

---

**La métamorphose des régimes de *care***  
**Une comparaison des systèmes d'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes en**  
**Allemagne, Belgique, Italie et Royaume-Uni (2000-2012)**

---

**Coordination du projet :**

Florence Degavre, Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société, Université Catholique de Louvain

Marthe Nyssens, Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société, Université Catholique de Louvain

**Coordinations nationales :**

Ingo Bode, Institute of Social Work and Social Welfare, Dpt. 2, Universität Kassel (Germany)

Jef Breda, Departement PSW – Sociologie, Onderzoeksgroep Welzijn en de Verzorgingsstaat, Universiteit Antwerpen (Belgium, Flanders)

Florence Degavre, CIRTES, Université Catholique de Louvain (Belgium, Wallonia)

Jose-Luis Fernandez, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science (England)

Marthe Nyssens, CIRTES, Université Catholique de Louvain (Belgium, Wallonia)

Annamaria Simonazzi, Facolta Di Economia, Università degli studi di Roma “La Sapienza », (Italy)

**Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société,**  
**Université Catholique de Louvain,**  
**Charleroi, Belgium**

## **Les experts suivants ont participé à cette recherche:**

**Ingo Bode** (country coordinator for Germany), Institute of Social Work and Social Welfare, Universität Kassel

**Jef Breda** (country coordinator for Belgium/Flanders), Departement PSW – Sociologie, Onderzoeksgroep Welzijn en de Verzorgingsstaat, Universiteit Antwerpen

**Brice Champetier**, Centre Interdisciplinaire de Recherches Travail Etat et Société, Université Catholique de Louvain

**Sébastien Chartrand**, Institute of Social Work and Social Welfare, Dpt. 2, Universität Kassel

**Francesco D'amico**, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science

**Florence Degavre**, (project coordinator, country coordinator for Belgium/Wallonia), Centre Interdisciplinaire de Recherches Travail Etat et Société, Université Catholique de Louvain

**José-Luis Fernandez** (country coordinator for England), Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science

**Ludovica Gambaro**, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science

**Catherine Gaumé**, Institut de Démographie, Université Catholique de Louvain

**Joanna Geerts**, Federaal Planbureau, Belgium

**Juliette N. Malley**, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science

**Marthe Nyssens** (project coordinator, country coordinator for Belgium/Wallonia), Centre Interdisciplinaire de Recherches Travail Etat et Société, Université Catholique de Louvain

**Vivek Padvetnaya**, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science

**Stephanie Peeters**, Departement PSW – Sociologie, Onderzoeksgroep Welzijn en de Verzorgingsstaat, Universiteit Antwerpen

**Sara Picchi**, Facolta Di Economia, Università degli studi di Roma “La Sapienza

**Teresa Poole** (editor), Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science

**Anna Safuta**, Centre Interdisciplinaire de Recherches Travail Etat et Société, Université Catholique de Louvain

**Annamaria Simonazzi** (country coordinator for Italy), Facolta Di Economia, Università degli studi di Roma “La Sapienza”

**Marie Van den Broeck**, Institut des Sciences du Travail, Université Catholique de Louvain

**Cette recherche a été financée par la Mire, Mission Recherche de la DREES**

**Note de synthèse**  
**Les systèmes publics de prise en charge de la dépendance à domicile en**  
**Allemagne, Belgique, Italie et Royaume-Uni**

**1. Objectifs de la recherche**

En réponse au vieillissement de la population dans de nombreux pays européens, la prise en charge des soins de longue durée aux personnes âgées dépendantes a considérablement évolué au cours des deux dernières décennies. Les objectifs de réduction des dépenses et l'influence des discours liés au Nouveau Management Public<sup>1</sup> sur la soit disant inefficacité des dépenses publiques ont été source de tensions lors de ce processus de réforme (Ferlie, Linn & Politt, 2007). Ces réformes récentes de l'aide à domicile se caractérisent entre autre par l'introduction de principes marchands dans le secteur :

- (1) augmentation de la sous-traitance dans l'aide à domicile (confiée à des pourvoyeurs privés, qu'ils soient « for-profit » ou « not-for-profit ») (Daly & Lewis, 2000; Pavolini & Ranci, 2008)
- (2) usage accru de transferts monétaires proposés par l'Etat ou de chèques-services permettant aux individus et à leur famille l'achat direct de *care* (Ungerson, 2005; Ungerson & Yeandle 2007; Da Roit, 2010; Rostgaard, 2011)
- (3) importance accrue du financement privé (par les individus eux-mêmes et leur famille) du *care* (Shutes et al., 2011).

Ces tendances signalent que non seulement l'organisation des soins de longue durée, mais aussi l'ensemble des principes qui fondent la production de ceux-ci, sont en train de changer progressivement. Partout en Europe, on observe un glissement vers plus de concurrence entre pourvoyeurs et vers une individualisation accrue du service rendu, en même temps que l'accent est mis sur *l'empowerment* de l'usager, de plus en plus considéré comme un client ou un consommateur (Pavolini & Ranci, 2009).

L'objectif de cette recherche est d'étudier les réponses apportées par les Etats européens aux besoins en termes de *care* à domicile, en commençant par les réformes entreprises ces deux dernières décennies. Le rapport vise également à retracer les trajectoires d'évolution des régimes de *care* contemporains dans 4 pays européens à la lumière des réformes récentes, et plus spécifiquement en rapport avec l'introduction accrue de principes marchands. Notre hypothèse est que la tendance générale à la marchandisation a eu des effets différenciés selon les régimes de *care* nationaux.

---

<sup>1</sup> Le Nouveau Management Public (NMP) est un courant managérial qui visait à réformer le secteur public, dont l'origine remonte aux années 1980. Le principe fondateur du NMP est que le secteur public devrait être administré comme une entreprise marchande, afin d'améliorer les rapports coût-efficacité sans que les missions de service public ne soient compromises.

## 2. Qu'est-ce que le *care* à domicile pour personnes âgées dépendantes ?

Notre recherche est centrée sur les transferts monétaires et les systèmes publics de services d'aide à domicile soutenant les personnes âgées dépendantes de 65 ans et plus vivant chez elles.

Le « *care* », terme employé tout au long de la recherche et généralement traduit en français par « souci des autres » (Paperman et Laugier, 2005), « sollicitude » (Brugère, 2008) ou encore « aide et soin » (Degavre, 2005), fait référence aux *activités* et *relations* liées à la satisfaction des besoins physiques et émotionnels des adultes et enfants dépendants<sup>2</sup>. Ces besoins peuvent être temporaires ou permanents, comme dans le cas d'adultes dont l'état exige une supervision constante et des soins de longue durée. Le *care* de longue durée est défini en tant que « *gamme de services requis par les personnes avec un degré réduit de capacité fonctionnelle (physique ou cognitive), et qui sont donc en conséquence dépendantes pour une période prolongée d'une aide en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne (ADL) (...)* » (OECD, 2009). Cette recherche porte précisément sur le *care* de longue durée, qu'il soit prodigué directement ou indirectement à travers un transfert monétaire de l'Etat. Nous nous concentrerons sur les pratiques de *care* mais nous avons conscience qu'il inclue d'autres dimensions – émotionnelles et éthiques (Paperman, 2005; Martin, 2008) notamment. Celles-ci ne seront pas discutées dans cette recherche.

Le rapport aborde des questions centrales au débat en cours dans les sociétés accueillant une population vieillissante: la demande de soins de longue durée est en hausse ; ils peuvent être assurés par la famille ou des professionnels et le « choix » des modes de maintien à domicile est souvent complexe; l'aide est moins standardisée que les services médicaux et habituellement assurée par des travailleurs peu qualifiés, en majorité des femmes.

Les débats sémantiques autour de l'emploi du terme « *care* » se poursuivent depuis longtemps. Dans la littérature anglo-saxonne, « *home care* » et « *community care*<sup>3</sup> » sont souvent considérés comme synonymes alors qu'ils ne désignent pas complètement les mêmes réalités. La démarcation entre « *social care* » et « *personal care* » n'est pas non plus aisément établie. Nous avons donc procédé à une série de définitions pour rendre compte de la diversité

---

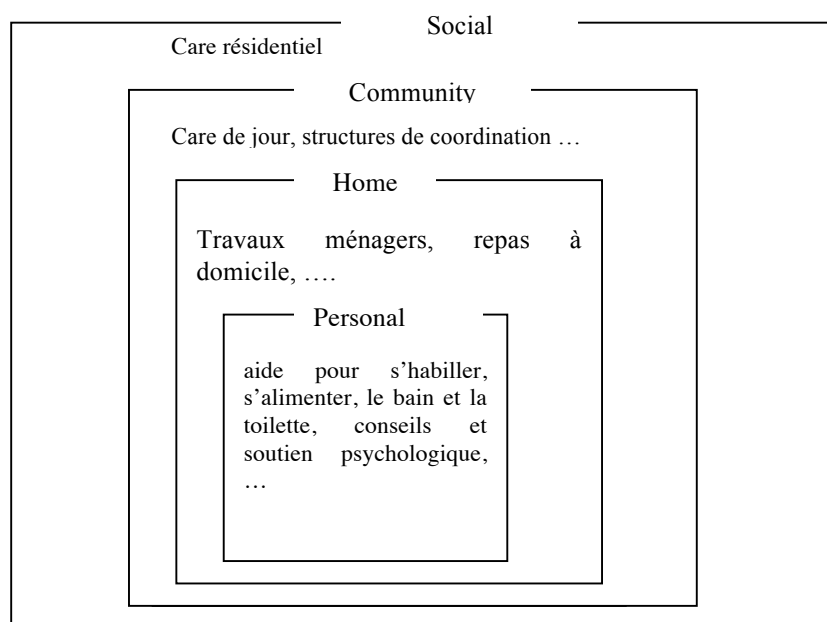
<sup>2</sup> Dans cette note traduite de l'anglais, nous choisissons d'utiliser le terme anglo-saxon de *care* qui reste difficilement traduisible dans un contexte comparatif.

