L'introuvable démocratie du *care* ?

La gouvernance multiscalaire des systèmes d'aide et de soins à domicile
des personnes âgées entre néo-familialisme et privatisation : les cas de
Hambourg et Édinburgh

*An unattainable caring democracy ? Multiscalar governance of domiciliary
care systems in Europe between neo-familialism and privatization :
Edinburgh and Hamburg compared*

Olivier Giraud

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/ress/3757>

DOI : 10.4000/ress.3757

ISBN : 1663-4446

ISSN : 1663-4446

Éditeur

Librairie Droz

Édition imprimée

Date de publication : 15 mai 2017

Pagination : 127-147

ISSN : 0048-8046

Référence électronique

Olivier Giraud, « L'introuvable démocratie du *care* ? », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne],
55-1 | 2017, mis en ligne le 15 mai 2020, consulté le 21 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/ress/3757> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ress.3757>

L'INTROUVABLE DÉMOCRATIE DU CARE ?

LA GOUVERNANCE MULTISCALEAIRE DES SYSTÈMES D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES ENTRE NÉO-FAMILIALISME ET PRIVATISATION : LES CAS DE HAMBOURG ET ÉDIMBOURG

OLIVIER GIRAUD

Paris, CNAM – CNRS, Lise
olivier.giraud@cnam.fr

Résumé. Cet article met en perspective une vision normative des systèmes d'aide et soins à domicile des personnes âgées dérivée de la démocratie du *care* développée par Joan Tronto avec deux régimes concrets de *care*: Hambourg et Édinburgh. Le concept de démocratie du *care* est resitué dans les évolutions récentes des régimes d'aide et de soins à domicile en Europe. Son agenda normatif est ensuite décliné autour de quelques éléments concrets permettant l'évaluation qualitative de réformes et innovations locales. Dans le cas de Hambourg, le modèle des conférences du soin tente de contrer les ruptures et les discontinuités au sein du régime local de *care* en renforçant la participation des différentes parties prenantes. Dans le cas d'Édimbourg, la politique communale a couplé l'introduction d'un parcours de soins centré sur la réhabilitation des personnes avec une politique de privatisation des services. Le concept de démocratie du *care* s'avère utile parce qu'il permet une analyse de trajectoires de cas singuliers dans un contexte comparatif situé.

Mots-clés: aide et soins à domicile, Allemagne, care, Écosse, gouvernance démocratique locale, gouvernance multi-niveaux, personnes âgées.

Abstract. This article relates a normative view of *care* inspired by Joan Tronto's concept of caring democracy to two local regimes of domiciliary care for the elderly, in Hamburg and Edinburgh. The concept of caring democracy is first situated in the context of the recent transformation of domiciliary care regimes in Europe. Its normative agenda is then broken down into a few concrete items, which allow for a qualitative assessment of innovations in local domiciliary long-term care arrangements. In Hamburg, the model of the care conference aims at addressing the issue of the lack of coherence and coordination of the policy system by fostering the participation of most stakeholders in the system. In the case of Edinburgh, the local authority has taken action to both introduce a program of rehabilitation (reablement) for elderly people and privatize the bulk of the social care municipal services. The concept of caring democracy proves useful to the extent that it enables the assessment of the trajectories of specific cases within a situated comparative context.

Keywords: care, domiciliary long-term care, elderly persons, Germany, local democratic governance, multilevel governance, Scotland.

Dans son dernier ouvrage, la politiste américaine spécialiste du *care*, Joan Tronto appelle à l'avènement de «démocraties du *care*» (Tronto, 2013). Elle formule une série de recommandations concrètes, mais aussi de modalités d'évaluation des systèmes démocratiques, confrontés aux défis du *care*. De façon schématique, Tronto recommande de promouvoir des régimes de prise en charge des personnes non autonomes dans le déroulement de leur vie quotidienne aussi pluralistes, généreux, ouverts que possible. Garantir la participation des personnes concernées à la mise en place de systèmes de soins et, notamment, au pilotage de l'offre de services disponibles, constitue à ses yeux le moyen de s'assurer d'une véritable liberté de choix pour les individus. La seconde dimension touche à la qualité de la démocratie. Pour Tronto, sont de «bonnes» démocraties, celles capables d'inscrire le *care* au sommet de leurs priorités et de s'enquérir de façon sérieuse du bien-être des personnes les plus vulnérables dans la société et de celles et ceux qui en prennent soin. Elle souligne notamment deux injustices principales dans les systèmes de *care*. La première porte sur le fait que certains groupes sociaux bénéficient de passe-droits leur permettant de s'exempter de la prise en charge des tâches de *care*. Ces exemptions sont d'ailleurs le plus souvent attribuées aux hommes qui occupent des positions sociales et économiques valorisées. La seconde de ces injustices est en quelque sorte le symétrique de la première et consiste à cantonner les tâches et les métiers du *care* dans des positions subalternes sur le marché du travail et dans l'ordre social.

Le programme pour le *care* que dessine la politiste américaine est ambitieux et mérite d'être pris au sérieux dans le contexte de transformations récentes des politiques du soin en Europe qui apparaissent pour le moins ambivalentes. Sans prétendre dresser une évaluation normative globale d'un domaine d'action publique aujourd'hui particulièrement différencié en Europe, je propose dans cet article un éclairage à partir d'un champ particulier – l'aide et les soins à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie – et de deux grandes villes européennes Hambourg et Édimbourg, resituées dans leur contexte national : l'Allemagne et l'Écosse. À cette fin, l'analyse s'organise en trois temps successifs.

Le premier temps de la réflexion consiste à dresser un bilan synthétique de l'évolution récente des régimes d'aide et de soins à domicile des personnes âgées en Europe. Ambivalentes, ces évolutions favorisent dans bien des cas une forme de re-familialisation du *care*, mais aussi de privatisation des services. Ce premier bilan assez général resituera ces dynamiques européennes par rapport au programme de la démocratie du *care* dessiné par Tronto.

