

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
MIRE

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Les systèmes européens de protection sociale :
Une mise en perspective

Lucie PAQUY
(sous la responsabilité scientifique de Patrice BOURDELAIS,
Directeur d'étude de l'EHESS)

n° 6 – janvier 2004

Ce travail, remis en janvier 2003, a été effectué dans le cadre du réseau thématique européen PHOENIX TN Health and Social Welfare Policy (213854-CP-2-2002-1-PT-ERASMUS-TN), sous la responsabilité scientifique de Patrice Bourdelais, directeur d'études à l'EHESS. Il a bénéficié du soutien financier du gouvernement portugais.

Une version anglaise a également été éditée (Lucie Paquy, *European Social Protection Systems in Perspective*, Compostela Group of Universities series European Issues, vol. 3, Brno, VUTIUM Press, 2004, 146 p. ISBN 84 – 607 – 977 - 7). La traduction en a été assurée par Jennifer Merchant, grâce au soutien financier du réseau thématique PHOENIX TN. La publication a bénéficié du soutien financier de la fondation Calouste Gulbenkian dans le cadre du programme européen des rencontres du Groupe Compostelle d'Universités.

Je remercie les membres du comité scientifique du réseau PHOENIX TN pour leur confiance, et plus particulièrement Patrice Bourdelais, dont le soutien fut précieux et chaleureux.

Table des matières

CHAPITRE I - LA CONSTRUCTION HISTORIQUE DES ÉTATS-PROVIDENCE	11
I. L'émergence des Welfare States (fin XIXe-1940)	11
1. Un pionnier, l'Allemagne.....	11
2. Des Poors Laws aux assurances sociales, la Grande-Bretagne	13
3. Entre assistance et assurance, la France	14
4. La protection sociale universelle : les pays scandinaves	16
II. Stabilisation et croissance des États-Providence (années 1940-1970)	17
1. Beveridge ou Bismarck ?.....	17
3. La construction du Welfare State dans les pays de l'Europe du Sud	23
 CHAPITRE II - L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE DES ÉTATS-PROVIDENCE	29
I. Droits sociaux et formules de prestation	29
1. La couverture des risques sociaux	29
Source : Drees, 1999.	31
2. Des formules de prestation diversifiées	32
II. La protection sociale complémentaire	38
1. La Mutualité	38
2. La protection d'entreprise.....	40
3. Les associations	42
III. La gestion des systèmes de protection sociale	43
1. Le financement des systèmes de protection sociale.....	44
2. État et/ou partenaires sociaux : les gestionnaires de l'État-Providence.....	45
 CHAPITRE III - FEMMES, FAMILLES ET ÉTATS-PROVIDENCE	49
I. La diversité des politiques familiales	50
1. Le soutien économique aux familles avec enfants.....	50
2. Maternité, éducation et garde des enfants.....	52
II. Différents modèles familiaux d'États-Providence	55
1. Politiques non explicites et prédominance du modèle de soutien de famille masculin (Allemagne, Royaume-Uni, Europe du Sud).....	55
2. Favoriser les familles, les mères et les travailleuses : la France.....	59
3. Une politique d'égalité entre les hommes et les femmes : la Scandinavie	60
III. Une évaluation des politiques familiales : l'emploi des femmes et la réduction de la pauvreté infantile	62
1. Les modèles d'emploi des femmes.....	62
2. La lutte contre la pauvreté infantile	64
 CHAPITRE IV - LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE CHÔMAGE, LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION.....	67
I. Assurance chômage et dispositifs d'assistance	67
1. Les régimes d'assurance chômage.....	67
2. Pauvreté et exclusion : les politiques de revenu minimum.....	70
II. Des politiques passives aux politiques actives	73
1. Les pays nordiques et « l'orientation vers le travail »	74
2. L'activation dans le reste de l'Europe	77
 CHAPITRE V - DES ÉTATS-PROVIDENCE EN RECOMPOSITION	81
I. Les nouveaux défis des États-Providence	81

1. Les transformations de l'environnement économique et social.....	81
2. Les problèmes spécifiques aux États-Providence.....	84
II. Les réformes de la décennie 1990	86
1. Une protection sociale moins généreuse.....	87
2. Des mécanismes du marché dans la protection sociale : la régulation des systèmes de santé	89
3. Des États-Providence entre permanence et recomposition.....	92
Conclusion.....	95
BIBLIOGRAPHIE	99
ANNEXES	113

Résumé

De 1994 à 1998, la MiRe a organisé quatre rencontres consacrées à la comparaison des systèmes européens de protection sociale (rencontres d'Oxford, Berlin, Florence et Copenhague). Ayant pour objectif de mieux comprendre les spécificités françaises à la lumière des expériences étrangères, elles mettaient en perspective, à travers des thématiques récurrentes, les systèmes de protection sociale de la France et d'autres pays européens. Un cinquième colloque, organisé en 2000 à Paris, est venu compléter cet ensemble en traitant des réformes et des transformations qui affectent les États-providence européens depuis une décennie.

Ce travail, effectué dans le cadre du réseau thématique européen PHOENIX TN Health and Social Welfare Policy, présente une synthèse des contributions exposées lors de ces différentes rencontres. Il vise à mieux appréhender et comprendre les systèmes de protection sociale des pays d'Europe, dans leurs divergences et leurs convergences. Cinq grandes thématiques sont abordées : la construction historique des États-providence européens, leur organisation institutionnelle, les politiques familiales et la place des femmes, les politiques de lutte contre le chômage, la pauvreté et l'exclusion, les recompositions en cours des différents systèmes de protection sociale.

Introduction

Depuis une dizaine d'années, la Mission Recherche (MiRe) du ministère de l'Emploi et de la solidarité s'est engagée dans un programme visant à favoriser les comparaisons et les collaborations européennes entre chercheurs travaillant sur les systèmes de protection sociale¹. Dans cette optique, quatre rencontres réunissant des chercheurs de différentes nationalités et disciplines (droit, histoire, sociologie, économie et sciences politiques) ont été organisées entre 1994 et 1998. Ayant pour objectif initial de mieux comprendre les spécificités françaises à la lumière des expériences étrangères, elles mettaient systématiquement en perspective, à travers des thématiques récurrentes, les systèmes de protection sociale de la France et celui d'autres pays européens. Les premières de ces rencontres ont eu lieu en 1994 à Oxford et présentaient un tableau des institutions, des problèmes et des analyses de la protection sociale en France et en Grande-Bretagne (MiRe, 1995). Les secondes, qui se sont déroulées à Berlin, confrontaient les expériences françaises et allemandes, toutes deux habituellement classées dans la même famille institutionnelle de protection sociale (MiRe, 1996). Les troisièmes rencontres, celles de Florence, interrogeaient la spécificité des systèmes de protection sociale de l'Europe du Sud et de la place de la France au sein de cet ensemble (MiRe, 1997). Les rencontres de Copenhague, organisées en 1998, étaient quant à elles axées sur la comparaison des systèmes français et nordiques de protection sociale (MiRe, 1999). Un cinquième colloque, tenu à Paris en 2000, est venu compléter cet ensemble en analysant les différentes réponses apportées en Europe aux grandes questions que doivent affronter actuellement les États-Providence (Daniel et Palier, 2001).

Ce travail présente une synthèse des contributions exposées lors de ces différentes rencontres. On n'y lira donc pas une tentative supplémentaire d'une typologie des États-Providence, non plus qu'un exposé exhaustif des caractéristiques des régimes de protection sociale européens. Il s'agit davantage, à travers quelques grandes thématiques dégagées lors de ces rencontres, de mieux appréhender et comprendre les systèmes de protection sociale des pays d'Europe, dans leurs divergences et leurs convergences. La synthèse elle-même est loin d'être exhaustive : des choix thématiques ont été faits, privilégiant certains aspects centraux ou novateurs, tels que la place de la famille et les politiques familiales, particulièrement discriminantes, ou encore l'approche en termes de genre, laissant de côté d'autres thèmes, comme par exemple les systèmes de retraite. Ajoutons enfin que les informations fournies dans ce rapport sont évidemment très dépendantes de celles présentées dans les différentes contributions, qui témoignent à la fois des choix de recherche des auteurs, de ceux de la MiRe et du développement des recherches nationales sur la protection sociale. La dimension historique, par exemple, est très présente dans les rencontres franco-britanniques et franco-allemandes alors qu'elle est plutôt absente des rencontres franco-nordiques, si ce n'est à travers les analyses sexuées de la construction des systèmes de protection sociale. De même, les questions de santé et d'organisation des soins de santé sont très peu abordées pour les pays scandinaves alors qu'on les retrouve dans les autres pays d'Europe². On ne vise donc pas une comparaison parfaitement symétrique des régimes européens de protection sociale, ce qui d'ailleurs n'entraîne pas dans les intentions initiales de la MiRe. Une telle démarche n'exclut pas toutefois l'utilisation ponctuelle de publications extérieures, pour éclairer tel ou tel aspect.

¹ « Comparer les systèmes de protection sociale en Europe », *Mire Info*, n° 30, mars 1994, p. 3-6.

² Cela résulte d'un choix du comité scientifique « qui a tenu compte des thèmes abordés dans les rencontres précédentes » (MiRe, 1999 : 748).

Les premières recherches comparatives des systèmes de protection sociale ont été lancées dans les années 1960-1970³, en réponse au « rôle nouveau et croissant joué par les États d'après-guerre dans la satisfaction des besoins » (Ostner, 2001 : 154). Elles reposaient alors presque totalement sur la comparaison des montants des dépenses publiques. Le niveau des dépenses sociales était en effet considéré comme le meilleur indicateur de l'effort des États en faveur du bien-être social, et les pays étaient classés sur une échelle de bien-être « faisant ressortir le lien entre le niveau de développement économique et le niveau de développement social » (Merrien, 1996). Ce type d'analyse développementaliste a aujourd'hui été remplacé par l'analyse typologique qui, regroupant les régimes en catégories idéales-typiques, permet de mettre en évidence des modèles de Welfare, de mener une réflexion sur les convergences et les divergences et de procéder à la recherche de causes (Ibid.). Les recherches du sociologue suédois Gösta Esping-Andersen⁴ ont joué un rôle majeur dans cette nouvelle orientation des travaux comparatifs. S'inspirant de la typologie de Richard Titmuss⁵, centrant l'analyse autour du concept de « démarchandisation » emprunté à Karl Polanyi⁶, Esping-Andersen a ainsi identifié trois régimes de protection sociale⁷.

Le premier est le « régime « libéral ». Il se caractérise par son faible niveau de démarchandisation et par la grande dépendance des individus vis-à-vis du marché « pour assurer leurs revenus primaires et de protection sociale » (Palier, 2001 : 36). La protection sociale y est surtout résiduelle : les revenus de remplacement sont peu élevés, les prestations sont principalement orientées vers des groupes cibles et « attribuées la plupart du temps strictement en fonction des besoins » (Ostner et Lessenich, 1996 : 184). Les prestations sous conditions de ressources sont nombreuses.

À l'opposé se trouve le régime « social-démocrate », caractérisé par un niveau élevé de démarchandisation. Ce régime, associé aux pays scandinaves, se donne pour objectif d'« assurer l'égalité, la cohésion et l'homogénéité des groupes sociaux au sein d'une grande « classe moyenne » ». Il offre une protection sociale universelle et les prestations, délivrées sous forme de services gratuits ou de prestations en espèces, sont élevées (Palier, 2001 : 36).

Le troisième régime de protection sociale est le régime « conservateur-corporatiste », associé aux pays continentaux. Sa finalité est moins de réduire les inégalités que d'assurer le maintien du revenu des travailleurs en cas de réalisation d'un risque social. Les droits sociaux et le niveau de protection sociale dépendent « des performances sur le marché du travail et de la situation dans l'emploi » des individus (Ibid.). Les prestations sont relativement généreuses et offrent aux assurés sociaux une certaine indépendance vis-à-vis du marché. La dépendance subsiste toutefois indirectement puisque les droits sociaux sont liés à l'emploi.

La classification d'Esping-Andersen permet « de saisir les logiques dominantes propres à chaque système de protection sociale et que l'on retrouve à l'œuvre dans les différents pays »

³ On peut néanmoins faire remonter l'idée de comparer les systèmes de protection sociale beaucoup plus loin dans le temps, presque au moment de la naissance des États-Providence (Palier et Daniel, 2001 : 17).

⁴ Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.

⁵ Titmuss, R. (1958), *Essays on the Welfare State*, London, Allen and Unwin.

⁶ Polanyi, K. (1944), *The Great Transformation*, Boston, Beacon Press. La « démarchandisation » (« decommodification ») désigne le processus de libération ou d'indépendance des individus vis-à-vis des forces du marché du travail. La démarchandisation du travail est une fonction commune à tous les systèmes de protection sociale, mais elle atteint un niveau différent suivant les régimes.

⁷ Cf, annexe 1.

(Ibid. : 38). Elle reste toutefois idéale-typique et a été beaucoup discutée (Merrien, 1997 : 90 et suivantes). Aujourd'hui, on s'accorde à reconnaître en Europe « quatre familles institutionnelles » et relativement homogènes de protection sociale⁸ (Palier, 2001 : 36 ; Commission européenne, 1995).

Les pays nordiques relèvent de la première famille. « La protection sociale y est un droit de tous les citoyens, l'État-Providence fournit de nombreux services sociaux gratuits, la plupart des prestations sont forfaitaires et d'un montant élevé, versées automatiquement en cas d'apparition d'un besoin social » (Palier, 2001 : 36). Ces systèmes de protection sociale sont essentiellement financés par l'impôt et les collectivités locales jouent un grand rôle dans leur gestion.

La seconde famille regroupe des pays anglo-saxons (Grande-Bretagne, Irlande). La protection sociale fonctionne également selon le principe de l'universalité, mais seuls les services nationaux de santé sont véritablement universels (Ibid. : 39). Les prestations, délivrées par le système public d'assurance sociale, sont forfaitaires et leur niveau est beaucoup plus bas que dans les pays nordiques. Les prestations sous conditions de ressources sont importantes et concernent les personnes qui n'ont pu cotiser suffisamment à l'assurance sociale. La protection sociale est essentiellement financée par les recettes fiscales et le système est fortement centralisé.

Les pays du centre du continent européen (Allemagne, France, Benelux, Autriche) se rattachent à la troisième famille. Les prestations sont contributives et leur montant est, le plus souvent, proportionnel au niveau de salaire de l'assuré. Un filet de sécurité existe néanmoins pour les personnes qui ne sont pas ou plus couvertes par les assurances sociales. Le financement de la protection sociale repose essentiellement sur les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés. Contrairement aux pays nordiques ou anglo-saxons, la gestion du système n'est pas assurée directement par l'État, mais par les partenaires sociaux (représentants des employeurs et des salariés).

La dernière famille rassemble par les pays du Sud de l'Europe (Espagne, Italie, Grèce, Portugal). Ces pays présentent un système mixte de protection sociale, combinant des prestations contributives et proportionnelles au revenu (assurances sociales) et des prestations à vocation universelle (services nationaux de santé). Ils présentent en outre des traits spécifiques : les systèmes de protection sociale y sont très fragmentés et hétérogènes, certaines professions (fonctionnaires) étant mieux couvertes que d'autres ; la mise en place d'un filet de sécurité garantissant un revenu minimum est y très récente⁹, et le système de protection sociale fonctionne souvent de manière particulariste, voire clientéliste, notamment en Italie (« distribution parfois clientéliste des prestations, fraudes aux prestations comme au financement ») (Ibid. : 39-40, voir aussi Ferrera, 1997 : 19-20 et Fargion, 2001 : 231).

Les caractéristiques de ces quatre familles européennes de protection sociale seront approfondies tout au long de ce travail, qui se divise en cinq chapitres. Le premier présente la construction historique des États-Providence. Vient ensuite un exposé de l'organisation institutionnelle des systèmes européens de protection sociale, qui aborde les différentes formules de prestation et de gestion. Le chapitre 3 est consacré à la question des politiques

⁸ Cf, annexe 2. Les quatre paragraphes suivants reprennent les analyses de Palier, 2001 : 38-40.

⁹ Sauf pour la Grèce où il n'existe pas de système de revenu minimum.

familiales et de la place des femmes dans les différents États-Providence. Le chapitre 4 analyse les politiques de lutte contre le chômage, la pauvreté et l'exclusion, tandis que le dernier chapitre traite des recompositions aujourd'hui à l'œuvre dans les différents systèmes de protection sociale.

CHAPITRE I

LA CONSTRUCTION HISTORIQUE DES ÉTATS-PROVIDENCE

La connaissance de la construction historique des États-Providence s'avère nécessaire si l'on veut comprendre l'architecture des systèmes de protection sociale contemporains. En effet, si les États ont été souvent confrontés aux mêmes types de problèmes, leur formulation et les voies suivies pour les traiter ont été différentes et pèsent encore lourdement sur les configurations actuelles. On peut distinguer trois grandes périodes dans l'histoire des Welfare States (Merrien, 1997 : 13-16). La première, qui débute à la fin du XIXe siècle, est une phase d'émergence et d'édification, souvent conflictuelle : les pays européens adoptent des législations de protection sociale, mais à des rythmes différents et selon des modalités diverses. La seconde période s'étend de la fin de la Seconde Guerre Mondiale aux années 1970. Elle correspond à « l'âge d'or » des États-Providence : les controverses s'atténuent et la protection sociale tend à se généraliser à toutes les couches de la population. La troisième phase, que nous n'aborderons pas ici, est celle de la stagnation ou de la « crise des États-Providence » (Palier, 2002 : 30, 45). Les systèmes de protection sociale sont confrontés à la crise économique, source de difficultés financières, en même temps qu'à des transformations de « la structure des risques et des besoins sociaux » (Esping-Andersen, 2001 : 77).

I. L'émergence des Welfare States (fin XIXe-1940)

La phase d'émergence des Welfare States est connexe d'une nouvelle technique de protection sociale : l'assurance sociale. Le premier pays à avoir introduit ce système est l'Allemagne. La Grande-Bretagne l'adopte également tandis que la France se caractérise par les rapports complexes qu'entretient l'assurance avec l'assistance. La Suède se distingue en adoptant une législation d'assurance sociale universelle.

1. Un pionnier, l'Allemagne

Avec les lois de 1883 (assurance maladie), 1884 (assurance accidents) et 1889 (vieillesse-invalidité), l'Allemagne a joué un rôle pionnier dans l'avènement de l'assurance sociale en Europe (Ritter, 2001 : 9). L'empire germanique apparaît en effet comme le premier pays à mettre en place cette nouvelle forme de protection sociale et le modèle allemand a servi de référence à de nombreux pays européens, qu'il ait été considéré comme une voie à imiter (Suède, Norvège, Pays-Bas...) ou, au contraire, à rejeter (France)¹⁰.

L'introduction de l'assurance sociale par le chancelier Bismarck tient à de multiples facteurs. Il faut d'abord mentionner – mais le phénomène est commun à la plupart des pays européens – l'acuité de la question sociale, liée au développement de l'industrialisation et de l'urbanisation, et caractérisée par un prolétariat industriel croissant menacé d'appauvrissement (Ritter, 2001 : 8). Plus spécifique à l'Allemagne, il faut citer la tradition fortement ancrée de la « réforme par le haut » ainsi que la faiblesse du libéralisme politique et économique, comparativement à d'autres pays d'Europe (Ritter, 1996 : 34 et 2001 : 9). La volonté de contrer la social-démocratie en concédant à la classe ouvrière des avantages sociaux est

¹⁰ Merrien (1997 : 17) ; Olsson Hort (2001 : 50) ; Sur la position française vis-à-vis des assurances sociales allemandes, Kott, 1996 : 43.

également à prendre en compte. Votée peu de temps après les lois antisocialistes, l'assurance sociale apparaît en effet comme un moyen de « désamorcer la bombe révolutionnaire placée dans la société impériale » (Abelshausen, 1996 : 126) ; en somme, elle s'apparente à « une assurance contre les révolutions sociales et politiques » (Ritter, 1996 : 38). Elle constitue également une réponse à la forte mobilité des ouvriers, nécessitée par le développement de la construction ferroviaire et de l'industrie lourde. « Dès les années 1880, le volume migratoire des villes de plus de 50 000 habitants représente en moyenne annuelle un quart de leur population » (Abelshausen, 1996 : 127). Or, très vite, les dispositifs d'assistance traditionnelle (caisses de solidarité, associations de bienfaisance municipales, institutions patronales et institutions caritatives religieuses) n'arrivent plus à faire face à ces migrations massives.

Plus fondamentalement, l'institution des assurances sociales s'intégrait dans un vaste projet d'alternative au libéralisme économique, inséparable de l'organisation de l'État, de la société et de l'économie. Comme l'explique Werner Abelshausen, pour Bismarck, « l'introduction de l'assurance sociale était à mettre en étroite relation avec la tentative d'offrir, via la création de comité autogérés de type corporatif, de conseils et d'associations professionnelles industrielles, des modèles antiparlementaires, dans l'optique d'une nouvelle organisation de la représentation des intérêts au sein de l'État » (Abelshausen, 1996 : 127). Elle constituait un moyen de favoriser une nouvelle représentation des intérêts ouvriers et « devait servir de base à une future représentation populaire qui, en lieu et place ou en plus du Reichstag deviendrait une instance consultative déterminante pour les législateurs »¹¹. Les autorités du Reich voyaient dans cette organisation comparative le moyen de constituer ou de rassembler une communauté nationale fondée sur l'harmonie. Ainsi, dans la discours de Guillaume 1er annonçant l'assurance sociale, celle-ci est présentée à la fois comme « une réponse aux ennemis de l'intérieur » (i.e. la social-démocratie) et comme « une volonté de constituer la communauté nationale harmonieuse fondée sur l'existence ou la constitution de « corps intermédiaires » dont l'État serait le seul garant possible » (Kott, 1996 : 44).

Cette double conception communautaire et étatiste imprègne l'organisation des premières assurances sociales. L'obligation d'affiliation concerne essentiellement les ouvriers « vus comme les catégories les plus touchées par la dissolution des cadres sociaux traditionnels » (Kott, 1996 : 45). De même, les principes de l'autogestion et de la « communauté de métier » sont au fondement de l'organisation des assurances maladie et accidents (Ibid.). L'assurance accident est ainsi gérée par des organismes regroupant les entreprises d'une même branche industrielle, dans lesquelles la représentation des employeurs est prépondérante (Kott, 1996 : 43 ; Ritter : 1996 : 29). Au contraire, les représentants ouvriers dominent les caisses d'assurance maladie¹². « Dans ce cadre, l'autogestion n'a pas de vocation démocratique », elle participe à « la constitution d'une harmonie dans le cadre idéalisé de la communauté de métier » (Kott : 1996 : 45). Il faut néanmoins souligner que, dans sa mise en pratique, l'autogestion va bien vite devenir un lieu d'expression et de résolution des conflits sociétaux, en même temps qu'un lieu d'apprentissage de la démocratie sociale (Ibid. : 49-51 ; Hudemann, 2001 : 225).

¹¹ Hans Rohtfels (1927), *Theodor Lohman und die Kampffahre der staatlichen Sozialpolitik*, cité par Abelshausen, 1996 : 127. Précisons que cette idée n'a pas été mise en pratique.

¹² Ils possèdent les deux tiers des voix ; les caisses d'assurance maladie vont notamment servir de lieu d'expression et d'influence à la social-démocratie (Kott, 1996 : 50). L'influence exercée par les travailleurs, les employeurs et l'État est liée à leur participation respective dans le financement des organismes d'assurance maladie (Ritter : 1996 : 29).

Dès sa mise en place, l'assurance sociale allemande contenait déjà les grandes caractéristiques du système actuel : « obligation légale d'affiliation ; gestion des régimes par des institutions autonomes dans lesquelles sont représentés les employeurs et les assurés ; droits aux prestations fonction des cotisations et proportionnalité de celles-ci au salaire ; répartition du financement entre les assurés, les employeurs et l'État » (Reynaud : 1995, 222). Après la démission de Bismarck en 1890, les évolutions ultérieures de l'assurance sociale concernent essentiellement la mise en place d'un régime d'assurance pension spécifique aux employés en 1911 ainsi que la création d'une assurance-chômage obligatoire en 1927 (Ibid. : 223 ; Ritter : 2001, 11).

2. Des Poors Laws aux assurances sociales, la Grande-Bretagne

Lorsque la Grande-Bretagne institue en 1908-1911 un régime public de pensions de vieillesse et l'assurance sociale, elle possède déjà un dispositif national d'assistance aux pauvres régi par les Poor Laws. Ces dernières ont joué un rôle fondamental dans la construction du Welfare State britannique¹³. Selon Emmanuel Reynaud, on peut lire en effet « l'histoire de la construction de l'État-Providence au Royaume-Uni comme la tension entre les tentatives pour s'extraire des lois sur les pauvres et la persistance de mentalité et de procédures liées à celles-ci » (Reynaud, 1995 : 234).

Les Poor Laws remontent à l'époque Élisabéthaine. Celle de 1601 imposait des impôts locaux obligatoires pour venir en aide aux pauvres. L'assistance, gérée au sein des paroisses, revêtait deux formes : l'Outdoor relief (aide pécuniaire, don de vêtements ou de nourriture) et l'Indoor relief (entrée dans l'hospice de la paroisse) (MiRe, 1999 : 180). Ce système, qui était relativement bien adapté aux besoins d'une économie de marché agricole, l'était beaucoup moins dans le cadre d'une économie urbanisée et mobile plus diversifiée (Southall, 1995 : 68) : la Poor law était considérée comme un obstacle à la mobilité de la main d'oeuvre et inadéquate face à la pauvreté grandissante dans les villes et les campagnes (MiRe, 1998 : 181). Aussi la loi fut-elle amendée en 1834. La New Poor Law se donnait pour objectif d'uniformiser et de contrôler les activités des paroisses ; celles-ci étaient désormais regroupées en « unions » et placées sous l'administration de « boards of guardians ». Concernant l'assistance, seuls les personnes âgées, les malades et les handicapés pouvaient bénéficier de l'Outdoor relief ; les indigents valides ne pouvaient prétendre à aucune autre forme d'assistance que celle dispensée dans les workhouses. Le principe de fonctionnement des workhouses était celui, dissuasif, de « less eligibility », qui voulait que les conditions de vie à l'intérieur de l'institution ne fussent égales ou plus avantageuses que celles régnant à l'extérieur. En aucun cas, la pauvreté ne devait être une situation plus enviable que celle du « travailleur subvenant à ses propres besoins » (MiRe, 1998 : 143 et 182).

C'est en partie en réaction contre le caractère stigmatisant des Poor Laws, mais aussi en raison de leur inadaptation aux situations de pauvreté, que les lois de 1908 et 1911 furent adoptées sous les gouvernements libéraux d'Asquith et de Lloyd George (Merrien, 1997 : 18). La première, l'Old Age Pensions Act, établit un régime national de pensions de vieillesse financé en grande partie par l'impôt. Les prestations étaient versées à partir de 70 ans et soumises à conditions de ressources (Reynaud, 1995 : 234). Le National Insurance Act de

¹³ François-Xavier Merrien considère que « l'existence ou non de Poor Laws et/ou de traditions corporatistes et professionnelles fortes ont dessiné les cadres de la réflexion et orienté de manière décisive l'orientation des solutions nationales ». (Merrien, 1997 : 16).

1911 institue une assurance maladie ainsi qu'une assurance chômage obligatoires. Surtout, il introduit la logique contributive dans le système de protection sociale britannique. Alors elle n'avait pas suivi, en matière de vieillesse, le modèle allemand des assurances sociales¹⁴, la Grande-Bretagne s'en inspira pour établir un régime de protection maladie et du chômage. Il existait pourtant une différence fondamentale entre les deux dispositifs. Contrairement au système allemand, le système britannique n'établissait pas de contribution proportionnelle au revenu, mais prévoyait une cotisation uniforme des travailleurs (Merrien, 1997 : 17-18). Il ne visait pas le maintien du niveau de vie, mais la prévention du besoin (Ibid. : 18).

Un dernier point doit être souligné. Les réformes de 1908 et de 1911 n'ont pas entraîné la disparition des Poor Laws, qui furent abolies en 1948. Après la Première Guerre mondiale, des dispositifs furent créés pour prendre en charge les soldats revenus du front et au chômage et éviter qu'ils ne dépendent du système stigmatisant des Poor Laws. Néanmoins, ces dispositifs étaient conditionnés par le montant des revenus des ménages, et dans la logique des Poor Laws, assortis d'enquêtes strictes sur leurs ressources. Ils furent aussi détestés que ceux des Poor Laws (MiRe, 1998 : 149-150).

3. Entre assistance et assurance, la France

D'un point de vue strictement chronologique et comparativement à d'autres pays européens, la France se caractérise par un « certain retard » dans l'adoption du système des assurances sociales (Korpi, 1995 : 23 ; Renard, 1995a : 105). Ce n'est en effet qu'en 1928-30 qu'un dispositif obligatoire, couvrant les risques maladie, invalidité et vieillesse¹⁵, a vu le jour. Pour autant, le caractère tardif de l'introduction des assurances sociales ne saurait masquer « une particularité institutionnelle de la construction du système de protection sociale français » : la mise en place, dès les années 1880, d'un dispositif d'Assistance publique nationale qui perdurera après après la création des assurance sociales par les lois de 1928-1930(Renard, 1995a : 105-106).

Quatre lois incarnent cette politique d'assistance publique : celle de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, celle de 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables et celles de 1913 sur l'assistance aux femmes en couches et l'assistance aux familles nombreuses. Cette législation ne constitue pas un prolongement des formes traditionnelles de bienfaisance ou d'assistance, elles représentent au contraire une politique nouvelle de protection sociale (Renard, 1995a : 106). Contrairement aux Poor Laws, elle ne vise pas « à répondre à des situations de pauvreté, en fournissant des moyens de subsistance à des indigents définis en fonction d'un critère de revenu » ; elle entend couvrir « des risques particuliers et spécifiés dans chaque législation : la maladie, la vieillesse, la famille » (Ibid.). En conséquence, elle s'adresse à des individus « privés de ressources au regard des risques concernés », c'est-à-dire à « des individus qui subviennent à leurs besoins en dehors d'accidents et d'imprévus qu'ils ne peuvent pas assumer » (Bec, 1999 : 139). Ses bénéficiaires sont ainsi, pour une large part, des travailleurs réguliers – ouvriers, paysans, petits artisans et commerçants –, qui sont « provisoirement dans le besoin pour affronter les aléas de la vie » (Bec, 1999 : 140 ; Renard, 1995a : 106).

¹⁴ En 1925, un régime de pension de vieillesse contributif vint se greffer sur le système de 1908. Il concernait les ouvriers ainsi que les salariés dont les revenus se situaient en dessous d'un certain plafond et âgés de 65 ans (Reynaud, 1995 : 234 et Johnson, 2001 : 200).

¹⁵ Ou 1945 pour la généralisation des assurances sociales avec la mise en place de la Sécurité sociale (Palier, 2002 : 33).

Cette forme de protection sociale, spécifique à la France, s'explique essentiellement par des facteurs politiques. Comme le souligne Didier Renard, « la politique d'assistance publique entreprise à partir des années 1880 s'inscrit explicitement dans le cadre des politiques d'affirmation de la République et a, du moins à ses débuts, pour principal objet la lutte contre l'Eglise catholique, très présente alors dans les institutions de protection sociale, et la redéfinition des rapports entre public et privé dans ce secteur en cours de recomposition » (Renard, 1995a : 107). Elle s'appuie également sur l'idée de solidarité, qui théorisée par le radical-socialiste Léon Bourgeois sous le concept de solidarisme, constitue le socle intellectuel du Welfare State français. Le solidarisme, qui repose sur « une vision contractualiste des rapports sociaux » et sur « un impératif moral de justice sociale », postule l'idée d'une « dépendance réciproque des individus » au sein de la société (Messu, 1999 : 126). Il fonde l'intervention de l'État dans le domaine social fait pour corriger les inégalités engendrées par les dysfonctionnements de la société et obstacle à l'exercice égal de la liberté (Lefaucheur, 1999 : 95). Dans cette perspective, la politique d'assistance est pensée comme une « compensation de certaines inégalités économiques risquant d'hypothéquer la liberté et l'égalité (i.e. deux des trois valeurs fondamentales de la République) de certains citoyens » (Bec : 1999 : 140).

Avec la consolidation du régime républicain, le projet politique dont participe la politique d'assistance perd de son efficacité et l'assurance sociale tend à s'imposer (Renard, 1995a : 107). Elle apparaît alors comme « une technique sociale à la fois nouvelle et mieux adaptée à la situation des salariés dont le nombre ne cesse d'augmenter avec la révolution industrielle » (Palier, 2001 : 67). Un premier pas dans cette voie est franchi avec la loi de 1898 relative aux accidents du travail, qui impose aux patrons de s'assurer contre les accidents pouvant survenir dans leur entreprise (Prost, 2001 : 29). La première législation d'assurance obligatoire française est toutefois celle de 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes. Celle-ci assujettit obligatoirement les salariés dont la rémunération annuelle est inférieure à 3 000 francs. L'âge légal de la retraite est fixé à 65 ans et les pensions sont financées par les cotisations des bénéficiaires, de leurs employeurs et par une contribution de l'État. Les salariés, dont les émoluments sont compris entre 3.000 et 5.000 francs, les cultivateurs, les artisans et les petits patrons peuvent souscrire à un régime facultatif, financés par leurs cotisations et une faible contribution de l'État (Renard, 1995a : 110 ; Pollet et Dumons, 1994 : 387). Après la première Guerre mondiale, la réintégration de l'Alsace-Lorraine, régie par les assurances sociales allemandes, au sein du territoire national ainsi que l'idée de plus en plus partagée de la supériorité morale de l'assurance sur l'assistance (Palier, 2002 : 67-68) débouchent, en 1928-1930, sur la mise en place d'un système plus large d'assurances sociales obligatoires. Ces assurances, qui couvrent les risques maladie, invalidité et vieillesse sont obligatoires pour les salariés dont le revenu est inférieur à un certain plafond. Elles restent donc, malgré la logique contributive, « dans la tradition des législations de la fin du XIX siècle réservées à ceux qui ne peuvent prévoir et se constituer une rente par eux-mêmes et que l'on doit obliger à être « prévoyant » » (Pollet, 1998 : 347). Les prestations sont financées par une double cotisation des salariés et des employeurs, l'État participant également à ce dispositif (Renard, 1995b : 22).

La mise en place, entre 1910 et 1930, des assurances sociales ne s'accompagne pas pour autant de la disparition des dispositifs d'assistance publique. Mieux, les prestations octroyées par les dispositifs d'assistance et d'assurance maladie et vieillesse, théoriquement distinctes,

peuvent être cumulées par les bénéficiaires, cette possibilité étant soufflé par de nombreuses nécessités techniques et des difficultés pratiques (Renard, 1995a). Cette articulation entre assistance et assurance constitue un « élément clef de l'histoire de la protection sociale » française (Ibid., 107).

4. La protection sociale universelle : les pays scandinaves

Dans les pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède et Finlande), les systèmes d'assurance sociale ont été introduits à des rythmes variables suivant les pays et les risques couverts (Abrahamson, 1999a : 37)¹⁶. Au Danemark, c'est d'abord la retraite (1891), puis la maladie (1892), les accidents du travail (1898) et le chômage (1907) qui ont fait l'objet d'une protection sociale. En Suède, celle-ci a d'abord concerné la maladie (1891), les accidents du travail (1901), la retraite (1913), l'assurance chômage n'étant mise en place qu'en 1934. En Norvège, des assurances accidents et maladie ont été respectivement établies en 1895 et 1909, tandis que les assurances retraite et chômage ont été instituées dans les années 1930 (1936 et 1938). Enfin, en Finlande, seule une assurance accidents avait été mise en place avant la Première Guerre mondiale. La protection contre le chômage et la vieillesse ont été organisées en 1917 et 1937 et il faut attendre 1963 pour voir s'instituer une assurance maladie.

La protection sociale des pays scandinaves s'est déployée dans deux directions: celle du dispositif subventionné de type volontaire et l'assurance obligatoire. Suivant les époques et les risques concernés, les pays ont privilégié l'une ou l'autre de ces orientations. Ainsi, la protection sociale danoise a d'abord pris la forme du dispositif subventionné de type volontaire pour la maladie et le chômage, tandis que l'assurance accidents était instituée sous la forme d'une cotisation patronale. Dès la Première Guerre mondiale, l'assurance accidents était rendue obligatoire (1916) tandis qu'en 1933, l'assurance maladie devenait semi-obligatoire. Il en fut de même pour la Suède, dont l'assurance accident était organisée sur la base d'une cotisation patronale et l'assurance maladie sur la base d'un dispositif de type volontaire subventionné. L'assurance accidents est devenue obligatoire en 1916. En Norvège, la protection contre les accidents du travail et la maladie était organisée dès son introduction à la fin du XIX siècle sous la forme d'assurances obligatoires. Le chômage a d'abord fait l'objet d'un dispositif de type volontaire avant que l'assurance devienne obligatoire en 1938. La Finlande a également organisé l'assurance accidents de manière obligatoire¹⁷ et le chômage sur la base d'un dispositif subventionné de type volontaire.