<sup>3</sup> Le « *care en communauté* » fut la cible de nombreuses critiques dans les années 1980. Certaines de ces critiques provenaient de la recherche féministe, soutenant que « *communauté* » était en fait un euphémisme signifiant « *femmes* » parce qu'« en pratique le *care en communauté* équivaut au *care par la famille* et le *care familial* équivaut au *care par les femmes* » (Ungerson, 1987). Jamieson (1991) et Higgs (1989) soutiennent que le « *care en communauté* » est une notion compréhensible dans le contexte anglais, mais trop complexe à opérationnaliser en tant que catégorie comparative. Pour cette raison, le terme désigne ici le pourvoi de « *social care* » en-dehors des institutions, y compris ailleurs qu'au domicile de l'utilisateur, comme dans le cas des soins de jour.

des réalités matérielles et des pratiques du *care* et exécuter sereinement le travail de comparaison.

Le « *social care* » est un terme englobant, désignant l'ensemble de l'aide et du soin, en résidence, structures de jour ou à domicile. Le « *community care* » recouvre l'ensemble des structures de jour et d'aide et soin à domicile. Le « *home care* » couvre toutes les activités effectuées au domicile de la personne âgée qui visent à permettre directement aux individus « *de rester le plus longtemps possible dans leur maison* » (Jamieson, 1991: 7). Il fait référence à la fois à des tâches impliquant des objets inanimés (tel le nettoyage, la lessive, etc ...) et le « *personal care* », ce qui inclut l'aide pour s'habiller, s'alimenter, la toilette, mais aussi les conseils, les encouragements et le soutien émotionnel et psychologique. On obtient donc un ensemble de concepts « *gigogne* ». Le schéma suivant clarifie le contenu de termes employés.

**Graphique I.1: Schéma des pratiques de *care*, du *care* à la personne au « *social care* »**



Nous sommes toutefois conscient-e-s qu'il est souvent difficile de tracer une ligne de démarcation claire entre ces différentes catégories. Dans cette recherche, nous nous concentrons sur le « *home care* » (ce qui inclut donc le « *personal care* »). Toutefois, lorsque cela s'avère nécessaire à la compréhension de la situation des pays, nous incluons certains services offerts en-dehors du domicile de l'utilisateur, tel que l'accueil de jour, et la coordination entre celui-ci et l'aide à domicile.

De même, étant donné que les formes de *care* sont des constructions socio-politiques propres à chaque pays, il est parfois malaisé d'établir des frontières claires entre les soins non

médicaux et les soins médicaux et paramédicaux (tels les soins infirmiers). Dans certains pays, la toilette corporelle ne peut être assurée que par un-e infirmier-ère, tandis que dans d'autres contextes nationaux cette activité relève de l'aide à domicile. Dans la mesure du possible, nous nous concentrerons sur le *care* non médical. Nous excluons donc, quand nous le pouvons, le soin infirmier.

Au delà des pratiques de *care*, l'analyse portera in fine sur les systèmes dits de « *cash for care* ». Ceux-ci consistent en des transferts monétaires, au niveau régional ou central, destinés aux personnes âgées dépendantes. Sont couverts par cette définition les transferts dans le cadre de la sécurité sociale et les dispositifs qui permettent aux usagers de choisir entre services fournis directement en nature, achat de services ou encore une combinaison des deux. Dans certains pays, un coordinateur de *care* établit un plan de soins en collaboration avec l'usager ; dans d'autres contextes nationaux, les usagers sont tout à fait libres de dépenser l'argent comme ils l'entendent. Les transferts monétaires peuvent donc satisfaire une variété de besoins. Lorsque les transferts monétaires ne s'accompagnent pas de restrictions quant à leur usage, l'argent peut servir à financer d'autres prestations que le *care* à domicile, par exemple une combinaison de *care* et de soins infirmiers à domicile, de *care* résidentiel ou d'autres types de services.

### **3. Les “régimes de *care*” – une catégorie d'analyse utile des Etats sociaux**

Sur base de diverses théories et études empiriques, une variété d'usages et de définitions implicites du concept de « régime de *care* » peuvent être identifiées (Letablier, 2001; Duffy, 2005, Himmelweit, 2007; Martin, 2008). Une analyse plus poussée nous permet cependant de distinguer deux niveaux d'analyse: le niveau micro et le niveau macro (Martin, 2008). Les analyses situées au niveau micro s'intéressent à la relation de *care* et aident à réhabiliter la réalité de l'interdépendance humaine (Paperman, 2005) et les vertus de la sollicitude (Sevenhuyzen, 1997; Brugère, 2008). L'approche micro tend à générer des études portant sur la relation de *care*, les différentes formes et pratiques de *care* et les discours y afférents. Ce niveau d'analyse aborde aussi la question des normes et valeurs sous-tendant les actions des acteurs publics et individuels en matière de *care*.

Etant donné que l'Etat est supposé assurer un certain niveau de bien-être individuel aux individus, le *care* est une prérogative étatique. Une seconde perspective peut donc être identifiée, orientée vers les analyses au niveau macro, qui tente de comprendre comment le *care* est produit et distribué (Daly & Lewis, 2000; Daly & Rake, 2003). Dans cette approche, ce sont les structures politiques, économiques et sociales qui sont placées au premier plan de l'analyse.

La littérature du niveau macro privilégie de plus en plus le concept de « régime de *care* » pour étudier les politiques sociales ayant trait au *care*. Ce concept aide à montrer comment les

réglementations adoptées au niveau national affectent la proportion de *care* prise en charge formellement et celle assurée de manière informelle (Bettio & Plantenga, 2004), la division entre famille, marché et Etat (Evers & Svetlik, 1993; Lewis, 2002; Degavre & Nyssens, 2008). Les régimes de *care* placent « le *care* (le fait d'en donner et le fait de le recevoir) au centre de l'analyse de l'Etat-providence » (Knijn & Kremer, 1997: 328) et peuvent être considérés comme « la dimension de *care* de l'Etat-providence » (Knijn & Kremer, 1997: 329). Cette dimension inclut le droit de recevoir du *care* (les mesures favorisant le *care* à domicile) et le droit à du temps pour assurer du *care* (les exemptions de l'obligation de travailler, de transferts monétaires, de congés de *care* voire le temps partiel). Pour Kofman et Raghurma (2009: 4), « les régimes de *care* peuvent être conceptualisés comme les arrangements institutionnels et spatiaux assurant la provision et l'allocation de *care* ».

Un aperçu historique rapide est nécessaire pour comprendre pleinement la signification du concept de « régime de *care* » et apprécier sa valeur heuristique. Dans un article avant-coureur de Lewis et Hobson (1997), les « régimes de *care* » désignaient le traitement de la situation des mères célibataires dans différents Etats-providence européens, en termes de ressources socio-économiques. Bettio et Plantenga (2004) ont étendu le concept de façon à inclure tous les acteurs et dispositifs qui contribuent à aider les individus. Elles distinguent entre régimes de *care* privilégiant le *care* formel et ceux privilégiant le *care* informel. Bien que la frontière entre les deux types de régimes est poreuse, les seconds soutiennent généralement la provision non-rémunérée de *care* par les membres de la famille et le *care* rémunéré et non-déclaré. L'autre type de régimes de *care* soutient la provision formelle régie par un contrat légal faisant généralement partie d'un train plus large de politiques sociales en matière de *care*. En tant qu'outil analytique, les régimes de *care* ont une dimension institutionnelle prononcée, dans la mesure où ils incluent l'ensemble de mesures développées par les autorités publiques afin de « produire » du *care*, et mettent donc à jour les stratégies de *care* mises en place dans différents pays.

La puissance analytique du concept de « régime de *care* » provient précisément de ce qu'il agrège toutes les politiques publiques visant directement ou indirectement le *care*. Le concept est également particulièrement utile pour effectuer des comparaisons entre Etats et faciliter leur classification en typologies. Les types et quantités de ressources mobilisées pour les besoins du *care* à domicile, ainsi que les discours sur les prérogatives étatiques, ou sur les acteurs à qui il revient d'assurer le *care* et la façon dont il doit être assuré, aident à identifier les régimes de *care*. Ce concept est le point de départ de la méthodologie employée dans notre recherche.

