



HAL
open science

Chapitre 2. Médico-social : les mots pour le dire à l'échelle internationale

Claude Martin

► **To cite this version:**

Claude Martin. Chapitre 2. Médico-social : les mots pour le dire à l'échelle internationale. 2023. hal-04779280

HAL Id: hal-04779280

<https://cnrs.hal.science/hal-04779280v1>

Preprint submitted on 13 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Médico-social : les mots pour le dire à l'échelle internationale

Claude Martin¹

La littérature sur la comparaison internationale des systèmes de protection sociale, mieux connue sous le chapeau de l'analyse des régimes de *welfare*, a mis en lumière un certain nombre de difficultés de traduction de la terminologie utilisée dans chaque pays ou cluster de pays. Ainsi, par exemple, il est bien évident que l'expression « Etat providence » n'est pas la traduction de *welfare state* et ne correspond pas non plus à *Sozialstaat*, dont Etat social est en revanche une traduction fidèle (Kott,1995). Cette difficulté à traduire renvoie, au-delà des mots, à des conceptions très différentes de la philosophie de ces différents systèmes nationaux de protection sociale, plus ou moins adossés sur l'idée d'assurance et de risque social pour les uns, de système universel et unifié pour d'autres.

D'autres notions centrales n'ont pas plus d'équivalent dans toutes les langues. C'est le cas de la notion de *care*, qui a occupé et occupent toujours une place centrale dans les débats académiques, professionnels et politiques de la comparaison internationale des systèmes de protection et d'action sociales². Plusieurs auteurs ont même construit des régimes de *care*, qui complètent et affinent les régimes de *welfare* (Lewis 1992 ; Orloff 1993 ; Sainsbury 1994 ; Jenson, 1997). Si le concept ou la notion de *care* a bien des équivalents dans d'autres langues, y compris latines, comme en espagnol ou en portugais (*cuidar*), nous n'avons pas de terme en français, au point où ont été proposées différentes solutions jamais totalement satisfaisantes : conserver le terme anglais sans tenter de le traduire ; proposer des expressions permettant d'en rendre compte comme « prendre soin » ou le « souci d'autrui » ; ou bien encore des termes qui s'en approchent comme la sollicitude.

De ce point de vue, l'expression « médicosocial » qui nous mobilise dans ce travail collectif pourrait bien être un autre intraduisible du français vers d'autres langues, à commencer par l'anglais qui représente dans le monde académique la *lingua franca* contemporaine. Face à cette difficulté de traduction, une solution pourrait être de conserver sans la traduire cette expression pour évoquer ce que recouvre le médico-social (institutionnellement, historiquement), qui, comme l'a fort bien montré le chapitre précédent, désigne à la fois un secteur de pratiques et d'interventions, mais aussi un périmètre varié en termes de public d'utilisateurs, un domaine du droit et des règlements, un ensemble d'institutions, mais aussi d'établissements. Le médico-social en France est donc un véritable champ dont le périmètre

¹ Sociologue, directeur de recherche émérite au CNRS, UMR Arènes 6051, Université de Rennes. Nous remercions Olivier Giraud, Directeur de recherche au CNRS, LISE, CNAM, pour ses commentaires et suggestions sur une première version de ce chapitre et pour l'encadré qu'il a rédigé sur le *social care* en Allemagne et qui a été inséré à la fin de ce texte.

² Des philosophes ont d'ailleurs choisi de retenir ce terme de *care* dans leur dictionnaire des intraduisibles (Cassin, 2004).

suppose de l'inscrire dans une généalogie, seul moyen de saisir les raisons de ses recompositions au fil du temps.

Dans ce chapitre, nous proposons de documenter ce qui, à l'examen, nous semble le plus proche équivalent en langue anglaise de cette spécificité française, à savoir la notion de *social care* (Lewis, 1998 ; Daly, Lewis, 2000 ; Martin, 2008). Si elle renvoie a priori surtout à l'histoire du *welfare state* britannique, cette expression a fini par occuper une place importante dans la littérature sur les régimes de *welfare*, bien au-delà du Royaume-Uni, en particulier dans les dispositifs des pays d'Europe du nord. Quelques publications et ouvrages-clé de la comparaison internationale en ont documenté précisément les modalités et les variations européennes (voir en particulier Sipila, 1997 ; Kröger et al., 2003 ; Kröger, 2022 ; Szebehely and Trydegard, 2012, Szebehely and Meager, 2018).

Comme dans le cas français, la notion de *social care* est une tentative de coller presque artificiellement le terme social à ce quasi-suffixe englobant de *care*, qui peut s'articuler à beaucoup d'autres termes : *health, elder, child, community, long-term*, etc, pour composer ces éléments du lexique anglophone du domaine des politiques sociales ou du *welfare* : *healthcare, eldercare, childcare, community-care, long-term care*.

Mais comme dans le cas qui nous occupe - le médico-social -, l'important est sans doute l'idée de rapprocher (inclure, en distinguant) le social, de son pendant : le sanitaire ou le biomédical ; c'est-à-dire au Royaume-Uni le champ du *health care*. L'autre pôle du *social care* est bien au départ le système unifié de santé, le *National Health Service* mis en place en 1948. C'est précisément pour adouber des pratiques, des professions, des institutions, des établissements, etc, qui ne relèvent pas du champ biomédical *stricto sensu*, que le besoin s'est fait ressentir en France comme au Royaume-Uni, de formuler de nouvelles expressions qui, dans le cas français, à l'aide de la colle grammaticale que représente le trait d'union, a permis de rendre compte de cette extension de périmètre. Il en a été de même pour le *social care* dans le cas britannique, et par extension pour les autres systèmes de protection sociale.

