

Royaume-Uni

Les résidences pour personnes âgées : un foyer de contradictions

Jacques FREYSSINET¹

Les résidences pour personnes âgées présentent en Angleterre² un exemple extrême des situations engendrées par l'interaction de politiques disjointes menées selon des objectifs hétérogènes et des calendriers différents. La pandémie a exacerbé, de façon parfois dramatique, les conséquences de choix antérieurs et aggravé la crise du personnel ; elle a contraint le gouvernement à présenter un programme de rénovation d'un secteur sinistré.

marges de liberté des collectivités locales par l'intermédiaire d'autres politiques qui ont été mises en place successivement et de manière non coordonnée : l'obligation d'externalisation des services rendus par les collectivités locales introduite dès la décennie 1980, l'austérité budgétaire adoptée en 2010 lors du retour des conservateurs au pouvoir, l'introduction en 2015 d'un nouveau salaire minimum national pour les adultes, le National Living Wage.

L'externalisation des services

Le produit de politiques incohérentes

Depuis des réformes adoptées en 1990 et 1993, la responsabilité des prestations de soins non médicaux aux adultes (*adult social care*) a été transférée aux collectivités locales (*local authorities*). Cette responsabilité s'exerce sous de fortes contraintes imposées par la politique du gouvernement (Burchardt *et al.*, 2016 ; Glasby, 2016). Celui-ci a réduit les

Les gouvernements de Margaret Thatcher introduisent l'obligation pour le secteur public de recourir à une mise en concurrence d'une grande partie de ses activités par des appels d'offres (*compulsory competitive tendering*). Tel est le cas, à partir de 1980 et surtout de 1988, pour les collectivités locales. L'éventail des activités concernées est à plusieurs reprises élargi (Boyne, 1998) y compris pour couvrir les résidences de personnes

1. Chercheur associé à l'Ires.

2. Le domaine des services de soins aux adultes (*adult social care*) fait partie des compétences qui ont été décentralisées au bénéfice des « nations », c'est-à-dire de l'Écosse, du Pays-de Galles et de l'Irlande du Nord. Ce texte ne concerne que l'Angleterre.

âgées ³ (*residential care*). Les gouvernements du New Labour assouplissent, mais poursuivent cette politique (Whitfield, 2002). Théoriquement, le choix doit s'opérer selon un arbitrage entre la qualité et le coût des services proposés. Après 2010, le gouvernement de coalition conservateurs-libéraux opère un déplacement dans la nature des contrats : ils ne doivent plus préciser comme auparavant les modalités de prestation du service externalisé, ce qui pouvait constituer un instrument de contrôle pour les collectivités locales, mais définissent seulement des résultats à atteindre avec un paiement aux résultats (*black box commissioning*). Dans un contexte de sévères restrictions budgétaires (voir *infra*), la minimisation du coût tend à devenir le critère déterminant.

Les évaluations globales de la politique d'externalisation forcée donnent des résultats contradictoires. Dans un rapport de synthèse globalement favorable à cette politique, un *think tank* d'orientation libérale, Institute for Government, répartit les expériences en trois classes, selon que leurs résultats sont clairement positifs ou négatifs ou que les évaluations sont partagées en fonction des méthodes et des critères retenus. Le *residential care* relève de cette troisième catégorie (Sasse *et al.*, 2019) : le recours aux fournisseurs

privés diminue les coûts, mais surtout en réduisant le ratio entre le personnel et les résidents et probablement avec une diminution de la qualité ⁴.

L'impact de la politique d'externalisation est massif (Hudson, 2018). Elle engendre une structure hétérogène et fragmentée. En 2020, 7 522 gestionnaires de résidences (*providers*) gèrent 15 537 résidences et offrent 457 000 lits. Les dix principaux *providers* assurent 20 % de la capacité totale alors que 75 % des *providers* ne gèrent qu'une seule résidence (NAO, 2021). Selon une étude réalisée pour l'année 2016, les lits relèvent très majoritairement du secteur privé lucratif (*for-profit sector*), à hauteur de 83 % contre 4 % pour les structures publiques, et 13 % pour le secteur d'économie sociale (*voluntary sector*) (CMA, 2017).

Ainsi, dans la grande majorité des résidences, les modes de gestion sont commandés par la logique de rentabilité d'entreprises qui sont souvent contrôlées par des groupes financiers, notamment de capital risque. La perspective d'une demande rapidement croissante avec le vieillissement de la population, ainsi que la sécurité financière supposée garantie par un financement principalement public, ont conduit ces groupes à investir ce domaine d'activité ⁵. Avec

3. Les soins non médicaux aux adultes (*adult social care*) réunissent principalement les prestations à domicile et l'hébergement en résidence (*residential care*).

4. « Overall, the evidence suggests that private care, while likely cheaper, may not provide better value for money than public provision since it is also associated with a slight decrease in quality » (« Globalement, les faits montrent que les soins privés, quoique vraisemblablement moins coûteux, ne fournissent pas un meilleur rapport qualité-prix que les prestations publiques puisqu'ils sont associés à une légère diminution de la qualité ») (Sasse *et al.*, 2019:34).