#### **4. Les réformes européennes du *care* à domicile**

La littérature comparative sur l'aide de longue durée connaît un essor depuis les années 2000. Bien que les pays européens divergent fortement entre eux en termes de tradition nationale, les réformes récentes semblent correspondre au même schéma dans la plupart des pays : introduction d'un mix de prestations « en nature » et monétaires (dans certains cas, conditionnées), quasi-marchandisation des services de *care*, traitement de l'utilisateur comme « client », plus de souplesse en ce qui concerne les prestations de *care* dont un usager peut bénéficier simultanément et attention accrue portée aux pourvoyeurs de *care* informel (Lewis, 1997; Pavolini & Ranci, 2008; Rostgaard, 2011). Ces similarités sont généralement attribuées au besoin de réduire le coût des politiques publiques, combiné à l'acceptation du discours du Nouveau Management Public.

Notre recherche est centrée sur les politiques publiques liées au *care* à domicile, ainsi que sur la façon dont elles contribuent à maintenir les adultes dépendants à la maison. Nous présentons ci-dessous un bref résumé des interventions publiques les plus importantes dans ce domaine. Bien que les réformes introduites diffèrent d'un pays à l'autre, des tendances communes peuvent être identifiées. Les réformes ont mené à des changements à la fois en termes de services offerts et d'organisation de ces services.

##### **4. 1. Réformes de l'offre de services**

Ces dernières années, l'objectif central de nombre de systèmes de care à travers l'Europe est d'éviter que des personnes âgées dépendantes n'intègrent une institution avant que cela ne soit réellement nécessaire. En conséquence, beaucoup de pays d'Europe occidentale visent à assurer l'aide le plus longtemps possible au domicile même de la personne âgée. Cette option en faveur du maintien à domicile a été motivée par le fait que la plupart des personnes âgées préfèrent rester chez eux. Il est néanmoins important de préciser aussi que cette option est également liée à des coûts plus bas. En d'autres termes, le maintien à domicile et les autres services de *community care* sont perçus comme une manière d'augmenter le niveau de satisfaction des usagers tout en contribuant à réduire les dépenses publiques en matière de *social care*.

Les 10 dernières années ont aussi vu un recours accru aux transferts monétaires dans le cadre de l'aide aux personnes dépendantes (Ungerson, Yeandle et al., 2007). Le transfert monétaire répond à un double objectif. D'une part, on voit souvent l'argent comme un mécanisme permettant de mieux arrimer le service au besoin de l'utilisateur. Ce type de programme consiste en des transferts monétaires aux bénéficiaires et à leurs familles, qu'ils peuvent dépenser de différentes façons, selon un plan d'aide spécifique consacré soit à l'achat de services professionnels soit à la rémunération de personnel aidant informel. Tandis que ces



plans varient largement sur la forme à travers l'Europe (Da Roit et B. Bihan, 2010; Da Roit, B. L. Bihan et Osterle, 2007), on considère ces transferts comme une façon de favoriser le choix des usagers et d'améliorer la réactivité générale du système à leurs besoins et préférences. Le but est de maximiser l'indépendance et le choix des utilisateurs de services et de leurs aidants en réduisant la charge de ces derniers par l'embauche d'une aide supplémentaire.

Les défenseurs de paiements directs soutiennent qu'en transférant le contrôle du processus de mise en œuvre du plan d'aide vers les usagers eux-mêmes, les résultats de l'ensemble du système s'en trouvent améliorés. De plus, il est considéré que les utilisateurs sont souvent les mieux placés pour avoir accès à une offre plus large de services et qu'ils sont plus créatifs pour profiter des ressources locales, leur réseau familial ou amical, ce qui fait baisser le coût de la prise en charge. Ces dispositifs ont donc été présentés comme une façon possible de contenir l'accroissement des dépenses tout en améliorant les capacités de choix des utilisateurs de service et de leurs familles.

#### **4.2. L'organisation des services**

Traditionnellement, l'Etat était le fournisseur principal de l'aide (en dehors de la famille), soit directement soit à travers les organisations à but non lucratif à qui il confiait une mission de service public sous sa surveillance directe. Dans ce type de configuration, on voit que l'Etat agit comme "un tuteur" responsable de la protection des intérêts de l'utilisateur, par exemple en développant des mécanismes de régulation, des normes minimales obligatoires, et il garantit ainsi la qualité des services fournis.

Cette régulation tutélaire des services sociaux a été critiquée avec l'argument qu'elle produisait des inefficacités productives (trop de ressources utilisées), allocatives (mauvaise prise en compte des intérêts des utilisateurs) ou encore de l'injustice (Bode, Gardin et Nyssens, 2011).

Dans le but de pallier à ces inefficacités, beaucoup de pays européens ont réformé leur système de *care* conformément aux recommandations du Nouveau Management Public (Pollitt, 1986). Depuis les années 1980, des réformes ont introduit les principes de marché et des incitants au sein du secteur public, tels qu'une approche orientée sur le client ou la gestion des services et des organisations misant sur l'évaluation de résultats. Dans le secteur de la santé et de l'aide à domicile, les quasi-marchés ont été présentés comme un instrument permettant de réaliser une plus grande efficacité dans la production de services (Knapp et 1999 Wistow; Knapp, Robuste et Forder, 2001). Même si le concept n'admet pas une seule définition monolithique (Bode et al., 2011), les quasi-marchés sont caractérisés par une séparation entre les rôles de financement et de production de services (Grand, 1991). En pratique, l'Etat continue souvent à assumer le financement de services, mais il n'est plus le

seul fournisseur. D'autres fournisseurs, appartenant au secteur public ou privé, à but lucratif ou non, peuvent entrer en concurrence pour fournir le service. Dans les pays où l'Etat a joué un rôle dominant comme fournisseur, les gouvernements ont cherché à défaire les liens qui les unissaient institutionnellement à leurs départements ou à externaliser leurs activités. Ailleurs, les termes du contrat entre financeurs et fournisseurs ont été transformés de façon à ce que des fournisseurs indépendants puissent devenir candidats. Par ailleurs, les usagers de l'aide (ou leurs familles) ont été encouragés à se comporter comme des consommateurs en utilisant des transferts monétaires de l'Etat ou des titres-services pour acheter des services en fonction de leurs propres préférences. Quelle que soit l'approche en termes de régulation (tutélaire ou quasi-marchande), la concurrence entre fournisseurs est considérée comme un élément crucial pour produire une émulation à l'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation de ressources.

La forme précise des réformes récentes en termes d'organisation et de types de services a varié à travers les pays européens, conformément à des facteurs comme l'identité culturelle (par ex. en termes d'attentes quant au rôle joué par la famille), les circonstances socio-économiques, démographiques et budgétaires, les modèles historiques d'organisation d'État-providence (tradition Bismarckienne ou Anglo-saxonne) ou encore des attitudes locales envers l'utilisation de mécanismes du marché pour transformer (ou non) les services publics.

#### **4.3. L'Allemagne, la Belgique, l'Italie et le Royaume-Uni à la loupe**

Quatre Etats européens et leurs régions sont au cœur de cette recherche : la Belgique, l'Angleterre, l'Allemagne et l'Italie. Cet ensemble contient : un État-providence « libéral » (l'Angleterre); deux régimes de type continental-corporatiste bien qu'avec orientations très différentes en termes de production de bien-être - la Belgique étant beaucoup plus orientée sur la production de services que l'Allemagne; enfin, l'Italie, caractérisée comme un État-providence « familialiste » comptant surtout sur des transferts financiers. Aucun de ces pays n'est vraiment un « nouveau venu » (Burau, Theobald et le Blanc, 2006 : 2) dans le domaine du care de long terme (*long term care*) et ils ont tous entrepris des réformes majeures dans ce domaine pour répondre à des besoins liés à la dépendance en augmentation et en mutation.