Les assurances sociales bismarckiennes semblent avoir eu une influence certaine sur la constitution des premiers Welfare States nordiques. Les réformateurs sociaux suédois sont ainsi présentés par Sven Olsson Hort comme jetant « un regard envieux sur les changements qui se produisaient sur le continent européen et notamment sur la législation sociale innovatrice de l'Allemagne bismarckienne » (Olsson Hort, 2001 : 50). La loi norvégienne d'assurance maladie de 1909, qui impose « la couverture obligatoire de tous les ouvriers et employés dont le revenu est inférieur à un certain plafond », est d'inspiration bismarckienne (Sainsburry, 1999 : 165). Cependant, ces pays se sont assez rapidement engagés dans la voie

¹⁶ L'aspect descriptif et inachevé de cette partie est liée à notre manque d'informations sur l'évolution historique des systèmes de protection sociale scandinave. Les deux premiers paragraphes s'appuient sur un tableau synthétique présenté dans Abrahamson, 1999a : 37. Ces deux paragraphes sont également certainement sujets à discussion quant aux mécanismes et à l'évolution des dispositifs de protection sociale.

¹⁷ Ainsi que l'assurance maladie mais ici, nous sommes en 1963.

de l'assurance universelle. L'une des explications de ce choix réside dans l'importance de la catégorie professionnelle des exploitants agricoles et de son alliance avec la classe ouvrière pour obtenir des « programmes de type universel destinés non seulement aux ouvriers de l'industrie mais aussi au monde agricole » (Korpi, 1995 : 22). La Suède est le premier pays au monde à instituer ce type de protection. Le régime d'assurance pension adopté en 1913 couvrait ainsi tous les citoyens, « ce qui en faisait le premier régime d'assurance nationale au monde, le premier régime public d'assurance vieillesse universel des temps modernes » (Olsson Hort, 2001 : 52).

II. Stabilisation et croissance des États-Providence (années 1940-1970)

Après la Seconde Guerre mondiale, les politiques sociales prennent peu à peu leur forme définitive (Merrien, 1998 : 23). L'immédiat après-guerre est en effet marqué par des décisions fondamentales quant aux choix d'organisation des systèmes de protection sociale. Ceux-ci se développent alors pendant les Trente Glorieuses et des convergences commencent à apparaître « sur la base d'emprunts mutuels » (Ibid. : 13). Les pays du Sud qui, jusqu'alors, semblaient rester en marge, modernisent également leur système de protection sociale.

1. Beveridge ou Bismarck ?

Poser en ces termes la question des choix fondamentaux à effectuer par les pays européens pour moderniser leur système de protection sociale au sortir de la guerre peut sembler paradoxal, tant la naissance du Welfare State moderne est liée au nom de Beveridge (Merrien, 1998 : 23). Pour autant, l'alternative semble bien présente, même si elle n'est pas toujours avouée (Palier, 2001 : 103). En Allemagne, les gouvernements alliés avaient, dans un premier temps, tenté de reconstruire le système de protection sociale suivant les principes du rapport Beveridge (Abelshausen, 1996 : 133 ; Ritter, 2001 : 13). En France, le plan de Sécurité sociale de 1945 apparaît comme un compromis ambigu entre des « objectifs purement français », « les principes d'action de Beveridge » et « les méthodes de Bismarck » (Palier, 2002 : 102).

Le but affiché du rapport Beveridge, *Social Insurance and Allied Services* publié en 1942, était de mettre « l'homme à l'abri du besoin » (« to abolish want »), par un système national d'assurances sociales couvrant l'ensemble des risques sociaux (Kerschen, 1995 : 135 ; Reynaud, 1995 : 235). Celui-ci s'inscrivait dans le cadre d'une politique sociale plus générale englobant la création d'un service national de santé, une politique de plein emploi et la création de prestations familiales. Beveridge était un « enthousiaste de l'assurance » et la dimension contributive était essentielle à ses yeux : elle était à la fois « la marque et la substance de la pleine citoyenneté » (Harris, 1995 : 170 et 173). Beveridge s'appuyait également sur la popularité dans l'opinion de l'assurance obligatoire et le rejet des « tests de ressources » liés à la logique des Poor Laws. D'autre part, il pensait que les assurés devaient être « responsables de l'équilibre financier du régime d'assurance sociale » (Kerschen, 1995 : 138). L'absolue préférence de Beveridge pour l'assurance sociale n'exclut pas l'assistance ; cependant celle-ci devait constituer une part mineure du dispositif de Sécurité sociale et diminuer « au fur et à mesure que l'assurance sociale couvrira tous les besoins dans les cas prévus par le plan » (Ibid. : 139).

Le plan d'assurance nationale proposé par Beveridge s'articulait autour de trois principes : unité, universalité et uniformité (Ibid. : 142 et suivantes). Le premier concerne l'organisation de la protection sociale à travers la création d'un système unifié réunissant l'ensemble des branches de prestations et géré par un organisme étatique unique et centralisé. Le second stipule que le plan de Sécurité sociale couvre l'ensemble de la population et des risques sociaux. L'uniformité s'entend à la fois des cotisations et des prestations : chacun « doit verser le même montant de cotisations et en retour recevra le même montant de prestations », tous deux d'un taux bas (Reynaud, 1995 : 236). En fait, le plan Beveridge était conçu comme un programme étendu mais minimal de protection sociale destiné à couvrir uniquement les besoins de subsistance. Il laissait une large place à l'épargne personnelle et à l'assurance volontaire pour dépasser le niveau des prestations ou couvrir des risques particuliers (Kerschen, 1995 : 13).

Les principes du plan Beveridge sont mis en application par le gouvernement travailliste au pouvoir en 1945. Le National Insurance Act de 1946 « unifie tous les régimes d'assurance existants qui sont désormais gérés par l'État » (Merrien, 1997 : 24). Le National Health Service, gratuit et ouvert à l'ensemble des citoyens, est créé la même année. Les allocations familiales sont instituées en 1945 ; les Poor Laws sont abolies en 1948 et remplacées par un « dispositif unifié d'assistance » (MiRe, 1999 : 22 ; Reynaud, 1995 : 237).

Le plan français de Sécurité sociale (1945-1946)¹⁸ se donnait deux objectifs: « l'intégration sociale et l'émancipation des travailleurs salariés, d'une part, le redressement démographique de la France », indispensable au sortir de la guerre, d'autre part (Palier, 2002 : 95). Il se démarquait donc du plan Beveridge, qui plaçait au centre de ses préoccupations l'abolition du besoin. Cependant, on retrouve de part et d'autre le même souci d'inscrire le plan de Sécurité sociale « dans le cadre d'une politique économique d'ensemble qui vise et repose sur le plein emploi » (Ibid. : 97). Le plan français de Sécurité sociale avait également pour objectif de mobiliser la main d'oeuvre en vue de la reconstruction du pays : il constituait ainsi une « contrepartie à l'effort de reconstruction exigé de la masse des travailleurs » (Kerschen, 1995 : 137). Cette dimension est essentielle pour « comprendre la légitimité de la Sécurité sociale en France » : élaborée par la haute fonction publique, elle se construit politiquement « comme un dû envers les salariés, un acquis social » (Palier, 2002 : 100).

Les pères fondateurs de la Sécurité sociale française connaissaient les grandes options du rapport Beveridge et le plan qu'ils élaborèrent présente à cet égard plusieurs similitudes (Kerschen, 1995 ; Palier, 2002 : 73-92 et 101-102). On y retrouve ainsi le principe d'unité à travers la volonté de mettre en place une caisse unique gérant l'ensemble des risques sociaux et financée par une cotisation unique. De même, il existait une réelle volonté de couvrir l'ensemble de la population contre l'ensemble des facteurs d'insécurité. En revanche, le principe d'uniformité a été rejeté au profit d'un système de cotisations et de prestations liées à la rémunération antérieure. Il s'agissait ainsi « d'individualiser au maximum les prestations servies, de les adapter le plus exactement possible à la situation de chacun »¹⁹. Dans ces conditions, les prestations prenaient la forme d'un « revenu de remplacement » (Kerschen,

¹⁸ Le plan français de Sécurité sociale n'est pas un rapport ou un document unique de référence. Il est constitué, d'une part, par « les grandes options doctrinales » énoncées à la Libération (exposé des motifs des ordonnances de 1945 et discours-programme de Pierre Laroque, l'un des pères fondateurs de la Sécurité sociale, prononcé le 23 mars 1945) et d'autre part, par les ordonnances de 1945 portant organisation de la Sécurité sociale et les lois et décret d'application de 1946 (Kerschen, 1995 : 128-129).

¹⁹ Pierre Laroque cité par Palier, 2001 : 77.

1995 : 153). Il faut cependant noter que cette formule ne s'appliquait réellement qu'aux salariés percevant des revenus situés au-dessous d'un certain plafond. Pour les autres, les prestations constituaient « un minimum sans rapport réel avec les revenus antérieurs », qui pouvait être complété par des prestations issues de la prévoyance libre. En ce sens, le plan français se rapprochait de la conception beveridgienne du taux minimum laissant un champ d'action à l'assurance volontaire (Ibid. : 154).

En revanche, le plan français se distingue fondamentalement du plan britannique sur un point : les modalités de gestion des caisses. Les fondateurs de la Sécurité sociale française ont clairement rejeté le contrôle direct de l'État préconisé par Beveridge au profit d'une gestion par les intéressés (salariés et employeurs). Cette position exprime une « forte défiance à l'égard de l'État, du fait de son manque de souplesse et de capacité d'adaptation, de ses dérives bureaucratique et de sa logique purement gestionnaire » (Palier, 2002 : 84). Elle correspond également à un « projet positif » : favoriser la coopération entre les classes sociales ainsi que la participation des travailleurs à la gestion économique et sociale et leur responsabilisation (Ibid. : 86 ; Kerschen, 1995 : 147). Cette conception a pour corollaire un financement exclusif par des cotisations sociales sans faire appel au budget de l'État (Palier, 2002 : 87).

Les intentions initiales des concepteurs du plan français de Sécurité sociale n'ont pas toutes été mises en pratique par les lois et ordonnances de 1945 et 1946. Des exceptions existent ainsi au principe d'unité. Dès l'origine, les allocations familiales constituent une branche séparée de la Sécurité sociale. De même, les régimes particuliers créés avant l'introduction des assurances sociales (mineurs, cheminots...) sont conservés (Kerschen, 1995 : 145). Enfin, la cotisation unique a fait place à trois types de cotisations : « les cotisations des assurances sociales (payées par les employeurs et par les salariés), une cotisation des allocations familiales, à la seule charge de l'employeur, et une cotisation accident du travail, qui est variable en fonction de l'importance des risques de chaque entreprise » (Palier, 2002 : 81). Le principe d'universalité²⁰ a lui aussi souffert quelques exceptions. En 1945, le risque chômage n'est pas couvert. De plus, les bénéficiaires de la Sécurité sociale sont les travailleurs plutôt que les citoyens – et plus particulièrement, en 1945, les travailleurs salariés –, les droits à la protection sociale étant liés au travail (Palier, 2002 : 75 et 101). En fait, dans la majorité des cas cités, les concepteurs de la Sécurité sociale ont cherché à établir ce qui était réalisable et essentiel, renvoyant à plus tard les autres aspects. « En 1945, il s'agit surtout de rationaliser, d'unifier et d'étendre un système d'assurance sociale, plutôt que de mettre en place un système de protection universaliste. La cohérence institutionnelle du plan français de Sécurité sociale est sans doute à chercher moins du côté de Beveridge que de Bismarck » (Ibid., 103). Bruno Palier explique ainsi que le système de protection qui se met en place dès 1945 « partage les caractéristiques des systèmes bismarckiens » : une faible pénétration de l'État dans les institutions de protection sociale, la fragmentation du système (plusieurs caisses, plusieurs régimes), « un système compensateur de premier ressort » privilégiant la fourniture de prestations sociales en espèces plutôt que des services dans le domaine social, une redistribution horizontale – des biens portants vers les malades, des jeunes vers les vieux – plutôt que verticale – des riches vers les pauvres à travers l'impôt - (Ibid. : 104-105).

Comme la France et la Grande-Bretagne, l'Allemagne se trouve, au lendemain de la seconde guerre mondiale, dans la nécessité de reconstruire son système de protection sociale.

²⁰ Précisons que la notion d'universalité n'est pas utilisée par le plan français de Sécurité sociale (Palier, 2002 : 101).

Les raisons en sont essentiellement financières. En effet, si l'organisation traditionnelle des assurances sociales fut préservée pendant le Troisième Reich²¹, les actifs des caisses avaient néanmoins été utilisés et entièrement consumés pour le « financement discret de l'effort de guerre » (Abelshauser, 1996 : 117). La situation financière des caisses était d'autant plus problématique au lendemain de la guerre que des prestations nouvelles, telles que les dépenses engagées en faveur des victimes de guerre, des prisonniers libérés et des internés civils rapatriés, s'imposaient. Pour économiser les ressources, les gouvernements d'occupation alliés avaient envisagé d'unifier les assurances vieillesse et maladie, suivant les principes du rapport Beveridge (Ibid. : 133). Cependant, leurs plans s'arrêtèrent avec la fin de l'administration alliée, la responsabilité de la réforme de la protection sociale revenant désormais aux dirigeants allemands.

Plusieurs alternatives leur sont alors offertes : instituer un programme de type beveridgien de pension minimale garantie à tous les citoyens, conserver et développer l'État social bismarckien, ou bien encore, le transformer sur la base du modèle de l'économie sociale de marché porté par Ludwig Erhard²² et les néo-libéraux allemands (Ibid. : 119-120). Appliqué en Allemagne de l'Ouest dès 1948, le concept d'économie sociale de marché visait à assurer la stabilité de l'ordre socio-économique par l'instauration d'un cadre institutionnel garantissant une concurrence effective. Il ne comportait pas, à proprement parler, de programme détaillé de transformation du système d'assurance sociale (Ritter, 1996: 35) ; cependant, en contribuant à renouveler les approches dans le domaine de protection sociale, il offrait une véritable « philosophie de la protection sociale » (Abelshauser, 1996 : 115).

L'économie sociale de marché se caractérisait par le rôle nouveau et central attribué à l'État dans la vie économique. Contrairement au libéralisme classique, le néo-libéralisme allemand prônait en effet une « primauté de l'État sur l'économie, afin de garantir le bon fonctionnement de la concurrence et, plus encore, pour astreindre les règles du jeu de l'économie de marché au bien commun » (Ibid. : 117). De cette régulation était attendue la prospérité ainsi qu'une répartition plus juste des fruits de cette prospérité. Le marché et la politique de régulation publique étaient également considérés comme les seuls moyens propres au développement des politiques sociales. En aucun cas, celles-ci ne devaient « utiliser des modalités d'intervention susceptibles de détruire l'équilibre de marché » (Ibid.). Les seules mesures admises étaient donc celles qui encourageaient « l'accession à la propriété dans les domaines du logement, des actions ou des petites entreprises privées », mais non la « constitution d'un patrimoine social » au moyen des assurances sociales. Ainsi, le développement de l'État social bismarckien ne faisait pas partie des politiques d'économie sociale de marché. Certes, Erhard et ses partisans reconnaissaient le postulat de l'État social, inscrit dans la loi fondamentale de 1949, mais ils n'étaient pas disposés à en favoriser le développement. « L'économie sociale de marché portait en elle une promesse de sécurité matérielle » (Ibid. : 120). « Une politique économique expansive, fondée sur des rythmes de croissance élevés et une forte concurrence des prix, était pour Erhard synonyme d'une politique sociale à la fois bonne et directement efficace, car ces deux éléments assuraient une plus grande prospérité ainsi qu'une répartition plus juste de cette prospérité ».

²¹ Bien qu'elle ait dû « s'adapter à la politique nazie ». Sur ce point, Ritter, 2001 : 13.

²² En 1948, Ludwig Erhard est le responsable de la politique économique de la Bizone ; il devient en 1949 ministre de l'économie de la République Fédérale d'Allemagne.

Aux ruptures structurelles, l'Allemagne a préféré finalement la voie de la continuité, ce qu'entérine la grande réforme de l'assurance pension de 1957. Les raisons en faveur de la poursuite et de l'amélioration du système de politique sociale bismarckien sont nombreuses. Tout d'abord, il est apparu très vite que l'objectif affiché de la « prospérité pour tous » ne tenait pas toutes ses promesses : dès les années 50, la tendance à une répartition inéquitable du revenu et des richesses était déjà pleinement perceptible. De plus, les secteurs classiques de la politique sociale continuaient de se développer, le niveau du patrimoine social dépassant largement celui du patrimoine constitué par les ménages. Ajoutons à cela la primauté des valeurs philosophiques, telles que l'importance de l'individu, la dignité, la solidarité, la notion de devoir sur les réflexions macro et micro économiques, ainsi que la bonne situation des réserves des caisses de l'État fédéral, qui autorisait largement un interventionnisme social étatique pour corriger les imperfections du marché. La réforme de 1957 affirme définitivement « la primauté du principe de politique sociale sur celui de péréquation sociale calculée selon les paramètres de l'économie de marché » (Abelshauser, 1996 : 133). Elle visait à améliorer la situation des retraités titulaires des pensions minimales, les « oubliés du miracle économique », et à briser ainsi le cercle infernal associant vieillesse et pauvreté (Ibid. : 134 et 138 ; Ritter, 2001 : 14). Les pensions sont ainsi relevées d'environ 60 % et sont dorénavant indexées sur les salaires. Surtout, le calcul des prestations est conçu de telle manière que soit garanti aux bénéficiaires le niveau de vie atteint durant la période d'activité (Reynaud, 1995 : 224). La réforme de 1957 élargit ainsi les objectifs du système d'assurance sociale (Ritter, 2001: 14) : conçues à l'origine comme un simple complément de ressources, les pensions deviennent de véritables salaires de substitution, « une compensation intégrale du revenu actif » (Abelshauser, 1996 : 138 et 141).

2. Les États-Providence pendant les Trente Glorieuses

Pendant les années 1950-1975, les États-Providence poursuivent leur croissance et leur développement. Les évolutions sont d'abord sensibles au niveau financier. Pour l'Europe de l'Ouest, les dépenses d'assurances sociales, collectives et obligatoires, passent ainsi en moyenne de 9,3 % du produit intérieur brut en 1950 à 19,2 % en 1974 tandis que les dépenses sociales (au sens large, incluant les dépenses de logement et d'éducation) passent de 10/20 % du PIB à plus du quart, voire du tiers du PIB selon les pays (Palier, 2002 : 30). La croissance des dépenses a été particulièrement rapide dans les pays scandinaves, notamment en Suède et au Danemark. Pour ces deux pays, les dépenses de protection sociale ont respectivement augmenté de 16 % et de 15,9 % entre 1960 et 1981 ; en France, la croissance des dépenses a été de 10,4 % (Abrahamson, 1999a : 38).

La progression des dépenses est liée aux mesures prises par les différents pays pour consolider et développer leur système de protection sociale. Dans les pays d'Europe continentale, où la protection sociale est liée à l'emploi, les efforts vont d'abord tendre vers la généralisation. En Allemagne, le système d'assurance sociale est étendu à un nombre de plus en plus important de travailleurs indépendants ainsi qu'à des groupes particuliers tels que les personnes handicapées et les étudiants (Ritter, 2001 : 14). En France, il inclut d'abord, vers 1948, les « catégories professionnelles au statut incertain » (étudiants, écrivains non salariés, militaires de carrière...), puis les travailleurs indépendants et les agriculteurs, avant de couvrir, en 1974-1978, les personnes éloignées de l'emploi (Palier, 2002 : 111-119)²³. En 1958, la

²³ Pour une chronologie de l'expansion du système français de protection sociale entre 1945 et 1978, voir Palier, 2002 : 109-111.

couverture des risques s'élargit avec la création d'une assurance chômage. Au cours des années 1960, l'accent est mis sur les mesures visant à augmenter le niveau et la générosité des prestations : le taux de remboursement des dépenses médicales s'améliore tandis que les retraites connaissent leur « âge d'or » dans les années 1970²⁴ (Ibid. : 126-127). L'objectif de cet ensemble d'initiatives est d'offrir à toute la population une protection sociale « la plus complète possible » (Ibid. : 107). Mais c'est véritablement à propos de la Suède que l'on peut parler d'« achèvement de l'État-Providence » (Merrien, 1997 : 25). Les années 1940 et 1950 sont caractérisées par l'instauration du principe de l'universalité dans les transferts sociaux, complétés ensuite par des prestations liées au travail et revenu (Kosonen, 1999 : 459 ; Korpi, 1995 : 22 ; Palme, 2001 : 58). Surtout, la Suède met, à la fin des années 1960, l'idéal de justice sociale au centre de ses préoccupations : « les conditions pour bénéficier de prestations sont considérablement élargies, les niveaux de revenus de remplacement élevés, les services sociaux sont développés. En 1971, enfin est introduit un impôt sur le revenu très fortement progressif aux effets redistributifs indéniables » (Merrien, 1997 : 25). La Suède bâtit ainsi « un modèle d'État-Providence redistributeur », qui apparaît « comme un idéal de conciliation des principes de l'économie de marché et de justice sociale » (Ibid.).

Le développement des États-Providence passe également par le comblement des lacunes des systèmes de protection sociale. Dans les systèmes fondés sur les assurances sociales, des programmes d'assistance sont ainsi établis pour couvrir les personnes non protégées ou insuffisamment protégées. En France, l'aide sociale vient ainsi remplacer, en 1953, les politiques d'assistance tandis que dans les années 1970, de nouvelles prestations soumises à conditions de ressources sont créées²⁵ (Palier, 2002 : 129-130). En Allemagne, l'aide sociale est réorganisée en 1961 pour assurer un minimum vital et rendre possible « une existence conforme à la dignité humaine » (Ritter, 2001 : 14). Ces prestations non contributives ne dévoient pas les systèmes d'assurances sociales ; elles les complètent et participent de leur objectif de généralisation. La loi allemande de 1961 et la réforme de 1957 de l'assurance pension font ainsi partie de la « même réforme sociale » (Leiserig, 1996 : 415). De même, la réforme française de 1953 permet « l'inscription de l'aide sociale dans le système de protection » (Bec, 1999 : 142). En fait, ces prestations constituent le « dernier filet de sécurité » de systèmes qui restent organisés par le principe des assurances sociales (Palier, 2002 : 131).

Il en va autrement de l'évolution du système de protection sociale britannique, dans lequel « l'écart entre ce que l'on prêtait et la réalité se creuse rapidement à partir de la fin des années cinquante et du début des années soixante » (Harris, 2001 : 23). Une première brèche a été ouverte en 1959 par les conservateurs, qui introduisirent, dans le régime d'assurance pension, des cotisations et des prestations calculées en fonction des gains. L'objectif était d'améliorer le niveau des pensions, avec la volonté « d'en faire le minimum politiquement possible », mais ce faisant, la réforme de 1959 rompait avec la logique d'uniformité du plan Beveridge (Reynaud, 1995 : 237). Dans le même temps, on observe un déplacement « des politiques sociales universalistes » vers un « ciblage des dépenses sociales en faveur des plus défavorisés », des prestations d'assurance universelles vers des prestations sélectives (Whiteside, 1995 : 545 ; Harris, 2001 : 24). Cette réorientation de l'État-Providence

²⁴ Le niveau des prestations s'améliore également en Allemagne. Sur ce point, voir les graphiques établis par Walter Korpi sur l'évolution du taux de remplacement net des différentes prestations (Korpi, 1995 : 38-53).

²⁵ Allocation orphelin (1970), allocation pour handicapés (1971), allocation pour frais de garde des enfants (1972), allocation de rentrée scolaire (1974).

britannique est particulièrement manifeste sur le plan financier. José Harris note ainsi qu'à partir de 1964, on assiste « à une diminution constante de la proportion des prestations de Sécurité sociale versées dans le cadre de l'assurance nationale, et à une augmentation constante de la proportion octroyée sous condition de ressources par l'assistance sociale (contrairement à la France et à l'Allemagne où les proportions pendant les années soixante et soixante-dix évoluèrent dans le sens opposé ») [Harris, 2001 : 25].

3. La construction du Welfare State dans les pays de l'Europe du Sud

Contrairement à l'Europe du Nord, l'Europe du Sud n'a pas été historiquement porteuse d'un modèle de protection sociale. Elle a plutôt bénéficié des expériences acquises qu'elle a su adapter à son propre contexte (MiRe, 1997 : 9). La construction du Welfare State y a été plus lente et plus tardive puisque les grandes décisions fixant à peu près définitivement les grandes orientations de la protection sociale datent des années 1970, voire 1980. Encore les évolutions se poursuivent-elles de nos jours avec cette particularité que les pays du Sud doivent faire face à la fois « aux nouvelles contraintes et aux dysfonctionnements » de leur système de protection sociale (Rhodes, Palier, 1997 : 609). Plusieurs facteurs concourent à expliquer le développement tardif de la protection sociale. Le rôle de l'État, à la fois moins important et différent, le poids de l'expérience des régimes autoritaires ou encore la faiblesse de l'inscription de l'État social dans le répertoire culturel²⁶ ne sont pas à négliger. Robert Castel avance également la lenteur du processus de salarisation et, par conséquent, de son corollaire en matière de protection sociale, « le salariat-protections ». Ce qui l'amène immédiatement à questionner la pertinence des formes de protection propres au salariat²⁷ comme principe universaliste et universel de protection sociale : « en matière de protections sociales, y a-t-il une voie royale, et cette voie est-elle celle de l'expansion des supports salariaux ? » (Castel, 1997 : 44).

Si l'on devait repérer la phase d'émergence des États-Providence de l'Europe du Sud, celle-ci pourrait se situer entre les années 1920 et les années 1960. C'est en effet après la Première Guerre mondiale que les premiers programmes d'assurance sociale obligatoire sont introduits. Avant cette date, il existait des formes de protection sociale, mais le rôle de l'État demeurait très modeste. Ainsi au Portugal, il se limitait au contrôle de l'activité des institutions privées de bienfaisance et d'entraide tandis que le « droit à l'assistance publique » était reconnu par la Constitution de 1911 (Guibentif, 1997 : 50). En Grèce, l'assistance était du ressort des communes, l'État se préoccupant principalement de la protection des fonctionnaires et de celle des ouvriers exposés à des risques professionnels exceptionnels (marins, mineurs) (Liakos, 1997 : 101). En Espagne, les politiques sociales étaient, entre 1900 et 1936, de type volontaire, encouragées par les subventions de l'État (Guillén, 1997 : 72). Un premier pas vers l'assurance sociale a été entrepris en 1908 avec la création de l'Institut d'assurance sociale. Toutefois, le modèle de protection sociale restait celui de la « liberté subventionnée » : liberté d'assurance pour les individus, obligation pour l'État « d'aider qui s'est assuré volontairement » (Castillo, 2001 : 112). Enfin, la protection sociale italienne était organisée selon un mode « néo-assistantiel », dont les femmes et les systèmes familiaux constituaient le

²⁶ Giovanna Vicarelli explique ainsi que « dans les années cinquante et soixante, l'État social n'entre pas encore fermement dans le système symbolique de la société italienne ou du moins d'une partie consistante de celle-ci » (Vicarelli, 1997 : 135).

²⁷ À savoir l'assurance sociale. À noter que Robert Castel se réfère, dans sa contribution, au cas français.

noyau dur et complété par les institutions charitables et les mutuelles²⁸. Une assurance accidents du travail ainsi qu'une assurance volontaire vieillesse pour les salariés du secteur privé furent instaurées en 1898 (Vicarelli, 1997 : 125 ; Artoni et Zanardi, 1997 : 267-268).

L'après Première Guerre mondiale voit l'affirmation du rôle social de l'État et des programmes d'assurances sociales commencent à être organisés, la plupart du temps, sous l'impulsion de gouvernements libéraux ou républicains. Parmi les divers facteurs ayant favorisé ce processus, il faut citer le rôle des organisations internationales, et particulièrement de l'OIT, qui a véritablement fourni le savoir-faire pour la mise en place des politiques sociales (Liakos, 1997 : 99)²⁹. Les pays de l'Europe du Sud votent presque simultanément des législations d'assurances sociales obligatoires. Au Portugal, un programme comprenant une assurance maladie, accidents du travail/invalidité, vieillesse et survivants est adopté en 1919 et confié à un nouvel organisme, l'Institut des assurances sociales obligatoires et de la prévoyance générale (ISSOPG) (Guibentif, 1997 : 50). La même année, l'Italie instaure une assurance vieillesse et chômage (Vicarelli, 1997 : 50). En Espagne, les assurances sociales obligatoires sont introduites progressivement : l'assurance vieillesse est instituée en 1919, l'assurance maternité en 1926 et l'assurance accidents du travail en 1932 (Guillén, 1997 : 72). Quant à la politique sociale grecque des années vingt, elle concerne surtout la vieillesse, avec la création, en 1922, d'une assurance obligatoire pour les salariés de l'industrie, des transports, du commerce et du bâtiment, complétée ensuite par des régimes particuliers à divers groupes socio-professionnels (Liakos, 1997 : 103-104). Comparativement aux autres pays européens, ces premiers systèmes de protection sociale atteignent un faible niveau de développement, tant en termes de populations et de risques couverts que de niveau des prestations délivrées. Le programme portugais de 1919 n'a ainsi « connu qu'un modeste début d'exécution, à savoir principalement la mise en place de l'ISSOPG » (Guibentif, 1997 : 51). L'assurance sociale grecque couvrait, en 1925, seulement 17 000 personnes (Liakos, 1997 : 103). Ce n'était pourtant pas faute de programmes initiaux plus ambitieux ou de volonté de réforme ultérieure. Le projet préparé par le gouvernement italien incluait de son côté une assurance sanitaire, mais les nombreuses oppositions au sein de la classe dirigeante et des associations religieuses et d'assistance le firent échouer. Sous la Seconde République espagnole, il existait une réelle volonté politique ainsi qu'un réel consensus entre les élites politiques, les principaux membres de l'administration et les groupes d'intérêts sur la nécessité d'accroître la protection sociale. Toutefois, le déclenchement de la guerre civile empêcha le projet de création d'un système unifié d'assurances sociales de se concrétiser (Guillén, 1997 : 72 et 83). Seule la Grèce put, en 1928, sous l'impulsion des libéraux et de l'OIT, développer son système d'assurance sociale, symbolisé par la création de l'Institut d'assurance sociale (IKA). Encore ne fut-ce que très partiellement, les oppositions ayant eu pour effet de réduire considérablement la portée de l'IKA. Les prestations restaient très faibles, l'enchevêtrement et la fragmentation des régimes

²⁸ Giovanna Vicarelli évoque également, comme composante de ce Welfare néo-assistantiel, l'action étatique en matière de protection sanitaire.

²⁹ Il est difficile, au vu des contributions présentées de caractériser exactement le rôle de l'OIT dans la mise en place de l'assurance sociale dans les pays d'Europe du Sud. Santiago Castillo explique ainsi que l'Espagne a ratifié la convention sur la maternité approuvée par l'OIT en 1919 et a organisé une autre conférence à Barcelonne pour en étudier l'application (Castillo, 2001 : 113). Pierre Guibentif évoque, au conditionnel, l'idée, répandue dans les milieux gouvernementaux portugais, que « la mise en place d'un système d'assurances sociales serait une condition à l'admission du Portugal au sein de la Société des Nations » (Guibentif, 1997 : 51). En revanche, Antonis Liakos met clairement en évidence le rôle de l'OIT dans la constitution de l'assurance sociale grecque : « L'OIT est parvenue à encourager l'idée de l'assurance sociale en Grèce, d'une part, grâce à une politique très active, qui a notamment compris deux visites d'Albert Thomas, son président, et plusieurs interventions de la part de ses collègues et d'autre part, grâce à une alliance avec les syndicalistes, certains hommes politiques et des hauts fonctionnaires réformistes » (Liakos, 1997 : 101).

importants, les réserves financières de l'IKA considérablement réduites du fait de leur affectation aux « projets nationaux » du dictateur Metaxas (Liakos, 1997 : 107-108).

Les régimes autoritaires et fasciste instaurés dans les années vingt et trente impirmèrent à la protection sociale une orientation corporatiste. Les initiatives du régime mussolinien concernent d'abord le secteur sanitaire, avec notamment la création d'une assurance sanitaire obligatoire contre la tuberculose et les maladies professionnelles en 1929, puis le secteur de la maternité et de l'enfance et de la vieillesse (Vicarelli, 1997 : 129-130). En Espagne, des prestations familiales sont introduites en 1938, le régime franquiste réformant ensuite l'assurance vieillesse (1939) et créant une assurance santé en 1942 (Guillén, 1997 : 73-74). Au Portugal, l'intervention salazariste en matière de protection sociale se manifeste à travers la loi de la prévoyance sociale de 1935. Celle-ci prévoit comme pièce maîtresse la mise en place d'un « ensemble de caisses syndicales de prévoyance, à créer de manière progressive, en fonction des possibilités, et sur la base d'accords à conclure, par secteurs, entre syndicats et associations patronales » (Guibentif, 1997 : 53). À la dimension corporatiste, s'ajoute une dimension familialiste particulièrement marquée en Italie et en Espagne. Les deux régimes accordent en effet à la famille une place centrale dans l'organisation économique et sociale. Le modèle de welfare qui se dessine à l'époque fasciste se fonde « sur une forte implication de la famille dans la reproduction des services pour le bien-être », conception qui passe par la marginalisation des femmes sur le marché du travail et des mesures visant à assurer la stabilisation et la reproduction familiales (Vicarelli, 1997 : 130-131). En Espagne les politiques familiales visent à promouvoir un modèle familial fondé sur la mariage catholique et la procréation du plus grand nombre possible d'enfants (Valiente, 1997 : 396).

La politique sociale menée par les régimes autoritaires et fasciste eut pour résultat la construction ou la consolidation de systèmes de protection extrêmement fragmentés. Au Portugal, les caisses syndicales coexistaient avec d'autres institutions de prévoyance telles que les « maisons du peuple », les « maisons de pêcheurs », les caisses d'entreprise de retraite ou de prévoyance, les mutuelles et les institutions de protection des fonctionnaires, et le régime des prestations variait d'une caisse à une autre (Guibentif, 1997 : 53-56). En Espagne, la création d'organismes « très spéciaux » au sein du système d'assurance sociale, les associations d'aide mutuelle, a conduit à l'apparition d'une « structure double et concurrentielle dans la gestion des prestations » (Guillén, 1997 : 73). En Italie enfin, le système de politiques publiques fasciste tendait à « fragmenter les bénéficiaires en instituant des formules d'accès particularistes et de favoritisme » (Vicarelli, 1997 : 133). Par ailleurs, le niveau des prestations et la couverture de la population restaient globalement faibles. Ainsi, l'assurance santé espagnole offrait des prestations très limitées orientées vers les travailleurs à faibles revenus ; en 1960, elle couvrait 44 % de la population (Guillén, 1997 : 73-74). En fait, le programme d'assurances sociales franquiste participait de la légitimité politique à laquelle aspirait le régime ; aussi fut-il voté et appliqué à la hâte (Ibid. : 83).

Après la seconde guerre mondiale, les régimes franquiste et salazariste introduisirent des réformes dans la gestion de la protection sociale. L'État portugais s'engage dans une dynamique de rationalisation du dispositif, caractérisée par des mesures de centralisation des tâches, d'harmonisation des statuts des différentes caisses, d'extension de la couverture territoriale et d'articulation des secteurs de la prévoyance et de la santé. Cet ensemble d'initiatives est entériné par la loi de 1962, qui traduit un changement profond d'orientation de la politique sociale portugaise : l'abandon discret, mais réel, des conceptions corporatives au

profit d'une action étatique directe (Guibentif, 1997 : 55-58). Le début des années 1960 représente également un tournant dans la politique sociale franquiste. L'Espagne vit alors une époque de bien-être matériel et aspire à la modernisation du pays grâce au développement économique. La réforme de 1963 s'inspire de cette volonté de modernisation. Elle unifie les programmes sociaux en une institution unique, le système de Sécurité sociale, et supprime le critère de ressources comme condition d'accès. Le dispositif de protection sociale reste cependant toujours fragmenté (Guillén, 1997 : 74-75 et 83-84).