5. « Global private equity, sovereign wealth and hedge funds have piled into the sector in the past three decades, lured by the promise of a steady government income and the long term demographics of Britain's ageing population » (« Des fonds d'investissement mondiaux, des fonds souverains et des fonds spéculatifs se sont accumulés dans ce secteur depuis trois décennies, attirés par la promesse d'un financement public stable et par le vieillissement à long terme de la population britannique ») : G. Plimmer, « Private equity and Britain's care home crisis », *Financial Times*, February 9, 2020, <https://www.ft.com/content/952317a6-36c1-11ea-a6d3-9a26f8c3cba4>.

l'austérité budgétaire, celle logique est mise en question.

L'austérité budgétaire

Le budget des collectivités locales provient d'une part, de leurs ressources propres, principalement une taxe locale (*Council Tax*) et d'autre part, d'une subvention globale non affectée versée par le gouvernement central. Lors de leur retour au pouvoir en 2010 au lendemain de la crise financière, les conservateurs adoptent une politique de rigueur budgétaire qui se traduit par une brutale réduction de cette subvention : celle-ci perd entre 2009/2010 et 2019/2020 ⁶ 63 % de sa valeur réelle (Atkins, Hoddinott, 2022). Les collectivités doivent drastiquement réduire leurs dépenses, d'autant plus que le gouvernement, fidèle à son option en faveur du libéralisme économique, leur interdit d'abord toute augmentation des impôts locaux.

Les obligations financières des collectivités vis-à-vis des résidents des foyers de personnes âgées sont fixées par le gouvernement ; elles sont fonction de la valeur de leur patrimoine. Au-dessus d'un seuil plafond (actuellement 23 250 livres, soit 27 900 euros ⁷), le résident supporte

totale la charge (*selffunder*). En dessous d'un seuil plancher (actuellement 14 250 livres, soit 17 100 euros), la collectivité assume la totalité du coût. Dans l'intervalle, la contribution du résident est fonction de ses ressources. Le seul levier d'action dont disposent les collectivités pour réduire le coût est donc la mise en concurrence des prestataires pour qu'ils abaissent leurs tarifs ⁸.

La situation financière de ces derniers se dégrade rapidement. Les taux d'encadrement sont imposés, ce qui limite les réductions de personnel tandis que les possibilités d'obtention de gains de productivité sont minimales. Trois types d'évolution sont observés :

- des contrats avec les collectivités sont dénoncés ou non renouvelés et des fermetures de résidences se multiplient. Certains grands groupes dépendants d'investisseurs financiers sont mis en vente et passent de repreneurs en repreneurs pour terminer parfois en faillite ⁹ ;

- la qualité de l'hébergement ou des soins se dégrade ¹⁰ ;

- les prestataires se redéploient en direction des *self funders*, qui représentent aujourd'hui 46 % des résidents et auxquels ils peuvent appliquer librement des

6. Au Royaume-Uni, l'année budgétaire va du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante.

7. Le taux de change livre/euro a fortement fluctué. Nous utilisons le taux moyen observé au cours des derniers mois.

8. Dans un rapport de 2021, le National Audit Office, organisme public indépendant, estime que la majorité des collectivités locales paient en dessous d'un « taux soutenable » (*sustainable rate*) à long terme (NAO, 2021).

9. Par exemple, en 2011, c'est la principale chaîne de résidences, Southern Cross, qui fait faillite.

10. « *At the Whitechurch Care Home, emergency buzzers went unanswered, some medicines were not dispensed and many of its frail and elderly residents had not been given a bath, shower or a wash for a month, an official inspector's report found. A broken elevator meant residents on the second floor could not be taken to hospital appointments* » (« Selon le rapport officiel d'un inspecteur, à la résidence de Whitechurch, les alarmes en cas d'urgence sonnent sans réponse, certains médicaments ne sont pas distribués et, parmi ses résidents frêles et âgés, nombreux sont ceux qui, depuis un mois, n'ont reçu ni bain, ni douche, ni été lavés. Un ascenseur en panne fait que des résidents du deuxième étage n'ont pu être conduits à leur rendez-vous à l'hôpital »), G. Plimmer, « Private equity and Britain's care home crisis », *Financial Times*, February 9, 2020.

tarifs supérieurs (en moyenne, de l'ordre de 40 %).

Au terme de la première année de pandémie, une enquête auprès des gestionnaires de résidences (*providers*) indique que 62 % ont fermé certaines activités ou résilié certains de leurs contrats avec les collectivités locales en 2020 ; 29 % ont réduit leurs effectifs ; 62 % subissent une augmentation de l'absentéisme et 82 % voient croître les difficultés pour conserver leur personnel (Hft, 2021).

Le National Living Wage

Le secteur des soins aux personnes âgées fait partie de ceux qui versent les plus bas salaires. Il est donc directement touché par les augmentations du salaire minimum, d'autant plus que le coût salarial constitue la part principale de leur coût total (entre 50 et 60 % du chiffre d'affaires). En 1999, la création par le gouvernement du New Labour d'un salaire national minimum (National Minimum Wage, NMW) n'a pas d'effet immédiat car son niveau initial est faible : 45,6 % du salaire médian. Ce niveau relatif n'augmente ensuite que lentement. Il est de 52,5 % en 2015 lorsque le gouvernement conservateur introduit pour les adultes (25 ans et plus) le National Living Wage (NLW) ou salaire national décent avec l'objectif d'atteindre par étapes d'ici 2020 un niveau de 60 % du salaire médian. Cet objectif est atteint en 2020. Dès septembre 2019, le gouvernement annonce une nouvelle cible : le NLW doit

atteindre les deux tiers du salaire médian en 2024 ¹¹.