Dans ce chapitre, nous procédons en deux temps :

- Le premier propose une brève synthèse de l'apparition et de la discussion sur le périmètre du *social care* dans le cas britannique, jusqu'aux discussions actuelles qui soulignent les difficultés, voire la crise de ce secteur. Le *social care* est directement lié à construction du *welfare state* britannique et de la sécurité sociale, avec le souci de définir un champ complémentaire distinct de ce qui préexistait avec la charité, l'assistance depuis les *poor laws*. D'où une articulation originelle avec le NHS. Au passage, nous évoquerons également d'autres configurations que les pays d'orientation beveridgienne, comme l'Allemagne ou la Suisse, qui ont également nommé ces champs de pratique dans une autre langue³.

³ Voir l'encadré préparé par Olivier Giraud à la fin du chapitre.

- Dans un deuxième temps, nous présenterons les arguments qui permettent de considérer la notion de *social care* comme un *proxi* de celle de médicosocial. Nous évoquons également le fait que cette notion apparue et conceptualisée au Royaume-Uni a été retenue pour caractériser également d'autres situations nationales, en particulier la discussion très nourrie sur le modèle des services à la personne dans les pays d'Europe du nord ; d'autres systèmes d'orientation Beveridgienne.

Nous concluons en revenant sur les apports de ce détour pour saisir en quoi les évolutions du secteur médicosocial en France ont partie liée avec des transformations transnationales.

***Social Care* : la définition progressive d'un champ de pratiques et de services**

Sans prétendre a priori confondre ou assimiler les deux notions, tant elles demeurent liées à des spécificités nationales, notamment institutionnelles, nous proposons dans un premier temps de rendre compte de ce que recouvre le *social care* au Royaume-Uni afin, dans un deuxième temps, de relever tous les points qui peuvent permettre de défendre que le *social care* représente un *proxi* de la notion de médicosocial en France.

Malgré les incontestables difficultés, souvent pointées dans la littérature, pour définir précisément le *social care* dans le cas britannique, on peut avancer quelques propositions de définition, et par exemple celle-ci, limitée au champ des adultes :

« Adult social care refers to care and support for people who need it because of age, illness, disability or other circumstances. It ranges from help with essential daily activities, such as eating and washing, to participation in all aspects of life, such as work or socialising. Social care can be provided in people's homes, to enable independent living or help with recovery after illness and, if home care is no longer an option, provide a safe space for people to live in supported housing, residential or nursing homes » (Thorlby et al., 2018, p. 5)⁴.

Cette définition renvoie pour une bonne part à l'idée de services à la personne (*personal social services, social care services*), à domicile ou dans des établissements d'accueil, et pour un public diversifié qui a en commun d'avoir besoin d'être accompagné dans la vie quotidienne et sociale.

Le *social care* britannique se confronte d'emblée à un enjeu et un défi : un enjeu – gommer autant que possible la frontière entre le social et le sanitaire, entre le médical et le social –, et un défi – définir un

⁴ Le *social care* pour les adultes correspond au *care* et au soutien à destination des personnes qui en ont besoin du fait de leur âge, de la maladie, d'un handicap ou d'autres circonstances. Cela va de l'aide dans les activités de la vie quotidienne, comme se nourrir et se laver, à la participation à toutes les dimensions de la vie, comme le travail ou la socialisation. Le *social care* peut être dispensé au domicile des personnes, pour leur permettre une vie indépendante, ou obtenir de l'aide en vue d'un rétablissement après une maladie, et, si le maintien au domicile n'est plus possible, correspondre à l'accès à un espace sécurisé pour les personnes accueillies dans des logements ou des établissements d'accueil. (notre traduction).

périmètre précis, avec la nécessaire distinction entre le formel et l'informel, la part prise en charge par la collectivité et ce qui reste à la charge des personnes visées ou de leurs proches. Il est important de souligner que la majeure partie du *social care* correspond à l'aide informelle fournie par la famille et les proches. La part formelle comprend les interventions de professionnels au domicile des personnes soutenues, elles-mêmes souvent fournies par des organisations indépendantes, marchandes ou non-marchandes (*home care*) ; une autre part correspondant aux institutions d'accueil (*residential care*).

Comme dans l'expression « médicosocial », il est question avec le *social care* de compléter par l'adjectif « social », ce qui classiquement relève du sanitaire, du soin curatif, de la prise en charge de la maladie, d'où dans les deux pays toute une argumentation pour combler ce fossé ou intégrer dans un même ensemble *health and social care*, médical et social, le tout avec la visée très globale de promouvoir le bien-être des personnes, leur participation à la vie sociale et collective, leur « autonomie » dans leur vie quotidienne, en les protégeant en même temps des risques d'abus et de maltraitance.

