de travail	Soins rémunérés (à domicile et en établissement)
	Décret n° 356/016 : autorisation, réglementation et supervision des établissements de soins pour personnes âgées	Ministère de la Santé publique	Droits du travail et conditions de travail ; normes de sécurité et de qualité des soins ; formation	Soins en établissement et de jour
	Conseil des salaires n° 21 : Service domestique	Ministère du Travail et de la Sécurité sociale	Droits du travail et conditions de travail	Travail domestique

Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.

Les sections suivantes décrivent plus en détail ces politiques, lois et réglementations qui affectent les travailleuses et travailleurs des soins de longue durée dans la région.

6.2 Peu de pays renforcent les droits du travail au moyen de politiques spécifiques pour les personnes travaillant dans les soins de longue durée

Les droits du travail, tels que les salaires minimums, les politiques de protection sociale et les conventions collectives sectorielles, améliorent les conditions de travail des personnes aidantes en leur garantissant un revenu décent et une protection en cas de maladie, de handicap, de perte de l'emploi ou de vieillesse (Vadean et Allan, 2020).

Un défi actuel de politique publique consiste à parvenir à une définition et à une reconnaissance officielle de la profession d'aidant de longue durée. Par exemple, jusqu'à récemment, en Jamaïque, le travail de soins n'était pas reconnu comme un emploi formel, mais il est désormais inclus dans les statistiques de la main-d'œuvre, couvrant les personnes aidantes rémunérées en charge de l'assistance personnelle, dont beaucoup étaient auparavant des travailleuses domestiques et exercent désormais comme aidantes à temps plein. Ainsi, plusieurs pays reconnaissent officiellement les personnes aidantes en les incluant dans les registres publics présentés dans le **tableau 6.4** Dans la pratique, une variété de professions formelles dispensent des soins de longue durée, telles que les infirmières, les auxiliaires de soins, les aidantes, les assistants personnels, les thérapeutes et les travailleuses domestiques.⁷³

6.2.1 Dans la plupart des pays, les salaires du secteur des soins de longue durée sont régis par des réglementations générales

Les lois qui encadrent les niveaux de rémunération dans le secteur formel influencent également la rémunération des travailleuses et travailleurs des soins de longue durée. La réglementation de chaque pays fixe les salaires minimums et définit la manière dont ils doivent être ajustés périodiquement sur la base d'un indicateur de référence (par exemple, le taux d'inflation). Étant donné que les salaires des personnes aidantes se situent souvent près du salaire minimum, ces réglementations revêtent une importance particulière pour le secteur.

Quelques pays disposent de réglementations salariales supplémentaires applicables spécifiquement aux travailleuses et travailleurs formels du secteur des soins de longue durée (**tableau 6.2**). Ces réglementations affectent directement les personnes aidantes (en Argentine, au Costa Rica et en Uruguay) ou indirectement à travers des normes relatives au travail domestique (en Argentine, en République dominicaine et en Uruguay).

73. Bien que la Colombie ne dispose actuellement d'aucune étude spécifique sur sa main-d'œuvre des soins de longue durée, la Loi 2297 de 2023, bien qu'elle soit centrée sur le handicap, offre un cadre de principes directeurs pour la prestation de soins.

**TABLEAU 6.2 SALAIRES MINIMUMS ET AJUSTEMENTS**

PAYS	POLITIQUE	TYPE DE TRAVAIL	TYPE DE MESURE
Argentine	Loi nationale n° 26.844 de 2013 : Régime spécial du contrat de travail pour le personnel de maison	Travailleuses domestiques exerçant dans des foyers privés	Salaire minimum, mis à jour mensuellement. L'augmentation récente, de décembre 2024 à janvier 2025, a été de 1,2 %.
Costa Rica	Décret sur les salaires minimums	Travailleuses domestiques exerçant dans des foyers privés	Salaire minimum pour les assistantes ménagères (15 983,96 ₡), mis à jour annuellement. De 2024 à 2025, l'augmentation a été de 2,37 %.
République dominicaine	Résolution n° 11/2022 du Comité national des salaires	Travailleuses domestiques	Salaire minimum de 10 000 pesos mensuels.
Uruguay	Service d'assistants personnels pour les soins de longue durée destinés aux personnes en situation de dépendance sévère. Loi 19.353 et Décret 117/016	Assistants personnels	Salaire minimum de 23 354 \$U mensuels. (Cela correspond à un salaire horaire de 292 \$U, soit plus de deux fois le salaire horaire minimum national de 118 \$U.)

Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.

6.2.2 Les pays abordent de manière indirecte l'informalité et le manque de protection sociale dans les soins de longue durée

Comme indiqué au [chapitre 4](#), le secteur des soins de longue durée présente des niveaux élevés d'informalité. Dans les pays où les personnes aidantes sont embauchées par l'intermédiaire d'un programme ou d'un système public (comme *Melhor em Casa* au Brésil, le Programme d'attention à domicile pour les personnes en situation de dépendance sévère au Chili, le Programme d'attention à domicile au Pérou ou les programmes d'attention à domicile du Système national intégré de soins en Uruguay), elles travaillent formellement et cotisent à la sécurité sociale. De manière similaire, le personnel des institutions agréées et enregistrées (établissements résidentiels ou centres de jour) est généralement embauché de manière formelle. Cependant, le nombre de personnes aidantes intégrées par l'intermédiaire d'un programme public ou travaillant dans une institution agréée reste relativement limité, ce qui se traduit par de faibles niveaux d'emploi formel dans l'ensemble du secteur.

Certains pays cherchent à accroître l'emploi formel au moyen de stratégies de formation (analysées dans la [section 6.4](#)). Celles-ci sont plus efficaces lorsque, à l'issue de la formation, les personnes aidantes s'inscrivent dans un registre officiel qui leur donne accès à des opportunités d'emploi, une pratique mise en œuvre en Argentine et en Uruguay.

D'autres pays cherchent à élargir l'emploi formel parmi les personnes qui fournissent des soins à domicile de manière indirecte, au moyen de politiques conçues pour formaliser le travail domes-



tique. Depuis 2007, l'Uruguay a mis en œuvre diverses mesures visant à accroître les cotisations à la sécurité sociale, la couverture médicale et l'accès aux congés parentaux pour les travailleuses domestiques.⁷⁴ ⁷⁵ Le Brésil et l'Argentine ont adopté des mesures similaires (Global Deal, 2023). En Argentine, un accord tripartite a conduit à une augmentation progressive du salaire minimum pour le travail domestique, avec une catégorie spécifique incluant les personnes qui fournissent des soins. La Jamaïque a également introduit des règles particulières de cotisation à la sécurité sociale pour le travail domestique, afin d'alléger la charge fiscale et de promouvoir l'emploi formel. En Colombie, la Politique nationale de soins prévoit d'élaborer et de mettre en œuvre une feuille de route visant à faciliter les inspections du travail et l'inscription des travailleuses domestiques dans un registre national garantissant leurs droits du travail et une rémunération équitable (Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée).

De plus, quelques pays offrent des incitations à l'embauche formelle de personnel au sein des ménages. Les familles qui engagent des aidantes à domicile peuvent éviter les contrats formels afin de réduire les démarches et contenir les coûts. Pour alléger la charge administrative, le Brésil et la Colombie ont mis en place des plateformes — l'outil eSocial et la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), respectivement — qui simplifient les obligations liées au travail, à la fiscalité et à la sécurité sociale découlant de la relation employeur–personne aidante. Pour réduire le coût financier de la formalisation, le Mexique et l'Argentine ont introduit des dispositifs de déduction fiscale pour les dépenses de soins déclarées dans la déclaration annuelle de l'impôt sur le revenu (OIT, 2018). Néanmoins, la portée et l'impact de ces mesures demeurent limités.

6.2.3 Les conventions collectives et les registres nationaux peuvent améliorer les conditions de travail

L'absence de définition officielle de la profession d'aidant est l'une des raisons pour lesquelles, dans la plupart des pays, les personnes travaillant dans ce secteur ne sont pas organisées. Ainsi, la région ne dispose pas de syndicats d'aidantes de grande envergure et leurs revendications sont généralement regroupées avec celles du travail domestique. Dans ce contexte, les conventions collectives jouent un rôle essentiel pour améliorer les conditions de travail.

Les faibles taux de syndicalisation et la fragmentation de la main-d'œuvre rendent difficile la conclusion de conventions collectives dans le secteur des soins de longue durée. De nombreuses aidantes travaillent dans des domiciles privés ou dans de petits établissements, ce qui complique leur organisation et leur représentation effective. Les niveaux élevés d'informalité

74. Décret n° 224/007, Uruguay

75. Loi n° 19.161 de novembre 2013




affaiblissent encore davantage le pouvoir de négociation et limitent les efforts visant à garantir des salaires, des prestations et des conditions de travail standardisées dans l'ensemble du secteur. Seuls trois pays de la région (l'Argentine,⁷⁶ la République dominicaine et l'Uruguay) disposent de conventions collectives qui concernent les personnes fournissant des soins de longue durée (voir le **tableau 6.3** .

TABLEAU 6.3 CONVENTIONS COLLECTIVES

PAYS	CONVENTIONS COLLECTIVES	DOMAINES D'ORIENTATION
Argentine	Convention collective de travail pour l'attention, les soins et l'hospitalisation à domicile de la Fédération des associations du secteur de la santé de l'Argentine (CCT 743/16), 2025 (renouvellement annuel)	Salaire de base, allocation de maternité, prestation pour garde d'enfants, contribution solidaire
	Convention collective de travail (CCT 122/75) couvrant le personnel technique, administratif et de service des cliniques, sanatoriums, instituts avec hospitalisation, établissements gériatriques et sanatoriums de neuropsychiatrie (Fédération des associations du secteur de la santé de l'Argentine), 2025 (renouvellement annuel)	Salaire de base, allocation de maternité, contribution solidaire
République dominicaine	Convention collective entre la Fédération nationale des femmes travailleuses et le Conseil national des personnes âgées, 2023	Formation pour 200 aidants
Uruguay	Convention collective Groupe 15. Services de santé. Décret 540/006. Maisons de santé et établissements résidentiels pour personnes âgées (à but lucratif), 2006	Salaire minimum, périodes de repos, biosécurité, services de nuit et uniformes
	Plan de prestation collective du Programme des assistants personnels, n° 117/2016	Responsabilité collective et modèle intégré et humanisé de soins, plan individualisé de soins, registre des prestataires de soins, cadres contractuels, soutien et accompagnement à travers des processus associatifs, nouvelles possibilités de formation et d'insertion professionnelle


Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.

Les registres officiels constituent un autre outil permettant de renforcer la reconnaissance de la profession d'aidant et de la rendre plus attractive puisqu'ils reconnaissent formellement les personnes aidantes et peuvent également les informer des opportunités d'emploi, en les mettant en relation avec des employeurs potentiels. Ils peuvent aussi constituer une source d'information sur la formation et d'autres services d'appui destinés aux aidantes.

76. En Argentine, la Fédération des associations des travailleurs de la santé d'Argentine dispose de deux conventions collectives qui incluent les personnes aidantes travaillant dans différents contextes. La Convention collective de travail 743/16 pour les services d'attention et d'hospitalisation à domicile exige que les entreprises de soins à domicile embauchent formellement l'ensemble de leur personnel. La Convention collective de travail 122/75 pour le personnel technique, administratif et de service des cliniques, sanatoriums, instituts avec hospitalisation, établissements gériatriques et sanatoriums de neuropsychiatrie impose la même obligation aux établissements résidentiels de longue durée. Son niveau de conformité est élevé : 70 % de ces établissements ont enregistré formellement leurs travailleurs (ministère de la Santé de l'Argentine, 2025). Cette dernière convention prévoit deux catégories de personnel exclusives aux établissements résidentiels de longue durée : *assistant gériatrique* et *agent/agent(e) de service pour les salles, consultations externes et établissements gériatriques*.



Les registres de personnes aidantes peuvent également être bénéfiques pour les employeurs et pour les gouvernements. Pour les employeurs, ils garantissent que la personne recrutée respecte les normes professionnelles requises (par exemple, ne pas avoir d'antécédents d'abus, de négligence ou de conduite inappropriée). Les gouvernements peuvent les utiliser pour effectuer un suivi de la qualité des soins fournis, faire respecter la réglementation du secteur et suivre la disponibilité, la demande et les pénuries de personnel aidant afin de planifier les besoins futurs en matière de soins.

L'Argentine, le Costa Rica et l'Uruguay disposent de registres nationaux (**tableau 6.4** ). Les aidantes qui remplissent les conditions requises (formation, certification et autres) et souhaitent être reconnus officiellement doivent s'y inscrire. Le Pérou prévoyait également de mettre en place un registre de ce type.⁷⁷ Dans ce sens, les registres peuvent inclure uniquement les travailleuses et travailleurs des soins, comme en Argentine, ou être plus larges et intégrer d'autres services de soins publics ou privés, tels que des prestataires institutionnels, comme au Costa Rica et en Uruguay.


Dans certains cas, comme en Argentine, les registres nationaux peuvent constituer une porte d'entrée vers la formation, puisque les personnes ayant obtenu un certificat de aidant à domicile de 80 à 199 heures peuvent entamer le processus d'inscription. Toutefois, pour figurer dans le registre, elles doivent compléter la formation minimale recommandée de 200 heures (voir la **section 6.4** ) en suivant un programme standardisé.⁷⁸ Dans d'autres cas, comme au Costa Rica, les registres offrent des informations sur l'autosoins, des possibilités de formation et d'autres services publics de soutien.⁷⁹

TABLEAU 6.4 REGISTRES NATIONAUX DE PERSONNES AIDANTES FORMELLES

PAYS	REGISTRES NATIONAUX DE PERSONNES AIDANTES ET SERVICES DE SOINS	
Argentine	Registre national des aidants à domicile	Exigences : être âgé de plus de 18 ans, disposer d'un certificat d'aidant à domicile et d'un document d'identité.
Costa Rica	Cuidar.CR	Plateforme qui facilite la communication, les transactions et la gestion pour les prestataires et les usagers de services de soins, et qui comprend au moins : un répertoire de personnes aidantes formelles, un portail intégré des services existants du système national de soins et des ressources d'autosoins pour le bien-être des aidantes.
Uruguay	Registre national de soins	Ouvert à : prestataires de services de soins de longue durée (soins à domicile et établissements résidentiels), services de jour pour enfants, services de jour pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, services de soins à domicile (assistants personnels), services de soins à distance (téléassistance) et services de formation d'aidantes.

Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.

77. Projet de loi 7893/2023-CR, 2023, Pérou.


78. Cours complémentaire du cursus. Voir : https://www.Argentine.gob.ar/sites/default/files/presentacion_curso_ccc1_0.pdf.

79. Voir : <https://www.imas.go.cr/es/comunicado/nueva-plataforma-digital-permite-acceder-servicios-de-cuido-para-personas-adultas-en>.



6.3 Les mesures de sécurité sont courantes, améliorent le bien-être des travailleuses et travailleurs, favorisent la rétention et renforcent la qualité des soins

Les mesures de sécurité visant à prévenir la surcharge émotionnelle et physique des personnes aidantes sont essentielles pour améliorer leur bien-être. Elles favorisent également la rétention en ayant un impact positif sur la satisfaction professionnelle et en réduisant les problèmes de santé (Miranda et al., 2011 ; Etti et al., 2025 ; Okros et Virga, 2022). De plus, ces mesures renforcent la qualité des soins. Les mesures de sécurité liées à la santé — par exemple, les réglementations sur la manière de mobiliser des personnes âgées sans accidents ni efforts excessifs — seraient particulièrement importantes pour les aidantes, mais elles ne sont pas encore abordées au-delà des formations qui incluent des pratiques de manipulation sécurisée.

La plupart des pays disposent d'exigences en matière de santé et de sécurité pour les établissements de soins de longue durée (voir le [tableau 6.5](#) ). Ces mesures incluent généralement des limites de capacité, des procédures obligatoires d'autorisation, des spécifications détaillées concernant la qualification du personnel, des ratios résident-travailleur, des exigences d'infrastructure et des normes de sécurité. Dans la plupart des pays, les prestataires doivent respecter ces normes pour obtenir l'autorisation d'exercer.⁸⁰ Les inspections de conformité sont réalisées avec des degrés de régularité variables.

80. L'Argentine dispose d'un programme en cours visant à améliorer la qualité des soins dans les résidences de longue durée, tant publiques que privées. Ce programme cherche à optimiser les processus, la gestion des ressources, la qualité du travail et la qualité de vie des personnes âgées. La Résolution 3315/2023 du ministère de la Santé de la Nation a approuvé le document « Orientations pour l'organisation et le fonctionnement des résidences de longue durée pour les personnes âgées. Modèle de soins centrés sur la personne », qui inclut les annexes V et VI : « Bonnes pratiques dans les résidences de longue durée et outil d'autoévaluation des bonnes pratiques pour l'amélioration de la qualité » et « Processus de reconnaissance des établissements engagés envers la qualité — Résidences de longue durée ». La section 2 de l'annexe V, « Ressources humaines », établit que les résidences de longue durée doivent garantir une quantité et une qualité suffisantes de ressources afin de fournir le soutien et les soins requis par les résidents. Cette intervention doit promouvoir des équipes interdisciplinaires composées de personnel technique et professionnel compétent, doté des connaissances ainsi que des attitudes éthiques et relationnelles nécessaires pour offrir une prise en charge centrée sur la personne. Le ministère de la Santé de la Nation a commencé à mettre en œuvre cet outil d'évaluation de la qualité au moyen d'un projet pilote dans des établissements publics et privés pour personnes âgées (ministère de la Santé de l'Argentine, 2025).

**TABLEAU 6.5 MESURES DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ**


PAYS	NOM	RÉGLEMENTATION	SECTEUR COUVERT
Argentine	Résolution 3315/2023. Directives pour l'organisation et le fonctionnement des résidences pour personnes âgées. Modèle de prise en charge centrée sur la personne.	Infrastructure, matériaux, protocoles, personnel (formation et fonctions), ratio travailleurs-résident, questionnaire d'autoévaluation de la qualité des soins	Résidences et centres de jour
	Loi I n° 5670 sur les établissements pour personnes âgées de la Ville de Buenos Aires	Inspections	Établissements résidentiels et centres de jour privés
	RESOL-2023-896-INSSJP-DE#INSSJP — Programme d'attention intégrale dans les résidences de longue durée pour personnes âgées	Normes minimales d'infrastructure, ressources humaines, services, coûts et paiements pour les résidences prestataires de l'INSSJP	Résidences de longue durée et résidences psycho gériatologiques
Barbade	Règlements sur les services de santé, 2005	Règles d'infrastructure selon le type d'établissement	Tout le personnel de santé
Bolivie	Résolution n° 002/2021 (ministère de la Santé, Agence d'État de surveillance de la santé).	Normes de base et standards pour la prise en charge intégrale dans les centres de longue durée pour personnes âgées Règles relatives à l'infrastructure, aux matériaux et aux services, inspections et ressources humaines	Résidences de longue durée
Brésil	Résolution du Conseil collégial n° 502 (2021). Fonctionnement des établissements de soins de longue permanence pour personnes âgées	Normes minimales d'infrastructure, ressources humaines et conditions de sécurité pour les travailleurs	Résidences de longue durée
Chili	Règlement des établissements de soins de longue durée pour personnes âgées (2021)	Normes minimales d'infrastructure, conditions de sécurité pour les travailleurs, formation minimale exigée et dotation du personnel (tit. IV, art. 14–20)	Résidences de longue durée
Colombie	Loi 1315 de 2009. Conditions minimales assurant une prise en charge digne des personnes âgées dans les centres de protection, centres de jour et établissements de soins.	Critères d'admission, règles relatives au personnel	Centres de protection, centres de jour et résidences
	Normes de qualité	Règles concernant les ressources humaines, la formation, le renforcement des capacités et l'état des installations	Centres de jour, maisons gériatriques, soins à domicile et téléassistance
Costa Rica	Décret exécutif n° 44730-S : Norme pour l'habilitation des foyers de longue durée pour les soins intégrés aux personnes âgées (2024)	Exigences minimales concernant les ressources humaines (qualifications, dotation par spécialité) et mesures de sécurité/infrastructure	Résidences de longue durée
République dominicaine	Règlement des centres d'attention intégrale pour personnes âgées	Exigences minimales pour les centres de soins	Résidences et centres de jour
Équateur	Norme technique pour la mise en œuvre et la prestation de services d'attention et de soins pour personnes âgées (2018)	Dispositions concernant les ressources humaines (profils, gestion, remplacements, recrutement) et mesures de sécurité et de qualité	Soins de jour et en établissement, soins à domicile et centres sociaux
El Salvador	Politique nationale de coresponsabilité des soins 2022–2030	Dispositions visant à élargir et améliorer l'infrastructure des centres de soins pour personnes en situation de dépendance	Résidences et centres de jour
Honduras	Loi intégrale de protection des personnes âgées et des retraités (2007)	Formation de ressources humaines techniques et professionnelles ; organismes de supervision ; ressources humaines ; infrastructure et équipement des établissements de soins pour personnes âgées et retraitées	Centres de jour et résidences



PAYS	NOM	RÉGLEMENTATION	SECTEUR COUVERT
Pérou	Décret suprême n° 007-2018 de la Loi 30490, Loi de la personne âgée	Normes minimales d'infrastructure, ressources humaines et hygiène	Centres de jour et résidences
Trinité-et- Tobago	Politique nationale sur le vieillissement (2006/7)	Soins de santé et normes pour les hôpitaux et centres de soins	Résidences

Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.

Un exemple de mesures de santé et de sécurité concerne les ratios de personnel, qui définissent le nombre d'aidantes par résident. Disposer de ratios adéquats est essentiel pour garantir que les personnes résidentes reçoivent les soins dont elles ont besoin et pour prévenir les conséquences négatives (mentales, physiques et émotionnelles) pour celles et ceux qui fournissent les soins. Cependant, il n'existe pas de consensus international clair sur les ratios idéaux.

Dix pays d'Amérique latine et des Caraïbes réglementent cet aspect (l'Argentine, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, le Pérou et l'Uruguay), comme le montre le **tableau 6.6** . Dans la plupart d'entre eux, le nombre requis d'aidantes augmente en fonction du degré de dépendance des résidents et varie également selon qu'il s'agisse du jour ou de la nuit. Par exemple, au Chili, une personne aidante est requise pour six personnes âgées en situation de dépendance sévère ; pour les personnes présentant une dépendance légère ou modérée, le ratio est d'un pour douze durant la journée et d'un pour quinze durant la nuit. De manière similaire, en Bolivie, le nombre d'auxiliaires de soins infirmiers exigé augmente selon le niveau de dépendance : deux pour 20 résidents ayant des besoins légers, cinq pour 20 ayant des besoins modérés et davantage encore pour les situations de dépendance plus sévère. En Colombie, la dotation en personnel par résident est déterminée par le ministère de la Santé et de la Protection sociale selon la taille du centre.⁸¹ En Équateur, les ratios diffèrent entre les résidences et les centres de jour : dans les résidences, ils sont d'un pour dix durant la journée et d'un pour quinze durant la nuit ; dans les centres de jour, d'un pour trente-cinq. L'Uruguay établit un ratio d'un pour dix dans les centres de jour et, dans les résidences, d'un travailleur pour cinq résidents dépendants durant la journée et d'un pour dix pendant les services nocturnes. À la Barbade, les foyers pour personnes âgées exigent une personne aidante pour dix résidents, tandis que les foyers de soins infirmiers requièrent une infirmière diplômée pour huit résidents. Au Pérou, les établissements de soins de longue durée exigent une personne aidante pour dix usagers, avec le même ratio pour les centres de jour ; dans les centres nocturnes, le nombre d'aidantes dépend des besoins de l'établissement.

81. Loi 1315/2009.



Les pays qui fixent des ratios de personnel établissent généralement aussi des exigences concernant la composition de la main-d'œuvre. Par exemple, pour les résidents en situation de dépendance sévère en Argentine, il est exigé, par poste, un infirmier diplômé pour 30 résidents, un auxiliaire de soins infirmiers pour sept résidents et un assistant gériatrique pour dix résidents.⁸² D'autres pays, comme le Costa Rica, ne définissent pas de ratios numériques, mais imposent des règles relatives à la composition du personnel dans les établissements de soins. Ainsi, les foyers de longue durée doivent avoir accès à des professionnels en psychologie, nutrition, physiothérapie, ergothérapie, travail social, médecine générale, gériatrie et odontologie.

TABLEAU 6.6 RATIOS ET EXIGENCES EN MATIÈRE DE PERSONNEL

PAYS	RÉGLEMENTATION SUR LES RATIOS ET LA COMPOSITION DU PERSONNEL	
Argentine	Résolution 3315/2023 : Directives pour l'organisation et le fonctionnement des résidences pour personnes âgées	Les exigences de dotation dans les établissements de soins de longue durée augmentent selon le niveau de dépendance des résidents.
Barbade	Règlements sur les services de santé, 2005	Exigences de dotation pour les foyers de personnes âgées et pour les résidences disposant de services infirmiers.
Bolivie	Résolution n° 002/2021 : Normes de base pour la prise en charge des personnes âgées dans les centres d'accueil de longue durée	Les exigences de dotation dans les établissements de soins de longue durée augmentent selon le niveau de dépendance des résidents.
Bésil	Résolution du Conseil collégial n° 502 (2021) : Fonctionnement des établissements de soins de longue durée pour personnes âgées	Les exigences de dotation dans les établissements de soins de longue durée augmentent selon le niveau de dépendance des résidents
Chili	Règlement des établissements de soins de longue durée pour personnes âgées (2021)	Les exigences de dotation dans les établissements de soins de longue durée augmentent selon le niveau de dépendance des résidents.
Colombie	Loi 1315 de 2009 : Conditions minimales garantissant une prise en charge digne des personnes âgées dans les centres de protection, centres de jour et établissements de soins	Les exigences de dotation dans les établissements de soins de longue durée augmentent selon le niveau de dépendance des résidents.
Costa Rica	Décret exécutif n° 44730-S (2024) : Norme pour l'autorisation et l'habilitation des foyers de longue durée pour l'attention intégrale aux personnes âgées	Composition du personnel dans les foyers de soins résidentiels.
Équateur	Norme technique pour la mise en œuvre et la prestation de services d'attention et de soins pour personnes âgées (2018)	Exigences en matière de personnel pour les soins de jour, à domicile, résidentiels et dans les centres sociaux.
Pérou	Décret suprême n° 007-2018 de la Loi 30490, Loi de la personne âgée	Exigences en matière de personnel pour les centres résidentiels et de jour.
Uruguay	Décret n° 356/016 : Réglementation, habilitation et supervision des services de soins pour personnes âgées, art. 19	Les exigences de dotation pour les centres de jour et les résidences augmentent selon le niveau de dépendance des résidents.


Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.

82. Résolution 3315/2023, Argentine. La plupart des provinces disposent de réglementations locales pour le fonctionnement des établissements de soins de longue durée pour personnes âgées, qui fixent généralement les ratios aidant-résident.




Un défi majeur pour la santé et la sécurité des aidantes consiste à définir et mettre en œuvre des mesures dans les environnements à domicile, ce qui est intrinsèquement difficile en raison de la nature même du travail, réalisé dans l'intimité des foyers des personnes recevant des soins.

6.4 Les pays soutiennent une main-d'œuvre durable dans les soins de longue durée grâce au développement des compétences

Une stratégie clé pour développer la main-d'œuvre des soins de longue durée consiste à offrir, améliorer et étendre les programmes de formation et d'étude. Les pays de la région ont sensiblement renforcé la disponibilité, l'accessibilité et le contenu de ces programmes. Comme le détaille le **tableau D.1** , quatre d'entre eux (la Colombie, El Salvador, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay) ont inclus explicitement l'amélioration et l'expansion des possibilités de formation et de certification dans leurs politiques de soins ou de vieillissement.


6.4.1 Les pays de la région continuent de faire face à des difficultés pour aligner les compétences des personnes aidantes sur la demande du marché du travail


Adapter en permanence les compétences des travailleuses et travailleurs aux besoins du secteur des soins de longue durée demeure un défi en Amérique latine et dans les Caraïbes. L'une des raisons est l'absence d'une définition claire de la profession d'aidant (voir la **section 6.2** ) , ce qui complique l'identification des compétences nécessaires.

De nombreux pays ont conçu des profils professionnels comme première étape vers une formation mieux orientée et plus standardisée

Les pays élaborent généralement des profils professionnels afin d'identifier et de cartographier les compétences requises pour une profession donnée. Ces profils décrivent en détail les fonctions, les tâches et les caractéristiques du poste. Ils sont généralement développés à partir de l'expérience du marché du travail (prestataires de soins de longue durée) et des caractéristiques de la population nécessitant des services (âge, prévalence des besoins de soins, disponibilité d'aidantes familiales, etc.). Par exemple, une personne présentant une dépendance légère et vivant à domicile requiert des compétences et une formation différentes de celles d'une per-



sonne en situation de dépendance sévère résidant dans un établissement. Une fois le profil professionnel défini, le pays peut élaborer des cadres de compétences et des programmes d'études standardisés (voir la [section 6.4.2](#) ) afin d'orienter l'offre de compétences en fonction de la demande du marché.

Plusieurs pays de la région disposent déjà de profils professionnels pour les aidantes de personnes âgées (Argentine, Barbade, Brésil, Chili, Colombie, Équateur, République dominicaine — uniquement pour le secteur public —, Mexique, Trinité-et-Tobago et Uruguay). Ces profils sont décrits plus en détail dans le [tableau 6.7](#) . En outre, El Salvador est en train d'élaborer un profil dans le cadre de sa Politique nationale de coresponsabilité sociale des soins (ISDEMU, 2024).⁸³ La Bolivie et le Mexique ont développé un profil professionnel pour les personnes travaillant de manière rémunérée dans les foyers et dont les fonctions recoupent celles des aidantes. De même, la Jamaïque et le Honduras ne disposent que de profils pour le personnel sanitaire.

L'Argentine, le Brésil et l'Uruguay utilisent le même profil professionnel pour les personnes aidantes qui travaillent à domicile et en institution, tandis que d'autres pays, comme le Mexique et l'Équateur, définissent des profils distincts selon le type de service. La Colombie a également défini deux profils, différenciés non pas par le lieu de travail (domicile ou résidence), mais par l'orientation des soins fournis : les aidantes d'appui personnel sont davantage axées sur l'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne, tandis que les aidantes institutionnelles se concentrent davantage sur le soutien lié à la santé et travaillent généralement sous la supervision de personnel sanitaire. La même distinction existe au Costa Rica. Certaines provinces d'Argentine (Mendoza, Río Negro et Entre Ríos) ont défini des profils spécifiques pour les aidantes polyvalentes, c'est-à-dire des travailleuses pouvant fournir des soins aussi bien à domicile qu'en résidence ou dans des environnements sanitaires. Dans d'autres pays, les profils des aidantes sont liés à un seul cadre de travail : par exemple, aux soins à domicile à la Barbade et aux soins résidentiels à Trinité-et-Tobago.