De manière surprenante et contrairement à des prévisions pessimistes, le secteur semble, au moins dans un premier temps, s'être adapté sans perturbations majeures (Gardiner, 2016 ; Giupponi *et al.*, 2016 ; Giupponi, Machin, 2018a, 2018b). Le NLW y est respecté et, loin de tenter une substitution en utilisant des jeunes de 21 à 25 ans qui sont restés au NMW, les établissements ont généralement aligné les salaires de ces derniers sur le NLW. Il n'y a pas eu non plus à cette occasion d'accélération de l'effet de substitution de pensionnaires « privés » (*self funders*), c'est-à-dire payant un prix librement fixé, aux dépens de ceux régis par les tarifs des collectivités locales. Les équations d'emploi ne donnent pas de réductions d'effectifs statistiquement significatives. Il en est de même pour les probabilités de fermeture d'établissements. Une seule différence majeure a été dégagée par les travaux d'évaluation. Les établissements sont soumis à des inspections régulières qui portent sur cinq critères de qualité de l'accueil. Sur 931 établissements inspectés avant et après l'introduction du NLW, il existe une relation négative statistiquement significative entre chacun des cinq critères de qualité et deux indicateurs d'alourdissement du coût salarial dans l'établissement. Les auteurs (Giupponi, Machin, 2018a, 2018b) concluent que la dégradation de la

11. Cette politique peut surprendre de la part de gouvernements conservateurs fortement attachés au libéralisme économique. Ses objectifs ont été explicités dès le départ (Freyssinet, 2020a ; LPC, 2022) : « *we want Britain to move (...) to a higher wage, lower tax, lower welfare society* » (« nous voulons faire évoluer la Grande-Bretagne vers une société à plus hauts salaires, plus faible fiscalité, plus faible protection sociale »). D'une part, les bas salaires favorisent le maintien d'activités à basse productivité, donc la hausse progressive du salaire minimum oblige ces entreprises à accroître leur productivité ou à disparaître. D'autre part, comme les principales prestations sociales sont des garanties différentielles de ressources afin d'assurer un revenu minimum, toute augmentation du salaire minimum réduit leur montant, donc la dépense publique.

qualité du service a constitué, pour les établissements d'accueil, la principale variable d'ajustement pour absorber la hausse des coûts ¹².

Confronté à ces différentes composantes de la crise des foyers d'accueil des personnes âgées, le gouvernement n'y fait face jusqu'en 2021 que par l'attribution d'une succession d'aides financières accordées à court terme aux collectivités locales et spécifiquement affectées (*ring-faced*) aux actions d'*adult social care* (Foster, 2022a). En 2020, le choc de la pandémie rend intenable la poursuite de cette politique.

Le choc de la pandémie et l'annonce d'une rénovation

La pandémie frappe de manière brutale les résidences de personnes âgées et met en évidence les conséquences de la précarisation des statuts du personnel. Elle contraint le gouvernement, au-delà d'aides d'urgence, à présenter un programme de rénovation du secteur.

Le choc de la pandémie

Confronté à la première vague de la pandémie, à partir de mars 2020, et face à la crainte de voir les hôpitaux publics

incapables d'accueillir un afflux de malades, le gouvernement adopte deux décisions dans l'urgence (CQC, 2020, 2021 ; Foster, 2022b ; Freyssinet, 2020b). En premier lieu, le gouvernement donne aux hôpitaux publics une priorité absolue pour l'obtention de tests et d'équipements personnels de protection, qui ont fait initialement l'objet d'une pénurie aiguë. Les maisons de retraite attendront plusieurs mois avant d'être approvisionnées. En second lieu, pour contribuer à la libération de lits dans les hôpitaux, 25 000 personnes âgées sont transférées dans les maisons de retraite sans avoir subi préalablement de test de dépistage et sans mesures d'isolement ¹³.

La situation est d'abord masquée par la non-publication du nombre de décès dus au Covid-19 dans ces établissements. Lorsque ces chiffres commencent à être publiés à partir du 29 avril, ils sont sous-estimés du fait de l'absence de tests de détection de l'infection. Cependant les chiffres de surmortalité sont significatifs, comme le montre le graphique 1. La surmortalité relative a été chiffrée par l'Office national de statistiques (ONS) pour l'Angleterre et le Pays de Galles : les *care homes* ¹⁴ ont enregistré entre le 2 mars et le 1^{er} mai 23 000 décès excédentaires relativement à la même période

12. Une autre variable d'ajustement a été utilisée dans le secteur : la transformation des emplois classiques en contrats zéro heure (*zero-hour contracts*, ZHC). Il s'agit de contrats de travail où aucune durée du travail, même minimale, n'est fixée. L'employeur décide unilatéralement quand et pour combien d'heures il fait appel au personnel. Cet effet a été mis en évidence pour l'ensemble du secteur pris globalement (Datta *et al.*, 2019). Il est surtout important pour les services rendus à domicile où 38 % des emplois sont de cette nature car il est facile de fractionner les prestations. Il existe aussi, mais avec une faible ampleur, dans les résidences (5 % des emplois) où la présence d'un personnel permanent est généralement indispensable.