La deuxième partie sera centrée sur les situations nationales de l'Allemagne et de l'Écosse, puis la troisième partie, autour des réformes récentes des systèmes d'aide et de soins à domicile destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie à Hambourg et Édimbourg. Chacun de ces cas est analysé au regard des principales dimensions des liens entre *care* et démocratie dessinées par Tronto. L'analyse de cas empiriques suppose une transposition de la discussion ancrée dans le champ de la philosophie politique conduite par Tronto dans celui de l'analyse comparée de systèmes d'action publique. À ce titre, elle suppose sans doute un certain appauvrissement

La première dimension touche à la gouvernance des régimes d'aide et de soins à domicile des personnes âgées dépendantes. La participation des individus à la définition du panier de soins dont ils bénéficient, mais aussi les conditions réelles de la liberté de choix des individus sont spécifiquement pointées par la politiste américaine. Pour Tronto, le caractère participatif et décentralisé et, plus largement, le respect de la diversité des besoins et aspirations des personnes sont des points d'attention essentiels. Le second aspect touche aux effets des politiques du *care*. Il s'agit alors d'évaluer si la mise en œuvre de ces politiques respecte les objectifs qualitatifs définis collectivement. Le point véritable nouveau à ce stade porte sur la qualité du traitement et de la considération des personnes qui réalisent concrètement le travail de *care*. Les questions de reconnaissance des personnes, mais aussi les enjeux d'égalité entre les personnes – aussi les proches – concernées par les tâches de *care* sont alors au centre de l'attention de qui souhaite développer une évaluation normative, en termes de démocratie du *care*.

L'analyse conduite dans cet article se prête au risque de l'évaluation normative de systèmes nationaux et locaux d'action publique. Ce risque est cependant contrôlé par les choix méthodologiques retenus pour cette analyse comparative. La première des méthodes retenues consiste à opérationnaliser et contextualiser autant que faire se peut les critères normatifs dérivés du travail de Tronto. La seconde est de fonder l'analyse sur des données empiriques de seconde main – documents officiels, rapports, ou données statistiques –, mais surtout sur des études de cas approfondies que j'ai réalisées entre 2010 et 2012 dans ces deux métropoles, dans le cadre d'une recherche comparative¹.

I. L'ÉVOLUTION DES RÉGIMES D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN EUROPE

Entre néo-familialisme et privatisation

Le premier temps de l'analyse consiste à fournir une synthèse de l'évolution récente des régimes d'aide et de soins à domicile en Europe à partir de la littérature récente.

En premier lieu, le vieillissement des sociétés européennes génère des besoins croissants de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Dans le même temps, la croissance de l'emploi des femmes a un impact important sur la disponibilité du *care* (Pavolini et Ranci, 2008). À titre d'exemple, en Allemagne, le taux d'activité féminin a gagné près de 7 points depuis le milieu des années 2000 (BA, 2015, p. 5). Les besoins de *care* extérieurs à la famille sont donc croissants, alors même que le modèle de la double activité professionnelle se répand. Cependant, pour poursuivre sur l'exemple de l'Allemagne, près de 50 % des femmes travaillent à temps partiel dans ce pays (*ibid*, p. 9), également dans le but de pouvoir assumer une difficile conciliation entre activité professionnelle et travail de *care* à destination des enfants ou de personnes en perte d'autonomie dans la famille.

¹ Cette recherche portait sur les innovations sociales dans le domaine de l'aide de l'aide et des soins à domicile des personnes âgées dépendantes en Europe – financement DREES (Giraud *et al.*, 2012).

Ces évolutions sociodémographiques interviennent dans un contexte marqué par la décision prise dans la plupart des États européens, dès les années 1980, de suivre une stratégie de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (Pavolini et Ranci, 2008). Cette tendance répond à la fois à une attente de la plupart des personnes âgées et des familles et présente des économies financières importantes pour les collectivités.

Ces évolutions expliquent le fort développement des systèmes d'aide et de soins à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans la plupart des pays européens, notamment au cours des deux dernières décennies (*ibid.*). Cette évolution a conduit à des politiques diversifiées en Europe tant pour ce qui touche à la nature familiale ou extra-familiale des prestations et financements que pour ce qui concerne le caractère public ou privé des prestataires organisés. Au-delà de la diversité des modèles concrets, la plupart des pays européens ont axé leurs efforts de solvabilisation des besoins en croissance en axant sur le développement de prestations monétaires, dites de *cash for care* (Da Roit et Le Bihan, 2010).

Du côté du financement, la diffusion des prestations monétaires en substitution aux prestations en services, s'est étendue aux pays qui avaient également mis à disposition les services (publics) en nature les plus développés, comme les pays scandinaves par exemple (Da Roit et Le Bihan, 2010). Ce nouveau mode de solvabilisation de la demande d'aide et de soins à domicile des personnes âgées est cependant frappé au sceau de l'ambivalence. D'un côté, il favorise la liberté de choix des destinataires et de leurs proches en leur laissant la possibilité de sélectionner leurs prestataires, mais aussi, dans la plupart des cas, de rémunérer un aidant proche, c'est-à-dire un membre de sa famille ou de son entourage. On touche là à la première ambivalence du système car la rémunération d'un proche est une incitation à une « familialisation » du *care*. Les femmes qui, pour des raisons culturelles, sont plus souvent en première ligne dans la prise en charge de cette activité et plus fragiles sur le marché du travail, se trouvent ainsi davantage désincitées à occuper un emploi non domestique par ces dispositifs monétaires. Les femmes peu qualifiées, dont les salaires sont peu élevés sur le marché, sont alors particulièrement concernées (Simonazzi, 2012, p. 688-689).