C'est véritablement à partir des années 1970, soit au moment de la transition démocratique, que les systèmes de protection sociale de l'Europe du Sud prennent leur forme à peu près définitive. Le besoin de légitimation des nouveaux régimes politiques, la volonté de rompre avec les régimes déçus (Portugal), l'aspiration générale à moderniser la protection sociale et à se rapprocher des autres pays européens ont entraîné des réformes dans le sens de l'universalisme (Guillén, 2001 : 221). La Constitution portugaise de 1976 pose le principe du droit de tous à la Sécurité sociale et à la protection de la santé ; elle charge également l'État « d'organiser, de coordonner et de subventionner un système de Sécurité sociale unifié et décentralisé » et prévoit la création d'un service national de santé « universel et gratuit », qui sera mis en place en 1979 (Guibentif, 1997 : 61). En Espagne, le principe de la protection sociale universelle étendue à tous les citoyens est également introduit dans la constitution de 1978. Cependant, « aucun processus de réforme visant une couverture universelle n'a été entamé au cours de la période de passage à la démocratie » (Guillén, 1997 : 85). Il faut attendre l'arrivée au pouvoir des socialistes en 1982 pour que des mesures en faveur de l'extension de la couverture sociale soient prises et qu'un système national de santé soit créé en 1986. Le même décalage temporel est observable en Grèce. Malgré l'intérêt croissant pour le développement de la protection sociale après la fin du régime des colonels, il faut attendre 1983 pour que soit créé le système national de santé grec (Symeonidou, 1997 : 367 et 373)³⁰. Bien que l'Italie soit un pays démocratique depuis l'après-guerre, l'élan vers l'universalisme de la protection sociale est donné au même moment que les autres États de l'Europe du Sud, au cours des années 1970. En vérité, il y avait eu, tout juste après la guerre, une tentative de « globalisation des assurances sociales obligatoires en rationalisant le système hérité du fascisme » (Vicarelli, 1997 : 135). Mais celle-ci ne put aboutir en raison de l'opposition du syndicat du patronat et des représentants des professions libérales et le système d'assurances sociales restait caractérisé par le particularisme et le favoritisme. Les années 1970 correspondent à un autre contexte politique, social, économique et culturel, caractérisé par une instabilité politique, la crise économique et par un ensemble de demandes sociales confluentes en faveur de davantage d'égalité, d'uniformité des prestations, de rationalisation et de décentralisation, et de gestion démocratique des services. La formation d'un gouvernement d'unité nationale permit en 1978 la création du Service national de santé (Ibid. : 136-137).

À travers la longue histoire de la construction des Welfare States européens, on perçoit comment les systèmes de protection sociale ont progressivement acquis leurs principales caractéristiques actuelles. Certaines étaient déjà en germe à la fin du XIXe siècle, d'autres se sont affirmées dans les années quarante/cinquante ou soixante-dix. La protection sociale des pays scandinaves se caractérise ainsi par son objectif d'égalité et de justice sociale, par ses prestations universelles et l'importance de ses services sociaux. Les pays anglo-saxons visent

³⁰ Après la guerre civile de 1946-1949, la situation politique de la Grèce se caractérise par l'avènement de « gouvernements démocratiques mais faibles, mis en place par une classe dirigeante occupée à réaliser des profits, souvent investis hors du pays. Les graves problèmes sociaux étaient traités par des politiques de répression » (Symeonidou, 1997 : 366).

la lutte contre la pauvreté à travers des prestations contributives, forfaitaires et minimales et un service national de santé universel. Le maintien du revenu, à travers un système d'assurances sociales fondé sur l'emploi, est l'objectif poursuivi par les systèmes de protection sociale des pays continentaux. Les pays de l'Europe du Sud, quant à eux, présentent un modèle mixte de protection sociale, combinant des assurances sociales liées au statut professionnel et des services nationaux de santé à vocation universelle.

CHAPITRE II

L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE DES ÉTATS-PROVIDENCE

L'approche historique des États-Providence révèle que ceux-ci se sont bâtis selon des voies différentes, donnant lieu à des configurations institutionnelles différentes. Bruno Palier a souligné la diversité institutionnelle des systèmes publics de protection sociale, distinguant quatre critères de différenciation (Palier, 2001 : 37).

Le premier concerne les règles d'attribution des prestations sociales. Ainsi, « les droits sociaux peuvent être acquis grâce au versement de cotisations sociales, ou liés au (contrat de) travail (...) Ils peuvent être aussi ouverts en fonction de la situation particulière d'un individu ou d'une famille : droits fondés sur le besoin ou le manque de ressources, sur la citoyenneté ou la résidence ».

Le second critère de différenciation est la nature des prestations. « Il peut s'agir de prestations en espèces ou bien de services sociaux. Les prestations en espèces peuvent être versées à tous (prestations universelles), à ceux qui ont contribué (prestations contributives) ou bien être réservées aux personnes qui touchent des revenus inférieurs à un certain montant (prestations sous conditions de ressources). Les prestations peuvent être forfaitaires (le montant des prestations, fixé a priori, est le même pour tous les bénéficiaires) ou proportionnelles (le montant est fonction de la durée et/ou du montant des cotisations versées, ou bien du niveau de revenu à remplacer) ».

Le troisième critère concerne les formules de financement : « les ressources de la protection sociale peuvent provenir de l'impôt (sur le revenu direct ou indirect, ou autres impôts affectés), ou bien des cotisations sociales payées par les salariés et/ou par les employeurs ».

Enfin, le dernier élément de différenciation concerne les structures d'organisation et de gestion. « La responsabilité de la gestion peut relever directement de l'État central ou bien être confiée à l'État décentralisé, aux collectivités territoriales, ou bien aux partenaires sociaux (représentants des employeurs et des salariés). Des opérateurs privés peuvent aussi être amenés à gérer des fonctions de protection sociale décidées et contrôlées par les autorités publiques ».

Ce chapitre explore ces quatre dimensions des systèmes européens de protection sociale, en examinant les différents régimes de prestation, puis les structures de gestion à travers la question du rôle de l'État. Entre-temps sera examiné le rôle de la protection sociale complémentaire.

I. Droits sociaux et formules de prestation

1. La couverture des risques sociaux

Approcher les systèmes de protection sociale à travers la notion de risque social n'est pas la démarche la plus satisfaisante. En effet, si certains pays définissent leur système à partir de la

nécessité de protéger les individus contre des risques sociaux (France, Allemagne), d'autres le conçoivent à partir de la « nécessité de lutter contre les inégalités et de redistribuer les richesses produites » (pays scandinaves), ou encore « à partir de la notion de besoin et de l'objectif de lutter contre la pauvreté et le chômage » (Grande-Bretagne) (Palier, 2001 : 33-34). Retenir une définition large de la notion de risque, comme domaine d'intervention de la protection sociale, n'est pas plus satisfaisant « dans la mesure où ce qui est inclus ou exclu du domaine ou des fonctions des politiques sociales ou de la protection sociale peut varier selon les pays » (Ibid. : 34). Ainsi, si les soins gratuits dispensés par le service national de santé et les systèmes connexes d'assurance et d'assistance sociales sont les éléments centraux de l'État-Providence britannique, on peut également y inclure d'autres types d'intervention tels que les contrôles légaux sur les conditions et la durée du travail ou encore l'instruction obligatoire et gratuite (Southall, 1995 : 65)³¹. De même, dans les pays scandinaves, l'assurance chômage, bien qu'elle soit subventionnée par l'État, ne fait pas partie du système de protection sociale : elle revêt un caractère volontaire³² et sa gestion relève des organisations syndicales (Commission européenne, 1995 : 11).

Pour autant, l'approche par risque ou fonction de la protection sociale reste un mode opératoire efficace pour dresser un panorama des systèmes de protection sociale européens. En effet, tous les pays européens « ont développé des actions destinées à faire face à un certain nombre de risques dits sociaux » (Drees, 1999: 3). Tous « octroient à leurs citoyens des prestations en cas de vieillesse, de maladie, d'invalidité, de maternité et de chômage, ainsi que pour la prise en charge d'enfants, et les font bénéficier de soins de santé gratuits ou largement subventionnés » (Commission européenne, 1993 : 15). L'approche par risque ou fonction de la protection sociale est, de plus, largement utilisée par la Communauté européenne dans une optique de mise en perspective (Eurostat).

Tableau 1 : Structure des prestations de protection sociale par risque en 1995 (en %)³³

	Maladie	Invalidité	Vieillesse-Survie	Famille	Chômage	Logement	Exclusion
Allemagne	31,1	7,0	42,5	7,5	9,1	0,6	2,2
France	29,0	5,9	43,0	9,0	8,2	3,2	1,7
Roy.-Uni	25,6	11,7	39,3	8,9	6,5	7	1,0
Suède	21,6	12,3	37,1	11,3	11,1	3,4	3,2
Danemark	17,8	10,6	37,6	12,4	14,7	2,5	4,4
Finlande	21,2	14,8	32,8	13,3	14,3	1,5	2,1
Espagne	30,0	7,7	45,4	1,8	14,3	0,4	0,4
Italie	21,4	7,2	65,7	3,5	2,2	0,01	0,03
Portugal	32,8	12,0	43,4	5,8	5,5	0,1	0,4

Source : Drees, 1999.

³¹ D'autant plus que, comme l'a montré Noel Whiteside, un « État-Providence n'est pas une structure monolithique, mais est soumis à un remodelage idéologique et à des pressions économiques ». (Whiteside, 1995 : 543-569).

³² À l'exception de la Norvège où l'assurance chômage est obligatoire (Abrahamson, 1999a : 47).

³³ Pour une définition des risques/fonctions de la protection sociale (Eurostat), cf Drees, 1999 : 154-156. Toutes les données proviennent de Drees, 1999. Nous n'avons retenu ici que les pays membres de l'Union européenne dont le système de protection sociale est étudié dans les colloques de la Mire. Seule, la Grèce, dont les chiffres datent de 1994 et dont les définitions des risques ne sont pas totalement comparables à celles des autres pays, ne figure pas dans ce tableau (Drees, 1999 : 51).

Tableau 2 : Part des prestations par risque dans le PIB (%)

	Maladie	Inval.	Vieil.- Survie	Famille	Chôm.	Logem.	Exclus.	Ens.
Allemag.	8,8	2,0	12,0	2,1	2,6	0,2	0,6	28,3
France	8,4	1,7	12,5	2,6	2,4	0,9	0,5	29,0
Roy.-Uni	6,6	3,0	10,1	2,3	1,7	1,8	0,2	25,7
Suède	7,6	4,3	13,0	4,0	3,9	1,2	1,1	35,1
Danemark	7,2	1,8	11,8	2,3	4,0	-	0,7	27,8
Finlande	6,8	4,7	10,4	4,2	4,6	0,5	0,7	31,9
Espagne	6,4	1,6	9,6	0,4	3,0	0,1	0,1	21,2
Italie	5,0	1,7	15,5	0,8	0,5	0,0	0,01	23,5
Portugal	6,1	2,2	8,1	1,1	1,0	0,0	0,1	18,6

Source : Drees, 1999.

Les deux tableaux font ressortir que, si les pays européens ont en commun de consacrer l'essentiel de leurs prestations à la protection des risques vieillesse et maladie, il existe entre eux d'importantes disparités structurelles. On retrouve en particulier l'un des traits distinctifs des États-Providence du Sud, à savoir la « distribution déséquilibrée des protections parmi les risques » (Ferrera, 1997 : 17). Ce déséquilibre est tout d'abord attesté par la surprotection du risque vieillesse et des personnes âgées en tant que groupe social. En Italie et en Grèce, les prestations vieillesse-survie représentent ainsi près de 65 % de l'ensemble des prestations³⁴. C'est également dans ces deux pays que le rapport entre les dépenses de protection sociale en faveur des personnes âgées et celles en direction des personnes non âgées est le plus élevé : en 1989, il s'élevait à 4,14 pour l'Italie et à 3,2 pour la Grèce, la moyenne européenne étant de 1,27 (Portugal : 1,40 ; Espagne : 1,30) (Ferrera, 1997 : 17).

Le sous-développement des prestations familiales constitue la seconde manifestation du déséquilibre de la protection sociale par risque dans les pays de l'Europe du Sud. Celles-ci représentent entre 1,8 % (Espagne) et 5,8 % (Italie) de l'ensemble des prestations, tandis que la proportion atteint 9 % pour la France et plus de 11 % dans les pays scandinaves. En terme de part dans le PIB, l'Europe du Sud aligne les chiffres les plus faibles (de 0,4 à 1,1 %) des pays représentés dans le tableau, et plus généralement de l'Union européenne (Ferrera, 1997 : 17 et Drees, 1999). Le troisième élément caractéristique du déséquilibre des fonctions de protection sociale concerne le sous-développement du logement social et des allocations logement, « associé à une réglementation particulièrement étroite du marché privé de la location » (Ferrera, 1997 : 17). Selon Maurizio Ferrera, « cela explique en partie que les pays du sud de l'Europe (spécialement l'Espagne, l'Italie et la Grèce), connaissent les taux les plus élevés de propriétaires en Europe. Ils sont également les seuls pays parmi les pays développés dans lesquels les personnes âgées (au moins les personnes âgées « typiques ») bénéficient à la fois de retraites élevées et de leurs propres maisons ».

La faiblesse des dépenses consacrées à la lutte contre l'exclusion (entre 0,01 et 0,1 % du PIB) révèle plus largement un second trait distinctif des systèmes de protection sociale de l'Europe du Sud : leur caractère dual, presque polarisé. « D'un côté, le système de protection sociale de ces pays fournit une protection importante aux secteurs principaux, centraux de la force de travail, celle qui est placée à l'intérieur du marché du travail régulier et

³⁴ 66,8 % des prestations en 1994 pour la Grèce.

institutionnalisés ; d'un autre côté, il fournit de faibles prestations à ceux qui sont placés sur le marché dit non institutionnel ou irrégulier » (Ferrera, 1997 : 17 ; voir aussi Fargion, 2001 : 231). Ainsi, la mise en place, dans ces pays, d'un filet de sécurité garantissant un revenu minimum est très progressive et très récente (Palier, 2001 : 40). Elle apparaît en Italie et en Espagne entre la fin des années 1970 et le début des années 1990 selon les régions ; la création d'un revenu national minimum au Portugal date de 1996 ; quant à la Grèce, elle reste toujours caractérisée par l'absence de ce type de prestations.

2. Des formules de prestation diversifiées

Si l'on reprend la typologie d'Esping-Andersen, chaque régime de protection sociale poursuit un objectif différent. Le régime libéral associé aux pays anglo-saxons vise la lutte contre la pauvreté et le chômage ; le régime social-démocrate (pays scandinaves) se donne pour objectif d'assurer l'égalité, la cohésion et l'homogénéité des groupes sociaux, tandis que le régime conservateur-corporatiste vise le maintien du revenu des travailleurs en cas de réalisation d'un risque social. Pour atteindre leurs objectifs respectifs, ces différents régimes font appel à des techniques différentes : dans la conception libérale, les prestations sont fonction du besoin et sont soumises à conditions de ressources ; dans la conception sociale-démocrate, les droits sociaux sont liés à la citoyenneté ou à la résidence et les prestations sont forfaitaires ; enfin, dans la conception conservatrice corporatiste, les droits sociaux dérivent de la situation dans l'emploi et les prestations sont proportionnelles aux revenus antérieurs (Palier, 2001 : 35-38). On retrouve également, dans les quatre familles européennes d'États-Providence, une formule de prestation dominante. Les pays nordiques privilégient ainsi les prestations universelles et forfaitaires ; le Royaume-Uni se caractérise par des prestations universelles (National Health Service) et par des prestations contributives et forfaitaires (assurance sociale). En France et en Allemagne, les prestations d'assurance sociale sont contributives et proportionnelles au salaire antérieur. Enfin, les systèmes de protection des pays de l'Europe du Sud distribuent des prestations contributives et proportionnelles au revenu ainsi que des prestations à vocation universelle dans le cadre de services nationaux de santé. Si l'on regarde maintenant davantage dans le détail, les systèmes européens de protection sociale se caractérisent plutôt par une combinaison de formules de prestations.

Les prestations en espèces

C'est ainsi que les programmes de protection sociale des pays scandinaves associent des prestations universelles forfaitaires, d'un niveau élevé³⁵, et des prestations contributives liées au salaire antérieur. Les pensions de retraite sont, par exemple, constituées d'une pension de base, accordée à tous les résidents, complétée par une pension proportionnelle à la rémunération antérieure pour les travailleurs ayant cotisé (Commission européenne, 1995 : 30 ; Palme, 2001 : 58-59). Ces prestations reposant sur l'historique professionnel ont été introduites dans les programmes universels d'assurance maladie et d'assurance pensions à partir des années 1950, d'abord en Suède, puis en Norvège et en Finlande (Korpi, 1995 : 22). Elles apparaissent comme le fruit de l'émergence d'une nouvelle coalition politique associant ouvriers et employés. Dans les pays scandinaves en effet, les réformes des programmes de protection sociale constituent « à la fois des réponses à l'évolution des structures économiques et le fruit d'une mobilisation politique » (Palme, 2001 : 58). La mobilisation des intérêts des

³⁵ L'idée était que le secteur public devait fournir « des prestations d'un niveau suffisant pour tous les segments de la population et, ainsi, neutraliser les effets inégalitaires liés à l'assurance sociale fondée sur le marché » (Hagen, 1999 : 725).

populations rurales et urbaines avait permis l'apparition de la notion d'universalité. Celle des « cols blancs » et des « cols bleus » a contribué à l'adoption, dans l'après-guerre, d'assurances sociales liées à la rémunération, « organisant du même coup la symbiose des intérêts de parties différentes de la société » (Palme, 2001 : 58 et 60)³⁶.

Dans le système d'assurance nationale britannique, les prestations en espèces (indemnités maladie, allocations chômage, retraites) sont contributives et forfaitaires. Ces deux caractéristiques dérivent directement du plan Beveridge³⁷, qui se prononçait explicitement en faveur du paiement d'une contribution par chaque assuré et refusait d'« introduire dans le domaine de la protection sociale les disparités constatées dans la distribution primaire des revenus » (Kerschen, 1995 : 137 et 152). Le niveau des prestations est toutefois plus bas qu'en Scandinavie³⁸, ce qui correspondait encore une fois aux orientations du plan Beveridge, qui proposait un programme étendu mais minimal de protection sociale (Palier, 2001 : 39 ; Kerschen, 1995 : 141). Le faible niveau des prestations a néanmoins conduit à introduire des prestations proportionnelles, en particulier pour les retraites. Dès les années 50, des pressions, émanant notamment d'un groupe d'intellectuels socialistes rassemblés autour de Richard Titmuss, se manifestèrent en faveur de l'adoption d'un régime public liant le niveau des prestations et des cotisations au salaire. Les travaillistes inscrivirent ce projet dans leur programme, mais battus aux élections de 1959³⁹, ils ne purent le concrétiser. Les conservateurs consentirent un timide effort dans ce sens, avec l'institution d'une pension progressive (« graduated pension scheme »), mais son niveau restait très bas. Le retour au pouvoir des travaillistes permit l'institution, en 1975, d'un véritable régime public de retraite lié au salaire : le State Earnings-Related Pension Scheme (SERPS). Ce dispositif permet aux travailleurs, moyennant cotisations supplémentaires, de compléter la pension de base par une pension proportionnelle au salaire antérieur (Reynaud, 1995 : 237-238).

La seconde composante importante du système de Sécurité sociale britannique⁴⁰ est constituée par les prestations sous conditions de ressources, destinées aux personnes n'ayant pas suffisamment cotisé à l'assurance nationale ou dans le besoin. La plus ancienne est l'Income Support, prestation destinée aux personnes ne travaillant pas ou disposant de très faibles revenus, créée en 1948 dans le cadre du dispositif de National Assistance (MiRe, 1998 : 25). Conçue par Beveridge comme une protection d'urgence, dont le champ devait s'amenuiser au fur et à mesure de l'extension de l'assurance nationale, l'assistance vit le nombre de ses bénéficiaires régulièrement augmenter, tandis que la volonté des gouvernements conservateurs d'aller vers une plus grande sélectivité les amena à introduire de nouvelles prestations sous conditions de ressources. Au point de supplanter l'assurance nationale. En 1996, seulement 8 % des chômeurs étaient indemnisés dans le cadre de l'assurance nationale (MiRe, 1998 : 137).

³⁶ Pour une analyse du répertoire de l'action collective en Scandinavie et en France, voir Alapuro, 1999.

³⁷ Cf, supra, chapitre 1. Il faut d'ailleurs noter que les notions d'universalité et de contributivité n'étaient pas considérées comme incompatibles. Jose Harris a montré comment le contexte culturel et historique a pu favoriser la liaison de l'assurance à la rhétorique morale de l'universalisme (Harris, 1995).

³⁸ En 1989, l'indice de générosité (total des dépenses de protection sociale divisé par le nombre respectif des personnes âgées, des jeunes et des chômeurs) du système de protection britannique était de 0,46. Il était de 0,98 pour la Suède, de 0,76 pour le Danemark, de 0,62 pour la Finlande et de 0,56 pour la Norvège (Olafsson, 1999 : 81).

³⁹ Le projet de réforme des travaillistes souleva l'opposition des organisations patronales et des assureurs.

⁴⁰ La Sécurité sociale britannique comprend cinq catégories principales de prestations : les prestations contributives (National Insurance), les prestations sous condition de ressources, les prestations non contributives (Allocation handicapé), les prestations universelles (Child Benefit) et les prestations discrétionnaires. Pour un tableau des prestations de la Sécurité sociale britannique, cf MiRe, 1998 : 25-26.

En France, en Allemagne ainsi que dans les pays de l'Europe du Sud, la formule de prestation dominante est la prestation contributive et proportionnelle au niveau de salaire de l'assuré. Les conditions d'éligibilité, les cotisations et les prestations dépendent également du régime ou de la caisse d'affiliation de l'assuré. Les systèmes de protection sociale des pays continentaux et du Sud de l'Europe se caractérisent en effet par leur fragmentation institutionnelle, plus ou moins importante suivant les pays, et les branches de la protection sociale. Ainsi, en Allemagne, l'assurance chômage est unitaire, le système de retraite distingue quelques grandes catégories (ouvriers, employés, mineurs, fonctionnaires) tandis que l'assurance maladie est gérée par une multitude de caisses (environ 1200) qui déterminent leur propre taux de cotisation (Esping-Andersen, 1997 : 430 ; Commission européenne, 1993 : 19). Le système français de Sécurité sociale est composé d'un ensemble de régimes, qui ne couvrent pas les mêmes risques et ne garantissent pas les mêmes prestations (Hesse, 1999 : 18-19). On distingue ainsi le régime général (travailleurs salariés ou assimilés de l'industrie et des services), qui couvre environ les deux tiers de la population active, les régimes particuliers ou spéciaux (fonctionnaires, personnel des industries électriques et gazières, cheminots, mineurs...), les régimes non salariés du secteur non agricole (commerçants, employeurs, artisans, professions libérales), le régime agricole et le régime d'assurance personnelle ou volontaire (Ibid. et Palier, 2002 : 424-425). La fragmentation institutionnelle se retrouve également dans les pays de l'Europe de Sud : de nombreux régimes particuliers existent à côté du régime général au Portugal tandis que le système de retraite italien est composé de plus d'une cinquantaine de régimes (Guibentif, 1997 : 62 ; Ascoli, 1997 : 257). La fragmentation du système espagnol s'est atténuée au cours de la dernière décennie mais la sectorisation demeure (Guillén, 1997 : 82).

Cette fragmentation est liée au processus historique de construction de ces États-Providence. Dans le cas de l'Europe du Sud, il faut citer le poids du legs des régimes autoritaires et fasciste⁴¹, une protection sociale sectorielle que les restaurations démocratiques n'ont pas, malgré des efforts d'harmonisation, réussi à atténuer. En France, l'existence de régimes particuliers résulte principalement de la mobilisation et de la pression de certains groupes sociaux. La protection sociale a en effet d'abord concerné des groupes professionnels particuliers (mineurs, fonctionnaires...) avant d'englober d'autres catégories de la population (travailleurs salariés à bas revenus, salariés, indépendants...). Or, cette extension ne s'est pas réalisée par intégration mais par adjonction, amenant la multiplication des régimes. Ainsi, les populations concernées par les premières mesures de protection étaient les travailleurs « dont les activités revêtaient une importance capitale pour le fonctionnement de l'État » (marins, fonctionnaires, mineurs, soldats...) [Hesse, 1999 : 17]. Ces catégories, qui ont continué d'être régies par des dispositions particulières lors de la mise en place des assurances sociales (1928-1930), vont refuser, au moment de la création de la Sécurité sociale (1945-1946), leur intégration au régime général, moins avantageux, et conserver ainsi leur propre régime de protection sociale. Le refus caractérise également les travailleurs indépendants, qui ne souhaitaient pas être confondus avec la masse des salariés du commerce et de l'industrie, amenant ainsi la création de régimes spécifiques à ces catégories à partir de 1948 (Palier, 2001 : 112-113). Dans ce processus, la configuration institutionnelle retenue en 1945 a eu un rôle certain : c'est en effet parce que le système était fondé sur le travail que certains groupes socio-professionnels pouvaient revendiquer un traitement particulier (Ibid. : 114).

⁴¹ Cf. supra, chapitre 1.

La fragmentation des régimes de protection sociale de l'Europe continentale et du Sud est génératrice d'inégalités. « En règle générale, les formules s'appliquant aux salariés du secteur public tendent à être plus favorables que celles du secteur privé et sont généralement moins favorables pour les travailleurs indépendants » (Commission européenne, 1995 : 30). Un exemple caractéristique est fourni par le cas italien, où les retraites les plus généreuses se concentrent dans le secteur public : en 1993, 50 % des retraites du Fonds de retraite des salariés privés étaient inférieures à 1 200 liras par mois, contre 20 % pour le secteur public (Artoni et Zanardi, 1997 : 271).

Si les prestations contributives et liées au revenu constituent la majorité des prestations des systèmes de protection sociale allemand, français et des pays de l'Europe du Sud, elles ne sont pas les seules. Il existe également des prestations universelles et forfaitaires, telles que les allocations familiales en France. Il existe aussi des prestations sous conditions de ressources, destinées aux personnes non couvertes ou ayant épuisé leurs droits à l'assurance sociale et constituant le dernier filet de sécurité de ces systèmes. En Allemagne, l'aide sociale garantit un revenu minimal aux personnes dans le besoin et des allocations ciblent des catégories spécifiques (handicapés, aveugles, femmes enceintes...) [Ditch, 1995 : 380]. En France, il existe huit minima sociaux, représentant le volet assistantiel des programmes d'assurance (minimum vieillesse, allocation pour chômeurs en fin de droits...), visant des situations particulières (parent isolé) ou garantissant un revenu minimal d'existence (revenu minimum d'insertion) [Palier, 2002 : 434]. L'aide sociale est plus lacunaire dans les pays de l'Europe du Sud. Si en Espagne, il existe des prestations d'assistance vieillesse et d'assistance chômage, les programmes de revenu minimum sont régionaux et leurs modalités de fonctionnement très variables : dans certaines régions, les prestations sont accordées de droit tandis que dans d'autres, elles sont attribuées de manière discrétionnaire (Laparra et Aguilar, 1997 : 568-573). En Italie, les programmes de revenu minimum sont également régionaux mais les prestations d'assistance sont moins développées : l'assistance vieillesse y est très récente et l'assistance chômage inexistante (Fargion, 1997 : 594-599 ; Dell'Aringa et Lodovici, 1997 : 487). Au Portugal, le revenu national minimum est créé en 1996 tandis qu'en Grèce, une pension est accordée aux personnes âgées non assurées et des prestations supplémentaires sont versées aux personnes ayant des besoins particuliers (Symeonidou, 1997 : 375).

Les services de santé et d'aide à la personne

Il existe en Europe deux grands systèmes de soins de santé, l'un proposant une couverture professionnelle, l'autre, une couverture universelle. Le premier correspond au système d'assurance maladie, où l'offre de soins est « en partie privée (soins ambulatoires en France), en partie publique (hôpitaux en France), en partie organisée au sein des caisses d'assurance maladie (Allemagne) [...] ». Les frais occasionnés par les soins sont en majeure partie pris en charge par différentes caisses d'assurance maladie et financés par des cotisations sociales » (Palier, 2001 : 44). Le second système correspond au système national de santé, où l'offre de soins est organisée par l'État et les soins dispensés gratuitement à tous les citoyens (couverture universelle). Ce système est financé par l'impôt.

Le prototype de tous les services nationaux de santé européens a été institué en Grande-Bretagne entre 1946 et 1948. Il fonctionne selon le principe de l'universalité et de la gratuité⁴²,

⁴² L'idée initiale était que « personne ne devait être dissuadé de s'adresser à un service de santé du fait de son manque de ressources » (MiRe, 1998 : 24).

même si le principe d'une participation des patients aux frais de certains soins⁴³ a été depuis instauré, en raison de l'augmentation des coûts du service (Commission européenne, 1995 : 31 ; MiRe, 1998 : 24 et 162). Le modèle britannique a d'abord été suivi par les pays nordiques, puis à partir, de la fin des années 1970, par les pays de l'Europe du Sud. Les raisons pour lesquelles, l'Italie, le Portugal, l'Espagne et la Grèce sont passés d'un système d'assurance maladie à un système national de santé sont nombreuses (Guillén, 2001 : 209-210 ; Pinto, 1997 : 149-150 ; Granaglia, 1997 : 198 et Symeonidou, 1997 : 373). La réforme répondait tout d'abord à un objectif d'amélioration de l'équité de l'accès aux soins et de la qualité des soins. Elle visait également à remédier aux déficits, à l'inefficience et au manque de coordination des structures, les services nationaux de santé étant moins coûteux et plus faciles à administrer. Enfin, la présence de partis de gauche au pouvoir, qui soutenaient le principe de l'universalité des services de protection, et la préparation de l'adhésion à la Communauté européenne, qui poussait à des mesures d'extension de la couverture sociale, jouèrent également un rôle important dans l'adoption de la réforme (Guillén, 2001 : 221-222).

La mise en place de services nationaux de santé s'effectua selon des modalités variables suivant les pays et la transformation fut plus ou moins achevée. L'Italie et l'Espagne sont les pays où la réforme fut la plus poussée (Guillén, 2001 : 222)⁴⁴. Les caisses d'assurance maladie ont été supprimées et l'ensemble de la population intégré au système national de santé. Il faut toutefois souligner qu'en Italie, les cotisations ont continué de financer près de la moitié du service jusqu'en 1998, tandis qu'en Espagne, les fonctionnaires (7 % de la population) peuvent choisir d'être couverts par le système de santé ou une assurance privée (Cabiedes et Guillén, 1999 : 148 ; Guillén, 2001 : 211). Au Portugal et Grèce, la transformation du système des soins de santé ne fut pas aussi complète et de nombreux régimes d'assurance maladie coexistent avec le service national de santé. C'est notamment le cas au Portugal, où les fonctionnaires (environ 18 % de la population) sont couverts par les caisses publiques d'assurance maladie tandis le personnel des entreprises publiques privatisées dans les années 1980 est couvert par des caisses privées. Il existe également de grandes inégalités liées à l'inégale répartition des médecins et des équipements sur le territoire. Enfin, le poids du secteur privé reste considérable : ainsi, en 1987, « plus de 80 % des consultations dentaires, 70 % des examens de laboratoire et 50 % des radiographies et des consultations de spécialistes étaient réalisés dans le secteur privé » (Pinto, 1997 : 150-151). Ces caractéristiques sont encore plus importantes dans le cas de la Grèce. La mise en place du service national de santé en 1983 n'a pas mis fin au système d'assurance maladie et les caisses, très diversifiées quant au droit à prestations et à leur niveau, ont continué de fonctionner. Il existe également une économie informelle dans la profession médicale, y compris dans les hôpitaux d'État (Cabiedes et Guillén, 1999 : 151 ; Symeonidou, 1997 : 374).

Plusieurs éléments tendent à expliquer les différences entre les systèmes de santé des pays du Sud de l'Europe. En Italie et en Espagne, la réforme fut d'autant plus aisée que le taux de couverture de la population était déjà très important (plus de 90 %), que le régime d'assurance sociale avait perdu de sa légitimité, que les régions nouvellement créées furent partie prenante de ce processus et surtout qu'une forte coalition (régions, syndicats, partis de gauche), plus puissante en Italie qu'en Espagne, était acquise à la réforme. Une situation inverse prévalait au

⁴³ Pour les médicaments, les soins dentaires et les contrôles ophtalmologiques. L'hospitalisation et les consultations chez le généraliste restent gratuites. (MiRe, 1998 : 162).

⁴⁴ En Italie, la réforme du système de santé fut mise en oeuvre aussitôt la loi votée en 1978 ; en Espagne, elle s'échelonna entre la fin des années 1980 et le début des années 1990.

Portugal et en Grèce : la couverture de la population était plus faible, les budgets publics nécessaires à la réforme étaient insuffisants et la présence des conservateurs au pouvoir, continue (Portugal) ou alternée (Grèce), a pu rendre difficile l'application d'une réforme universaliste. Surtout, l'importance du secteur privé a permis aux médecins d'organiser une résistance efficace au nouveau système (Guillén, 2001 : 221-223).

En dehors des services nationaux de santé, il existe d'autres types de services sociaux, principalement destinés aux enfants et aux personnes âgées. Ces services sont plus développés dans les systèmes dit *beveridgiens* que dans les systèmes *bismackiens*, qui mettent davantage l'accent sur les transferts monétaires.

Tableau 3 : Le rôles des services sociaux dans quelques pays européens en 1990

	Rapport services/transferts
France	0,12
Allemagne (de l'Ouest)	0,16
Italie	0,06
Danemark	0,33
Suède	0,29

Source : Esping-Andersen, 1997 : 455.

L'importance des services d'aide à la personne, publics et universels, constitue une caractéristique des pays nordiques. En 1995-1996, entre 11,2 % (Suède) et 22,6 % (Danemark) des personnes âgées de plus de 65 ans bénéficiaient d'une aide à domicile tandis que 8 à 9 % d'entre elles vivaient dans un établissement (Abrahamson, 1999a : 51-52). Les structures de garde publique sont également très développées : en 1996, elles accueillait 40 % des petits Suédois âgés de 0 à 2 ans et 48 % des petits Danois. La proportion descend à 23 % pour la Norvège et 22 % pour la Finlande (Ibid. : 55). Une comparaison avec d'autres pays d'Europe permet, malgré son manque de précision⁴⁵, de prendre la mesure de l'importance des structures de garde publique dans les pays nordiques : en Allemagne, 1,4 % des jeunes enfants sont accueillis dans de tels établissements ; en Italie, le taux est de 5 % (Esping-Andersen, 1997 : 436).

Les services d'aide à la personne sont apparus en Scandinavie à partir des années 1950 pour les services aux personnes âgées et des années 1960-1970 pour les services de garde d'enfants (Szebehely, 1999 : 419 ; Almquist et Boje, 1999 : 307). Leur développement constitue une réponse à la fois au vieillissement de la population, à l'augmentation des emplois féminins et à la mobilisation politique des femmes (Palme, 2001 : 58). Pour Joakim Palme, l'extension des services sociaux est liée à l'apparition d'un troisième type de coalition politique, une coalition hommes/femmes, qui succéda aux coalitions ouvriers/employés et rurale/urbaine (Ibid. : 60). Elle reflète plus largement le modèle familial de l'État-Providence scandinave fondé sur l'égalité des sexes (voir chapitre 3).

⁴⁵ Ces chiffres sont donnés par Esping-Andersen (1997 : 436), qui les tient lui-même d'autres études publiées entre 1990 et 1994. L'âge des enfants concernés n'est pas donné.

II. La protection sociale complémentaire

La protection sociale complémentaire peut recouvrir une variété d'acteurs et de formes d'organisation. Celle-ci comprend en premier lieu des formes de protection obligatoire. Tel est le cas, en France, du système de retraite complémentaire des assurés du régime général de la Sécurité sociale, géré par des caisses de retraite complémentaire (Agirc pour les cadres ; Arco pour les non cadres) et dont la création a été la contrepartie de l'adhésion des cadres au régime général en 1946 (Prost, 2001 : 38 ; Pollet et Renard, 1996 : 76-77). La retraite complémentaire obligatoire existe également au Royaume-Uni avec le Serps créé en 1975 par les travaillistes, réformé ensuite par les conservateurs (cf, supra). Surtout, la protection sociale complémentaire rassemble des acteurs privés (au sens large du terme) : la Mutualité, dont les modalités de fonctionnement diffèrent suivant les pays⁴⁶ mais dont la vocation est non lucrative, les compagnies d'assurances et autres institutions lucratives ou encore les entreprises. On peut également y ajouter les associations, voire la famille, dont le rôle en matière de comblement des lacunes de l'État-Providence est particulièrement fort en Europe du Sud (chapitre 3).