13. Le 27 avril 2022, la Haute Cour (High Court) condamne le ministère de la Santé pour n'avoir pas pris en compte le risque de transmission du virus par des personnes asymptomatiques : J. Croft, « UK government's Covid care home policies were unlawful, High Court rules », *Financial Times*, April 27, 2022, <https://www.ft.com/content/4b0d9459-e9b8-47e8-96cc-0840a3051e25>.

14. Les documents britanniques utilisent les termes *care homes*, c'est-à-dire littéralement « maisons de soins ». En pratique, la surmortalité touche essentiellement les foyers de personnes âgées.

de 2019 alors que le chiffre officiel est de 12 500 décès associés à des tests positifs. Selon les termes de Sebastien Payne : « Le spectre des morts solitaires dans les maisons de santé plane au-dessus de gouvernement ¹⁵. » Ce n'est qu'à partir de l'automne 2020 qu'un programme est mis en œuvre par le gouvernement pour résorber cette situation critique ¹⁶ ; il sera efficace pour la deuxième et la troisième vague de la pandémie (graphique 1).

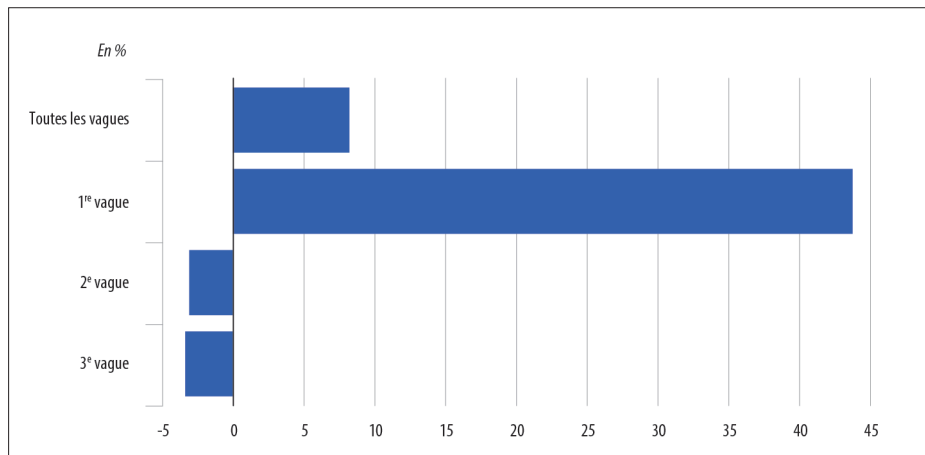
La période a aussi un impact direct sur le personnel des maisons de retraite. L'absence initiale de tests et d'équipements personnels de protection les touche au même titre que les résidents. Il en résulte un absentéisme important soit pour cause de contamination, soit

en raison de l'auto-confinement à domicile pratiqué par les personnels en cas de symptômes. De plus, ils prennent à nouveau conscience de leur statut social et professionnel dégradé et de leur rôle ignoré alors que toute la population s'associe aux hommages rendus au personnel du service national de santé.

Une force de travail précarisée

La surcharge de travail engendrée par l'accueil des nouveaux hébergés et par l'absentéisme du personnel ainsi que les menaces sur la santé liées à l'insuffisance des équipements personnels de protection portent à un niveau de crise la situation dégradée des personnels des résidences de personnes âgées qui avait

Graphique 1. Morts excédentaires dans les care homes durant les trois vagues de la pandémie en Angleterre (14 mars 2020-21 janvier 2022)



Note : Pourcentage de variation relativement à la moyenne des cinq années précédentes.
Source : Office for National Statistics.

15. « The spectre of lonely care home deaths hang over the government », *Financial Times*, June 15, 2020, <https://www.ft.com/content/cd62bbf0-a73a-11ea-92e2-cbd9b7e28ee6>.

16. La surmortalité a eu des conséquences négatives sur l'équilibre financier des établissements : le taux de remplissage a diminué tandis que les primes d'assurance ont explosé, entre un doublement et un quadruplement. Les fermetures s'accroissent. Selon les données les plus récentes, il ne subsiste en mai 2022 que 12 147 résidences pour personnes âgées et le nombre de pensionnaires a diminué de 8 % relativement à la situation pré-Covid : S. Provan, « UK care homes face soaring insurance premiums, charity warns », *Financial Times*, June 7, 2022, <https://www.ft.com/content/32ec9d47-dbc9-4429-b8d0-d7627d4dec2a>.

été diagnostiquée de longue date. Deux rapports, l'un antérieur et l'autre postérieur à la pandémie (NAO, 2018 ; MAC, 2022 ; voir aussi Skills for Care, 2021), décrivent une situation de « crise de la force de travail » (*workforce crisis*).