Le Chili a franchi une étape supplémentaire en définissant une trajectoire de progression professionnelle pour chaque profil (depuis les soins primaires jusqu'à la direction d'une résidence) (OIT, 2023). Le pays est également en train de définir de nouveaux profils à ajouter à la liste existante, tels que les aidantes gérontologiques, les assistantes sociales communautaires et les aidantes de personnes en situation de dépendance sévère.

⁸³. Axe stratégique 6.

**TABLEAU 6.7 PROFILS PROFESSIONNELS**


PAYS	PROFIL PROFESSIONNEL	DOMAINE	TÂCHES INCLUSES
Argentine	Aidant de personnes âgées	Domiciles privés ; établissements de soins résidentiels et non résidentiels	Soutenir dans les AVQ et AIVQ ; administrer des médicaments ou d'autres tâches de santé sous la supervision de personnel infirmier ou médical.
	Profils d'aidant polyvalent à Mendoza, Río Negro, Entre Ríos, Chaco et Ville de Buenos Aires	Domiciles privés et/ou établissements de santé publics ou privés	Soutenir dans les AVQ, AIVQ, l'accès aux services de santé et aux besoins physiologiques ; coordonner avec le personnel sanitaire et d'autres professionnels ; informer les personnes âgées et les relier à la communauté.
Barbade	Travailleur d'aide à domicile	Domiciles privés	Assister/superviser dans les AVQ et AIVQ ; administrer des médicaments.
Bolivie	Travailleur domestique rémunéré	Domiciles privés	Soutenir dans les AVQ ; apporter un appui aux membres de la famille.
Brésil	Aidant de personnes âgées	Domiciles privés et centres résidentiels/ de jour	Soutenir dans les AVQ et AIVQ ; superviser les traitements médicaux ; promouvoir des activités sociales.
Chili	Assistant sociocommunautaire	Organisations non gouvernementales ; établissements publics et privés	Fournir des services d'appui sociocommunautaire.
	Travailleur de maison particulière	Domiciles privés	Soutenir dans les AVQ et AIVQ.
	Aidant primaire	Organisations non gouvernementales ; établissements publics et privés	Soutenir dans les AVQ ; fournir des soins primaires.
Colombie	Aidant personnel à domicile	Domiciles privés	Soutenir dans les AVQ, AIVQ ; accompagner dans la vie quotidienne.
	Aidant personnel institutionnel	Établissements de soins	Soutenir dans les AVQ ; appui lié à la santé sous supervision de personnel sanitaire.
Costa Rica	Assistant à domicile pour personnes âgées	Domiciles privés	Administrer des médicaments, assurer le suivi de l'état de santé, accompagner les personnes dans les activités de la vie quotidienne et pour les injections
	Professionnel en soins infirmiers dans les services intégrés pour personnes âgées	Domiciles privés, centres de jour et autres établissements de soins	Créé pour permettre aux professionnels des institutions de standardiser et optimiser leurs fonctions et compétences afin d'améliorer la qualité des services fournis dans ces centres.
Équateur	Aidant	Centres gérontologiques résidentiels	Soutenir dans les AVQ ; appui à la rééducation ; administrer des médicaments ; suivi de santé.
	Aidant / animateur d'ateliers	Centres gérontologiques de jour	Soutenir dans les AVQ et dans les activités sociales et de stimulation
Mexique	Aidant de personnes âgées en institutions	Établissements de soins résidentiels	Soutenir dans les AVQ et AIVQ ; rééducation ; stimulation cognitive.
	Aidant de personnes âgées à domicile	Domiciles privés	Planifier l'assistance et les soins de base ; soutenir dans les AVQ et AIVQ ; assister dans les soins de santé à domicile.



PAYS	PROFIL PROFESSIONNEL	DOMAINE	TÂCHES INCLUSES
Trinité-et-Tobago	Assistant de soins	Établissements de soins de longue durée et foyers gériatriques	Communiquer sur le lieu de travail ; suivre les politiques de santé et de sécurité ; planifier et organiser les tâches ; soutenir dans les AVQ ; collaborer aux évaluations ; maintenir l'environnement ; préparer les lits ; effectuer des mesures cliniques ; appliquer les premiers secours de base.
Uruguay	Aidants	Environnements de soins résidentiels et à domicile	Assister des personnes en situation de dépendance dans une approche fondée sur les droits ; promouvoir l'autonomie et le bien-être ; répondre aux besoins de base, instrumentaux et avancés ; garantir la qualité du service et améliorer les conditions de soins.

Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.

De nombreux pays travaillent également à la création de cadres de compétences

Les cadres de compétences définissent les aptitudes essentielles dont les travailleuses et travailleurs de chaque profil professionnel ont besoin pour exercer leurs fonctions de manière adéquate. Ainsi, les profils professionnels servent de base à l'élaboration de cadres de compétences, lesquels peuvent ensuite être utilisés pour concevoir des programmes d'études standardisés au niveau national (voir la [section 7.2](#) ). Huit pays de la région (l'Argentine, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, le Mexique, l'Uruguay et Trinité-et-Tobago) disposent déjà de cadres de compétences pour le secteur des soins de longue durée, et El Salvador est en train de développer le sien.

Les profils professionnels décrits ci-dessus incluent déjà les cadres de compétences pour chaque occupation spécifique en Argentine, au Chili, en Colombie et en Uruguay. Dans d'autres pays (le Costa Rica,⁸⁴ l'Équateur,⁸⁵ le Mexique et Trinité-et-Tobago), les cadres de compétences sont définis séparément. Par ailleurs, le nombre et le type de compétences varient selon le pays. L'Argentine et l'Uruguay, par exemple, définissent cinq domaines, mais avec des approches très différentes. Alors que l'Argentine opte pour des compétences cognitives, psychomotrices, physiques, sensorielles et numériques — chacune pondérée selon son importance pour la profession —, l'Uruguay définit l'organisation des ressources pour optimiser les soins, le soutien des activités quotidiennes selon les besoins individuels, la promotion de l'intégration sociale, la compréhension de la réglementation des centres de soins et la connaissance de la législation du travail, avec des descriptions détaillées des aptitudes, connaissances et responsabilités requises dans chaque domaine.

84. Cadre de qualifications pour l'assistance intégrale aux personnes âgées, ministère de l'Éducation publique, Costa Rica.

85. Protocole d'attention intégrale pour les personnes âgées dans les centres et services gérontologiques, Équateur.



Certains pays définissent des fonctions très différenciées au sein de la main-d'œuvre des soins de longue durée, tandis que d'autres adoptent un cadre plus unifié entre les différents environnements de soins. Au Chili, les compétences exigées pour chaque profil sont très distinctes. Pour le profil d'aidant primaire, elles incluent l'assistance aux personnes en situation de dépendance dans les activités quotidiennes, le soutien au maintien de la santé et le suivi de l'application des plans d'intervention. En revanche, l'assistant sociocommunautaire doit gérer l'accès aux services sociaux, coordonner les soutiens en réseau et offrir du répit aux aidantes primaires. En Colombie, les cadres de compétences pour les aidantes personnelles à domicile et pour les aidantes en institution sont très similaires : les deux profils requièrent des compétences en communication, écoute active, pensée critique, relations interpersonnelles et travail en équipe. La seule différence est que les aidantes à domicile doivent savoir suivre des instructions, tandis que les aidantes institutionnelles doivent évaluer et assurer le suivi des activités.

Le Mexique adopte une approche plus pratique pour définir les compétences requises des aidantes formelles. Son cadre pour les aidantes à domicile (Soins de base aux personnes âgées à domicile⁸⁶) décrit les tâches qu'il est attendu qu'elles réalisent, au lieu d'établir de grands domaines de compétences. Récemment, l'Institut national de gériatrie et le Conseil national de normalisation et de certification des compétences professionnelles (CONOCER) ont lancé la Norme de compétence en soins centrés sur la personne pour les personnes âgées en situation de dépendance fonctionnelle,⁸⁷ afin de progresser dans la professionnalisation des aidantes (CONOCER, 2024). Pour les aidantes de personnes âgées dans les établissements d'assistance sociale permanents ou temporaires, un cadre distinct s'applique.⁸⁸

Enfin, El Salvador et le Costa Rica élaborent un programme national de formation pour la formation des aidantes personnelles (Cadre national de qualifications, 2019). À titre préliminaire, les deux pays travaillent à caractériser et définir des profils de compétences pour les aidantes ainsi que les tâches qu'elles devront accomplir.

6.4.2 Les pays imposent des exigences très différentes pour travailler dans le secteur des soins de longue durée

Comme indiqué au chapitre 4, dans la majorité des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, les aidantes rémunérées disposent d'une formation relativement limitée. Environ une sur trois travaille sans formation, et un autre tiers n'a réalisé qu'un auto-apprentissage ou des cours courts

⁸⁶. *Cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio.*

⁸⁷. Norme de compétence EC1519.01. Soins centrés sur la personne âgée en situation de dépendance fonctionnelle.

⁸⁸. Norme de compétence EC0665. Prise en charge des personnes âgées dans des établissements d'assistance sociale permanents ou temporaires.

de moins de 60 heures (voir la section 4.3). Les cours de longue durée, de 150 heures ou plus, sont peu fréquents, en particulier en Amérique centrale et dans certaines parties des Caraïbes.

La plupart des pays fixent des exigences minimales de scolarité relativement faibles pour accéder à la formation

Plusieurs pays (comme le Chili, le Honduras, la Jamaïque, le Pérou, le Mexique, la République dominicaine et l'Uruguay) permettent que des personnes n'ayant terminé que le primaire, voire sans scolarité formelle aucune, s'inscrivent à un cours de formation pour aidantes personnelles (voir le **tableau 6.8** ☹, **panneau A** ☹). D'autres pays, comme l'Argentine, la Barbade, la Bolivie, la Colombie, l'Équateur, le Guyana et Trinité-et-Tobago, exigent un diplôme d'enseignement moyen ou secondaire. Au Costa Rica, les exigences éducatives varient selon l'institution offrant la formation : les institutions publiques et les universités, comme l'Institut national d'apprentissage (INA) et Université publique d'enseignement à distance (UNED), exigent le diplôme d'enseignement secondaire, tandis que certaines institutions privées peuvent ne requérir que le primaire.

En revanche, le personnel infirmier du secteur des soins de longue durée est soumis à des exigences d'admission plus élevées, allant du diplôme de fin d'études secondaires à des diplômes techniques. Le diplôme de fin d'études secondaires constitue une exigence courante pour entamer des études en sciences infirmières en Argentine, au Brésil, en Bolivie, au Chili, en Colombie,⁸⁹ au Costa Rica, en République dominicaine, en Équateur, au Salvador, au Honduras, en Jamaïque, au Pérou et à Trinité-et-Tobago. Un groupe plus restreint de pays, comme la Barbade et le Guyana, exige des compétences plus spécialisées et requiert un diplôme technique postsecondaire pour la formation en soins infirmiers. De plus, le Mexique exige le bachillerato, un niveau éducatif situé entre l'enseignement secondaire et l'université, généralement suivi par des élèves âgés de 15 à 18 ans.

De nombreux pays n'imposent que des exigences minimales en termes de parcours éducatif et de formation au personnel infirmier qui fournit des soins de longue durée

Dans la plupart des pays, il n'est pas exigé que les aidantes personnelles disposent d'un niveau minimum de formation ou d'une certification de compétences pour travailler dans des services officiels de soins de longue durée (voir le **tableau 6.8**, **panneau B** ☹). Pour que l'éducation et la

⁸⁹. En 2013, le Service national d'apprentissage, en alliance avec le ministère de la Santé, a créé un programme pour les opérateurs de soins de base destinés aux personnes en situation de dépendance fonctionnelle. La condition d'admission était d'avoir achevé l'enseignement de base.

formation soient considérées comme formelles, elles doivent être reconnues par des normes ou des règlements nationaux et satisfaire certains critères approuvés ou accrédités par une autorité gouvernementale (comme un ministère ou un secrétariat de l'Éducation, de la Santé ou du Travail). Elles donnent lieu à une certification, une qualification ou une licence officielle valable pour l'emploi ou la reconnaissance professionnelle. Plusieurs pays (l'Argentine, le Costa Rica, la République dominicaine, la Barbade, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay) exigent que les personnes aidantes suivent ce type de formation formelle — par opposition à la formation non formelle ou informelle⁹⁰ — pour pouvoir travailler dans une institution accréditée. En Uruguay, les aidantes disposent de deux voies pour obtenir la reconnaissance officielle : suivre la formation formelle ou passer par une série d'étapes visant à obtenir une certification de compétences professionnelles fondée sur l'expérience ou sur des connaissances préalables.

Les programmes officiels de formation, lorsqu'ils existent, varient largement en termes de durée (voir le **tableau 6.9** ☹). Peu d'entre eux dépassent les 260 heures recommandées par le Protocole ibéro-américain de formation en soins. La Barbade exige à la fois une formation formelle et une certification de compétences pour exercer comme aidante personnelle : le Conseil de formation professionnelle de la Barbade propose un cours de deux semestres comme programme principal, bien que d'autres institutions dispensent des cours similaires. Quel que soit l'établissement où la formation est suivie, toutes les candidates doivent réussir le même examen de certification de compétences pour être habilitées. Au Costa Rica, le cours de 700 heures destiné aux aidantes personnelles est dispensé par l'Institut national d'apprentissage (INA). En Uruguay et en République dominicaine, des institutions publiques et privées accréditées proposent des cours formels plus courts (152 heures en Uruguay, dont 62 heures de stage pratique ; 200 heures en République dominicaine, dont 120 consacrées à la pratique).⁹¹ En Équateur, la formation officielle correspond à un diplôme technique universitaire de deux ans, comprenant un minimum de 240 heures, avec des stages dans des résidences de longue durée, des centres de jour ou dans un hôpital spécialisé dans les soins aux personnes âgées. Elle n'est obligatoire que pour travailler dans les services du secteur public. De plus, les aidantes personnelles doivent certifier leurs compétences auprès d'un centre de formation reconnu par le ministère du Travail afin d'obtenir une licence, qui doit être renouvelée tous les trois ans.

Comme indiqué dans la **section 6.2** ☹, les aidantes à domicile en Argentine doivent être inscrites au Registre national des aidants à domicile. Elles doivent en outre respecter l'exigence minimale


90. La formation informelle correspond à un apprentissage empirique, « sur le tas », sans programme ni certification, et ne constitue pas une formation intentionnelle. La formation non formelle est un apprentissage organisé et structuré qui a lieu en dehors du système éducatif formel et peut conduire à un certificat, bien que généralement pas à un diplôme reconnu par le gouvernement.

91. Par l'Institut national de formation technique professionnelle (INFOTEP).



nationale de 200 heures de formation pour pouvoir s'enregistrer. Une fois inscrites, le nombre exact d'heures nécessaires pour obtenir la certification (l'habilitation officielle à exercer la profession) n'est pas fixé de manière centralisée au niveau national, mais déterminé par chaque juridiction provinciale ou municipale. Par exemple, comme mentionné, la Ville de Buenos Aires propose un cours obligatoire en présentiel de 400 heures, comprenant un stage à domicile, en institution et en communauté. À l'issue de la formation, les personnes diplômées reçoivent un certificat national reconnu par le ministère de l'Éducation, qui leur permet de s'inscrire au Registre national des aidants à domicile. Cette pratique contribue également à accroître l'emploi formel dans le secteur des soins.

Le Chili et El Salvador travaillent à la définition d'exigences minimales de formation pour les aidantes personnelles. Le Chili est en train de concevoir un programme de formation formelle pour les aidantes personnelles, qui exigera un minimum de 120 heures, avec des composantes pratiques. El Salvador élabore un nouveau programme d'études et des laboratoires pratiques pour une formation « apprendre en faisant » qui devrait établir des exigences minimales afin d'élever les niveaux éducatifs actuellement faibles parmi les aidantes.

De nombreux pays proposant des cours de formation formelle les offrent gratuitement (par exemple, l'Argentine ou l'Uruguay) ou avec des frais subventionnés (par exemple, la Barbade et l'Équateur). À la Barbade, les personnes qui suivent la formation à temps partiel paient des frais. En Équateur, les travailleuses et travailleurs affiliés au ministère de l'Inclusion économique et sociale bénéficient de réductions. À Trinité-et-Tobago, les exigences éducatives pour devenir assistant de soins aux patients — la profession la plus comparable à celle d'aidante, bien qu'avec une forte orientation sanitaire — sont fixées par un organisme du ministère de l'Éducation, le Programme de partenariat pour la formation et l'emploi des jeunes (YTEPP⁹²). La participation coûte 200 T\$ (29,46 US\$). Le **tableau 6.9**  donne plus de détails sur ces programmes.

Dans le cas du personnel infirmier (voir le tableau 6.8, panneau B), la majorité des pays exige une formation formelle. Ainsi, Trinité-et-Tobago requiert une éducation formelle avec une formation spécifique en gériatrie, mais uniquement pour celles et ceux qui travaillent dans des foyers gériatriques. À la Barbade et en Jamaïque, les personnes qui terminent leurs études en sciences infirmières reçoivent une licence délivrée par le Conseil des soins infirmiers, qui doit être renouvelée tous les deux ans (Parlement de la Barbade, 2008 ; Conseil des soins infirmiers de la Jamaïque, 2018).

92. Youth Training and Employment Partnership Program. Voir : <https://www.ytepp.edu.tt/k-course/patient-care-assistant/https://health.gov.tt/careers/nursing> et <https://www.ytepp.edu.tt/k-course/patient-care-assistant/>

**TABLEAU 6.8 QUALIFICATIONS MINIMALES**

PANNEAU A : QUALIFICATIONS MINIMALES POUR COMMENCER UNE FORMATION OU UN COURS ÉDUCATIF POUR TRAVAILLER DANS LES SOINS DE LONGUE DURÉE	
Aidantes dans les soins de longue durée	Personnel infirmier dans les soins de longue durée
Enseignement primaire ou sans exigence minimale : Chili, Costa Rica, Honduras, Jamaïque, Pérou, Mexique, République dominicaine (éducation de base), Uruguay (éducation de base)	Enseignement secondaire : Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, El Salvador, Honduras, Jamaïque, Pérou, Trinité-et-Tobago
Enseignement secondaire complet : Argentine, Barbade, Bolivie, Costa Rica (Institut national d'apprentissage, Université d'État à distance), Colombie, Équateur, Guyana, Trinité-et-Tobago	Diplôme technique postsecondaire : Barbade, Guyana Bachillerato : Mexique
PANNEAU B : QUALIFICATIONS MINIMALES REQUISES POUR EXERCER DANS LES SOINS DE LONGUE DURÉE	
Aidantes dans les soins de longue durée	Personnel infirmier dans les soins de longue durée
Formation / éducation formelle : Argentine, Barbade, Costa Rica, Équateur (secteur public), République dominicaine, Trinité-et-Tobago, Uruguay	Formation / éducation formelle : Argentine, Barbade, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Pérou, République dominicaine, Trinité-et-Tobago
Sans exigence minimale : Brésil, Bolivie, Chili, El Salvador, Honduras, Jamaïque, Mexique, Pérou	Licence / inscription au conseil professionnel : Barbade, Jamaïque

Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.

Notes : Le renouvellement de la licence se fait généralement de manière périodique, par exemple en réussissant un examen, en justifiant d'une formation continue, en attestant d'une expérience par un emploi prolongé dans le domaine ou en payant des frais.

**TABLEAU 6.9 DURÉE ET COÛT DES PROGRAMMES DE FORMATION FORMELS ET OBLIGATOIRES**

PAYS	FORMATION	DURÉE	COÛT	INSTITUTION	INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES
Argentine	Cours de formation pour aidants à domicile	Min. 200 heures	Gratuit	Registre national des aidants à domicile (Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios) ; ministère du Capital humain	Chaque juridiction provinciale ou municipale fixe le nombre exact d'heures nécessaires pour la certification (par exemple, 400 heures dans la Ville de Buenos Aires).
Barbade	Soins aux personnes âgées	Deux semestres	Frais subventionnés uniquement pour les étudiantes et étudiants à temps plein	Conseil de la formation professionnelle de la Barbade (Barbados Vocational Training Board)	
République dominicaine	Soins et prise en charge des personnes âgées	200 heures (dont 120 heures de pratique)	Gratuit	Institut national de formation technique professionnelle (Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional)	Modalité en présentiel ou virtuelle.
Équateur	Diplôme technique universitaire de deux ans	200 heures	Frais subventionnés pour les travailleuses et travailleurs affiliés au ministère de l'Inclusion économique et sociale	Divers prestataires	Comprend des stages en résidences de longue durée, centres de jour et dans un hôpital spécialisé dans les soins aux personnes âgées. Obligatoire uniquement pour travailler dans les services du secteur public.
Trinité-et-Tobago	Cours d'assistant en soins aux patients	Information non disponible	TT\$ 200	Programme de formation et d'emploi pour les jeunes (Youth Training and Employment Partnership Program)	
Uruguay	Cours de base en prise en charge de la dépendance	152 heures (dont 62 heures de pratique)	Gratuit	Système national intégré de soins (Sistema Nacional Integrado de Cuidados) ; ministère du Développement social	

Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.

6.4.3 Les pays renforcent et reconnaissent les compétences acquises tout au long de la vie

De nombreux pays disposent de cours non obligatoires, ce qui génère un paysage de formation hétérogène

En l'absence de programmes officiels de formation, dans de nombreux pays les aidantes doivent recourir à des cours non formels. Ces cours peuvent être organisés et structurés, mais sont dispensés en dehors du système éducatif formel. Bien qu'ils puissent délivrer un certificat, ils ne sont généralement pas accrédités par des organismes publics. Dans les pays où il n'existe



aucune autre formation accréditée, ces offres sont utilisées comme formation initiale ; dans d'autres, elles fonctionnent comme des opportunités d'apprentissage continu et de spécialisation tout au long de la carrière professionnelle.⁹³ Bien que les cours formels standardisés soient la formule idéale pour former les personnes qui fournissent des soins, lorsqu'ils n'existent pas, les cours non formels peuvent apporter certains savoirs et compétences. Ils sont dispensés par différents types d'organisations (telles que des universités publiques et privées, des ONG, des institutions publiques et le secteur privé à but lucratif), ce qui génère un paysage de formation hétérogène. Étant donné le niveau éducatif comparativement faible des travailleurs de ce secteur (dont une forte proportion ne sont pas allés au-delà du primaire), la formation continue et le renforcement des compétences revêtent une importance particulière dans la région.

Plusieurs pays, comme la Barbade, le Guyana et l'Équateur, proposent une offre éducative vaste, comprenant des cours non formels qui respectent la recommandation de durée du Protocole ibéro-américain (260 heures). Par exemple, le Barbados Community College offre un diplôme de troisième cycle d'un an en soins infirmiers gérontologiques.⁹⁴

Il existe des cours non formels plus courts en Bolivie, au Brésil, au Chili, au Salvador, au Guyana et en Uruguay (Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée). Au Salvador, des prestataires publics comme privés proposent des programmes de formation pour aidantes personnelles, d'une durée moyenne de 200 heures, dont 20 % consacrés à la pratique. Le Guyana dispose de nombreuses options de formation pour les personnes aidantes, bien qu'aucune ne soit obligatoire pour travailler dans le secteur. La formation continue est assurée par le ministère de la Santé (formation pour agents de santé communautaire), l'Université du Guyana (programme de 60 heures en soins aux personnes âgées), la Carnegie School of Home Economics (certificat d'un an en soins aux personnes âgées) et les centres d'apprentissage pour adultes.

Au Chili, le ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, par l'intermédiaire du Service national de la formation et de l'emploi (SENCE), propose le programme gratuit Service de soins de base intégrés pour les personnes âgées, une initiative qui certifie des compétences en matière de soins et soutient l'augmentation de l'emploi formel dans les services de soins, y compris l'élaboration de plans d'affaires. En Bolivie, l'École de gestion publique plurinationale propose un cours virtuel et asynchrone sur les soins de longue durée destinés aux personnes âgées

93. La formation initiale (également appelée formation d'entrée) renvoie à la formation préalable à l'emploi pour une profession et se divise en général en deux étapes : une formation de base, suivie de spécialisations. En revanche, la formation continue (ou perfectionnement) est une formation ciblée dispensée après la formation professionnelle initiale afin de compléter, améliorer ou actualiser les connaissances, compétences et/ou aptitudes acquises précédemment.

94. Voir : <https://bcc.edu.bb/Divisions/HealthSciences/Academics/Programmes/HSDPGYRIPT/>



dans les centres résidentiels. Ce cours de 50 heures, soutenu par le ministère de la Justice, coûte 100 Bs (14,5 US\$) et est ouvert aux agents publics ainsi qu'au personnel des institutions privées. L'Uruguay, dans le cadre de sa stratégie visant à soutenir les aidantes travaillant dans son Système national intégré de soins, a de même lancé une série d'ateliers pour partager des connaissances, des bonnes pratiques et des outils destinés à améliorer la performance relationnelle et professionnelle, afin d'élever la qualité des services (Balsa et al., 2025). Au Brésil, la formation des aidantes personnelles est principalement assurée par des organisations de la société civile. Le ministère de la Santé propose occasionnellement des cours à distance, mais ceux-ci sont sporadiques et ne sont pas standardisés.

En Argentine, au Honduras, en Jamaïque, au Pérou et à Trinité-et-Tobago, les options sont plus limitées. En Argentine, les personnes inscrites au Registre national des aidants à domicile peuvent accéder à une formation gérontologique continue en ligne ainsi qu'à des opportunités professionnelles élargies. En Jamaïque, le campus Mona de l'Université des Indes occidentales a introduit une formation en soins de longue durée, d'abord à Kingston puis en cours d'expansion vers d'autres régions. Toutefois, la formation des aidantes personnelles dans le pays n'est toujours pas standardisée et les écoles privées élaborent leurs propres programmes d'études. Au Honduras, le Centre d'études de la femme propose des diplômes en soins de longue durée destinés aux travailleuses domestiques.

Les prestataires de formation dans la région sont un mélange d'organisations publiques, privées et de la société civile. Au Pérou, l'Assurance sociale de santé (EsSalud) est le principal prestataire de formation en soins pour les personnes âgées. Cette formation est complétée par celle de la Croix-Rouge, qui propose également des cours avec une orientation sanitaire. À Trinité-et-Tobago, le Geriatric Adolescent Partnership Program, un programme de formation de courte durée, met en relation des jeunes avec des personnes âgées et rapproche la profession des jeunes (entre 17 et 35 ans) en leur donnant des compétences pour fournir des soins gériatriques et de l'accompagnement.

En général, les cours de formation dans la région privilégient les compétences techniques et ont tendance à laisser de côté d'autres aspects essentiels, tels que l'autosoin, la résilience émotionnelle, la communication et la promotion de projets de vie à un âge avancé. Ces lacunes demeurent un défi majeur pour la formation dans les soins de longue durée (voir **l'encadré 6.1** )



ENCADRÉ 6.1 LES PROGRAMMES DE FORMATION MANQUENT DE CONTENUS ESSENTIELS SUR LE SOUTIEN ÉMOTIONNEL ET L'AUTOSOIN

La majorité des programmes de formation dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes se concentre sur les compétences techniques et accorde moins d'attention à la gestion de la charge émotionnelle liée à la prestation de soins. Ils manquent également de composantes importantes sur l'autosoin et la résilience émotionnelle. Plusieurs études antérieures ont montré qu'en Colombie, au Costa Rica et en Uruguay, la formation destinée aux travailleuses et travailleurs des soins de longue durée tend à se focaliser principalement sur des compétences techniques liées aux soins de santé ou à l'hygiène et au confort : beaucoup moins d'importance est accordée à des compétences telles que la communication, la gestion du temps, l'autosoin et la promotion de projets de vie à un âge avancé, éléments fondamentaux de l'approche des Soins centrés sur la personne. En d'autres termes, certains composants de cette approche sont présents, mais ils ne sont pas intégrés de manière systématique dans les programmes d'études (Aldaz Arroyo et al., 2023). Le **chapitre 7** approfondit l'approche des Soins centrés sur la personne et souligne l'importance de l'intégrer pleinement dans les programmes de formation.

Comme mentionné au **chapitre 4**, les personnes aidantes sont exposées à des niveaux significatifs de maltraitance verbale et physique, et une sur cinq présente des symptômes de dépression. Bien que ces résultats soient également observés dans les pays de l'OCDE, en Amérique latine et dans les Caraïbes les travailleuses et travailleurs sont peu préparés à gérer les exigences émotionnelles de leurs fonctions, comme le confirment les données recueillies au Chili. En combinant des méthodes quantitatives et qualitatives, des chercheurs du ministère du Développement social et de la Famille ont constaté que les aidantes identifient trois domaines principaux dans lesquels elles auraient besoin de développer des compétences : l'assistance technique ou professionnelle pour les soins (61 %) ; le partage des responsabilités de soins avec d'autres personnes (57 %) ; et le soutien psychosocial ou l'attention portée à leur propre santé (52 %) (ministère du Développement social et de la Famille du Chili, 2024b).

Certains pays de la région commencent à combler cette lacune. Par exemple, l'Uruguay a élaboré le Manuel pour humaniser les soins (ministère du Développement social de l'Uruguay, 2022), un document qui offre aux aidantes des outils pratiques d'autosoins pour atténuer l'usure physique et émotionnelle liée à leurs responsabilités. Pour sa part, le système costaricien collabore avec l'Ordre des professionnels en psychologie afin de mettre en œuvre des tests psychométriques visant à garantir l'aptitude des personnes recrutées dans les établissements de soins de longue durée (Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée).

La formation continue dans le secteur n'est généralement obligatoire que pour le personnel infirmier

À la Barbade, en Équateur et en Jamaïque, les programmes de formation continue sont obligatoires pour les infirmières travaillant dans le secteur des soins de longue durée une fois la certification ou la licence obtenue (ministère de la Santé de la Barbade, 2015 ; Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée). En Équateur, cette obligation s'applique uniquement aux personnes travaillant dans les services sociaux du ministère de l'Inclusion économique et sociale. En Argentine, seules les personnes aidantes (désignées comme « assistantes gérontologiques ») de la Ville de Buenos Aires doivent suivre une formation continue obligatoire pour renouveler leurs accréditations.