Le *social care* n'est d'ailleurs pensable qu'en regard de son puissant et dominant cousin, né précisément au même moment : le NHS pour *National Health Service* ; une véritable révolution universaliste issue des propositions de Lord Beveridge durant la Seconde guerre mondiale, en rupture avec les préfigurations institutionnelles construites sur le modèle de la charité et de la philosophie des *Poor laws* et même du modèle assurantiel rapidement ébauché dans les années 1910. Le *social care* est en quelque sorte l'autre pan de législation fondatrice du *Welfare state* britannique : le *National Assistance Act* de 1948. Comme l'indique le site du NHS, par « *Social care and support* », il faut entendre « the services to help you if you need practical support because of illness or disability »⁵ (Humphries, 2022, p. 54). En d'autres termes, le *social care* a pour finalité de répondre aux besoins de soutien des populations qui restent hors du périmètre de la couverture du NHS, c'est-à-dire ne relevant pas strictement du médical (*medical care* ou *cure*) ou qui sont concernées par d'autres formes de fragilité ou de vulnérabilité que la seule maladie, comme par exemple les personnes handicapées physiquement (*blind, deaf, dumb and crippled persons*), ou avec des handicaps d'apprentissage ; les personnes fragilisées par l'avancée en âge ou par des problèmes de santé mentale ou d'addiction, ou bien encore les sans-logis ou les mères seules « abandonnées ».

Cette politique « sociale » pose d'emblée une diversité d'enjeux : tenir compte des besoins des personnes pour construire des réponses adaptées et, en même temps, cibler le soutien vers les plus vulnérables, notamment en termes économiques avec le recours au *means-testing* (la condition de ressources), autrement dit à la définition de seuil de ressources en deçà duquel la collectivité publique se mobilise ou complète les ressources propres de la personne soutenue⁶. Elle pose donc nécessairement

⁵ Des services pour vous aider si vous avez besoin d'un soutien pratique du fait de la maladie ou d'un handicap (notre traduction).

⁶ A noter que le recours au *means-test* varie selon les quatre pays du Royaume-Uni. En Ecosse, par exemple, depuis 2002 l'accès à un *personal care* à domicile (pour des soins corporels, la préparation de repas ou l'aide à la mobilité) est libre, sans seuil de ressources, pour les personnes âgées de plus de 65 ans (voir Thorlby et al., 2018).

la question de ce qui reste à la charge de la personne, mais aussi et surtout de ses proches, qualifiée d'*informal carers*. La condition de ressources est sans doute la différence fondamentale entre *health* (NHS) et *social care*. Contrairement à l'universalisme du premier, le *social care*, en ciblant les plus pauvres, au moins autant pour des raisons de doctrine que pour des raisons budgétaires, a conservé longtemps certains des stigmates du modèle de l'assistance et de la charité ; en d'autres termes l'image des réponses stigmatisantes qu'ont véhiculées depuis les *Poor laws* de 1601 et de 1834 au Royaume-Uni⁷ les dispositifs à la fois répressifs et souvent infâmant de l'assistance, mobilisant la distinction originelle entre *deserving* et *undeserving poors* (pauvres méritants ou non). Si bien sûr le *social care* est parvenu à gommer cette empreinte des origines, demeure toujours un besoin de rappeler la légitimité sur laquelle se fondent ces politiques qui font appel à l'idée de droit d'accès à des services et des soutiens collectifs pour les plus vulnérables.

Autre caractéristique du *social care* (une fois encore commune avec le médicosocial), le fait de confier sa responsabilité, non à l'Etat, comme pour le NHS à vocation nationale et universelle, mais aux collectivités locales, et ce même si le financement de cette politique articule une double source de financement nationale et locale, sans parler du reste-à-charge. Cette législation du social de l'après-guerre britannique a été maintes fois complétée ensuite, notamment en 1959 en avançant le modèle du *community care* dans le *Mental Health Act* pour renforcer la désinstitutionnalisation des prises en charge (sortie des institutions asilaires), ou en 1970 avec le *Chronically Sick and Disabled Persons Act*. Jusqu'à la crise économique des années 1970, les avancées vers un *social care* plus universel semblaient atteignables. Mais, comme le souligne Richard Humphries dans son ouvrage : « As the 1970s wore on, the financial tap was finally turned off when an economic crisis led to sweeping cuts in public spending... The green shoots of a more universal approach to social care were not to survive a cold fiscal climate »⁸ (Humphries, 2022, p. 40). D'autres tentatives de reprendre ce chemin de réforme vers plus d'universalité auront lieu néanmoins : en 2007 notamment avec le « *Putting people first* » du gouvernement du *New Labour*, interrompu par la crise financière de 2008 – 2010, jusqu'au *Care Act* de 2014, en particulier le projet inabouti de créer un *National Care Service*, pendant ou équivalent social universel du NHS, proposé par le gouvernement du *Labour* en 2010, et abandonné lors du tournant politique qui a vu se déployer la politique d'austérité et de restauration des finances publiques.

Un autre point commun entre les deux pays à propos de ces « secteurs » ou politiques est le tournant qu'a représenté depuis les années 1980 et surtout 1990, la préoccupation de l'avancée vers le « grand

⁷ Comme l'écrit Richard Humphries : « The dark shadows that the Poor Law continue to cast » (Les ombres que la loi sur les pauvres continue de projeter), (op.cit., p. 51). On retrouve un phénomène analogue en France à propos de l'assistance et de la charité sous l'Ancien Régime.