L'ensemble du secteur (*adult social care*) offre 1,6 million d'emplois dont 83 % occupés par des femmes, 38 % à temps partiel (51 % pour les *care workers* – voir *infra*) et 20 % occupés par des membres de minorités ethniques ; 34 % des personnels ont plus de 50 ans. Les contrats zéro heure concernent 24 % du personnel (et 35 % des *care workers*) tandis que 10 % des emplois sont fournis par des sociétés d'intérim. Les emplois se situent pour 73 % dans des entreprises privées à but lucratif (*for profit providers*).

Aux côtés d'un faible pourcentage de managers et d'infirmières, entre les trois quarts et les quatre cinquièmes des effectifs sont constitués par des *care workers*, personnel de soins sans qualification professionnelle reconnue, sans statut, sans droit à la formation et sans perspective de carrière. Ce dernier problème a été amplifié par la création puis l'augmentation du NLW (voir *supra*). Elles ont eu pour conséquence un écrasement de la hiérarchie salariale des *care workers* au niveau ou au voisinage immédiat du NLW. En mars 2021, leur salaire horaire médian est de 9,01 livres alors qu'au 1^{er} avril 2021 le NLW passe de 8,72 à 8,91 livres. Le salaire horaire moyen des *senior care workers*, seule perspective normale de promotion pour eux, n'est supérieur que de 10 %.

Dès lors, le taux de *turn-over* est passé avec la pandémie de 30 à 40 % par

an environ tandis qu'il existe en permanence environ 120 000 postes vacants¹⁷. Le phénomène s'explique, outre les difficiles conditions de travail et la précarité des emplois, par la faiblesse relative des salaires. Leur niveau médian a été rattrapé par celui des emplois les plus mal payés (vendeurs du commerce de détail, personnel de nettoyage, aides cuisiniers...) par convergence vers le National Living Wage alors qu'il se situait au-dessus au début de la décennie. En conséquence, une mobilité s'observe en direction de ces emplois souvent moins pénibles (Skills for Care, 2021).

Le secteur n'a été que marginalement touché par le Brexit car, à l'exception des infirmières, le personnel étranger vient de zones extérieures à l'Union européenne (Asie, Afrique, Caraïbes). En revanche, le nouveau système d'immigration à points introduit le 1^{er} janvier 2021 le frappe directement puisque les autorisations d'immigration sont conditionnées à des niveaux minima de qualification et de salaire élevés (Walsh, 2021). Le gouvernement a dû rapidement introduire des assouplissements en inscrivant le secteur dans la liste des emplois en pénurie (*shortage occupation list*) et en créant des visas à coût plus faible (Health and Care Worker Visa). Toutefois, si l'abaissement des exigences permet l'immigration de personnes dotées de qualifications intermédiaires, les *care workers* sont toujours exclus parce que classés parmi les « faiblement qualifiés » (*low-skilled*). Ainsi, coexistent aujourd'hui des procédures multiples, complexes et coûteuses qui renforcent les incitations à un travail illégal, particulièrement exploité. Le Migration Advisory Committee, instance

17. Le taux de *turn-over* varie sensiblement selon les sources : la fourchette se situe entre 30 à 40 %. Il en est de même pour le nombre d'emplois vacants, toujours estimé supérieur à 100 000, dont la majorité sont des emplois de *care workers*.

publique indépendante, qui en 2021 a recommandé ces assouplissements, estime dans son récent rapport (MAC, 2022) qu'un recours facilité à l'immigration ne peut offrir qu'un allègement à court terme des difficultés de recrutement et que la solution réside dans une revalorisation de l'ensemble des composantes du statut du personnel. Il conclut que la cause fondamentale de la crise du personnel dans le secteur réside dans la profondeur du sous-financement qui s'est aggravé au cours de la dernière décennie.

Un programme de rénovation

La situation désastreuse du secteur a été l'objet de nombreux rapports et projets, longtemps restés sans suite (Foster, 2022c ; Jarrett, 2019). En 2014, une loi sur les soins aux personnes (Care Act) redéfinit les responsabilités des collectivités locales, fixe les niveaux plancher et plafond de patrimoine qui déterminent les aides publiques (voir *supra*). Elle établit aussi le principe d'un seuil maximum de dépenses (Funding Cost Cap) que peut supporter un individu tout au long de sa vie au titre des soins aux personnes ; une fois ce seuil franchi, le financement public deviendrait intégral. Annoncée pour 2016, la mise en application de ce seuil est à plusieurs reprises repoussée ; elle est aujourd'hui prévue pour octobre 2023 dans le cadre d'un programme triennal adopté à la fin de 2021 pour rénover l'ensemble du secteur (Department of Health and Social Care, 2021 ; Government, 2022a, 2022b ; Seely, Keep, 2021).