De manière plus générale, les services de *cash for care* augmentent la responsabilité et les tâches de gestion des destinataires et de leurs proches qui doivent participer à la mise en place des systèmes de soins, mais aussi s'assurer de leur bonne exécution (Le Bihan-Youinou, 2011, p. 93).

L'ampleur de ces tâches de gestion, revers de la liberté de choix effective attachée aux prestations financières et deuxième ambivalence de cet instrument, dépend cependant largement des dispositifs qui les encadrent. Dans les cas français, néerlandais ou écossais, par exemple, l'argent attribué est avant tout destiné au paiement d'un panel de soins qui est décidé par des professionnels du système sanitaire et social public, en sorte que l'autonomie des destinataires et des proches se trouve dans les faits très encadrée. Dans les cas allemand ou italien, les sommes sont attribuées directement aux usagers et leurs choix réels de gestion, et donc d'usage de l'aide financière, sont plus importants (*ibid.*, p. 91). La formule des prestations financières est enfin ambivalente pour une troisième raison. En autonomisant les bénéficiaires sur le plan financier, elle les incite de fait à compléter les sommes reçues par les systèmes publics pour acquérir les services qu'ils choisissent. Le *cash for care* est ainsi le plus souvent associé à des formules de copaiement.

L'orientation du développement des services constitue le second élément crucial d'évolution récente des systèmes d'aide et de soins à domicile en Europe. Cet enjeu est également influencé par le remplacement de services directs par le financement par prestation monétaire. En effet, si l'octroi de services directs renvoie le plus souvent en Europe à une tradition de services publics ou parapublics, le financement par prestations financières incite à une privatisation des services. Le mécanisme à l'œuvre est alors celui de la «privatisation par la demande» mis en avant par Ugo Ascoli et Costanzo Ranci (2002). Depuis les années 1990, l'injection de ressources financières supplémentaires dans le système ne s'accompagne presque jamais d'un développement des services publics, mais est flanquée par des mesures qui favorisent le développement de prestataires privés.

Cette privatisation de fait de l'offre des services a bouleversé les équilibres antérieurs. Pour Ingo Bode (2006), une vision commune des finalités et des modalités de mise en œuvre des services qui caractérise les services publics ou fortement corporatisés donne souvent place à une méfiance entre les différentes parties prenantes : les financeurs, souvent publics ou contrôlés par le public, les prestataires privés, adaptés aux normes de marché et orientés sur la rentabilité, mais aussi les destinataires finaux, concernés par la qualité (la fiabilité et la qualité des services notamment). Défiance et asymétries d'informations entre les parties prenantes menacent alors de remplacer la connivence antérieure (Bode, 2006 ; Bode, Gardin et Nyssens, 2011).

Les mesures de prestations financières ont connu un grand succès en Europe. Ces mesures se sont cependant déployées, non seulement dans des modèles nationaux contrastés, mais elles ont en outre été adossées à des instruments bien spécifiques, qui produisent des résultats divergents. Il est ainsi malaisé de les caractériser de façon univoque selon les critères de la démocratie du *care* proposés par Tronto. De manière générale cependant, les systèmes de *cash for care*, s'ils semblent *a priori* renforcer la *liberté de choix des services* des destinataires des mesures et de leurs proches, n'agissent de façon positive ni sur la gouvernance de l'offre des services, ni sur les enjeux liés au travail de *care* et aux *inégalités*, souvent structurelles, qui se répliquent dans l'exercice de ce travail de *care*. Au contraire, pour ce qui concerne ce dernier point, les mesures de *cash for care* étant porteuses d'une désincitation à la prise d'emplois sur le marché du travail pour les personnes les plus fragiles, elles représentent un facteur d'aggravation potentielle des inégalités, aussi bien de genre, qu'en fonction des niveaux de qualification.

2. LES RÉFORMES NATIONALES DES POLITIQUES D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE EN ALLEMAGNE ET EN ÉCOSSE

Dans la première partie de ce texte, je me suis attaché à montrer le rôle central des prestations financières dans les réformes des systèmes d'aide et de soins à domicile des personnes âgées en Europe. Ces prestations sont cruciales parce qu'elles introduisent de nombreuses ambivalences dans les régimes de

care, aussi bien en termes de familialisation des régimes que de privatisation des services. Quelles ont été les évolutions constatées dans le cas allemand, puis dans celui de l'Écosse au cours des dernières décennies ?

2.1. L'ALLEMAGNE ET LA *PFLEGEVERSICHERUNGSGESETZ*

En Allemagne, à l'échelle fédérale, la coalition chrétienne-démocrate et libérale du dernier gouvernement Kohl a introduit au 1^{er} janvier 1995 un système d'assurance dépendance entièrement nouveau. En allemand, la catégorie utilisée dans le registre de l'action publique est celle du « soin » – *Pflege*. Cette « assurance-soin » a inauguré un système de prestations dans le domaine de l'aide et des soins à domicile qui a trois caractéristiques spécifiques.

En premier lieu, la réforme de 1995 a pour vocation à faire basculer les personnes en perte d'autonomie du bénéfice de l'aide sociale, ce qui est perçu en Allemagne comme une situation infâmante, vers des prestations assurantielles (*Pflegeversicherung*) proches de l'esprit d'autonomie construit dans la tradition bismarckienne de la protection sociale. Selon cette tradition, les personnes ayant cotisé reçoivent des prestations conformes à leurs versements antérieurs. La *Pflegeversicherung* introduit cependant dans ce cadre une première rupture dans la mesure où les prestations ne sont pas payées proportionnellement aux cotisations, mais en fonction des besoins. Autre spécificité, les salariés sans enfant doivent s'acquitter d'une surtaxe surtout destinée à rappeler le rôle de la famille et des solidarités intergénérationnelles dans le dispositif.