#### **5. Les aspects méthodologiques du processus de recherche**

Comme mentionné plus tôt, la recherche se base théoriquement sur le concept de « régime de *care* » et examine comment ces régimes se sont transformés suite aux réformes. Tandis que le terme est de plus en plus présent dans la littérature, il reste en grande partie non stabilisé quant à sa définition et à ses dimensions. Nous mettrons en œuvre le concept de régime de *care* à travers quatre "axes" qui ont également servi de cadre pour la collecte de données :

1. Les justifications sous-jacentes aux réformes en matière de *care* : on examinera ici les discours qui ont sous-tendu les réformes à partir de documents officiels ou de la littérature grise d'acteurs de soin
2. Économie plurielle et « welfare » : on examinera les rôles changeant de l'état, du marché, du secteur tertiaire et des familles suite aux réformes
3. Performance : on analysera les systèmes d'évaluation de l'aide apportée de chaque pays
4. Contrat de genre : Il s'agira d'étudier le rôle des femmes comme aidantes, à la fois dans le *care* professionnel, familial ou informel et les conséquences possibles des réformes pour le inégalités de genre

Le projet inclut des équipes des quatre pays susmentionnés ou de leurs régions (Région flamande et Communauté Française, l'Angleterre, l'Allemagne et l'Italie) et compile des données qualitatives et quantitatives sur les régimes de *care* nationaux qui ont été discutés lors de séminaires communs aux 3<sup>ème</sup>, 12 et 20<sup>ème</sup> mois de la recherche. Chaque expert national a dressé un « portrait » de son propre régime de *care* conformément à un certain nombre de questions de recherche mutuellement acceptées. Tandis que les données utilisées pour composer ces « portraits » étaient souvent quantitatives, le processus de recherche a inclus des données qualitatives ainsi que l'interprétation (souvent fortement culturellement spécifique) de ces données. Les équipes ont alors procédé à l'analyse comparative par recouplement des caractéristiques "synthétisées" de chaque pays. Par ailleurs, chaque équipe de recherche étant pluridisciplinaire, ces analyses ont bénéficié des approches issues de l'économie et de la sociologie. A partir de là, les chercheurs se sont regroupés en binômes ou trinômes transnationaux et ont procédé à une analyse transversale des portraits selon les axes de la recherche et conformément à la méthodologie de Barbier (2002) pour dresser la carte de différences nationales mutuelles dans un cadre analytique commun.

## **6. Comment ce rapport est-il organisé ?**

Le rapport commence par un chapitre préliminaire récapitulant les mesures de politique publique telles que mises en œuvre dans l'aide à domicile depuis 1990 en Belgique, Angleterre, Allemagne et Italie. Le rapport est ensuite organisé en fonction des quatre axes mentionné plus tôt : les justifications apportées aux réformes dans l'aide à domicile, l'économie plurielle et le « welfare mix », le contrat de genre, la performance. En guise de chapitre conclusif, une analyse fera le point sur les « ruptures transnationales » en matière de dépendance de sentier dans les régimes de *care*.

## **6.1. Les justifications apportées aux réformes**

Le premier chapitre se concentre sur les justifications apportées aux réformes de *care*. Il analyse, pour chaque pays, les discours évoqués par les documents officiels et la littérature de grise des acteurs du *care*. L'objectif est de dégager les arguments récurrents dans leur variante supra-nationale (à travers la littérature de la commission européenne), nationale ou régionale.

## **6.2. Économie plurielle et *Welfare mix***

### ***La place de l'Etat***

Le chapitre 2 compare les processus nationaux de mise en oeuvre de critères d'éligibilité pour l'accès au *care* (à travers l'évaluation des besoins et des moyens). Il examine ce que les indicateurs quantitatifs révèlent de la couverture de la population et de l'intensité d'utilisation des services. De plus, l'analyse contraste les caractéristiques principales de l'aide apportée (transferts monétaires ou services en nature), l'étendue du choix de l'utilisateur, le type de service et de fournisseur et l'existence de processus systématiques pour que les individus conçoivent eux-mêmes leurs propres plans de *care*.

Le chapitre 3 cherche à répondre à la question posée par une gouvernance multi-niveau. On s'interrogera sur le lien éventuel entre cette gouvernance multi-niveau et les disparités régionales ou encore le frein à l'innovation, comme cela a été suggéré par Kazepov (2010).

### ***La place du marché***

La marchandisation est, selon la littérature, une tendance clé qui a affecté la personnalité des régimes de *care* en Europe. Le chapitre 4 examine les canaux de cette marchandisation et démontre que ce processus doit être nuancé en considérant sa nature et ses impacts différenciés dans chacun des pays étudiés. L'impact sera étudié à travers la lentille de l'évolution du *Welfare mix*. Ensuite, afin d'évaluer ses effets sur l'utilisateur, nous explorons comment fonctionne ce marché. Enfin, au vu des résultats obtenus, nous analyserons comment le processus de marchandisation affecte le coût payé par les usagers.

### ***Le *Welfare mix* à travers les arrangements individuels***

Le chapitre 5 examine la façon dont les personnes âgées dépendantes et leurs familles font face au besoin de *care* et comment elles combinent le *care* formel et informel. Le but est ici précisément d'examiner comment les arrangements de *care* varient selon des déterminants individuels et les contextes nationaux en utilisant la base de données Share.

### **6.3. Performance**

La question de la performance est de plus en plus prégnante dans le débat sur la gouvernance des services à la personne en Europe. Le chapitre 6 aborde les conséquences de l'adoption de procédures d'évaluation de la performance sur la gouvernance du secteur. L'objectif de ce chapitre est d'explorer comment les indicateurs de performance et les techniques d'évaluation sont utilisés dans les services aux personnes et d'analyser leurs utilisations différenciées suivant les contextes.

### **6.4. Contrat de genre**

Selon la littérature, les familles restent l'acteur-clé dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Les aidants familiaux – la plupart du temps des femmes en âge de travailler – représentent, de facto, un coût d'opportunité élevé pour les familles. La question se pose de savoir si les récentes réformes ont cherché à compenser ce coût élevé ou non. Le chapitre 7 traite des aspects de genre des réformes et, en particulier, se penche sur l'impact qu'elles ont eu en termes de défamilialisation.

### **6.5. Ruptures de sentier dues aux réformes nationales**

Le chapitre de conclusion (chapitre 8) examine la question de la convergence ou divergence des régimes de *care* en Europe. Il s'inspire de la « méthode ouverte de coordination » pour analyser l'influence réciproque entre les pays des différentes réformes et s'interroge sur le fait que les régimes de care épousent un sentier désormais transnational, les amenant à quitter leur dépendance historique propre..

## **7. Les principaux résultats de la recherche**

### **7.1 Les justifications des réformes**

Le Chapitre 1 vise à reconstruire les grands discours (« *rationales* ») sous-jacents aux réformes qui émergent des conceptions programmatiques ou idiomes utilisés dans les débats politiques dans le champ de la prise en charge des personnes âgées (Bussemaker, 1998: 72). Les justifications des réformes, critiquant ou encourageant les transformations qui ont eu lieu, sont intéressantes pour contextualiser la base sur laquelle les décisions sont prises et pour les replacer dans le cadre d'orientations politiques plus globales. Elles permettent de mettre en évidence les choix qui ont été faits à un moment particulier et donnent des indices sur ce que les différents acteurs considèrent comme étant les meilleures solutions à la prise en charge de la dépendance.

Dans ce chapitre, nous présentons les principales justifications qui sont avancées en Flandre, en Wallonie, en Angleterre, en Allemagne et en Italie à travers l'étude d'une série de documents officiels ainsi que de la littérature grise des 10 dernières années. Si généralement, ces justifications précèdent ou accompagnent les réformes, elles peuvent être considérées, dans une certaine mesure, comme étant encore "actives" et donc influençant la préparation de nouvelles transformations dans le champ du *care*.

Nous nous concentrons particulièrement sur les arguments avancés en faveur de réformes (« pourquoi ? »); sur la façon dont ces réformes ont été opérationnalisées (« comment ? »); sur la façon dont les questions normatives ont été traitées (« normes et valeurs »), et, finalement sur les modes de prise en charge de la dépendance les plus valorisés (« la meilleure solution »). Sur le « pourquoi » des réformes, l'analyse montre que le vieillissement de la population est une préoccupation centrale dans tous les pays. Sans surprise, le nombre croissant de personnes âgées a été et est toujours l'argument central qui sous-tend les réformes. Le chapitre expose, ensuite, les voies qui ont été choisies pour réformer (« comment ») soit: la plus grande autonomie de l'utilisateur (une priorité majeure en Angleterre, mais ailleurs comprise principalement comme « un meilleur accès à l'information »); la diversification des formes de la prise en charge de la dépendance (comprise comme l'implication d'une diversité d'acteurs et en particulier un plus grand rôle pour le marché en Allemagne et en Angleterre, et pour la famille en Italie et en Belgique) et, enfin, l'obtention d'un « meilleur rapport qualité/prix » (un argument dominant en Angleterre).

Ces arguments sont évidemment liés à l'influence dominante de la doctrine du Nouveau Management Public qui a durablement influencé les politiques publiques en introduisant des indicateurs d'efficacité et de performance comme principaux moteurs de l'action sociale. Cependant, nous montrons, dans ce chapitre, que ces éléments sont interprétés différemment d'un pays à l'autre et donc d'une culture de la prise en charge à une autre, et que les valeurs qui sous-tendent l'État-providence - comme la justice ou l'égalité d'accès - demeurent d'une importance certaine. Enfin, nous passons en revue les données empiriques pour mettre en évidence quels sont les rôles assignés aux familles, à l'informel et aux professionnels dans la conception de la prise en charge optimale de la dépendance.