Le financement du programme est assuré par la création, dès le budget 2022/2023, d'une cotisation supplémentaire de 1,25 % prélevée, d'une part, sur les salaires pour les employeurs et pour les salariés et, d'autre part, sur les revenus du travail indépendant. Une taxe du même taux sera prélevée sur les dividendes. Les recettes prévues au cours des trois prochaines années budgétaires, soit 36 milliards de livres (43 milliards d'euros), iront pour la plus grande part au secteur de la santé publique (NHS) et pour le reste au secteur d'*adult social care*. Ce dernier recevra 5,4 milliard de livres (6,5 milliards d'euros) répartis entre deux programmes :

- une somme de 1,7 milliard de livres (2 milliards d'euros) est affectée à l'amélioration du fonctionnement des établissements, dont au moins 500 millions de livres (600 millions d'euros) pour les dépenses de personnel (salaires, formation...);

- une somme de 3,6 milliard de livres (4,3 milliards d'euros) doit couvrir le coût de la modification de certaines règles financières : (i) l'introduction en octobre 2023 du seuil maximum de dépenses des particuliers¹⁸, prévu par la loi de 2014, qui est fixé à 86 000 livres (103 000 euros) ; (ii) l'élévation des niveaux plancher et plafond de patrimoine qui déterminent l'aide publique et qui sont portés respectivement à 20 000 livres (24 000 euros) et 100 000 livres (120 000 euros)¹⁹ ; (iii) un financement additionnel fourni aux collectivités territoriales pour qu'elles puissent rémunérer

18. Le seuil n'est pris en compte que pour les dépenses postérieures à octobre 2023 sans rétroactivité. Il y aura donc un délai, variable mais relativement long, avant qu'il soit efficace.

19. Le passage du plafond de 23 250 à 100 000 livres implique un important élargissement de la plage des patrimoines qui offrent le droit à une aide des collectivités territoriales. Ce nouvel avantage est partiellement compensé par le fait que ces aides sont déduites du montant pris en compte pour le calcul du seuil maximum de dépenses au-delà duquel la prise en charge financière par les collectivités territoriales est intégrale.

les gestionnaires des résidences à un taux raisonnable (*fair cost*) qui réduise les risques de fermetures ou de redéploiements vers les *self funders* (voir *supra*).

La volonté du gouvernement de favoriser la relance d'un secteur dont le déclin était dénoncé depuis de nombreuses années bénéficie d'une approbation générale. En revanche, les modalités retenues et la dimension de l'effort font l'objet de critiques qui émanent principalement de divers *think tanks* (voir les références ci-après).

- La critique la plus radicale porte sur le maintien d'une coupure institutionnelle et normative entre deux secteurs, la santé et le *social care*, alors qu'ils sont en pratique étroitement complémentaires (Quilter-Pinner, Hochlaf, 2019). La santé est un service public national qui obéit à des principes de gratuité et d'égalité dans l'accès aux soins. Le *social care* fonctionne avec des aides sous conditions de ressources et une qualité de service qui est fonction des ressources inégales des collectivités locales. L'état de sinistre dans lequel se trouve le *social care* justifierait son intégration au service public de santé ou, au moins, une application généralisée des principes de gratuité et d'égalité. Elle devrait être accompagnée d'une fusion ou d'un alignement du statut des personnels.

- Un deuxième débat porte sur le mode de financement retenu : une taxe sur les revenus d'activité (salaires ou revenus des indépendants) plutôt que l'impôt progressif sur les revenus (Bell *et al.*, 2021 ; Bell, Corlett, 2021). D'une part, à l'exception de la taxe de 1 % sur les dividendes, les autres revenus de la propriété ne sont pas touchés. Tel est le cas en particulier des revenus tirés des loyers alors que les deux tiers des ménages qui les perçoivent se situent dans le quintile

supérieur des revenus. D'autre part, les pensions de retraite sont exonérées alors que les retraités seront les principaux bénéficiaires de l'accroissement des dépenses et qu'ils ont aujourd'hui un niveau de revenu égal à la moyenne et indexé de manière avantageuse.

- Une troisième critique est liée aux conséquences de la combinaison entre le niveau et le mode de calcul du seuil maximum des dépenses qui seront supportées par les personnes au cours de leur vie (Foster, 2022d ; Tallack, Sturrock, 2022). Le seuil est élevé, mais le mode de calcul des dépenses prises en compte est restrictif. En sont exclues d'une part les dépenses correspondant à l'hébergement hôtelier (logement, nourriture...), d'autre part, la fraction des dépenses prises en charge par les collectivités locales. Dès lors, les simulations montrent que ce sont les personnes appartenant au second quintile des patrimoines qui verront le plus repoussée la probabilité d'atteindre ce seuil et non celles appartenant aux quintiles supérieurs.

- Enfin, l'enveloppe budgétaire prévue pour trois ans est jugée très inférieure à ce qu'exigerait un plan d'urgence pour la réhabilitation matérielle des hébergements et pour la création de conditions d'emploi et de rémunération sinon attractives du moins acceptables (Foster, 2022a). Or, les prévisions démographiques relatives au vieillissement de la population conduisent à anticiper une augmentation de 490 000 emplois dans le secteur d'ici 2035, soit +29 % (Skills for Care, 2021). Comment trouver des candidates et des candidats souhaitant occuper durablement ces postes avec une enveloppe additionnelle de seulement 500 millions de livres (600 millions d'euros) sur trois ans pour les dépenses de personnel ?