Plusieurs pays reconnaissent les acquis antérieurs pour faciliter l'accès à la formation et à l'emploi

Les initiatives visant à reconnaître les apprentissages, compétences et expériences préalables des personnes travaillant dans le secteur des soins sont courantes. Elles permettent d'attester officiellement l'expertise, les capacités et les aptitudes liées à une occupation donnée, indépendamment du fait que les connaissances aient été acquises par une formation formelle ou par des voies informelles. Étant donné que de nombreuses aidantes travaillent de manière informelle, ces initiatives permettent de valoriser et de reconnaître leurs compétences, facilitant ainsi leur intégration dans le marché du travail formel. Elles peuvent donc constituer une première étape vers des parcours de formation progressifs soutenant leur évolution professionnelle.

Plusieurs pays (le Chili, la Colombie, l'Équateur, la République dominicaine, le Guyana et l'Uruguay) disposent de ce type de programmes, et El Salvador est en train d'en développer un. Dans tous ces pays, les personnes pouvant démontrer un certain nombre d'années d'expérience dans le secteur passent par un processus d'évaluation des compétences. Si leurs résultats sont probants, elles reçoivent une certification leur permettant de travailler dans des institutions accréditées. Outre l'expérience préalable, la Colombie et l'Uruguay prennent également en compte la formation antérieure, même lorsqu'il ne s'agit pas de la formation officiellement exigée.

Le Costa Rica et l'Uruguay ont mis en place des dispositions particulières pour certifier les aidantes institutionnelles (personnes travaillant dans des résidences de longue durée ou des centres de jour). En Uruguay, par exemple, les aidantes ayant plus de deux ans d'expérience dans des résidences peuvent obtenir une certification de compétences professionnelles. L'institution doit présenter directement une candidature en soumettant une liste de travailleurs à évaluer



(pour les 300 places disponibles chaque année).⁹⁵De manière similaire, au Costa Rica, une collaboration entre l'unité des ressources humaines du ministère de la Santé, l'Institut mixte d'aide sociale (IMAS) et l'Institut national d'apprentissage (INA) vise à certifier les travailleurs ayant de l'expérience dans les foyers de longue durée et les centres de jour. Ceux-ci seront évalués au moyen d'examens et, en cas de succès, une certification et une licence leur seront accordées. La formation et la certification seront offertes gratuitement, en présentiel comme en ligne.

6.5 Dans la région, les premières mesures sont prises pour accroître la productivité dans le secteur des soins de longue durée

Les pays explorent aujourd'hui trois grandes stratégies pour améliorer la productivité dans le secteur des soins de longue durée : améliorer la composition des compétences de la main-d'œuvre, promouvoir l'utilisation de la technologie et libérer des ressources grâce à une meilleure coordination entre les services sociaux, de santé et de soins de longue durée. Si la section 6.4 abordait les efforts visant à améliorer la composition des compétences de la main-d'œuvre, notamment par la standardisation de la formation et le perfectionnement, cette section se concentre sur les deux autres stratégies : la technologie et l'amélioration de la coordination avec les services de santé.

6.5.1 Certains pays encouragent l'utilisation de la technologie, mais les approches restent hétérogènes

Pour l'instant, les politiques visant à accroître la productivité dans le secteur des soins de longue durée ne constituent pas une priorité dans la région. Une explication possible est que la pénurie de personnel n'est pas encore aussi aiguë que dans la majorité des pays de l'OCDE et que les ressources disponibles pour l'innovation sont limitées. En outre, stimuler les gains de productivité n'est pas simple dans un secteur fortement tributaire du travail humain : de nombreuses tâches réalisées par les équipes de santé et du secteur social sont difficiles à automatiser et doivent être effectuées par une personne.

95. Voir : <https://www.inefop.uy/uruguay-certifica-cuidados> et <https://universidad.claeh.edu.uy/blog/cuidadores-recibieron-certificados-de-competencias-uclaeh-fue-el-centro-evaluador/>

Néanmoins, tirer parti de la technologie (par exemple, au moyen de capteurs et d'alarmes, en facilitant l'échange électronique d'informations ou en réduisant les tâches répétitives et physiquement exigeantes) reste une option valide pour aider les aidantes à consacrer davantage de temps à l'attention personnelle des personnes dont elles s'occupent. Le **chapitre 7** présente des exemples de ces initiatives dans le secteur des soins de longue durée dans les pays de l'OCDE, ainsi que dans le secteur de la santé en Amérique latine et dans les Caraïbes. Dans le domaine des soins de longue durée spécifiquement, le Chili propose des services de téléassistance (voir l'**encadré 2.3**). En outre, en Uruguay, le Système national intégré de soins offre un service de téléassistance subventionné pour les personnes âgées de plus de 70 ans présentant une dépendance fonctionnelle légère ou modérée.⁹⁶

6.5.2 Les politiques visant à améliorer la coordination avec les services de santé ou les services sociaux restent limitées

La coordination entre les soins de longue durée et les services de santé et/ou sociaux est particulièrement importante pour les personnes âgées, dont les besoins variés requièrent souvent une prise en charge multidisciplinaire. L'absence de coordination entre les systèmes de soins de longue durée et le système de santé augmente le risque d'hospitalisations inutiles, de séjours hospitaliers prolongés et de réadmissions (OCDE, 2024 ; Steventon et al., 2018). Aranco et al. (2024) estiment que la disponibilité de services de soins de longue durée pourrait éviter 7 % des journées d'hospitalisation des personnes âgées au Mexique et 12 % au Brésil. Le manque de coordination a également un effet négatif sur le bien-être des professionnelles des soins de longue durée, car il peut entraîner des doublons de tâches et accroître les charges de travail (OCDE, 2020).

Bien qu'essentielle, la coordination entre les soins de longue durée et les services de santé et/ou sociaux reste rare dans la région. La mettre en place est complexe, car différents services sont fournis par des établissements distincts (parfois même par des ministères différents) et fonctionnent avec leurs propres règles, législations et mécanismes de financement. Malgré cela, il existe des expériences qui méritent d'être soulignées, et l'**encadré 6.2** présente d'autres exemples d'efforts de coordination au sein même du secteur des soins.

En 2011, le Costa Rica a mis en place le Réseau de prise en charge progressive pour les soins intégrés des personnes âgées (CONAPAM, 2012). Son objectif est d'organiser l'attention avec une approche centrée sur la personne, en apportant un soutien pour les activités (instrumentales) de la vie quotidienne ainsi que pour d'autres besoins que la personne peut avoir (émo-

96. Voir : <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/teleasistencia-casa>



tionnels, sanitaires, économiques ou culturels). Une évaluation du réseau a conclu qu'il répond aux besoins de la population et qu'il serait souhaitable d'en élargir la couverture, par exemple au moyen de campagnes de sensibilisation et de formation du personnel administratif (Villavicencio Salas, 2017).

En Colombie, la Politique publique nationale sur le vieillissement et la vieillesse 2022–2033 vise à renforcer les services et à promouvoir la communication entre les services de santé et les services sociosanitaires afin d'utiliser les ressources de manière plus efficace. L'une des voies envisagées consiste à ajuster la définition des services sociosanitaires et à élaborer un registre national des prestataires de services sociosanitaires (ministère de la Santé et de la Protection sociale de Colombie, 2024).

Au Brésil, une initiative locale à Belo Horizonte (Maior Cuidado) met en évidence les avantages de l'intégration des services sociaux et de santé. Le programme, développé conjointement par le Secrétariat municipal de la Santé et le Secrétariat municipal de l'Assistance sociale, fournit une assistance à domicile aux personnes âgées en situation de vulnérabilité et de dépendance. Des équipes intersectorielles composées d'infirmiers, de travailleurs sociaux et d'agents communautaires de santé collaborent pour examiner les cas nouveaux et existants et élaborer des plans individuels de soins. Des évaluations indépendantes montrent que le programme a amélioré la santé des personnes âgées et le bien-être des aidantes familiales, tout en générant des économies dans le secteur de la santé (Lloyd-Sherlock et al., 2024 ; Lloyd-Sherlock et al., 2025).



ENCADRÉ 6.2 COORDONNER LA PRISE EN CHARGE DANS LE SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE EN AMÉRIQUE LATINE ET DANS LES CARAÏBES


Dans de nombreux pays de la région, la coordination des soins est un concept relativement nouveau dont le développement ne fait que commencer. Le Brésil,¹ la Colombie,² le Costa Rica, le Pérou³ et Trinité-et-Tobago⁴ l'ont intégrée dans leurs politiques nationales de vieillissement et de soins, reconnaissant son importance pour les soins de longue durée. Plusieurs pays ont créé des instances de coordination. Par exemple, le Conseil national de politique économique et sociale de la Colombie tâche d'équilibrer l'autonomie territoriale avec le maintien d'un cadre unifié de prestation dans un système de santé décentralisé où tous les services sont fournis au niveau municipal. De même, la politique nationale de soins du Costa Rica a conduit à la création du Système national de soins et d'appuis (SINCA), qui facilite la coordination intersectorielle et interinstitutionnelle entre les différentes organisations impliquées dans la fourniture de soins de longue durée (par exemple, les ministères, l'Institut national d'apprentissage, l'Institut mixte d'aide sociale).

La Bolivie⁵ a créé le Conseil de coordination sectorielle « Pour une vieillesse digne » afin de centraliser la réglementation et la supervision des centres de jour pour personnes âgées (ministère de la Justice et de la Transparence institutionnelle de Bolivie, 2021).

Au Pérou, le ministère de la Femme et des Populations vulnérables a mis en place un groupe de travail sectoriel temporaire pour coordonner les actions de soins et améliorer les services ainsi que les conditions des aidantes rémunérées et non rémunérées.

Enfin, le Guyana ne dispose pas d'une politique spécifique visant à améliorer la coordination des services, mais ses programmes utilisent les critères et les outils de l'Integrated Care for Older People, qui propose des orientations sur la manière de fournir une prise en charge intégrée (OMS, 2024).

1. La Politique nationale de soins promeut l'intégration et la coordination des politiques publiques entre des secteurs clés, notamment la santé, l'assistance sociale et la sécurité sociale.
2. L'objectif de la Stratégie nationale de vieillissement sain de la Colombie est d'harmoniser le système de santé et de lui permettre de mieux répondre aux besoins des personnes âgées selon une approche de parcours de vie.
3. Le projet de loi visant à créer la politique nationale de soins inclut une disposition relative à la coordination des soins.
4. *Aging Policy* (Politique de vieillissement).
5. Loi générale sur les personnes âgées (Ley General de las Personas Adultas Mayores), n° 369, article 14.



7 La voie à suivre : vers
un renforcement des
ressources humaines dans
les soins de longue durée





Les personnes aidantes constituent l'ossature des soins de longue durée : qu'elles apportent des soins sans rémunération ou qu'elles perçoivent un salaire, que ce soit en établissement ou à domicile, elles sont essentielles pour garantir la qualité de l'attention. Toutefois, malgré ce rôle crucial, leur travail est souvent sous-valorisé. Les soins non rémunérés comme les soins rémunérés sont associés à des niveaux de revenu plus faibles. Pour celles qui apportent des soins sans rémunération, cela s'explique par le fait que les responsabilités de soins affectent leur participation au marché du travail, le nombre d'heures travaillées et le type d'emploi auquel elles peuvent accéder (**chapitre 3** ☺). Pour les aidantes rémunérées, entrent en jeu les bas salaires du secteur, les faibles taux d'emploi formel et de protection du travail, ainsi que la forte prévalence du travail à temps partiel (**chapitre 4** ☺). Comme indiqué précédemment, les aidantes familiales comme les aidantes rémunérées ont davantage de probabilités que la population générale de présenter des symptômes de dépression et des niveaux élevés de stress lorsqu'elles ne reçoivent pas les soutiens adéquats.

Les pays de la région reconnaissent de plus en plus l'importance de soutenir celles et ceux qui apportent des soins. Le **chapitre 5** ☺ a mis en évidence les avancées dans la conception de mécanismes d'appui permettant aux aidantes familiales de mieux concilier travail et soins et d'être davantage préparées pour faire face aux défis liés à l'attention d'une personne en situation de dépendance fonctionnelle. De même, le **chapitre 6** ☺ a décrit les politiques existantes visant à améliorer les conditions de travail des aidantes rémunérées, qui vont de la fixation de salaires minima et de l'élargissement de la couverture de sécurité sociale à la conception et la mise en œuvre de programmes de formation. Toutefois, malgré les progrès réalisés, d'important défis subsistent.

Ce chapitre se concentre sur la voie à suivre et examine des initiatives supplémentaires que les pays pourraient mettre en œuvre pour améliorer la situation de celles et ceux qui apportent des soins, rémunérés ou non rémunérés.



7.1 Améliorer la qualité de l'emploi dans les soins de longue durée

7.1.1 Les investissements visant à professionnaliser l'emploi dans les soins de longue durée sont essentiels pour en accroître la qualité

Les pays devraient investir dans la professionnalisation des emplois dans les soins de longue durée afin d'en améliorer la qualité. Dans ce processus, les politiques d'emploi et de développement des compétences, la formation (présentée dans la [section 7.2](#)) et la certification jouent un rôle central (OIT, 2023).

Une étape clé vers la professionnalisation de la main-d'œuvre des soins consiste, pour les institutions nationales, à enregistrer et reconnaître les profils professionnels et à certifier les compétences, un domaine dans lequel plusieurs avancées dans la région ont été présentées au [chapitre 6](#). Au Brésil, par exemple, la définition d'un profil professionnel pour les personnes aidantes a augmenté les niveaux d'emploi formel (Valenzuela, Scuro et Vaca, 2020). Ainsi, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes qui n'ont pas encore progressé dans ce processus peuvent adopter une approche plus structurée, en suivant des exemples comme celui de l'Italie. Dans ce pays, l'Association nationale des familles employeurs de travail domestique (DOMINA)⁹⁷ a joué un rôle central dans l'élaboration de la convention collective nationale et dans la définition d'un contrat de travail standardisé pour les travailleuses et travailleurs domestiques, y compris les aidantes de longue durée, les nourrices et le personnel de nettoyage. Parallèlement, l'association a créé l'Observatoire national du travail domestique⁹⁸ afin de suivre et d'analyser les tendances du secteur, d'appuyer l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes et de contribuer au perfectionnement de la convention collective nationale. Ces initiatives ont fortement stimulé la professionnalisation et la réglementation des aidantes et travailleuses domestiques en Italie : en 2023, on comptait 834 000 travailleuses domestiques formelles, dont près de la moitié (49,6 %) étaient des aidantes (DOMINA, 2024).

L'orientation professionnelle et les services d'intermédiation sur le marché du travail sont également essentiels. Ils permettent notamment d'aider les personnes à définir leurs objectifs professionnels et à définir des trajectoires d'emploi à partir de l'analyse de leur situation (intérêts, compétences, attitudes, niveau d'éducation et expérience) ainsi que de la dynamique du marché du travail local. Ils aident aussi à soutenir les personnes en recherche d'emploi grâce à des services reliant l'offre et la demande de postes dans les soins de longue durée. Cette in-

97. Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestici (Association nationale des employeurs de travail domestique)

98. Osservatorio del Lavoro Domestico (Observatoire du travail domestique)

termédiation peut être mise en œuvre en collaboration avec le secteur privé, comme détaillé plus loin dans cette section.

7.1.2 Les aidantes ont besoin d'une couverture plus large de sécurité sociale

Renforcer l'emploi formel dans le secteur améliore la qualité de vie des aidantes en leur offrant, à elles et à leurs familles, une protection des revenus en cas de vieillesse, de perte de l'emploi, de maladie, de handicap ou de décès. Cela contribue également à rendre le secteur plus attrayant pour les travailleuses et travailleurs potentiels.

Comme indiqué au **chapitre 6**, les pays de la région ont réalisé des avancées dans l'augmentation de l'emploi formel dans le secteur, soit par des actions spécifiques ciblant les personnes aidantes (comme en République dominicaine ou en Uruguay), soit de manière indirecte, au moyen d'efforts plus larges visant à formaliser le travail domestique en général (Argentine, Brésil et Uruguay). Toutefois, plusieurs défis structurels limitent ces progrès : le manque de coordination entre les politiques, l'hétérogénéité des profils de travailleuses informelles, la prévalence des emplois à temps partiel, la capacité institutionnelle limitée, la faible participation des travailleuses et travailleurs à la formulation des politiques et le fait qu'une grande partie des soins est apportée dans les foyers, où il est difficile d'effectuer des inspections (OIT, 2018).

Les plateformes numériques et les chèques-service comme modèles innovants pour élargir l'emploi formel dans le secteur

Simplifier l'accès aux systèmes de sécurité sociale constitue une stratégie directe pour formaliser l'emploi parmi les personnes qui apportent des soins. Ainsi, les pays peuvent développer des systèmes d'affiliation souples et faciles d'utilisation, qui reflètent la diversité des conditions de travail du secteur (temps partiel ou temps plein, un ou plusieurs employeurs, coopératives, etc.). Ces systèmes réduisent la complexité administrative et simplifient les démarches qui constituent souvent des obstacles tant pour les employeurs que pour les travailleuses et travailleurs.

Les plateformes numériques et les chèques-service constituent des moyens pour parvenir à cette simplification. Il s'agit d'outils innovants qui offrent un mécanisme unifié permettant de fluidifier les transactions et de renforcer la transparence, la reddition de comptes et la traçabilité. La mise en place de ces plateformes exige des capacités techniques et une volonté politique visant à créer des bases de données intégrées et exhaustives dotées de systèmes robustes de sécurité et de protection (OIT, 2024). À cet égard, l'outil eSocial du Brésil et le Formulaire intégré de paiement des cotisations en Colombie, tous deux mentionnés au **chapitre 6** représentent de bons exemples dans la région.




En dehors de l'Amérique latine et des Caraïbes, la plateforme française Pajemploi permet aux employeurs de gérer de manière numérique les contrats, les salaires et les horaires des personnes qui apportent des soins, tout en assurant une gestion fluide des cotisations de sécurité sociale. Bien qu'elle soit limitée aux soins des jeunes enfants (jusqu'à six ans), cette expérience pourrait être adaptée au secteur des soins de longue durée. Sur cette plateforme, les bénéficiaires doivent employer une assistante certifiée ou un prestataire de garde d'enfants sous contrat à durée indéterminée et reçoivent une subvention couvrant partiellement les salaires et les cotisations patronales. De plus, Pajemploi propose un modèle de contrat conforme aux conditions de travail (salaire, durée du travail, congés, etc.) que les deux parties doivent signer. Chaque mois, les employeurs rémunèrent leurs travailleuses et déclarent en ligne la période travaillée et la rémunération correspondante. À partir de ces informations, Pajemploi prélève le salaire net sur le compte de l'employeur, une fois prises en compte les cotisations et les subventions. Parallèlement, les travailleuses et travailleurs reçoivent un justificatif de paiement électronique contenant des informations personnalisées sur leurs droits. Par ailleurs, il existe un système simplifié appelé Pajemploi+, pour lequel les deux parties doivent s'enregistrer d'un commun accord : dans ce cas, l'employeur se limite à déclarer le salaire et la plateforme effectue le paiement directement à la travailleuse. Cela réduit les charges administratives, améliore la transparence, minimise l'utilisation d'argent liquide et favorise le respect des obligations réglementaires. En numérisant les paiements, la plateforme assure une plus grande traçabilité des transactions et offre un meilleur contrôle financier. Cette plateforme est gérée par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).

Toujours en France, le Chèque emploi-service universel (CESU) constitue un exemple probant de l'utilisation de chèques-service pour déclarer et gérer des relations de travail — à temps plein ou partiel, régulières ou occasionnelles — dans les services à la personne, y compris ceux liés aux soins. Le CESU, également géré par l'URSSAF, est conçu pour simplifier l'embauche et le paiement des personnes aidantes en intégrant le salaire et les cotisations de sécurité sociale. Les personnes s'inscrivent comme employeurs sur le site du CESU, déclarent les heures travaillées et la rémunération, et la plateforme traite ces informations. L'URSSAF calcule et recouvre les cotisations, et les employeurs peuvent demander des déductions fiscales. À l'instar de Pajemploi+, il existe un mécanisme simplifié appelé CESU+, dans lequel les employeurs ne déclarent que le salaire de la période correspondante. À titre d'avantage non salarial, certaines entreprises remettent à leurs employées des chèques CESU préfinancés, qui peuvent être utilisés pour payer des services à la personne. En simplifiant ces démarches, le CESU réduit la complexité administrative pour les employeurs tout en garantissant que les aidantes accèdent à des protections essentielles, y compris l'assurance maladie, les allocations de chômage et les pensions.

Stimuler l'emploi formel des personnes aidantes au moyen d'incitations fiscales

Les incitations fiscales destinées aux deux parties du contrat de travail constituent une autre stratégie essentielle pour accroître l'emploi formel des personnes aidantes, puisqu'elles réduisent le coût des cotisations de sécurité sociale. Ainsi, les gouvernements peuvent appliquer des mesures telles que des exemptions, des crédits d'impôt ou des réductions de cotisations, tant pour les employeurs que pour les aidantes.

Bien que d'une portée limitée, les exemples de l'Argentine et du Mexique présentés au **chapitre 6**  sont pertinents, car ils intègrent des dispositifs de déduction spécifiquement orientés vers les dépenses de soins (OIT, 2018). En dehors de la région, en France, les résidents d'établissements de soins de longue durée peuvent bénéficier de déductions fiscales pour les dépenses liées à la dépendance, à condition de remplir certaines conditions.^{99 100} Ces incitations ciblées allègent non seulement la charge financière des familles et des personnes ayant besoin de soins, mais elles encouragent aussi le respect des règles de l'emploi formel et contribuent à consolider une main-d'œuvre de soins de longue durée plus solide et mieux régulée.

Renforcer la surveillance pour accroître l'emploi formel des aidantes

Pour être efficaces, les politiques visant à étendre l'emploi formel doivent s'accompagner de mécanismes garantissant leur correcte application. Cela suppose de doter les autorités des ressources humaines et financières nécessaires pour inspecter et contrôler les établissements de soins de longue durée, ainsi que de concevoir des moyens créatifs de rendre ces politiques exécutoires dans le cas des soins à domicile (Suaya, Kaplan et Etcheverry, 2023).

Le secteur du travail domestique offre de bons exemples de la manière d'y parvenir. Dans la région, l'Argentine, le Chili et l'Uruguay ont augmenté la part des emplois formels dans ce secteur en renforçant la capacité de l'État à garantir que les employeurs respectent la loi. Pour une description détaillée de ces politiques, voir Suaya, Kaplan et Etcheverry (2023).

Adapter les réglementations pour tenir compte du travail indépendant

Les personnes travaillant à leur compte cumulent souvent plusieurs emplois, ce qui implique des horaires et des durées de travail irréguliers, ce qui à son tour complique le respect des obligations réglementaires et le calcul de leurs cotisations de sécurité sociale (Azuara et al., 2023).

99. La réduction d'impôt correspond à 25 % des dépenses engagées au cours de l'année, avec un plafond de 10 000 euros (11 700 dollars) par personne.

100. Le crédit d'impôt peut atteindre 50 % des dépenses de l'année, avec un plafond de 12 000 euros (14 000 dollars).

Comme indiqué au **chapitre 4**, de nombreuses aidantes rémunérées travaillent à leur compte (voir le **tableau 4.8**), ce qui complique leur intégration au système de sécurité sociale. Toutefois, il existe différentes stratégies pour renforcer leur protection sociale. Les incitations fiscales (présentées précédemment) sont efficaces pour encourager l'emploi formel. D'autres mécanismes, tels que les retenues automatiques et les systèmes d'information interopérables permettant d'estimer les revenus totaux provenant de différentes sources, peuvent renforcer la capacité de contrôle de l'État.

7.1.3 Tirer parti des initiatives du secteur privé qui améliorent la qualité de l'emploi dans les soins de longue durée

Le secteur privé joue un rôle essentiel dans la prestation de services de soins de longue durée, qu'ils soient financés par le secteur public ou par les familles. Même dans les pays où les gouvernements n'ont pas avancé dans la création de systèmes de soins, des entités privées, lucratives ou non lucratives, offrent des services demandés par les familles. Ces entités font partie, de manière croissante, de l'« économie argentée » (Okumura et al., 2020 ; Jiménez et al., 2021) et apportent investissement, expertise et innovation, ce qui peut contribuer à répondre à l'augmentation prévue de la demande de soins de longue durée. Le secteur privé a également le potentiel de générer des millions d'emplois dans l'économie du soin au cours des prochaines décennies. Ainsi, en complément des services publics, les gouvernements peuvent promouvoir l'essor de l'offre privée de soins de longue durée, en réglementer la qualité et en favoriser l'accessibilité financière.

De Anca et al. (2025) ont élaboré une feuille de route pour développer un écosystème entrepreneurial de soins de longue durée en Amérique latine et dans les Caraïbes. Ce plan s'adresse aux gouvernements (par exemple au niveau municipal) qui souhaitent tirer parti du potentiel du secteur privé. Deux éléments essentiels contribuent à améliorer la qualité des emplois dans les soins : la création de plateformes reliant les personnes aidantes à la demande de services de soins de longue durée et la création de coopératives d'aidantes. Ces deux éléments sont présentés en détail ci-après.

Les plateformes pourraient améliorer l'accès à l'emploi en connectant les personnes aidantes à la demande de soins de longue durée

Ces dernières années, start-ups et gouvernements ont commencé à développer des plateformes (sites internet ou applications mobiles) permettant de mettre en relation les services fournis par des aidantes indépendantes avec les familles susceptibles de les employer. Lors-



qu'elles bénéficient du soutien des gouvernements, ces plateformes peuvent s'inscrire dans le cadre d'initiatives plus larges visant à cartographier l'offre existante de soins de longue durée (foyers, résidences, centres de jour, etc.).

Ces plateformes inscrivent les aidantes rémunérées et enregistrent des informations essentielles pour les personnes souhaitant les employer. Elles permettent, par exemple, de vérifier l'identité, de réaliser des contrôles d'antécédents judiciaires, ainsi que de connaître et de confirmer leur niveau de formation. Elles intègrent souvent des micro-modules de formation destinés à renforcer les compétences et peuvent aussi permettre aux employeurs d'évaluer la qualité du service reçu, afin que les aidantes construisent une réputation professionnelle. Cette évaluation peut être consultée par d'autres familles en recherche de services de soins, ce qui contribue à combler un déficit d'information qui, autrement, ne pourrait être résolu qu'au moyen de références personnelles au niveau local.

Les familles qui recherchent une personne aidante définissent des critères de sélection (par exemple les jours et horaires du service, l'expérience liée à certaines conditions comme la démence, le type de formation suivie) et accèdent à une liste d'aidantes répondant à ces exigences. Elles peuvent ensuite les contacter et entamer un échange (par exemple au moyen d'un chat intégré à la plateforme) qui peut aboutir à un contrat. Les familles peuvent également créer une offre d'emploi et attendre que les candidats les contactent.

Les gouvernements qui soutiennent ces initiatives cherchent à élargir les possibilités d'emploi des aidantes et à formaliser progressivement leur travail. Actuellement, de nombreuses personnes aidantes qui sont employées comme travailleuses domestiques ne disposent pas de contrat écrit et ne cotisent donc pas à la sécurité sociale. Après leur inscription sur les plateformes, elles peuvent accéder à des formations et passer plus facilement à des emplois offrant de meilleures conditions de travail. Les gouvernements peuvent, de leur côté, accéder à des informations sur les aidantes et leur parcours professionnel.

Bien que les plateformes offrent un potentiel important pour élargir les possibilités d'emploi, des préoccupations subsistent quant à la qualité des emplois qu'elles génèrent. L'expérience générale du travail sur plateformes dans la région se caractérise par des conditions précaires, notamment l'insécurité de l'emploi et des revenus, ainsi que l'absence de protections du travail et de protections sociales (CEPALC et OIT, 2021). C'est pourquoi les gouvernements qui encouragent l'emploi dans les soins au moyen de plateformes devraient élaborer ou faire appliquer des cadres réglementaires appropriés protégeant les travailleuses et travailleurs du secteur des soins.

Un exemple de ce type de plateforme est Cuidarlos, un marché numérique de services de soins de longue durée à domicile en Argentine. Cette plateforme, qui agit comme intermédiaire entre



les personnes aidantes et les familles qui les emploient, propose également des formations en soins de longue durée dont les contenus sont élaborés en collaboration avec la Fondation INECO.¹⁰¹ Actuellement, plus de 10 000 personnes aidantes formées y sont inscrites, ce qui en fait la plus grande base de données du pays pour les aidantes de personnes âgées. Cuidarlos a également établi des partenariats avec des gouvernements locaux (dans la ville de Buenos Aires et la province de San Juan) afin de promouvoir l'inscription, la formation et l'emploi d'aidantes individuelles.

Le secteur privé a développé d'autres plateformes qui opèrent comme intermédiaires entre les familles et les aidantes, en prélevant un pourcentage du salaire de la personne aidante. Par exemple, la plateforme brésilienne Nonno met en relation des familles et des entreprises avec plus de 850 professionnelles et professionnels inscrits pour des soins à domicile ou en établissement. À la différence de Cuidarlos ou de Cuidar.cr, Nonno, qui opère dans 56 municipalités de quatre États du sud du Brésil, se charge elle-même de l'appariement entre les utilisateurs et les aidantes.

Les coopératives rendent le marché des soins moins fragmenté et élargissent les possibilités de développement professionnel des aidantes

Les coopératives constituent un modèle de plus en plus répandu pour la prestation de soins de longue durée, avec des avantages tant pour les aidantes que pour les personnes âgées et leurs familles. Elles peuvent en effet atténuer plusieurs des problèmes les plus urgents auxquels ce groupe est confronté : conditions de travail précaires et peu sûres, surcharge émotionnelle et physique, ainsi que manque de formation. En agissant comme intermédiaires entre les aidantes et les usagers, les coopératives peuvent superviser des aspects essentiels de la relation de travail (contrats, accès à la sécurité sociale et horaires), ce qui offre un appui et une sécurité accrues aux aidantes, des éléments essentiels dans le cadre d'une activité professionnelle exigeante et éprouvante. Elles favorisent en outre la professionnalisation de leurs membres grâce à des possibilités de formation.


Du point de vue des familles, recourir à des services de soins par l'intermédiaire de coopératives libère des responsabilités juridiques et administratives liées au rôle d'employeur. Cela réduit également les interruptions de service propres à l'emploi d'une seule personne (congés maladie ou vacances), puisque d'autres membres de la coopérative peuvent assurer les remplacements. Du point de vue des politiques publiques, il est plus simple de superviser et de contrôler lorsque les services sont fournis par une organisation plutôt que par des individus dispersés.