1. La Mutualité

La Mutualité a joué un rôle fondamental dans la construction des États-Providence européens⁴⁷. Selon Humphrey Southall, les éléments centraux de l'État-Providence britannique « ont été construits par le bas, par le biais de régimes mutualistes dans lesquels des citoyens ordinaires mettaient leurs revenus en commun, au lieu de les transférer, afin de réduire les risques liés à la santé, à la vieillesse et au marché du travail » (Southall, 1995 : 68). Un premier pilier était constitué par les Friendly Societies, qui versaient des indemnités à leurs membres principalement en cas de maladie. Les syndicats, quant à eux, étaient davantage spécialisés dans le domaine de l'entraide en cas de chômage⁴⁸. Leur activité consistait essentiellement à aider les ouvriers à retrouver du travail, grâce à des mécanismes plus ou moins développés, et à leur verser des indemnités de chômage. Ce type de prestations se développa après les crises économiques des années 1840 et certains syndicats (mécanique, bâtiment, imprimerie) instituèrent un système relativement complet d'allocations. Ainsi, l'Amalgamated Society of Engineers (ASE) versait à ses membres dans les années 1860 des prestations forfaitaires dégressives, mais sans limitation de durée, en cas de maladie et de chômage ainsi que des allocations d'invalidité, de retraite, de frais d'obsèques et d'autres prestations discrétionnaires de bienfaisance. Elle fournissait en outre une aide financière à la mobilité et à l'émigration (Ibid. : 77-78). Le développement de ces systèmes de prestation n'est pas sans conséquence sur l'expansion du mouvement mutualiste et syndical : en 1913, la

⁴⁶ Ainsi, en France et au Portugal, les mutuelles sont régies par un code de la Mutualité ; au Royaume-Uni et en Espagne, elles fonctionnent selon le code de l'assurance. Les mutuelles partagent néanmoins des caractéristiques communes ; elles sont toutes des sociétés de personnes (et non de capitaux) à but non lucratif. De plus, sauf exception (Danemark), « il existe le libre choix entre plusieurs mutuelles et l'adhésion est facultative » (Dumont, 1998 : 119).

⁴⁷ Pour des raisons de documentation, ne seront traités ici que les cas britannique, français et allemand. Le mouvement mutualiste ne s'est cependant pas limité à ces pays. Ainsi en Suède, les sociétés de secours mutuel se sont développées tout au long du XIXe siècle et lors des grandes réformes des années 1940, elles devinrent l'organe régional indépendant chargé de la gestion de l'assurance maladie obligatoire (Olsson Hort, 2001 : 53). En Espagne, le développement de la mutualité date de la même période. Celle-ci continua son expansion lors de la mise en place des législations d'assurance sociale (années 1920 et 1940) et acquit un caractère complémentaire lors de la mise en place de la Sécurité sociale en 1963 (Castillo, 2001).

⁴⁸ Selon Humphrey Southall, la maladie, le chômage et la vieillesse ne constituaient pas trois états, donc risques, distincts mais étaient étroitement mêlés. En revanche, il est vrai que les syndicats britanniques ont joué un rôle bien inférieur à celui des sociétés de secours mutuel dans la protection maladie et que les mutuelles n'ont manifesté qu'un intérêt limité pour le chômage (Southall, 1995 : 80-83).

mutualité comptait 6,78 millions de membres tandis que les syndicats alignaient à la même date 4,13 millions d'adhérents (Ibid. : 71 et 79).

Contrairement à la Grande-Bretagne, mutualité et syndicats ont formé en France deux entités distinctes, et ce dès la première moitié du XIX siècle. Il existait en effet deux types de mutualité. La première, principalement implantée dans les métiers qualifiés et dans quelques grandes concentrations urbaines, menait simultanément des activités de prévoyance et de résistance. La seconde, majoritaire dans le mouvement mutualiste, se consacrait quasi-exclusivement à des activités de secours et d'entraide contre les aléas de la vie, essentiellement en cas de maladie (Gibaud, 1995 : 191). Cette séparation s'accrut durant le Second Empire, lorsque les mutuelles ouvrières, refusant d'être régies par les dispositions du décret de 1852 sur la mutualité, se transformèrent quelques années plus tard en Chambres syndicales, et fut consommée en 1884 avec la loi autorisant l'association syndicale (Ibid. : 194 et 196). La mutualité, quant à elle, qui jouait le rôle d'une assurance maladie volontaire, se verra doter d'un statut en 1898, qui facilitera son développement. Il reste qu'avec 2,5 millions de sociétaires en 1911, la percée restait limitée, surtout face à l'Angleterre et à l'Allemagne (Ibid. : 209-210).

Avec l'adoption des premières législations d'assurance sociale de la fin du XIX siècle et du début du XXe siècle, la mutualité s'intégra de différente manière au sein des États-Providence. En Grande-Bretagne, la continuité entre le système syndical d'assurance chômage et l'assurance chômage nationale de 1911 est évidente à plusieurs égards. «Tout d'abord, les architectes de l'assurance chômage instaurée par la loi étaient des représentants du Board of Trade qui entretenaient depuis longtemps des contacts étroits avec les syndicats, et de nombreux détails ont été empruntés à l'ASE » (Southall, 1995 : 80). Ensuite, le système d'assurance nationale ne couvrait qu'un nombre limité de métiers, ceux où les syndicats étaient les plus puissants. En fait, « la loi n'a pas tant étendu la couverture de l'assurance chômage que supprimé le besoin d'adhérer à un syndicat pour en bénéficier » (Ibid.). Enfin, le système national d'assurance chômage et d'assurance maladie conciliait protection obligatoire et aide mutualisée volontaire « dans la mesure où les syndicats et les sociétés de prévoyance étaient invités à appliquer la politique sociale » (Lewis, 1995 : 59). Plus précisément, les sociétés mutualistes fonctionnaient comme « approved societies » au sein du système d'assurance nationale (Southall, 1995 : 71). Après la guerre, la mise en place des réformes inspirées de Beveridge supprima toute participation des syndicats et des sociétés de prévoyance, entraînant le déclin des sociétés mutualistes (Lewis, 1995 : 59 ; Southall, 1995 : 71).

En France, la mutualité se prononça, dans un premier temps, contre le principe d'une assurance sociale obligatoire, que l'État était en train de mettre en place, avant de l'admettre comme « moyen de généraliser la prévoyance » (Gibaud, 1995 : 203). Elle espérait moyennant cette concession obtenir la gestion exclusive du système des retraites ouvrières et paysannes voté en 1910 et éviter ainsi d'être supplantée par les compagnies d'assurances privées dans le domaine des risques lourds. Cet espoir fut déçu, « le compromis adopté reposant sur le principe d'une affiliation obligatoire des salariés concernés et la liberté de choix de l'organisme assureur » (Gibaud, 1995 : 204). Dès lors, la participation des mutuelles à la gestion des retraites fut réelle mais limitée : à la fin de l'année 1912, « 3 140 sociétés mutualistes seulement ont été autorisées à procéder à l'encaissement, soit 13 % de l'ensemble » (Dumons et Pollet, 1994 : 357). De même, en 1928-1930, les sociétés

mutualistes ne représentaient qu'un gestionnaire des caisses d'assurances sociales parmi d'autres. La Mutualité réussit néanmoins à obtenir deux choses. D'une part, son opposition, aux côtés des institutions patronales, fit capoter le projet gouvernemental de constitution d'un réseau unitaire de caisses d'initiative étatique et conserver ainsi le pluralisme des caisses. D'autre part, le principe d'une organisation des caisses sur le modèle mutualiste fut retenu (Catrice-Lorey, 2001 : 65 ; Pollet et Renard, 1996 : 69). La mise en place de la Sécurité sociale en 1945 contraignit néanmoins les mutuelles à se repositionner dans le champ de la protection sociale. Le processus d'unification des caisses n'entraîna pas leur disparition, mais celles-ci « se replacèrent en aval du dispositif gérant des prestations complémentaires pour la maladie ou la vieillesse » (Prost, 2001 : 37).

L'Allemagne présente un troisième modèle des rapports entre la mutualité et l'État-Providence. Comme en France et en Angleterre, de nombreuses caisses de secours d'inspiration mutualiste, ouvrière ou patronale, avaient été créées depuis les années 1840. En Prusse, le développement de la mutualité avait été encouragé au milieu du XIX siècle, lorsque les communes s'étaient retrouvées dans l'incapacité de faire face à leurs obligations de secours (Kott, 1996 : 51). L'adoption des législations d'assurance sociale à la fin des années 1880, notamment en matière d'assurance maladie, n'entraîna pas la disparition des caisses de secours existantes : celles-ci furent intégrées au nouveau système tout en conservant leurs caractéristiques. Chaque caisse d'assurance maladie s'autogère ainsi de façon autonome dans le respect du cadre législatif⁴⁹.

Le rôle de la Mutualité aujourd'hui reflète la façon dont celle-ci s'est insérée au sein des États-Providence. En Allemagne, les mutuelles ont pour tâche d'organiser et de rembourser les prestations en nature de l'assurance maladie obligatoire (Dumont, 1998 : 119). En France, elles ont une fonction complémentaire, remboursant les dépenses maladie à la charge de l'assuré. En Grande-Bretagne, le relais des friendly societies a été pris, dans le secteur de la santé, par des compagnies d'assurances à but non lucratif⁵⁰ ; celles-ci ont un rôle « alternatif », fournissant des assurances maladies privées (Ibid. : 131 ; MiRe, 1998 : 192).

2. La protection d'entreprise

Seconde composante de la protection sociale complémentaire : les régimes d'entreprise. Ces derniers jouent surtout un rôle en Allemagne, où il n'existe pas de système complémentaire obligatoire de retraites, et en Grande-Bretagne, où la retraite complémentaire obligatoire existe mais avec libre choix entre l'adhésion au Serps, à un régime d'entreprise ou encore, depuis 1986, à un plan individuel d'épargne retraite (« appropriate personal pension schemes »).

En Allemagne, la protection d'initiative patronale remonte au milieu du XIX siècle : elle ne concernait alors que « les ouvriers de certaines grandes entreprises et les prestations versées étaient souvent limitées, en particulier quand l'employeur ne garantissait pas le maintien des droits » (Reynaud, 1995 : 226). Ainsi, en 1874, on recensait en Prusse 1 931 caisses de secours d'entreprise, soit 3,6 % seulement des entreprises industrielles de plus de cinq ouvriers. Le passage au caractère complémentaire eut lieu dès l'instauration de

⁴⁹ Nous remercions Thierry Jacob pour ces informations.

⁵⁰ Trois grandes compagnies dominent le marché de l'assurance maladie privée : la BUPA (British United Private Association), la PPP (Private Patient Plan) et la WPA (Western Provident Association).

l'assurance pension en 1889 : les caisses d'entreprise furent autorisées à proposer une pension aux salariés non couverts par l'assurance obligatoire et à assurer une pension complémentaire aux bénéficiaires du régime légal (Ibid.).

Après une période très difficile au lendemain de la Première Guerre mondiale, en particulier en raison de la très forte inflation, les caisses d'entreprise connurent une phase d'expansion, du milieu des années 1950 au milieu des années 1970. Depuis, la tendance est à la stagnation, du nombre d'affiliés comme du niveau des prestations. En 1987, on estime que 42 % de la population active du secteur privé était affiliée à un régime d'entreprise ; quant au montant de la pension, il représentait à la même date environ 20 % de la pension perçue au titre du régime légal (Ibid. : 228-229). Ces données reflètent la place dévolue à la protection d'entreprise dans le champ de la protection sociale allemande : les régimes d'entreprise ont grandi « dans l'ombre » de l'assurance sociale légale, qui fournit l'essentiel des pensions et dont le niveau est relativement élevé (Ibid. : 225).

Il en va différemment de la Grande-Bretagne, où la protection sociale d'entreprise a plutôt été favorisée. Comme en Allemagne, les régimes d'employeur ont été mis en place à partir du milieu du XIXe siècle par les employeurs les plus importants (gouvernement central, grandes municipalités, compagnies ferroviaires et gazières) (Reynaud, 1995 : 235). Ils se sont ensuite étendus à d'autres secteurs (banque, assurance, industrie manufacturière...) et ont rapidement supplanté les caisses syndicales et les friendly societies. La mise en place du système d'assurance nationale en 1946 n'a pas entravé le développement des régimes d'entreprise : au contraire, ceux-ci ont poursuivi leur essor, se nourrissant « de la faiblesse des prestations du dispositif public et de sa logique d'uniformité » pour les compléter (Ibid. : 237).

Les régimes d'entreprise ne disparurent pas non plus lors de la création en 1959 de la retraite complémentaire dans le cadre de l'assurance nationale. Ils se sont vu offrir la « possibilité de l'exemption d'affiliation, donc de cotisation, à ce nouveau régime pour leurs propres affiliés à condition qu'ils leur garantissent des pensions au moins égales au maximum proposé par celui-ci » (procédure de « contracting out ») (Ibid. : 238). Cependant, le niveau des cotisations et des prestations du nouveau régime public était tellement bas que la plupart des régimes d'entreprise n'ont pas jugé bon d'adopter le système d'exemption d'affiliation. Cette procédure est néanmoins restée et a été redéfinie par les travaillistes lors de la mise en place du Serps : pour sortir du régime complémentaire public, les régimes d'employeur devaient notamment garantir à leurs affiliés le versement d'une pension équivalente à celle versée par le Serps dans les mêmes conditions. Contrairement à 1959, les entreprises ont, dans leur majorité, utilisé cette possibilité d'exemption et ont souvent proposé à leurs salariés des pensions plus élevées (Ibid. : 238 ; Dumont, 1998 : 227).

En 1986, sous le gouvernement Thatcher, les salariés se sont vu offrir une troisième possibilité de retraite complémentaire obligatoire : le plan de retraite individuel agréé contracté auprès d'un organisme financier. La formule eut un grand succès, non au détriment des régimes d'entreprise mais du Serps⁵¹. En 1983, celui-ci regroupait 48 % des salariés ; la proportion tombe à 25 % en 1996. Les régimes d'entreprise, quant à eux, en restèrent à peu près à leur niveau de 1979, soit environ 50 % de la population (Dumont, 1998 : 229).

⁵¹ C'était du reste l'objectif du gouvernement Thatcher.

Si l'on ne retient, de la population britannique affiliée à un régime d'employeur, que les salariés du secteur privé, le taux de couverture de la protection d'entreprise se rapproche sensiblement de celui de l'Allemagne (38 % contre 42 % en 1987). Les deux pays partagent également d'autres caractéristiques communes : la protection d'entreprise concerne ainsi plutôt les hommes que les femmes, les salariés des grandes entreprises, les travailleurs qualifiés et ceux de l'industrie plus que ceux du commerce (Reynaud, 1995 : 248). Il reste que les prestations sont plus élevées au Royaume-Uni qu'en Allemagne, cette différence étant liée à celle des dispositifs publics légaux ou de base (pensions plutôt élevées en Allemagne, faibles et forfaitaires en Grande-Bretagne).

3. Les associations

Les associations constituent le troisième acteur intervenant dans le secteur de la protection sociale. Comme la mutualité ou les entreprises, elles ont joué un rôle dans la construction des États-Providence. C'est particulièrement le cas des pays nordiques, souvent qualifiés de « sociétés organisationnelles » et dans lesquels l'association fait historiquement partie du « répertoire de l'action collective » (Alapuro, 1999 : 109).

En Suède, les associations ont commencé à se développer à partir du début du XIX siècle et l'État, contrairement à la France par exemple, ne s'est pas opposé à ce processus. Vers les années 1880, le paysage associatif suédois était dominé par une forme particulière d'organisation, les « mouvements populaires », qui comprenaient les groupes religieux dissidents (revitalisme chrétien), le mouvement pour la tempérance et le mouvement ouvrier (Ibid. : 109). Ces mouvements, qui étaient égalitaristes et « partageaient un idéal commun de compétence individuelle », ont joué un rôle fondamental dans la démocratisation du pays⁵². Il en fut de même en matière de protection sociale : c'est en effet au sein des mouvements revitalistes chrétiens et de lutte contre l'alcoolisme que l'idée d'assurance sociale a commencé à germer et à se répandre dans les communautés locales (Olsson Hort, 2001 : 50). Parallèlement, d'autres associations caritatives et philanthropiques ainsi qu'une « multitude d'associations plus petites, spécialisées dans l'assurance maladie » se sont développées (Jeppsson Grassman, 1999 : 655).

Avec la mise en place de l'État-Providence suédois, en particulier dans les années 1930-1940, les associations ont de moins en moins participé à la protection sociale. Elles ont investi d'autres domaines, que l'État avaient tendance à négliger, notamment le sport, les loisirs ou la culture (Ibid. : 654-655). Le secteur associatif reste cependant très développé en Suède⁵³ et les associations continuent d'œuvrer dans le domaine de l'aide, des soins et des services sociaux. On y trouve tout d'abord les grandes organisations humanitaires et chrétiennes de création ancienne – Croix-Rouge, Armée du Salut, Mission de l'Église suédoise à Stockholm – qui participent à des accords de fourniture de services professionnels dans des domaines ciblés (aide aux sans domicile fixe, programmes destinés aux réfugiés, soutien aux femmes battues (Ibid. : 659). On trouve également un ensemble d'associations reposant sur le principe de l'adhésion, de l'auto-organisation et de l'entraide (associations de patients et de handicapés, associations familiales, de retraités...), qui mènent des actions de groupes de pression et proposent des aides à leurs membres. Cependant, le rôle des associations en tant que

⁵² Rappelons que le suffrage universel masculin a été instauré en Suède en 1909.

⁵³ La Suède compte en effet 200 000 associations pour 8,8 millions d'habitants ; en France, dont la population est de 58 millions d'habitants, le nombre d'associations est environ de 700 000 (Jeppsson Grassman, 1999 : 649).

prestataires de services et fonctionnant en partenariat avec les autorités locales, bien qu'encouragé depuis une dizaine d'années, est peu développé. Les services sociaux d'aide à la personne restent assurés par les municipalités.

Il en va différemment en France, où le rôle des associations en matière de fourniture de services sociaux est beaucoup plus important. L'aide à domicile, par exemple, provient en grande partie des associations tandis que 55 % des personnes âgées accueillies en établissement le sont dans des structures gérées par des organisations à but non lucratif⁵⁴. Le secteur associatif a également un quasi monopole sur l'accueil en établissement des adultes et enfants handicapés (Ibid. : 652). Cette montée en puissance des associations a été contemporaine de l'arrivée au pouvoir du gouvernement socialiste en 1981 : « dans un esprit de nouvelle solidarité, un partenariat avec les associations a été alors considéré comme essentiel » (Ibid. : 648). De plus, la décentralisation instaurée en 1983 a confié aux communes des responsabilités plus étendues dans le domaine des services sociaux et « le secteur associatif a été de plus en plus invité à travailler avec elles sur une base contractuelle », notamment pour les programmes de réinsertion (Ibid.). Ce nouveau contexte a été propice à la création de nouvelles associations qui oeuvrent à côté des grandes organisations caritatives de création ancienne (Secours populaire, Secours catholique, ATD Quart-Monde, Croix-Rouge...).

Le rôle des associations caritatives est également très prégnant en Europe du Sud. Il s'agit alors de suppléer les lacunes de l'aide sociale. Ainsi en Espagne, 8 millions de pesetas avaient, en 1987, été distribués par la communauté catalane au titre du secours tandis que Caritas (diocèse de Barcelonne) en avait versé 65 millions. Cette organisation est également intégrée à l'administration des secours publics : à Barcelonne, elle gère et surveille quelques-unes des prestations non contributives telles que le Fonds d'aide sociale (Ditch, 1995 : 391). L'importance du secours charitable caractérise aussi l'Italie et la Grèce, où l'action privée en faveur de la famille et de la lutte contre la pauvreté est essentiellement le fait de l'Église (Ibid. : 388 ; Symeonidou, 1997 : 384).

III. La gestion des systèmes de protection sociale

Deux grands systèmes de gestion et de financement des États-Providence européens peuvent être distingués. Il peut s'agir soit d'une gestion étatique avec un financement par l'impôt, soit d'une gestion par les partenaires sociaux (représentants des salariés et des employeurs) avec un financement reposant sur les cotisations sociales. Les pays nordiques et le Royaume-Uni se rangent plutôt dans la première catégorie tandis que la France et l'Allemagne appartiennent à la seconde. Quant aux pays de l'Europe du Sud, ils se caractérisent par une formule mixte de gestion et de financement.

⁵⁴ En Allemagne, les associations fournissent également une large part des services sociaux. 60 % des lits en établissement de long séjour, médicalisé ou non, sont fournis par des associations (Ditch, 1995 : 382).

1. Le financement des systèmes de protection sociale

Tableau 4 : Structure du financement des dépenses de protection sociale en 1995

	Cotisations sociales à la charge des employeurs	Cotisations sociales à la charge des personnes protégées	Contributions publiques et autres recettes	En %
Allemagne	40	29	31	
France	50	27	23	
Royaume-Uni	25	14	61	
Suède	38	5	57	
Danemark	10	14	76	
Finlande	35	14	51	
Italie	49	18	33	
Espagne	52	15	33	
Portugal	30	19	51	

Source : Drees, 1999.

L'impôt constitue la recette principale des systèmes de protection sociale des pays nordiques et de la Grande-Bretagne. Son poids varie néanmoins selon les pays. La fiscalisation des systèmes de protection sociale est particulièrement forte au Danemark (76 %) et au Royaume-Uni (61 %) ; elle est en moindre proportion pour la Suède (57 %) et la Finlande (51 %), où le reste des dépenses est supporté essentiellement par les cotisations des employeurs. Les systèmes français et allemand de protection sociale sont au contraire principalement financés par les cotisations des employeurs et des salariés (69 % et 77 %). Cette formule de financement caractérise également les systèmes italien et espagnol, mais le poids des cotisations employeurs est plus prégnant. Au Portugal en revanche, les recettes proviennent des cotisations sociales mais également en grande partie de l'impôt (contributions publiques : 30 % ; autres recettes : 11 %).

La structure du financement des systèmes de protection sociale reflète en grande partie les formules de prestation servies : en règle générale, les prestations universelles, les services nationaux de santé et les prestations sous conditions de ressources sont financés par l'impôt ; au contraire, le financement des prestations contributives provient surtout des cotisations sociales (Commission européenne, 1993 : 18-30). Les règles ne sont toutefois pas aussi tranchées. Ainsi, au Royaume-Uni, une fraction des cotisations sociales contribue à financer le service national de santé (Commission européenne, 1995 : 30). Au Danemark, le financement de l'assurance chômage est assuré en partie par les cotisations sociales mais aussi, pour la plus grande part, par le budget de l'État (Commission européenne, 1993 : 23). Dans les pays de l'Europe du Sud, une partie des cotisations sociales est affectée au service national de santé. En Allemagne, les allocations familiales sont financées par l'impôt (André, 1996 : 242).

En fait, et bien que les disparités demeurent fortes, on observe, depuis 1980, une certaine convergence dans les structures de financement des systèmes de protection sociale européens (DREES, 1999 : 113-118). Une première tendance est le recours croissant aux recettes d'origine fiscale⁵⁵. C'est le cas des pays où le poids de la fiscalisation était déjà important

⁵⁵ À l'exception du Danemark.

(Royaume-Uni). C'est surtout le cas des pays ayant « récemment » transformé leur système d'assurance maladie en système national de santé : les pays de l'Europe du Sud enregistrent ainsi les plus fortes progressions de la part des recettes d'origine fiscale. C'est enfin le cas de l'Allemagne, qui a fiscalisé à 20 % les recettes de l'assurance vieillesse et de la France, qui a instauré en 1991 la Contribution sociale généralisée (CSG) [Dumont, 1998 : 274 ; Palier, 2002 : 337 et suivantes]. La seconde tendance est la baisse relative des cotisations employeurs, « souvent compensée par une augmentation du poids des cotisations des personnes protégées » (Drees, 1999 : 113). Celle-ci est particulièrement forte dans les pays de l'Europe du Sud, où les cotisations employeurs représentaient plus de la moitié des recettes de protection sociale au début des années 1980. La diminution a été ainsi de plus de 20 points au Portugal et de 10 points en Grèce (Ibid. : 118).

2. État et/ou partenaires sociaux : les gestionnaires de l'État-Providence

Les structures de financement des systèmes de protection sociale européens sont également à relier avec les formules d'organisation et de gestion. Dans les pays privilégiant le financement par l'impôt, la responsabilité de la gestion appartient essentiellement à l'État ; elle est assurée par les partenaires sociaux dans les systèmes reposant sur les cotisations sociales.

Les systèmes à gestion étatique

Le rôle de l'État est fondamental dans les systèmes de protection sociale des pays nordiques et du Royaume-Uni : les décisions et les mesures de réglementation relèvent du gouvernement et/ou du Parlement (Palier, 2002 : 146).

Le système britannique de Sécurité sociale est fortement unifié et centralisé. Toutes les compétences relèvent du ministère de la Sécurité sociale (« Department of Social Security »), qui est « responsable de la politique et de l'administration des prestations de protection sociale » (MiRe, 1998 : 81). La mise en œuvre est assurée par les représentants locaux de la « Benefits Agency », organisme quasi-indépendant⁵⁶ qui verse la plupart des prestations de Sécurité sociale (pensions de retraite, allocation invalidité, Income Support). Certaines prestations (Family Credit, Child Benefit) sont néanmoins gérées de manière centralisée : les agences locales font remonter les demandes de prestation au niveau des centres nationaux sans les traiter directement (MiRe, 1998 : 43). Ce cadre unifié, étatique et centralisé s'inscrit dans la droite ligne du plan Beveridge et de son principe de l'unité. Il s'agissait de rompre avec la logique des Poor Laws, gérées au niveau local et de manière dispersées (Ibid. : 82). Ce faisant, et pour des raisons techniques et financières, Beveridge rompait également avec une longue tradition d'autonomie des institutions et de responsabilités des assurés⁵⁷ (Kerschen, 1995 : 144). Aujourd'hui, « les partenaires sociaux et les bénéficiaires ne participent guère (et uniquement à titre consultatif) au processus de gestion ou de décision » (Commission européenne, 1995 : 31). Les services sociaux des autorités locales sont néanmoins responsables des services d'aide à la personne et ont vu, depuis 1990, leur rôle s'accroître dans le cadre de la réforme du service national de santé et de l'instauration du Community Care (Knapp et Wistow, 1995 : 258).

⁵⁶ La Benefits Agency est une création relativement récente. Jusqu'alors, les représentants du Department of Social Security étaient des fonctionnaires.

⁵⁷ Par le biais des comités d'assurance locaux, des syndicats ou des sociétés agréées (Harris, 1995 : 169).

Le rôle des partenaires sociaux est plus important dans les pays nordiques⁵⁸ mais la gestion de leur protection sociale reste étatique. Celle-ci est également plus décentralisée qu'en Grande-Bretagne. C'est particulièrement le cas au Danemark où, depuis les années 1970, « toutes les prestations sociales sont gérées et servies par des services sociaux spéciaux dans les collectivités locales (Kommune) » (Commission européenne, 1993 : 22). La décentralisation est telle que les politistes parlent aujourd'hui d'« État social local » (Hansen, 1999 : 609). Par comparaison, le système suédois apparaît plus centralisé. Les prestations sont toutes réglementées par l'État : l'adoption des lois et des budgets (montant des prestations, conditions d'attribution, jours de carence) sont du ressort du Parlement et le gouvernement joue un rôle actif dans la réglementation de la Sécurité sociale au niveau national. Le système laisse néanmoins place à la prise de décision au niveau local et notamment aux offices régionaux d'assurance sociale, organismes semi-publics et indépendants placés sous la direction de représentants élus, chargés de la gestion des prestations et de la mise en œuvre de la politique en matière d'assurance sociale (Olsson Hort, 2001 : 54-56).

L'administration des États-Providence de l'Europe du Sud comporte également une composante étatique, notamment dans le domaine des soins de santé. En Italie et en Espagne, la gestion du système national de santé est décentralisée : la décentralisation qui a précédé la création d'un service national de santé a en effet conféré aux régions un rôle essentiel dans le contrôle et la fourniture de soins (Guillén, 2001 : 221). Les compétences peuvent cependant varier en fonction des régions. Ainsi en Espagne, sept régions⁵⁹ sur les dix-sept communautés autonomes disposent des pleines compétences politiques dans le domaine de la santé (développement législatif des lois de base de l'État central et pleines compétences concernant leur application). Les dix autres restent encadrées, sur le plan législatif et administratif, par les organismes de l'État central (Rico, 1998 : 227-228).

La gestion par les partenaires sociaux

Les caisses professionnelles et les partenaires sociaux jouent également un rôle important dans les systèmes de protection sociale des pays de l'Europe du Sud et un rôle prépondérant en France et en Allemagne (Commission européenne, 1995). Dans ces deux pays, l'administration de la Sécurité sociale appartient à des organismes autonomes par rapport à l'État, gérés par les représentants des employeurs et des salariés. Ce mode de gestion « par les partenaires sociaux » repose sur un choix historique⁶⁰. En Allemagne, l'autogestion des caisses d'assurance sociale participait de la constitution de la « communauté nationale harmonieuse » souhaitée par Bismarck, et devint très vite un « champ d'apprentissage de la responsabilité et de la concertation » en même temps qu'un champ d'influence privilégié de la social-démocratie [Kott, 1996 : 50 ; (Hudemann, 2001 : 225)]. En France, le principe de la « gestion par les intéressés » a été affirmé avec force par les concepteurs de la Sécurité sociale comme le moyen de favoriser l'émancipation des travailleurs (Palier, 2002 : 87).

La représentation des partenaires sociaux au sein des organismes d'assurance sociale a évolué au fur et à mesure de la construction des systèmes de protection sociale. Dans

⁵⁸ Dans les pays scandinaves, les politiques sociales (salaires, niveau de protection sociale) « sont le plus souvent encadrées par des accords nationaux globaux entre État et partenaires sociaux, les mesures concrètes concernant la protection sociale étant laissées à l'initiative du gouvernement et discutées au Parlement » (Palier, 2002 : 146).

⁵⁹ Soit l'Andalousie, le Pays basque, la Catalogne, la Galice, la Navarre, la région de Valence et les îles Canaries.

⁶⁰ Cf. chapitre 1.

l'assurance sociale de Bismarck, la participation des travailleurs, des employeurs et même de l'État était fonction de leur contribution respective au financement du dispositif (Ritter, 1996 : 29). La représentation des employeurs était ainsi prépondérante dans l'assurance accidents, tandis que celle des travailleurs dominait dans les caisses d'assurance maladie. Au sein de l'assurance pension, c'est l'influence de l'État qui était majoritaire. En 1951, la parité de la représentation entre les assurés et les employeurs a été instaurée et n'a plus été remise en cause depuis (Catrice-Lorey, 2001 : 77). Il en va autrement de la France où le lien paritaire apparaît plus fragile. L'histoire de la protection sociale est en effet marquée par une pluralité de modèles de gestion des institutions, expérimentés dans des cadres divers (Pollet et Renard, 1996). Au début du XXe siècle, lors de l'instauration de l'assurance retraite, la tendance est au tripartisme État-assurés-employeurs ; les assurances sociales de 1928-1930 consacrent le principe d'une organisation mutualiste des caisses, avec une représentation des bénéficiaires et des employeurs admis à titre honoraire, mais sans représentation étatique. En 1946, les organismes de Sécurité sociale sont composés des représentants des assurés dans la proportion des trois quarts et d'un quart d'employeurs. En 1967, un paritarisme strict bénéficiaires-employeurs est établi. Ce changement répondait à une revendication patronale, qui faisait de la gestion paritaire, expérimentée dans le cadre de la protection chômage et des retraites complémentaires, un « contre-modèle » à la gestion majoritairement syndicale adoptée en 1946 (Pollet et Renard, 1996 : 80-81). Le paritarisme fut ressenti par les organisations syndicales comme une « dépossession » : certaines (CGT, CFDT) le refuseront, pratiquant « une participation sans gestion », d'autres (FO), l'entérineront et joueront le jeu (Catrice-Lorey, 2001 : 77 ; Pollet et Renard, 1996 : 82). Le paritarisme, « alourdi de tensions », fonctionnera jusqu'en 1982, date à laquelle les organisations syndicales retrouveront leur position majoritaire (Catrice-Lorey, 2001 : 77).

Si l'évolution de la gestion des institutions de Sécurité sociale est marquée, en France comme en Allemagne, par la disparition de l'acteur étatique, la question du rôle de ce dernier dans la gestion du système doit être néanmoins posée. Sur ce plan, des différences notables existent entre les deux pays. En Allemagne, la gestion par les partenaires sociaux est bien réelle et l'intervention de l'État se limite à un contrôle de légalité (Palier, 2002 : 147) ; en France, l'État « ne se contente pas d'être le garant du système, il exerce une tutelle plus forte et intervient directement » (Döhler et Hassenteufel, 1996 : 276). En témoigne le cas de l'assurance maladie. C'est l'État, et non comme en Allemagne les caisses, qui fixe le montant des cotisations ; il exerce également un contrôle étroit sur le fonctionnement des caisses, ayant la « possibilité de suspendre les décisions des caisses » ou contrôlant préalablement les budgets...). L'État est enfin très présent dans la négociation entre les caisses d'assurance maladie et les professions médicales : il choisit les syndicats médicaux habilités à participer à la négociation et encadre fortement les négociations. Celles-ci ne portent d'ailleurs pas sur tous les domaines : la nomenclature des actes médicaux échappe ainsi à la négociation collective, « contrairement à l'Allemagne, où elle est fixée par une commission paritaire caisses-médecins » (Ibid. : 276-277). Cette situation résulte d'un processus de renforcement des capacités de décision et d'intervention de l'État depuis la fin des années 1950. Elle a notamment été permise par la fragilité structurelle du lien paritaire, forgé dans la division syndicats ouvriers/patronat et entre syndicats ouvriers (Palier, 2002 : 146 et 353 ; Catrice-Lorey, 2001 : 77).

CHAPITRE III

FEMMES, FAMILLES ET ÉTATS-PROVIDENCE

Si la classification proposée par Esping-Andersen a permis d'orienter de manière décisive la recherche comparative sur les États-Providence, elle a aussi été beaucoup discutée. L'une des critiques les plus radicales a sans conteste émané de la mouvance « féministe critique », qui a reproché à Esping-Andersen de ne pas avoir tenu suffisamment compte de la famille, de l'organisation de la vie privée et des relations entre les hommes et les femmes (Merrien, 1997 : 90 ; Martin, 1997 : 344). En effet, la démarchandisation, concept central dans l'analyse du sociologue suédois, suppose comme préalable la marchandisation ; autrement dit, « avant de pouvoir bénéficier des différentes prestations de l'État-Providence », il faut d'abord avoir été marchandisé, c'est-à-dire être devenu une force de travail « de valeur » (Ostner et Lessenich, 1996 : 186). Or, dans les États-Providence, « les droits individuels de démarchandisation » sont très inégalement répartis, « dans la mesure où les chances d'accès des personnes et des catégories de personnes à la marchandisation sont tout sauf égales », en particulier pour les hommes et les femmes (Ibid.). Il faut donc intégrer, dans l'analyse comparée des systèmes de protection sociale, la situation faite aux femmes. Jane Lewis a ainsi proposé une autre classification des États-Providence en fonction de la participation des mères au marché du travail, du champ et de la nature de l'intégration des femmes dans les régimes de protection sociale et de l'existence ou non de services de prise en charge des enfants (Ostner, 2001 : 157). Ces critères l'amènent à distinguer des systèmes de protection sociale privilégiant le « modèle de soutien de famille masculin » (male breadwinner model), des systèmes ayant développé un « modèle de soutien parental » (parental model) et des systèmes promouvant un « modèle de ménages à deux revenus » (two breadwinner family) (Martin, 1997 : 344). D'autres travaux, également d'inspiration féministe, se sont intéressés à la manière dont les personnes chargées de prodiguer des soins aux enfants et aux personnes dépendantes (carers), ainsi que les personnes dépendantes elles-mêmes, étaient traitées dans les différents régimes de protection sociale (Ostner, 2001 : 158). Étaient ainsi intégrés l'aide et les soins fournis gratuitement par la famille ainsi que la manière dont les individus s'investissent dans la famille (Lewis, 1997 : 334). La gender critics n'a pas été la seule à questionner la pertinence de la classification d'Esping-Andersen ; d'autres travaux ont également discuté la pertinence des regroupements effectués (Merrien, 1997 : 92). Prenant appui sur la France et l'Allemagne, Franz Schultheis a ainsi montré combien les politiques familiales pouvaient diverger d'un système à un autre, y compris à l'intérieur d'un même ensemble d'État-Providence (Schultheis, 1996). La famille, les politiques familiales et les relations entre les hommes et les femmes apparaissent donc comme des facteurs discriminants des régimes de protection sociale. Ce chapitre se propose donc de faire le point sur cette question, en examinant les diverses prestations familiales, les différents modèles familiaux d'États-Providence auxquels celles-ci renvoient puis leurs incidences en matière d'emploi des femmes et de lutte contre la pauvreté des enfants.