⁸ Au fil des années 1970, le robinet financier a finalement été fermé lorsqu'une crise économique a entraîné des coupes sombres dans les dépenses publiques... Les jeunes pousses d'une approche plus universelle du *social care* n'ont pas survécu au refroidissement du climat fiscal (notre traduction).

âge » (avec le seuil de 75 ans franchi par une part croissante de la population)⁹. Nombre d'indicateurs ont été construits pour appréhender les conséquences de ce processus de vieillissement de la population, à commencer par le *dependency ratio*, rapportant la part des plus de 65 ans aux personnes actives et occupées, ou bien encore l'évolution du *burden of disease*, soulignant l'augmentation des multi-morbidités et de la part des maladies chroniques, une fois encore souvent croisées avec l'âge. L'invention d'un « quatrième âge », c'est-à-dire d'un âge où se combinent des maladies chroniques (dont on ne guérit pas, mais avec lesquelles on continue de vieillir) et les pertes de capacités ont généré un discours dominant sur la menace que représentent ces besoins croissants, un *burden* qui pèserait tant sur les finances publiques que sur les proches. Avec le vieillissement, dont on aurait pu célébrer la victoire en termes de gains d'espérance de vie et surtout d'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité, l'enjeu s'est déplacé faisant du *long-term care* une composante croissante du *social care*, tout comme dans le cas français la question des personnes âgées dépendantes, requalifiées de personnes en perte d'autonomie a occupé une part croissante de la discussion sur les évolutions du secteur et de l'action médicosociaux. Cet enjeu du vieillissement ne s'est pas pour autant substitué aux besoins issus d'autres groupes d'âge, avec l'augmentation en particulier de la souffrance et des handicap psychiques, surtout chez les enfants et les jeunes.

Ce clivage entre les politiques adoptées pour faire face au vieillissement et celles, distinctes dans une certaine mesure, adressées aux personnes handicapées ou en situation de handicap est encore un point important de la construction du *social care*, qui distingue la part du *community care* adressée aux personnes handicapées et celui dédiée aux personnes âgées. Dans le secteur du handicap, une véritable dynamique est à l'œuvre, inspiré par le *disability movement* américain qui préconise la défense des droits des personnes et le respect de l'autodétermination, contre toutes formes de discrimination et d'assistance. Dans la perspective des *disability studies*, l'enjeu principal est moins de soutenir ou d'assister les personnes en situation de handicap que d'intervenir sur les environnements des personnes pour faciliter leur pleine et entière citoyenneté, leur autonomie, que ce soit en matière de mobilité, d'aménagement urbain, d'éducation, d'accès à l'emploi, etc. Dans cette perspective, il est moins question d'équiper les personnes handicapées pour les rendre « comme les autres », que d'adapter leur environnement pour que celui-ci n'entrave pas leurs actions et leur citoyenneté.

Du *social care* comme *proxi* du médicosocial

Ce bref rappel des principales caractéristiques de ce que recouvre la notion de *social care* au Royaume-Uni a permis de repérer quelques composantes qui se révèlent proches de celles correspondant au domaine, secteur ou champ du médicosocial en France. Si nous parlons de *proxi*, c'est bien entendu pour

⁹ Le nombre des personnes âgées de plus de 85 ans au Royaume-Uni a ainsi été multiplié par huit entre 1953 et 2016 passant de 200 000 à 1,6 million, augmentant tendanciellement les besoins de *social care*.

tenir compte de ce qui permet de rapprocher sans pour autant confondre les notions. Ainsi, par exemple, le médicosocial en France a sans doute pour origine, et peut-être spécificité, de chercher à rapprocher dans un même ensemble des actions spécialisées et des secteurs professionnels institutionnalisés particulièrement éclatés.

Au-delà de ces premiers éléments, nous souhaitons maintenant montrer ce qu'ont de commun les discussions sur les transformations de ces deux secteurs de part et d'autre de la Manche, et souligner également le rôle qu'a eu cette notion anglaise dans les discussions et les comparaisons internationales qui ont marqué ce début de 21^{ème} siècle. Parmi les points de discussion que révèle aisément l'analyse de la littérature sur ces deux domaines que cela soit au Royaume-Uni ou en France, mais aussi, au-delà, les travaux de comparaison internationale, on peut repérer une série de thématiques communes.

Un premier chantier de discussion partagé à l'échelle internationale et inscrit dans l'histoire des différents systèmes concerne la relation entre âge et handicap (Stiker, 2004). Comment mieux intégrer les politiques menées en direction des personnes handicapées, d'une part, et des personnes en perte d'autonomie du fait de leur avancée en âge, de l'autre, sachant qu'elles font l'une comme l'autre appel au *Social care* ou au médicosocial ? Si ces deux catégories de publics ont bien donné lieu à des mesures qui leur sont spécifiquement destinées, il est évident que ce clivage n'a pas toujours eu cours (à l'époque de la construction des politiques d'assistance autour de l'idée d'incapacité à travailler et donc à subvenir à ses propres besoins par son travail) (Castel, 1995) et est de moins en moins tenable aujourd'hui. Ainsi, une personne en situation de handicap qui passe la barrière d'âge de 60 ans rejoint la catégorie des personnes âgées, ce qui montre les travers de cette limite d'âge dans la définition des politiques. En France, on assiste à des tentatives pour englober sous une même catégorie ou notion ces deux ensembles de situation au nom de leur « autonomie ». Ainsi, une même caisse est chargée d'administrer les prestations et les services de ces deux grandes catégories de bénéficiaires : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Créée en 2004, cette caisse est depuis janvier 2021 la cinquième branche du système français de protection sociale, la « branche autonomie ». Cette évolution n'est pas sans rappeler les débats à propos des liens entre NHS et *National Care Service*, ou ces tentatives de mieux intégrer ces deux ensembles.