Deuxième élément structurel du dispositif allemand, il privilégie les prestations monétaires. Les foyers disposent d'une grande latitude pour organiser leur système de soin, alors que les sommes sont attribuées de façon forfaitaire en fonction des niveaux de dépendance. La loi reconnaît les proches-aidants comme prestataires potentiel de soin. Ils peuvent à ce titre être les bénéficiaires de l'indemnisation payée par l'assurance. Les prestataires extérieurs sont pour leur part librement organisés dans le cadre de marchés locaux du soin. De manière globale, cependant, les montants des prestations restent trop faibles pour garantir les conditions d'un choix véritablement non contraint pour les

bénéficiaires comme pour leurs proches, cela, en dépit des augmentations successives des montants des prises en charge.

En troisième lieu, au plan de la gouvernance du dispositif, la loi fédérale allemande de 1995 représente une redistribution substantielle du pouvoir entre les échelles d'action publique de ce pays fédéral. Les communes étaient avant 1995 les grandes ordonnatrices, mais aussi les principales instances de financement de l'aide et des soins à domicile. Elles se trouvent aujourd'hui presque entièrement démunies de pouvoir officiel dans le nouveau dispositif. Le niveau fédéral qui a déchargé les communes de ce financement est aujourd'hui le payeur mais aussi le principal régulateur du dispositif « d'assurance soin » en Allemagne. L'échelon des *Länder* se trouve aussi renforcé : la gestion des caisses d'assurance y est ancrée et les gouvernements des *Länder* doivent se doter de lois d'exécution qui permettent de préciser, voire de réorienter en partie, la loi fédérale. De la même façon, l'Allemagne fédérale connaissait un système de prestataires d'aide et de soins à domicile parapublic, pratiquement cartellisé. Les trois grandes associations de protection sociale² – les *Wohlfahrtsverbände* – liées pour l'une à l'Église protestante (*Diakonie*), l'autre à l'Église catholique (*Caritas*) et enfin, une troisième au mouvement ouvrier (*Arbeiterwohlfahrt*) se partageaient depuis des décennies l'essentiel des tâches d'aide et de soins à domicile en même temps qu'un grand nombre des politiques sanitaires et sociales du pays. L'instauration de marchés locaux libres a démultiplié les intervenants et a visé à mettre un terme à la domination traditionnelle de ces associations.

Si l'on reprend les critères d'évaluation de la démocratie du *care* tels que les a posés Tronto, la situation allemande est ambivalente. On a vu en effet que les conditions effectives de choix des individus sont limitées. Les frais couverts par l'assurance soins allemande sont restreints ce qui conduit en pratique un grand nombre de bénéficiaires à opter pour une prise en charge par des proches – conjoint(e)s, enfants, membres de la famille ou du réseau de voisinage ou d'amis, renforçant les inégalités entre les personnes quant aux conditions d'exercice du travail de *care* (Robert Koch Institut, 2015, p. 2). Le plus

2 Il y a en tout six de ces associations, mais les autres sont moins importantes.

souvent ce sont des femmes qui accomplissent cette tâche (*ibid.*, p. 3), notamment car leur situation sur le marché du travail est moins favorable que celle des hommes (Giraud et Lechevalier, 2013). Étant donné que les montants d'indemnisation restent insuffisants – 687 € dans les cas de perte d'autonomie les plus élevés³ – cette prestation est choisie par des personnes dont l'activité est peu valorisée sur le marché du travail. Ainsi, les femmes disposant des niveaux de qualification les plus bas sont plus de 1,36 fois indemnisées au motif de la prise en charge d'un proche en perte d'autonomie, alors que les femmes disposant des niveaux de qualification les plus élevés participent 0,5 fois moins aux soins de proches. Du côté des hommes comme des femmes, les inégalités structurelles se reproduisent ainsi clairement face aux tâches de *care*.

Pour le reste, la loi allemande est tributaire du poids important des régulations de marché. Tronto souligne le fait que ces dernières sont garantes d'un fort niveau de diversité dans les prestations mises à disposition. Cependant, la faiblesse des montants couverts reste en l'occurrence une vraie limite à l'effectivité de la diversité.

2.2. L'ÉCOSSE ET LE *FREE PERSONAL CARE*

En Ecosse, la réforme du soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie a été érigée en vaisseau amiral de la politique « nationale » écossaise depuis l'arrivée de la décentralisation forte – la *devolution* – décidée par Tony Blair à la fin des années 1990 (Mooney et Williams, 2006). Le gouvernement écossais nouvellement sorti des urnes, et d'ailleurs aux mains du Parti national écossais – SNP – s'est saisi d'un rapport au gouvernement de Westminster de 2000 qui démontrait la faiblesse de la politique nationale d'aide et de soins à domicile des personnes âgées dépendantes pour décider d'instaurer un système écossais en rupture totale avec le système britannique. Il s'agissait alors pour le gouvernement écossais d'introduire un régime d'indemnisation de l'aide et des soins à domicile, ouvert à tous les Écossais, sans condition de ressources, et sur la base d'un budget d'indemnisation relativement généreux. L'objectif est

3 Voir <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Pflegeversicherung_im_Ueberblick_2015.pdf>.

d'appuyer le caractère distinctif du peuple écossais, vis-à-vis des autres habitants du Royaume-Uni (*ibid.* ; Béland, Lecours, 2008).