101. Institut de Neurologie Cognitive (<https://www.ineco.org.ar/>).



Un exemple est la coopérative espagnole Suara, basée en Catalogne et active depuis la fin des années 1980. Suara regroupe plus de 5 500 professionnelles et professionnels qui accompagnent les personnes tout au long du cycle de vie et propose près de 300 services (garde d'enfants, écoles, emploi, logement, formation professionnelle, santé et soins de longue durée). Elle est régie par une assemblée de sociétaires qui implique chaque membre dans la prise de décisions. Rien qu'en 2023, Suara a accompagné plus de 49 000 personnes.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, les coopératives de soins connaissent également une croissance. Depuis 2021, le gouvernement de l'Argentine — par l'intermédiaire de l'Institut national de l'associativisme et de l'économie sociale (INAES) — met en œuvre l'Incubadora de Cooperativas y Mutuales de Cuidado. Cette initiative promeut des coopératives et des mutuelles orientées vers les soins aux personnes âgées, l'enfance, le soutien aux personnes en situation de handicap et l'inclusion sociale et professionnelle de groupes vulnérables. Durant sa première année, celle-ci a travaillé avec 66 coopératives inscrites et a accompagné des associations dans leur transition vers le modèle coopératif. Elle a également organisé des ateliers et des cours pour les aidantes de personnes âgées, octroyé des aides financières pour des achats essentiels et fourni d'autres formes d'assistance afin de renforcer et de soutenir ces coopératives.

Le système national intégré de soins de l'Uruguay a commencé en 2022 à promouvoir des coopératives de personnes aidantes afin de compléter le modèle de prestataire individuel dans le Programme d'assistantes personnelles.¹⁰² Depuis sa création en 2016, ce programme repose sur des contrats privés entre aidantes et usagers, ce qui a engendré certaines difficultés : par exemple, lorsqu'une famille souhaitait changer de personne aidante, elle devait assumer des coûts de licenciement, et quelques cas d'irrégularités contractuelles et d'isolement ont été signalés. Pour répondre à ces problèmes, le gouvernement a lancé en 2022 un projet pilote permettant aux usagers d'employer des assistantes personnelles par l'intermédiaire de coopératives. En Uruguay, les coopératives participent au système des Conseils de salaires et, par conséquent, à la négociation collective (voir le **chapitre 6** ). Les usagers peuvent, de leur côté, s'appuyer sur la coopérative comme intermédiaire dans leur relation avec les aidantes. Douze coopératives de soins sont actuellement en activité dans le pays.

Les coopératives constituent également le modèle de prestation retenu par le gouvernement de la République dominicaine pour son programme Comunidades de Cuidado, lancé en 2021,¹⁰³ qui développe des solutions pour répondre aux besoins de soins des ménages à faible revenu

¹⁰². Ce programme subventionne 80 heures mensuelles de soins à domicile pour les personnes présentant une dépendance sévère aux soins et qui ont moins de 30 ans ou plus de 80 ans. Voir : <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/9769>.

¹⁰³. Voir : https://mepyd.gob.do/wpcontent/uploads/drive/VAES/Informes/Resumen%20ejecutivo%20Comunidades%20de%20Cuidado_MEPyD_WEB.pdf et <https://www.youtube.com/watch?v=zoJdWj2EQRl>.



et en situation de vulnérabilité, en allégeant leur charge économique et en favorisant la participation des femmes au marché du travail. En plus d'identifier les familles ayant des besoins de soins, l'initiative offre aux femmes et aux hommes liés au programme Supérate la possibilité de se former et de se certifier comme aidantes et aidants, créant ainsi de l'emploi et élargissant l'offre de travailleuses qualifiées. Le programme subventionne ce type de soins à domicile par l'intermédiaire de coopératives, tout en permettant à ces coopératives de proposer des services à des familles capables d'en assumer le coût.

7.1.4 Autres politiques pour améliorer les conditions de travail des personnes aidantes

Un ensemble d'outils complémentaires permet d'améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins de longue durée, à commencer par ceux qui favorisent la sécurité au travail. Certaines tâches de soins sont physiquement exigeantes (déplacer une personne dans et hors du lit, lui donner le bain, etc.) et peuvent entraîner des troubles musculosquelettiques chez les personnes aidantes. Il est donc important de concevoir des lignes directrices pour le lieu de travail et des techniques de soutien à la gestion, comme des protocoles fixant des exigences pour manipuler les personnes en toute sécurité, par exemple au moyen de dispositifs technologiques (Evanoff et al., 2003). De la même manière, des adaptations dans l'environnement domestique — comme une hauteur adéquate des sièges facilitant le passage de la position assise à la position debout — peuvent réduire les blessures du personnel (Coman et al., 2018). Ainsi, la Norvège offre de bons exemples d'interventions sur le lieu de travail (telles que l'ergonomie, l'entraînement physique et la thérapie cognitivo-comportementale), qui ont donné des résultats positifs dans la prévention des lombalgies chez les personnes qui assurent des tâches physiquement exigeantes dans les soins personnels (Rasmussen et al., 2013).

L'utilisation de technologies, y compris des technologies numériques (par exemple les capteurs et les tablettes), contribue également à améliorer et à accroître la productivité des postes liés aux soins. Ces technologies peuvent ainsi faciliter les tâches administratives, la coordination, le suivi et les déplacements, maximisant le temps que les travailleuses et travailleurs consacrent aux soins directs (OCDE, 2023a ; Eurocarers, 2024 ; NHS, 2019). En Finlande, le dispositif de téléassistance appelé « attention à distance » a aidé les travailleuses et travailleurs des soins de longue durée à réduire leurs temps de déplacement. Au Japon, des logiciels d'intelligence artificielle sont de plus en plus utilisés pour optimiser les horaires de prise en charge et de retour des usagers de centres de jour ou, par exemple, pour détecter des chutes, ce qui a également contribué à alléger la charge de surveillance des aidantes. En outre, l'intelligence artificielle a été envisagée ou déjà mise en œuvre pour prévenir des dommages évitables dans les environne-

ments de soins de longue durée (OCDE, 2023a). À mesure que les prix d'équipements avancés, tels que les robots, diminueront, il est probable que les solutions technologiques innovantes soient privilégiées (OCDE, 2024) et qu'elles se développent également en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Certains pays de la région ont commencé à intégrer des technologies dans leurs secteurs publics au moyen d'initiatives qui pourraient être utiles aux services de soins de longue durée si elles étaient étendues à ce domaine. Par exemple, le Brésil a créé en 2023 un Secrétariat de l'information numérique au sein de son ministère de la Santé, tandis que le Chili a lancé l'Hôpital numérique pour élargir l'accès aux spécialistes grâce à une infrastructure numérique (ministère de la Santé du Chili, 2022). L'utilisation de la télémedecine asynchrone au Chili permet à des spécialistes en gériatrie de fournir des soins à distance dans tout le pays, en abordant des affections complexes telles que la multimorbidité et la maladie d'Alzheimer (Congrès national du Chili, 2024). La Colombie et le Pérou ont également introduit des téléconsultations, bien qu'elles restent limitées au secteur de la santé générale. Ces technologies n'ont pas encore été appliquées aux soins de longue durée, mais elles ont montré leur potentiel pour améliorer la prestation des services. Leur extension à ce domaine pourrait ainsi améliorer les conditions de travail en offrant une plus grande flexibilité grâce à des services à distance, permettant aux professionnelles et professionnels de mieux gérer leurs charges de travail et, lorsque cela est approprié, de travailler depuis leur domicile.

7.2 Adopter une approche centrée sur la personne pour former les aidantes rémunérées et non rémunérées

Comme décrit aux **chapitres 3** et **4**, l'absence de formation : réduit la qualité des soins de longue durée et le bien-être des personnes qui apportent des soins, implique des niveaux plus élevés de stress et d'anxiété, et est liée à des salaires plus faibles et à une moindre satisfaction au travail (Husebø et al., 2019 ; Gresham et al., 2018 ; Rajamohan, Porock et Chang, 2019). Il est donc essentiel de garantir que les aidantes rémunérées et non rémunérées aient accès à une formation de qualité afin de protéger, promouvoir et renforcer la main-d'œuvre des soins de longue durée.

Dans le **chapitre 6**, nous avons décrit comment les pays de la région ont progressé dans la formation de la main-d'œuvre des soins de longue durée. Pour approfondir ces avancées, il est nécessaire d'intégrer de manière transversale une approche centrée sur la personne dans les cadres de formation, de concevoir des programmes qui répondent aux besoins tant des aidantes que des personnes recevant des soins et d'adapter la formation à l'évolution des besoins des personnes âgées. Cela peut être réalisé en élargissant l'offre de programmes de formation et en en améliorant l'accessibilité.



7.2.1 Intégrer de manière transversale l'approche centrée sur la personne dans les cadres de formation

Une approche de soins centrée sur la personne met au premier plan les droits, les préférences et la qualité de vie des personnes qui reçoivent des soins et repose sur les principes de dignité et d'attention personnalisée (Bermejo, 2021). Il a été démontré que les modèles d'attention centrée sur la personne réduisent de manière significative la quantité de médicaments administrés (Galiana et al., 2019 ; Husebø et al., 2019) et retardent la nécessité d'une prise en charge en établissement (Gresham et al., 2018). Ce dernier résultat revêt une importance particulière, étant donné que la majorité des personnes préfèrent vieillir à domicile et maintenir les liens avec leur environnement.


Passer d'un modèle traditionnel d'assistance médicale orienté vers le service à une approche globale centrée sur la personne exige un financement permettant de garantir des dotations de personnel adéquates, ainsi que des programmes de formation spécialement conçus à cet effet. En intégrant ces valeurs dans la formation, les systèmes de soins peuvent mieux répondre aux besoins complexes et changeants des personnes et, en définitive, offrir des soins de meilleure qualité. Le **tableau 7.1**  présente les principales différences entre l'approche centrée sur la personne et celle centrée sur le service.

TABLEAU 7.1 L'APPROCHE CENTRÉE SUR LE SERVICE ET L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE

APPROCHE CENTRÉE SUR LE SERVICE (LE SYSTÈME TRADITIONNEL)	APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE (L'OBJECTIF)
Se concentre sur les limitations et les faiblesses des personnes qui reçoivent des soins.	Se concentre sur la dignité et la valeur de chaque personne : ses valeurs, capacités, aptitudes et souhaits.
Les professionnels prennent les décisions.	Les personnes âgées et/ou celles qu'elles choisissent prennent les décisions.
Priorise des programmes, des plans, des thérapies et des protocoles.	Développe un projet de vie significatif, un plan pour un avenir possible et souhaitable.
Vision fondée sur les troubles des personnes âgées.	Vision globale et de développement des personnes âgées.
Traite les « situations problématiques » (troubles du comportement, comportements altérés) avec des approches visant à éviter ou minimiser des comportements considérés comme inappropriés.	Identifie les besoins non satisfaits et contribue à les satisfaire (en écoutant et en respectant la personne).
Inclut des croyances âgistes avec des stéréotypes et des préjugés sur les personnes âgées.	Reconnaît et valorise les différences et l'unicité de chaque personne. Considère la diversité humaine comme une valeur.
Utilise un langage technico-professionnel parfois dépréciatif et âgiste.	Utilise un langage non négatif, non discriminatoire et inclusif.

Source : Bermejo (2021).




Bien que certains pays d'Amérique latine et des Caraïbes aient commencé à intégrer des éléments du modèle centré sur la personne dans leurs programmes de formation, cette approche demeure minoritaire dans les programmes de la région. À cet égard, une approche de soins centrée sur la personne requiert une combinaison de compétences techniques, relationnelles et d'autosoins. Les compétences techniques incluent, par exemple, les pratiques permettant de déplacer une personne en toute sécurité et d'ajuster sa posture. Les compétences relationnelles englobent, entre autres, la communication efficace et l'accompagnement en fin de vie. Enfin, cette approche met un accent particulier sur le bien-être de celles et ceux qui apportent des soins, en leur enseignant des compétences d'autosoins pour identifier les signes d'épuisement et améliorer leur santé physique et émotionnelle (Aldaz Arroyo et al., 2023).

Une évaluation des programmes de formation en Colombie, au Costa Rica et en Uruguay montre que ceux-ci n'ont intégré l'approche centrée sur la personne que de manière partielle. Des éléments clés de cette approche — tels que la communication, la gestion du temps, la promotion de projets de vie à un âge avancé et les droits humains — y reçoivent une attention et un temps limités. Pour combler ces lacunes, les évaluateurs proposent quatre programmes de formation destinés aux aidantes dans les centres de jour et les établissements résidentiels. Les pays de la région peuvent également s'inspirer de systèmes plus avancés, comme ceux de l'Espagne, de la Finlande ou de la France, pour étudier comment intégrer de manière transversale l'approche centrée sur la personne dans leurs cadres de formation (Aldaz Arroyo et al., 2023).

L'Alliance européenne des compétences pour les soins de longue durée constitue un bon exemple en dehors de la région. Ce programme vise à former au moins 60 % des professionnels du secteur (3,8 millions de travailleurs) dans des domaines liés à l'attention centrée sur la personne et à la numérisation d'ici 2030. Cette stratégie s'aligne sur les objectifs du Plan d'action du socle européen des droits sociaux.

7.2.2 Concevoir la formation pour répondre aux besoins tant de qui apporte les soins que de qui les reçoit

La charge de formation doit trouver un équilibre entre la garantie de la qualité du service et les contraintes de temps des personnes aidantes : s'il est vrai qu'un nombre plus élevé d'heures de formation contribue à améliorer la qualité des soins, le niveau d'instruction limité de nombreuses aidantes, ainsi que leurs difficultés à concilier travail, famille et études, rendent peu probable leur participation à des programmes très longs.

Comme exposé au **chapitre 6** , la charge horaire varie considérablement entre les pays de la région et, dans la plupart des cas, les normes restent inférieures à celles de l'Europe. L'Espagne

exige, par exemple, 450 heures de formation, tandis que l'Italie en exige 1 000. Aldaz Arroyo et al. (2023) recommandent au moins 300 heures pour les personnes sans expérience et 260 heures pour celles qui en ont déjà. De même, l'Organisation ibéro-américaine de sécurité sociale recommande des cours de 260 à 380 heures (OISS, 2022). Les pays de la région peuvent progresser progressivement vers ces objectifs.

Les programmes doivent combiner de manière efficace théorie et pratique. Les connaissances théoriques sont certes utiles, mais elles doivent être complétées par une formation pratique et un apprentissage sur le terrain : pour un apprentissage efficace, les contenus théoriques doivent constituer la base de la formation pratique, de sorte que les aidantes appliquent leurs connaissances dans des situations réelles. L'intégration de la théorie et de la pratique accroît ainsi la pertinence de la formation (Surr et al., 2017).

Tous les programmes de la région n'incluent pas des stages en milieu de travail, et ceux qui en proposent y consacrent peu de temps. À cet égard, un bon exemple est celui de la Corée du Sud, qui attribue le même volume horaire à chaque type de formation : 80 heures de théorie, 80 heures de pratique et 80 heures d'expérience en poste. En France, 50 % de la formation des travailleuses et travailleurs des soins s'effectue sur le lieu de travail (Aldaz Arroyo et al., 2023).

La formation fondée sur les compétences s'adapte mieux aux travailleuses et travailleurs des soins que les méthodes traditionnelles, généralement organisées par matières : l'information est d'abord transmise pour être mémorisée, puis évaluée. À l'inverse, la formation fondée sur les compétences est un système structuré de formation et d'évaluation qui permet d'acquérir les aptitudes et les connaissances nécessaires pour exercer des activités professionnelles conformément à un standard précis (OIT, 2020). Elle se concentre donc sur l'évaluation des compétences requises pour un poste donné. Les séances théoriques et pratiques sont conçues à partir de standards de compétence, de sorte que les participantes et participants travaillent jusqu'à maîtriser ces compétences afin de satisfaire aux critères d'un environnement de travail réel.

7.2.3 Adapter les programmes de formation à l'évolution des besoins de soins

Le contenu des programmes de formation doit être ajusté de manière dynamique afin de refléter les priorités émergentes en matière de soins, et, de la même manière, les profils professionnels doivent également être adaptés en conséquence. Parmi les principaux domaines d'adaptation figurent le soutien au vieillissement en bonne santé et l'attention aux personnes présentant des niveaux plus élevés de dépendance, ce qui exige une formation plus spécialisée. La prévalence croissante d'affections neurodégénératives ou de pathologies multiples requiert




également de modifier la combinaison de compétences du personnel de soins de longue durée (Fujisawa et Colombo, 2009). Ces adaptations garantissent que les profils professionnels et les programmes de formation restent pertinents, opportuns et en adéquation avec l'évolution des besoins des systèmes de soins de longue durée.

La plupart des besoins de soins peuvent être couverts en formant des aidantes à accompagner les personnes dépendantes dans leurs activités de la vie quotidienne. Toutefois, lorsque la dépendance est sévère ou que des besoins spécifiques de santé et de réadaptation existent, une formation pour des tâches plus complexes est nécessaire (OCDE, 2020). Ces tâches relèvent généralement du profil des aides-soignantes, infirmières, ergothérapeutes et aidantes qui travaillent avec des personnes fortement dépendantes.

Dans cette optique, une bonne pratique consiste à offrir aux personnes ayant déjà achevé la formation de base la possibilité d'élargir leurs compétences au moyen de spécialisations dans l'attention aux personnes présentant une forte dépendance, y compris celles ayant des affections neurodégénératives et neurologiques, ainsi qu'une mobilité réduite.¹⁰⁴ Ces formations visent à doter les aidantes d'outils pour faire face à des comportements complexes et identifier des évolutions dans les besoins, comme c'est le cas dans la démence. Elles doivent également inclure des compétences spécifiques pour maintenir l'autonomie, favoriser la communication et renforcer l'interaction sociale des personnes atteintes de démence.

Pour répondre aux besoins liés au vieillissement de la population, les programmes de formation en soins infirmiers devraient intégrer des cours de gériatrie et de gérontologie. Certains pays de l'OCDE ont progressé dans cette voie et peuvent servir d'exemple pour la région. L'Autriche et le Japon, par exemple, ont mis en place des programmes de bourses pour encourager la spécialisation dans ce domaine (OCDE, 2020).

Enfin, la formation doit être adaptée aux besoins de coordination entre les services de santé et les services sociaux, une dimension essentielle pour garantir la continuité des soins et réaliser des économies dans les deux secteurs (voir l'**encadré 7.1** ). La figure du gestionnaire de soins (care manager) constitue le mécanisme professionnel de coordination le plus répandu pour atteindre cette intégration et articuler l'attention entre les systèmes de santé et de soins de longue durée, avec une approche centrée sur la personne et tout au long du parcours de vie (Hofmarcher, Oxley et Rusticelli, 2007).

104. Un exemple de ce type de formation peut être trouvé dans le programme 3 d'Aldaz Arroyo et al. (2023).



Les gestionnaires de soins constituent le noyau du système japonais de soins de longue durée.¹⁰⁵ Cette fonction, introduite après la création du système en 2000, joue un rôle essentiel en aidant les personnes à choisir les services les mieux adaptés à leurs besoins, tels que les soins à domicile, les services de santé et les activités communautaires. Ces professionnels aident les personnes âgées et leurs familles à identifier les défis et les besoins de la vie quotidienne, puis proposent un plan personnalisé comprenant les services les plus appropriés pour maintenir l'autonomie. Ils supervisent également la mise en œuvre du plan par le biais de visites régulières à domicile et d'un suivi du bien-être physique et mental, afin de s'assurer que le plan reste pertinent.

En France, l'Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes a mis en place un programme de formation spécialisée pour les Responsables de coordination de services à domicile. Ce programme met l'accent sur les compétences nécessaires pour concevoir et organiser la prestation de services à domicile, gérer et coordonner des équipes de personnes aidantes à domicile et améliorer la qualité du service. Au Royaume-Uni, les Coordinators of Health and Social Care du Service national de santé jouent un rôle similaire en aidant les personnes ayant des besoins complexes à s'orienter dans leurs parcours de soins (NHS, 2025).

105. L'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) a produit une vidéo qui explique le rôle des gestionnaires de soins. Elle est disponible en [anglais](#) et en [espagnol](#).



ENCADRÉ 7.1 COORDINATION ENTRE LES SOINS DE LONGUE DURÉE ET LES SOINS DE SANTÉ

Outre l'institution de la figure du gestionnaire de soins, plusieurs pays ont tenté de promouvoir des programmes d'attention intégrée qui combinent services de santé et soins de longue durée. La Belgique et le Luxembourg mettent en relation patients et aidantes avec les hôpitaux, les coordonnateurs de soins, les prestataires de soins à domicile, les médecins ambulatoires et d'autres professionnels au sein d'un même réseau. La Belgique l'a fait au moyen de 19 programmes de formes alternatives de prise en charge pour les personnes âgées en 2019 et intègre actuellement les résultats obtenus dans un nouveau plan d'attention intégrée.¹ Le Luxembourg met en place des équipes de prestataires pour certaines maladies, comme le diabète et les maladies neurodégénératives (ministère de la Santé et de la Sécurité sociale du Luxembourg, 2023).


La France a expérimenté différentes versions de programmes d'attention intégrée pour les personnes âgées. En 2014, elle a lancé le programme Parcours santé des aînés pour les personnes de 75 ans ou plus et leurs aidantes dans neuf régions françaises. Le programme aide les personnes âgées à rester à domicile le plus longtemps possible, en améliorant la coordination des soins et la qualité de vie. Un nouveau projet pilote, l'Expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville,² reprend cette expérience : il attribue un budget global à un groupe d'au moins cinq professionnels (au minimum trois médecins généralistes et une infirmière) pour assurer l'attention d'un collectif déterminé, par exemple des personnes de 65 ans ou plus.


Le Japon propose des services de soins communautaires intégrés centrés sur la personne, qui articulent les prestataires du système de santé, les services sociaux et les aidantes de longue durée. La coordination commence par l'évaluation du niveau de dépendance. Tout d'abord, un évaluateur des services sociaux municipaux applique un questionnaire standard afin de déterminer le degré d'autonomie de la personne dans ses activités quotidiennes. Parallèlement, un médecin évalue son état de santé. À partir de ces deux éléments, une commission pluridisciplinaire d'experts (dans les domaines de la santé, des services sociaux et des soins de longue durée) rend une décision sur le niveau de soutien ou de soins auquel la personne a droit. Ensuite, la coordination intersectorielle se poursuit par l'intermédiaire du gestionnaire, chargé d'élaborer le plan de soins qui combine services de longue durée et services de santé.

1. Voir: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-des-soins/soins-aux-personnes-agees/formes-alternatives-de-soins-aux-personnes-agees-projets#etat-des-lieux-2023>.

2. Voir: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>.

7.2.4 Standardiser et élargir l'offre de programmes de formation

Établir un programme de formation officiel pour les personnes aidantes est essentiel pour remédier aux faibles niveaux et à l'hétérogénéité de la formation observés dans la région. Cela requiert une coordination interinstitutionnelle et une collaboration entre les organismes publics, les acteurs du secteur privé et les organisations de la société civile. Comme détaillé au **chapitre 6** , plusieurs pays de la région (Argentine, Barbade, Costa Rica, Équateur — secteur public —, République dominicaine, Trinité-et-Tobago et Uruguay) disposent de programmes de formation que les aidantes doivent suivre pour être officiellement reconnues comme telles. Le nombre de pays exigeant ces qualifications pour les infirmières travaillant dans les soins de longue durée est plus élevé. Idéalement, l'achèvement de cette formation devrait être associé à une rémunération plus élevée. En Italie, par exemple, le salaire horaire minimum pour les aidantes de personnes présentant une dépendance fonctionnelle est de 7,91 euros (9,2 dollars) lorsqu'elles ne disposent pas de formation (niveau CS) et de 9,5 euros (11 dollars) lorsqu'elles ont achevé la formation (niveau DS).¹⁰⁶

La formation officielle peut être définie à partir des cours déjà dispensés par des institutions d'enseignement et de formation technico-professionnelle. C'est la voie choisie en République dominicaine, en associant l'Institut national de formation technico-professionnelle (INFOTEP) au pilotage de la stratégie Comunidades de Cuidados décrite au **chapitre 6** . L'offre peut également être élargie grâce à des partenariats avec des institutions privées, lucratives ou non lucratives. Dans ces dispositifs, les pouvoirs publics sont toujours chargés de définir les standards de formation et d'en garantir la qualité, mais ce sont les institutions privées qui en assurent la mise en œuvre.

L'Uruguay a élargi son offre de formation grâce à des accords entre l'Institut national de l'emploi et de la formation professionnelle (INEFOP) et des centres de formation accrédités par le ministère de l'Éducation. Ainsi, le gouvernement dispense des cours directement, mais aussi par l'intermédiaire de 40 entités privées autorisées (Système de soins, 2020). Un exemple réussi en dehors de la région est celui de la Corée du Sud : en seulement 14 ans, elle a formé et certifié 2,2 millions de personnes aidantes au moyen de 1 187 établissements d'enseignement accrédités par le gouvernement, qui proposent des cours destinés aux aidantes. Grâce à une planification rigoureuse, ces efforts ont commencé deux ans avant le lancement du Système national de soins.

¹⁰⁶. Valeurs pour 2025. Voir l'Associazione sindacale nazionale dei datori di lavoro domestico pour les [définitions des catégories professionnelles](#) et [le tableau des salaires minima](#).



Enfin, un facteur clé pour étendre des programmes de haute qualité est de disposer de formateurs qualifiés. Les programmes de formation de formateurs sont donc essentiels, car ils dotent les personnes chargées d'enseigner de compétences pédagogiques de connaissances actualisées et d'aptitudes pratiques leur permettant de préparer efficacement les travailleuses et travailleurs des soins. Le Protocole ibéro-américain de formation en soins, qui propose un cadre curriculaire pour les personnes apportant des soins à des personnes en situation de dépendance, définit des profils spécifiques de formateurs pour ses modules. Dans le module d'attention primaire, par exemple, il est requis une formation technique ou professionnelle formelle dans le domaine de la santé, au moins une année d'expérience professionnelle récente dans le secteur, ainsi qu'une maîtrise des techniques de facilitation et d'évaluation de programmes de formation, en particulier ceux destinés aux personnes âgées (OISS, 2022). En outre, les formateurs doivent posséder une connaissance approfondie du modèle de soins centrés sur la personne présenté plus haut dans ce chapitre.

7.2.5 Rendre les possibilités de formation plus accessibles

Pour que davantage de personnes aidantes accèdent à la formation, les cours doivent être abordables et proposer des horaires flexibles permettant de concilier études et travail.

Les gouvernements devraient éviter que le coût de la formation devienne un obstacle pour celles et ceux qui souhaitent travailler dans le secteur. À cet égard, les programmes bénéficiant de subventions publiques peuvent attirer des travailleuses vers les soins et, en outre, améliorer les compétences des aidantes informelles. Dans la région, de nombreux pays proposent des cours officiellement reconnus sans frais (Argentine, Uruguay) ou à tarifs subventionnés (Barbade, Chili et Équateur). Hors de la région, des avancées ont également été réalisées dans ce sens. Le Japon, par exemple, a considérablement augmenté le nombre d'aidantes grâce à un programme de soutien financier à la formation en soins de longue durée, destiné à insérer ou réinsérer des aidantes sur le marché du travail. D'autres pays de l'OCDE ont mis en œuvre des politiques similaires (OCDE, 2020).

Les contraintes de temps qui limitent la participation à la formation sont tout aussi importantes que les obstacles économiques. Pour y répondre, les cours doivent être conçus avec une flexibilité suffisante pour s'adapter aux horaires et aux rythmes d'apprentissage des participantes. Dans ce contexte, l'apprentissage en ligne constitue un outil prometteur en raison de son potentiel pour créer des environnements de formation inclusifs et équitables. De plus, un nombre croissant d'applications mobiles et de plateformes élargissent l'accès à des modules de formation pour les personnes aidantes, leur offrant des moyens innovants de renforcer leurs compétences. Pour que ces outils soient efficaces, ils doivent proposer des contenus bien conçus et



des environnements d'apprentissage adaptés aux besoins des aidantes. Une étude contrôlée a montré que l'apprentissage mobile est plus rentable que les cours traditionnels dirigés par un enseignant pour former des aidantes à domicile à l'attention des personnes atteintes de démence. Une approche hybride — formation en ligne complétée par des réseaux de soutien en ligne guidés par des mentors et par des rencontres présentiels d'accompagnement — s'est également révélée efficace pour développer des compétences (Su et al., 2021).

Une bonne pratique est le cours en ligne sur les soins personnalisés avec une approche centrée sur la personne, lancé par le gouvernement de l'Espagne. Il s'agit d'une formation gratuite, à rythme flexible, d'une durée de 25 heures, qui propose des ressources audiovisuelles conçues pour susciter une réflexion sur les pratiques de soins, tant pour les personnes aidantes rémunérées que non rémunérées.

Un autre exemple européen est l'application App for Dem, qui fournit des ressources éducatives ouvertes et gratuites pour faire face aux défis quotidiens des personnes qui apportent des soins à des personnes atteintes de démence, en mettant l'accent sur l'approche centrée sur la personne et en offrant des stratégies pratiques pour améliorer la qualité des soins. De son côté, la plateforme argentine cuidabien.org propose une formation et un appui destinés aux aidantes familiales, en mettant l'accent sur le renforcement de leur capacité à fournir des soins efficaces. Dans tous les cas, la formation en ligne doit être complétée par des expériences pratiques sur le lieu de travail.

Une autre stratégie pour accroître la flexibilité consiste à organiser la formation en modules progressifs, ce qui permet une meilleure adaptation aux besoins et aux horaires. Pour les travailleuses et travailleurs du secteur, structurer la formation en modules ouvre une voie qui combine formation initiale et apprentissage tout au long de la vie. Qui dispose déjà d'une expérience ou présente des lacunes spécifiques peut choisir des modules particuliers en fonction de ses besoins, ce qui évite les redondances et permet de se concentrer sur les compétences requises. Cela garantit ainsi que les aptitudes restent actualisées et alignées sur l'évolution des besoins des personnes en situation de dépendance, tout en favorisant une main-d'œuvre plus agile et réceptive.

L'Union européenne a soutenu cette approche au moyen d'une Recommandation relative à une approche européenne des micro-certifications pour l'apprentissage tout au long de la vie et l'employabilité. Les micro-certifications valident les acquis de formations de courte durée et appuient un processus continu de développement et de mise à jour des compétences et des connaissances. Ce cadre améliore ainsi la qualité, la transparence, l'accessibilité et la flexibilité des programmes d'apprentissage, tout en promouvant l'inclusion, l'accès et l'égalité des chances (Conseil européen, 2022).