Faisant suite à la question des frontières entre ce qui relève du sanitaire et du social, les experts de ce champ de pratiques et d'interventions ont consacré de larges pans de discussion aux défis de coordination ou, pour le dire dans les termes des pays anglophones, d'*integrated care*. Obtenir une réponse intégrée en matière de *social care* ou améliorer la coordination dans le champ médicosocial constituent deux formulations d'un même enjeu, unanimement reconnu par les décideurs publics, les experts, les professionnels du social, du médicosocial et de la santé. Ces défis de coordination ont donné lieu à une pléthore de formules et d'expérimentations dans les deux pays mentionnés et semblent devoir sans cesse être remis sur le métier.

Dans les deux configurations linguistiques, mais aussi bien au-delà (dans les pays d'Europe du nord et du Sud), nombre de travaux soulignent également l'importance de l'aide informelle des proches, mais aussi le transfert de charge que représente le tournant domiciliaire, autrement dit le transfert vers la famille et le *social care* (soumis à conditions de ressources) des réponses (pratiquement universelles et gratuites pour les personnes concernées) que fournissait le NHS en Angleterre, ou en France la branche maladie de la sécurité sociale, notamment dans les petits hôpitaux locaux, pour ce qui concerne les personnes âgées nécessitant du *long-term care* ou les personnes en situation de handicap (réduction plus ou moins drastique du nombre de lits). On retrouve en Italie une discussion analogue évoquant le rôle qu'ont longtemps joué les hôpitaux relevant du secteur de la santé mentale pour l'accueil des personnes âgées dépendantes et l'alternative qui a été trouvée de manière informelle par les *badanti*, ces femmes étrangères le plus souvent recrutées comme auxiliaire de vie. Si ce transfert vers le *social care* informel a eu la vertu de rompre avec les défauts de l'institutionnalisation des personnes dans des établissements souvent peu propices au bien-être et à l'intégration sociale, il a comme limite d'augmenter le travail de *care* qui pèse sur les proches et parmi eux, principalement les femmes (épouses, filles et belle-filles) d'où l'enjeu partagé de définir une véritable politique à l'égard des aidants. Le tournant domiciliaire répond certes à une aspiration largement dominante des personnes concernées par l'avancée en âge (rester chez soi), mais il met aussi en lumière les très importantes inégalités entre elles, que ce soit en termes de moyens matériels et financiers (y compris en termes de conditions de logement), mais aussi en termes de réseau de soutien. On peut, comme le montrent bien les travaux de Teppo Kröger, être *care poor*, c'est-à-dire sans soutien informel (Kröger, 2022).

En prolongement de ces questions d'inégalités, d'autres réflexions portent sur les capacités financières des personnes pour faire face à la montée des charges de l'aide et des soins à domicile. Les tendances de moyen terme suscitent ainsi une certaine inquiétude à propos de la réduction des capacités de désépargne des générations nées après 1965 pour payer leurs soins ou prises en charge dans le futur. Cette chute de la condition économique et sociale des nouvelles générations par rapport à celle des baby-boomers qui leur avait permis d'obtenir en même temps une socialisation de ces dépenses via la protection sociale et de faire face à ces coûts de *care* par les biens acquis au long d'une vie dans un contexte de croissance, remet en cause les équilibres entre part de l'Etat, part du privé marchand et part du privé domestique.

Nombre de discussions portent également sur l'introduction du *New public management* dans ces secteurs (*social care* ou médicosocial) et ce dans de nombreux pays de l'OCDE dotés de mesures analogues. Au-delà de la question du transfert des méthodes de management en provenance du secteur privé productif vers ces secteurs à vocation sociale, celles-ci ont facilité le développement d'une offre marchande de *care*, ou d'un *social care market*, avec des établissements privés à but lucratif, qui ont contribué à dualiser l'offre entre les plus et les moins nantis, sans garantir pour autant la qualité des prises en charge dans ces structures privées et marchandes. Dans le cas britannique, le transfert de

l'argent public de la sécurité sociale vers les collectivités en ayant recours à ces pratiques de maîtrise des coûts n'a pas suffi à garantir une amélioration de l'offre et une meilleure couverture des besoins, mais au contraire a conduit à son rationnement. De ce point de vue les années 1980 en Angleterre, dites années Thatcher, ont marqué un tournant avec le transfert de budgets aux collectivités locales, la division des services sociaux entre *purchasers* et *providers*, et la transformation des travailleurs sociaux en *care managers* chargés de définir des *packages of care in a mixed economy of welfare* avec des principes de mises en concurrence pour garantir un contrôle des prix.