## **7.2. Variations dans le ciblage de l'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes à travers l'Europe**

Le chapitre 2 examine l'évolution récente des politiques qui soutiennent l'aide à domicile, ainsi que leur place par rapport à d'autres types d'appui (en y incluant les transferts monétaires liés à la dépendance) afin de fournir un tableau aussi complet que possible. Le chapitre compare les processus d'éligibilité (en termes d'évaluation des besoins et des revenus) et leurs implications en termes de couverture de la population et d'intensité de la prestation de services. En outre, l'analyse compare les principales caractéristiques de l'aide:

en espèces ou en nature, le degré de liberté du choix dans le chef de l'utilisateur quant au type de service et de prestataire, et la mise en place concertée d'un plan d'aide.

Le chapitre montre des variations très importantes dans la dépense publique moyenne par personne âgée dans les quatre pays étudiés. Ces différences sont observées aussi bien en termes de niveaux des dépenses que de types de soutien («en nature» ou en espèce, et résidentiel et à domicile). Dans l'ensemble, les dépenses par habitant dans les deux régions belges dépassent de loin les niveaux de dépenses dans les trois autres pays considérés. Dans une large mesure, ces différences peuvent être attribuées au fait que la dépense publique par habitant pour les services résidentiels est très élevée en Belgique.

Si on laisse ces derniers hors de l'analyse, on peut se concentrer sur le soutien à l'aide à domicile via les prestations en nature et les transferts monétaires. Le niveau moyen de dépense par personne âgée est le plus élevé en Flandres et en Angleterre, avec la même proportion entre prestation en nature et transfert monétaire dans ces deux pays. Cette proportion est similaire en Wallonie cependant avec un niveau inférieur moyen de dépense.

En Italie, l'argent public est principalement consacré à des transferts monétaires. Parmi les quatre pays examinés, l'Italie présente les niveaux les plus bas de dépenses en prestations de service. Cependant, contrastant avec la situation en Allemagne, dans le cas de l'Italie, le niveau limité des dépenses en prestation en nature à domicile ne s'explique pas par un effet de «substitution» lié à un niveau élevé de services résidentiels. L'Italie apparaît comme le pays qui consacre le moins d'argent public en prestation de services, tous services en nature confondus (résidentiels et non résidentiels) aux personnes âgées dépendantes. Enfin, l'Allemagne apparaît comme le pays le moins généreux si on globalise transferts monétaires et services en nature. Ceci est particulièrement surprenant étant donné que l'analyse de ce pays comprend les soins infirmiers à domicile, un service qui n'est pas inclus dans l'évaluation des autres pays.

L'analyse comparative permet également de comparer la sélectivité et la couverture des programmes existants. En Allemagne, la couverture est limitée à une proportion relativement faible de la population âgée, tout comme pour l'Angleterre pour les prestations de services gérées au niveau local. Par contre, les transferts monétaires émanant de la sécurité sociale en Angleterre couvrent une proportion beaucoup plus grande de la population âgée tout comme les transferts monétaires en Italie, même si le niveau moyen est significativement plus faible dans ce dernier cas.

En Angleterre, en Italie et en Allemagne, les prestations de service, organisées localement et dont l'accès est conditionnel à un niveau de revenu, ont tendance à cibler une proportion relativement faible de la population, mais à fournir des niveaux plus intensifs de services que les dans les régimes où la sélectivité est moins importante. Dans ce type de logique, les

services sont ciblés sur les personnes dont les besoins sont les plus élevés et les revenus les plus faibles. Toutefois, ce n'est pas le cas en Belgique, qui a le taux le plus élevé de couverture pour les prestations de services. Par rapport à l'Angleterre, plus de gens reçoivent des services, mais avec une moindre intensité.

Globalement, l'analyse identifie des variations importantes dans les programmes publics entre les pays en termes de type de support et de leur intensité. Ces différences semblent être liées à des facteurs culturels, tels que les variations dans le rôle attendu de la famille et de l'Etat, et à des différences dans les objectifs assignés aux programmes de prise en charge de la dépendance.

### **7.3. La gouvernance multi-niveaux de l'aide à domicile induit-elle des disparités régionales et entrave-t-elle l'innovation?**

Dans tous les pays que nous avons analysés, la politique de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées repose sur deux piliers: les transferts monétaires et les prestations de services. Ces instruments ont tendance à être mis en œuvre à différents niveaux de pouvoir: les transferts monétaires au niveau national et les prestations de services au niveau régional. Certains auteurs considèrent la décentralisation de certaines compétences comme une stratégie délibérée de limitation du développement de l'infrastructure des services d'aide à domicile puisque seules les régions à revenu élevé seraient en mesure de garantir un niveau élevé des services. Ainsi, la thèse principale de Kazepov (2010: 282-283) est que les variations régionales et plus particulièrement l'inégalité entre les territoires seraient la conséquence de la décentralisation et de l'autonomie croissante des régions, en particulier lorsque l'État central n'a plus un large mandat ou le pouvoir de légiférer dans le domaine des services. Il fait valoir que cet argument est particulièrement pertinent dans un contexte d'austérité budgétaire où le processus de décentralisation pourrait conduire à un ciblage plus serré afin de contenir les dépenses publiques.

Notre analyse empirique confirme que des différences existent entre régions non seulement pour des services organisés localement mais aussi pour des transferts monétaires pourtant organisés au niveau national. Cependant, aucune de ces différences n'apparaît être liée à des niveaux de revenu différents entre régions, mais bien à d'autres phénomènes. La seule exception est l'Italie, où les grands écarts de revenus entre régions sont significativement corrélés à des différences entre prestations de service. La thèse Kazepov semble donc être contestable et partielle. Nos analyses montrent que la décentralisation dans l'organisation des services n'est généralement pas la cause de la faible couverture, voire d'un manque d'innovation.

Le degré d'innovation dans les politiques de l'aide à domicile ne semble pas déterminé par la plus ou moins grande décentralisation des compétences mais bien plus par les orientations



fondamentales de l'Etat social. La Belgique et l'Angleterre ont une politique relativement plus orientée vers la prestation des services et ont développé des innovations importantes dans la dernière décennie (au niveau national dans les deux pays et au niveau régional en Belgique). L'Allemagne et l'Italie plus orientées vers des transferts monétaires, ont présenté moins d'innovation au niveau national, mais certaines innovations au niveau régional. Dans ces deux pays, les innovations se situent plus dans le système (para)-médical que dans l'aide à domicile non (para)-médical. L'innovation est donc plus une caractéristique du type régime de *care* que de la répartition des compétences entre les niveaux nationaux et régionaux.

Dans l'ensemble, la gouvernance multi-niveaux dans l'aide à domicile implique parfois des structures administratives et des processus complexes de mise en œuvre, mais ne semble pas avoir une influence déterminante sur le degré d'innovation ou sur le niveau de prestations (sauf en Italie). Le type du régime de *care* et d'État social semble avoir plus d'impact que le type de gouvernance plus ou moins décentralisé.

#### **7,4. Le processus de marchandisation de l'aide à domicile**

Différentes réformes introduisant une logique marchande se sont déployées dans le secteur de l'aide à domicile. Nous posons l'hypothèse que l'interaction entre ces réformes et la «dépendance de sentier» («*path dependency*») affecte différemment le processus de marchandisation. La marchandisation peut être activée par deux canaux différents: (1) un lien direct entre l'état et le marché, via la sous-traitance et en assouplissant les normes qui limitent la place du secteur à but lucratif et (2) un lien direct entre ce qui est payé par l'utilisateur et / ou la famille, soit par le biais du «reste à charge» ou par le prix lorsque le service est directement acheté sur le marché régulier ou irrégulier, sommes qui peuvent être (partiellement) solvabilisées par des transferts monétaires issus des politiques publiques ou des crédits d'impôt.

Premièrement, nous examinons l'impact de la marchandisation à travers le prisme de la diversité des acteurs dans la prestation de service: pouvoirs publics, secteur associatif, entreprises à but lucratif, aidants directement employés par les familles, aidants familiaux. En résumé, en Allemagne et en Angleterre, le secteur à but lucratif a augmenté sa part de marché ces 10 dernières années. En Belgique, cependant, la croissance du secteur à but lucratif a été limitée au marché du titre-service dans la mesure où les services sociaux à domicile aux personnes dépendantes sont interdits d'accès au secteur privé à but lucratif. En Italie, les mesures qui ont incité la régularisation des travailleuses dans le domaine des services aux personnes, ont favorisé une certaine expansion du tiers-secteur (les coopératives sociales) qui ont pu bénéficier du système d'accréditation. L'emploi direct s'est déployé de manière très importante en Italie et en Allemagne, principalement dans le marché irrégulier en Italie.

Ensuite, afin d'évaluer les effets de la marchandisation sur l'utilisateur, nous avons étudié comment le «marché» fonctionne: le type de régulation, le rôle de la concurrence dans la

fixation des prix et de la qualité tant sur le marché des services que sur le marché du travail (y compris le marché irrégulier). Pour les services réglementés par l'Etat, la concurrence par les prix est très limitée, ces prix étant généralement fixés par des normes. Les prestataires de service ont, par conséquent, exploiter d'autres espaces de concurrence: la diversification des services en étendant leur offre à des services non encadrés par des politiques publiques, la pression sur les coûts de production et en particulier sur les coûts du travail.