Le *Free Personal Care* ressemble d'ailleurs plus à une forme universaliste à la scandinave qu'au régime dit « universaliste-résiduel » de la protection sociale du Royaume-Uni. Suite à une évaluation des besoins, les services sociaux peuvent ouvrir une enveloppe qui peut aller jusqu'à 770 £ mensuellement, soient 854 €. Ce montant réactualisé en 2015 sert avant tout à acquérir des services en fonction de l'offre disponible sur le territoire de la commune. Un service de budget personnel (*self directed support*) vient en soutien aux personnes et foyers qui souhaitent gérer eux-mêmes la mise en œuvre des soins. Cependant, la rémunération de proches aidants n'est pas possible au terme du dispositif écossais, à moins que les soins nécessaires ne soient pas disponibles localement⁴. L'État écossais porte la responsabilité de la définition des besoins couverts et de leur financement, même si dans les faits, les 33 communes écossaises ont en charge sa mise en œuvre dans son intégralité. Les panels de soin couverts sont définis par des services professionnels, qui, s'ils limitent les capacités réelles de choix ouverts aux individus, libèrent les personnes concernées et leurs proches d'importantes tâches de gestion du système de soin.

La diversité des modes de mise en œuvre locale du dispositif est une caractéristique essentielle du modèle écossais. Dès le milieu des années 2000, le grand succès du *Free Personal Care* a conduit à une forte augmentation des coûts et les délais d'attente à la mise en place des services se sont allongés. Dans le même temps, des inégalités entre communes sur la nature précise des prestations disponibles se faisaient jour. Le gouvernement central d'Édimbourg a dû signer en 2008 un accord avec les communes qui en précise encore les conditions de mise en œuvre et a pour but ultime d'en limiter les coûts. La décentralisation du système n'est pas remise en cause directement car les différentes *local authorities* (municipalités) de la région disposent d'une vraie autonomie sur les orientations structurelles tant que les coûts restent maîtrisés.

4 Voir <<http://www.selfdirectedsupportscotland.org.uk/faq>>.

Du point de vue des critères d'évaluation de la démocratie du *care* pensée par Tronto, les performances du système écossais ne sont pas meilleures que celles du système allemand. Les capacités de choix des destinataires sont même plus réduites qu'en Allemagne puisque les proches aidants ne peuvent en général pas être rémunérés. Les motifs invoqués pour ouvrir à ce droit sont cependant aussi liés à des besoins culturels spécifiques ce qui marque une attention forte des dispositifs écossais à la diversité, et respecte la liberté de choix promue par Tronto. Par ailleurs, les montants financés par le système écossais, sensiblement de même niveau que dans le cas allemand, ne sont suffisants ni pour garantir des soins de qualité, ni pour rémunérer convenablement le travail de *care*. Pour le reste, le caractère décentralisé du dispositif renvoie l'essentiel de la réalité aux choix des municipalités. Certaines *local authorities* ont adopté des systèmes participatifs ; d'autres ont maintenu des services municipalisés ; d'autres, enfin, ont fait largement appel au marché.

Dans les deux cas nationaux, on peut se faire une première idée des contours des démocraties du *care* développées sur la base des institutions nationales. Cependant, les arrangements pris au niveau local en fonction des orientations politiques des pouvoirs régionaux ou locaux, ou encore des traditions de mobilisation sociale dans ces contextes, permettent de mieux comprendre les réalités de la démocratie du *care* dans les deux pays retenus.

3. LA DÉMOCRATIE DU CARE SAISIE PAR LE LOCAL : HAMBOURG ET ÉDIMBOURG COMPARÉES

De façon à tenter d'opérationnaliser le concept de démocratie du *care* développé par Tronto, j'en ai retenu seulement les aspects principaux. Il est possible de rendre compte de cette approche de façon avant tout qualitative, au travers des mesures spécifiques mises en œuvre dans les localités et des informations recueillies par entretiens auprès des acteurs occupant les statuts et fonctions les plus divers du secteur de l'aide et des soins à domicile des personnes âgées dépendantes dans les municipalités de Hambourg et de Édimbourg. Le premier aspect retenu est celui de la gouvernance du système de soins et d'aide à domicile pour ce qui touche à la nature et l'orientation des services offerts aux indi-

vidus (*offre de services*). La participation des individus est en la matière cruciale, et se trouve liée à la décentralisation du système. Le deuxième aspect concerne plutôt les effets des prestations et renvoie aux conditions dans lesquelles se réalisent les choix des individus en matière de prestations (*choix des services*), mais porte aussi sur les conditions dans lesquelles se réalise le travail de *care*, et notamment, les conditions des incitations ou désincitations des proches à accomplir eux-mêmes les tâches de *care*. Dans quelle mesure, les inégalités sociales entre les proches des personnes en perte d'autonomie, mais aussi sur le marché du travail, se reproduisent-elles face aux contraintes et défis du *care* (*travail de care et inégalités*) ? Autrement dit, on s'attache aux mesures visant à compenser les inégalités, notamment liées aux normes culturelles et à la situation sur le marché du travail, qui semblent avantager presque mécaniquement les hommes vis-à-vis des femmes ou, plus largement, les plus qualifiés des deux sexes vis-à-vis de ceux qui le sont moins.

Les études de cas ont été centrées sur des aspects innovants des systèmes locaux d'aide et de soins à domicile des personnes âgées. Ces innovations ne portent pas forcément sur l'ensemble des aspects couverts par la grille de lecture tirée du travail de Tronto. À moins que d'autres spécificités du régime local d'aide et de soins à domicile des personnes dépendantes ne concernent ces aspects, il est renvoyé aux normes du régime national, tel qu'il s'applique également dans la localité. Les études de cas sont d'abord introduites à travers leur contexte sociopolitique. Est ensuite présentée une innovation du régime local d'aide et de soins à domicile des personnes âgées dépendantes particulièrement représentative des choix conduits localement en la matière par les acteurs publics et privés du domaine du *care*. Suite à quoi sont saisis les enjeux liés à la gouvernance de l'*offre de service*, du *choix des services* mais aussi des *inégalités dans le travail de care*.