Dans un article récent, Jane Lewis (2022) expose ce changement profond, de nature, liée à l'introduction il y a maintenant trois décennies, de quasi-marchés. Elle montre comment ces décisions ont contribué à fragmenter davantage encore le secteur entre différents types de fournisseurs de *social care*, et même, au sein des entrepreneurs privés, entre les petites entreprises et les grosses firmes. Au Royaume-Uni, les 26 plus grosses entreprises d'accueil et de services pour les personnes en perte d'autonomie représentent aujourd'hui près du tiers de l'offre (et les 5 plus grosses, 17%), d'où l'enjeu de leur modèle économique combinant les publics (en partie financés par l'Etat ou finançant seuls ces services). S'il s'est développé rapidement, ce marché est aussi fragile et les risques de faillite très sérieux¹⁰, sachant que l'effondrement d'un tel segment de l'offre n'est pas substituable.

Cette fragmentation concerne en miroir les bénéficiaires, entre ceux qui obtiennent le soutien des pouvoirs publics pour accéder à ces services et ceux, beaucoup plus nombreux (tant les critères d'accès à une aide publique sont limités), qui s'achètent leurs services eux-mêmes. L'analyse du cas britannique, qui peut parfois apparaître comme un cas-limite, met en lumière à quel point tout concourt à ce que la concurrence se fasse sur les prix et non sur la qualité, en mettant à l'épreuve les capacités de régulation des pouvoirs publics. L'enjeu pour nombre de ces entreprises est davantage de réduire ou contenir les coûts que d'augmenter la qualité. De même, ce type d'analyse rétrospective met en lumière à quel point est illusoire l'idée d'améliorer le choix de l'usager (idéologie du *free choice*). En effet, trouver une place dans un établissement vient en général à un moment particulièrement critique pour une personne âgée et pour ses proches, souvent sous contrainte budgétaire forte, et sachant que l'important est d'abord de rester proches de ses soutiens familiaux.

Parmi les effets de ces tendances à la marchandisation, on doit souligner la question majeure et amplement discuté de la reconnaissance du travail des professionnels de ce secteur, qu'il s'agisse de *social care*, de médicosocial, ou de prolétariat des professions sociales. De très nombreux travaux mentionnent ces enjeux de conditions de travail, de rémunérations, de pénibilité, ou bien encore ces idées reçues sur le fait que ces tâches de soins corporels ou d'aide aux plus vulnérables ne nécessitent pas de compétences spécifiques, mais tout au plus de mobiliser les qualités « naturelles » des femmes qui s'y consacrent... L'épisode de la pandémie de COVID-19 a pu laisser croire que cette

¹⁰ Une étude mentionnée par Jane Lewis évoque qu'un quart de ces entreprises de *social care*, quelle que soit leur taille, sont en risque de faillite.

reconnaissance collective de ces « premières de corvée » était advenue. Il semble que le soufflet de ce travail de valorisation soit en grande partie retombée et que ces questions de filières, de qualifications professionnelles, de carrières, ou bien encore de reconnaissance de la pénibilité, y compris d'épuisement physique aient besoin d'être réactivées.

Sans être allé aussi loin en proportion, le secteur médicosocial en France a vu se déployer dans le domaine de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées des solutions analogues, marchandes, dont les travers ont été révélés au grand jour par le scandale de l'entreprise ORPEA et la publication du livre choc de Victor Castanet, *Les fossoyeurs*¹¹, alors même que nombre d'experts avaient mis en garde sur le risque d'emprise de la logique financière et ses conséquences sur les conditions de l'accueil, au point de fabriquer des formes institutionnelles de maltraitance (manque de temps pour les professionnels, rythme de travail générateur de violence institutionnelle, etc.). Mais cette tendance à marchandiser le *social care* dépasse largement ces deux pays et concerne aussi les pays qui semblaient en être le plus éloigné, comme les pays scandinaves (Kröger et al., 2033 ; Szebehely & Tridegard, 2012 ; Szebehely & Meager, 2018). Là aussi, et en particulier dans le secteur du *Long term care*, la tendance est clairement à la marchandisation, accompagné parfois d'une refamilialisation de la charge. Une autre particularité de l'organisation de ce secteur dans les pays du nord de l'Europe renvoie à sa dimension territoriale (rôle des communes) qui articule dans l'inertie de la période antérieure à la crise des années 1990, l'universalisme des politiques nationales avec les spécificités des territoires.

Dans tous les pays qui contribuent à documenter les évolutions de ces secteurs de pratiques et de services, les solutions se cherchent entre réponses plus complètes à défaut d'être universelles et individualisation. Du côté du domicile, la modernisation du *social care*, comme celle du médicosocial passe par l'abandon progressif de réponses de type « prêt-à-porter » (*one size fits all*) pour privilégier la réponse individualisée en se concentrant sur la qualité des services rendus du point de vue de l'utilisateur et de leurs aidants. On trouve ainsi en France comme dans de nombreux pays cette logique de *care management* (gestion de cas) en vue de la définition d'un panier de soins et de services. Cette notion de *care management* a été particulièrement mobilisée dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

La personnalisation ou l'individualisation prend de multiples formes mais il apparaît clairement que nombre de pays donnent la priorité à des paiements à la personne (*cash for care*) permettant de défendre ses propres choix et modes de vie, plutôt que se soumettre aux dispositifs préconisés par des professionnels, autrement dit préférant l'*individual-led approach* au *service-led approach*. Cette perspective a donné lieu en particulier au *Direct Payment Act* de 1996 et à la politique des *personal budgets*. Cette discussion est également présente dans le secteur médicosocial à propos de la liberté d'usage des prestations sociales versées aux bénéficiaires pour privilégier telle ou telle offre de service.