En France, par exemple, France Travail fournit une information claire et accessible sur les aspects clés des métiers du soin : tâches principales, aptitudes et compétences requises, conditions de travail attendues et niveaux de rémunération. De plus, le programme Immersion Facilitée offre la possibilité d'effectuer de courts séjours d'observation, non rémunérés, dans des entreprises et des établissements de soins. Ces périodes d'immersion permettent de découvrir le travail dans un environnement réel et de décider de manière éclairée si l'on souhaite poursuivre une carrière dans le domaine des soins.

7.3 Soutenir les aidantes familiales pour prévenir les conséquences négatives des soins

Sans un soutien pratique et émotionnel adéquat, apporter des soins peut avoir des effets négatifs sur la santé physique et mentale de celles qui les prodiguent, ce qui est particulièrement vrai pour les aidantes familiales, qui assument cette responsabilité avec très peu de formation. Étant donné leur rôle central dans les soins de longue durée, il est essentiel de leur offrir un ensemble de systèmes d'appuis qui les aide à accomplir leurs tâches de manière sûre et gratifiante. Outre la formation — présentée dans la [section 7.2](#) —, il existe d'autres mesures que les pays peuvent adopter pour réduire les effets négatifs des soins non rémunérés. Bien que ces initiatives soient encore à un stade précoce en Amérique latine et dans les Caraïbes, des expériences prometteuses existent déjà, ainsi que des exemples précieux en dehors de la région.

7.3.1 Information, soutien psychologique et évaluations des personnes aidantes

Les proches assument souvent des responsabilités en matière de soins sans expérience préalable ni information utile, de sorte qu'ils peuvent ne pas savoir comment organiser les soins ou réaliser des tâches techniques. De même, leur connaissance des ressources publiques ou privées disponibles peut être limitée, et ils peuvent aussi ignorer quel type de stimulation physique ou cognitive offrir à la personne ayant des besoins de soins, ainsi que ne pas percevoir l'importance d'élargir ses interactions sociales.

Pour ces raisons, fournir des informations sur la manière de prodiguer des soins et sur les services disponibles constitue une première étape essentielle pour réduire la détresse émotionnelle et éviter que les personnes aidantes ne se sentent perdues ou isolées.

Le [Carer Gateway](#) du gouvernement de l'Australie est un bon exemple de portail en ligne offrant des informations sur les droits, les prestations et les options de soutien pour les personnes



aidantes. Le gouvernement de la France, pour sa part, maintient également un [site internet](#) contenant des informations sur les soins de longue durée et sur le rôle des aidantes.

Les services de soutien psychosocial ou de conseil constituent une autre stratégie essentielle pour faire face à la charge émotionnelle de soins et renforcer la résilience des aidantes familiales. La région offre quelques exemples prometteurs. Comme décrit à la section 5.2, le Programme de soutien aux aidants naturels¹⁰⁷ en Bahia (Brésil) partage des connaissances et propose un accompagnement visant à améliorer l'attention apportée aux personnes âgées, dans le cadre duquel des réunions hebdomadaires comprenant des activités de groupe, des discussions thématiques sur les soins, des échanges d'expériences et un soutien individuel sont proposées.¹⁰⁸ En dehors de la région, des pays comme le Danemark et la Lettonie subventionnent partiellement l'accès aux soins de santé mentale pour les aidantes familiales.

Les évaluations de la personne aidante constituent une autre bonne pratique pour orienter des soutiens individualisés. Ce type d'évaluation analyse la manière dont les responsabilités liées aux soins affectent la santé physique et mentale de l'aidante, son emploi, son temps libre et ses relations. Il s'agit de la première étape pour élaborer un plan de soutien adapté au contexte de chaque personne aidante.

Certains pays de l'OCDE réalisent des évaluations des personnes aidantes, parmi lesquels l'Australie, le Canada, l'Écosse, l'Angleterre, les Pays-Bas et certaines municipalités de Suède. En Australie, cette évaluation est une condition préalable pour accéder aux services proposés par le Carer Gateway. En Angleterre, le système évalue les besoins de la personne aidante parallèlement à ceux de la personne recevant des soins, bien que pas nécessairement au même moment. Les évaluations sont réalisées indépendamment du résultat de l'évaluation du bénéficiaire des soins (Gouvernement du Royaume-Uni, 2016). Au Canada, la charge de la personne aidante est évaluée au moyen du Caregiver Risk Evaluation, un algorithme qui identifie les aidantes présentant un risque de détresse ou d'épuisement, sur la base de l'évaluation interRAI Home Care (ICIS 2021). Il est donc recommandé aux pays d'Amérique latine et des Caraïbes de suivre ces exemples, car ce type d'évaluation permet d'ajuster les soutiens aux besoins des personnes aidantes et de travailler de manière préventive afin d'éviter des situations de crise (Hanson, Magnusson et Nolan, 2008).

Lors de la conception de soutiens destinés aux aidantes, il convient de prendre en compte des besoins spécifiques selon l'âge. Par exemple, il est essentiel que les jeunes puissent poursuivre leurs études. Un modèle dont les pays de la région peuvent s'inspirer est le projet Me-We,

¹⁰⁷. Programa de Apoio al Cuidador.

¹⁰⁸. Voir : www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/programa-de-apoio-ao-cuidador



financé par l'Union européenne dans le cadre d'Horizon 2020.¹⁰⁹ Ce projet vise à renforcer la résilience des adolescentes et adolescents aidants (15–17 ans) dans six pays européens (Slovénie, Italie, Pays-Bas, Suède, Suisse et Royaume-Uni), avec des objectifs à long terme tels que réduire le décrochage scolaire, améliorer leur employabilité et diminuer les troubles mentaux. Même s'il n'est pas souhaitable que des adolescentes assument des responsabilités de soins, ces mécanismes peuvent s'avérer utiles dans des contextes où cette réalité est inévitable.

7.3.2 Services de répit

Les services de répit constituent une autre bonne pratique pour atténuer les effets négatifs de la prestation de soins familiaux, en permettant aux personnes aidantes de prendre de courtes pauses dans leurs responsabilités.¹¹⁰ Bien que les données probantes ne soient pas concluantes (Brimblecombe et al., 2018), certaines études montrent des bénéfices importants pour le bien-être des aidantes. Par exemple, Yeandle et Wigfield (2012) constatent que le répit a permis à 50 % des personnes aidantes de disposer de plus de temps pour elles-mêmes, tandis que la santé de celles qui n'y avaient pas accès s'est détériorée plus rapidement.

Ces pratiques restent encore limitées en Amérique latine et dans les Caraïbes (voir le **chapitre 5**). Hors de la région, le soutien public au répit est principalement fourni en nature. Dans huit pays européens (Danemark, Finlande, France, Irlande, Islande — Reykjavik —, Lituanie, Luxembourg et Portugal), ainsi qu'en Australie, en Corée et aux États-Unis, le répit est disponible en nature, par exemple au moyen de services résidentiels, de services de jour ou de services à domicile. Au Canada, toutes les provinces soutiennent le répit, principalement en nature. L'Allemagne et la Slovaquie sont les seuls pays européens à l'appuyer par des transferts monétaires plutôt qu'en nature. La France offre la possibilité de recevoir un transfert en espèces pour couvrir des besoins de soins lorsque la personne aidante principale n'est pas disponible (Spasova et al., 2018). En général, ces services sont soumis à des limites ; par exemple, ils peuvent être utilisés pendant six semaines par an en Allemagne, ou jusqu'à 500 euros (590 dollars) en France (Rocard et Llana-Nozal, 2022).

Un aspect clé dans la conception des services de répit est qu'ils soient accessibles et suffisamment flexibles pour s'adapter aux besoins des aidantes et des bénéficiaires de soins. Les données provenant de différents pays suggèrent que l'utilisation peut être faible lorsque les bénéficiaires potentiels estiment que les services sont inadéquats ou ne correspondent pas à leurs préférences.

109. Voir : <https://me-we.eu/>.

110. Tous les services de soins de longue durée qui ne nécessitent pas la présence d'aidantes familiales — qu'ils soient fournis à domicile ou en établissement — offrent également un répit. Ce rapport ne décrit pas les services de soins de longue durée disponibles dans les pays de la région, car il se concentre sur les personnes aidantes. Cette section présente quelques exemples de services qui offrent un répit pour une durée limitée, avec un accent plus marqué sur les personnes qui apportent des soins que sur celles qui les reçoivent. Ces services peuvent être considérés comme complémentaires des soins de longue durée plus intensifs, qui se concentrent principalement sur les personnes recevant des soins.

7.3.3 Congés et modalités de travail flexibles pour les aidantes familiales qui restent en emploi

L'accès à des congés liés aux soins ou à la possibilité de passer temporairement à un temps partiel constitue de bonnes pratiques permettant aux personnes de conserver leur emploi tout en apportant des soins de longue durée à un membre de leur famille. Bien que ces pratiques soient courantes dans la région pour la prise en charge des enfants, seuls le Chili, l'Équateur et le Mexique disposent d'un type de congé rémunéré pour les soins de longue durée. Dans ce domaine, aucun autre pays n'offre de congés — rémunérés ou non — de ce type.¹¹¹

En Allemagne, les personnes qui s'occupent de proches présentant une dépendance ont droit à un congé non rémunéré pouvant aller jusqu'à six mois ou à un travail à temps partiel pendant une durée maximale de 24 mois (Commission européenne, 2018). Elles peuvent également accéder à un prêt sans intérêts (selon la taille de l'employeur) pendant la période où leur revenu est réduit. En France, les personnes aidantes peuvent prendre jusqu'à trois mois de congé non rémunéré à la fois, pour un maximum de 12 mois au cours de leur vie professionnelle (Commission européenne / Direction générale des affaires économiques et financières et CPE, 2016). Des dispositions similaires existent en Espagne et en Belgique par le biais de leur programme de « crédit-temps » (Triantafillou et al., 2010).

Au Canada, le Compassionate Care Leave permet de s'absenter jusqu'à 28 semaines sur une période de 52 semaines pour s'occuper d'un proche atteint d'une maladie terminale, avec droit aux prestations de l'assurance-emploi. Le pays dispose également du Critical Illness Leave, qui offre jusqu'à 17 semaines pour prendre soin d'un adulte. Ce congé est rémunéré, avec une aide financière équivalente à environ 55 % du salaire perdu (Gouvernement du Canada, 2025). Toutefois, comme il est limité aux soins de personnes atteintes d'une maladie terminale, il ne couvre pas d'autres besoins en matière de soins.

Les Pays-Bas disposent d'une politique similaire, d'une durée officielle de 10 jours avec compensation, pouvant être prolongée par des conventions collectives. Aux États-Unis, certains États (comme la Californie, New York et le New Jersey) disposent également de congés familiaux rémunérés.

Il existe des données solides montrant que les congés pour soins ont un impact positif sur l'offre de travail, en particulier chez les femmes (Saad-Lessler, 2020 ; Coile et al., 2022). Toutefois, leur mise en œuvre présente des défis. De même, les congés de courte durée (par exemple de quelques jours ou limités aux maladies terminales) constituent une avancée dans la reconnais-

111. Voir <https://webapps.ilo.org/globalcare/> et sélectionner l'option « Congé de soins de longue durée ».



sance des droits des personnes aidantes, mais peuvent ne pas apporter un soutien significatif, surtout lorsqu'ils ne sont pas rémunérés.

Les salariés peuvent hésiter à demander des congés pour soins de longue durée par crainte d'affecter leur progression professionnelle ou le revenu du ménage. En outre, l'utilisation effective de ces congés peut dépendre de l'intensité des responsabilités liées à la prestation de soins et du niveau de compensation proposé. Ainsi, les personnes apportant des soins moins intensifs pourraient préférer utiliser leurs congés annuels ou leurs jours de maladie, en particulier si solliciter un congé spécifique risque de nuire à leurs perspectives professionnelles. À l'inverse, celles qui assurent des soins intensifs auront davantage tendance à prendre un congé légal, même non rémunéré. Il convient de souligner que des taux de compensation faibles réduisent probablement le recours à ces dispositifs, de sorte qu'un soutien financier adéquat est nécessaire pour que ces politiques soient réellement efficaces.

Contrairement aux soins apportés aux jeunes enfants, les soins apportés à des proches atteints de maladie ou de handicap sont imprévisibles en termes de durée et d'intensité. Pour cette raison, les congés destinés aux soins des personnes âgées doivent tenir compte du caractère épisodique des maladies, des détériorations ou améliorations de l'état de santé, ainsi que des variations dans la disponibilité des soins formels (Oldenkamp et al., 2017). Dans cette optique, il est utile que les congés puissent être fractionnés en plusieurs périodes.

Un défi particulier pour la région consiste à introduire ces dispositifs dans des contextes de forte informalité du travail. Les pays pourraient envisager de dissocier les droits et les prestations de l'emploi formel et des systèmes contributifs. Il pourrait s'agir, par exemple, d'offrir un ensemble de prestations de protection sociale de base à toutes les personnes qui travaillent, qu'elles soient formelles ou informelles. Deux autres défis consistent à garantir le droit effectif à la réintégration après le congé et à définir une durée appropriée afin d'éviter que le congé ne devienne une voie de préretraite (De Brouwer, 2023).

La flexibilité du travail — comme la réduction du temps de travail et le télétravail — contribue également à permettre aux aidantes familiales de conserver leur emploi (Arksey et Glendinning, 2007 ; Yoshini et al., 2023). Cette flexibilité facilite la conciliation entre travail et soins, réduisant ainsi la probabilité de diminutions plus drastiques du temps de travail (Arksey et Glendinning, 2007). Au Royaume-Uni, par exemple, tous les employés — y compris les personnes aidantes — peuvent demander un aménagement flexible du travail après une période initiale de 26 semaines d'ancienneté. Ce type de politiques pourrait être prometteuse en Amérique latine et dans les Caraïbes, où les modalités flexibles se sont développées : 67 % des entreprises interrogées dans 24 pays de la région ont commencé à les utiliser après la crise provoquée par la pandémie de COVID-19 (Alaimo et al., 2022).

Les congés et les modalités de travail flexibles peuvent également jouer un rôle clé dans la redistribution équitable des responsabilités de soins entre les femmes et les hommes. Ils améliorent non seulement l'équilibre entre le travail et les soins familiaux, mais encouragent aussi la participation des femmes au marché du travail. Pour impulser de véritables changements dans les normes sociales, il est essentiel de promouvoir la flexibilité du travail pour les hommes comme pour les femmes, dans tous les secteurs et toutes les professions. Si ces dispositifs sont mis en œuvre dans un contexte de rôles de genre inégalitaires, ils risquent de renforcer les modèles traditionnels et de limiter l'accès des femmes aux postes de haut niveau et aux opportunités de développement professionnel (Araujo et al., 2024).

7.3.4 Prestations monétaires et crédits fiscaux et prévisionnels

Certains pays offrent un soutien au revenu des aidantes familiales qui ne peuvent pas travailler en raison de leurs responsabilités de soins (voir la section 5.3). Toutefois, ce dispositif risque de reproduire le modèle traditionnel dans lequel les responsabilités de soins reposent sur les femmes et ne reconnaît pas l'autonomie des personnes âgées pour choisir les services de soins de longue durée qu'elles préfèrent. En outre, ces prestations ne couvrent souvent pas le coût total des soins et ne peuvent donc pas être considérées comme une compensation complète de l'effort fourni par les personnes aidantes.

Une solution possible au problème de l'autonomie de choix consiste à verser les transferts en espèces directement aux personnes ayant des besoins de soins, en leur permettant d'employer une aidante familiale ou professionnelle, un modèle utilisé par le programme Cash and Counseling financé par Medicaid aux États-Unis (Doty, 2023). Ce programme accorde aux participantes et participants éligibles une allocation mensuelle pouvant être utilisée pour acquérir un large éventail de biens et de services en fonction de leurs besoins individuels. Toutes les dépenses doivent être préalablement approuvées par un gestionnaire de cas. Parmi ces biens et services peut figurer l'emploi d'une aidante familiale, qui est alors recrutée sous un statut formel (et bénéficie donc d'un accès à la sécurité sociale).

Lorsque les transferts monétaires sont versés directement aux aidantes (ce qui implique donc, comme mentionné plus haut, que les bénéficiaires des soins perdent une partie de leur autonomie de choix), il est important de concevoir des dispositifs dans lesquels le travail des aidantes est pleinement reconnu comme un emploi formel. Cela garantit l'accès aux prestations de sécurité sociale, y compris aux soins de santé et aux pensions. L'Allemagne, l'Espagne et la Finlande appliquent cette approche (Spasova et al., 2018). Pour distinguer ces transferts d'autres programmes de soutien au revenu, l'éligibilité doit être fondée sur le niveau de besoin de soins de la personne bénéficiaire, mesuré au moyen d'un outil d'évaluation officiellement approuvé.

L'allégement fiscal constitue une autre manière de soutenir financièrement les aidantes familiales. Cet outil n'a pas encore été utilisé dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. En revanche, dans la majorité des cas hors de la région, le critère principal d'éligibilité est le degré de dépendance de la personne âgée, combiné à d'autres critères tels que son âge et le lien avec la personne aidante (par exemple en Belgique, au Canada, en Espagne, aux États-Unis, en Finlande, en France et en Irlande). Certains dispositifs (par exemple en France et au Japon) lient les allégements au coût des services en établissements de soins de longue durée. L'Espagne, pour sa part, a mis en place une déduction fiscale pour les personnes qui combinent emploi rémunéré et responsabilités de soins familiaux.

Pour les aidantes qui doivent réduire leur temps de travail ou se retirer du marché du travail pour s'occuper d'une personne en situation de dépendance, offrir des crédits de retraite constitue également une bonne pratique. Ces crédits peuvent atténuer l'impact des soins de longue durée sur le droit à une pension contributive et sur son montant, limitant ainsi le risque de pauvreté à un âge avancé. Ils peuvent être conçus de diverses manières : depuis des ajustements dans les formules de calcul des pensions jusqu'à l'attribution d'un montant unique au moment de la retraite, ou encore des dispositions permettant aux aidantes non rémunérées de cotiser à la sécurité sociale.

Certains systèmes de sécurité sociale de la région (comme ceux de la Bolivie, du Chili et de l'Uruguay, par exemple) ont introduit des crédits de retraite ou des mécanismes équivalents pour couvrir des périodes consacrées aux soins des enfants (OISS, 2019). Toutefois, cette pratique n'est pas courante pour les soins de longue durée. En Colombie, un projet de loi a été présenté en 2019 pour subventionner les cotisations de retraite et de santé des personnes qui s'occupent de proches âgés en situation de dépendance, mais il n'a pas été adopté (Aranco et al., 2022).

Un défi dans la conception de ces crédits consiste à identifier correctement les bénéficiaires. À la différence des crédits liés aux soins des enfants, les crédits pour soins de longue durée doivent être rattachés à un type d'évaluation fonctionnelle ou de santé, ce qui requiert un haut degré de coordination entre les systèmes de retraite et les systèmes de soins de longue durée. Le dispositif peut intégrer des critères d'éligibilité supplémentaires, tels que le nombre d'heures de soins fournies par la personne aidante. Il est possible de s'inspirer d'exemples de pays de l'OCDE tels que l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la Slovaquie, l'Estonie, la Finlande, la France, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Pologne et la Suède.

7.4 Promouvoir la participation des hommes aux soins familiaux et rémunérés

Comme indiqué tout au long de ce rapport, en Amérique latine et dans les Caraïbes, les tâches de soins — rémunérées et non rémunérées — reposent de manière disproportionnée sur les femmes, et les tendances démographiques et sociales exercent une forte pression sur le mo-

dèle de soins existant. Il est donc nécessaire de redéfinir les soins sur la base du principe de coresponsabilité, afin que les sociétés reconnaissent la valeur du travail de soins et redistribuent les tâches entre le secteur public, le marché, la communauté et les familles. Cette approche met également l'accent sur la nécessité d'assurer une répartition équitable des responsabilités entre les hommes et les femmes au sein des ménages. Une telle restructuration générera de multiples bénéfices pour les hommes eux-mêmes, parmi lesquels un plus grand sentiment d'être valorisés par les personnes auxquelles ils apportent des soins, un sentiment plus fort d'utilité et d'épanouissement personnel en contribuant au bien-être de leurs proches, ainsi que le développement de compétences essentielles de communication et d'empathie, applicables dans différents domaines de la vie, y compris dans la sphère professionnelle.

Suite à l'analyse, dans la section précédente, de comment la mise en œuvre effective des congés pour soins et des modalités de travail flexibles peut favoriser la participation des hommes aux tâches de soins des personnes âgées, la présente section examine des stratégies supplémentaires visant à (i) transformer les normes de genre traditionnelles et (ii) accroître la participation des hommes dans les secteurs liés aux soins.

7.4.1 Élaborer des politiques visant à transformer les normes traditionnelles relatives aux rôles de genre

Atteindre la coresponsabilité dans les soins exige de remettre en question les normes traditionnelles de genre et de masculinité afin de favoriser des changements de comportement. Il est donc essentiel de disposer d'instruments qui encouragent la participation des hommes à la prestation de soins, mais ces instruments doivent être appuyés par des normes sociales largement acceptées qui en soutiennent l'application. Les normes et stéréotypes traditionnels perpétuent l'idée que, pour les hommes, les soins familiaux se limitent principalement à l'apport économique et renforcent l'attente selon laquelle les femmes doivent être les principales personnes aidantes. C'est pourquoi les pays doivent s'attaquer aux dimensions culturelles qui sous-tendent les schémas traditionnels de genre.

Bien que les données ne montrent pas de changements substantiels dans les normes traditionnelles de genre, certains signaux sont encourageants : diverses enquêtes indiquent que les hommes déclarent apporter une quantité importante de soins, même si le nombre réel d'heures consacrées peut être inférieur. Cela suggère que davantage d'hommes reconnaissent désormais les soins comme une responsabilité qui leur incombe également (Van der Gaag et al., 2023). Les données de l'enquête IMAGES pour le Brésil, le Chili et le Mexique montrent que les hommes qui ont vu leur père participer aux tâches domestiques ont davantage de probabilités de s'impliquer dans le travail domestique. Cette « transmission intergénérationnelle des soins »



peut jouer un rôle essentiel dans la transformation des relations de genre et dans la réduction des inégalités, en plus d'ouvrir un éventail de possibilités futures tant pour les garçons que pour les filles (IPPF, WHR et Promundo, 2017).

Les politiques visant à modifier les normes sociales relatives à la prestation de soins cherchent à alléger la charge de travail des femmes dans ce domaine et à encourager une plus grande participation des hommes à ces activités. Ainsi, l'information, l'éducation et la sensibilisation constituent des éléments clés pour promouvoir une répartition équitable des responsabilités en matière de soins entre les hommes et les femmes.

Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont mis en œuvre certaines initiatives visant à transformer les rôles traditionnels en matière de soins et à encourager une plus grande participation des hommes à ces tâches. Toutefois, la plupart de ces programmes ont été conçus principalement pour promouvoir la participation des hommes aux soins des enfants, sans tenir compte d'autres étapes de la vie au cours desquelles les hommes devraient également assumer des responsabilités en matière de soins, comme s'occuper de leurs propres parents ou beaux-parents. Néanmoins, ces initiatives offrent des cadres utiles qui pourraient être adaptés afin d'accroître la participation des hommes aux soins de longue durée.

Dans la région, plusieurs stratégies gouvernementales visant à transformer les normes sociales méritent d'être soulignées. En Argentine, le ministère du Travail a élaboré un guide et un cours de formation sur les masculinités dans le milieu professionnel, qui comprend un module consacré à la paternité et à la coresponsabilité (MTESS, 2022). Cette initiative remet en question les rôles traditionnels de genre et promeut une répartition plus équitable des responsabilités de soins dans les environnements professionnels.

Bogotá a lancé en 2021 l'École des hommes dans le domaine des soins, une initiative qui vise à redistribuer de manière équitable les bénéfices directs, indirects, émotionnels et environnementaux du travail de soins en encourageant la participation des hommes. La stratégie est mise en œuvre à travers trois services : une unité mobile qui utilise des activités artistiques et des outils pédagogiques pour impliquer les hommes et transformer leurs perceptions des soins, des cycles de formation en présentiel et des cours en ligne.

Au Chili, le ministère de la Femme et de l'Égalité des genres organise des ateliers sur les masculinités pour les entreprises qui souhaitent obtenir la certification en gestion de l'égalité de genre et de la conciliation. Ces ateliers promeuvent une approche plus inclusive des soins sur le lieu de travail, en encourageant hommes et femmes à partager les responsabilités.

Au Panama, en République dominicaine et en Uruguay, les gouvernements ont élaboré des lignes directrices, des outils et des guides de bonnes pratiques, et ont également mené des



activités de formation et des ateliers destinés aux organisations de travailleurs et d'employeurs. Ces initiatives promeuvent la coresponsabilité dans les tâches de soins, en particulier dans le contexte d'un marché du travail plus formel.

Enfin, le Programme H, créé par Promundo (coordinateur), Instituto PAPAÍ et ECOS (Brésil), ainsi que Salud y Género (Mexique), propose des ateliers destinés aux jeunes hommes sur les nouvelles masculinités, la sexualité et les soins, incluant des programmes socioéducatifs, des guides et des outils pour promouvoir l'égalité de genre auprès de la jeunesse.

Les évaluations de l'impact du programme dans 12 pays montrent des changements significatifs dans les attitudes envers les normes de genre, avec des transformations observables dans les comportements. Au Brésil et au Chili, ces programmes ont exercé une influence positive sur les attitudes de genre, ont réduit la violence et ont accru les comportements d'autosoins chez les hommes (Doyle et Kato-Wallace, 2021).

Malgré les progrès réalisés, ces programmes ont une portée limitée pour parvenir à une redistribution des soins aux personnes âgées entre les hommes et les femmes. Les données disponibles sur leur impact sur les normes de genre traditionnelles sont rares et montrent des résultats mitigés. Il est donc nécessaire de mener davantage d'expérimentations et d'évaluations rigoureuses afin de comprendre quelles politiques et quels mesures incitatives génèrent des changements durables dans les normes et favorisent une répartition plus équilibrée des soins, tant au sein des ménages que dans la société (Bustelo et al., 2024).

7.4.2 Politiques visant à accroître la participation des hommes dans les secteurs liés au soin

Les hommes sont nettement sous-représentés dans les domaines traditionnellement associés aux soins, comme l'éducation de la petite enfance, les soins de longue durée et la santé. Pour promouvoir la diversité au sein de la main-d'œuvre et répondre au besoin croissant de professionnels qualifiés, certains pays à revenu élevé ont mis en place des stratégies pour augmenter la participation masculine dans ces secteurs. Bien que plusieurs initiatives se concentrent exclusivement sur les soins aux enfants, elles pourraient être élargies ou adaptées aux soins aux personnes âgées.

Parmi les efforts visant à accroître la présence masculine dans le secteur des soins, on peut souligner les campagnes de recrutement et les stratégies de communication qui rendent visibles les opportunités professionnelles pour les hommes. Un exemple est la campagne « Les hommes dans les soins aux enfants », lancée par la Communauté flamande de Belgique en 2002 pour augmenter la participation masculine aux soins des enfants. L'initiative a mené une campagne publicitaire attractive, diffusé un manuel de recrutement et organisé des événements pour

débattre du rôle des hommes dans la prestation de soins. L'inscription des hommes dans les centres de formation a augmenté après la première année (Litjens et Taguma, 2017).

Certains pays ont mis en œuvre des mesures d'action positive pour inciter les hommes à se former et à travailler dans les secteurs des soins. En 1997, la Norvège s'est fixée pour objectif qu'au moins 20 % du personnel de l'éducation et des soins de la petite enfance soit composé d'hommes d'ici à l'an 2000. L'approche a été multidimensionnelle et comprenait des incitations pour les élèves du secondaire ainsi que des préférences à l'embauche en cas de mérite équivalent. Bien que le pays n'ait pas atteint cet objectif, la participation masculine dans le secteur a progressivement augmenté, passant de 5,7 % à 10,8 % entre 2003 et 2022 (Engel et al., 2015 ; OCDE, 2019 ; SSB, 2023). Cette approche peut également être pertinente pour les services de soins de longue durée.

Améliorer les conditions de travail dans le secteur — comme le soulignent les **chapitres 6** et **7** — constitue une autre voie pour encourager la participation masculine. À cet égard, garantir un travail décent pour les personnes qui apportent des soins, mettre en valeur l'importance sociale de leur travail, élargir la protection sociale et progresser dans la formalisation et la professionnalisation du secteur sont des éléments essentiels pour attirer davantage de travailleurs, y compris des hommes.

Plus d'hommes dans les rôles de soins rémunérés peut contribuer à rehausser à la fois le statut social et la rémunération de ces emplois. Les données montrent que, lorsqu'une profession est féminisée, les salaires tendent à être plus faibles, même en tenant compte du niveau d'éducation, de l'expérience et des compétences. Compte tenu du vieillissement de la population, ce secteur représente une opportunité évidente de création d'emplois pour les femmes et pour les hommes. Encourager davantage d'hommes à entrer dans les métiers du soin peut donc aider à revaloriser ces postes et à garantir une main-d'œuvre plus diversifiée et mieux qualifiée.

7.5 Construire une main-d'œuvre de soins de longue durée plus résiliente


7.5.1 Effets des événements extrêmes sur les populations vieillissantes

Il est prévu que les événements extrêmes — tels que les phénomènes météorologiques, les catastrophes naturelles ou les urgences sanitaires — s'intensifient à l'avenir. Dans ce contexte, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap comptent parmi les plus vulnérables.



rables aux impacts sanitaires provoqués par ces menaces, en raison de leur mobilité réduite, de systèmes immunitaires affaiblis, de l'isolement social et d'un accès limité aux services (IPCC, 2023 ; HelpAge International, 2015 ; Charveriat et al., 2023).

Les systèmes de soins de longue durée et leurs travailleurs doivent être mieux préparés à faire face à ces risques grâce à des investissements dans la résilience et la capacité d'adaptation. À l'heure actuelle, les systèmes de santé et de soins ne sont pas suffisamment préparés à ce type de chocs imprévus, comme l'a montré la pandémie de COVID-19. Dans de nombreux pays, la crise a révélé un financement et une planification insuffisants, des stratégies et des protocoles de réponse inadéquats, ainsi qu'une pénurie de travailleurs bien formés. Le manque de préparation et de capacité de réaction a contribué, dans de nombreux cas, à la perte de vies humaines.