3.1. HAMBOURG ET LES *PFLEGEKONFERENZEN*

La ville-État – commune et *Land* à la fois – de Hambourg est marquée par la culture politique traditionnelle social-démocrate. Elle fait de ce point de vue partie des régions d'Allemagne où la loi de 1995 a été peu appréciée, notamment en raison de la place qu'elle fait au marché. L'introduction, à la fin des

années 1990, d'un instrument de gouvernance des réseaux d'aide et de soins à domicile à vocation participative et qui s'intitule les *Pflegekonferenzen*, ou conférences du soin, se comprend dans ce contexte. Les *Pflegekonferenzen* sont animées dans les différents districts de la ville hanséatique – chacun d'entre eux regroupant environ 200 000 personnes – et ont pour vocation de créer des coordinations non marchandes, de diffuser des messages de santé publique, d'animer le réseau des prestataires, mais aussi des personnes concernées plus largement : les bénéficiaires et les familles, les médecins de famille, les centres de santé locaux, etc. Le modèle des conférences du soin est inspiré de l'action publique sociale-démocrate classique – die *soziale Stadt* – qui avait été forgé dans les années 1970 dans les régions de la Ruhr aux prises avec des reconversions économiques difficiles. Il consiste à organiser un réseau de participation des associations, destinataires, professionnels etc. d'un secteur déterminé d'action publique. Le but de ce modèle est d'améliorer les coordinations et, ainsi, de rationaliser l'offre, de stimuler les synergies, de permettre au politique d'initier des processus de changements, etc. En résumé, il s'agit de pouvoir lutter efficacement contre l'anomie – Bode parle de désorganisation ou de méfiance (2006) – qui est censée accompagner la privatisation des systèmes de soins.

Le programme des conférences du soin est précisément d'abord un instrument de participation à une réflexion sur les besoins dans le domaine du *care*. En ce sens, il a pour but de mettre en relations experts, professionnels, bénévoles, proches, destinataires, gestionnaires, etc., et de promouvoir, en contexte, une meilleure définition collective des besoins tels qu'ils émergent localement. De ce point de vue, c'est surtout la gouvernance de l'offre des services qui fait l'objet d'une tentative poussée de démocratisation. L'autonomie des personnes dans le choix des services est également concernée dans la mesure où les destinataires des services comme leurs proches sont également invités à participer aux conférences du soin. Le soutien au public dans le choix des services, mais aussi dans leur gestion, dont on a vu à quel point cela pouvait recouvrir des tâches lourdes pour les individus, bénéficient de l'introduction précoce de centres locaux de soutien (*Pflegestützpunkte*) qui assistent le public dans la constitution et la gestion de leur panel de soins.

Dans l'arrondissement⁵ (*Bezirk*) que j'ai eu l'occasion d'étudier de façon approfondie cependant, la prise du pouvoir au sommet de la *Pflegekonferenz* locale par des responsables de santé publique – une cheffe de service gériatrique d'un hôpital local et le directeur de l'office de santé publique de l'arrondissement – ainsi que l'investissement massif du dispositif par les prestataires privés du secteur a fortement marqué l'orientation des débats. Cet outil est ainsi avant tout un organe de diffusion de messages de santé publique, de fait peu ouvert à la participation véritable des familles, voire même des professionnels du secteur. Les acteurs marchands importants localement ont précisément investi ce lieu de manière à éviter que des coordinations ne s'imposent en leur absence.

La norme de marché reste ainsi globalement peu affectée par l'introduction des conférences du soin. Le contrat de prestation signé entre l'office de santé publique du *Land* de Hambourg et les principaux financeurs (caisses) et prestataires de *care* actifs dans le *Land* énonce d'ailleurs à son article 8 que les bénéficiaires choisissent librement leur prestataire⁶. Aujourd'hui, plus des deux tiers des personnes âgées en perte d'autonomie dans le *Land* de Hambourg qui ont choisi des prestataires externes se sont tournées vers des prestataires privés (De-Statis, 2016, p. 6).

Du point de vue des inégalités dans le travail de *care*, puisque les *Pflegekonferenzen* de Hambourg doivent permettre d'améliorer la qualité du pilotage et des prestations de *care* dans la ville, elles devraient également contribuer, indirectement, à agir sur le travail de *care* qui s'y accomplit. Cependant, la conférence étudiée dans un arrondissement spécifique n'a pas fait la preuve d'une efficacité véritable en la matière et les prestataires locaux sont soumis aux conditions que leur procurent les assurances fédérales.

Le cas de Hambourg est particulièrement stimulant parce qu'il est représentatif d'un véritable projet de démocratisation du *care*. Il est ainsi en prise directe avec le projet normatif porté par Tronto – même si, bien sûr, les conférences du *care* ne sont en rien inspirées par l'œuvre de notre collègue américaine. Au

5 Il s'agit d'un arrondissement résidentiel peuplé essentiellement de classes moyennes et populaires d'environ 260 000 habitants.

6 Voir <<http://www.hamburg.de/contentblob/1666290/data/rv-ambulant-pflegerische-versorgung.pdf>>.

moins pour ce qui touche à la gouvernance de l'offre de soins, et en partie également à propos des enjeux de choix de soins, le projet des conférences du soin est bien de privilégier les valeurs de proximité, décentralisation, mais surtout de participation. Ces éléments correspondent, au moins en partie, aux normes de la démocratie telles que les conçoit Tronto. Mon analyse d'un secteur de Hambourg a cependant conclu à la faible efficacité des mesures adoptées.