I. La diversité des politiques familiales

Les dépenses consacrées à la famille sont très variables selon les pays européens. En 1995, la part des prestations familiales au sein du PIB varie en effet de 0,4 % pour l'Espagne à 4,2 % pour la Finlande. Cet écart reflète la divergence existant entre l'Europe du Nord et l'Europe du Sud⁶¹ : globalement, les pays nordiques consacrent à la famille la part la plus importante de leur richesse nationale tandis que les pays du Sud y consacrent la part la plus faible (Drees, 1999 : 139). La structure des prestations familiales est également très diversifiée. Les prestations en espèces⁶² dominent très largement en France (85,9 % de l'ensemble des prestations familiales), au Royaume-Uni (79,6 %) et en Espagne (79,2 %), tandis que les prestations en nature sont très importantes au Danemark (52,1 %), en Suède (46,6 %) et en Italie (46,2 %). Enfin, il faut mentionner la part très significative des prestations sous conditions de ressources au Royaume-Uni (55,7 % de l'ensemble des prestations familiales) et en Italie (46,7 %) alors que celles-ci sont quasi-inexistantes dans les pays nordiques⁶³ (Ibid. : 144-146).

1. Le soutien économique aux familles avec enfants

Tous les États européens octroient à leurs ressortissants des allocations familiales : dans la plupart des pays, celles-ci représentent « l'élément central des dispositifs mis en œuvre pour aider les familles » (Ibid. : 148). Les allocations familiales ont été instaurées à des moments variables suivant les pays. En France, elles sont d'abord apparues à l'initiative d'employeurs, avant d'être institutionnalisées en 1932⁶⁴ (Strobel, 2001 : 201). En Espagne, elles ont été introduites sous le régime franquiste en 1938 et complétées en 1945 (Valiente, 1997 : 393). Dans la majorité des autres pays européens, les allocations familiales sont une création d'après la seconde guerre mondiale : elles sont apparues en 1945 en Grande-Bretagne dans le cadre du plan Beveridge (MiRe, 1998 : 56), en 1946 en Norvège, en 1947 en Suède et en 1950 au Danemark (Skrede, 1999 : 197 ; Greve, 1999 : 272). En Allemagne, les allocations familiales ont été instaurées sous le Troisième Reich en 1935⁶⁵ ; elles ont ensuite été interdites par les gouvernements d'occupation alliés, puis réintroduites en 1954 (Abelshauer, 1996 : 133).

Les caractéristiques des allocations familiales sont extrêmement diverses suivant les pays (Drees, 1999 : 147-148)⁶⁶. Elles sont généralement versées à partir du premier enfant – à l'exception de la France qui attribue cette prestation à partir du deuxième – et normalement jusqu'à 18 ans, sauf en Finlande (17 ans), en Suède et au Royaume-Uni (16 ans) et au

⁶¹ Cf, tableau °2.

⁶² Les prestations en espèces comprennent « les prestations liées à la naissance ou aux enfants en bas âge (indemnités journalières de maternité, primes de naissance, congés parentaux), les prestations liées à l'entretien des enfants (allocations familiales), les prestations couvrant des risques particuliers (monoparentalité, invalidité) et enfin des suppléments versés aux bénéficiaires d'autres prestations sociales (chômage, invalidité, retraite) quand ceux-ci ont des enfants à charge. Contrairement aux prestations en espèces accordées sans que le bénéficiaire n'ait à justifier de dépenses effectives, les prestations en nature sont soit des remboursements de biens et de services, soit la fourniture gratuite ou à prix réduit, de biens et de services » (DREES, 1999 : 151). Tous les chiffres donnés datent de 1995.

⁶³ Danemark : 2,7 % ; Suède : 0,1 % ; Finlande : 3,2 %.

⁶⁴ La loi de 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses prévoyait néanmoins déjà une aide aux familles de plus de cinq enfants (Greve, 1999 : 272).

⁶⁵ Il s'agissait d'une prime mensuelle de 10 Reichmarks pour le 6^e enfant et par enfant supplémentaire.

⁶⁶ Sauf mention contraire, l'analyse qui suit s'appuie très largement sur cette source.

Portugal (15 ans). La plupart du temps, les allocations familiales concernent toutes les familles avec enfant(s) ; font cependant exception l'Espagne, qui en subordonne l'octroi à une condition de ressources⁶⁷ ainsi que l'Italie et la Grèce, pays dans lesquels le montant des allocations est minoré, voire nul, pour les ménages disposant d'un revenu supérieur à un certain plafond. Le montant des allocations familiales peut être fonction de divers facteurs. En France et au Danemark, il varie en fonction de l'âge des enfants, augmentant dans le premier cas, décroissant dans le second (Greve, 1999 : 273). Dans les pays du Sud de l'Europe ainsi qu'en Allemagne, le montant des allocations familiales varie ou peut varier selon le revenu des ménages ; un supplément de 33 % par enfant est ainsi attribué, au Portugal, aux familles de plus de trois enfants ayant des revenus modestes (Drees, 1999 : 148). Enfin, en Allemagne, en Finlande, en France et en Grèce, les allocations familiales sont progressives, c'est-à-dire que leur montant augmente avec le nombre d'enfants. Seuls le Royaume-Uni et la Suède appliquent un barème strictement forfaitaire, qui ne tient compte ni du revenu, ni de l'âge des enfants, ni du nombre d'enfants. Exprimées en standard de pouvoir d'achat et pour les familles à partir de deux enfants, les allocations familiales sont plus généreuses en Allemagne, au Danemark, en France et en Finlande ; elles sont beaucoup plus modestes dans les pays de l'Europe du Sud. Pour une famille de trois enfants par exemple, le montant mensuel va de 50,8 à 66,3 pour la Grèce, le Portugal et l'Espagne contre 186,9 à 345,9 pour le premier groupe de pays.

Aux allocations familiales, il faut ajouter entre autres les prestations couvrant des risques particuliers, tels que la monoparentalité. Les aides destinées aux parents isolés – majoration des allocations familiales ou allocation spécifique – ne sont pas présentes dans tous les pays européens. Elles n'existent pas en Espagne et ont été récemment supprimées au Royaume-Uni⁶⁸ (Valiente, 1997 : 397 ; MiRe, 1998 : 175). Dans les pays ayant instauré ce type de prestation, les allocations pour les parents isolés ont été généralement introduites au cours des années 1960-1970. À dire vrai, des précédents liés à des circonstances particulières existaient déjà : au Danemark, par exemple, une pension versée, sous conditions de ressources et au titre de devoir moral, aux veuves avec enfants avait été introduite en 1913, tandis qu'en Suède, les veufs et veuves avec enfants pouvaient bénéficier de prestations de soutien depuis 1937 (Greve, 1999 : 272). Les prestations allouées aux veufs et/ou veuves avec enfants et celles destinées aux parents/mères isolés ne sont cependant pas à mettre sur le même plan. Ne serait-ce que parce que les premières, au contraire des secondes, ont rarement été mises en question (Skrevik, 1999 : 237). La Norvège constitue toutefois une exception : « dans ce pays, les veuves et les mères non mariées ont d'emblée été intégrées dans le même dispositif et les différences de traitement entre les veuves avec des enfants et les autres parents isolés sont mineures » (Ibid. : 237-238). Cette position particulière trouve son origine historique dans la décision du conseil municipal d'Oslo d'instituer, en 1919, une pension destinée aux mères non mariées, séparées, divorcées ou veuves avec des enfants de moins de 15 ans. Elle fut consacrée par la loi de 1964 qui créa une pension nationale pour les veuves et les mères non mariées, étendue en 1981 aux parents séparés ou divorcés.

⁶⁷ En France, en 1998, les allocations familiales ont été soumises à conditions de ressources. La mesure a été abandonnée en 1999 (Palier, 2002 : 258).

⁶⁸ Créé à la suite du rapport Finer de 1974, le One-Parent Benefit était une prestation versée en complément des allocations familiales et d'un montant très faible. Allocation controversée, sa suppression fut proposée par les conservateurs et décidée par le gouvernement de Tony Blair (MiRe, 1998 : 174-175).

Un autre pays occupe une position particulière dans le traitement des parents isolés : la France qui est le seul pays à leur assurer un revenu minimum (Drees, 1999 : 150). L'Allocation de parent isolé (API) peut en effet être vue comme « l'une des premières mesures de la politique contemporaine de solidarité nationale » (Messu, 1999 : 131). Créée en 1976, cette prestation sous conditions de ressources est destinée aux personnes qui élèvent seules un enfant pendant un an, ou bien jusqu'à ce que le plus jeune des enfants atteigne l'âge de 3 ans. Son montant était, au 1^{er} janvier 2001, de 502,32 € pour une femme enceinte, 669,71 € pour un parent isolé avec un enfant à charge, avec un supplément de 167,39 € par enfant à charge en plus (Palier, 2002 : 433). La création de l'API est à relier avec l'émergence de la notion de risque dans le fait familial⁶⁹, qui recouvre deux concepts : celui de « familles à risques », i.e. les familles dissociées auxquelles était initialement associé un risque de délinquance juvénile et de troubles de la personnalité de l'enfant, et le « risque familial », c'est-à-dire le risque de pauvreté encouru par les familles monoparentales⁷⁰ (Lefaucheur, 1995 : 461-462). C'est précisément pour prendre en compte ce risque d'appauvrissement que l'allocation de parent isolé a été introduite. Bien qu'il s'agisse d'une « protection transitoire et subsidiaire » (Ibid. : 465) et qu'elle n'ait pas été conçue en ces termes, l'allocation de parent isolé n'en constitue pas moins une « forme d'allocation universelle ou de citoyenneté » (Messu, 1999 : 131). Selon Michel Messu, cette prestation, de même que le Revenu minimum d'insertion (RMI), s'apparente en effet « à un revenu social plancher, calé entre un « seuil de pauvreté » et un « salaire minimum » : le Smic. Ce n'est plus une aide à l'assistance, toujours précaire et modeste, satisfaisant d'abord à un principe charitable ou humanitaire. Cela devient une rétribution sociale qui, tout en se refusant à être le salaire de l'oisiveté, n'en veut pas moins être la contribution d'une société riche et solidaire au maintien de tous ses membres dans un relatif état de dignité » (Ibid.). Plus qu'une « simple compensation des charges », il s'agit d'une forme de « salarisation de l'activité familiale » (Ibid. : 132).

2. Maternité, éducation et garde des enfants

Avec la maternité et la garde des enfants, on aborde directement la question des relations entre le travail rémunéré, le travail non rémunéré et la protection sociale et plus généralement la question de la différence de traitement entre les hommes et les femmes par les États-Providence (Almqvist et Boje, 1999 : 285). En effet, l'un des « défis majeurs posés aux politiques sociales à la fin de ce millénaire est de savoir comment réconcilier le travail et la vie familiale » (Hatland, 1999 : 264). Un problème qui concerne particulièrement les femmes puisque celles-ci « continuent d'effectuer la majeure partie des tâches domestiques au sein des ménages européens » (Almqvist et Boje, 1999 : 286). À cette question, les États-Providence européens apportent différentes réponses.

La maternité est chronologiquement le premier risque familial pris en charge par les États-Providence, la plupart du temps au moment de la mise en place des assurances sociales. Ainsi, en Grande-Bretagne, le National Insurance Act de 1911 prévoyait le versement d'une indemnité de maternité pour couvrir les besoins de l'accouchement tandis qu'en 1918, le Maternity and Children Welfare Act permettait aux autorités locales de mettre des services à

⁶⁹ Elle s'inscrit plus largement dans le long processus d'appréhension par la société française de la maternité hors mariage. Sur ce point, Lefaucheur, 1995.

⁷⁰ Le concept de « familles monoparentales » a été introduit en France dans les années 1970 par les sociologues féministes qui y voyaient « la possibilité de faire des familles dirigées par des femmes des familles aussi « vraies » que des familles dirigées par des hommes » (Lefaucheur, 1995 : 463).

la disposition des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de cinq ans (Thane, 1991 : 90 ; MiRe, 1998 : 147). En Espagne, l'assurance maternité faisait partie des programmes d'assurance sociale adoptés dans les années 1920 (Guillén, 1997 : 72). Le congé de maternité payé fait son apparition en Norvège en 1909 dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie obligatoire (Sainsbury, 1999 : 165). Il est adopté en Suède en 1931 puis élargi à toutes les mères à la fin des années 30 en même temps qu'un « ensemble de mesures bénéficiant uniquement aux femmes » : gratuité de l'accouchement et du suivi médical, versement aux mères seules d'une allocation liée aux ressources, assouplissement des limitations concernant l'avortement, abolition de la loi interdisant la contraception, interdiction du licenciement pour cause de fiançailles, de mariage ou de grossesse (Ibid. : 169-170 ; Ohlander, 1994 : 34-36). En France, le congé de maternité payé fait son apparition dans les années 1910 et ne concerne d'abord que quelques catégories d'employées (enseignantes, employées des postes et des arsenaux). Il est ensuite étendu aux ouvrières en 1913, puis généralisé dans le cadre des assurances sociales de 1928-1930 et de la Sécurité sociale (Schweitzer, 2002 : 38 ; Murard, 1988 : 46).

Aujourd'hui, le congé de maternité payé existe dans tous les États européens. Sa durée et son taux de remplacement varient cependant suivant les pays.

Tableau 5 : Le congé de maternité en 1990

	Durée en semaine	% des revenus
Allemagne	14	100
France	16/26 (3 ^e enfant)	84
Belgique	14	80
Luxembourg	16	100
Pays-Bas	16	100
Royaume-Uni	18	45 (moyenne)
Irlande	14	70
Italie	22	80
Espagne	16	75
Portugal ⁷¹	18	100
Grèce	15	50

Sources : Gauthier et Lelièvre, 1995 : 502.

En 1990, la durée du congé de maternité varie de 14 semaines à 22 semaines, voire 26 pour la France lorsqu'il s'agit du troisième enfant. La rémunération est également très disparate puisqu'elle va de 50 % des revenus réguliers à 100 %. Le Royaume-Uni se montre particulièrement peu généreux envers la maternité : les six premières semaines représentent environ 90 % du revenu tandis que les douze semaines suivantes sont payées selon un taux forfaitaire ; de manière générale, le congé de maternité correspond à des prestations représentant environ 45 % du revenu moyen des femmes (Gauthier et Lelièvre, 1995 : 502).

Dans les pays nordiques, congé de maternité et congé parental sont étroitement mêlés. Le premier pays à avoir transformé le congé de maternité en congé parental et ainsi instauré une « assurance parentale » est la Suède, qui a, en 1974, accordé au père « le même droit que la mère de rester à la maison et de s'occuper de son bébé » (Ohlander, 1994 : 46). Elle a été suivie par la Norvège en 1978, qui a instauré un congé parental rémunéré de 18 semaines,

⁷¹ Une autre source indique pour le Portugal une durée de 13 semaines (Drees, 1999).

dont les six premières réservées à la mère (Skrede, 1999 : 200). En 1994, le congé parental en était de 64 semaines en Suède (avec 90 % du salaire) et de 52 semaines en Norvège avec 80 % du salaire (ou 42 semaines et 100 % du salaire) (Ibid.). En Finlande, les prestations liées à la naissance (allocation de maternité de 105 jours suivie d'une allocation parentale de 158 jours dimanche non compris) sont versées pendant environ 44 semaines à un taux de 66 % du salaire (Ibid. ; Drees, 1999 : 150). Au Danemark, la durée du congé de maternité et du congé parental est respectivement de 18 et de 10 semaines et les prestations représentent environ 53 % du salaire moyen brut d'un ouvrier⁷² (Almqvist et Boje, 1999 : 302).

Le congé parental⁷³ n'existe pas seulement dans les pays nordiques, on le retrouve également dans les autres pays d'Europe où il a été instauré au cours des années 1980 (Dumont, 1998 : 173). Les conditions d'accès, la rémunération et la durée sont cependant très variables. Le congé parental n'est ainsi pas rémunéré au Royaume-Uni, en Espagne, au Portugal et en Grèce (Lelièvre et Gauthier, 1995 : 501). Il l'est en revanche en Italie, en France et en Allemagne, sa durée variant entre un peu de plus de 6 mois (Italie) et 3 ans (France). Comme dans les pays nordiques (Suède, Danemark), le droit aux prestations de congé parental en France est lié à l'emploi – il faut avoir travaillé un nombre d'années déterminé – ; il est assorti d'une autre restriction puisqu'il n'est accordé qu'à partir du 2e enfant (Almqvist et Boje, 1999 : 302-304). En Allemagne, il n'existe pas de restrictions à l'accès, mais le congé dure moins longtemps (environ 2 ans) et le niveau de prestations est plus faible : 22 % du salaire ouvrier brut moyen. En France, la prestation est forfaitaire et représente environ 30 % du salaire moyen brut ouvrier (Ibid. : 302).

Au milieu des années 1990, la garde parentale est le système de garde qui prévaut pour les enfants de zéro à deux ans en Allemagne de l'Ouest, au Royaume-Uni et en Suède, en raison, dans ce dernier pays, du « système très complet de congé parental » (Ibid. : 298). Cependant, depuis l'après-guerre, la garde non parentale est devenue « un volet significatif de la citoyenneté sociale » : son importance a été reconnue « pour favoriser l'égalité des chances de tous les citoyens ainsi que l'intégration des femmes dans l'économie formelle » (Ibid.). Les dispositifs de garde non parentale ne sont toutefois pas également développés dans tous les pays européens.

⁷² Depuis 1994, le congé parental est prolongé de 26 semaines, période pouvant être prolongée de 26 semaines en accord avec l'employeur. Le revenu de compensation est néanmoins modeste puisqu'il représente 32 % du salaire moyen (Almqvist et Boje, 1999 : 302).

⁷³ Dans une enquête réalisée par la CE en 1989, 22 % des femmes interrogées sur les mesures qui, selon elles, devraient recevoir la priorité des pouvoirs publics en vue d'améliorer la vie familiale, ont soutenu la possibilité de congé parental. Cette mesure a reçu un accueil particulièrement favorable en Allemagne, au Danemark et au Pays-Bas (Lelièvre et Gauthier, 1995 : 500-501).

Tableau 6 : Pourcentage des enfants accueillis dans une structure de garde publique

	Enfants de moins de trois ans	Entre 3 ans et âge scolaire
Allemagne (de l'Ouest)	3	60
France	20	95
Royaume-Uni	2	44
Italie	5	88
Espagne	2	66
Portugal	4	25
Grèce	2	62
Suède	40	83
Finlande	22	63
Norvège	23	61
Danemark	48	83

Sources : de Allemagne de l'Ouest à Grèce : Gauthier et Lelièvre, 1995 : 504, données de 1988 ; pour les pays nordiques, Abrahamson, 1999a : 55. Les données sont de 1996 et concernent les enfants de 0 à 2 ans ainsi que les enfants de 3 à 6 ans.

Les pourcentages les plus élevés des enfants de moins de trois ans accueillis dans des structures de garde publique concernent le Danemark, la Suède, et dans une moindre proportion, la Norvège, la Finlande et la France. En revanche, les pourcentages sont extrêmement faibles pour l'Allemagne de l'Ouest, le Royaume-Uni et les pays du Sud de l'Europe (entre 2 et 5 % des enfants). Ces données reflètent la densité des structures de garde offertes dans les différents pays : très développées au Danemark et en Suède (avec dans ce dernier pays un financement public de 87 % en 1993⁷⁴), plutôt développées en Norvège, en Finlande et en France, très peu nombreuses en Allemagne de l'Ouest, au Royaume-Uni et dans le Sud de l'Europe. Dans ces derniers pays, notamment en Allemagne et en Grande-Bretagne, la plus grande part de la garde des enfants est assurée par la famille, puis par des institutions privées (Almqvist et Boje, 1999 : 304). En ce qui concerne les enfants d'âge préscolaire, le système de garde prévalant est dans l'ensemble le système public ; les proportions sont néanmoins plus faibles pour le Royaume-Uni et surtout le Portugal.

II. Différents modèles familiaux d'États-Providence

L'examen des prestations familiales permet déjà de distinguer des pays plus favorables à la famille et aux femmes que d'autres. En fait, les politiques familiales reflètent différents modèles familiaux d'États-Providence.

1. Politiques non explicites et prédominance du modèle de soutien de famille masculin (Allemagne, Royaume-Uni, Europe du Sud)

Bien que les niveaux de prestations soient différents en Allemagne, au Royaume-Uni, en Italie, en Espagne, au Portugal et en Grèce, ces pays ont en commun d'avoir une politique familiale peu ou pas explicite. Ainsi en Allemagne, la politique familiale ne constitue qu'un « enjeu politique de seconde zone » et est représentée en tant qu'un « ensemble peu cohérent de dépenses publiques, gérée par toute une pluralité de bureaucraties sociales » (Shultheis, 1996 : 208). Les politiques sont essentiellement du ressort des Länder, qui disposent d'une

⁷⁴ Almqvist et Boje, 1999 : 301.

très large autonomie, et dans la délivrance des prestations, les familles sont souvent confrontées à « toute une multitude d'organismes publics » (Ibid. : 212-213). La même « invisibilité institutionnelle » caractérise l'Espagne, où il n'existe pas de ministère ou d'instance gouvernementale chargé(e) des questions familiales (Valiente, 1997 : 389). La Grèce n'a jamais eu de « politique familiale clairement définie » (Symeonidou, 1997 : 375) et au Portugal, il s'agit plutôt de « mesures sociales à effets familiaux » (Martin, 1997 : 351). Il en est de même au Royaume-Uni, où la « notion de politiques familiales est pratiquement vide de sens », la politique familiale prenant essentiellement la forme de mesures de lutte contre la pauvreté infantile (Palier, 2001 : 34).

Concernant les relations hommes-femmes, cet ensemble de pays se caractérise par la prédominance du modèle de soutien de famille masculin (« malebreadwinner regime »). Dans ce régime idéal-typique, l'homme doit « pouvoir subvenir seul aux besoins de sa famille, par un salaire suffisant et des prestations de remplacement conséquentes ; la mère est mariée, elle reste à la maison et reprend progressivement une activité rémunérée quand l'enfant rentre à l'école » (Ostner et Lessenich, 1996 : 192). L'État se montre assez peu favorable aux femmes : « les droits sociaux des femmes sont presque exclusivement des droits dérivés ou des prestations de deuxième classe (assistance) » et l'État mène une politique plutôt défavorable aux femmes (Martin, 1997 : 344 ; Ostner et Lessenich, 1997 : 193). En témoignent notamment les données sur les structures de garde publique des enfants : non seulement celles-ci sont très peu nombreuses, mais quand elles existent, elles servent davantage à « préparer à la vie extérieure à la famille » qu'à permettre aux mères de concilier vie familiale et vie professionnelle (Ostner et Lessenich, 1996 : 193). On peut citer comme autre exemple le congé parental rémunéré. En Allemagne, nous l'avons vu, celui-ci n'est assorti d'aucune restriction d'accès : la même allocation est accordée aux mères n'ayant jamais exercé un travail salarié et aux femmes renonçant, « souvent malgré elles », à la poursuite de leur vie professionnelle. Selon Franz Schultheis, en agissant ainsi, l'État « offre aux premières un véritable cadeau pendant que les secondes n'y trouvent qu'une compensation insuffisante de leur perte de revenu et courent le risque de s'exclure durablement du marché du travail ou du moins d'une position professionnelle acquise » (Schultheis, 1996 : 225-226).

Cette absence ou faiblesse de politique familiale explicite s'explique en premier lieu par des raisons historiques et notamment par le traumatisme des régimes autoritaires ou totalitaires. Le souvenir des politiques nazies, fascistes et franquistes – natalistes, anti-féministes et dans le cas allemand, racistes est resté très vivace et a affecté durablement le développement des politiques familiales (Schultheis, 1996 ; Kaufmann, 1997 : 125 ; Valiente, 1997 ; Lewis, 1997 : 336). Ainsi, en Allemagne de l'Ouest, le redémarrage des interventions publiques dans le domaine familial fut très lent et « ce n'est qu'à partir des années soixante-dix que l'on peut parler d'une politique familiale relativement cohérente » (Schultheis, 1996 : 207). L'idée même de politique démographique est encore totalement taboue et n'a pas « de droit de cité » dans les discours politiques. De là une stricte neutralité affichée à l'égard de toute finalité démographique, au contraire notamment de la France. Tandis que dans ce pays, l'allocation parentale d'éducation fut publiquement accueillie « comme un progrès notable dans le domaine d'une politique de redressement de la natalité », son équivalent allemand fut décrété strictement neutre par rapport à la situation démographique et toutes finalités démographiques potentielles catégoriquement rejetées (Ibid. : 210).

Un même rejet de l'héritage politique caractérise l'Espagne post-franquiste (Valiente, 1997 : 390). Comme en Allemagne, les mesures en faveur de la famille ont été élaborées pendant les années trente. Elles étaient ouvertement natalistes et anti-féministes, promouvant comme modèle familial idéal celui de « la famille instituée par le mariage catholique et composée du plus grand nombre possible d'enfants » (Ibid. : 396). Ce modèle reposait également sur une stricte hiérarchie et séparation des sexes : le rôle du soutien de famille était dévolu seulement au père, la mère étant assignée au foyer sans autre activité que la maternité et l'éducation des enfants. Avec le retour à la démocratie, la politique familiale est tombée en désuétude : certains programmes, notamment les plus ouvertement antiféministes, ont été supprimés, d'autres, comme les allocations familiales, ont subsisté mais ont perdu toute signification en raison de l'inflation (Ibid. : 397). En fait, « la plupart des acteurs sociaux et politiques ont largement évité de participer activement à la politique de la famille » (Ibid. : 399). Le parti du centre-droit, au pouvoir de 1977 à 1982, n'a pas souhaité s'investir dans la politique familiale, la nécessité du consensus politique lors de la transition démocratique impliquant d'éviter tout discours et mesures risquant d'être associés au régime autoritaire. L'arrivée des socialistes au pouvoir ne s'est pas non plus traduite par un engagement supplémentaire dans ce domaine : les mesures les plus ouvertement antiféministes ont été supprimées et les programmes familiaux ont été transformés en instrument de lutte contre la pauvreté (mise sous conditions de ressources des allocations familiales). Quant au parti conservateur, il a soigneusement évité de recourir à des symboles qui pouvaient être associés à près de quarante années d'autoritarisme (Ibid. : 401-405). Il ne faut pas également oublier que, dans les pays de l'Europe du Sud, l'État-Providence a été mis en place dans une période de récession économique, ce qui a empêché son développement complet (Martin, 1997 : 340 et 355).

À l'héritage politique, il faut ajouter des éléments culturels, liés à la philosophie même des États-Providence. L'État-Providence britannique repose ainsi sur une « philosophie libéralo-individualiste, allant jusqu'au refus catégorique de toute forme d'ingérence étatique dans le domaine de la vie familiale » (Schultheis, 1996 : 207). De fait, les prestations familiales ont toujours été un « phénomène marginal et périphérique de la Sécurité sociale » (Wikeley, 2001 : 213). Réclamées dès l'entre-deux-guerres par la Family Endowment Society, les allocations familiales ne furent acceptées ni par le gouvernement, ni par les syndicats. Introduites dans le cadre du plan Beveridge, elles perdirent progressivement de leur valeur, leur niveau n'ayant été relevé que deux fois entre 1948 et 1967. L'augmentation des allocations familiales figurait dans le programme des conservateurs aux élections de 1970. Cependant, arrivés au pouvoir, les conservateurs n'en firent rien et décidèrent plutôt de cibler l'aide financière sur les familles modestes, avec l'introduction d'une prestation sous conditions de ressources (Family Income Supplement). Cette logique de ciblage en direction des familles défavorisées fut pleinement confirmée sous le gouvernement Thatcher (Ibid. : 214-219).

L'État-Providence allemand privilégie quant à lui une « conception privatiste de l'éducation des enfants », que traduit très bien le concept de subsidiarité inspiré de la doctrine socio-catholique de la solidarité (Schultheis, 1996 : 212 et 216). Ce principe, qui veut que la protection sociale doit « toujours être l'affaire des institutions les plus proches de la population concernée », est appliqué de manière radicale en Allemagne, notamment pour les services sociaux. Dans ce domaine en effet, les institutions non étatiques ont la priorité sur les institutions publiques : « les institutions publiques ne peuvent pas intervenir de manière

directe », elles doivent prouver, pour créer par exemple des centres d'accueil municipaux pour enfants, « qu'une demande de la population concernée ne peut pas être satisfaite par les organisations non publiques » (Ibid. : 215). L'objectif est de permettre la réalisation d'une « politique familiale pluraliste », laissant aux populations concernés « une certaine liberté de choix parmi les orientations idéologiques des organisations de services sociaux telles que les organisations politiques libres des deux Églises ou d'orientation social-démocrate proches des syndicats » (Ibid. : 214). Il existe ainsi en Allemagne un « marché libre des services sociaux », financé très largement par des subventions publiques. Cette conception privatiste de l'éducation des enfants renvoie encore une fois à l'expérience traumatisante du régime nazi et sa tentative d'étatisation de la société ; elle a été de plus légitimée par « le recours systématique à l'image repoussoir de l'expérience socialiste est-allemande » (Ibid. : 216 et 225). Contrairement à son homologue est-allemand, l'ex-RFA ne favorise guère le travail salarié des mères, favorisant plutôt le modèle de la femme au foyer. Les crèches, les écoles maternelles et les assistantes maternelles sont pratiquement inexistantes ; les jardins d'enfants sont majoritairement gérés par les Églises et selon leurs propres principes idéologiques, ce qui se traduit par un mode de fonctionnement particulièrement hostile aux mères ayant un travail salarié (âge minimal d'accueil : 3 ans ; horaires d'ouverture : 9 à 12 heures et 14 à 16 heures) (Ibid. : 216 et 224-225). Cette conception privatiste de l'éducation des enfants est, de plus, profondément ancrée dans l'opinion publique ouest-allemande. En 1985, la majorité des allemands affirmaient ainsi que les femmes auraient à choisir entre la création d'une famille et leur travail professionnel, les deux étant perçus comme inconciliables. L'absence de structures publiques de garde d'enfants n'était même pas présentée comme un problème. Selon une autre enquête de la Cee, 58 % des hommes mariés allemands se déclaraient favorables au modèle traditionnel de l'épouse au foyer. C'était le taux le plus élevé de tous les pays européens (Ibid. : 227-228).

Le poids du culturel est également très fort dans les pays de l'Europe du Sud, où la famille joue un rôle essentiel. Certes, au Nord comme au Sud, la famille est un prestataire non négligeable de soins et d'aide ; toutefois les modalités de prise en charge diffèrent. Ainsi au Nord, « la prise en charge se fait plutôt à distance (téléphone, voiture) », tandis qu'au Sud, « on préfère avoir les personnes à charge chez soi » (Lewis, 1997 : 332). On peut même parler, à propos de cette région de l'Europe, d'une véritable « société-providence », « dont la protection est fondée sur l'interconnaissance, les liens affectifs, les réseaux d'échange et de sociabilité, le don et le troc, l'économie non monétaire » (Martin, 1997 : 355). C'est particulièrement le cas au Portugal, où la famille vient combler les lacunes de l'État-Providence, qui reste très incomplètement développé et inégalitaire (Ibid.). C'est également le cas en Espagne, où le jeu de la solidarité familiale permet en partie de réduire l'impact du chômage et de l'instabilité de l'emploi (Laparra et Aguilar, 1997 : 559). En Grèce, la famille assure une part importante de la protection sociale (garde des enfants et soins aux personnes âgées notamment) et l'État se décharge largement sur la famille « de la responsabilité de subvenir à l'ensemble des besoins de ses membres » (Symeonidou, 1997 : 384). Ce modèle de protection, s'il repose sur un « altruisme forcé » de la part des femmes, est très ancré dans les mentalités. Ainsi, « la famille grecque considère comme une honte de placer un parent ou des grands-parents en maison de retraite » (Ibid. : 383). À la différence des pays scandinaves, dont les établissements accueillent en moyenne 8 à 9 % de la population âgée et dans lesquels les services d'aide à domicile ont longtemps constitué « l'un des points de contacts les plus importants d'un grand nombre de personnes âgées avec l'État-providence » (Szebehely, 1999 : 420).

2. Favoriser les familles, les mères et les travailleuses : la France

Contrairement à l'Allemagne, où la politique sociale a surtout été une politique du travail, ou à la Grande-Bretagne qui visait la lutte contre la pauvreté, la politique sociale française a longtemps été avant tout une politique familiale (Kohli, 1996 : 156). Selon Franz Schultheis, le concept de politique familiale est né en France et ce pays apparaît exemplaire pour comprendre « ce qu'est une politique familiale » (Schultheis, 1996 : 207 ; Kaufmann, 1997 : 124). La politique menée en ce domaine est pleinement explicite et institutionnalisée tant à travers des textes qu'à travers des organes administratifs (la famille est une branche du dispositif de Sécurité sociale, gérée par les caisses d'allocations familiales).

La politique familiale française est une politique complexe, qui mêle une pluralité de logiques et d'objectifs : objectifs nataliste, familialiste, objectif distributif de compensation horizontale des charges financières des ménages avec enfants, objectif redistributif de compensation verticale des inégalités (aide aux familles défavorisées) (Martin, 1997 : 351 ; Strobel, 2001 : 199-200). À l'égard des femmes, la France se caractérise par un malebreadwinner modéré ou un parental model : les femmes y sont à la fois considérées comme des mères et comme des travailleuses ou « des membres de la famille ayant une activité professionnelle ». Elles ont la possibilité, lorsqu'elles deviennent mères, « de conserver un emploi ou de renoncer à la vie professionnelle pendant un certain temps » (Ostner et Lessenich, 1996 : 193 ; Martin, 1997 : 344).

La politique familiale française « porte l'empreinte de (ses) origine (s) » (Merrien, 1996 : 153). Elle s'est en effet structurée à partir de deux composantes majeures : le familialisme et le natalisme, auxquels il faut ajouter la question de la pauvreté des familles (Strobel, 2001 : 201). Le familialisme est « un ensemble de représentations mettant au cœur de conceptions du monde social la « famille » (Messu, 1999 : 121). Cette « idéologie » est portée dès la fin du XIXe siècle par divers groupes de pression – les associations familiales –, qui vont agir « pour amener la puissance publique à prendre des mesures en faveur de la famille » (Ibid. : 122). L'objectif est d'abord de conjurer les effets de la Révolution de 1789, jugée anti-familiale, et de restaurer la famille « dans ce que l'on dit être ses droits légitimes ». C'est aussi d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les conditions de vie des familles nombreuses, les plus touchées par la pauvreté. Pour autant, ces associations familiales ne souhaitaient pas réellement une intervention étatique en ce sens ; elles préféraient s'en remettre à l'entreprise ou à l'association volontaire afin de ne pas briser la continuité naturelle entre la famille et la société (Ibid. : 123). Le natalisme constitue un autre versant du familialisme, mais un versant laïque et républicain. Contrairement au familialisme précédent, il a largement sollicité les pouvoirs publics pour prendre des mesures en faveur du redressement de la natalité, source de profondes inquiétudes dès la fin des années 1860. La législation à caractère familial (institutionnalisation des allocations familiales, code de la famille en 1939), le maintien de la branche famille dans le système de Sécurité sociale, la représentation des associations auprès des pouvoirs publics constituent autant de produits de ce familialisme nataliste (Ibid.). Si la politique familiale française est intrinsèquement liée à une finalité de redressement démographique, elle correspond également à une manière de traiter la pauvreté des familles nombreuses. La pauvreté des familles populaires est en effet « une composante majeure » de la question sociale que les pouvoirs publics s'attacheront à résoudre (Strobel, 2001 : 196). Les indemnités offertes pour charge de famille par l'État et les collectivités locales à leurs employés les plus modestes ou encore la loi de 1913 sur les familles nombreuses et

nécessiteuses en sont autant d'illustrations. L'institutionnalisation des allocations familiales dans l'entre-deux-guerres correspond aussi « à une façon de traiter la pauvreté sans élever globalement les salaires, en aidant spécifiquement les salariés modestes ayant des charges de famille ». Selon Pierre Strobel, « se construit ainsi un lien entre la politique familiale et la question salariale », qu'entérinera et pour longtemps l'intégration de la politique familiale au sein de la Sécurité sociale (Ibid. : 201-202).