Le **tableau 7.2**  présente une synthèse des effets des phénomènes météorologiques extrêmes et des événements naturels défavorables sur le personnel de santé, en s'appuyant sur les travaux de Curtis et al. (2017) et de Tsakonas et al. (2024). Curtis et al. (2017) proposent des stratégies d'adaptation pour les systèmes de santé et de soins fondées sur un cadre conceptuel comprenant trois dimensions : l'infrastructure physique, l'infrastructure institutionnelle et l'infrastructure sociale. Tsakonas et al. (2024) passent en revue la littérature existante sur les implications des phénomènes météorologiques extrêmes pour la main-d'œuvre de la santé. Bien que leur analyse se concentre sur les pays de l'OCDE, les conclusions présentent une portée globale. De plus, leurs constats et recommandations peuvent être étendus au secteur des soins.

Les personnes aidantes sont directement touchées — tout comme les usagers des établissements de soins de longue durée ou des domiciles particuliers — par l'infrastructure physique (bâtiments, installations, services essentiels et réseaux de transport) qui ne résiste pas de manière adéquate aux événements naturels défavorables. Cette infrastructure détermine directement la manière et le lieu où le personnel de santé assure les soins, ce qui influe sur son efficacité et sur sa mobilité. Par exemple, des matériaux de construction qui ne garantissent pas un confort thermique lors d'épisodes de températures extrêmes constituent un risque professionnel : ils génèrent du stress, de la fatigue et un malaise physique et mental, ce qui limite l'efficacité et la capacité de réaction en cas d'urgence.

De même, l'accès restreint aux lieux de travail ou l'absence de produits et de technologies essentiels pendant ou après des catastrophes peut entraver une prestation efficace des services, tant en milieu institutionnel qu'à domicile. L'adaptation implique de mettre en œuvre des mesures destinées à rendre les structures résilientes face à tout type de désastre.

**TABLEAU 7.2 IMPACTS DES ÉVÉNEMENTS EXTRÊMES SUR LA MAIN-D'ŒUVRE DES SOINS, SELON LE TYPE D'INFRASTRUCTURE**

TYPE D'INFRASTRUCTURE	RÔLE / IMPLICATIONS POUR LES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS	IMPACTS DES ÉVÉNEMENTS DÉFAVORABLES
Infrastructure physique : bâtiments, services publics et réseaux de transport.	Détermine où et comment les travailleuses et travailleurs opèrent.	Conditions de travail dégradées et risques professionnels accrus lorsque les bâtiments ne sont pas construits de manière adéquate pour résister aux événements extrêmes.
Infrastructure institutionnelle : politiques, ressources humaines et pratiques professionnelles.	Les politiques influencent la réglementation, le recrutement et les normes professionnelles de prestation de services.	Planification insuffisante limitant la capacité de prévenir et de répondre aux catastrophes ; formation inadéquate pour la gestion des risques de catastrophe ; augmentation de la charge de travail.
Infrastructure sociale : groupes et réseaux sociaux et communautaires.	Collaboration avec les organisations communautaires, les aidantes informelles et les services à domicile.	Interruption des services de soins ; augmentation de la charge de travail.

Source : adapté de Curtis et al. (2017) et Tsakonias et al. (2024).

7.5.2 Enseignements et actions mises en œuvre après les chocs

Les pays conçoivent et mettent en œuvre, en général, des mesures d'atténuation et d'adaptation face aux chocs externes et aux situations d'urgence de manière réactive, c'est-à-dire après leur survenue. C'est ce qui s'est produit en France après la vague de chaleur de 2003, au cours de laquelle plus de 13 000 personnes âgées ont perdu la vie.

Le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale française a mis l'accent sur la prévention proactive, les systèmes d'alerte précoce et les réponses institutionnelles coordonnées. Après la vague de chaleur, le ministère de la Santé a publié un arrêté qui précise un plan de réponse organisationnelle pour les établissements sociaux et de soins de longue durée en cas de crise sanitaire ou climatique. Le pays a également élaboré des lignes directrices nationales pour créer le Plan Bleu, qui englobe des plans complets de gestion des risques destinés à préparer les établissements à un large éventail de crises ou de situations sanitaires exceptionnelles. Ces plans désignent un coordonnateur de réponse aux crises, établissent des accords formels avec des institutions sanitaires voisines et détaillent des bonnes pratiques préventives ainsi que des protocoles indiquant la manière dont l'établissement doit agir pendant les phases d'alerte et d'urgence.

De manière similaire, le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario a publié le Manuel de préparation aux situations d'urgence dans les soins de longue durée¹¹² afin d'aider les établissements de soins à élaborer des plans efficaces d'urgence et d'évacuation, à garantir le res-

112. Long-Term Care Emergency Preparedness Manual.



pect des normes, à améliorer la qualité grâce au partage de bonnes pratiques et à les mettre en relation avec des ressources externes. En Suède, le gouvernement a produit des supports de sensibilisation à l'intention des responsables et superviseurs des secteurs de la santé et des soins sociaux, comprenant des orientations sur la manière de se préparer aux vagues de chaleur et aux événements climatiques extrêmes, ainsi que des outils et pratiques disponibles. La planification est essentielle, mais elle doit être complétée par des actions de formation et de développement des capacités afin de renforcer la capacité du personnel à anticiper, planifier et répondre efficacement aux situations de crise.

Une manière efficace de préparer la main-d'œuvre aux chocs consiste à intégrer des mesures de résilience et d'adaptation dans les profils professionnels et dans les programmes de formation, tant initiale que continue. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence de grandes difficultés dans la gestion des crises au sein des services de soins en Europe, en grande partie en raison d'un manque de personnel et de la présence de nombreuses aidantes peu préparées et soumises à des conditions contractuelles précaires (Ortega, Sancho et Stampini, 2021). Pour répondre efficacement aux crises futures, les initiatives de formation doivent être complétées par des efforts visant à améliorer les conditions de travail des aidantes. Accroître la satisfaction au travail, réduire la rotation du personnel et donner la priorité au bien-être physique et mental des équipes se traduit par une main-d'œuvre plus à même de mettre en œuvre efficacement les stratégies d'adaptation et de gestion des risques.

7.5.3 Adapter les compétences et les aptitudes pour faire face aux événements extrêmes et aux situations d'urgence

La main-d'œuvre des soins de longue durée doit ajuster ses compétences pour répondre aux défis que provoquent les phénomènes météorologiques extrêmes, les crises sanitaires ou les catastrophes naturelles. L'accent doit donc être mis sur la préparation aux catastrophes, la réduction et la prévention des risques, le secours et la réponse, ainsi que sur la reconstruction et la récupération. Les initiatives d'adaptation doivent renforcer les capacités visant à atténuer les effets négatifs des menaces et à réduire au minimum le risque de catastrophes (UNDRR, 2009).

L'Organisation mondiale de la Santé (2023) propose une série d'étapes pour construire une main-d'œuvre de santé plus résiliente. Ce cadre opérationnel — appliqué ici aux systèmes de soins — met d'abord l'accent sur le renforcement de la capacité organisationnelle. Cela implique : (i) élaborer des plans de contingence prévoyant le déploiement d'un personnel suffisant lors de chocs aigus ; (ii) garantir la participation des travailleuses et travailleurs aux processus décisionnels, à la planification et à la gestion des phénomènes météorologiques extrêmes ; (iii) développer les capacités en intégrant le changement climatique et la santé dans les programmes de formation afin de répondre aux lacunes existantes.

Introduire un leadership transformateur constitue une première étape pour renforcer la capacité de la main-d'œuvre dans ce domaine. Ce type de leadership requiert des compétences liées à la création d'espaces favorables au changement de la culture organisationnelle, à la reddition de comptes dans la prise de décision en temps réel, à la gestion du risque, à la planification agile, ainsi qu'à la communication et à la collaboration (Tsakonias et al., 2024). Ces compétences sont particulièrement importantes pour les personnes exerçant des fonctions de gestion et de gouvernance, qui contribuent à la mise en œuvre stratégique et transversale des politiques d'adaptation et de gestion des catastrophes. Pour le reste des travailleuses et travailleurs, elles jouent également un rôle clé en sensibilisant les personnes recevant des soins et le public en général à la manière de se préparer et de réagir efficacement face aux catastrophes.

Une deuxième composante, liée à la capacité technique et professionnelle des travailleuses et travailleurs, inclut la formation aux compétences de base concernant les phénomènes météorologiques extrêmes et la préparation aux catastrophes. Jagals et Ebi (2021) identifient quatre domaines pour ces compétences. Dans le cas des personnes qui apportent des soins, cela implique la capacité de :

- a. Comprendre les phénomènes météorologiques extrêmes, leurs facteurs déclencheurs et leurs impacts possibles, ce qui suppose d'utiliser et d'interpréter l'information climatique pour agir de manière préventive face aux catastrophes.
- b. Réaliser des évaluations permettant d'identifier les conséquences de ces événements pour les personnes âgées. Cela signifie intégrer, dans les évaluations, les facteurs météorologiques susceptibles d'aggraver le degré de dépendance aux soins.
- c. Comprendre et mettre en œuvre des mesures d'adaptation, de résilience et de gestion du risque afin de soutenir les personnes âgées ; par exemple, veiller à l'hydratation lors des vagues de chaleur.
- d. Travailler au sein d'un réseau coordonné et structuré, en collaboration avec des tiers, pour sensibiliser la communauté et soutenir les aidantes.

Il existe encore un important déficit d'information et de propositions concrètes sur la manière d'adapter les systèmes de soins et leur main-d'œuvre aux impacts des chocs externes et des catastrophes. Les recommandations présentées dans cette section proviennent d'analyses portant principalement sur les travailleurs et les systèmes de santé. Il est essentiel d'ajuster ces propositions aux caractéristiques propres des systèmes de soins et des personnes aidantes.

La **figure 7.1** résume les principales recommandations pour soutenir et reconnaître les aidantes de personnes âgées en Amérique latine et dans les Caraïbes.



FIGURE 7.1 RECOMMANDATIONS CLÉS POUR SOUTENIR ET RECONNAÎTRE LES AIDANTES DE PERSONNES ÂGÉES EN AMÉRIQUE LATINE ET DANS LES CARAÏBES

1 Améliorer la qualité des emplois dans les soins de longue durée

- Investir dans la professionnalisation des emplois de soins afin d'améliorer la qualité du service.
- Élargir et renforcer la couverture de la sécurité sociale des personnes aidantes.
- Promouvoir des initiatives du secteur privé (telles que des plateformes et des coopératives) qui améliorent la qualité de l'emploi et le développement professionnel des aidantes.
- Mettre en œuvre des politiques complémentaires (incitations fiscales, contrôle et réglementation du travail indépendant) pour améliorer les conditions de travail et la formalisation.

2 Former des aidantes rémunérées et des aidantes familiales avec une approche centrée sur la personne

- Intégrer l'approche centrée sur la personne dans les cadres et les programmes de formation.
- Concevoir des formations qui répondent aux besoins des aidantes comme à ceux des personnes recevant des soins.
- Actualiser les contenus et les modalités de formation au rythme de l'évolution des besoins de soins.
- Harmoniser les exigences de formation et élargir l'offre ainsi que la portée des programmes.
- Accroître la participation en réduisant les obstacles et en proposant des options flexibles.

3 Soutenir les aidantes familiales pour prévenir les effets négatifs du soin

- Fournir une information accessible, un soutien psychologique et des évaluations structurées des besoins de la personne aidante.
- Proposer des options de répit pour alléger la charge et prévenir l'épuisement.
- Garantir l'accès à des congés pour soins et à des modalités de travail flexibles pour les aidantes ayant un emploi.
- Accorder des transferts monétaires ainsi que des crédits fiscaux et prévisionnels afin d'atténuer les coûts liés aux soins.

4 Promouvoir la participation des hommes aux soins rémunérés et aux soins dans le cadre de la famille

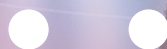
- Adopter des politiques qui transforment les normes traditionnelles de genre relatives aux rôles de soins.
- Mettre en œuvre des mesures spécifiques pour augmenter l'entrée et la présence des hommes dans les professions liées aux soins.

5 Construire une main-d'œuvre de soins de longue durée plus résiliente

- Évaluer et traiter les impacts des événements extrêmes sur les personnes âgées et sur les systèmes de soins.
- Appliquer les enseignements tirés et institutionnaliser les actions de réponse après les chocs.
- Adapter les compétences et les aptitudes de la main-d'œuvre face aux événements extrêmes et aux situations d'urgence.



Références





- Akosa Antwi, Y. et J. R. Bowlblis. 2016. "The impact of nurse turnover on quality of care and mortality in nursing homes: evidence from the Great Recession". Upjohn Institute Working Paper 16-249. Kalamazoo, MI : W.E. Upjohn Institute for Employment Research. <https://doi.org/10.17848/wp16-249>.
- Aksoydan, E., A. Aytar, A. Blaževičienė, R. L. van Bruchem-Visser, A. Vaskelytė, F. Mattace-Raso, S. Acar, A. Altıntaş, E. Akgün-Çitak, S. Attepe-Özden, Ç. Başkıcı, S. Kav et G. Kızıltan. 2019. "Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review". Archives of Gerontology and Geriatrics 83 (juillet-août) : 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.006>.
- Alaimo, V., V. Alarcón, J. P. Hernández Ramírez, D. S. Kaplan, R. Novella et M. N. Chaves. 2022. "El futuro del trabajo en América Latina y el Caribe: la flexibilidad, ¿llegó para quedarse?". Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0004504>.
- Aldaz Arroyo, E., E. Berríos Prieto, L. Fernández Cordero, M. Leiva Marín, L. C. López Franco, A. López Gómez, F. Benedetti et P. Díaz-Veiga. 2023. "Hacia la profesionalización de las personas cuidadoras: formación y competencias necesarias para el cuidado de largo plazo". Note technique de la BID IDB-TN-02717. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0005055>.
- Alonso, C., M. Brussevich, M. E. Dabla-Norris, Y. Kinoshita et M. K. Kochhar. 2019. "Reducing and redistributing unpaid work: stronger policies to support gender equality". Washington, DC : Fonds monétaire international. <https://doi.org/10.5089/9781513514536.001>.
- Amarante, V. et C. Rossel. 2018. "Unfolding patterns of unpaid household work in Latin America". Feminist Economics 24 (1) : 1-34. <https://doi.org/10.1080/13545701.2017.1344776>.
- Anand, P., L. Dague et K. Wagner. 2022. "The role of paid family leave in labor supply responses to a spouse's disability or health shock". Journal of Health Economics 83 : 102621. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102621>.
- Aranco, N., M. Stampini, P. Ibararán et M. Medellin. 2018. "Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe". Note de politique de la BID IDB-PB-273. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0000984>.
- Aranco, N. et R. Sorio. 2019. "Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay". Note technique de la BID IDB-TN-1615. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0001821>.



- Aranco, N. et P. Ibararán. 2020. "Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados". Note technique de la BID IDB-TN-1884. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0002310>.
- Aranco, N., M. Bosch, M. Stampini, O. Azuara Herrera, L. Goyeneche, P. Ibararán, D. Oliveira, M. Reyes Retana Torre, W. D. Savedoff et E. Torres Ramirez. 2022. "Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores". Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0004287>.
- Aranco, N., P. Ibararán et M. Stampini. 2022. "Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores en 26 países de América Latina y el Caribe". Note technique de la BID IDB-TN-2470. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0004250>.
- Aranco, N., S. Bauhoff, N. V. Schwarz et M. Stampini. 2024. "¿Están las hospitalizaciones prolongadas sustituyendo la atención primaria y de largo plazo?: evidencia de Brasil y México". Document de travail de la BID IDB-WP-1632. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0013126>.
- Araujo, M. C., E. Bastias-Butler, S. Bauhoff, S. Berlinski, M. Bosch, M. Busso, J. P. Cristia, Y. Cruz-Aguayo, S. Duryea, L. Etcheverry, L. Flabbi, V. Frisancho, M. P. Gerardino, A. Gómez Vidal, M. Guizzo Altube, E. Iriarte, D. S. Kaplan, S. Naranjo Bautista, E. Näslund-Hadley, S. M. Perez-Vincent, M. Reyes Retana Torre, D. Ríos-Zertuche, A. M. Rivera Bianchi, C. Scartascini, M. Stampini, D. A. Vera-Cossio, P. Yáñez-Pagans et P. Zúñiga Brenes. 2024. "Ampliar las oportunidades: políticas de igualdad de género e inclusión". Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0013261>.
- Arksey, H. et C. Glendinning. 2007. "Combining work and care: carers' decision-making in the context of competing policy pressures". *Social Policy & Administration* 42 (1) : 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00587.x>.
- Assemblée législative de Tobago. 2024. "Your path to better caregiving". Assemblée législative de Tobago. <https://health.tha.gov.tt/dhwsp-to-upskill-caregivers-in-tobago/>.
- Azuara Herrera, O., L. Carmona, M. Mondragón et F. Vivanco. 2023. "Mejorar las vidas de los trabajadores independientes: el camino hacia su aseguramiento efectivo". Note technique de la BID IDB-TN-02744. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0005030>.



- Balsa, A., C. Irazoqui, M. Papadopolus, S. Salvador, P. Villalobos et D. Zak. 2025. "Sistema de Cuidados: diagnóstico, desafíos, recomendaciones y análisis de sostenibilidad financiera". Système de soins, République orientale de l'Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/sistema-cuidados-diagnostico-desafios-recomendaciones-analisis>.
- Banque de prévoyance sociale. 2024. "Trabajo doméstico remunerado en Uruguay: avances y brechas en el acceso a la seguridad social". Commentaires sur la sécurité sociale 114. <https://www.bps.gub.uy/bps/file/21945/1/114.-trabajo-domestico-remunerado-en-uruguay.-avances-y-brechas-en-el-acceso-a-la-seguridad-social.-actualizacion.pdf>.
- Benedetti, F., J. Acuña et B. Fabiani. 2022. "Teleasistencia: innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas a distancia". Note technique de la BID IDB-TN-02475. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0004383>.
- Benedetti, F., M. Sancho et M. Hernández. 2024. "Why and how to develop day centers: putting the well-being of older people and caregivers first". Note technique de la BID IDB-TN-2924. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0012960>.
- Bermejo, L. 2021. "Marco teórico de referencia para residencias de personas mayores en situación de dependencia". EUROsociAL. https://eurosociAL.eu/wp-content/uploads/2022/01/Herramienta_88-residencias-de-personas-mayores-en-situacion-de-dependencia.pdf.
- Blas, E. et A. S. Kurup, dir. 2010. "Equity, social determinants and public health programmes". Genève : Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/publications/item/9789241563970>.
- Bom, J., P. Bakx, F. Schut et E. van Doorslaer. 2019. "Health effects of caring for and about parents and spouses". The Journal of the Economics of Ageing 14 : 100196. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2019.100196>.
- Brenna, E. et C. Di Novi. 2016. "Is caring for older parents detrimental to women's mental health? The role of the European North-South gradient". Review of Economics of the Household 14 : 745-78. <https://doi.org/10.1007/s1150-015-9296-7>.
- Brimblecombe, N. et J. Cartagena Farias. 2022. "Inequalities in unpaid carer's health, employment status and social isolation". Health & Social Care in the Community 30 (6) : 6564-76. <https://doi.org/10.1111/hsc.14104>.
- Brimblecombe, N., J. Fernandez, M. Knapp, A. Rehill et R. Wittenberg. 2018. "Review of the international evidence on support for unpaid carers". Journal of Long-Term Care : 25-40. <https://doi.org/10.31389/jltc.3>.



- Brito, E. et D. Contreras. 2024. "The caregiving penalty: Caring for sick parents and the gender pay gap". Providence, RI : Université Brown. https://ebritore.github.io/jmp/JMP_emilia_brito.pdf.
- Brito, V. C. A., R. Bello-Corassa, S. R. Stopa, L. M. V. Sardinha, C. M. Dahl et M. C. Viana. 2022. "Prevalence of self-reported depression in Brazil: National Health Survey 2019 and 2013". *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 31 (spe1). <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial>.
- Burke, R. J. et L. M. Calvano, dir. 2017. "The sandwich generation: Caring for oneself and others at home and at work". Cheltenham, Royaume-Uni : Edward Elgar Publishing.
- Bustelo, M., A. Suaya, M. Viollaz et K. Martinez. 2024. "Incorporación de los hombres en las tareas de cuidado: derribando barreras y replanteando roles en América Latina y el Caribe". Note de politique de la BID IDB-PB-397. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0005665>.
- Cafagna, G., N. Aranco, P. Ibararán, M. Oliveri, N. Medellín et M. Stampini. 2019. "Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe". Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0001972>.
- CEPALC (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes) et OIT (Organisation internationale du Travail). 2021. "Decent work for platform workers in Latin America". *Employment Situation in Latin America and the Caribbean* 24. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5484c1bf-c259-4a9a-aa98-22db13d52a8b/content>.
- Cès, S., V. Hlebec et S. Yghemonos. 2019. "Valuing informal care in Europe: analytical review of existing valuation methods". Bruxelles : Eurocarers. https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2024/10/Value-of-care_web.pdf.
- Charmes, J. 2019. "The unpaid care work and the labour market: an analysis of time use data based on the latest world compilation of time-use surveys". Genève : Organisation internationale du Travail. <https://www.ilo.org/publications/unpaid-care-work-and-labour-market-analysis-time-use-data-based-latest>.
- Charveriat, C., E. Bodin, B. Cartier et G. Haq. 2023. "Climate justice in an ageing world: discussion paper". Londres : HelpAge International. <https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2023/11/Climate-justice-in-an-ageing-world.pdf>.
- Chen, X., G. Mao et S. Leng. 2014. "Frailty syndrome: an overview". *Clinical Interventions in Aging* 9 : 433-441. <https://doi.org/10.2147/CIA.S45300>.
- ChileAtiende. 2024. "Programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa". ChileAtiende. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/7792-programa-de-atencion-domiciliaria-para-personas-con-dependencia-severa>.



- ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). 2021. Using the interRAI HC Caregiver Risk Evaluation (CaRE) algorithm as a decision-support tool. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/interrai-hc-care-job-aid-en.pdf>.
- Coe, N. B. et C. H. Van Houtven. 2009. "Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent". *Health Economics* 18 (9) : 991-1010. <https://doi.org/10.1002/hec.1512>.
- Coile, C., M. Rossin-Slater et A. Su. 2022. "The impact of paid family leave on families with health shocks". Cambridge, MA : Bureau national de recherche économique. <https://doi.org/10.3386/w30739>.
- Coman, R., C. Caponecchia et A. McIntosh. 2018. "Manual handling in aged care: impact of environment-related interventions on mobility". *Safety and Health at Work* 9 (4) : 372-380. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2018.02.003>.
- Commission de la femme et de la famille. 2024a. "Acta de la décima primera sesión extraordinaria de la Comisión de Mujer y Familia". Gouvernement du Pérou. <https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/MTgyMTU2/pdf>.
- . 2024b. "Dictamen recaído en los Proyectos de Ley 4705/2022-CR y 5308/2022-CR". Gouvernement du Pérou. <https://wb2server.congreso.gob.pe/service-alfresco/alfresko/detalle/preview/file?idDocument=e15567c6-a446-45ea-a2a9-da4232013ca0&key=47j6sp1KH2el-P2lphiOp78e>.
- Commission européenne. 2018. "Peer review on Germany's latest reforms of the long-term care system, January 11–12, 2018". Bruxelles : Commission européenne. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=9008&furtherNews=yes>.
- Commission européenne/Direction générale des affaires économiques et financières et CPE (Comité de politique économique). 2016. "Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability". Institutional Paper 37, vol. 2. Bruxelles : Commission européenne. <https://doi.org/10.2765/776073>.
- CONAPAM (Conseil national des personnes âgées). 2023. "Modalidades de atención". Présidence de la République, Gouvernement du Costa Rica. <https://conapam.go.cr/modalidades-de-atencion/>.
- Congrès de la République du Pérou. 2022. "Ley n.º 31572: teletrabajo". <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3618445/Ley%2031572.pdf.pdf?v=1662944800>.



- . 2024. “Dictamen recaído en los Proyectos de Ley 4705/2022-CR y 5308/2022-CR”. <https://wb2server.congreso.gob.pe/service-alfresco/alfresco/detalle/preview/file?idDocumento=e15567c6-a446-45ea-a2a9-da4232013ca0&key=47j6sp1KH2elP2lphiOp78e>.
- Congrès national du Chili. 2024. “Minuta Programa Hospital Digital”. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/35893/1/BCN__Minuta__Hospital_Digital_Final.pdf.
- CONOCER (Conseil national de normalisation et de certification des compétences professionnelles). 2024. “Presentación de estándar de competencia EC1519.01 Prestación de cuidados centrados en la persona mayor con dependencia funcional”. Secrétariat à l'Éducation publique, Gouvernement du Mexique. <https://conocer.gob.mx/blog/prensa/presentacion-de-estandar-de-competencia-ec1519-01-prestacion-de-cuidados-centrados-en-la-persona-mayor-con-dependencia-funcional/>.
- Conseil des infirmières et des sages-femmes de Jamaïque. 2018. “Checklist for nurses and midwives trained abroad”. The Nursing Council of Jamaica. <https://ncj.org.jm/wp-content/uploads/2018/09/Registration-requirements.pdf>.
- Conseil européen. 2022. “Recomendación del Consejo de 16 de junio de 2022 relativa a un enfoque europeo de las microcredenciales para el aprendizaje permanente y la empleabilidad (2022/C 243/02)”. Journal officiel de l'Union européenne C 243 : 10-25. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32022H0627\(02\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32022H0627(02)).
- Conseil municipal de Cochabamba. 2016. “Ley Municipal 0090 “Economía del cuidado solidario””. https://americalatinagenera.org/wp-content/uploads/2016/08/Ley_Municipal.pdf.
- . 2019. “Ley Municipal 0380 de corresponsabilidad en el trabajo del cuidado no remunerado para la igualdad de oportunidades”. https://oig.cepal.org/sites/default/files/2019_ley380cochabamba_bol.pdf.
- Costa-Font, J., C. Courbage et K. Swartz. 2015. “Financing long-term care: ex ante, ex post or both?”. *Health Economics* 24 (S1) : 45-57. <https://doi.org/10.1002/hec.3152>.
- Curtis, S., A. Fair, J. Wistow, D. V. Val et K. Oven. 2017. “Impact of extreme weather events and climate change for health and social care systems”. *Environmental Health* 16 (Suppl 1) : 128. <https://doi.org/10.1186/s12940-017-0324-3>.
- Daray, F. M., A. L. Rubinstein, L. Gutierrez, F. Lanas, N. Mores, M. Calandrelli, R. Poggio, J. Ponzio et V. E. Irazola. 2017. “Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern Cone of Latin America: a population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay”. *Journal of Affective Disorders* 220 : 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.031>.



- De Anca, C., N. M. Campos, C. Galdón et E. Gutiérrez. 2025. “Plan para la construcción de un ecosistema emprendedor para los cuidados de largo plazo en América Latina y el Caribe”. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0013369>.
- De Brouwer, O. et I. Tojerow. 2023. “The growth of disability insurance in Belgium: determinants and policy implications”. IZA Discussion Paper 16376. Bonn : Institut d'économie du travail. <https://ssrn.com/abstract=4541358>.
- DESA (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies). 2024. “World population prospects 2024”. <https://population.un.org/wpp/>.
- Direction du développement social. 2023. “Informe de la evaluación interna 2024 del Programa Social “Apoyo económico para personas guardianes del hogar que cuidan familiares directos con enfermedades cognitivas, oncológicas o discapacidad””. Mairie de Cuauhtémoc. <https://transparencia.alcaldiacuauhtemoc.mx:81/media/07-01-2024/3051/Evaluacion-Guardianes.pdf>.
- DOMINA (Association nationale des familles employeurs de travail domestique). 2024. “Sixth annual report”. Rome : DOMINA. https://www.osservatoriolavorodomestico.it/documenti/summary_annual_report_2024.pdf.
- Doty, P. 2023. “Presupuesto con consejos: cuidados a largo plazo autogestionados en el domicilio y en la comunidad”. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0004857>.
- Doyle, K. et J. Kato-Wallace. 2021. “Program H: a review of the evidence—nearly two decades of engaging young men and boys in gender equality”. Washington, DC : Equimundo. <https://www.equimundo.org/wp-content/uploads/2021/11/Program-H-Eva.-Report-2.-September-2021.pdf>.
- Dunlop, D., S. Hughes et L. Manheim. 1997. “Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability”. American Journal of Public Health 87 (3) : 378-383. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.3.378>.
- Engel, B., J. Peeters, T. Rohrmann et K. Emilsen. 2025. “Men and gender equality: tackling gender-segregated family roles and social care jobs”. Bruxelles : Commission européenne, Direction générale de la justice.
- EsSalud (Assurance sociale de santé). 2015. “Manual del cuidador en el domicilio”. https://www.essalud.gob.pe/cruzada-por-la-humanizacion/pdf/manual_del_cuidador_en_el_domicilio.pdf.



- Etti, N., M. Weigl et N. Gambashidze. 2025. "Psychological safety, job satisfaction, and the intention to leave among German early-career physicians". *International Journal for Quality in Health Care* 37 (1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf002>.
- Eurocarers. 2024. "Integrating artificial intelligence within informal care and long-term care". https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2024/07/Eurocarers-AI_pp.pdf.
- Evanoff, B., L. Wolf, E. Aton, J. Canos et J. Collins. 2003. "Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanical lifts in the workplace". *American Journal of Industrial Medicine* 44 (5) : 451-457. <https://doi.org/10.1002/ajim.10294>.
- Fabiani, B. 2023. "Cuidando a los cuidadores: el panorama del trabajo de cuidados remunerados en América Latina y el Caribe". Note technique de la BID IDB-TN-02783. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0005147>.
- Fabiani, B., M. Stampini, N. Aranco, F. Benedetti et P. Ibararán. 2024. "Cuidadoras de personas mayores: sobrecargadas y mal pagadas: evidencia de una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo en América Latina y el Caribe. Versión 1: junio 2024". Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0013053>.
- Fabiani, B., J. Costa-Font, N. Aranco, M. Stampini et P. Ibararán. 2025. "Funding options for long-term care services in Latin America and the Caribbean". *The Journal of the Economics of Ageing* 30 : 100550. <https://doi.org/10.1016/j.jjeoa.2025.100550>.
- Ferrant, G. et A. Thim. 2019. "Measuring women's economic empowerment: time use data and gender inequality". *OECD Development Policy Papers* 16. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques.
- Folbre, N. et J. Yoon. 2008. "Economic development and time devoted to direct unpaid care activities". Genève : Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social. <https://www.unrisd.org/es/library/publications/economic-development-and-time-devoted-to-direct-unpaid-care-activities-an-analysis-of-the-harmonized>.
- Fujisawa, R. et F. Colombo. 2009. "The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand". *OECD Health Working Papers* 44. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <https://doi.org/10.1787/225350638472>.
- Galiana, J. et W. A. Haseltine. 2019. "Person-centered long-term care". Dans *Aging well*, sous la direction de J. Galiana et W. A. Haseltine. Singapour : Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-981-13-2164-1_4.
- Galvis, Y. 2023. "Medellín capacitó a 302 ciudadanos con el diplomado de formación de cuidadores y cuidadoras de personas mayores". Mairie de Medellín.