3.2. ÉDIMBOURG ET LE *REABLEMENT*

Dans le cas d'Édimbourg, le modèle universaliste d'aide et de soins à domicile des personnes âgées dépendantes a fait l'objet, avec l'arrivée d'une coalition conduite par les LibDem (libéraux-démocrates) en 2007, d'une réforme qui s'inscrit dans une double rupture avec le dispositif national écossais. En premier lieu, cette réforme introduit un parcours de soin spécifique, notamment pour les personnes qui sortent de l'hôpital et qui constituent une partie importante des entrants au bénéfice du système de *Free Personal Care*. Ce parcours de soin prévoit un cycle de réhabilitation (*reablement*) de 6 semaines, particulièrement intensif, censé accélérer le retour vers l'autonomie des bénéficiaires.

Surtout, la réforme du *reablement*, centrée sur le retour à l'autonomie des bénéficiaires, a été accompagnée d'un train de privatisation à 80% des services d'aide et de soins à domicile de la ville. À la différence de l'Angleterre où la privatisation de la plupart des services publics, y compris sociaux, avait été réalisée dès les années 1980 et 1990, en Écosse, la tradition des services médico-sociaux publics (*social work department*), notamment municipaux, était restée forte. En ouvrant au marché par différents appels d'offres les services d'aide et de soins à domicile, la ville d'Édimbourg a organisé une segmentation marchande des services, en rupture avec l'esprit universaliste de la loi écossaise et la fourniture de services publics universels.

L'enveloppe maximale de 770£ par mois pour couvrir les besoins d'aide et de soins à domicile au titre de la loi écossaise correspond globalement aux standards européens. La définition des besoins est fixée par la loi écossaise autour des tâches les plus classiques (nourriture, propreté, habillement, etc.) et ne dépend ainsi pas des choix opérés par la ville d'Édimbourg. En revanche, le programme *reablement* de la capitale écossaise prévoit un parcours de soins (réhabilitation, puis soins classiques)

étroitement défini. L'autonomie des bénéficiaires, mais aussi des équipes soignantes, est réduite par ce cadre. De ce point de vue, les choix auxquels il est procédé au niveau écossais, mais aussi local, contribuent à limiter l'offre des services offerts.

De façon plus décisive encore, l'organisation d'un marché privé des prestataires introduit dans le contexte local une segmentation forte des services d'aide et de soins à domicile autour de quatre pôles principaux. Premièrement, les différents quartiers de la ville ont été attribués à des prestataires d'aide et de soins à domicile qui ont remporté les appels d'offre publics. Il s'agit généralement de prestataires capables d'offrir à « bon prix », une offre de soins standards. Deuxièmement, un système de mise aux enchères négatives en temps réel par Internet a été instauré pour les besoins d'aide et de soins à domicile arrivant au quotidien. Des petites agences de quartier se positionnent sur ce segment de marché précaire et fournissent des prestations de qualité modeste, à une échelle très locale. Troisièmement, la privatisation des services sociaux municipaux a entraîné le développement d'agences privées pour les individus ou les familles à hauts revenus qui complètent les allocations versées par le *Free Personal Care* afin d'obtenir des services de qualité supérieure. Enfin, et quatrièmement, une parcelle du *social work department* a été épargnée par la privatisation et est chargée de réaliser les tâches de réhabilitation (*re-ablement*) auprès des personnes les plus fragiles.

Les individus se trouvent ainsi pris en charge par des services, presque toujours privés, qui correspondent avant tout à leur pouvoir d'achat sur le marché. Ils ne peuvent pas véritablement choisir leurs prestataires, à moins d'opter pour des services marchands hors procédure d'attribution, qui sont d'un prix élevé. Les conditions réelles du choix du service par les destinataires et leurs proches sont ainsi clairement limitées dans une situation de privatisation des services telle qu'elle existe à Édimbourg.

Enfin, la segmentation de l'offre de services et la forte compétition sur les coûts entraîne une pression sur la qualité des prestations, mais également sur le niveau des rémunérations des travailleurs du *care*, qui sont, localement, souvent des travailleuses du *care*. Les inégalités dans le travail de *care* ont ainsi toutes les chances de se trouver renforcées par cette logique de segmentation et de mise en concurrence des services.

La forte adaptation du dispositif écossais du *Free Personal Care* par la coalition libérale de Édimbourg ne débouche pas sur une démocratie du *care* qui serait renforcée. Au contraire, la forme de privatisation adoptée localement n'améliore pas les capacités de choix des personnes concernées par rapport à l'offre publique standard antérieure. Elle introduit même des inégalités substantielles entre les bénéficiaires et une pression à la baisse sur les niveaux de rémunération et les conditions de travail des travailleurs – ou travailleuses – du *care*.

CONCLUSION

Dans cet article, j'ai proposé de mettre en perspective une vision normative du fonctionnement concret des systèmes de *care* et de leur portée sociale et politique à travers l'analyse de deux régimes de *care* saisis dans leur pluriscalarité. L'approche de la «démocratie du *care*» développée par Tronto fait ainsi l'objet d'une opérationnalisation qualitative dans le cas de deux métropoles européennes : Hambourg et Édimbourg.

Le concept de démocratie du *care* a été resitué dans l'évolution des régimes d'aide et de soins à domicile en Europe qui ont pour la plupart principalement misé sur le déploiement de prestations financières. Quoique les systèmes de *cash for care* soient souvent vantés pour leurs effets positifs dans l'amélioration des conditions du choix des services que les destinataires de l'aide et soins à domicile peuvent utiliser, les conditions du choix dépendent des conditions de mise en œuvre du dispositif. Par ailleurs, cet instrument ne garantit pas une meilleure participation des individus à la gouvernance de l'offre des services disponibles localement. Pire encore, les inégalités entre individus face au travail de *care* sont encore renforcées par des systèmes qui incitent les proches à s'engager principalement dans ce travail d'aide en leur ouvrant une rémunération.