¹¹ Aux éditions Fayard en 2022.

De ce point de vue, les configurations allemande ou suisse fournissent d'autres exemples de la manière dont les questions soulevées par le *social care* ont pris forme et contribué à réorganiser en profondeur le secteur (voir encadré ci-dessous).

Social care en Allemagne ¹²

Le domaine du *social care* en Allemagne a longtemps été caractérisé par sa trajectoire et son ancrage institutionnel et territorial contrastés par rapport à la protection sociale contributive, ouvrant donc à des droits standardisés, organisée à l'échelle nationale et gouvernée par des accords entre acteurs patronaux et syndicats sous la surveillance étroite de l'Etat fédéral, qui a vu le jour dans ce pays à la fin du 19^e siècle (Evers, Sachße, 2003). Le plus souvent concrètement réalisée par les femmes dans le cadre d'un régime de genre resté traditionnel, la protection des personnes vulnérables dans les familles était pour le reste locale, financée et gouvernée par les communes, et dominée par des prestataires liés aux Eglises protestante (Diakonie) et catholique (Caritas) ou au mouvement ouvrier (Arbeiter Wohlfahrt). Le monde du *social care* était ainsi resté dans le contexte allemand un prolongement faiblement modernisé de l'assistance sociale. Le soutien, notamment à domicile aux personnes âgées était ainsi subsidiaire à l'aide apportée par la famille, mais aussi à ses moyens financiers (Theobald, 2011). La réforme du milieu des années 1990 qui a introduit une assurance sociale fédérale a métamorphosé le domaine d'une double façon. D'abord, le financement a été amélioré tout en permettant un allègement des finances communales, et un renforcement et une standardisation des droits. Ensuite, l'introduction d'un système de *cash-for-care*, a permis la monétarisation des aidants familiaux – système largement privilégié par les personnes âgées en perte d'autonomie –, mais aussi le développement d'un marché des prestataires des soins qui a en partie remis en cause la domination des prestataires traditionnels. En Allemagne, la professionnalisation du domaine est paradoxale. Une forte majorité des soins sont concrètement pris en charge par des aidants informels, mais des formations de haut niveau sont prodiguées partout sur le territoire allemand, dans le cadre d'un espace professionnel dédié au *social care* (*Pflege*) qui bénéficie d'une tradition ancienne.

Le cas de la Suisse est proche de ce modèle germanique, notamment pour ce qui concerne ce rapport ambigu à la professionnalisation. Le *social care* reste en Suisse ancré dans le domaine communal, même si les politiques du handicap ont été « cantonalisées » il y a une quinzaine d'années et qu'un montant modéré de « prestations complémentaires » sont assurées par des assurances sociales fédérales (retraites et invalidité). Pour le reste, la plupart des cantons de Suisse alémanique n'interviennent pratiquement pas dans le déploiement du *social care*, ce qui entraîne de grandes inégalités territoriales dans l'accès aux prestations. Dans les cantons de Suisse latine, la réalité est plus contrastée.

Pour conclure

En survolant cet ensemble de littérature, nous défendons donc l'idée que l'analyse du médicosocial en France a beaucoup à gagner à être rapprochée de ce qui se fait, se dit et s'écrit dans beaucoup d'autres

¹² Encadré rédigé par Olivier Giraud que nous remercions.

pays, autour de la notion de *social care*. Les enjeux posés semblent en très grande partie communs à l'ensemble des pays dotés de systèmes nationaux de protection sociale. Ainsi par exemple, à l'échelle européenne ou de l'ensemble des pays de l'OCDE, plusieurs défis sont partagés comme

- Le défi du vieillissement de la population et de l'augmentation du groupe des plus de 75 ou de 80 ans, qui ont des besoins de soutien qui ne relèvent pas uniquement du soin ou du *cure*, tant ils sont surtout confrontés à des maladies chroniques avec lesquelles ils vont continuer de vivre, à des besoins d'aide quotidienne du fait de la perte progressive de leur autonomie ou de leurs capacités et à des problèmes de solitude, etc. En somme le défi des *Long term care services*.
- Le défi du handicap et de la meilleure longévité de cette population concernée par des situations de handicap physique ou psychique et pour lesquels des avancées se cherchent en lien avec la reconnaissance de leurs droits d'être intégrés à l'ensemble du fonctionnement social global, ce qui appelle moins des politiques ciblées qu'un traitement social et politique par l'ensemble des secteurs des politiques publiques.
- Le défi des transformations des liens familiaux et intergénérationnels, mais aussi les défis que soulèvent un nouveau contrat entre les genres et la division sexuelle du travail de *care* entre les femmes et les hommes.
- Le défi des coûts et de la qualité des services aux personnes concernées par le *social care*. La grande majorité des pays cherchent à promouvoir des réponses à domicile, tant les réponses institutionnelles dans des établissements se révèlent à la fois trop coûteuses ou insoutenables et éloignées des préférences des personnes concernées. Mais partout également ce tournant domiciliaire a un coût pour les personnes et pour les proches qui mettent en lumière de profondes inégalités (économiques, spatiales et relationnelles).
- Le défi de l'intégration des réponses, de leur coordination, ce qui dans le monde anglophone est qualifiée par l'expression *integrated care*. On trouve également dans de nombreux pays l'objectif de faciliter les choix des personnes à travers la formule du *cash for care*, autrement dit des *personal budgets* ou *direct payments*, prestations monétaires qui permettent aux usagers de faire le choix des formules les plus proches de leurs habitudes ou critères culturels. Cette personnalisation des réponses en termes de *social care* plaide pour des *care arrangements* sur mesure, tenant à la fois compte des pratiques et des ressources mobilisées autour des personnes concernées (aide informelle, aide des proches et des parents), mais aussi des ressources en service effectivement accessibles sur un site ou un territoire de proximité.
- Le défi de la reconnaissance des professionnel.le.s impliquées dans le *social care et le médicosocial*, ces « premières de corvée » qui ont été saluées au cours de la crise sanitaire, tant elles ont constitué une ressource fondamentale pour faire face au choc de la pandémie et de ces conséquences pour les plus vulnérables. Cet enjeu de reconnaissance des métiers et des professionnel.le.s du *care* est partout très problématique.