Des indemnités pour charge de famille à la Sécurité sociale, la politique familiale française a nettement favorisé le modèle de soutien de famille masculin, confinant les femmes à la sphère du foyer. En témoigne notamment l'allocation de mère au foyer, créée en 1938 et principal instrument « d'une véritable politique économique d'incitation à l'inactivité professionnelle » des mères (Ibid. : 203). Transformée sous le régime de Vichy en allocation de salaire unique et revalorisée, cette prestation est reprise à la Libération et augmentée à partir du 2^e enfant⁷⁵. En 1947, une femme au foyer, mère de deux enfants reçoit ainsi en prestations l'équivalent d'un salaire d'ouvrière (Schweitzer, 2002 : 45). Le grand changement a lieu au cours des années 1970, la politique familiale accompagnant ou favorisant désormais le mouvement des femmes sur le marché du travail. L'allocation de salaire unique est supprimée en 1978 et une véritable politique de développement des crèches est mise en oeuvre (Strobel, 2001 : 203). Une ambiguïté persiste malgré tout qu'illustre le succès rencontré par l'allocation parentale d'éducation. Cette prestation a en effet conduit à une diminution de l'activité professionnelle des mères, notamment des mères peu qualifiées, en situation précaire ou au chômage (Gauvin, 2001 : 171). Bien que ce phénomène de retrait du marché du travail ne soit que temporaire (trois ans), la question du retour à l'emploi n'en reste pas moins problématique, en raison du taux de chômage important de cette catégorie.

3. Une politique d'égalité entre les hommes et les femmes : la Scandinavie

Dans les pays nordiques, la politique familiale est avant tout une politique de l'égalité entre les hommes et les femmes. Elle a en effet pour objectif déclaré de « faciliter la conciliation des activités familiales et reproductives des parents avec leur activité professionnelle » (Skrede, 1999 : 180). L'existence de structures de garde développées et les plans de congés parentaux généreux constituent des manifestations de cette politique fondée sur le modèle du double soutien de famille. Tous les pays nordiques ne se situent pas sur le même plan. La Suède se distingue ainsi par son rôle précurseur et apparaît comme « le pays le plus cohérent par rapport aux objectifs centraux d'égalité entre hommes et femmes et d'emploi rémunérés pour les parents » (Ibid. : 203-204). Cet engagement est moins fort en Norvège, qui continue de présenter certaines particularités : les structures de garde restent insuffisantes, l'imposition commune demeure alors que l'imposition individuelle prévaut dans les autres pays nordiques, les mesures pour faciliter le travail des femmes mariées et des mères sont moins nombreuses (Sainsbury, 1999 : 161-162).

Des raisons historiques expliquent les caractéristiques de la politique familiale nordique ainsi que les différences entre les pays. Ainsi, la politique de développement des droits sociaux des femmes, engagée en Suède au cours des années trente (cf. supra), est liée tant à l'alliance de classes entre le parti social-démocrate et le parti agrarien qu'à la mobilisation féministe (Sainsbury, 1999 : 170). La première, formée pour lutter contre les effets de la

⁷⁵ En même temps qu'étendue aux enfants naturels.

dépression économique, contribue à éloigner la politique sociale suédoise du modèle d'assurance sociale bismarckien et du principe de « salaire familial⁷⁶ ». La seconde associe les femmes libérales et sociales-démocrates, qui oeuvrèrent conjointement pour « accroître la représentation des femmes au Parlement, obtenir une majoration des prestations de maternité, l'amélioration de la protection sociale de l'enfance et du sort des mères seules, ainsi que l'extension du droit des ouvrières et des femmes exerçant une profession libérale » (Ibid.). Il faut également souligner le rôle des féministes Alva et Gunnar Myrdal et de leur ouvrage *La crise de la question démographique* publié en 1934. Les solutions qu'elles proposèrent pour enrayer la crise démographique – le partage des coûts liés à l'éducation des enfants via le versement d'allocations familiales et de prestations de maternité financées par l'impôt ainsi que le développement de mesures universelles comme la gratuité des services de santé ou la mise en place de structures d'accueil pour les enfants – servirent de base aux politiques familiales ultérieures (Ibid.). La mobilisation féministe ne se limite pas aux années trente, elle se prolonge après la Seconde Guerre mondiale et aboutit au développement spectaculaire des crèches dans les années 1970, ainsi qu'à la création de l'assurance parentale en 1974. L'instauration de cette dernière s'inscrit en effet dans le cadre d'une réflexion des féministes sur les moyens d'assurer l'égalité entre les sexes dans la société suédoise. Ce n'est pas seulement la femme qui devait être libérée, mais également l'homme : « mari et femme devaient partager les tâches domestiques et la responsabilité des enfants. Le père devait lui aussi bénéficier de congés à l'occasion de la naissance de son enfant. Il devait aussi pouvoir lui aussi donner des soins à son bébé. Ainsi pourrait être réalisée l'égalité entre les sexes et sauvée la cohésion de la famille » (Ohlander, 1994 : 45). Il reste que le congé parental reste peu utilisé par les pères : ainsi, au début des années 1990, près de la moitié des pères avaient pris un tel congé et 92 % de la durée totale du congé étaient revenus aux mères (Ibid. : 46).

C'est une tout autre voie qu'a suivie la Norvège. Bien que les Norvégiennes bénéficièrent plus tôt que les Suédoises de droits politiques, leurs droits sociaux furent plus lents à se développer. Kari Skrede estime ainsi que le passage du modèle du soutien de famille unique à celui du double soutien s'est effectué au cours des années 1970-1990 (Skrede, 1999 : 200). Il semble, de plus, moins profondément implanté dans la société : une enquête de 1993 révélait ainsi que les parents norvégiens de jeunes enfants avaient une perception plus négative des attitudes générales de la société vis-à-vis du partage des responsabilités de soutien de famille que les parents des autres pays nordiques (Ibid. : 203). En fait, le débat sur les droits sociaux des femmes s'est posé dans des conditions différentes en Norvège. Ainsi, si la mobilisation féministe existait également dans l'entre-deux-guerres, elle portait surtout sur l'extension des prestations dont bénéficiaient les mères seules⁷⁷ à toutes les femmes. Sur cette question, les féministes étaient divisés : certains penchaient davantage en faveur du salaire familial versé au père tandis que d'autres défendaient l'idée d'une allocation versée aux mères et financée par l'impôt. De plus, il n'existait pas de coalition entre les femmes ouvrières et les femmes exerçant une profession libérale, mais plutôt des dissensions (Sainsbury, 1999 : 171-172). À la division du mouvement féministe, il faut ajouter les fortes réserves à l'égard de l'emploi des femmes mariées dans les normes et attitudes sociétales. Ainsi, dans les années 1920, le parti travailliste et le congrès des syndicats se sont opposés à « la famille à double revenu »

⁷⁶ La notion de « salaire familial » renvoie au « registre de la protection des rémunérations masculines comme du père nourricier et protecteur ». Il s'agit d'une prestation forfaitaire versée à l'homme, « soutien désigné d'une famille dont la mère serait inactive ». Le « salaire familial » se distingue du « sursalaire », qui, lui, est versé aux hommes comme aux femmes (Schweitzer, 1999 : 43-44).

⁷⁷ Cf. supra.

tandis qu'un nombre considérable de communes, dont Oslo, ont prohibé l'emploi des femmes mariées pendant la majeure partie des années trente⁷⁸ (Skrede, 1999 : 195). Les années 1945-1970, qui correspondent au développement de l'État-providence universel, n'ont pas vu de remise en cause du modèle de soutien de famille unique : les objectifs déclarés étaient le plein emploi et un revenu suffisant pour subvenir aux besoins de la famille, ce que garantissaient un salaire unique et les allocations familiales. Le climat était toutefois moins hostile au travail des femmes mariées et surtout, les revendications en faveur de l'amélioration de la condition féminine et de l'égalité entre les sexes se firent plus pressantes et plus cohérentes. Elles débouchèrent à la fin des années 1970 sur plusieurs mesures en faveur de l'égalité et des mesures facilitant l'emploi des femmes : loi sur l'égalité entre les hommes et les femmes, augmentation du nombre de places en crèches, extension du congé parental. Ces mesures furent néanmoins développées de manière progressive jusqu'à la fin des années 1980 et, à plusieurs égards, les réalisations sont moins abouties qu'en Suède ou au Danemark (Skrede, 1999 : 196-201).

III. Une évaluation des politiques familiales : l'emploi des femmes et la réduction de la pauvreté infantile

Les politiques familiales se sont ainsi construites et développées dans des conditions différentes et selon des modèles différents. Elles ont une certaine incidence sur la régulation des relations entre les hommes et les femmes ainsi que sur la pauvreté des familles, incidence que l'on peut mesurer.

1. Les modèles d'emploi des femmes

La présence d'enfants joue un rôle déterminant dans les rapports entre les femmes et leur travail (Lelièvre et Gauthier, 1995 : 494). Lorsqu'elle devient mère, une femme peut en effet décider de se retirer du marché du travail, de garder son emploi à temps plein ou encore d'opter pour un emploi à temps partiel. Quatre grands facteurs peuvent ainsi influencer sa décision. Il faut d'abord tenir compte du marché du travail : possibilités d'emploi, compétence des travailleuses. Il faut également prendre en compte les normes sociales – « il peut être considéré comme socialement plus acceptable et plus bénéfique pour l'enfant que sa mère reste à la maison pendant les premières années de sa vie, plutôt que de le confier aux soins et à la surveillance de quelqu'un d'autre » – et les variables économiques (revenu de l'époux, coût de l'enfant). Enfin, les politiques sociales (services de garde d'enfants, facilités de réintégration du marché du travail) jouent également un rôle important (Ibid. : 494-495).

La participation des femmes au marché du travail s'avère très variable selon les pays européens.

⁷⁸ Kari Skrede note que ce débat sur le droit des femmes mariées au travail rémunéré était également politiquement à l'ordre du jour en Suède et au Danemark. « Cependant, aucun de ces pays n'est allé aussi loin que la Norvège en ce qui concerne les décisions et leur mise en pratique », en raison notamment de l'union des organisations féministes (Skrede, 1999 : 195-196).

Tableau 7 : Travail et carrière des femmes en Europe en 1990

	Proportion de femmes (22 à 60 ans)			
	Ayant travaillé au moins 1 fois	Ayant travaillé pendant les années pré-scolaires de leur 1 ^{er} enfant	Ayant opté pour un temps partiel avec une longue interruption	Ayant recommencé à travailler à un niveau inférieur
Allemagne (Ouest)	92	36	54	24
France	86	59	33	22
Royaume-Uni	96	39	73	46
Italie	67	57	.	10
Espagne	63	40	27	14
Portugal	63	72	10	.
Grèce	62	55	23	7
Danemark	97	76	36	14
Europe des 12	83	49	45	25

Source : Lelièvre et Gauthier, 1995 : 506-510.

Le Royaume-Uni se caractérise par une participation initiale maximale au marché du travail (97 %). Toutefois, c'est dans ce pays que la carrière des femmes apparaît la plus discontinue. Ainsi, 80 % des femmes ont interrompu leur travail pour des raisons familiales (moyenne européenne : 68 %) et 39 % d'entre elles ont travaillé pendant les années pré-scolaires de leur premier enfant. De plus, la reprise d'emploi se fait très largement sur le mode du temps partiel (73 %) et le taux de mobilité professionnelle descendante au moment du retour à l'emploi est particulièrement élevé (45 %). Le modèle allemand d'emploi des femmes est très proche du modèle britannique. Le taux de participation initiale au marché du travail est également très élevé (92 %), de même que la proportion du retrait du marché du travail au moment du premier enfant et le temps partiel (54 %). En revanche, le phénomène de mobilité professionnelle descendante est moins prononcé (24 %). Le Royaume-Uni et l'Allemagne de l'Ouest apparaissent ainsi comme des pays défavorables à l'emploi des femmes. La proportion de femmes ayant mené une carrière continue (non influencée par le premier enfant) s'élève à 16,6 % pour le Royaume-Uni et à 18,3 % pour l'Allemagne (Lelièvre et Gauthier, 1995 : 514). La prégnance de normes privilégiant la présence de la mère à la maison et la quasi-absence de structures de garde des enfants expliquent cette situation (Ibid.).

À l'inverse, le Danemark et, dans une moindre mesure la France, sont des pays plutôt favorables à la famille et aux femmes qui travaillent. 76 et 59 % des femmes ont travaillé pendant les années pré-scolaires de leur premier enfant ; le temps partiel concerne environ un tiers des femmes reprenant un emploi et le taux de mobilité professionnelle descendante est peu élevé (au moins pour le Danemark)⁷⁹. Dans l'ensemble, le modèle de la carrière continue (52,4 % pour le Danemark et 37,3 % pour la France) domine, l'emploi des femmes n'étant pas affecté par la présence d'un enfant. Cette situation est à relier avec l'existence de politiques sociales plus favorables aux femmes. Dans cette catégorie de pays se range également la Suède où le taux d'emploi des mères était de 80 % au milieu des années 1990 (contre 41 % en Allemagne) (Almqvist et Boje, 1999 : 287). Toutefois, la Suède se distingue du Danemark ou de la France par un taux de travail à temps partiel plus élevé. L'importance

⁷⁹ Il faut noter que si le taux français de mobilité professionnelle descendante se rapproche de celui de l'Allemagne de l'Ouest, il n'en est pas de même pour le taux de mobilité ascendante. Ainsi, 23 % des Françaises avaient estimé avoir retrouvé un emploi de niveau supérieur au précédent contre 8 % des Allemandes (Lelièvre et Gauthier, 1995 : 510).

du temps partiel en Suède n'a cependant pas la même signification qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni. Depuis 1979, les parents suédois ont le droit de ramener leur temps de travail à 30 heures par semaine et les salariés disposent des mêmes droits que les salariés à temps plein. De plus, les Suédoises travaillant à temps partiel sont souvent des employées. Il en va différemment au Royaume-Uni, où le travail à temps partiel « concerne plus souvent des catégories de salariés non spécialisés, moins susceptibles de bénéficier d'une protection, de droits et de prestations » (Lelièvre et Gauthier, 1995 : 500). Par ailleurs, la flexibilité des horaires de travail – c'est aussi le cas en Allemagne – offre souvent aux employeurs « la possibilité de faire travailler à faibles coûts, à des heures peu commodes et sur de longues durées une équipe de salariés, tous à temps partiel, selon des horaires irréguliers » (Ibid.).

L'Europe du Sud se caractérise, quant à elle, par un modèle bipolaire d'emploi des femmes. Les taux de participation initiale des femmes au marché du travail sont moins élevés que dans l'Europe du Nord (un peu plus de 60 %) mais les carrières continues dominent, parfois dans des proportions plus élevées. Ainsi au Portugal, la présence d'un enfant n'affecte pas l'emploi des femmes dans 58 % des cas. En revanche, la proportion est de 30,9 % en Espagne (Lelièvre et Gauthier, 1995 : 514). Selon Eva Lelièvre et Anne Gauthier, cette situation est liée à une forte sélection : « les femmes qui sont entrées au moins une fois sur le marché du travail ont tendance à être très attachées à leur emploi » (Lelièvre et Gauthier, 1995 : 507). La non-interruption de l'emploi permet ainsi de meilleures perspectives de carrière ; elle peut également correspondre à des nécessités économiques. Enfin, il faut tenir compte de la proportion plus élevée de femmes travaillant dans le secteur agricole ainsi que de l'importance du support familial, qui permet de compenser le manque de structures de garde pour les enfants (Ibid. : 508-509).

2. La lutte contre la pauvreté infantile

Selon Jonathan Bradshaw, la « pauvreté infantile n'est pas une fatalité – les États font des choix plus ou moins explicites en matière d'utilisation des politiques sociales et fiscales pour atténuer l'impact des forces du marché », et certains parviennent à l'éviter plus que d'autres (Bradshaw, 2001 : 184).

Tableau 8 : Le taux de pauvreté infantile en Europe

	Enquête ECHP (1995) (revenu global inférieur à 60 % du revenu médian équivalent)	Luxembourg Income Survey (1987-1995) (revenu global inférieur à 50 % du revenu médian équivalent)
Allemagne	22	12
France	17	10
Royaume-Uni	28	21
Danemark	6	6
Finlande	.	3
Suède	.	4
Italie	22	21
Espagne	22	13
Grèce	16	.
Portugal	26	.

Source : Bradshaw, 2001 : 183.

Le taux de pauvreté infantile le plus élevé se situe au Royaume-Uni. Il est suivi, suivant les indicateurs par l'Italie ou le Portugal tandis que la Grèce, l'Italie, l'Espagne et l'Allemagne ont également des taux élevés. En revanche, la pauvreté infantile est très faible dans les pays nordiques.

La pauvreté infantile dépend de plusieurs facteurs. Elle est ainsi fonction de la démographie familiale (famille nombreuse, famille monoparentale...) et du marché du travail (Ibid. : 178-179). Les politiques sociales jouent également un rôle non négligeable, mais leur efficacité est liée à trois types d'objectifs : « maximiser l'emploi des mères, offrir aux parents employés un régime généreux d'aides fiscales et sociales, offrir aux parents sans emploi un ensemble généreux de prestations compensatoires » (Ibid. : 186). À cet égard, les pays européens ne se situent pas tous sur le même plan, comme le montre la simulation effectuée par Jonathan Bradshaw sur un ensemble de familles types.

Tableau 9 : Générosité des prestations familiales, classement moyen

	Ensemble des familles avant dépenses de logement	Ensemble des familles après dépenses de logement	Parents isolés avant dépenses de logement
Allemagne	7,6	8	9,9
France	4,5	3,7	3,9
Royaume-Uni	9,3	7,6	9,3
Danemark	7,2	7	6,4
Suède	3,7	5,3	3,4
Norvège	4,3	4,8	1,7
Italie	11,4	10,3	10,9
Espagne	14,1	12,8	14,9
Portugal	11,1	11,3	11,4
Grèce	14,1	14,3	14,6

Source : Bradshaw, 1995 : 485.

Que l'on considère la situation des familles avant les dépenses de logement, après les dépenses de logement ou encore la situation des parents isolés, les pays les plus généreux en matière de prestations familiales sont la Norvège, la Suède et la France. La France est particulièrement bien classée en ce qui concerne les prestations aux familles nombreuses, aux parents isolés, aux familles avec un enfant d'âge pré-scolaire et aux familles à revenus moyens ou élevés. Elle est en revanche moins bien placée pour les familles dépendant de l'aide sociale et les familles de taille réduite à faibles revenus (Bradshaw, 1995 : 484). Le Danemark, l'Allemagne et la Grande-Bretagne offrent des niveaux moyens de prestations. Le Royaume-Uni tend à être mieux classé pour les prestations destinées aux familles à faibles revenus ; son classement diminue lorsque l'on examine les prestations aux familles nombreuses, aux parents isolés et aux familles dépendant de l'aide sociale (Ibid.). Dans le bas du tableau, on trouve les pays de l'Europe du Sud, « qui peuvent être considérés comme des retardataires en matière d'aides aux familles ayant des enfants à charge » (Ibid. : 485). Ce classement s'explique essentiellement par le niveau d'imposition : « les pays qui peuvent mettre en place des niveaux élevés d'imposition sont en effet en mesure de redistribuer des ressources importantes aux familles avec des enfants à charge » (ou inversement) (Ibid. : 487).

La protection de la famille apparaît réellement comme une protection discriminante. On retrouve certes, à travers les modalités des politiques familiales, des éléments caractéristiques des quatre familles d'États-Providence européens. Globalement, les pays de l'Europe du Nord apparaissent nettement plus favorables à la famille et aux femmes que le Royaume-Uni ou l'Europe du Sud. L'opposition entre l'Europe du Nord et l'Europe du Sud est néanmoins partiellement remise en cause en matière d'emploi des femmes : les femmes, du moins celles qui sont entrées sur le marché du travail, ont tendance à mener des carrières continues comme en France ou au Danemark. La France et l'Allemagne qui appartiennent au même modèle d'État-Providence, mènent également des politiques familiales complètement divergentes. La première, malgré ses ambiguïtés, est très proche du modèle des pays nordiques, tandis que la seconde se situe au même niveau que la Grande-Bretagne.

CHAPITRE IV

LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE CHÔMAGE, LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION

À l'exception des pays de l'Europe du Sud, les États-Providence européens se sont développés dans un contexte de croissance économique et de plein emploi. Depuis la crise économique du milieu des années 1970 et l'augmentation du chômage, les questions liées à l'emploi, à la pauvreté et à l'exclusion sont devenues de plus en plus prégnantes. Certes, tous les pays européens n'ont pas été et ne sont pas touchés de la même manière. Les pays nordiques, par exemple, ont été confrontés au chômage de masse et à la pauvreté plus tardivement, à la fin des années 80 et au début des années 90 (Kosonen, 1999 : 462 et 472). En 1996, le taux de chômage de l'ensemble des États membres de l'Union européenne s'élevait à 11,3 %. Certains pays affichaient des taux inférieurs à 10 % (Danemark, Norvège, Royaume-Uni, Portugal, Allemagne) ; d'autres avaient un taux de chômage proche de 10 % (Suède, Grèce) ; d'autres enfin alignaient des taux supérieurs (France, Italie, autour de 12 %), voire nettement supérieurs (Finlande : 15,5 % ; Espagne : 22 %) [Commission européenne, 1998 : 36]. Tous les pays européens sont ainsi confrontés à un niveau de chômage élevé, qui, quel que soit le régime de protection sociale, affecte les équilibres de ces systèmes. La question de l'emploi apparaît donc comme une priorité pour les systèmes de protection sociale européens (Daniel et Palier, 2001 : 22) et, dans ce domaine, les politiques connaissent plusieurs réorientations. Avant de les exposer, il importe de présenter les divers systèmes de prise en charge du chômage et d'assistance.

I. Assurance chômage et dispositifs d'assistance

Depuis 1980, tous les pays européens ont accentué leur effort en faveur des sans-emplois. Entre 1980 et 1993, la part du PIB affectée au chômage a augmenté dans tous les États membres de l'Union européenne, mais avec des différences notables suivant les pays (doublement en France et en Allemagne, triplement au Portugal, faible évolution en Italie et en Grèce) (Dumont, 1998 : 193-194). Le chômage représente ainsi l'un des domaines de la protection sociale où il existe d'importantes disparités entre les pays. En 1995, les pays nordiques consacraient entre 3,9 % et 4,6 % de leur PIB aux prestations chômage tandis que la proportion tombait à 1 % pour le Portugal et à 0,5 % pour l'Italie⁸⁰. Il en est de même des dépenses liées à l'exclusion, qui représentaient de 0,7 % à 1,1 % du PIB dans les pays nordiques et de 0,01 % à 0,1 % du PIB dans les pays de l'Europe du Sud. Plus que les niveaux de chômage ou de pauvreté, ces données reflètent les fortes disparités existant dans les systèmes de prise en charge du chômage et de l'exclusion.

1. Les régimes d'assurance chômage

La nécessité d'une protection contre le risque chômage n'a été reconnue en Europe ni de la même manière, ni au même moment. Ainsi, en Grande-Bretagne, l'assurance chômage a constitué d'emblée l'un des piliers du dispositif public d'assurance nationale en 1911⁸¹. En

⁸⁰ Cf. tableau n° 2.

⁸¹ Avec l'assurance maladie. Cf. chapitre 1.

France, au contraire, l'assurance chômage n'était prévue ni dans le dispositif d'assurances sociales de 1928-1930, ni dans le plan de Sécurité sociale de 1945-1946⁸² mais il existait depuis la Première Guerre mondiale des dispositifs d'assistance pour les chômeurs. L'assurance chômage n'a été mise en place qu'en 1958, à la suite d'un accord entre les partenaires sociaux (Palier, 2002 : 128). Dans les autres pays européens, l'assurance chômage date pour l'essentiel de l'avant Seconde Guerre mondiale. Elle a été mise en place en 1907 au Danemark, en 1917 en Finlande, en 1919 en Italie, en 1927 en Allemagne, en 1934 en Suède, en 1938 en Norvège, en 1944 en Grèce et en 1961 en Espagne (Abrahamson, 1999a : 37 ; Ritter, 2001 : 11 ; Vicarelli, 1997 : 129 ; Symeonidou, 1997 : 369 ; Guillén, 1997 : 92).

Les modalités de la protection du risque chômage diffèrent beaucoup suivant les pays européens. Une première distinction réside dans le caractère obligatoire ou non de l'assurance chômage. Ainsi, au Danemark, en Suède et en Finlande, l'assurance chômage est volontaire et bien qu'elle soit largement subventionnée par l'État, sa gestion relève des organisations syndicales (Commission européenne, 1995). Cette situation apparaît historiquement liée au rôle joué par les syndicats et par l'État. Ainsi, en Suède, les premiers fonds d'assurance chômage ont été créés par les syndicats dans les années 1890 ; ils ont fonctionné sans contrôle de l'État jusqu'en 1934, date à laquelle une réglementation étatique fut introduite en contrepartie d'une participation financière (Anxo et Erhel, 1999 : 483). La gestion par les syndicats et le principe de l'adhésion volontaire des salariés furent néanmoins maintenus⁸³, le ministre des Affaires sociales de l'époque, Gustav Möller, étant persuadé que « les syndicats étaient les meilleurs représentants des bénéficiaires et constituaient la solution la moins bureaucratique » (Olsson Hort, 2001 : 54). Depuis, les syndicats ont toujours défendu avec vigueur le contrôle indépendant de l'assurance chômage financée par l'État, et ce, malgré les tentatives d'étatisation du système. La dernière date de 1993 : le Parlement décida de rendre l'assurance chômage obligatoire et créa une caisse gérée par l'État dans le but de concurrencer le système syndical ; l'année suivante, le nouveau gouvernement social-démocrate supprima la caisse étatique et l'assurance chômage retrouva son statut indépendant (Ibid. : 54-55).

D'autres différences caractérisent les prestations d'assurance chômage. L'ouverture des droits aux allocations dépend de la durée d'activité et/ou de cotisation, qui est variable suivant les pays. Au Danemark, elle est de 52 semaines au cours des trois dernières années ; au Portugal, elle est de 540 jours ; en France, elle est de 122 jours au cours des 18 derniers mois tandis qu'en Allemagne, elle est de 360 jours au cours des trois dernières années (Dumont, 1998 : 196). La diversité est également la règle en ce qui concerne le montant de l'allocation et la durée de son versement. Le Royaume-Uni est le seul pays européen à verser une allocation forfaitaire tandis que dans les autres pays, la prestation est fonction du salaire ; elle peut être également dégressive (France jusqu'en 2000, Espagne, Grèce). Une étude réalisée par la Commission européenne pour l'année 1993 montre que le taux de remplacement de l'allocation chômage est très variable suivant les pays : il va de 41 % du salaire moyen d'un ouvrier célibataire de 35 ans (Royaume-Uni) à 75-80-85 % (Danemark, France, Luxembourg), en passant par 55-60 % (Italie, Allemagne) [Dumont, 1998 : 198-199]. De gros écarts existent également sur la durée de versement des prestations chômage. Au Danemark,

⁸² Les chômeurs étaient alors pris en charge localement, par le biais des fonds de chômage municipaux (Palier, 2002 : 128).

⁸³ L'adhésion aux fonds d'assurance chômage est néanmoins librement ouverte aux non syndiqués. En 1993, le taux de couverture de ces fonds d'assurance s'élevait à 87 % de la population active (Anxo et Erhel, 1999 : 483).

la période maximale d'allocation est de 5 ans – c'est la durée la plus longue de l'Union européenne – ; au Royaume-Uni, elle est de six mois seulement.

Les prestations chômage sont ainsi loin de concerner l'ensemble des chômeurs. En 1993, au Portugal, « moins de 10 % des personnes enregistrées recevaient une aide⁸⁴ » ; la proportion était de moins de 15 % en Espagne (Dumont, 1998 : 198). En France, 42 % des chômeurs n'étaient pas indemnisés par l'assurance chômage en 2000 (Palier, 2002 : 223). De même au Danemark, « un grand nombre de personnes » exclues du marché du travail ne sont pas prises en charge par l'assurance chômage (Abramhamson, 1999 : 126). À l'intérieur d'un même pays, le traitement des chômeurs peut être également différencié. C'est notamment le cas du système italien, relativement complexe. En effet, « le soutien de revenu ne dépend pas de la position des travailleurs sans emploi sur le marché du travail, mais des caractéristiques de l'emploi qu'il/elle a perdu (secteur taille de l'entreprise, type de relation contractuelle) et des modalités de la perte de l'emploi » (Dell'Aringa et Lodovici, 1997 : 486). Trois cas de figure de licenciements – temporaires, collectifs ou individuels – sont ainsi distingués, auxquels correspondent divers types d'indemnités plus ou moins généreuses. Les indemnités de licenciement temporaire concernent les travailleurs des entreprises industrielles et du bâtiment licenciés temporairement (fonds ordinaire de soutien du revenu – CIGO) ainsi que les travailleurs licenciés par des entreprises industrielles de plus de 15 salariés et des entreprises commerciales de plus de 200 salariés, par suite de restructurations, des réorganisation ou de crise (fonds spécial – CIGS). Les indemnités de licenciement collectif sont réservées aux travailleurs des entreprises industrielles de plus de 15 salariés et des entreprises commerciales de plus de 200 salariés (indemnité de mobilité) ainsi qu'aux travailleurs du bâtiment (prestations spéciales). Quant aux prestations de licenciement individuel (prestations standard), elles s'appliquent aux travailleurs licenciés individuellement ainsi qu'aux travailleurs licenciés collectivement mais ne pouvant bénéficier de l'indemnité de mobilité (Ibid. : 488-489). Cette différenciation est génératrice d'inégalités : les indemnités de mobilité sont plus généreuses que les prestations standard (80 % du dernier salaire pendant 12 mois pour les premières / 30 % du dernier salaire pendant 6 mois pour les secondes). De manière générale, « les travailleurs provenant d'entreprises moyennes à grandes, industrielles ou commerciales, licenciés temporairement ou définitivement en raison d'une crise ou d'une restructuration, et les travailleurs du bâtiment » sont les plus favorisés du système italien ; ils ont droit aux prestations de licenciement temporaire, relativement généreuses, ainsi qu'à l'indemnité de mobilité. En revanche, les travailleurs des petites entreprises et de la plupart des sociétés de service n'ont droit qu'aux prestations standard, nettement moins généreuses (Ibid. : 486-487).

Une autre caractéristique du système italien de protection du chômage réside dans l'absence d'un dispositif d'assistance pour les chômeurs de longue durée ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage. Ce sont les pensions d'invalidité, régies par des critères d'attribution relativement souples, qui sont utilisées, de façon détournée, comme prestations d'assistance (Ibid. : 487). Des dispositifs d'assistance pour les chômeurs en fin de droits existent en revanche dans tous les autres pays d'Europe. Ils fonctionnent soit dans le cadre des systèmes généraux de garantie de ressources (Danemark, Allemagne...), soit comme systèmes spécifiques (France – allocation spécifique de solidarité, Espagne...). Les prestations servies sont encore une fois très variables. Elles peuvent être forfaitaires (allocations différentielles en

⁸⁴ Jose Pereira note ainsi que « la protection sociale des chômeurs n'est pas adaptée. Le versement des allocations chômage n'est garanti que sur une courte période et représente des sommes peu élevées » (Pereira, 1997 : 546).

Suède, Finlande, France) ou fonction du salaire (Allemagne, Espagne) ; leur durée peut être limitée (Suède, Espagne) ou illimitée (Danemark, Finlande, Allemagne) [Drees, 1999]. Dans tous les cas, ces prestations sont nettement moins généreuses que les allocations d'assurance chômage. Dans les pays nordiques par exemple, le taux d'indemnisation du chômage pour une personne seule sans enfants représentait, en 1996, entre 63 % (Finlande) et 74 % (Suède) du revenu net d'un ouvrier moyen. Le taux d'indemnisation du chômage dans le cadre de l'aide sociale s'échelonnait de 31 % (Suède) à 51 % (Finlande) [Abrahamson, 1999 : 48]. Le dualisme de la protection sociale est aussi une caractéristique des États-Providence universels nordiques.

2. Pauvreté et exclusion : les politiques de revenu minimum

La pauvreté et l'exclusion sociale constituent aujourd'hui l'un des grands problèmes communs aux États-Providence européens. Tous les pays sont en effet confrontés à ces phénomènes, y compris les pays nordiques, dont on considère traditionnellement que le modèle d'État-Providence a permis d'éliminer la pauvreté (Abrahamson, 2001 : 123). Ainsi, en 1993, quelque 9 % de leur population vivaient dans un état de pauvreté (Abrahamson, 1999a : 56 et 59). Ce pourcentage reste néanmoins inférieur à la moyenne de l'Union européenne (17 % des ménages en 1993)⁸⁵. Dans les autres pays, le taux de pauvreté varie de 13-14 % (Benelux, Allemagne) à 29 % (Portugal). Il s'échelonne de 15 à 19 % pour la France, l'Italie et l'Espagne et dépasse les 20 % au Royaume-Uni et en Grèce (Commission européenne, 1998 : 19). La pauvreté n'a cependant pas les mêmes causes dans le Nord et le Sud de l'Europe. En France, comme dans la plupart des pays continentaux et nordiques, la pauvreté résulte « des récessions économiques qui touchent particulièrement les secteurs industriels, le marché du travail incapable de garantir continuellement le plein emploi, et les zones urbaines ». Dans les pays du Sud, la pauvreté provient toujours en grande partie « du niveau de développement insuffisant et du maintien des secteurs économiques « retardataires » (Bouget, 1997 : 509). Dans l'ensemble de l'Union, les catégories les plus touchées par la pauvreté sont les parents isolés et les retraités (Commission européenne, 1998 : 90-92).

Depuis les années 1990, le concept d'exclusion est abondamment utilisé au sein de l'Union européenne, au point de remplacer parfois celui de pauvreté (Uusitalo, 1999 : 547 ; Pereirihna, 1997 : 518). En France, le terme a été employé pour la première fois par Rémi Lenoir en 1974⁸⁶ pour désigner les catégories de la population non protégées par les assurances sociales (handicapés, personnes âgées ou invalides, marginaux...) ; il a, depuis, été utilisé pour désigner de plus en plus de types de désavantages (Enjolras et Lödemel, 1999 : 522). En Suède, le concept est apparu dans la recherche sociale sur le chômage au début des années 1970 et a depuis, progressivement gagné les autres pays nordiques (Uusitalo, 1999 : 547). La notion d'exclusion ne recouvre pas tout à fait le même sens suivant les pays, ou plutôt suivant les différentes traditions de philosophie politique. Ainsi, dans la tradition républicaine française, l'exclusion fait référence à « l'absence de solidarité sociale, en particulier au manque de liens sociaux avec les pauvres » ; elle est culturelle et morale plutôt qu'économique et apparaît comme le contraire de l'intégration. Dans le libéralisme anglo-saxon, l'exclusion reflète la discrimination ; elle est comprise en termes de conséquence de la

⁸⁵ Ce taux s'entend après versement des transferts et prélèvement d'impôts. Il concerne les ménages ayant un revenu net inférieur à 50 % du revenu moyen (Commission européenne, 1998 : 18-19).

⁸⁶ Rémi Lenoir, *Les exclus*, Paris, Seuil, 1974.

différenciation sociale et de la division du travail. Enfin, dans la tradition social-démocrate, l'exclusion fait référence à l'absence de citoyenneté sociale ; elle est provoquée par « l'interaction de la classe, du statut social et du pouvoir des inclus » (Ibid. : 546). Exclusion sociale et pauvreté n'ont ainsi pas la même signification : la première englobe trois grandes dimensions, « la dimension économique, celle des droits sociaux, civils et politiques et enfin le lien social au sens large » ; la seconde est plutôt « conçue comme un manque de ressources et se réfère plus ou moins explicitement aux besoins ou à l'inégalité des ressources au détriment des plus démunis » (Bouget, 1997 : 508)⁸⁷. La pauvreté et l'exclusion sociale ne concernent pas forcément non plus la même population. L'Espagne se caractérise ainsi par une pauvreté ou une précarité sociale élevée (environ 20 % de la population) et par un niveau d'exclusion sociale relativement limité (3 à 5 % de la population) [Laparra et Aguilar, 1997 : 558-559 et 563-564]. La pauvreté touche plutôt les personnes âgées et les personnes vivant dans les zones rurales. Au contraire, l'exclusion sociale se produit essentiellement en milieu urbain et concerne une forte proportion d'adultes jeunes et d'enfants (Ibid. : 564-565). Elle touche essentiellement « des personnes qui n'ont jamais fait l'expérience d'un emploi sûr, plutôt que celles qui ont perdu leur emploi au cours des dernières années après une expérience d'intégration économique et sociale » (Ibid. : 565). En outre, une très grande partie des exclus développent une forme d'activité économique qui, bien que sous-payée, instable et, dans la plupart des cas, stigmatisante⁸⁸, les aide à survivre. La situation espagnole reflète celle de l'ensemble des pays de l'Europe du Sud : les conséquences de l'augmentation du chômage et de l'instabilité de l'emploi sont en grande partie atténuées par la famille. Celle-ci joue un rôle essentiel de « protection primaire » contre l'exclusion sociale (Bouget, 1997 : 509).