Dans ce cadre général, les réformes récentes entreprises en Allemagne et en Écosse sont basées sur le développement de systèmes de *cash for care* ne donnent pas lieu à des indemnisation assez généreuses pour ouvrir une véritable liberté de choix aux individus. En dépit de ces similarités, des différences importantes existent entre ces deux pays. Côté allemand en effet, l'attribution des prestations

financières aux foyers, sans contrôle, mais aussi avec un très faible soutien au choix et à la gestion, augmente certes la *liberté effective de choix des services*, mais accroît également les tâches de gestion. En ouvrant, par ailleurs, la possibilité de rémunérer des proches, le modèle allemand de *cash for care* augmente la pression sur les individus les plus faibles à s'adonner au travail de *care*, renforçant ainsi les *inégalités sociales* structurelles. Dans le cas écossais, le fait que cette possibilité ne soit pas ouverte, mais aussi, que les panels de services soient décidés par des professionnels du secteur, contraste grandement avec le cas allemand.

Les deux études de cas locales analysées permettent d'entrevoir, au plus près de la mise en œuvre des dispositifs, quels sont les effets des régimes de *care* dessinés dans le contexte national. Dans le cas de Hambourg, le modèle des conférences du soin recouvre une véritable tentative visant à contrer les ruptures et les discontinuités au sein du régime local de *care* à destination des personnes âgées en perte d'autonomie en renforçant la participation des différentes parties prenantes – et notamment des destinataires et de leurs proches. Dans une perspective de démocratie du *care*, la gouvernance de l'*offre de services* est l'enjeu le plus directement concerné par cette innovation. L'échec relatif de ce modèle est à imputer à un environnement encore largement dominé par la norme de marché, mais aussi aux choix spécifiques des acteurs locaux. Dans le cas d'Édimbourg, la politique communale, qui a consisté à coupler l'introduction d'un parcours de soins centré sur la réhabilitation des personnes avec une politique de privatisation des services, a entraîné une dégradation de la totalité des dimensions dérivées de la démocratie du *care*. Les capacités de *choix des services* par des bénéficiaires sont très réduites en situation de marché privé fortement segmenté. La participation des individus au pilotage de l'*offre de services* n'en est ainsi en rien améliorée, en revanche, les inégalités sont renforcées. La pression de marché sur l'ensemble des prestataires entraîne par ailleurs une dégradation des conditions dans lequel le *travail de care* est réalisé.

Le concept de démocratie du *care* est utile parce que, sur la base d'un positionnement normatif, il rend possible une analyse de trajectoires de cas singuliers, mais aussi parce qu'il permet de développer un point de vue comparatif situé. L'analyse comparée des cas de Hambourg en Allemagne et d'Édimbourg

en Écosse l'a bien montré. Plus encore, ce concept permet de donner sens à des réformes, comme les prestations de type *cash for care*, qui, dans leur technicité et leurs promesses superficielles, dissimulent souvent des effets peu enviables au plan de l'émancipation aussi bien des destinataires que des travailleurs du *care*. Rappeler de ce point de vue le contenu politique – au sens d'un rapport assumé, mais réalistement négocié à des valeurs – de cette activité sociale centrale dans nos sociétés qu'est le *care*, permet de ne pas la rabattre sur des enjeux purement instrumentaux. Tronto avait de ce point de vue livré dès les années 1990 une contribution essentielle (Tronto, 1993). Elle prolonge aujourd'hui cette réflexion en lui donnant un tour plus opérationnel, mais tout aussi utile aux débats scientifiques comme aux délibérations dans le champ de l'action publique.

NdA. Je remercie Barbara Lucas pour ses remarques éclairantes sur cet article ainsi que les relecteurs de la *Revue européenne des sciences sociales*.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCOLI U. et RANCI C., 2002, *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2016, *Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Frauen und Männer am Arbeitsmarkt 2015*, Nuremberg.
- BODE I., 2006, «Disorganized Welfare Mixes: Voluntary Agencies and New Governance Regimes in Western Europe», *Public Administration*, 16-4, p.346-359.
- , GARDIN L. et NYSENS M., 2011, «Quasi-Marketisation in Domiciliary Care: Varied Patterns, Similar Problems?», *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31-3/4, p.222-235.
- DA ROIT B. et LE BIHAN B., 2010, «Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies», *The Milbank Quarterly*, 88-3, p.286-309.
- DE STATIS, 2016, *Pflegestatistik 2013*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

- GIRAUD O., LUCAS, B., DULAC A-V., FALK, K., KÜMPERS, S., et LECHEVALIER A., 2012, Policy Learning and Innovation in Local Regimes of Home-Based Care for the Elderly: Germany, Scotland, Switzerland, Report to Mire-Drees-CNSA, Programme «L'aide au domicile des personnes fragiles à l'étranger», Paris.
- GIRAUD O. et LECHEVALIER A., 2013, «Les femmes au cœur de l'éclatement de la norme d'emploi en Allemagne », *Travail, Genre et Sociétés*, 30, p. 189-194.
- LE BIHAN-YOUIYOU B., 2011, «La généralisation des "prestations monétaires" en Europe – Quel impact sur l'organisation de l'aide quotidienne aux personnes âgées en perte d'autonomie?», *Gérontologie et Société*, 138, p.83-97.
- PAVOLINI E. et RANCI C., 2008, «Restructuring the Welfare State: Reforms in Long-Term Care in Western European Countries», *Journal of European Social Policy*, 18-3, p.246-259.
- ROBERT KOCH INSTITUT, 2015, «Pflegende Angehörige – Deutschlands grösster Pflegedienst», *GfE Kompakt*, 3 [en ligne]: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_3_pflegerische_angehoerige.pdf?__blob=publicationFile>.
- SIMONAZZI A., 2012, «Time, Cash and Services: Reforms for a Future Sustainable Long-Term Care», *Futures*, 44, p.687-695.
- TRONTO J., 1993, *Moral Boundaries – A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, Routledge.
- , 2013, *Caring Democracy – Markets, Equality and Justice*, New York, New York University Press.