Le Trades Union Congress s'appuie sur ces analyses pour critiquer la médiocrité des ambitions d'un programme gouvernemental qui ne répond pas à ses objectifs prioritaires. Il les présente autour de quatre axes (TUC, 2020, 2021, 2022) :

- établissement de normes sectorielles sur les conditions d'emploi, avec un salaire minimum horaire d'au moins 10 livres, ainsi que la reconnaissance des qualifications du personnel, du droit à la formation et de garanties de carrière à l'image de ceux dont bénéficient les personnels du service public de santé ;

- création d'une instance multipartite qui réunirait gouvernement, autorités locales, employeurs et syndicats (Social Care Forum) et qui constituerait un lieu de négociation et de définition d'une stratégie à moyen et long terme pour la force de travail ;

- adoption d'une stratégie d'investissement qui permette de financer des recrutements pour les 105 000 emplois vacants et la croissance des effectifs pour répondre aux besoins engendrés par le vieillissement de la population ;

- réduction de la place du secteur privé grâce à une politique de réinternalisation des services au sein des collectivités locales ou du NHS.

Conclusion

Il a fallu le choc de la pandémie pour que la situation désastreuse de l'*adult social care* soit prise en compte par le gouvernement autrement que par des aides budgétaires ponctuelles. Le programme triennal présenté à la fin de l'année 2021 est ambitieux dans son discours, mais modeste dans son financement et limité quant à la nature des réformes.

Il ne remet pas en cause la coupure institutionnelle entre un secteur d'activité confié aux collectivités locales et un service national de santé universel et gratuit. Il ne remet pas en cause l'externalisation d'un service qui est confié pour l'essentiel au secteur privé lucratif ; au contraire, il affecte une fraction des ressources additionnelles pour permettre une rémunération correcte (*fair cost*) de ces prestataires. Les changements principaux portent sur l'élargissement de la plage des patrimoines qui donnent droit à l'aide publique et sur la limitation dans l'avenir des coûts totaux supportés par les résidents.

La rupture se situe à un autre niveau. Le gouvernement a dû trahir sa promesse électorale de ne pas augmenter le niveau des prélèvements obligatoires (*low tax conservatism*). Encore ne l'a-t-il fait qu'en prenant soin de préserver dans une large mesure deux composantes de sa clientèle électorale, les personnes âgées et les titulaires de hauts revenus.

Sources :

Atkins G., Hoddinott S. (2022), *Neighbourhood Services under Strain. How a Decade of Cuts and Rising Demand for Social Care Affected Local Services*, Institute for Government, May, <https://bit.ly/31MnEv7>.

Bell T., Brewer M., Cominetti N., Judge L., Shah K., Tomlinson D., Try L. (2021), « Nationally insured? New taxes and new spending to address key Department for Health and Social Care priorities », *Briefing Note*, Resolution Foundation, September 8, <https://www.resolutionfoundation.org/publications/nationally-insured/>.

Bell T., Corlett A. (2021), « A caring tax rise? The impacts of a potential increase in National Insurance », *Spotlight*, Resolution Foundation, July 21, <https://www.resolutionfoundation.org/publications/a-caring-tax-rise/>.

Boyne G.A. (1998), « Competitive tendering in local government: A review of theory and evidence », *Public Administration*, vol. 76, n° 4, p. 695-712, <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00132>.