- Giacomin, K. C., Y. A. O. Duarte, A. A. Camarano, D. P. Nunes et D. Fernandes. 2019. “Care and functional disabilities in daily activities—ELSI-Brazil”. *Revista de Saúde Pública* 52 (Suppl 2) : 9. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000650>.
- Giurge, L. M., A. V. Whillans et C. West. 2020. “Why time poverty matters for individuals, organizations and nations”. *Nature Human Behaviour* 4 : 993-1003. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0920-z>.
- Global Deal. 2023. “Unlocking the potential of social dialogue for long-term care”.
- Gouvernement du Brésil. s. d. “Inscriver-se em cursos na Universidade Aberta do SUS”. Services et informations du Brésil. www.gov.br/pt-br/servicos/inscrever-se-na-universidade-aberta-do-sus.
- Gouvernement du Canada. 2025. “El caregiving benefits”. <https://www.canada.ca/en/services/benefits/ei/caregiving/benefits-amounts.html>.
- Gouvernement du Chili/Direction socioculturelle. 2016. “Programa Chile Cuida”. www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=42768&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION.
- Gouvernement de Colombie. s. d. “Colombia Mayor”.
- Gouvernement du Mexique. 2017. “Cursos para cuidadores de adultos mayores, impartidos por el INAPAM”. Gouvernement du Mexique. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/cursos-para-cuidadores-de-adultos-mayores-impartidos-por-el-inapam?idiom=es>.
- . 2024. “Ley de los derechos de las personas adultas mayores”. Journal officiel de la Fédération. Gouvernement du Mexique. www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf.
- Gouvernement de l'État de Jalisco. 2024. “Núm. 29518/LXIII/24: Ley del Sistema Integral de Cuidados para el Estado de Jalisco”. Gouvernement de l'État de Jalisco. https://congresoweb.congresojal.gob.mx/bibliotecavirtual/legislacion/Leyes/Documentos_PDF-Leyes/Ley%20del%20Sistema%20Integral%20de%20Cuidados%20para%20el%20Estado%20de%20Jalisco-190424.pdf.
- Gouvernement du Royaume-Uni. 2016. “Carers (Scotland) Act 2016”. www.legislation.gov.uk/asp/2016/9/contents.
- Gómez, A. 2023. “150 cuidadoras y cuidadores de personas mayores fueron certificados por la Alcaldía de Medellín”. Mairie de Medellín. <https://www.medellin.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/150-cuidadoras-y-cuidadores-de-personas-mayores-fueron-certificados-por-la-alcaldia-de-medellin/>.



- González-González, C. A., M. Stampini, G. Cafagna, M. C. Hernández Ruiz et P. Ibararán. 2019. "Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México". Document de travail de la BID IDB-WP-1033. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0002091>.
- Grantham, K., G. Dowie et A. Haan, dir. 2021. "Women's economic empowerment: insights from Africa and South Asia". Routledge.
- Gresham, M., M. Heffernan, H. Brodaty, I. Haapala, S. Biggs et S. Kurrle. 2018. "The Going to Stay at Home program: combining dementia caregiver training and residential respite care". *International Psychogeriatrics* 30 (11) : 1697-1706. <https://doi.org/10.1017/s1041610218000686>.
- Güezmes García, A. et M. N. Vaeza (coord.). 2023. "Advances in care policies in Latin America and the Caribbean: towards a care society with gender equality". Project Documents (LC/TS.2022/175/ Rev.1). Santiago : Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes / Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2023-03/S2201159_en.pdf.
- Hanna, T., C. Meisel, J. Moyer, G. Azcona, A. Bhatt et S. Duerto. 2023. "Forecasting time spent in unpaid care and domestic work". Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et Frederick S. Pardee Center for International Futures. <https://data.unwomen.org/publications/forecasting-time-spent-unpaid-care-and-domestic-work>.
- Hanson, E., L. Magnusson et J. Nolan. 2008. "Swedish experiences of a negotiated approach to carer assessment: the Carers-Outcome Agreement Tool". *Journal of Research in Nursing* 13 (5) : 391-407. <https://doi.org/10.1177/1744987108095161>.
- HelpAge International. 2015. "Climate change in an ageing world". HelpAge International. <https://www.helpage.org/resource/climate-change-in-an-ageing-world/>.
- Hofmarcher, M., H. Oxley et E. Rusticelli. 2007. "Improved health system performance through better care coordination". *OECD Health Working Papers* 30. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <https://doi.org/10.1787/246446201766>.
- Holder-Nevins, D., K. James, J. McKoy Davis, D. Willie-Tyndale, C. Thompson et D. Eldemire-Shearer. 2018. "Who cares? sociodemographic and health characteristics of carers of older persons in Jamaica". *The West Indian Medical Journal* 67 (5) : 465-470. <https://www.mona.uwi.edu/fms/wimj/article/3835>.



- Husebø, B. S., C. Ballard, D. Aarsland, G. Selbæk, D. D. Slettebø, C. Gulla, I. Aasmul, T. Habiger, T. Elvegaard, I. Testad et E. Flo. 2019. "The effect of a multicomponent intervention on quality of life in residents of nursing homes: a randomized controlled trial (COSMOS)". *Journal of the American Medical Directors Association* 20 (3) : 330-339. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.006>.
- Hussein, S., M. Ismail et J. Manthorpe. 2016. "Changes in turnover and vacancy rates of care workers in England from 2008 to 2010: panel analysis of national workforce data". *Health & Social Care in the Community* 24 (5) : 547-556. <https://doi.org/10.1111/hsc.12214>.
- IMAS (Institut mixte d'aide sociale). 2020a. "23.700 familias en vulnerabilidad reciben 100 mil colones para atender necesidades básicas". Gouvernement du Costa Rica. <https://www.imas.go.cr/es/comunicado/23700-familias-en-vulnerabilidad-reciben-100-mil-colones-para-atender-necesidades>.
- . 2020b. "Catálogo de servicios dirigidos a personas con dependencia". Gouvernement du Costa Rica. <https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Cat%C3%A1logo%20de%20servicios.pdf>.
- IMSS (Institut mexicain de sécurité sociale). s. d. "Personas cuidadoras". Gouvernement du Mexique. <https://www.imss.gob.mx/personamayor/cuidados/personas-cuidadoras>.
- INAPAM (Institut national des personnes âgées). 2021. "Informe de seguimiento y monitoreo de las políticas, programas o proyectos para la atención de las personas adultas mayores". Institut national des personnes âgées. <https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/InfSegPPP21.pdf>.
- INDEC (Institut national de la statistique et des recensements). 2024. "Encuesta Permanente de Hogares: principales indicadores". Institut national de la statistique et des recensements.
- INEC (Institut national de la statistique et du recensement). 2019. "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples". Institut national de la statistique et du recensement du Panama.
- INEGI (Institut national de statistique et de géographie). 2013. "Sistema de Cuentas Nacionales de México: cuentas satélite de trabajo no remunerado de los hogares; fuentes y metodologías". https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825216900.pdf.
- . 2020. "Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) 2019". <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/#documentacion>.
- . 2024. "Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)".



- IPCC (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat). 2023. "Health, wellbeing and the changing structure of communities". Dans *Climate Change 2022: Impacts, adaptation and vulnerability—Working Group II contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, 1041-1170. Cambridge : Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009325844.009>.
- IPPF (Fédération internationale pour la planification familiale), WHR (Région de l'hémisphère occidental) et Promundo. 2017. "State of the World's Fathers: Latin America and the Caribbean". IPPF/WHR et Promundo.
- ISDEMU (Institut salvadorien pour le développement de la femme). 2024. "Política nacional de corresponsabilidad de los cuidados". <https://www.mujerestransformando.org/wp-content/uploads/2024/03/Politica-Nacional-de-Corresponsabilidad-de-los-Cuidados.pdf>.
- Jagals, P. et K. L. Ebi. 2021. "Core competencies for health workers to deal with climate and environmental change". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (8) : 3849. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083849>.
- Jara Maleš, P. et A. Chaverri-Carvajal. 2020. "Servicios de apoyo al cuidado en domicilio: avances y desafíos para la atención de la dependencia en Costa Rica". Note technique de la BID IDB-TN-2031. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0002767>.
- Jiménez, C., J. Requejo, M. Foces, M. Okumura, M. Stampini et A. Castillo. 2021. "Economía plateada: mapeo de actores y tendencias en América Latina y el Caribe". Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0003237>.
- Katz, S., A. B. Ford, R. W. Moskowitz, B. A. Jackson et M. W. Jaffe. 1963. "Studies of illness in the aged: the index of ADL—A standardized measure of biological and psychosocial function". *JAMA* 185 (12) : 914-919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>.
- Kim, S. 2020. "Effects of paid leave policies on working caregivers' labor supply". *Innovation in Aging* 4 (Suppl_1) : 30-31. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.099>.
- Larkin, M., M. Henwood et A. Milne. 2019. "Carer-related research and knowledge: findings from a scoping review". *Health & Social Care in the Community* 27 (1) : 55-67. <https://doi.org/10.1111/hsc.12586>.



- Lee, C. Y., C. Beanland, D. Goeman, A. Johnson, J. Thorn, S. Koch et R. A. Elliott. 2015. "Evaluation of a support worker role, within a nurse delegation and supervision model, for provision of medicines support for older people living at home: the Workforce Innovation for Safe and Effective (WISE) Medicines Care study". *BMC Health Services Research* 15 : 460. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1120-9>.
- Lightman, N. et C. Link. 2021. "Gender, class and the cost of unpaid care: an analysis of 25 countries". *Journal of Comparative Family Studies* 52 (2) : 206-244. <https://doi.org/10.3138/jcfs-52-2-004>.
- Litjens, I. et M. Taguma. 2017. "Early childhood education and care staff recruitment and retention: a review for Kazakhstan". Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/about/programmes/edu/ecec/migrate/KAZ-ECEC.pdf>.
- Llena-Nozal, A., E. Rocard et P. Sillitti. 2022. "Providing long-term care: options for a better workforce". *International Social Security Review* 75 (3-4). <https://doi.org/10.1111/issr.12310>.
- Lloyd-Sherlock, P., K. Giacomini, P. Carvalho et L. Sempé. 2024. "Programa Maior Cuidado: una intervención integrada de base comunitaria para adultos mayores". Note technique de la BID IDB-TN-2889. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0005535>.
- Lloyd-Sherlock, P., R. Amaral, P. Carvalho, W. Bomfim, J. Barbosa et K. Giacomini. 2025. "The effects of Programa Maior Cuidado on the health of family caregivers: preliminary findings". Brazilian Care Association. <https://cuidadosa.org/wp-content/uploads/2025/05/The-effects-of-Programa-Maior-Cuidado-on-the-health-of-family-caregivers.-Preliminary-findings.pdf>.
- López Gómez, A. D. 2021. "Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del estrés laboral crónico en personas cuidadoras formales de personas adultas mayores institucionalizadas en establecimientos de larga estancia de Montevideo, Uruguay". *Anales en Gerontología* 13 (1) : 145-171. <https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/46180>.
- López-Ortega, M. et N. Aranco. 2019. "Envejecimiento y atención a la dependencia en México". Note technique de la BID IDB-TN-1614. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0001826>.
- Luy, M. et Y. Minagawa. 2014. "Gender gaps—life expectancy and proportion of life in poor health". *Health Reports* 25 (12) : 12-19.
- Mahabir, R., V. Jagessar, C. Neptune et D. Cox. 2013. "Understanding wages in a small open economy: the case of Trinidad and Tobago". *Central Bank of Trinidad and Tobago Working Paper* 11/2013 (février) : 8-9.



- Magaña, I., P. Martínez et M. S. Loyola. 2020. “Health outcomes of unpaid caregivers in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis”. *Journal of Clinical Nursing* 29 (21-22) : 3950-3965. <https://doi.org/10.1111/jocn.15450>.
- Cadre national des certifications. 2019. “Estándar de cualificación: asistencia integral para la persona adulta mayor”.
- Maresova, P., E. Javanmardi, S. Baraković, J. Baraković Husić, S. Tomsone, O. Krejcar et K. Kuca. 2019. “Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age: a scoping review”. *BMC Public Health* 19 (1) : 1431. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>.
- Matus-López, M. et A. Chaverri-Carvajal. 2021. “Population with long-term care needs in six Latin American countries: estimation of older adults who need help performing ADLs”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (15) : 7935. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157935>.
- Ministère de la santé du Chili. 2018. “Encuesta Nacional de Salud 2016–2017: segunda entrega de resultados”. https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS_MIN-SAL_31_01_2018-ilovepdf-compressed.pdf.
- Ministère de la santé et protection sociale de Colombie. 2013. “Cuidador institucional de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/cuidador-institucional-personas-adultos-mayores.pdf>.
- Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale du Luxembourg. 2024. “Guidelines pour la rédaction du cahier des charges de réseau de compétences”. Luxembourg : Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. <https://santeseclu.public.lu/dam-assets/fr/publications/g/guidelines-reseau-competences/guidelines-reseau-de-competences.pdf>.
- Ministère du Développement social de l'Uruguay. 2022. “Humanización de los cuidados: guía para cuidadores y cuidadoras en la atención de personas en situación de dependencia”. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/guia-para-cuidadores-cuidadoras-atencion-personas-situacion-dependencia>.
- Ministère du Développement social et de la Famille du Chili. 2022. “Encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN 2022)”. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>.
- . 2024a. “Identificación personas cuidadoras / Registro Social de Hogares”. Ministère du Développement social et de la Famille, Chili. Consulté le 1er mars 2025. <https://registrosocial.gob.cl/cuidados>.



- . 2024b. “Informe de cuidados”. Ministère du Développement social et de la Famille, Chili. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cuidados/Informe_de_Cuidados-2024.pdf.
- Ministère de l'Égalité et de l'Équité de Colombie. 2024. “Programa nacional de cuidado: documento técnico de formulación de programas estratégicos”. https://www.minigualdadyequidad.gov.co/documents/d/guest/programa_nacional_de_cuidado.
- MTESS (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale de l'Argentine). 2022. “Masculinidades para la equidad en las relaciones laborales: Convenio 190 OIT”. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cuadernillo-masculinidades-para-la-equidad-en-las-relaciones-laborales.pdf>.
- Mukamel, D., W. Spector, R. Limcangco, Y. Wang, Z. Feng et V. Mor. 2009. “The costs of turnover in nursing homes”. *Medical Care* 47 (10) : 1039-1045. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181a3cc62>.
- Navarrete-Mejía, P. J., J. F. Parodi, M. T. Rivera-Encinas, F. M. Runzer-Colmenares, J. C. Velasco-Guerrero et E. Sullcahuaman-Valdiglesias. 2020. “Perfil del cuidador de adulto mayor en situación de pandemia por SARS-CoV-2, Lima-Perú”. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* 13 (1) : 26-31. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.596>.
- NHS (Service national de santé). 2019. “Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future”. <https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-Topol-Review-2019.pdf>.
- . 2025. “Care co-ordinators”. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/workforce-and-training/care-co-ordinators/>.
- Observatoire du développement social/Alliance du Pacifique. 2022. “Programa de protección social al adulto mayor – Colombia Mayor”. <https://observatorioalianzapacifico.cepal.org/es/covid-19/medida/programa-de-proteccion-social-al-adulto-mayor-colombia-mayor>.
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2019. “Good practice for good jobs in early childhood education and care: eight policy measures from OECD countries”. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <https://doi.org/10.1787/64562be6-en>.
- . 2020. “Who cares? attracting and retaining care workers for the elderly”. *OECD Health Policy Studies*. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.



- . 2023a. “Beyond applause? improving working conditions in long-term care”. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>.
- . 2023b. “Skills in Latin America: insights from the Survey of Adult Skills”. OECD Skills Studies. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <https://doi.org/10.1787/5ab893f0-en>.
- . 2024a. “Is care affordable for older people?”. OECD Health Policy Studies. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <https://doi.org/10.1787/450ea778-en>.
- . 2024b. “Tax and benefit policy descriptions for France 2024”. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/incomes-support-redistribution-and-work-incentives/TaxBEN-France-latest.pdf>.
- OEA (Organisation des États américains). 2022. “Ley Modelo Interamericana de Cuidados”. <https://www.oas.org/es/cim/docs/LeyModeloCuidados-ES.pdf>.
- OISS (Organisation ibéro-américaine de sécurité sociale). 2019. “Medidas compensatorias de los cuidados no remunerados en los sistemas de seguridad social en Iberoamérica”. Madrid : Organisation ibéro-américaine de sécurité sociale. <https://oiss.org/wp-content/uploads/2019/03/OISS-2019-Medidas-compensatorias-de-los-ciudadanos-no-remunerados-res.-baja.pdf>.
- . 2022. “Protocolo iberoamericano de formación en cuidados: recomendaciones para el diseño de mallas curriculares para la formación en cuidados a personas adultas mayores en situación de dependencia desde una perspectiva de derechos humanos”. Madrid : Organisation ibéro-américaine de sécurité sociale. <https://iberoamericamayores.org/wp-content/uploads/2022/11/Protocolo-Iberoamericano-de-Formacion-en-Cuidados-digital-1.pdf>.
- OIT (Organisation internationale du Travail). 2012. “International standard classification of occupations: ISCO-08—structure, group definitions and correspondence tables, volume 1”. Genève : Organisation internationale du Travail.
- . 2013. “Domestic workers across the world: global and regional statistics and the extent of legal protection”. Genève : Organisation internationale du Travail. <https://www.ilo.org/publications/domestic-workers-across-world-global-and-regional-statistics-and-extent-0>.
- . 2018. “El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente”. Genève : Organisation internationale du Travail. <https://www.ilo.org/publications/major-publications/care-work-and-care-jobs-future-decent-work>.



- . 2020. “Competency-based training (CBT): an introductory manual for practitioners”. Beyrouth : Bureau régional pour les États arabes de l’Organisation internationale du Travail. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmstp5/groups/public/@arabstates/@ro-beirut/documents/publication/wcms_757836.pdf.
- . 2021. “El trabajo doméstico remunerado en América Latina y el Caribe, a 10 años del Convenio núm. 189”. Lima : Bureau régional pour l’Amérique latine et les Caraïbes de l’Organisation internationale du Travail. <https://www.ilo.org/es/publications/el-trabajo-domestico-remunerado-en-america-latina-y-el-caribe-diez-anos-del>.
- . 2022. “Los cuidados en el trabajo: invertir en licencias y servicios de cuidados para una mayor igualdad en el mundo del trabajo”. Genève : Organisation internationale du Travail. <https://www.ilo.org/es/publications/major-publications/los-cuidados-en-el-trabajo-invertir-en-licencias-y-servicios-de-cuidados>.
- . 2023. “Guide for national discussion on training and certification services for caregivers in Latin America”. Genève : Organisation internationale du Travail. <https://www.ilo.org/publications/experiences-training-and-certification-care-work-latin-america>.
- . 2024. “ILO strategy for the promotion of formalization in Latin America and the Caribbean”. Genève : Organisation internationale du Travail. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-07/FORLAC-English_web_0.pdf.
- Okros, N. et D. Virga. 2022. “Impact of workplace safety on well-being: the mediating role of thriving at work”. *Personnel Review* 52 (7) : 1861-1877. <https://doi.org/10.1108/PR-10-2021-0709>.
- Okumura, M., M. Stampini, C. Buenadicha, A. Castillo, F. Vivanco, M. A. Sánchez, P. Ibararán et P. Castillo. 2020. “La economía plateada en América Latina y el Caribe: el envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión”. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0002598>.
- Oldenkamp, M., U. Bültmann, R. Wittek, R. Stolk, M. Hagedoorn et N. Smidt. 2017. “Combining informal care and paid work: the use of work arrangements by working adult-child caregivers in the Netherlands”. *Health & Social Care in the Community* 26 (1) : 122-131. <https://doi.org/10.1111/hsc.12485>.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2015. “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud”. Genève : Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/publications/item/9789241565042>.
- . 2023. “Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems”. Genève : Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/publications/item/9789240081888>.



- . 2024. “Manual de atención integrada para las personas mayores: guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. segunda edición”. Genève : Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/publications/item/9789240103726>.
- ONU Femmes (Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes) et CEPALC (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes). 2021. “Towards the construction of comprehensive care systems in Latin America and the Caribbean”. <https://www.bit.ly/ConstructionCareSystem>.
- OPS (Organisation panaméricaine de la Santé). 2023. “La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo”. Washington, DC : Organisation panaméricaine de la Santé. <https://www.paho.org/es/documentos/demencia-america-latina-caribe-prevalencia-incidencia-repercusiones-tendencias-lo-largo>.
- Ortega, I., M. Sancho et M. Stampini. 2021. “Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el COVID-19: lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios”. Document de discussion de la BID IDB-DP-00851. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0003111>.
- Parlement de la Barbade. 2008. “Nurses Act”. www.health.gov.bb/attachments/Nurses%20Act,%202008-3.pdf.
- PARLATINO (Parlement latino-américain et caribéen). 2013. “Ley marco: economía del cuidado”. https://parlatino.org/pdf/leyes_marcos/leyes/ley-economia-cuidado-pma-19-oct-2013.pdf.
- Pinquart, M. et S. Sörensen. 2003. “Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis”. *Psychology and Aging* 18 (2) : 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>.
- Université pontificale Javeriana. s. d. “Cuidado al adulto mayor para cuidadores no formales”. Université pontificale Javeriana. <https://educacionvirtual.javeriana.edu.co/cuidado-adulto-mayor-no-formales>.
- Prado, C., C. Muros Cortés, M. García Díaz, L. Gutiérrez, J. R. Jáuregui, P. Wachholz, L. M. Gutiérrez Robledo, S. Torres Castro, N. Sobers, S. Millar, R. Pereyra, W. Villareal Lafuente, N. Aranco, F. Benedetti, B. Fabiani, M. Stampini et V. Irazola. 2025. “Online survey for assessing the experiences and effect of caregiving on paid and unpaid caregivers of older persons: design and pilot testing in six Latin American and Caribbean countries”. Manuscrit non publié.



- PROASOL (Programme d'action solidaire). s. d. "Nuestras transferencias monetarias". Consulté le 1er juin 2025. <https://proasol.gob.hn/nuestras-transferencias-sociales/>.
- Quito Informa. 2024. "'Cuida a quien te cuida', una campaña impulsada por el Municipio de Quito". <https://www.quitoinforma.gob.ec/2024/03/06/cuida-a-quien-te-cuida-una-campana-impulsada-por-el-municipio-de-quito/>.
- Rachter, L., M. Stampini, R. Tomé, S. Duryea et T. Vinacur. 2024. "Cuidado a lo largo del ciclo de vida: construyendo sistemas de cuidado en América Latina y el Caribe". Note technique de la BID IDB-TN-03021. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0013198>.
- Rajamohan, S., D. Porock et Y. P. Chang. 2019. "Understanding the relationship between staff and job satisfaction, stress, turnover, and staff outcomes in the person-centered care nursing home arena". *Journal of Nursing Scholarship* 51 (5) : 560-568. <https://doi.org/10.1111/jnu.12488>.
- Rasmussen, C., A. Holtermann, O. Mortensen, K. Søgaaard et M. Jørgensen. 2013. "Prevention of low back pain and its consequences among nurses' aides in elderly care: a stepped-wedge multi-faceted cluster-randomized controlled trial". *BMC Public Health* 13 : 1088. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1088>.
- Ravenswood, K., J. Douglas et T. Ewertowska. 2021. "The New Zealand Care Workforce Survey 2019 report". Auckland : New Zealand Work Research Institute. https://nzpri.aut.ac.nz/_data/assets/pdf_file/0003/504093/Care-Workforce-Survey-2019-Report-edited.pdf.
- Ravenswood, K. et J. Douglas. 2022. "The impact of the pay equity settlement: data from the 2019 New Zealand Care Workforce Survey". Auckland : New Zealand Work Research Institute. https://workresearch.aut.ac.nz/_data/assets/pdf_file/0004/628681/Pay-Equity-Report-2022.pdf.
- Razavi, S. 2007. "The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options". *Gender and Development Programme Paper No. 3*. Genève : Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social. <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/razavi-paper.pdf>.
- Rocard, E. et A. Llana-Nozal. 2022. "Supporting informal carers of older people: policies to leave no carer behind". Paris : Organisation de coopération et de développement économiques. <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>.
- Saad-Lessler, J. 2020. "How does paid family leave affect unpaid care providers?". *The Journal of the Economics of Ageing* 17 : 100265. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2020.100265>.



- SEDESA (Secrétariat à la Santé de la ville de Mexico). 2023. "Salud en tu casa". <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa>.
- SENA (Service national d'apprentissage). 2024. "'Yo te cuido y me certifico': nuevo impulso para las personas cuidadoras". <https://www.sena.edu.co/es-co/Noticias/Paginas/noticia.aspx?IdNoticia=7258>.
- SENADIS (Service national du handicap). 2021. "Diagnóstico del trabajo de cuidado remunerado en residencias SENADIS: estudio de caracterización y representación del cuidado desde las trabajadoras de trato directo". Santiago : Service national du handicap.
- Sénat de la République du Chili. 2019. "Boletín 12490-07: modifica la Carta Fundamental para incluir, dentro de las garantías constitucionales, el reconocimiento al trabajo doméstico y a la labor consistente en el cuidado de personas". https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=12490-07.
- SENCE (Service national de la formation et de l'emploi). s. d. "Avanzando en cuidados: cursos SENCE para cuidadores de personas mayores". SENCE (Service national de la formation et de l'emploi). Consulté le 1er juin 2025. <https://sence.gob.cl/personas/noticias/avanzando-en-cuidados-cursos-sence-para-cuidadores-de-personas-mayores>.
- Système de sois. 2020. "Rendimos cuentas". Gouvernement de l'Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-03/Cuidados%20rinde%20cuentas%20-%20Marzo%202020.pdf>.
- Spann, A., J. Vicente, C. Allard, M. Hawley, M. Spreeuwenberg et L. de Witte. 2020. "Challenges of combining work and unpaid care, and solutions: a scoping review". Health & Social Care in the Community 28 (3) : 699-715. <https://doi.org/10.1111/hsc.12912>.
- Spasova, S., R. Baeten, S. Coster, D. Ghailani, R. Peña-Casas et B. Vanhercke. 2018. "Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies". Bruxelles : Commission européenne, Réseau européen de politique sociale. <https://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20225&langId=en>.
- SSB (Statistique Norvège). 2023. "Child care references 2023 (BTU-2023)".
- Stampini, M., M. Oliveri, P. Ibararán, D. Londoño, H. J. Rhee et G. M. James. 2020. "¿Trabajar menos para cuidar de los padres?: los efectos laborales de la atención a la dependencia en el hogar en América Latina". Document de travail de la BID IDB-WP-1105. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0002738>.



- Stampini, M., M. L. Oliveri, P. Ibararán et C. Flores. 2022. "Who works less when a parent needs long-term care? Gender disparities in labor market effects in Mexico". *Journal of Long-Term Care* (2022) : 130-141. <https://doi.org/10.31389/jltc.116>.
- Steventon, A., S. Deeny, R. Friebel, T. Gardner et R. Thorlby. 2018. "Emergency hospital admissions in England: which may be avoidable and how?". Londres : The Health Foundation. https://www.health.org.uk/sites/default/files/Briefing_Emergency%2520admissions_web_final.pdf.
- Su, H. F., M. Koo, W. L. Lee, H.-C. Sung, R.-P. Lee et W.-I. Liu. 2021. "A dementia care training using mobile e-learning with mentoring support for home care workers: a controlled study". *BMC Geriatrics* 21 : 126. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02075-3>.
- Suaya, A., D. S. Kaplan et L. Etcheverry. 2023. "Políticas públicas para valorar el trabajo remunerado del hogar en América Latina y el Caribe". Note de politique de la BID IDB-PB-00393. Washington, DC : Banque interaméricaine de développement. <https://doi.org/10.18235/0005348>.
- Surr, C. A., C. Gates, D. Irving, J. Oyebode, S. J. Smith, S. Parveen, M. Drury et A. Dennison. 2017. "Effective dementia education and training for the health and social care workforce: a systematic review of the literature". *Review of Educational Research* 87 (5) : 966-1002. <https://doi.org/10.3102/0034654317723305>.
- Tsakonas, K., S. Badyal, T. Takaro et G. Buse. 2024. "Rapid review of the impacts of climate change on the health system workforce and implications for action". *Journal of Climate Change and Health* 19 : 100337. <https://doi.org/10.1016/j.joclim.2024.100337>.
- Triantafillou, J., M. Naiditch, K. Repkova, K. Stiehr, S. Carretero, T. Emilsson, P. Di Santo, R. Bednarik, L. Brichtova, F. Ceruzzi, L. Cordero, T. Mastroiannakis, M. Ferrando, K. Mingot, J. Ritter et D. Vlantoni. 2010. "Informal care in the long-term care system". European Overview Paper. Interlinks. <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768>.
- UNASUS (Université ouverte du Système unique de santé). s. d. "UNASUS website". <https://www.unasus.gov.br/cursos/busca?status=com%20oferta%20aberta&busca=&ordenacao=Relev%C3%A2ncia%20na%20busca>.
- UNDRR (Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe). 2009. "Terminología sobre reducción del riesgo de desastres". <https://www.undrr.org/publication/2009-unisdr-terminology-disaster-risk-reduction>.
- UWI (Université des Indes occidentales). 2019. "Mona Aging and Wellness Centre". <https://www.mona.uwi.edu/sites/default/files/uwi/reports/wellness.pdf>.