Enfin, compte tenu de ces caractéristiques, nous analysons la façon dont le processus de marchandisation se répercute sur le coût payé par les utilisateurs. Lorsque l'on regarde les dépenses des ménages dans l'aide à domicile, nous concluons que le « reste à charge » n'a pas augmenté au cours des dernières années. Cependant, les ressources financières publiques n'ont pas suivi la croissance des besoins, ce qui a conduit un nombre croissant de familles à avoir recours au marché privé non régulé par l'Etat. En outre, avec la croissance des politiques basées sur des transferts monétaires (« cash for care »), les usagers ont été encouragés à exercer leur capacité de choix sur ce marché des services. Dans ce segment du marché non régulé par l'Etat, les prestataires ont la liberté de fixer les prix. Dans certains cas, le coût du travail a été réduit grâce à des systèmes de titre-services (Belgique) ou de réduction des cotisations sociales payées par l'utilisateur (Allemagne, Italie). Face à la hausse des prix, de plus en plus de familles se tournent vers le marché irrégulier pour acheter des services qui ne sont pas couverts l'offre publique.

### **7.5. Care formel et informel pour les personnes âgées dépendantes : analyse à partir de la base de données SHARE**

La littérature comparative sur les régimes de *care* a montré que l'organisation de la prise en charge de la dépendance varie considérablement d'un pays à l'autre. Chaque pays se caractérise par des modes différenciés de financement des services et par des types spécifiques de prestataire. Les chapitres précédents de ce rapport ont mis en évidence les niveaux des dépenses publiques dans le champ du *care* ainsi que les principes d'organisation et les taux de couverture en Belgique, en Angleterre, en Italie et en Allemagne, puis ont donné un aperçu des parts de marché de chaque type de prestataire. Dans ce chapitre, une analyse micro du *Welfare mix* est présentée qui améliore à la fois la caractérisation et la compréhension des régimes de *care* après les réformes des années 1990.

L'objectif de ce chapitre vise à examiner les modalités de prise en charge de la dépendance au niveau des familles. Si les chapitres précédents adoptaient un niveau macro, nous situons notre analyse à un niveau micro en explorant les modalités de la prise en charge construisant un indicateur synthétique et analysant ses déterminants. La question au centre de notre analyse est de voir s'il existe des différences significatives entre les pays concernant les modalités de prise en charge, telles que celles constatées au niveau macro.

La première section donne une assise théorique aux modalités de la prise en charge. Sur la base de l'approche de Karl Polanyi (1944) qui identifie différents principes socio-économiques, les modalités de prise en charge sont présentées en fonction du type de ressources qu'elles mobilisent, ressources monétaires et non monétaires. Les différents prestataires sont appréhendés en fonction des logiques socio-économiques mobilisées (la redistribution, la réciprocité, l'administration domestique et, enfin, le marché).

Nous présentons ensuite la méthodologie en vue de transférer ces différentes catégories dans des variables proxy, et expliquons comment nous avons construit ces variables ainsi que l'échantillon sur base de l'enquête sur les données sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE). Notre approche méthodologique s'inspire de Geerts (2009) qui traite de l'utilisation des services formels et informels par les personnes âgées. Son objectif, similaire au nôtre, était de tester les différences entre les pays dans l'utilisation des services ainsi que d'analyser quels étaient les principaux déterminants de cette utilisation. Nous actualisons son analyse en utilisant la vague Share 2006.

Malgré certaines limites méthodologiques, nous montrons que les différences entre pays au niveau des politiques publiques se reflètent au niveau micro dans le recours par les familles aux services formels et informels. Les déterminants individuels (âge, conditions de vie et niveau de difficultés rencontrées dans la vie quotidienne) s'avèrent également significatifs. Le sexe, au contraire, ne semble pas jouer un rôle significatif. Les résultats obtenus par la régression multinomiale sont cohérents avec les principales caractéristiques des régimes de *care* qui ont été étudiées. La plupart des hypothèses qui ont découlé de l'information au niveau macro sont validées. Les politiques publiques qui définissent les contours des modalités de la prise en charge dans chaque pays sont mentionnées tout au long du chapitre.

## **7.6. Variations dans l'usage des indicateurs de performance: le degré de marchandisation importe**

L'évaluation de la performance joue un rôle croissant dans la gouvernance des services à domicile en Europe. Idéalement, l'évaluation de la qualité du service devrait appréhender l'impact de ces services sur les différents acteurs impliqués : l'utilisateur, les travailleurs de première ligne, les gestionnaires des services...

Les indicateurs de résultats sont des indicateurs de l'impact final du service, tels que l'amélioration du bien-être des usagers et des travailleurs. Il s'agit de convertir les inputs en résultats, et non seulement en indicateurs de volume d'activité (comme le volume d'heures de services à domicile ou le nombre d'utilisateurs), qui est au centre de l'évaluation des performances. Mais le problème le plus difficile à appréhender dans la construction des indicateurs de résultat est la difficulté d'isoler l'effet « service » dans la mesure où de nombreux autres facteurs influencent le résultat.

En dépassant ces difficultés techniques, nous démontrons comment des variations entre pays en ce qui concerne la performance peuvent être interprétées comme des réponses aux contextes politiques et structures de chaque système individuel.

Là où la prestation est organisée selon un modèle tutélaire (comme dans le cas de l'aide à domicile en Belgique), il y a des relations proches et de long-terme entre l'administration publique et les prestataires. Il n'y a pas de système de *benchmarking* et l'évaluation de la performance se concentre sur les résultats intermédiaires. Les prestataires ont une obligation de moyens plutôt qu'une obligation de résultats, c'est à dire que pour être agréés ils doivent respecter certains standards d'input.

La marchandisation a créé une véritable justification en faveur de formes particulières d'évaluation. Là où les quasi-marchés sont présents, les relations sont susceptibles d'être de plus courte durée, davantage tournées vers la relation avec un « client » et moins sur la confiance. Dans cette situation, les acheteurs ont moins de mécanismes de contrôle. Donc, une certaine forme de supervision est nécessaire pour collecter des données à propos des opérations des prestataires à des fins de garantie de qualité et de contrôle sur les dépenses publiques. Dans les pays où la logique de marché existe, et dans les contextes d'un rôle croissant de prestataires à domicile indépendants, la collecte et l'utilisation d'indicateurs de la performance des services pourrait être cruciales pour le fonctionnement du marché afin d'aider à résoudre des problèmes d'information incomplète ou asymétrique. Des questions importantes restent en suspens cependant. Premièrement, on peut s'interroger jusqu'à quel point les cadres d'évaluation de la performance sont susceptibles de capturer l'ensemble complexe de facteurs qui contribuent à la qualité et à la bonne performance d'un service dans le cadre de l'aide à domicile. Deuxièmement, comment les différentes approches de l'évaluation de la performance peuvent-elles de fait contribuer à un choix éclairé de l'utilisateur et améliorer l'efficacité du marché ?

En raison de ces difficultés et des différents degrés de marchandisation des systèmes nationaux, nous constatons que la performance n'est pas toujours mesurée en regardant les résultats. Les processus et les indicateurs structurels de qualité sont encore en usage dans les pays étudiés, même s'ils ne permettent qu'une vision limitée de la performance.

### **7.7. Analyse des aspects genrés des réformes : des mondes pluriels de la défamilialisation ?**

Les aidants proches sont historiquement les principaux acteurs de l'aide à domicile et ils ont été affectés, directement ou indirectement, par les réformes de l'aide à domicile. En termes d'effets individuels, les recherches effectuées sur les aidantes montrent que les transferts monétaires effectués en échange de l'aide et du soin peuvent donner lieu au renforcement du

sentiment d'obligation ou au contraire, sont perçus comme une récompense ou de l'échange réciproitaire. L'objectif du chapitre 7 est d'étudier les conséquences genrées des réformes entreprises en Belgique, Royaume Uni, Allemagne et Italie . La littérature qui questionne les aspects de genre des Etats Providence et de son action a souvent recours au concept de défamilialisation qui cible le potentiel émancipateur pour les femmes et les hommes en tant qu'aidant-e-s par rapport aux obligations familiales des politiques sociales, en particulier en termes d'autonomie financière, à travers l'emploi et les transferts monétaires. La façon dont les régimes de *care* défamilialisent (ou non) peut aussi être examinée du point de vue des personnes aidées et du point de vue des professionnelles du *care*. Tandis que ce potentiel défamilialisant des politiques sociales a été examiné abondamment du point de vue des proches familiaux, elle l'a beaucoup moins été pour les professionnel-le-s et pour les personnes aidées. Pour ces derniers, les enjeux de l'autonomie vis-à-vis de la famille sont également présents : les transferts monétaires qui leur sont payés donnent la possibilité de choisir (pour des professionnels plutôt que pour des parents proches par exemple), de dépendre moins du bon vouloir de la famille ou, si l'aide professionnelle n'est pas accessible, de pouvoir entrer dans une forme de réciprocité par l'échange monétaire. Du point de vue des professionnel-le-s, les enjeux sont principalement liés au fait d'exercer un travail dans le secteur du *care* qui garantisse un « standard de vie socialement acceptable ».