La lutte contre l'exclusion sociale comprend aujourd'hui, dans tous les pays européens, deux grands secteurs : « les politiques générales de protection sociale qui, en principe, s'adressent potentiellement à toute la population » et « les politiques spécifiques de lutte contre l'exclusion » (Bouget, 1997 : 510). L'une d'entre elles consiste à garantir un revenu minimum aux personnes ou aux familles dépourvues de ressources ou dans le besoin. Tous les pays européens, à l'exception de la Grèce, ont mis en place ce type de dispositif à des dates plus ou moins récentes. En Grande-Bretagne, l'Income Support a été créé en 1948 dans le cadre du National Assistance Act ; en Allemagne, le revenu minimum a été instauré dans le cadre de la loi sur l'aide sociale de 1961 ; au Danemark, la loi sur l'assistance sociale a été promulguée en 1976. En France, le Revenu minimum d'insertion (RMI), qui garantit aux personnes dépourvues de ressources un revenu « sur la base d'un droit objectif » a été institué en 1988 (Daniel, 2001 : 145). Il constitue une nouveauté pour le système français de protection sociale français au sens où il introduit une prestation non destinée aux travailleurs et soumise à « aucune autre condition que de ressources » (Palier, 2002 : 302)⁸⁹. Les prestations européennes de revenu minimum ont en commun d'être des allocations différentielles ; elles sont financées soit par l'État (France, Royaume-Uni), soit par les collectivités locales (Allemagne, Suède), soit par les deux (Danemark, Finlande). Les

⁸⁷ On peut ainsi considérer, avec José Pereirinha, la pauvreté comme « une partie (ou une forme spécifique) du phénomène (à caractère plus global) d'exclusion sociale » (Pereirinha, 1997 : 520).

⁸⁸ Vente dans les rues et sur les marchés aux puces, récupération des cartons et des ordures, emplois itinérants de travailleurs agricoles ou du bâtiment, emplois de domestiques, activités marginales (mendicité, prostitution) (Laparra et Aguilar, 1999 : 566).

⁸⁹ Comme le remarque Bruno Palier, les autres minima sociaux français sont à la fois sous conditions de ressources et de situation : orphelins, parents isolés, retraités pauvres... (Palier, 2002 : 302).

conditions d'accès et leur montant varient suivant les pays (Drees, 1999)⁹⁰. Les dispositifs de revenu minimum avaient pour vocation de rester transitoire et d'occuper une place résiduelle dans les systèmes de protection sociale ; ils n'ont en fait cessé, sous l'effet de la croissance du chômage et de la précarité, de prendre de l'importance. Le RMI est ainsi devenu la troisième composante de l'indemnisation chômage⁹¹ (Daniel, 2001 : 145). Il en est de même du système danois : initialement conçu pour « fournir une aide efficace en cas d'absence temporaire de revenu, favoriser la réinsertion et conseiller les personnes marginalisées », le dispositif s'est rapidement limité au versement de prestations monétaires aux chômeurs et aux autres personnes sans emploi (Abrahamson, 1999 : 126).

À l'exception du Portugal⁹², il n'existe pas, dans les pays du Sud de l'Europe, de système de revenu national minimum. Des revenus minimum régionaux ont néanmoins été établis en Italie et en Espagne dans les années 1980-1990. En fait, jusqu'aux années 1970, l'aide sociale était très peu développée dans ces pays. En Italie, elle se limitait au financement, par les autorités locales, de soins en établissement fournis par les organismes caritatifs ou privés⁹³. Plus largement, l'aide sociale publique était administrée de manière discrétionnaire et selon des conceptions rétrogrades ; le système se caractérisait en outre par sa dispersion entre de nombreux organismes, sa disparité territoriale et son inefficacité (Fargion, 1997 : 588). En Espagne, le régime d'assurance sociale s'est considérablement développé durant les années 1970, mais le volet assistantiel n'existait pratiquement pas (Laparra et Aguilar, 1997 : 567). Les années 1970-1980 ont marqué un tournant dans la politique d'aide sociale. En Italie, c'est la mise en place des régions, en 1970, qui a été l'élément moteur : celles-ci ont obtenu le pouvoir législatif dans le domaine de l'aide publique et ont pu, dès lors, initier de nouvelles politiques dont les programmes de revenu minimum (Fargion, 1997 : 588 et suivantes). Les régions espagnoles sont également responsables de la politique sociale ; néanmoins, l'établissement des dispositifs de revenu minimum s'est effectué dans des conditions différentes⁹⁴. Ainsi, l'initiative du gouvernement basque d'instituer, en 1988, un programme inspiré du RMI français a suscité une vive réaction de la part du gouvernement central, pour qui ces prestations « pourraient enfreindre le droit constitutionnel à l'égalité de traitement » entre les citoyens espagnols. Un large débat s'est alors ouvert sur « l'identité politique des gouvernements régionaux et leur capacité à mettre en place leur propres mesures de politiques sociales » (Ibid. : 571).

En 1992, tous les gouvernements régionaux espagnols ont décidé d'établir un programme de revenu minimum (« salario social »). Ces programmes ont en commun plusieurs éléments : ils comprennent tous le versement de prestations en espèces à un individu mais en tenant compte de tous les membres du ménage ; ils établissent un niveau de revenu qui doit être considéré comme un critère d'absence de revenu suffisant ; ils conditionnent l'accès aux prestations à une période minimale de résidence dans la région ; enfin, les prestations sont

⁹⁰ Ainsi, pour bénéficier du RMI en France, il faut être âgé d'au moins 25 ans ; en Grande-Bretagne, l'âge est ramené à 18 ans.

⁹¹ Après l'allocation d'assurance et l'allocation spécifique de solidarité.

⁹² Le revenu national minimum a été créé en 1997. De manière générale, le débat sur la pauvreté et l'exclusion est relativement récent ; il a été inscrit à l'ordre du jour des partis politiques et des partenaires sociaux dans les années 1990 (Pereirinha, 1997 : 540).

⁹³ Bien que le droit du citoyen à recevoir une aide sociale ait été inscrit dans la Constitution de 1948 (Fargion, 1997 : 588).

⁹⁴ Le contexte était néanmoins favorable au développement de l'assistance. Celui-ci est lié, d'une part, à la volonté du gouvernement de limiter la croissance des dépenses d'assurance chômage et de pensions et d'autre part, aux pressions subies par les pouvoirs publics nationaux et régionaux en faveur de l'organisation de la protection des personnes laissées à l'écart de l'assurance sociale (Laparra et Aguilar, 1997 : 568).

toujours accordées pour une durée précise. Il existe toutefois de grandes différences entre les systèmes. Au Pays Basque, le « salario social » est considéré comme un droit et toutes les personnes qui en font la demande l'obtiennent ; Dans d'autres régions, l'accès au « salario social » est relativement limité et discrétionnaire. Enfin, les prestations peuvent être très importantes ou très limitées, voire inexistantes (Ibid. : 572-573). L'Italie se caractérise également par de très fortes disparités territoriales, notamment entre les régions du Nord et du Centre et les régions du Sud. Les premières ont toutes, à l'exception d'une seule, voté, dans les années 1980, des lois de réforme de l'ensemble de l'aide sociale, comportant notamment des plans de revenu minimum. Dans le Sud, seulement deux régions sur six ont adopté de telles législations (Fargion, 1997 : 595). Pour Valeria Fargion, cette attitude renvoie au « processus d'émancipation politique raté » du Sud, qui reste caractérisé par le clientélisme, une conception privatiste et instrumentale de la politique, l'absence d'action collective, « des articulations verticales et une agrégation de la demande ». Ce particularisme politique se traduit notamment, dans le domaine de l'aide sociale, par une utilisation très limitée des lois et une nette préférence pour les actes administratifs, « qui permettent une plus grande discrétion » (Ibid. : 601). Le clivage Nord-Sud est d'autant plus préoccupant qu'il prolonge une dualité spatiale en termes de pauvreté : ainsi, selon le deuxième rapport officiel italien sur la pauvreté, 37 % des pauvres vivent dans le Nord et le Centre contre 63 % dans le Sud (Ibid. : 599). Cette dualité ne doit cependant pas faire oublier les disparités existant dans le Centre et le Nord : deux régions seulement sur onze ont défini un niveau standard de revenu minimum, les autres se sont déchargées de cette tâche sur les communes⁹⁵ (Ibid. : 598-599).

II. Des politiques passives aux politiques actives

Depuis deux décennies, les politiques de l'emploi et d'assistance connaissent une importante réorientation : on passe de politiques passives, fondées sur le seul soutien du revenu, à des politiques actives visant l'insertion ou la réinsertion sur le marché du travail. Ces politiques peuvent prendre plusieurs formes : formation obligatoire ou volontaire, emplois protégés, subventions à l'emploi, renforcement de l'incitation à travailler... Plus précisément, on peut distinguer, avec Pekka Kosonen, trois grandes approches de l'activation et des incitations au travail : l'« approche fondée sur les opportunités » qui donne la possibilité, et non l'obligation, aux chômeurs de suivre une formation, un enseignement professionnel ou d'occuper des emplois protégés ; l'« approche fondée sur les sanctions », qui « entend davantage conditionner l'attribution de la prestation à la volonté de travailler et renforcer les conditions ouvrant droit à prestation afin de pousser les chômeurs à travailler ou à suivre une formation » ; enfin l'« approche reposant sur les incitations économiques », qui « se concentre sur les changements en termes d'impôts, de prestations et de conditions d'attribution, de manière à rendre le travail plus avantageux que les prestations » (Kosonen, 1999 : 456). En matière d'assistance, l'accent est également mis sur l'activation « par le biais de programmes mixant assistance et travail » : la « dimension active de la recherche d'emploi » a été renforcée et dans de nombreux pays, l'assistance commence à être combinée avec soit une « obligation de travailler dans le cadre d'emplois mis en œuvre ou autorisés par les pouvoirs publics », soit une « participation à des activités reliées au travail comme condition pour percevoir l'aide sociale »⁹⁶ (Enjolras et Lödemel, 1999 : 509).

⁹⁵ Dont la grande majorité, il est vrai, ont pris pour référence la pension contributive minimale pour les salariés du privé.

⁹⁶ Ce que les auteurs qualifient de *workfare* « en l'absence d'un terme adapté dans le contexte européen » (Enjolras et Lodemel, 1999 : 509).

Le développement de ces programmes en Europe est lié à plusieurs raisons. Tout d'abord, une attention grandissante est portée aux conditions suivant lesquelles les prestations sociales sont délivrées. On peut lire notamment dans plusieurs publications de l'Ocde et l'Union européenne que « nombre des systèmes de protection sociale actuels créent une culture de la dépendance au lieu d'inciter les individus à rechercher un travail rémunéré » (Kosonen, 1999 : 455). Hommes politiques et intellectuels « développent un discours sur le thème des « obligations mutuelles » impliquées par la citoyenneté sociale, appelant des actions positives de la part des bénéficiaires en contrepartie des prestations » (Enjolras et Lödemel, 1999 : 509). En second lieu, tous les pays européens connaissent une augmentation de leurs dépenses d'indemnisation du chômage et de l'aide sociale. Enfin, il faut prendre en compte le poids de la compétitivité internationale : « les discussions sur la politique sociale sont de plus en plus liées à la question de la compétitivité internationale » et la tendance à mettre l'État-Providence au service de la compétitivité de plus en plus recommandée (Ibid. : 510 et Palier, 2002 : 405-406).

Le passage de politiques passives à des politiques actives, orientation recommandée par l'Union européenne, concerne tous les pays, mais à des degrés divers et selon des modalités différentes. Les pays nordiques se caractérisent ainsi par leur antériorité ; dans le reste de l'Europe, l'activation des politiques sociales est plus récente.

1. Les pays nordiques et « l'orientation vers le travail »

Les politiques de protection sociale des pays nordiques ont pour caractéristique d'être tournées vers le travail depuis les années 1950-1960 (Kosonen, 1999 : 457). Trois éléments, en particulier, attestent de cette orientation⁹⁷. Tout d'abord, les pays nordiques se sont attachés à favoriser un taux d'emploi élevé, notamment en facilitant l'accès des femmes au travail rémunéré, en élargissant l'emploi dans le secteur public et par le biais des politiques du marché du travail. Le développement des services sociaux pour la garde des enfants et les soins aux personnes âgées a, par exemple, favorisé l'activité féminine rémunérée d'une double manière : en permettant aux femmes de combiner engagements familiaux et emploi rémunéré et en créant, pour elles, un « marché d'emploi appréciable » (Palme, 2001 : 60). Les pays nordiques se sont également engagés relativement tôt dans une politique active du marché du travail. Dès les années 1950, en Suède, « la politique du marché du travail a été intégrée à la politique économique et sociale. L'enseignement, la formation et les programmes d'emplois spéciaux ont été utilisés pour maintenir un taux d'emploi élevé » (Kosonen, 1999 : 458). Dans le même temps, des mesures d'accompagnement de la mobilité étaient prises, « afin de favoriser la ré-allocation sectorielle de la main d'œuvre » (Anxo et Ehrel, 1999 : 486). L'économie et la politique sociale formaient ainsi un système parfaitement intégré, dans la cadre de la « politique solidaire des salaires ». Le dernier élément illustrant la politique nordique d'orientation vers le travail concerne les modifications apportées aux systèmes de protection sociale dès la fin des années cinquante. En effet, comme le souligne Pekka Kosonen, l'introduction de prestations liées au revenu dans les systèmes de pensions, de protection maladie et du chômage a contribué à renforcer la logique d'incitation au travail : « les individus qui ne peuvent pas participer à l'emploi rémunéré sont punis du fait qu'ils perçoivent une indemnité forfaitaire peu élevée ; les individus qui ne quittent jamais le

⁹⁷ Pour une vue plus générale et plus complète du rapport des pays nordiques au travail des années 1960 jusqu'à la fin des années 1980, voir Kosonen, 1999 : 457-462.

marché du travail reçoivent une indemnité conséquente, ce qui crée de fortes incitations au travail (Kosonen, 1999 : 459).

L'orientation vers le travail a cependant pris des formes et des degrés différents suivant les pays. La politique de développement des structures de garde des enfants a ainsi été plus tardive en Norvège. En Finlande, l'accent a été mis davantage sur la compétitivité que sur le plein emploi, « bien que, depuis la fin des années 1970, une certaine « scandinavisant » se soit produite, avec notamment des prestations sociales plus généreuses et l'expansion de l'emploi dans le secteur public » (Ibid. : 461). Enfin, le Danemark s'est longtemps caractérisé par une politique passive de l'emploi, symbolisée notamment par des prestations chômage relativement généreuses. Le passage à des mesures actives a eu lieu à la fin des années 1970, dans un contexte de forte montée du chômage liée à la crise pétrolière. Le point de départ de cette politique est le programme « offre d'emplois » inauguré en 1979 par le gouvernement social-démocrate. L'objectif était de réintégrer les chômeurs de longue durée sur le marché du travail en leur garantissant un emploi, dans le secteur public ou privé, d'une durée de sept mois minimum. Le programme n'eut qu'un effet limité en matière de création nette d'emplois mais il a contribué à maintenir le lien entre les chômeurs et le marché du travail (Abrahamson, 2001 : 128).

La fin des années 1980 et le début des années 1990 ont été marqués par l'extension du chômage dans les pays nordiques. Celle-ci s'est opérée plus ou moins brutalement et dans des proportions plus ou moins importantes suivant les pays. Ainsi, en Suède, le taux de chômage est passé de 1,7 % en 1988 à 8,2 % en 1993 ; l'augmentation a été encore plus importante en Finlande (de 4,5 % à 17,9 %). Au Danemark, la proportion de chômeurs s'est élevée de 8,6 % à 12,3 % tandis qu'en Norvège, le taux de chômage est passé de 3,2 % à 6 %⁹⁸ (Kosonen, 1999 : 473). Face à cette situation, la dimension active des politiques de l'emploi s'est renforcée. En Norvège, les programmes de formation et d'emplois spécialement destinés aux chômeurs ont été restructurés et accrus. Au Danemark, le gouvernement conservateur a modifié le programme « offre d'emplois » ; en 1994, une « réforme globale du marché du travail », comprenant notamment un dispositif de congés permettant de favoriser les passages entre emploi et chômage, a été mise en œuvre (Abrahamson, 2001 : 128). Surtout, les politiques actives de l'emploi ont subi des réorientations. La Suède, par exemple, privilégie moins les aides à la mobilité et les mesures de création d'emplois et davantage les mesures de formation. Les programmes combinant emploi temporaire et formation ont de plus en plus tendance à se substituer aux programmes de création d'emplois (Anxo et Ehrel, 1999 : 499). La plus forte tendance, commune aux quatre pays nordiques, reste néanmoins la réduction des prestations chômage. En Suède, le niveau des allocations chômage a été fortement diminué⁹⁹ et les conditions d'ouverture des droits se sont durcies. La réduction des allocations chômage a commencé en Finlande en 1992 tandis qu'en 1997, la durée minimale de travail requise pour percevoir les allocations est passée de 6 à 10 mois. L'aide accordée aux jeunes de moins de 25 ans a été également réduite lorsque ces jeunes ne sont pas inscrits dans des programmes de formation ou d'enseignement (Kosonen, 1999 : 469-471). Le système d'indemnisation du

⁹⁸ Rappelons que les pays nordiques ont été différemment affectés par la récession économique. Les difficultés ont commencé plus tôt au Danemark et le chômage est apparu dès la fin des années 1970. La crise économique a affecté la Suède et la Finlande à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Les pays nordiques connaissent également des évolutions différentes de leur taux de chômage à partir du milieu des années 1990. Le taux de chômage a tendance à diminuer au Danemark et en Finlande et à se stabiliser à un niveau relativement élevé en Suède (Kosonen, 1999 : 462-463 et 472).

⁹⁹ De 90 % du salaire antérieur à 80 % en 1993, puis à 75 % en 1996. En 1997, le niveau a été rétabli à 80 % (Kosonen, 1999 : 471).

chômage a aussi subi d'importantes réductions au Danemark. En 1996, la durée de la période d'indemnisation a été ramenée de 7 à 5 ans et elle englobe désormais les mesures d'activation. Les chômeurs perçoivent ainsi l'allocation chômage sans condition pendant deux ans puis ont obligation de prendre part à des mesures d'insertion (Abrahamson, 2001 : 129 ; Drees, 1999 : 29). En 1997, la période d'activité requise pour l'ouverture des droits a été allongée de 26 à 52 semaines. Par ailleurs, depuis 1996, les jeunes de moins de 25 ans sans formation professionnelle « ont le droit et le devoir de suivre une formation professionnelle assortie d'une indemnité représentant la moitié de l'allocation chômage » (Kosonen, 1999 : 469). En Norvège, les conditions d'ouverture des droits aux prestations chômage ont été également modifiées.

Les politiques de l'emploi des pays nordiques mettent ainsi de plus en plus l'accent sur les obligations de participation aux mesures d'activation. Cette nouvelle orientation se retrouve également dans les programmes d'assistance. Au Danemark, les jeunes de moins de 25 ans dépendant de l'aide sociale ont été tenus de participer aux activités que leur soumettaient les municipalités, sous peine de se voir refuser les prestations. Cette obligation a été ensuite élargie, en 1997, à l'ensemble des bénéficiaires de l'aide sociale (Abrahamson, 2001 : 131). Le recours à une forme de *workfare* est également une caractéristique de la politique norvégienne. La nouvelle loi « sur les services sociaux » de 1991 laisse aux municipalités la possibilité de demander aux bénéficiaires « d'effectuer un travail adapté dans la ville de résidence aussi longtemps que la personne reçoit l'allocation » (Enjolras et Lödemel, 1999 : 516). L'obligation de travailler est clairement inscrite dans les conditions requises pour bénéficier de l'aide sociale et son non-respect entraîne la perte de l'allocation.

Le renforcement des mesures d'activation s'est opéré dans un contexte d'augmentation du chômage et des bénéficiaires de l'aide sociale¹⁰⁰. Il correspond également à des changements plus profonds dans les États-Providence nordiques. Bernard Enjolras et Iva Lödemel relèvent ainsi quatre tendances dans les programmes politiques et documents gouvernementaux norvégiens :

- les préoccupations macro-économiques sont plus présentes dans le débat socio-politique ;
- les notions de responsabilité individuelle et d'obligation sont mises en avant plus souvent que la notion de droits individuels ;
- les prestations sous conditions de ressources sont moins considérées comme un mal nécessaire lié à l'héritage du passé et ont été réhabilitées sous le terme plus positif de « ciblage » ;
- l'accent est également mis sur le fait que si les prestations sociales peuvent contribuer à une vie digne pour quelques-uns, « des droits étendus et généreux aux prestations peuvent contribuer à miner la capacité des individus à devenir autonomes » (Enjolras et Lödemel, 1999 : 526).

Ce « nouveau mode de pensée » est autant partagé par les conservateurs que par les travaillistes. Ces derniers se réfèrent dorénavant à l'« orientation vers le travail », par opposition à l'« orientation vers la Sécurité sociale » et l'adhésion à l'obligation de travail a été officiellement entérinée au congrès national de 1995 (Ibid. : 526 et 529). En Suède, on observe depuis les années 1990 une déstabilisation du modèle de politique salariale solidaire.

¹⁰⁰ Au cours des 10-15 dernières années, le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale a été multiplié par deux en Suède et par trois en Finlande et en Norvège (Abrahamson, 1999a : 59).

Le système de négociations salariales très centralisé et composé d'un petit nombre d'acteurs (un syndicat ouvrier et un syndicat patronal) a laissé place à une représentation multiforme et divisée, qu'accentuent les « nouvelles formes d'organisation du travail, fondées sur l'individualisation des rémunérations ou encore l'intéressement et la participation des salariés » (Anxo et Ehrel, 1999 : 487). Il en résulte une déstructuration du consensus autour des politiques de l'emploi, qui constitue une composante de la « crise du modèle suédois » dans les années quatre-vingt-dix (Ibid.).

2. L'activation dans le reste de l'Europe

Les autres pays d'Europe, notamment continentaux, se sont longtemps caractérisés par leurs politiques passives de l'emploi. Les dépenses passives prédominent encore aujourd'hui, mais les mesures d'activation se sont développées, avec des formes variables suivant les pays. Les réformes les plus radicales ont eu lieu en Grande-Bretagne. L'objectif des gouvernements conservateurs a été de « rendre le travail payant en réduisant fortement le niveau des prestations sociales de manière à ce que leur niveau soit très inférieur aux plus bas salaires (...) et en les conditionnant de plus en plus à une activité de formation ou de recherche d'emploi » (Daniel et Palier, 2001 : 25). Ainsi, l'allocation chômage et l'aide sociale ont été remplacées, en 1996, par une allocation unique, la Job seeker's allowance. Celle-ci est versée aux chômeurs sans conditions de ressources pendant 6 mois (au lieu de 12 précédemment) et sous conditions de ressources aux demandeurs d'emploi n'ayant pas suffisamment cotisé. Tous les demandeurs d'emploi doivent être activement à la recherche d'un emploi (mise en place de contrôles) et signer un accord établissant la stratégie de recherche d'emploi (MiRe, 1998 : 137). Parallèlement, des programmes de formation et d'insertion ont été mis en place. Ils fonctionnent sur la base du volontariat, mais les droits à prestations peuvent être suspendus « si le bénéficiaire ne se montre pas assez coopératif ou ne semble pas fournir d'efforts suffisants pour trouver un emploi ou améliorer ses compétences » (Commission européenne, 1998 : 103). De plus, la Job seeker's allowance peut être interrompue si, passé un certain délai, le demandeur d'emploi refuse une proposition de travail, quel qu'en soit le salaire. L'arrivée au pouvoir des travaillistes en 1997 n'a pas profondément modifié cette orientation générale, « même si l'accent a aussi été mis sur la nécessité d'améliorer la formation des demandeurs d'emploi » (Daniel et Palier, 2001 : 25). Le programme New deal, lancé fin 1997 et destiné à faire diminuer le nombre de personnes dépendant de l'assistance, continue « de soumettre toute aide au suivi effectif des programmes de formation et à la recherche d'emploi » (Ibid.).

Dans les pays continentaux, les premières formes de réponse à la montée du chômage dans les années 1980 ont essentiellement consisté à écarter un certain nombre de catégories de personnes du marché du travail, afin de diminuer les taux de chômage tout en assurant des revenus de remplacement relativement généreux aux personnes ainsi écartées » (Ibid. : 23). Cette stratégie, qualifiée de « protection sociale sans emploi », a été beaucoup suivie en France, avec l'utilisation massive des pré-retraites. Dans les années 1990 et face au coût de ces mesures, l'accent a été mis moins sur la diminution de l'offre de travail que sur la nécessité de favoriser l'emploi. Comme dans le reste de l'Europe, l'accès, le niveau et la durée des allocations chômage ont été réduits. En Allemagne, les critères d'éligibilité à l'assurance chômage ont été encore durcis à partir 1994 et le taux des prestations a été diminué (Commission européenne, 1998 : 106 ; Leisering, 1996 : 419). En France, une nouvelle allocation chômage, l'allocation unique dégressive, a été instaurée en 1992 : le lien

entre durée d'affiliation à l'assurance chômage et durée d'indemnisation a été renforcé et surtout, une dégressivité des prestations a été introduite (Palier, 2002 : 222 ; Daniel, 2001 : 144). Depuis 2000, l'allocation de retour à l'emploi remplace l'allocation unique dégressive : les conditions d'éligibilité sont assouplies et la dégressivité est supprimée. Surtout, les chômeurs, indemnisés ou non, bénéficient d'un accompagnement individualisé dans le cadre du Projet d'action personnalisé (PAP) (Palier, 2002 : 224). Les conditions de contrôle et de sanction ont été accentuées mais elles « ne peuvent aller jusqu'à la suppression de l'indemnisation si l'allocataire refuse une proposition d'embauche inférieure à ses qualifications ou refuse de s'engager dans le PAP » (Ibid. : 225). Dans le même temps, l'accent a été mis sur les mesures de promotion et de création d'emplois, via des politiques concernant l'ensemble des « salariés en emploi » (incitations financières en faveur du temps partiel en 1992, généralisation des exonérations de charges sociales sur les bas salaires en 1993, instauration des 35 heures en 1998) (Daniel, 2001 : 143) ou concernant des publics cibles. De ce point de vue, le programme « Emploi jeunes » lancé en 1997 a marqué une inflexion : tandis que les Travaux d'utilité collective (TUC – jeunes de 16 à 25 ans) ou les Contrats emplois solidarité (CES – chômeurs de longue durée) combinaient objectif d'insertion et objectif de création d'emplois, le programme Emplois jeunes a pour objectif unique la création d'emplois (Enjolras et Lödemel, 1999 : 531-532).

L'activation des politiques françaises de l'emploi semble donc loin d'avoir pris le caractère coercitif des réformes britanniques. Pour autant, les réformes de l'assurance chômage ne doivent pas masquer les nouvelles dynamiques à l'œuvre dans le système de protection sociale. D'une part, la mise en place de l'allocation d'aide au retour à l'emploi ne représente qu'une amélioration limitée des conditions d'indemnisation des chômeurs¹⁰¹. D'autre part, le « débat français est désormais de plus en plus structuré par la thématique des conditions (de cotisation mais aussi d'activité) auxquelles on soumet les chômeurs pour qu'ils bénéficient d'une indemnisation, afin de mieux les inciter à reprendre un travail » (Palier, 2002 : 225). Cette thématique de l'incitation au travail se retrouve également dans les politiques d'assistance et d'insertion. La création du RMI par le gouvernement socialiste en 1988 doit être comprise en référence au discours français sur l'exclusion, lui-même lié à la tradition républicaine de solidarité. L'exclusion étant conçue comme un « déficit de solidarité », sa responsabilité ne porte pas sur l'individu mais sur la société, qui a comme devoir la réinsertion (Enjolras et Lödemel, 1999 : 523). Le RMI est ainsi défini « comme un double droit : un droit au revenu minimum et un droit à l'insertion », qui prend la forme d'un contrat d'insertion entre l'individu et la collectivité. Dans l'esprit de la loi, la dimension de l'insertion n'est pas une contrepartie à l'allocation ; elle peut néanmoins le devenir suivant l'interprétation qui en est donnée par les responsables locaux de sa mise en œuvre. La loi sur le RMI a en effet été votée avec une ambiguïté : pour la droite, il s'agissait « d'imposer une obligation au bénéficiaire afin d'éviter qu'il ne se complaise dans l'assistance » ; pour la gauche, l'insertion était une obligation de la collectivité de fournir des opportunités d'insertion (Ibid. : 523-524). Les politiques d'insertion sont néanmoins de plus en plus soutenues par la rhétorique libérale de la « désincitation au travail » et de la nécessité de « rendre le travail payant ». Deux indices témoignent de cette évolution. Le premier est l'expansion des mesures d'« intéressement », qui autorisent cumul partiel des revenus d'activité et minima sociaux. Conçues pour éviter que les bénéficiaires de minima sociaux

¹⁰¹ D'après les estimations, seulement 50 000 personnes supplémentaires devraient bénéficier d'une indemnisation par les allocations chômage. L'objectif n'était pas, du reste, de revenir à une « meilleure indemnisation d'un plus grand nombre de chômeurs » (Palier, 2002 : 224-225).

ayant retrouvé une activité ne soient victimes d'une perte de revenus, ces mesures accréditent l'idée que les personnes qui travaillent « ne gagnent pas beaucoup plus » que les bénéficiaires de minima sociaux (Palier, 2002 : 314). L'instauration de la « prime pour l'emploi » a récemment renforcé cette logique : il s'agit d'un impôt négatif « visant à rendre l'activité rémunérée plus attractive que les prestations sociales minimales » (Ibid. : 317). S'introduisent ainsi en France des « pratiques habituellement associées au répertoire libéral de protection sociale » (Ibid. : 307).

Les mesures d'activation ne se limitent pas à l'Europe du Nord, elles concernent également les pays de l'Europe du Sud. En 1991, l'Italie a ainsi engagé une vaste réforme des politiques de l'emploi, qui témoigne de son évolution vers une approche active. Tout d'abord, en réglementant plus strictement le dispositif des licenciements temporaires et en introduisant le système des indemnités de mobilité, la loi de 1991 a mis fin à l'utilisation massive du premier comme « procédure normale de gestion des licenciements » au profit du second (Fargion, 2001 : 238). Ensuite, les salariés licenciés ont été « officiellement tenus de participer à des programmes de formation ou de s'engager dans des « travaux d'utilité publique », sous peine de se voir refuser le bénéfice de leurs prestations » (Ibid. : 239). Cette orientation s'est poursuivie avec l'adoption en 1997 d'une loi-programme définissant les stratégies à suivre en matière de politiques de l'emploi et visant à aligner l'Italie sur le reste de l'Europe. L'accent est dorénavant mis sur les « actions de conseil et d'orientation professionnelle individualisées » des chômeurs ; dans le même temps, les activités de placement ont été ouvertes au secteur privé. Enfin, le gouvernement s'est vu confier « la responsabilité de proposer un plan spécial pour l'emploi dans le Mezzogiorno et de définir un ensemble d'incitations destinées à encourager les entreprises à passer du secteur formel au secteur informel de l'économie » (Ibid.). Cet ensemble de mesures constitue une « rupture radicale » avec les dispositifs précédents. Plusieurs améliorations restent néanmoins à accomplir. Evoquant la situation italienne au début des années 1990, Carlo dell'Aringa et Manuela Sameck Lodovici relevaient les dysfonctionnements suivants : « les services de placement restent peu développés et les activités de formation et de recyclage connaissent une situation confuse, les rôles et compétences des différents organismes parties prenantes n'étant pas clairement définis. Les programmes les plus utilisés sont les subventions à l'embauche et les incitations à créer son propre emploi, qui ne sont généralement pas conçues de manière optimale et qui produisent fréquemment d'importants effets de dispersion. L'absence de toute activité de supervision et d'évaluation complique l'individualisation des mesures les plus efficaces pour le marché du travail italien et la correction des interventions en cours » (dell'Aringa et Lodovici, 1997 : 499). La documentation disponible ne permet pas de dire si la situation s'est améliorée avec les mesures de 1997. Il faut toutefois noter, avec Valeria Fargion, que la concertation gouvernement-patronat-syndicat qui avait fait le succès des réformes de la protection sociale italienne au début des années 1990 s'est peu à peu essouffée, avec le risque de nouveaux blocages (Fargion, 2001 : 239-246).

Concevoir un système de protection sociale plus favorable à l'emploi constitue l'un des traits communs de la réflexion et des réformes en cours dans les pays européens (Daniel et Palier, 2001 : 22). Dans ce but, diverses mesures d'activation ont été prises, possédant certaines caractéristiques communes mais avec des orientations variables. Que valent ainsi ces réformes ? Étudiant le Danemark, Peter Abrahamson montre que l'effet de création d'emplois a été limité mais que le maintien du lien avec le marché du travail, y compris protégé, reste préférable du point de vue de l'individu (Abrahamson, 2001). Plus largement, il semble que

les réformes aient contribué à renforcer la dualisation des États-Providence européens, avec d'un côté des travailleurs bien intégrés et disposant de « droits à prestations » assez généreux et de l'autre des populations dépendant de l'aide sociale, de plus en plus nombreuses en raison des restrictions apportées aux système d'assurance chômage.

CHAPITRE V

DES ÉTATS-PROVIDENCE EN RECOMPOSITION

L'activation des politiques de l'emploi et d'assistance participe d'un processus plus général de recomposition qui affecte les États-Providence depuis les années 1980. Après avoir en effet connu leur « âge d'or » au cours des Trente Glorieuses, les systèmes de protection sociale sont entrés dans une période de stagnation ou de crise, caractérisée par un ralentissement des dépenses sociales. Ce repli est tout d'abord lié à la crise économique : dès la fin des années 1970, les États-Providence sont confrontés à des difficultés financières, provenant du mouvement croisé d'augmentation des dépenses (en particulier les dépenses d'indemnisation du chômage) et de réduction des ressources (Palier, 2002 : 45). Mais c'est plus largement le contexte économique et social qui a changé depuis une vingtaine d'années : l'ouverture des économies, la transformation des modes de production et de l'organisation du travail, le vieillissement de la population, les mutations des structures familiales constituent autant de défis auxquels les États-Providence doivent faire face (Ibid. : 48-49). Dans ce but, les réformes se sont multipliées au cours des années 1990. La réorientation des politiques de l'emploi, les nouvelles mesures de lutte contre l'exclusion en constituent l'un des volets. Mais d'autres réformes ont été également entreprises. Ce chapitre se veut donc un complément du précédent, pour une lecture des recompositions actuellement en cours dans les systèmes de protection sociale européens.

I. Les nouveaux défis des États-Providence

Les problèmes auxquels sont actuellement confrontés les États-Providence peuvent être regroupés en deux catégories. La première concerne les transformations de l'environnement économique et social. La seconde renvoie à des facteurs endogènes « propres au développement des systèmes » de protection sociale eux-mêmes, notamment leur arrivée à maturité (Palier, 2001 : 41).

1. Les transformations de l'environnement économique et social

Nombre de conditions dans lesquelles se sont édifiés les États-Providence ont été modifiées. L'économie est ainsi beaucoup plus ouverte. L'une des conséquences de cette forte internationalisation des échanges est l'accroissement de la compétition, compétition sur les coûts – notamment salariaux – pour les entreprises et compétition fiscale entre les États, qui engendre « une pression à la stabilisation, voire à la réduction des dépenses sociales » (Palier, 2002 : 2 et 48). Les modes de production et d'organisation du travail se sont eux aussi transformés : le taux de productivité s'est élevé, les licenciements et les interruptions de carrière sont plus fréquents. Surtout, les formes d'emploi sont devenues plus souples et plus précaires : les emplois « atypiques », emplois temporaires et emplois à temps partiel, se sont généralisés au détriment de ce qui avait été jusqu'alors la norme, le travail à durée indéterminée (Ibid. : 48 ; Merrien, 1997 : 111 ; Kaufmann, 1996 : 376-377 ; Esping-Andersen, 2001 : 84 ; Commission européenne, 1998 : 36-37). Selon François-Xavier Merrien, « le monde du travail est désormais composé de trois strates. La strate centrale est composée des travailleurs disposant d'un emploi fixe et d'une qualification reconnue. Ils constituent le noyau dur des entreprises et sont globalement protégés des aléas économiques. La deuxième strate résulte du nouveau mode productif. Elle est composée des personnes

naviguant entre emploi et chômage et donc très sensibles à la conjoncture économique. Il se forme ainsi une réserve de travailleurs en attente, subventionnés par l'assurance chômage. La troisième strate est composée des exclus-marginalisés. Elle est composée de personnes sans qualification, mal adaptées à la discipline d'entreprise et à ses contraintes. En période de forte expansion économique, elles peuvent trouver de petits boulots, mais dans la période actuelle, leur situation est très difficile. Leurs chances d'intégrer le marché du travail sont de plus en plus minces » (Merrien, 1997 : 111-112).