- Vadean, F. et S. Allan. 2020. "The effects of minimum wage policy on the long-term care sector in England". *British Journal of Industrial Relations* 59 (2) : 307-334. <https://doi.org/10.1111/bjir.12572>.
- Vadean, F. et E. Saloniki. 2020. "Determinants of staff turnover and vacancies in the social care sector in England". Discussion paper. Université du Kent. <https://kar.kent.ac.uk/83303/1/dp2020-01.pdf>.
- Valenzuela, E., S. Scuro et P. Vaca. 2020. "Desigualdad, crisis de los cuidados y migración del trabajo doméstico remunerado en América Latina". Série Affaires de genre 158. Santiago : Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3807d08e-c4b5-41de-9fe5-ad115f2f1447/content>.
- Van der Gaag, N., B. Heilman, T. Gupta et J. Edmeades. 2023. "State of the World's Fathers 2023: centering care in a world in crisis". Washington, DC : Promundo-US. <https://www.equimundo.org/resources/state-of-the-worlds-fathers-2023/>.
- Villalobos Dintrans, P., D. Oliveira et M. Stampini. 2024. "Human resources for care in Latin America and the Caribbean: current needs and future demands". *Journal of the American Medical Directors Association* 25 (2) : 232-236. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.08.026>.
- Villavicencio Salas, K. 2017. "Diagnóstico: 'Mirada sobre la Red de Atención Progresiva para el Cuidado Integral de las Personas Adultas Mayores, de la Municipalidad de Cartago'". Organisation mondiale de la Santé. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2018/07/DX-MUNI.-def.pdf>.
- Watkins, M. et L. Overton. 2024. "The cost of caring: a scoping review of qualitative evidence on the financial well-being implications of unpaid care to older adults". *Ageing & Society* 45 (7) : 1465-1492. <https://doi.org/10.1017/S0144686X24000382>.
- Yamada, M. et H. Arai. 2020. "Long-term care system in Japan". *Annals of Geriatric Medicine and Research* 24 (3) : 174-180. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>.
- Yeandle, S. et A. Wigfield. 2012. "Training and supporting carers: the national evaluation of the Caring with Confidence programme". Leeds : Université de Leeds. <https://essl.leeds.ac.uk/sociology-research-expertise/dir-record/research-projects/873/evaluation-of-the-caring-with-confidence-programme>.
- Zygouri, I., F. Cowdell et A. Ploumis. 2021. "Gendered experiences of providing informal care for older people: a systematic review and thematic synthesis". *BMC Health Services Research* 21 : 730. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06736-2>.



**PRENDRE SOIN DE CEUX
QUI PRENNENT SOIN**

→ Comment soutenir et reconnaître
les aidants des personnes âgées en
Amérique Latine et dans les Caraïbes



Annexe



Annexe A • Enquêtes sur l'emploi du temps

Les enquêtes sur l'emploi du temps mesurent le temps que les personnes consacrent au travail rémunéré, au travail non rémunéré et aux activités académiques, de loisirs ou culturelles. Historiquement, elles ont été utilisées pour analyser la contribution économique du travail non rémunéré.

Ce rapport utilise les données les plus récentes des enquêtes sur l'emploi du temps¹¹³ de neuf pays : Argentine (2021), Brésil (2022),¹¹⁴ Chili (2022), Colombie (2020), Costa Rica (2022), El Salvador (2017), Mexique (2019), Paraguay (2016) et Uruguay (2021). Les enquêtes sont représentatives au niveau national, à l'exception de celle du Chili (qui couvre uniquement les zones urbaines), de celle de la Colombie (qui exclut les départements de l'Orénoquie et de l'Amazonie) et de celle de l'Uruguay (qui couvre Montevideo ainsi que les localités ou villes de plus de 5 000 habitants). Au total, elles incluent 555 269 personnes âgées de plus de 14 ans.


Ce rapport définit les aidantes de personnes âgées comme les personnes enquêtées ayant déclaré avoir consacré du temps à soutenir des personnes âgées dans leurs activités de la vie quotidienne pendant la période de référence. Toutes les enquêtes demandent combien de temps les personnes interrogées ont consacré à l'aide apportée à trois groupes de population : les enfants, les personnes en situation de handicap ou ayant besoin d'un appui permanent, et les personnes âgées. Malheureusement, la plupart des enquêtes ne permettent pas d'identifier les aidantes de personnes âgées en situation de handicap (car elles ne demandent pas l'âge des personnes recevant ces soins). Étant donné que la prévalence du handicap est plus élevée parmi les personnes âgées, cela conduit à une sous-estimation importante du nombre d'aidantes de personnes âgées.

Idéalement, le temps déclaré consacré aux soins apportés à une personne âgée devrait inclure l'aide apportée aussi bien aux personnes vivant au sein du ménage qu'à celles résidant dans d'autres foyers. Ce second cas peut être particulièrement pertinent, par exemple, pour des personnes âgées vivant encore seules mais bénéficiant du soutien d'un fils, d'une fille ou d'un autre membre de la famille pour certaines tâches spécifiques. Seuls cinq des neuf pays inclus

¹¹³. Pour mai 2025.

¹¹⁴. Les données du Brésil proviennent d'un module spécial de la Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.



dans cette analyse disposent d'informations sur le temps consacré aux soins d'une personne âgée résidant dans un autre ménage : le Chili, la Colombie, le Costa Rica, le Mexique et l'Uruguay. Pour les pays ne disposant pas de cette information (Argentine, Brésil, El Salvador et Paraguay), les estimations présentées dans le **tableau 3.1**  reposent sur l'hypothèse que la relation entre personnes âgées et aidantes apportant un soutien à d'autres ménages est la même que dans les pays pour lesquels les données sont disponibles.

Les enquêtes incluent des questions sur les tâches réalisées par les aidantes familiales uniquement lorsqu'elles apportent des soins de longue durée à un membre de leur propre ménage. Les mêmes informations ne sont pas disponibles pour les soins fournis hors du foyer. En général, les questions portent sur trois types d'activités : les activités de base, comme nourrir ou laver la personne ; les activités instrumentales, qui peuvent impliquer par exemple offrir de la compagnie, converser ou effectuer des courses ; et les activités liées à la santé, comme accompagner quelqu'un chez le médecin ou administrer des médicaments. Pour l'Argentine, le Chili, la Colombie, le Costa Rica et l'Uruguay, le nombre d'heures de soins de longue durée correspond au nombre d'heures d'aide apportée aux personnes âgées dans ces trois types d'activités.

Au Mexique, au Salvador et au Paraguay, les enquêtes ne recueillent pas d'informations sur l'aide apportée aux personnes âgées pour les activités de base. Ces données ne sont relevées que pour les personnes nécessitant un soutien permanent. Pour ces pays, nous supposons que les personnes âgées reçoivent une aide pour les activités de base lorsqu'un ménage compte au moins un membre âgé. Ainsi, le nombre d'heures de soins de longue durée correspond à la somme des heures d'aide apportée aux membres âgés pour les activités instrumentales, des heures d'aide liées à la santé destinées aux membres âgés et des heures consacrées aux activités de base pour les personnes nécessitant un soutien permanent (à condition que le ménage compte au moins une personne âgée). En d'autres termes, on suppose que la « personne ayant des besoins permanents de soins » est une personne âgée. Cette hypothèse n'est pas idéale et peut conduire à surestimer le temps consacré aux soins des personnes âgées. Toutefois, étant donné que la prévalence de la dépendance fonctionnelle augmente avec l'âge, ce biais devrait être limité.

L'enquête du Brésil ne permet d'identifier que les aidantes de personnes âgées, sans estimer le temps consacré aux soins de longue durée ni préciser les activités réalisées par ces aidantes.

D'autres réserves méthodologiques doivent également être prises en compte lors de l'analyse des résultats, en particulier pour les comparaisons internationales :

Premièrement, l'âge à partir duquel une personne est considérée comme âgée varie selon le pays. Au Salvador, au Mexique et au Paraguay, ce seuil est fixé à 60 ans ; en Argentine et en Uru-



guay, à 65 ans ; et au Chili, à 66 ans. En Colombie et au Costa Rica, l'âge de la personne recevant les soins peut être déduit de la base de données, ce qui permet aux chercheuses et chercheurs de fixer eux-mêmes le seuil. Pour ces deux pays, il a été établi à 65 ans.

Deuxièmement, les activités incluses dans chaque catégorie (basiques, instrumentales et liées à la santé) diffèrent en type et en nombre selon les pays. Le **tableau A.1** résume les activités couvertes par chaque enquête. Ainsi, le nombre d'heures déclarées de soins de longue durée peut être plus faible dans les pays dont les enquêtes englobent un éventail plus restreint d'activités.

TABLEAU A.1 ACTIVITÉS DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES INCLUSES DANS LES ENQUÊTES, PAR PAYS

GRUPE	VARIABLE	ARGENTINE	CHILI	COLOMBIE	COSTA RICA	EL SALVADOR	MEXIQUE	PARAGUAY	URUGUAY
Activités de base.	S'alimenter		✓	✓			✓*		✓
	Hygiène personnelle		✓				✓*	✓*	
	S'habiller	✓	✓	✓	✓	✓*			✓
	Utiliser les toilettes		✓						
	Se coucher / changer de position		✓				✓*		
Activités liées à la santé	Administrer des médicaments		✓	✓	✓		✓	✓	✓
	Thérapie	✓				✓	✓		✓
	Accompagner chez le médecin		✓	✓			✓	✓	✓
Activités instrumentales	Lire ou tenir compagnie		✓			✓			✓
	Faire des courses / assurer le transport	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
	Utiliser des dispositifs électroniques		✓		✓		✓		✓
	Communication		✓						

Source : Élaboration propre à partir des enquêtes sur l'emploi du temps.

Note : Le symbole ✓ identifie les pays dont les enquêtes incluent au moins une question dans cette catégorie ; * indiqué sous « personnes ayant des besoins permanents de soins » ; les cellules combinées signalent que les activités sont regroupées en une seule question.

Troisièmement, la période de référence utilisée pour estimer le temps consacré aux activités de soins diffère également selon le pays. Cette étude présente le nombre total d'heures par semaine consacrées aux soins des personnes âgées. Lorsque les personnes enquêtées doivent indiquer le nombre total d'heures consacrées à une activité au cours d'une semaine entière (Costa Rica, Paraguay), l'analyse reprend directement cette valeur.



Lorsqu'on leur demande de répondre à propos d'un jour particulier (Argentine, Colombie, El Salvador, Uruguay), nous multiplions le nombre déclaré par sept, en supposant que ce « jour particulier » correspond à la moyenne hebdomadaire.

Enfin, dans des cas comme celui du Mexique, où l'enquête interroge sur deux jours représentatifs — un jour ouvrable et un jour de week-end —, la somme pondérée des deux valeurs est calculée (heures consacrées durant un jour ouvrable x 5 + heures consacrées durant un jour de week-end x 2).¹¹⁵

Quatrièmement, certaines personnes aidantes peuvent réaliser plus d'une tâche simultanément (par exemple, tenir compagnie tout en aidant à l'alimentation), ce qui pourrait théoriquement conduire à déclarer plus de 24 heures de soins en une seule journée. Dans ces cas, le nombre maximal d'heures comptabilisées est fixé à 24.

115. Pour un guide méthodologique sur l'analyse des enquêtes sur l'emploi du temps, voir : https://genlac.econo.unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2024/12/Guía-Metodológica-Uso-del-Tiempo_ESP_2024-12.pdf

Annexe B • Méthodologie d'identification des personnes aidantes

Pour identifier les personnes aidantes, cette étude utilise les microdonnées les plus récentes provenant à la fois des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes sur la force de travail dans les pays disposant de codes professionnels et d'un échantillon de taille suffisante. En général, les enquêtes sur la force de travail sont plus adaptées que les enquêtes auprès des ménages pour analyser les caractéristiques et les conditions de travail des professionnelles et professionnels de santé rémunéré ; le rapport y recourt donc chaque fois que cela est possible. Les années couvertes par les enquêtes utilisées dans l'analyse vont de 2013 pour Trinité-et-Tobago à 2024 pour le Costa Rica ([tableau B.1](#)).

**TABLEAU B.1 SOURCES DE DONNÉES UTILISÉES POUR
IDENTIFIER LES PERSONNES AIDANTES**

PAYS	SOURCE	ANNÉE	TYPE
Argentine	<i>Encuesta Permanente de Hogares</i>	2024	LFS
Bolivie	<i>Encuesta Continua de Hogares</i>	2017	HS
Brésil	<i>Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua</i>	2023	HS
Chili	<i>Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional</i>	2022	HS
Colombie	<i>Gran Encuesta Integrada de Hogares</i>	2022	LFS
Costa Rica	<i>Encuesta Continua de Empleo</i>	2024	LFS
Équateur	<i>Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo</i>	2023	LFS
El Salvador	<i>Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples</i>	2023	HS
Guyana	<i>Labour Force Survey</i>	2021	LFS
Honduras	<i>Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples</i>	2018	HS
Jamaïque	<i>Labour Force Survey</i>	2014	LFS
Mexique	<i>Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo</i>	2024	HS
Panama	<i>Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples</i>	2019	HS
Paraguay	<i>Encuesta Permanente de Hogares</i>	2017	HS
Pérou	<i>Encuesta Nacional de Hogares</i>	2023	HS
Trinité-et-Tobago	<i>Continuous Sample Survey of the Population</i>	2013	LFS
Uruguay	<i>Encuesta Continua de Hogares</i>	2023	HS

Source : Élaboration propre.

Note : HS = enquête auprès des ménages ; LFS = enquête sur la force de travail.



Selon l'Organisation internationale du Travail (2013), il existe deux approches distinctes pour identifier les personnes aidantes :

- L'approche fondée sur les tâches, qui classe les aidantes et les travailleuses domestiques au moyen de la Classification internationale type des professions (CITP-88 et CITP-08).
- L'approche fondée sur l'industrie, qui catégorise l'emploi par branche d'activité en utilisant la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI, révision 3 ou 4).

Cette étude utilise l'approche fondée sur les tâches (ou codes professionnels). Cette information permet d'identifier quelles personnes fournissent des soins aux personnes âgées. L'approche se concentre sur les tâches spécifiques réalisées par les professionnels, plutôt que sur la branche d'activité.

À partir de la classification officielle des professions de chaque pays, les codes les plus pertinents ont été sélectionnés afin de catégoriser les activités pertinentes pour cette analyse. Conformément à l'OCDE (2020), cette étude définit les aidantes et aidants rémunérés comme les personnes qui fournissent une assistance dans les soins personnels de routine, à domicile ou dans des institutions autres que les hôpitaux, sans être qualifiées ou certifiées comme personnel infirmier. Les infirmières et infirmiers ne sont pas inclus dans cette définition ni dans nos estimations pour la présente étude.

Cette étude estime le nombre total de personnes aidantes rémunérées dans 17 pays. Elle analyse également les caractéristiques des aidantes et aidants rémunérés dans les 14 pays qui comptaient 30 observations ou plus par catégorie.¹¹⁶ Le tableau B.2, basé sur les données de l'Organisation internationale du Travail (2012), décrit les tâches spécifiques et les professions incluses dans ce groupe.

TABLEAU B.2 PROFILS DE SOINS ANALYSÉS

CODE	PROFESSION	DÉFINITION
5321, 5322(a)	Aides-soignants en institution et aides-soignants à domicile	Personnes qui fournissent des soins personnels et une aide à la mobilité ainsi qu'aux activités de la vie quotidienne aux patientes et patients, aux personnes âgées, aux convalescentes et aux personnes en situation de handicap, dans des environnements de santé et des établissements résidentiels.

Source : Élaboration propre à partir d'informations de l'Organisation internationale du Travail (2012).

Notes : Le code « 5329 – Personnel soignant et assimilé, non classé ailleurs » n'a pas été inclus, car la majorité des activités qu'il couvre relève des soins de santé et dépasse le champ de cette analyse.

116. La taille de l'échantillon est généralement trop réduite pour analyser des statistiques descriptives. Selon le théorème central limite, la distribution des moyennes d'échantillonnage tend à se rapprocher d'une distribution normale à mesure que la taille de l'échantillon augmente, indépendamment de la distribution de la population. En règle générale, on considère qu'un échantillon de 30 observations ou plus est suffisant pour que ce théorème s'applique de manière approximative.



Annexe C • L'enquête de la BID auprès des personnes aidantes

Conception de l'enquête

L'enquête de la BID auprès des personnes aidantes a été élaborée et mise en œuvre par la Banque interaméricaine de développement en deux phases. Dans un premier temps, la BID a mandaté l'Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria pour concevoir et piloter le questionnaire. Le processus a débuté par une analyse exhaustive des enquêtes existantes sur le travail de soins rémunéré et non rémunéré en Amérique latine et dans les Caraïbes. L'équipe a ensuite élaboré et validé le questionnaire avec un panel d'expertes et d'experts provenant des domaines de la statistique, de la gérontologie, de la recherche clinique, de l'économie et de la conception d'enquêtes. Par ailleurs, l'instrument a été testé afin d'évaluer sa clarté et son acceptabilité.

Après la phase de conception, l'équipe de l'institut a réalisé un premier pilote en trois langues (anglais, espagnol et portugais) dans six pays (Argentine, Barbade, Bolivie, Brésil, Mexique et République dominicaine). Ce pilote s'adressait à des aidantes et aidants rémunérés et non rémunérés qui s'occupent de personnes de 60 ans ou plus, que ce soit en institution ou au domicile des personnes recevant les soins. L'enquête a été diffusée en ligne ainsi que par courrier électronique, SMS et messages WhatsApp. Elle a également été administrée en présentiel par des enquêteurs formés. Prado et al. (2025) proposent une description détaillée du processus d'élaboration et de test du questionnaire.

Une fois le questionnaire finalisé, la BID a fait appel à la société SENSATA SAS pour étendre la collecte de données. SENSATA a diffusé l'enquête via des plateformes telles que Facebook, Instagram et WhatsApp, en utilisant des techniques de marketing et de communication. L'enquête a été lancée en novembre 2023. Le questionnaire est présenté dans l'annexe 3 de Fabiani et al. (2024), qui analyse les 27 000 premières observations recueillies jusqu'en mai 2024.

De novembre 2023 à mars 2025, l'enquête a recueilli des informations sur 64 592 personnes aidantes provenant de 26 pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Parmi elles, 74,3 % (48 016 personnes) sont des aidantes non rémunérées et 25,7 % (16 576 personnes) travaillent comme aidantes rémunérées (86 % au domicile des personnes aidées et 14 % en milieu institutionnel).



Calcul des pondérations

Pour corriger la surreprésentation de certains pays dans l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes — situation qui affecte le calcul des moyennes régionales —, cette étude pondère les observations en fonction de la distribution de la population âgée dans les pays de la région. Idéalement, les pondérations seraient fondées sur la distribution des aidantes et aidants rémunérés et non rémunérés, mais cette information n'est disponible que pour certains pays de la région (voir les [tableau 3.1](#) et [tableau 4.1](#)).

En outre, les aidantes et aidants rémunérés sont pondérés à l'intérieur de chaque pays en supposant que 9,4 % d'entre eux travaillent en environnement institutionnel et 90,6 % au domicile des personnes recevant les soins. Ces proportions sont fondées sur le ratio régional issu des données du [tableau 4.1](#), lequel est similaire à celui observé dans les données recueillies par l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes (13,6 %).

L'équation suivante fournit la pondération pour les personnes aidantes de la catégorie j ($j = 1$ pour les aidantes non rémunérées, $j = 2$ pour les aidantes rémunérées en environnement institutionnel et $j = 3$ pour les aidantes rémunérées au domicile) dans le pays c :




$$w_{jc} = \frac{N_j * \frac{olderpop_c}{olderpopLAC}}{n_{jc}}$$

Où :

- n_{jc} est le nombre d'observations de personnes aidantes de la catégorie j dans le pays c dans l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes.
- N_j est le nombre total de personnes aidantes de la catégorie en Amérique latine et dans les Caraïbes. Cela correspond à 25 millions pour les aidantes non rémunérées (voir le [tableau 3.1](#)) ; à 289 225 pour les aidantes rémunérées en environnement institutionnel (voir le [tableau 4.1](#)) ; et à la valeur correspondante pour les aidantes rémunérées au domicile (voir le [tableau 4.1](#)).
- $olderpop_c$ est le nombre de personnes âgées dans le pays c , selon la base de données des Perspectives de la population mondiale des Nations Unies.
- $olderpopLAC$ est le nombre total de personnes âgées dans les 26 pays d'Amérique latine et des Caraïbes inclus dans l'analyse, selon la base de données des Perspectives de la population mondiale des Nations Unies.



Analyse de la représentativité de l'enquête

Pour évaluer la représentativité de l'enquête, l'analyse compare des statistiques descriptives de base concernant l'âge et le sexe issues de l'enquête de la BID auprès des personnes aidantes avec des chiffres provenant de sources représentatives au niveau national : les enquêtes sur l'emploi du temps dans le cas des aidantes non rémunérées (voir le **chapitre 3** ) et les enquêtes sur la force de travail et auprès des ménages dans le cas des aidantes rémunérées (voir le **chapitre 4** ). Le **tableau C.1**  présente les résultats de cet exercice, qui montrent que :

- Les personnes aidantes dans l'enquête de la BID sont relativement plus âgées que dans les enquêtes représentatives au niveau national. Cela vaut pour tous les pays disposant de données, tant pour les aidantes rémunérées que pour les aidantes non rémunérées.
- La proportion de femmes aidantes dans l'enquête de la BID est plus élevée que dans les enquêtes représentatives au niveau national, avec un écart particulièrement important parmi les aidantes non rémunérées.

Ces écarts peuvent refléter des biais dans la population étudiée, probablement liés au fait que l'enquête en ligne était auto-administrée. Le recours exclusif à un questionnaire en ligne comporte le risque de trois types de biais dans l'échantillon. Le premier est un biais de couverture, car les personnes n'ayant pas accès à Internet ou rencontrant des difficultés d'utilisation des technologies sont exclues de l'enquête, ce qui complique la généralisation des résultats à la population cible. Le deuxième est un biais de sélection : la participation étant volontaire, l'échantillon obtenu par ce type d'enquête peut ne pas être représentatif de la population générale des personnes aidantes. Enfin, un biais de non-réponse peut également exister, car les caractéristiques des personnes qui ne répondent pas ou qui fournissent des réponses incomplètes peuvent différer de celles des répondants. Les taux de non-réponse ou de réponse incomplète tendent à être plus élevés dans les enquêtes en ligne que dans les autres modes d'enquête.

**TABLEAU C.1 COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE BASE ENTRE L'ENQUÊTE
DE LA BID ET LES ENQUÊTES REPRÉSENTATIVES AU NIVEAU NATIONAL**

PAYS	RÉMUNÉRÉ OU NON RÉMUNÉRÉ	ÂGE (ANNÉES)		% DE FEMMES	
		ENQUÊTE DE LA BID AUPRÈS DES PERSONNES AIDANTES	ENQUÊTES REPRÉSENTATIVES AU NIVEAU NATIONAL	ENQUÊTE DE LA BID AUPRÈS DES PERSONNES AIDANTES	ENQUÊTES REPRÉSENTATIVES AU NIVEAU NATIONAL
Argentine	Rémunéré	49,6	41,2	92,5	76,9
	Non rémunéré	55,9	52,4	91	58,0
Brésil	Rémunéré	53,9	44,1	91,9	93,6
	Non rémunéré	57,5	49,9	90,8	61,7
Chili	Rémunéré	57,7	43,8	95,3	87,3
	Non rémunéré	60	56,5	90,6	59,8
Colombie	Rémunéré	50,2	41,3	91,1	92,7
	Non rémunéré	54,5	55,9	87,1	76,3
Costa Rica	Rémunéré	50,6	42,1	89,9	64,2
	Non rémunéré	55,2	51,2	87,6	57,7
Équateur	Rémunéré	49,6	43,1	93,2	93,7
	Non rémunéré	53,8	n. d.	84,6	n. d.
Jamaïque	Rémunéré	51,1	40,4	96,7	68,9
	Non rémunéré	55,8	n. d.	89,8	n. d.
Mexique	Rémunéré	52,6	37,3	91,5	96,6
	Non rémunéré	54,5	46,9	85,8	54,9
Panama	Rémunéré	51,9	41,0	88,5	60,3
	Non rémunéré	54,7	n. d.	90,7	n. d.
Paraguay	Rémunéré	48,6	36,4	93,8	90,2
	Non rémunéré	52,5	48,6	87,2	65,5
Pérou	Rémunéré	53	36,3	93,0	98,0
	Non rémunéré	56,8	n. d.	84,9	n. d.
Trinité-et-Tobago	Rémunéré	50,5	44,4	93,9	97,6
	Non rémunéré	55,2	n. d.	86,5	n. d.
Uruguay	Rémunéré	54,4	45,5	93,9	90,0
	Non rémunéré	54,5	60-64	94,0	60,7
Moyenne	Rémunéré	52,4	41,3	91,92	85,7
	Non rémunéré	56,3	49,1*	91,8	59,0

Source : Élaboration propre.

Notes : Les estimations représentatives au niveau national proviennent des enquêtes sur l'emploi du temps (voir l'annexe A) et des enquêtes auprès des ménages et sur la force de travail (voir l'annexe B). *La moyenne n'inclut pas l'Uruguay, car l'âge y est rapporté par tranches dans les données. n. d. = non disponible.



Annexe D • Politiques nationales de soins

TABLEAU D.1 ÉTAT ET PANORAMA DE LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES NATIONALES DE SOINS EN AMÉRIQUE LATINE ET DANS LES CARAÏBES
LES PROJETS DE LOI OU PROPOSITIONS APPARAISSENT EN ORANGE ET LES POLITIQUES ET LOIS APPROUVÉES EN VERT

PAYS	POLITIQUE	ENTITÉ RESPONSABLE	OBJECTIF ET POPULATION CIBLE	INCLUSION DES SOINS RÉMUNÉRÉS ET NON RÉMUNÉRÉS
Argentine	Projet de loi « Prendre soin dans l'égalité »	Ancien ministère des Femmes, des Genres et des Diversités	Créer le Système intégral de politiques de soins d'Argentine pour aborder de manière globale les soins, y compris ceux destinés aux personnes âgées	Oui (aborde la nécessité de formaliser les soins)
Barbade	Politique nationale sur le vieillissement (2022-2033) : Faire du vieillissement en bonne santé et actif une réalité pour tous	Ministère de l'Autonomisation des personnes et des Affaires des aînés	Priorité aux soins de longue durée : conception, coordination et fourniture de systèmes, services, installations et ressources de soutien de haute qualité et accessibles pour les personnes âgées	Oui (Stratégie G.1.2)
Brésil	Loi organique 15069/2024	Ministère du Développement et de l'Assistance sociale, de la Famille et de la Lutte contre la faim; ministère des Femmes; ministère des Droits humains et de la Citoyenneté	Établir la Politique nationale de soins, en incluant les travailleuses et travailleurs des soins (formels et informels) comme deux des cinq groupes prioritaires	Oui
Chili	Projet de loi 16905-31 reconnaissant le droit de prendre soin et créant le Système national d'appuis et de soins	Ministère du Développement social et de la Famille	Garantir progressivement le droit de fournir des soins, rémunérés ou non ; encadrer les soins de manière large, y compris ceux destinés aux personnes âgées	Oui (art. 3, art. 7 f)
Colombie	Loi 2281 de 2023 portant création du Système national de soins (Sistema Nacional de Cuidado), avec une mission institutionnelle mandatée par le Plan national de développement "Colombie, Puissance Mondiale de la Vie" (2022-2026)	Ministère de l'Égalité et de l'Équité	Renforcer et intégrer les services de formation, de bien-être, de génération de revenus et de développement des capacités pour les aidantes et aidants rémunérés et non rémunérés	Oui
	Politique publique nationale sur le vieillissement et la vieillesse 2022-2031	Ministère de la Santé et de la Protection sociale	Population cible : toute personne résidant en Colombie, en particulier celles de 60 ans ou plus	Oui (ligne stratégique d'action 6, ligne d'action 3)



PAYS	POLITIQUE	ENTITÉ RESPONSABLE	OBJECTIF ET POPULATION CIBLE	INCLUSION DES SOINS RÉMUNÉRÉS ET NON RÉMUNÉRÉS
Costa Rica	Politique nationale de soins (2021-2031)	Ministère du Développement humain et de l'Inclusion sociale	Créer un système de soins pour les personnes en situation de dépendance : accent sur la dépendance permanente ou prolongée	Ligne stratégique d'action 5
République dominicaine	Politique nationale de soins			
Équateur	Loi organique du droit à des soins humains	Ministère de l'Inclusion économique et sociale	Établit le droit aux soins pour les enfants, les personnes dépendantes directes ou d'autres membres de la famille ayant besoin de soins ou de protection	Uniquement soins non rémunérés
	Projet de loi du système national intégral de soins, 2021	Commission du droit du travail et de la sécurité sociale	Population cible : toute personne ayant besoin de soins, y compris les personnes âgées et les personnes aidantes (en particulier les femmes)	Oui
El Salvador	Politique nationale de corresponsabilité des soins 2022-2030	Bureau du bien-être social	La population cible inclut les personnes adultes (18 ans et plus) ayant besoin de soins en raison d'un handicap ou du vieillissement, ainsi que les personnes travaillant dans le secteur de la santé, rémunérées et non rémunérées	Oui
Mexique	Plusieurs projets sont en cours d'adoption législative		Reconnaître le droit aux soins et créer le Sistema Nacional de Cuidados	
Pérou	Projet de loi 2735; Projet de loi 3242/2022-CR; Projet de loi 4705/2022-CR; Projet de loi 5308/2022-CR	Ministère de la Femme et des Populations vulnérables	Les quatre projets ont été présentés. Ils proposent de reconnaître le droit au soin et de créer le Sistema Nacional de Cuidados	Oui
Trinité-et-Tobago	Politique nationale sur le vieillissement	Ministère de la Santé, du Développement social et des Services familiaux	Population cible : personnes âgées. Géré par la Division of Ageing	Oui
Uruguay	Plan national de soins 2021-2025	Ministère du Développement social	Ne se concentre pas spécifiquement sur les personnes âgées, mais les inclut, ainsi que leurs aidantes et aidants, comme populations cibles	Oui

Source : Questionnaire OCDE-BID sur la main-d'œuvre des soins de longue durée.

Le présent rapport analyse la demande croissante de personnel soignant dans le domaine des soins de longue durée dans l'une des régions où le vieillissement de la population est le plus rapide au monde. Il met en évidence les conditions de travail précaires des aidantes rémunérées, les conséquences du travail non rémunéré pour les aidantes familiales, la charge particulière qui pèse sur les femmes dans ces deux groupes ainsi que les possibilités limitées de formation propres à ce secteur. Il décrit également les politiques et les bonnes pratiques visant à soutenir les aidantes familiales, à développer et à professionnaliser la main-d'œuvre dans le secteur des soins, et à mettre en place des systèmes de soins plus résilients en Amérique latine et dans les Caraïbes, en s'appuyant également sur l'expérience des pays de l'OCDE.