Dans ce chapitre, nous examinerons ce triple aspect des effets des réformes en termes de défamilialisation. Ces effets sont interprétables uniquement si l'on prend en considération les contextes nationaux spécifiques. Après une brève présentation de ces contextes, nous verrons en quoi les effets défamilialisants ne peuvent être considérés comme uniformes entre et au sein de chaque pays. Nous distinguerons entre défamilialisation faible (ou forte) pour les aidant-e-s professionnel-le-s avec des conditions de travail précaires (ou acceptables) défamilialisation faible (ou forte) pour les personnes aidées qui ont besoin de services abordables mais forte (ou faible) défamilialisation pour les familles qui bénéficient de possibilités d'externaliser leurs « devoirs » de *care*. Ces différents éléments contribuent à former « des mondes composites » de la défamilialisation.

Nous donnerons dans un premier temps certaines informations sur le contexte des réformes car il n'est pas possible de comprendre l'étendue des transformations qu'elles ont opérées dans les systèmes de *care* sans établir certaines des tendances du « contrat de genre » à l'œuvre dans les pays étudiés. Dans un deuxième temps, nous examinerons les mesures encourageant l'aidant familial et la possibilité qu'il-elle a d'être remplacé-e par de l'aide formelle ou rémunérée. Ensuite, nous examinerons l'aide professionnelle et les conditions dans lesquelles son travail s'exerce, afin de voir si des « niveaux acceptables de vie » sont possibles. Enfin, nous présenterons brièvement la perspective de la personne aidée ainsi que des conclusions par pays afin d'identifier les différents mondes de la défamilialisation qui y sont identifiés.

## 7.8. Assiste-t-on à une rupture de sentier des régimes nationaux ?

Durant la période de 1980 à 2010 et dans tout le monde occidental, on a assisté à la diffusion d'un discours pro-marché dans l'ensemble des institutions organisant le secteur de l'aide à domicile, y compris dans des pays considéré par la littérature comparative comme étant « Méditerranéens familialistes » ou « conservateurs ». Le chapitre 8 démontre que le processus de marchandisation en tant que tel est enraciné d'abord dans les Etats Providence libéraux (ex : Le Royaume-Uni) mais qu'il s'est progressivement diffusé dans d'autres contextes nationaux. Pourtant, l'approche et le développement pro-marché s'est produit de façon spécifique dans chaque pays et parfois même, dans chaque région. Par ailleurs, d'autres facteurs entrent en jeu en ce qui concerne le développement des régimes de care et la façon dont la marchandisation s'est diffusée. Ainsi, on relèvera l'influence de la structure professionnelle, du rôle et de l'importance du tiers secteur et des normes sociales en ce qui concerne la famille. L'interaction de ces facteurs d'un côté et les « idées pro-marché » de l'autre ont apporté différentes configurations en ce qui concerne le rôle du care formel et informel ou encore de la variété des acteurs présents (par exemple en Allemagne, l'offre de services professionnels marchands s'impose comme une norme centrale tandis que le tiers secteur ou la famille restent la pierre angulaire du système). De même, une marchandisation « encadrée » peut se produire en même temps qu'une plus grande standardisation ou une plus grande fragmentation (en Allemagne, le care « taylorisé » devient un standard alors qu'en Grande Bretagne, un turnover important caractérise à la fois la main d'œuvre et le recours, de la part des usagers, aux services de *care*).

L'analyse effectuée dans le dernier chapitre analyse la dynamique en cours à travers une approche comparative. L'argument central est que pour comparer des changements qui surviennent au niveau des Etats-Providence, une approche fine est nécessaire, qui dépasse l'analyse macro-institutionnelle ou l'approche en termes de regroupements de pays. Au contraire, il est nécessaire d'appliquer une méthodologie sensible aux contextes professionnels, culturels, organisationnels et institutionnels afin de rendre compte d'éventuelles convergences ou dépendances continues de sentier. Des observations qui furent faites durant la recherche et eu égard aux approches des équipes nationales, nous postulons que la démarche comparative fonctionne mieux lorsque les chercheurs échangent à la fois des données formelles mais également des informations de contextes sur les cadres culturels et institutionnels. Nous avons nommé ce processus comparatif « une méthode ouverte de comparaison ». Cette méthode ouverte (un terme inspiré de la méthode de gouvernance appliquée au niveau européen) est considérée comme donnant une vision complète des régimes de care dans une perspective internationale.

## 8. Conclusions générales

L'investissement des Etats dans le secteur du « *care* de longue durée » (*long-term care*) est effectivement relativement faible si on le compare aux dépenses en matière de soins de santé ou de retraites (Rodrigues et Schmitt, 2010 : 4). Ce secteur reste toutefois marqué, depuis 20 ans, par des réformes étendues, et par un financement public qui se maintient, avec, comme le soulignent Daly et Lewis (2000 : 295), des « *prestations autour du care, en particulier les prestations de type monétaires, [qui] sont une des rares zones où l'on constate une expansion de l'Etat social* ».

Dans ce contexte de développement des politiques publiques, le présent rapport montre qu'il existe une palette large d'options permettant de soutenir le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, dont la variation dépend des objectifs assignés aux programmes publics : dans certains cas, l'Etat se limite à offrir un simple filet de sécurité aux familles, dans d'autres, il visera à permettre aux personnes de rester à leur domicile le plus longtemps possible, et dans d'autres situations encore, c'est l'augmentation quantitative de la force de travail dans le secteur du *care* qui sera promue. Et, outre cette variabilité des objectifs, le rapport indique également qu'il existe des différences dans les mises en oeuvre concrètes des programmes, dans la mesure où ces derniers doivent s'articuler avec des valeurs culturelles propres aux contextes, en particulier en matière d'attentes sociales par rapport au rôle des familles.

L'approche développée dans le rapport prend donc en considération la question du changement au sein des Etats providence (Andersen, 2007), et à cet égard, les quatre pays analysés (Belgique, Angleterre, Italie, Allemagne) ont bien réorganisé leur secteur du *care* à domicile sur les vingt dernières années, à la fois en termes de *direction* (ex. : vers plus de marchandisation), de *degré* de changement (l'impact est plus fort dans certains pays que dans d'autres), de *rythme* (i.e. plus ou moins accéléré), et de *niveau* de changement (dans certains pays c'est la culture même du *care* qui est modifiée).

Le rapport, prenant une optique d'analyse des politiques sociales, vise alors à répondre à une question principale, à savoir, dans quelle mesure les régimes de *care* contribuent au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, ou, autrement dit, quels sont les résultats effectifs des transformations à l'oeuvre. Cette question peut elle-même être scindée en trois sous-questions.

### **8.1. Est-ce que les différents régimes de *care* favorisent à une fourniture plus universelle de services de soins à domicile ?**

Les niveaux de dépenses publiques dans le domaine varient d'un pays à l'autre. Des systèmes nationaux étudiés, la Belgique est celui qui a le plus encouragé des services « en nature » pour le support aux personnes dépendantes (à la fois soins à la personne et aide domestique). Ces services sont accessibles par une large part de la population. Les revenus monétaires distribués par le système national de sécurité sociale sont quant à eux compris comme des formes d'allocations ciblant les personnes dont les besoins sont les plus grands (du point de vue financier et de dépendance).

L'Angleterre se caractérise par un système de services « en nature », géré au niveau local et *means tested* (i.e. cible la clientèle selon les revenus), qui est le reflet des principes de l'aide sociale aux pauvres propre à ce pays (*Poor Law*). Il se combine avec un système universel d'allocations monétaires (faisant partie de la sécurité sociale). Les services « en nature » sont limités aux personnes âgées dont les besoins sont les plus forts et qui ne disposant que de très faibles ressources financières. Pour ce segment de la population, l'aide octroyée reste relativement généreuse, et se concentre sur les soins à la personnes (et non sur l'aide domestique). Néanmoins le nombre d'usagers pour lesquels le niveau d'aide est important tend à diminuer ces dernières années, et de plus en plus de personnes se retrouvent à l'extérieur du système public. La croissance que connaissent actuellement les budgets personnalisés va alors peut être entraîner la transition de ce système anglais des services « en nature » vers des allocations monétaires gérées au niveau local. Cela déboucherait à son tour à un rôle accru que devraient jouer les familles dans le *care*, ou bien les assistant-e-s personnel-le-s recruté-e-s par celles-ci.

En Italie, l'offre « en nature » est quasiment inexistante, alors que les niveaux d'aides monétaires distribuées via le système national de santé sont équivalents à ce que l'Angleterre finance en allocations en *cash*. De façon globale, les niveaux d'investissement publics dans le domaine du *care* sont les plus faibles des quatre pays considérés, ce qui a entraîné une transition du système italien, basé sur le *care* familial non rémunéré, vers un modèle reposant sur le *care* informel rémunéré, assuré le plus souvent par des migrantes.