Il ne s'agit pas pour autant de nier les différences fondamentales entre les modèles ou régimes de protection sociale, et, en particulier, le fait d'avoir ou non recours à une politique de *long term care* suivant un chemin assurantiel (*risk pooling*) comme en Allemagne, en Autriche ou au Japon, ou un modèle universaliste de services aux personnes, comme dans les pays scandinaves, même si dans ces pays, le modèle marchand a considérablement gagné du terrain, ou bien encore à des modèles qui ont longtemps privilégié la réponse informelle des soutiens fournis par les proches, souvent sur la base de leurs obligations alimentaires (la familialisation comme dans les pays du sud de l'Europe). Mais une fois encore, ces écarts observables à la fin du 20^{ème} siècle se sont beaucoup atténués, tant les pays sont conduits à produire des réponses de plus en plus mixtes entre les ressources mobilisables (impôts et cotisations, aide formelle et informelle, rémunérée ou non, système de *copayment*, recours à une offre privée et marchande, etc.).

Bibliographie :

Castel Robert (1995), *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

Daly Mary, Lewis Jane, (2000) 'The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states', *British Journal of Sociology* 51(2), 2000, p. 281–298.

Evers, Adalbert, Sachße, Christoph (2003). "Social Care Services for Children and Older People in Germany: Distinct and Separate Histories". In Anttonen, Anneli; Baldock, John; Sipilä, Jorma (eds.). *The Young, the Old, and the State – Social Care Systems in Five Industrial Nations*. Edward Elgar, Cheltenham, p. 55-79.

Humphries Richard, (2022), *Ending the Social Care Crisis. A New Road to Reform*. Bristol: Policy Press.

Jenson Jane, (1997), « Who Cares? Gender and Welfare Regims », *Social politics, International studies in Gender, State and Society*, 2 (4), pp.

Kröger Teppo, Anttonen Anelli, Sipilä Jorma. (2003) 'Social Care in Finland: Stronger and Weaker Forms of Universalism', in Anttonen A., Baldock J., Sipilä J. (eds) *The Young, the Old and the State: Social Care Systems in Five Industrial Nations*, Cheltenham: Edward Elgar. pp. 25–54.

Kröger Teppo, *Care Poverty. When Older People's Needs Remain Unmet*. London, Palgrave Macmillan.

Lewis Jane (1992), « Gender and the Development of Welfare Regimes », *Journal of European Social Policy*, 2 (3), p. 159-173.

Lewis Jane (1998), *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Ashgate, Cheltenham.

Lewis Jane (2022), “The problems of social care in English nursing and residential homes for older people and the role of state regulation”, *Journal of Social Welfare and Family Law*, DOI: 10.1080/09649069.2022.2067650.

Martin Claude (2008), « Qu’est-ce que le ‘social care’? », *Revue française de socio-économie*, n° 2, 2008, p. 27-42.

Orloff Ann (1993), “Gender and the Social Rights of Citizenship”, *American Sociological Review*, 58, p. 303-328

Sainsbury Diane, (ed.), (1994), *Gendering Welfare States*, Sage Publications, London.

Sipilä Jorma, (ed.) (1997), *Social Care Services: the Key to the Scandinavian Welfare Model*, Avebury, Aldershot.

Stiker Henri-Jacques (2004), “Âges et handicap”, *Gérontologie et société*, vol. 27, n°3, p. 13-27.

Szebehely Marta, Trydegard Gun-Britt, (2012), « Home care for older people in Sweden: a universal model in transition », *Health and Social Care in the Community*, 20 (3), pp. 300–309.

Szebehely Marta, Meager Gabrielle, (2018), « Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker? », *Journal of European Social Policy*, 28 (3), pp. 294-308.

Theobald, Hildegard (2012). “Home-based care provision within the German welfare mix”, in *Health and Social Care in the Community*, 20(3), p. 274-282.

Thorlby Ruth, Starling Anna, Broadbent Catherine, Watt Toby (2018), *What’s the problem with social care, and why do we need to do better ?* Report for the Health Foundation, the Institute for Fiscal Studies, the King’s Fund and the Nuffield Trust. ISBN : 978 1 910953 51 8.