- Burchardt T., Obolenskaya P., Vizard P. (2016), « Adult social care », in Lupton R., Burchardt T., Hills J., Stewart K., Vizard P. (eds.), *Social Policy in a Cold Climate. Policies and their Consequences Since the Crisis*, Bristol, PolicyPress, p.187-214, <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447327714.003.0009>.
- CMA (2017), *Care Homes Market Study*, Final Report, Competition & Markets Authority, November 30, <https://bit.ly/3nT6jqC>.
- CQC (2020), *The State of Health Care and Adult Social Care in England 2019/2020*, HC 799, Care Quality Commission, October 15, <https://bit.ly/3lvaXof>.
- CQC (2021), *The State Of Health Care and Adult Social Care in England 2020/2021*, HC 753, Care Quality Commission, October 21, <https://bit.ly/3PI1Jgn>.
- Datta N., Giupponi G., Machin S. (2019), « Zero-hours contracts and labour market policy », *Economic Policy*, vol. 34, n° 99, p. 369-427, <https://doi.org/10.1093/epolic/eiz008>.
- Department of Health and Social Care (2021), *People at the Heart of Care. Adult Social Care Reform White Paper*, CP 560, December, <https://bit.ly/3aAFp3F>.
- Foster D. (2022a), *Adult Social Care Funding (England)*, House of Commons Library, n° 7903, February 11, <https://bit.ly/3ay12Sd>.
- Foster D. (2022b), *Coronavirus: Adult Social Care Key Issues and Sources*, House of Commons Library, n° 9019, February 14, <https://bit.ly/3avpXWu>.
- Foster D. (2022c), *Proposed reforms to adult social care (including cap on care costs)*, House of Commons Library, n° 9315, April 27, <https://bit.ly/3nYiZMY>.
- Foster D. (2022d), *Paying for Adult Social Care in England*, House of Commons Library, n° 1911, April 29, <https://bit.ly/3uGJrhP>.
- Freyssinet J. (2020a), « Au Royaume-Uni, du National Minimum Wage au National Living Wage », *La Revue de l'IRES*, n° 100, p. 67-101, <https://bit.ly/3nSc5qv>.
- Freyssinet J. (2020b), « Royaume-Uni : une sous-estimation initiale du risque, puis une gestion chaotique », n° spécial, « Les mobilisations sanitaires des États et de l'Union européenne face à la première vague de Covid-19 », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 171, décembre, p. 172-187, <https://bit.ly/3bduF9t>.
- Gardiner L. (2016), « Rising to the challenge. Early evidence on the introduction of the National Living Wage in the social care sector », *Resolution Foundation Briefing*, August, <https://www.resolutionfoundation.org/app/uploads/2016/08/Rising-to-the-challenge.pdf>.
- Giupponi G., Lindner A., Machin S., Manning A. (2016), *The Impact of the National Living Wage on English Care Homes*, Interim Report, Centre for Economic Performance, London School of Economics, University College London, <http://bit.ly/2GC1fRy>.
- Giupponi G., Machin S. (2018a), « Changing the structure of minimum wages: Firm adjustment and wage spillovers », *IZA Discussion Paper*, n° 11474, <http://ftp.iza.org/dp11474.pdf>.
- Giupponi G., Machin S. (2018b), « Care homes : Effects of the National Living Wage », *CentrePiece*, vol. 23, n° 2, p. 5-8, <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/cp529.pdf>.
- Glasby J. (2016), « "It ain't what you do, it's the way that you do it": Adult social care under the coalition », in Bochel H., Powell M. (eds.), *The Coalition Government and Social Policy: Restructuring the Welfare State*, Bristol, PolicyPress, p.221-242, <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447324560.003.0010>.
- Government (2022a), « Build back better: Our plan for health and social care », *Policy Brief*, March 8, <https://bit.ly/3yz0CD8>.
- Government (2022b), « Adult social care charging reform: Analysis », *Policy Paper*, March 8, <https://bit.ly/3RDZqam>.
- Hft (2021), Sector Pulse Check. *The Impact of the Challenges to the Social Care Sector in 2020*, Hft, March, <https://www.hft.org.uk/spc-for-2020/PDF.pdf>.
- Hudson B. (2018), *Adult Social Care: Is Privatisation Irreversible?*, British Politics and Policy at LSE, February 14, <https://bit.ly/3AOTB3X>.
- Jarrett T. (2019), « Adult social care: The Government's ongoing policy review and anticipated Green Paper (England) », *Briefing Paper*, n° 8002, September 30, <https://bit.ly/3NWtTNz>.
- LPC (2022), *The National Living Wage Review (2015-2020)*, Low Pay Commission, May 18, <https://bit.ly/3PnumJM>.
- MAC (2022), *Adult Social Care and Immigration: A Report from the Migration Advisory Committee*, April, <https://bit.ly/3lwrFyy>.

- NAO (2018), *The Adult Social Care Workforce in England*, Department of Health & Social Care, February 8, <https://bit.ly/3c79yrl>.
- NAO (2021), *The Adult Social Care Market in England*, Department of Health & Social Care, March 25, <https://bit.ly/3AFrzrr>.
- Quilter-Pinner H., Hochlaf D. (2019), *Social Care: Free at the Point of Need – The Case for Free Personal Care in England*, Institute for Public Policy Research, May, <https://www.ippr.org/files/2019-05/social-care-free-at-the-point-of-need-may-19.pdf>.
- Sasse T., Guerin B., Nickson S., O'Brien M., Pope T., Davies N. (2019), *Government Outsourcing: What Has Worked and What Needs Reform?*, Institute for Government, September, <https://bit.ly/3yYyaMg>.
- Seely A., Keep M. (2021), *Health and Social Care Levy Bill 2021-22*, House of Commons Library, n° 9310, November 16, <https://bit.ly/3z2o3pM>.
- Skills for Care (2021), *The State of the Adult Social Care Sector and Workforce in England*, <https://bit.ly/3Pb2Gll>.
- Tallack C., Sturrock D. (2022), « Does the cap fit? Analysing the government's proposed amendment to the English social care charging system », *IFS Briefing Note*, BN339, Institute for Fiscal Studies, February, <https://doi.org/10.1920/BN.IFS.2022.BN0339>.
- TUC (2020), « Fixing social care. Better quality services and jobs », September 7, <https://www.tuc.org.uk/research-analysis/reports/fixing-social-care>.
- TUC (2021), « A new deal for Social Care: A new deal for the workforce », September 5, <https://bit.ly/3PkCxGQ>.
- TUC (2022), « Lifting the veil: Removing the invisibility of adult social care », May, <https://bit.ly/3yFtiKu>.
- Walsh P.W. (2021), *The UK's 2021 Points-based Immigration System*, Policy Primer, The Migration Observatory, May, <https://bit.ly/3O35YMC>.
- Whitfield D. (2002), « Impact of privatisation and commercialisation on municipal services in the UK », *Transfer*, vol. 8, n° 2, p. 234-251, <https://doi.org/10.1177/102425890200800208>.