Tout comme en Italie, la fourniture des prestations formelles est très limitée en Allemagne. Le système allemand repose ainsi largement sur le travail des aidant-e-s informel-le-s. Le faible niveau d'investissements publics dans le domaine semble également refléter les attentes culturelles propres à ce pays en ce qui concerne le rôle des membres de la famille en matière d'aide aux personnes dépendantes. Ces dernières années, le nombre de bénéficiaires de l'Assurance pour les soins de longue durée a augmenté légèrement, mais les montants alloués aux familles ont eu plutôt tendance à diminuer.



Toujours en Allemagne, alors que les injonctions publiques de co-financement par les usagers n'ont pas forcément augmenté sur la période, il apparaît que les investissements publics n'ont pas non plus suivi la courbe de la croissance des besoins de *care* à domicile de la population. Deux options sont alors possibles pour les familles allemandes : soit les personnes dépendantes tournent de plus en plus sur l'aide informelle fournie par les familles, soit elles s'orientent vers le marché privé du *care*, constitué le plus souvent par de l'emploi irrégulier. Les usagers les plus pauvres auront recours plus fortement à l'aide informelle, alors que les plus riches auront tendance à se tourner vers le *care* privé irrégulier.

## **8.2. Est-ce que les régimes de *care* favorisent un bon « retour sur investissement public » ?**

L'évaluation de la performance joue un rôle croissant dans la gouvernance des soins à domicile en Europe, mais il n'est pas possible de rendre compte de cette performance sans prendre en considération la qualité du service rendu : pour que la performance d'un service soit bonne, il faut qu'il fournisse le service de façon non seulement efficiente, mais aussi, lorsqu'il s'agit d'un service public, de manière équitable en termes d'accès. L'introduction de mesures et de standards explicites de performance caractérise la nouvelle forme d'administration publique plus connue sous le terme de Nouveau Management Public.

L'Angleterre et l'Allemagne, où les quasi-marchés sont relativement développés (avec une possibilité accrue de choix pour les usagers et une compétition importante entre les prestataires), manifestent une utilisation importante des inspections, avec un accent fort mis sur l'évaluation des résultats effectifs. En outre, dans ces deux pays, le public peut librement accéder aux informations relatives à la qualité, et cette information est conçue comme un moyen d'accroître les possibilités de choix exercées par les usagers. A l'opposée, alors que le *care* formel est délivré en Italie par le biais des quasi-marchés, on constate une action réduite des inspections, dont le travail, limité à la phase de l'accréditation, se concentre uniquement sur les *inputs*. Le développement réduit du *care* formel en Italie est un élément d'explication de cette différence avec les deux autres pays.

La comparaison des systèmes d'évaluation de la performance débouche toutefois sur deux grands types d'interrogations. En premier lieu, en quoi les cadre d'évaluation de la performance, en particulier ceux qui sont basés sur des processus fortement standardisés, peuvent-ils capturer complètement la palette large des facteurs qui contribuent à la définition d'une bonne qualité et d'une bonne performance de service dans le secteur du *care* à domicile ? En second lieu, dans quelle mesure les différentes approches de l'évaluation de la performance permettent-elles d'une part aux usagers d'exercer un « choix informé » et d'autre part au marché d'être plus efficient ? La complexité de la réponse à ces questions et les niveaux variables de marchandisation des systèmes expliquent pourquoi la performance n'est

pas toujours mesurée en regardant les résultats effectifs (*outcomes*). Les indicateurs relatifs à la qualité des processus et des structures sont encore utilisés dans les différents pays (et en particulier en Belgique) malgré le fait qu'ils ne fournissent qu'une image limitée de la performance du système dans son ensemble.

### **8.3. Est-ce que les différents régimes de *care* améliorent la qualité du *care* et de l'emploi ?**

Le niveau politique joue un rôle important dans la façon dont les débats relatifs à la qualité sont pensés dans chaque pays. En Belgique et en Italie, ces derniers se concentrent sur la force de travail, qui est, pour le cas de l'Italie, en grande partie composée de migrantes en situation irrégulière. En Belgique, étant donné le nombre élevé de personnes aidées par les services formels, et la taille relativement importante du secteur d'activité qui en résulte, la question du *welfare* et du bien-être de la force de travail recèle un poids politique significatif. Au contraire, en Angleterre et en Allemagne, les débats, qui se concentrent sur l'usager du service, sont moins politisés, et visent avant tout à répondre à l'organisation d'un marché d'abord à servir les usagers, plutôt que les personnels qui travaillent dans les services.

Dans les quatre pays, l'introduction des principes du marché dans le secteur du *care* à domicile n'a pas débouché sur une compétition sur le prix entre les participants au marché, que ce soit à cause des barrières légales réglementant l'entrée sur le marché, ou du fait du contrôle public des prix des services. Là où les financements (subsidés ou co-financements publics couvrant le prix du service) ont été fixés à des niveaux trop bas, la pression exercée sur les marges s'est répercutée sur les salaires et sur les conditions de travail (débouchant sur des bas salaires et des mauvaises conditions de travail), et parfois, aussi, sur la qualité du service rendu.

Dans les pays considérés, la plupart des politiques publiques dont l'objectif était de garantir la qualité du service de *care*, et des conditions de travail de *care*, se sont focalisées sur les prestataires privés. Cependant on constate des variations en termes de résultats de ces politiques. En Italie, l'objectif d'homogénéité des services rendus, et celui de garantir un niveau de service minimal, sont loin d'être rencontrés. La mise en place des politiques publiques de *care* est laissée au bon vouloir des régions, avec, en conséquence, de larges disparités géographiques en termes de droits individuels et de services proposés à la population. Inversement, en Allemagne, l'Assurance pour les soins de longue durée, en prenant appui sur les savoirs théoriques en matière de science infirmière, a défini clairement des orientations en matière de standards de qualité, et a posé ces principes comme une pré-condition à la fourniture de prestations de *care*. De ce fait, les prestataires doivent développer un système de management de la qualité afin de répondre aux standards nationaux. Toutefois, dans les faits, la pression financière réduit la portée de ces orientations. L'effort que doivent fournir les prestataires privés pour réduire les coûts de service les a conduit à recourir une

proportion de main d'oeuvre sous-qualifiée ou non-formée qui dépasse le taux de 50 % de personnels qualifiés par établissement (requis par la loi).

Ces arbitrages entre le contrôle des coûts et le maintien de la qualité du service de *care* (et du travail de *care*) semblent encore plus menaçants en Angleterre. La régulation du contrôle de la qualité coexiste avec un niveau élevé de compétition entre prestataires. En théorie cette compétition vise à garder une forte effectivité du prix/coût du service, mais en pratique on constate un fort turn-over, que ce soit chez les prestataires comme chez les personnels qui travaillent auprès de ces prestataires. Les études empiriques réalisées montrent que les conditions de travail dans le secteur sont mauvaises et que les prestataires rencontrent des difficultés pour remplacer les places vacantes.

En Belgique, cette effectivité prix/coût ne semble pas être une priorité, alors que la qualité est régulée par un *monitoring* strict de l'ensemble des conditions (très détaillées) que les prestataires doivent respecter (selon les dispositions réglementaires). Toutefois, c'est dans les faits un système dual qui prévaut, avec d'un côté un processus extrêmement long et progressif d'accréditation de prestataires fortement stables sur le marché, et, de l'autre, des règles très légères d'accréditation pour les nouveaux acteurs souhaitant entrer dans le secteur de l'aide domestique des titres-services.

Au final, le rapport démontre que la compétition a eu un impact fort sur les parties du marché du *care* à domicile qui ne sont pas régulées par l'Etat. Le faible niveau de services « en nature » régulés par l'Etat d'une part, et l'utilisation accrue des allocations monétaires d'autre part, ont induit que les usagers des services ont été de plus en plus encouragés à agir comme des consommateurs devant exercer un choix sur un marché du *care* à domicile. La compétition entre les prestataires s'est principalement matérialisée sous la forme, d'une part, d'une diversification accrue des services qui sont garantis ou régulés par l'entité publique, et, d'autre part, de la naissance de nouveaux services qui ne sont, quant à eux, pas régulés publiquement. Dans ce dernier segment du marché, la liberté qu'ont les prestataires à fixer le prix du service s'est conjuguée avec les difficultés plus grandes rencontrées par les familles en termes de ressources. Dans certains cas, le coût du travail a été réduit par l'introduction d'un système de chèques-services (Belgique), ou la réduction des contributions sociales pesant sur les employeurs (Allemagne, Italie). Confrontées à des prix plus importants, un nombre croissant de familles se sont dirigées vers l'offre des services non déclarés, afin d'acheter des prestations (souvent de l'aide domestique de base) à un prix plus bas, mais non couvertes par l'entité publique. La qualité du *care* et de l'emploi restent des questions non résolues et des enjeux clés de ces marchés non régulés.