Aux mutations de l'environnement économique, il faut ajouter les transformations sociales et démographiques. Le vieillissement de la population est un phénomène commun à tous les pays européens. De 1985 à 1995, la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans l'ensemble de la population de l'Union est passée de 13 % à 15,5 %¹⁰² ; selon les projections, elle devrait atteindre 18 % en 2010 et 20 % en 2020, avec des taux pouvant aller jusqu'à 22 % et 23 % en Finlande et en Italie (Commission européenne, 1998 : 29-30)¹⁰³. En outre, l'âge moyen de cette catégorie de population augmente : en 1995, 41 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient au moins 75 ans ; d'après les projections, la proportion devrait passer à 47 % en 2010, « soit une hausse de 37 % en valeur absolue en seulement quinze ans » (Ibid. : 30). Les prévisions varient néanmoins considérablement d'un pays à l'autre. Ainsi, en France, en Espagne, en Italie et en Grèce, l'augmentation du nombre des 75 ans et plus devrait être de plus de 50 % dans la période 1995-2020 ; en revanche, en Suède et au Danemark, elle ne devrait atteindre que 6 % et 2 %. La progression des 65 ans et plus, soit les personnes ayant dépassé l'âge de travailler, se double d'un recul de la population n'ayant pas encore l'âge de travailler. De 1985 à 1995, la part des jeunes de moins de 15 ans est passée de 19,5 % à 17,5 % de l'ensemble de la population de l'Union européenne ; elle devrait atteindre 15 % en 2020. Le recul est particulièrement prononcé dans les États du Sud, notamment en Espagne où la proportion des moins de 15 ans est tombée de 23 % à 17 %. Quant à la population en âge de travailler (15-64 ans), elle a légèrement augmenté entre 1985 et 1995. Les prévisions sont cependant au déclin : de 67 % en 1995, la part des personnes en âge de travailler devrait passer à 64,5 % en 2020. On assiste ainsi, et le phénomène sera de plus en plus marqué, à un resserrement des taux de dépendance. En 1986, l'Union européenne comptait cinq personnes en âge de travailler pour une personne ayant dépassé l'âge de la retraite ; le rapport dépassait à peine quatre pour un en 1996 et devrait tomber à un peu plus de trois pour un en 2020.

La seconde transformation démographique qui affecte les États-Providence concerne l'évolution des structures familiales. Entre 1986 et 1996, la taille du ménage moyen a diminué d'environ 5%, cette contraction étant liée à l'augmentation du nombre des personnes vivant seules et des familles monoparentales. Ces dernières ont en effet vu leur nombre progresser de 64 % au cours de la même période, avec une très forte croissance en Grande-Bretagne (10 % par an en moyenne)¹⁰⁴ [Ibid. : 13 et 33-34]. La proportion des familles monoparentales dans l'ensemble des familles avec enfants varie suivant les pays. Le Royaume-Uni aligne les plus forts pourcentages avec 21 % de parents isolés au milieu des années 1990 ; viennent ensuite la Suède et le Danemark (18 %), puis la France et l'Allemagne (16 %) et l'Italie (15 %). Les proportions sont plus modérées en Espagne, au Portugal et en Finlande (respectivement 13 % et 12 %) [Esping-Andersen, 2001 : 79]. Les ménages « sans revenu du travail » constituent la

¹⁰² Avec néanmoins un taux de 18 % pour la Suède en 1995 (Commission européenne, 1998 : 30).

¹⁰³ Toutes les informations et données de ce paragraphe proviennent de Commission européenne, 1998 : 29-32.

¹⁰⁴ La croissance des familles monoparentales est plus limitée dans d'autres pays de l'Union, notamment au Portugal et en Grèce (moins de 10 %). Il y a même une légère baisse en Italie (Commission européenne, 1998 : 34).

seconde catégorie de « ménage non standard » en progression. Ainsi au milieu des années 1990, entre 10 % et 13 % des ménages n'avaient aucun revenu d'activité en Italie, en France, en Allemagne et au Royaume-Uni. La proportion était de 7/8 % dans les pays nordiques (Finlande, Suède, Danemark) [Ibid.].

Une dernière caractéristique de l'évolution économique et sociale des pays européens est l'essor de l'emploi féminin, significatif et continu. En 1970, moins de 40 % des femmes de l'Union européenne travaillaient ou recherchaient activement un emploi, elles étaient près de 55 % en 1980 et 70 % en 1996 (Commission européenne, 1998 : 37). Cette progression quantitative, mais aussi qualitative¹⁰⁵, de la participation des femmes au marché du travail s'est opérée à des rythmes différents suivant les pays : l'évolution s'est d'abord répandue dans une grande partie du Nord de l'Europe dans les années 1960 et 1970, pour atteindre les États du Sud dans les années 1980 (Commission européenne, 1998 : 13). Aujourd'hui, les taux d'activité des femmes sont encore très contrastés : ils vont de 55 % environ en Italie, en Grèce et en Espagne à plus de 80 % en Scandinavie¹⁰⁶ (Ibid. : 36-37, voir aussi Esping-Andersen, 2001 : 86).

Toutes ces évolutions économiques et sociales ont des conséquences sur les systèmes de protection sociale. Le vieillissement de la population, conjugué à la faible natalité et au grand nombre de chômeurs, accroît les pressions sur les régimes de retraite et les soins de santé, les deux plus gros postes de dépenses de la protection sociale¹⁰⁷. Surtout, les évolutions du marché du travail et les modifications des structures familiales sont à l'origine de « nouveaux risques » et de « nouveaux besoins sociaux ». Comme l'explique Gösta Esping-Andersen, « le modèle d'après-guerre pouvait compter sur la stabilité de la structure familiale et sur la bonne performance du marché du travail pour fournir la plus grosse part de leur protection sociale à une majorité d'individus pendant une grande partie de leur vie (...). À quelques exceptions près, les hommes pouvaient compter sur un emploi stable, sur une croissance continue de leur revenus et sur une longue carrière professionnelle suivie de quelques années de retraite après 65 ans. Les femmes cessaient généralement de travailler à la naissance du premier enfant, devenant ainsi les principales responsables des soins aux enfants et aux personnes âgées. Chômage et pauvreté étaient peu répandus parmi les foyers en âge de travailler » (Esping-Andersen, 2001 : 77-78). De fait, les principaux risques sociaux, et notamment celui de pauvreté, étaient concentrés sur les retraités et les familles nombreuses. Ce schéma s'est complètement modifié. Les risques sociaux se sont déplacés vers les jeunes ménages et les familles avec enfants. Ainsi, entre la fin des années 1970 et le milieu des années 1990, le niveau de vie des personnes âgées s'est globalement amélioré¹⁰⁸ tandis que celui des jeunes ménages et des familles avec enfants s'est dégradé (Ibid. : 81). La pauvreté progresse notamment parmi les familles monoparentales. En France, la proportion de familles monoparentales vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 12 % à 17 % entre 1985 et 1995¹⁰⁹ ; dans le même temps, le taux de pauvreté des familles nombreuses a reculé de 13 %

¹⁰⁵ Sur ce point, Schweitzer, 2002 et Ohlander, 1994 : 41-42.

¹⁰⁶ Des femmes âgées de 25 à 54 ans.

¹⁰⁷ Cf. chapitre 2.

¹⁰⁸ Même s'il reste des « poches de pauvreté », notamment chez les veuves et les personnes n'ayant pas accumulé suffisamment de droits pour la retraite. De même, le taux de pauvreté des personnes âgées a tendance à être plus élevé dans les pays du Sud, qui avaient jusqu'à récemment une forte densité de population rurale (Esping-Andersen, 2001 : 82).

¹⁰⁹ Le taux de pauvreté des familles monoparentales varie considérablement d'un pays à l'autre. Selon les statistiques de l'OCDE, il est particulièrement élevé au Royaume-Uni, en Italie et en Allemagne (entre 49 % et 41 % des familles monoparentales au milieu des années 1990). En revanche, il est inférieur à 10 % en Suède et en Finlande (Esping-Andersen, 2001 : 79).

à 11 % (Olier et Herpin, 1999 : 325 et 331). Les mutations économiques et sociales sont également à l'origine de nouveaux besoins sociaux. Le vieillissement de la population, l'allongement de l'espérance de vie ainsi que la participation croissante des femmes au marché du travail ont pour conséquence d'accroître la demande en services de soins aux enfants et aux personnes âgées. Le développement des services sociaux aurait également pour effet de favoriser l'emploi des mères, le « meilleur moyen d'endiguer la pauvreté » au sein des familles avec enfants selon Esping-Andersen (Esping-Andersen, 2001 : 80-81). On assiste là à l'« une des mutations historiques essentielles, à savoir que les principaux besoins en protection sociale (...) sont moins liés à l'amélioration des transferts monétaires qu'à l'accès aux services » (Ibid. : 80).

2. Les problèmes spécifiques aux États-Providence

Tous les systèmes de protection sociale sont confrontés à la globalisation économique et aux mutations sociales. Cependant tous ne présentent pas la même vulnérabilité ; tous ne formulent pas les problèmes dans les mêmes termes ; tous enfin connaissent des difficultés propres (Palier, 2002 : 50). Il existe ainsi des phénomènes de dépendance institutionnelle (« path dependency »), résultats « de la force des engagements passés, du poids politique des coalitions d'intérêts associées aux différents programme de protection sociale et de l'inertie des arrangements institutionnels ». Ces phénomènes se manifestent tant au niveau des problèmes rencontrés que des réformes mises en œuvre (Palier, 2001 : 40-41).

Ainsi, en Grande-Bretagne, les problèmes de l'État-Providence ont été appréhendés par les gouvernements conservateurs à travers deux éléments : les coûts de la protection sociale – qu'il faut diminuer pour réduire les déficits publics – et l'efficacité du système – qu'il faut accroître. « Ces problèmes dérivent des caractéristiques institutionnelles du système britannique » (Ibid. : 41). Les dépenses de la protection sociale, financées à 60 % par l'impôt et gérées par l'État central, sont d'abord « un problème posé au budget de l'État ». Dans ce cadre, les solutions préconisées n'ont pas porté sur une augmentation des impôts, mesure impopulaire¹¹⁰, mais sur une réduction des dépenses, d'autant plus facile à mettre en œuvre que les dépenses sociales apparaissent en Grande-Bretagne « moins légitimes qu'ailleurs¹¹¹ » (Ibid.). Les pays anglo-saxons ont ainsi été les premiers à entamer, dès les années 1970, des politiques de repli de l'État-Providence, caractérisées notamment par des mesures de réduction des prestations et de ciblage en faveur des plus démunis (Palier, 2002 : 45). La question de l'accroissement de l'efficacité du système de protection sociale britannique concerne d'abord le Service national de santé, et notamment « les listes d'attente interminables sur lesquelles il faut s'inscrire avant de se faire soigner » (Palier, 2001 : 44). Elle renvoie également, et plus largement, au développement de la « rhétorique de la culture de la dépendance » et « des désincitations au travail » (Ibid. : 41). Autrement dit, les aides de l'État auraient pour effet de générer une dépendance des bénéficiaires vis-à-vis des prestations

¹¹⁰ Jose Harris explique qu'au cours des années 1970, on assiste à « une prise de position généralisée de la part des électeurs et des consommateurs à l'encontre du niveau trop élevé de la fiscalité et des cotisations sociales nécessaires au financement d'un système universaliste de protection sociale » (Harris, 2001 : 25). Howard Glennester et Julian Le Grand évoquent également la « réticence » des citoyens britanniques « à payer plus d'impôt » à propos de la réforme du système national de santé (Glennester et Legrand, 1995 : 317).

¹¹¹ Un sondage de 1976 révèle ainsi que « 72 % des personnes ayant répondu à une question sur les cotisations à l'assurance nationale déclaraient « qu'ils préféreraient garder cet argent dans leur poche » (Harris, 2001 : 25). Il faut toutefois noter, avec Humphrey Southall, que « la plupart des électeurs britanniques restent fortement attachés à la notion d'État-Providence », et notamment au Service national de santé (Southall, 1995 : 66).

sociales et de les inciter à rester au chômage plutôt qu'à retrouver un emploi. Une telle approche emprunte beaucoup à la logique des Poor Laws et à son principe de « less eligibility »¹¹². Elle est en outre liée à l'importance des prestations sous conditions de ressources dans le système britannique, qui n'ont fait qu'augmenter depuis les années soixante.

L'État-Providence scandinave se caractérise en particulier par « une marginalisation du secteur privé en ce qui concerne le maintien du revenu et les prestations maladie » ainsi que par des prestations publiques de haut niveau pour tous les segments de la population, dans une optique d'égalité (Hagen, 1999 : 724). Ce système s'est bâti dans le cadre d'une économie ouverte, les pays nordiques ayant réussi à conjuguer « compétitivité à l'international et construction d'un État-Providence généreux » pour tous (Lehto, 1999 : 686). Depuis une dizaine d'années pourtant, cette combinaison devient plus difficile à maintenir et le modèle scandinave de protection sociale atteint aujourd'hui ses limites (Ibid. et Abrahamson, 1999a : 32). Les pays nordiques ont en effet été frappés par la récession économique, avec de fortes hausses du chômage et des problèmes de financement des systèmes de protection sociale. L'État-Providence nordique a ainsi beaucoup de difficultés à maintenir le haut niveau des prestations et s'engage dans un mouvement de restriction (Palme, 2001 : 69-70). Cette situation pose un « véritable dilemme » au modèle de protection sociale scandinave, fondé sur des principes égalitaires : l'idéal de justice sociale exige que les personnes les plus démunies soient « protégées des restrictions dans le domaine de la protection sociale ». Mais le risque est que cette « protection délibérée des pauvres » incite les groupes de la population mieux lotis à « rétablir des droits sociaux perdus dans le cadre de dispositifs privés ou corporatistes » (Hagen, 1999 : 725). Juhani Lehto a ainsi montré que des signes de rupture existent dans l'universalité du système de santé des pays nordiques, avec notamment en Finlande un recours significatif au secteur privé pour les soins ambulatoires spécialisés et hospitaliers¹¹³ (Lehto, 1999 : 691). Or, « si les dispositifs privés ont (ou continuent d'avoir) de plus en plus d'importance pour un nombre croissant de personnes, dans les pays scandinaves, le régime centralisé de protection sociale deviendra peu à peu pluraliste. Et, si les classes sociales les plus aisées peuvent bénéficier d'une assurance sociale généreuse de la part du secteur privé, tandis que les autres classes sociales continuent de dépendre des programmes publics, les ambitions égalitaires du régime de protection sociale scandinave seront définitivement sapées » (Hagen, 1999 : 726). Le second problème auquel est confronté le modèle nordique d'État-Providence réside dans les risques de déstabilisation de la politique des salaires fondée sur la solidarité. La libéralisation économique mondiale et les nouvelles formes d'organisation du travail mettent en effet à mal un système de détermination des salaires (nominaux et sociaux) centralisé et tripartite (État-employeurs-employés), qui a permis aux pays nordiques de se protéger des variations économiques externes, de contenir les écarts de salaires et de maintenir la stabilité sociale sur l'ensemble du cycle d'activité (Ibid. : 728 et 732). Certes, les mécanismes du marché ne se sont pas encore substitués au système de négociation salariale tripartite. Mais l'interrogation reste ouverte : un effondrement de la politique solidaire des salaires risquerait de faire éclater le consensus autour de la protection sociale égalitaire et de saper l'universalisme à la scandinave, à savoir « l'intégration de tous, modérément pauvres et modérément riches, dans un État-Providence-nation commun » (Ibid., 737).

¹¹² Cf. chapitre 1.

¹¹³ Ces soins sont remboursés par l'assurance maladie publique mais « le niveau de remboursement est si faible que les coûts supportés par les usagers limitent l'utilisation de services privés par les catégories socio-économiques les plus modestes » (Lehto, 1999 : 691).

Les problèmes auxquels les États-Providence continentaux (France, Allemagne et Europe du Sud) sont particulièrement confrontés dérivent eux aussi de leurs caractéristiques institutionnelles. Le premier est le « poids supposé des cotisations sociales sur le coût du travail », qui est lié à l'importance des cotisations sociales dans le financement du système (Palier, 2001 : 42). Ce problème est notamment illustré en France, là où la part des cotisations sociales dans le financement de la protection sociale est la plus forte, par l'expression de « charges sociales », qui « sont censées grever la compétitivité des entreprises et empêcher les embauches » (Ibid.). Cette analyse traduit plus largement un changement profond dans la conception du rôle économique de la Sécurité sociale. Conçue, dans l'optique keynésienne, comme un « moteur pour l'économie », par le soutien de la consommation et la création d'emplois, celle-ci serait devenue, en raison des modalités de son financement, un « poids pour l'économie », voire une des causes du chômage (Palier, 2002 : 148-151 et 332-333). Le second problème auquel sont confrontés les systèmes de protection sociale bismarckiens est lié au mode d'acquisition des droits sociaux, qui renforce les processus d'exclusion en période de crise économique. En effet, dans un régime où les droits sociaux sont fondés sur l'emploi, « l'exclusion du marché du travail se trouve redoublée par une exclusion du système de protection sociale » (Palier, 2001 : 42). « Le système ne peut prendre en charge et protéger ceux qui ne travaillent ou pas suffisamment pour acquérir des droits » (Palier, 2002 : 284). Ce processus est encore accentué par les mesures de durcissement des critères d'éligibilité aux prestations (allongement des durées de cotisation notamment) mises en œuvre dans les différents pays de cette catégorie (Leisering, 1996 : 419-420). Ces systèmes de protection sociale apparaissent ainsi comme particulièrement vulnérables à la globalisation économique et aux mutations de l'organisation du travail (précarité de l'emploi notamment). Ce sont également, selon Esping-Andersen, les moins aptes à se réformer et à répondre aux nouveaux enjeux économiques et sociaux (Esping-Andersen, 1997). En premier lieu, l'assurance sociale bismarckienne nourrit un fort sentiment d'équité (« on reçoit ce que l'on gagne et l'on gagne ce que l'on reçoit ») et bénéficie, de ce fait, d'une large légitimité, qui rend l'édifice peu enclin au changement. Ensuite, il existe une forte propension des « travailleurs intégrés » à défendre la sécurité de leur emploi et à résister à la demande de flexibilité du marché du travail. Enfin, la préférence marquée pour les transferts monétaires au détriment des services sociaux semble peu apte à répondre aux mutations démographiques et familiales (Ibid. : 430, 432, 447-448).

II. Les réformes de la décennie 1990

Face aux changements de l'environnement économique et social et à leurs problèmes propres, les États-Providence ont entrepris d'importantes réformes au cours des années 1990. La plus grande, selon François-Xavier Merrien, consiste dans la mise en œuvre de politiques sociales actives que l'on observe dans tous les pays européens (Merrien, 1997 : 123). Mais d'autres réformes sont également entreprises, qui témoignent d'une certaine convergence entre les systèmes. Il convient toutefois, au-delà de ce constat, de s'interroger sur les phénomènes de dépendance institutionnelle et la signification des réformes des États-Providence.

1. Une protection sociale moins généreuse

La réduction du niveau des prestations sociales constitue l'une des tendances communes à l'ensemble des systèmes de protection sociale européens. Nous avons vu, dans le chapitre précédent, ce qu'il en était des prestations chômage. D'autres secteurs sont également concernés. Ainsi, dans la quasi-totalité des États-membres de l'Union, la participation des malades aux frais de santé tend à être plus élevée (Dumont, 1998 : 22-23). Certains pays ont par ailleurs diminué le taux des indemnités maladies. C'est notamment le cas des pays nordiques (Suède, Finlande) dont les niveaux de remplacement étaient particulièrement élevés (Ibid. : 110). En Norvège, le niveau des allocations n'a pas été réduit mais « les critères définissant la maladie se sont durcis en 1993 » (Kosonen, 1999 : 472).

Les pensions constituent l'autre domaine dans lequel s'effectuent des restrictions en vue de maîtriser les dépenses. Trois types de réformes sont mises en œuvre au cours des années 1990¹¹⁴. En premier lieu, l'âge d'accès à une retraite à taux plein recule, soit par l'augmentation de l'âge légal d'ouverture des droits, soit par l'augmentation de la durée minimale de cotisation (Drees, 1999 : 130). L'Allemagne s'est engagée dans la première voie lors du vote en 1989 de la réforme dite de 1992 (Reynaud, 1995 : 224). En 1996, une nouvelle réforme est intervenue : il a été décidé d'augmenter l'âge d'accès à la retraite de 63 à 65 ans pour les hommes à partir de 2001 et de 60 à 65 ans pour les femmes à partir de 2005 (Drees, 1999 : 130). Au Portugal et en Grèce, l'âge de la retraite des femmes est augmenté par étapes pour atteindre celui des hommes. En France, l'âge légal de la retraite (60 ans) n'a pas été modifié, mais la réforme de 1993 a augmenté la période minimale de cotisations de 37,5 ans à 40 ans. De nombreux pays européens réforment également les modalités de calcul des pensions, allongeant la période sur laquelle les revenus perçus servent de base de calcul (Ibid.). C'est notamment le cas de la France où le nombre d'années pris en compte pour le calcul du salaire de référence est passé des 15 meilleures années aux 25 meilleures années (Babeau, 1997 : 294). L'Espagne, la Finlande¹¹⁵, la Grèce et le Portugal se sont également engagés dans cette voie. La Suède et l'Italie ont adopté des réformes plus radicales. La première a supprimé la retraite forfaitaire universelle « pour laisser la place soit à un système contributif et obligatoire financé par les cotisations patronales pour ceux qui travaillent, soit à un minimum garanti financé par l'impôt pour ceux qui n'ont pas cotisé suffisamment » (Palier, 2001 : 43). Dans ce cadre, le montant de la pension est calculé, non plus en fonction des 15 meilleures années, mais de l'ensemble des périodes cotisées¹¹⁶ (Drees, 1999 : 131). Il en est de même en Italie, qui est passée dans le cadre de la réforme Dini (1995) d'un système de retraite à prestations définies à un système de retraite à cotisations définies¹¹⁷. Le montant de la pension n'est plus calculé en fonction du salaire des dix dernières années mais en fonction des cotisations versées durant toute la vie professionnelle, suivant un principe d'assurance actuarielle¹¹⁸ (Fargion, 2001 : 235 ; Artoni et Zanardi, 1997 : 277-278 ; Ascoli,

¹¹⁴ Nous reprenons ici l'analyse de Philippe Montigny et de Jean-Marie Saunier, « Les systèmes de retraite en Europe », dans DREES, 1999 : 129-132.

¹¹⁵ Pour la composante liée au revenu (prise en compte du salaire des 10 dernières années au lieu des quatre auparavant). La pension forfaitaire (pension nationale) a été mise sous conditions de ressources (Drees, 1999 : 131).

¹¹⁶ Pour plus de précisions, Drees, 131.

¹¹⁷ Dans un système à prestations définies, le montant de la prestation est calculé « sans référence au montant des cotisations versées mais en référence au niveau de salaire perçu précédemment ». Dans un système à cotisations définies, « les prestations versées sont plus ou moins proportionnelles au volume des cotisations versées par l'assuré » (Palier, 2002 : 76).

¹¹⁸ La réforme Dini est la seconde grande réforme du système de retraite italien après la réforme d'Amato (1992) (Fargion, 2001 : 235). Pour plus de précisions sur la nouvelle formule de calcul des pensions, voir Fargion, 2001 : 234-235 et Artoni et Zanardi, 1997, 278-281

1997). La dernière réforme concerne les modalités de revalorisation des pensions versées. En Allemagne, depuis 1992, les pensions ne sont plus indexées sur les salaires nets mais sur les salaires bruts (Reynaud, 1995 : 255 ; André, 1996 : 255). Dans d'autres pays (France, Royaume-Uni, Suède, Italie), les revalorisations sont passées d'une indexation sur les salaires à une « indexation sur le coût de la vie calculée en fonction de l'indice des prix » (MiRe-Drees, 132). « Ces changements ont un impact non négligeable sur l'évolution des pensions. Ainsi, au Royaume-Uni, où le mode de revalorisation de la pension forfaitaire a évolué d'une indexation sur les salaires à une indexation sur les prix dans les années 80, cette prestation est passée de 20 à 16 % du salaire moyen masculin entre 1979 et 1996 » (Ibid.).

La restriction du niveau de la protection sociale ne porte pas seulement sur les transferts ; elle concerne également les services d'aide à la personne. Ainsi en Suède, on observe une baisse de 50 % de la proportion de personnes âgées bénéficiant d'une aide publique à domicile¹¹⁹ depuis 1980 (Szebehely, 1999 : 419)¹²⁰ ; au milieu des années 1990, le pays en était ainsi revenu aux niveaux qu'atteignaient ces services dans les années soixante (Sundström, 1999 : 378). Cette évolution traduit d'abord des conditions plus strictes dans l'attribution de l'aide à domicile par les municipalités. Certaines ont ainsi décidé d'exclure de l'aide à domicile les personnes n'ayant besoin d'une assistance que pour le ménage ; d'autres ont concentré l'aide sur les personnes dont aucun parent ne vit à proximité ; d'autres enfin n'attribuent plus d'aide ménagère aux personnes dont le revenu dépasse le seuil d'aide sociale (Szebehely, 1999 : 420). Ces évolutions vers une définition plus restrictive du besoin apparaissent comme autant d'entorses à l'universalisme de l'État-Providence suédois. En prenant en compte la proximité géographique d'un parent dans l'attribution de l'aide à domicile, la Suède tend à s'écarter de « la tradition de la prestation universelle, pour laquelle l'unité d'intervention était l'individu et non la famille » (Ibid.). De même, le recentrage de l'aide publique vers les personnes les plus démunies « s'apparente à une attribution sous conditions de ressources qui ne correspond pas au modèle scandinave de l'aide sociale » (Ibid.). Il convient toutefois de souligner que la diminution de la proportion de bénéficiaires n'est pas seulement due « à une évaluation plus rigoureuse au niveau municipal. Elle est également liée à une baisse de la demande de la part des personnes âgées, moins nombreuses à rechercher une aide du fait notamment de « l'augmentation spectaculaire de la participation financière des usagers depuis quelques années » (Ibid.). En effet, « pour les personnes qui n'ont pas besoin d'une aide très importante (en particulier si elles touchent une pension élevée), il est souvent plus économique de se procurer ces services auprès du privé – en particulier dans le cadre de l'économie informelle » (Ibid.). Cette tendance n'en pèse pas moins sur les principes universalistes et égalitaires de la protection sociale suédoise : car « moins d'aide publique, ce peut être davantage de recours au marché en haut de l'échelle sociale, et la réactivation des anciennes solidarités familiales au bas de l'échelle sociale » (Blanchet, 1999 : 340).

¹¹⁹ Aide aux tâches domestiques et aux soins personnels, incluant quelquefois des soins élémentaires de santé (Sundström, 1999 : 377).

¹²⁰ L'évolution suédoise est fondamentalement différente de l'évolution norvégienne et surtout danoise dont le nombre de bénéficiaires d'une aide à domicile a augmenté. En revanche, il existe également une forte baisse en Finlande (Lehto, 1999 : 695 ; Szebehely, 1999 : 419).

2. Des mécanismes du marché dans la protection sociale : la régulation des systèmes de santé

Les systèmes de protection maladie sont divisés en deux grandes familles : les systèmes nationaux de santé et les systèmes d'assurance maladie¹²¹. Compte tenu de ces configurations institutionnelles différentes, les problèmes ne sont pas de même nature. Schématiquement, dans le premier cas (Grande-Bretagne), il s'agit d'améliorer la qualité et l'efficacité du système ; dans le second (France), c'est surtout la maîtrise incontrôlée des dépenses de santé qui constitue le problème principal (Palier, 2002 : 44-45). Les années 1990 ont donc été l'occasion d'engager d'importantes réformes structurelles dans les systèmes de soins de santé européens. Bien que celles-ci se soient exercées selon des modalités différentes, elles présentent néanmoins des lignes de convergence. Les réformes se caractérisent ainsi par l'introduction d'instruments caractéristiques de l'économie de marché, qu'il s'agisse de l'utilisation de méthodes de gestion issues du privé ou de l'introduction des relations de concurrence entre les acteurs du système de santé (Drees, 1999 : 132-134).

En Grande-Bretagne, le National Health Service and Community Care Act de 1990 représente la réforme la plus importante qui ait été engagée dans le service national de santé depuis les années quarante (Knapp et Wistow, 1995 : 258). Inspirée des analyses de l'économiste américain Enthoven¹²², son objectif était de remédier au problème des listes d'attente et d'améliorer la capacité de réponse aux besoins et désirs des consommateurs (Glennister, Le Grand, 1995 : 316). La principale innovation réside dans la mise en place d'un quasi-marché¹²³ ou autrement dit, dans l'introduction des mécanismes du marché au sein d'un « service national de santé resté entièrement public et financé par l'impôt » (Drees, 1999 : 136). Plusieurs grands changements ont ainsi été opérés. Toute d'abord, une séparation claire entre fournisseurs (« providers ») et acheteurs (« purchasers ») de soins et de services a été instaurée. Jusqu'alors, l'État était le financeur et le fournisseur des prestations de soins de santé : il « possédait et gérait les hôpitaux » – par l'intermédiaire des autorités sanitaires de district ; « il finançait et fournissait un service de médecine générale » (Glennister et Le Grand, 1995 : 307). La réforme n'a pas touché au financement étatique du NHS, mais elle a réduit le rôle de l'État (ou plus précisément des autorités sanitaires de district) à celui d'acheteur auprès des hôpitaux et autres centres prestataires¹²⁴ mis en concurrence les uns avec les autres. Pour cela, les hôpitaux ont pu se constituer en trusts à but non lucratif et disposer ainsi d'une plus grande autonomie de gestion¹²⁵. Devenus fournisseurs, les hôpitaux doivent « proposer leurs services dans le cadre de négociations et couvrir ainsi l'essentiel de leurs dépenses » (Drees, 1999 : 136). Enfin, les médecins généralistes ont eu la possibilité,

¹²¹ Cf. chapitre 2.

¹²² Selon Enthoven, les responsabilités dans le domaine des soins de santé « devaient être séparées entre commanditaires et fournisseurs de soins et de services, afin que les autorités sanitaires exercent un contrôle plus effectif sur la production et les coûts de soins et des services » (MiRe, 1998 : 25).

¹²³ Les quasi-marchés « n'ont les caractéristiques ni des véritables marchés économiques ni du secteur public traditionnel » (MiRe, 1998 : 200). Ils se distinguent, « d'une part, d'un marché véritable dans la mesure où les consommateurs ne sont pas des acheteurs et, d'autre part, d'un système de contrôle bureaucratique, dans la mesure où la fourniture de services est décentralisée » (Ringen, 1995 : 299). Il s'agit en fait d'« imiter les actions du marché privé au sein du secteur public » (MiRe, 1998 : 200).

¹²⁴ Y compris les hôpitaux privé mais en Grande-Bretagne, le secteur privé de la santé est plutôt restreint (Glennister et Le Grand, 1995 : 315).

¹²⁵ Ils disposent ainsi de leur propre budget, de leur propre personnel et de leurs propres organes de direction. Un contrôle gouvernemental subsiste néanmoins puis que les hôpitaux « doivent publier des rapports sur leurs activités, transmettre leurs comptes au ministre et se soumettre aux enquêtes de l'Audit commission ». Aujourd'hui, 95 % des hôpitaux britanniques sont des trusts (MiRe, 1998 : 163-164).

« dès lors que leur clientèle dépasse un seuil minimum, de disposer d'enveloppes budgétaires permettant d'« acheter » des soins hospitaliers ou de spécialistes pour leurs patients » (Ibid.).

Pour résumer, la réforme de 1990 instaure une « séparation entre acheteurs (autorités sanitaires de district et médecins généralistes détenteurs d'un budget – les « GP funholders » –) et fournisseurs (hôpitaux et autres centres prestataires), ces derniers étant en concurrence pour conquérir des parts du budget administré par les premiers » (Commission européenne, 1998 : 132). Il était attendu de cette mise en concurrence au sein d'un système public une « amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins » (MiRe, 1998 : 163). L'instauration de quasi-marchés ne concerne pas seulement le service national de santé ; ces derniers ont été également introduits, dès la fin des années 1980, dans d'autres domaines de la protection sociale tels que l'éducation, les soins communautaires¹²⁶ et le logement social (Glennester et Le Grand, 1995 : 304-307 ; sur les soins communautaires, voir également Knapp et Wistow : 1995). Les raisons de ces vastes réformes ne sont pas clairement établies. Howard Glennester et Julian Le Grand ont passé en revue diverses explications possibles. Selon eux, l'« attachement idéologique » du gouvernement Thatcher « au moins d'État » ou encore sa volonté de « saper l'État-Providence » ne peuvent constituer à eux seuls une explication suffisante, même si, initialement, il y avait bien une intention d'accroître le rôle du financement privé au sein du NHS et de développer le secteur privé de la santé (Glennester et Le Grand, 1995 : 312 et 315-316). L'existence d'une « tension entre des consommateurs plus exigeants, (et notamment) ceux des classes moyennes, et des ressources limitées » leur semble une explication plus convaincante. Il est sûr en tout cas que l'introduction des quasi-marchés dans la protection sociale britannique ne s'est pas réalisée sans opposition. La gauche, notamment, y a vu une « tentative délibérée d'affaiblir l'État-Providence, d'introduire des valeurs commerciales et de le préparer à une privatisation finale » (Ibid. : 314).

La réforme britannique de 1990 a suscité beaucoup d'intérêt parmi les pays européens et plusieurs d'entre eux ont introduit des relations de concurrence dans leur système de santé. Ainsi, la Finlande s'est inspirée, en 1993, de la réforme anglaise ; la Suède a également suivi une orientation similaire pour moderniser son service national de santé. Dans les deux cas, les autorités locales (municipalités en Finlande, comtés en Suède) « mettent en concurrence les hôpitaux par appels d'offres ou contrats » (Drees, 1999 : 137). La réforme du NHS a également inspiré les pays de l'Europe du Sud. Ainsi, en 1992-1993, l'Italie a engagé une importante réforme structurelle de son service national de santé¹²⁷. L'objectif était de remédier aux nombreux dysfonctionnements du service (mauvaise qualité des services fournis, lourdeurs bureaucratiques, possibilité pour les médecins de travailler à la fois pour le service public et le secteur privé), en introduisant des critères de gestion dans le service et en accroissant progressivement les responsabilités régionales, notamment financières (Fargion, 2001 : 236-237). Concrètement, les 659 unités de santé locales ont été « transformées en 199 entreprises de santé locales (ASL) jouissant d'une plus grande autonomie, avec des règles de la comptabilité commerciale et un contrôle de leur efficacité » (Ibid.). Le principe d'une séparation entre acheteurs et fournisseurs a également été introduit : les hôpitaux ont été autorisés à créer des entités indépendantes pour vendre leurs services aux entreprises locales de santé. Cependant, chaque région reste libre d'apprécier jusqu'où elle entend séparer les fonctions d'acheteurs et de fournisseurs de soins. « Ainsi, alors que la Lombardie a décidé de favoriser la constitution d'« entreprises hospitalières » autonomes, la plupart des autres

¹²⁶ Cette notion recouvre les services médicaux de premier recours et les services sociaux.

¹²⁷ Cette réforme est qualifiée de « réforme de la réforme ».

régions ont privilégié un modèle intégré maintenant la majorité des hôpitaux sous la responsabilité des entreprises de santé locales » (Ibid. : 237). La réforme du service national de santé italien s'est poursuivie en 1999, avec l'accroissement de l'autonomie financière des régions et l'interdiction faite aux médecins de cumuler activité publique et privée. En Espagne, l'introduction de la concurrence régulée dans le service national de santé a d'abord été le fait de quelques régions. La Catalogne a ainsi établi, en 1990, une séparation entre acheteurs et fournisseurs, le service de santé régional pouvant choisir entre les services fournis par le réseau de prestataires publics et ceux fournis par les hôpitaux privés, aux termes de contrats d'une validité de quatre ans (Cabiedes et Guillén, 1999 : 156). L'expérience catalane a suscité l'intérêt du pouvoir central et, en 1991, des propositions ont été faites en faveur d'une réforme plus globale. Celles-ci préconisaient une séparation des fonctions acheteurs/fournisseurs ainsi qu'une mise en concurrence des prestataires publics et privés (Ibid. : 157 et Rico, 1997 : 241-242). Ces recommandations ont toutefois été vivement rejetées comme représentant une tentative de privatisation du service national de santé espagnol. Elle ont fait place à l'introduction d'accords-programmes avec les hôpitaux publics, définissant chaque année l'affectation des ressources, l'activité et le niveau de qualité (Cabiedes et Guillén, 1999 : 157). Enfin au Portugal et en Grèce, des tentatives de mise en concurrence du secteur public et privé (Portugal), d'extension de l'autonomie des hôpitaux et d'instauration de médecins généralistes gestionnaires de fonds (Grèce) ont été faites, mais les réformes sont peu abouties. Selon Laura Cabiedes et Ana Guillén, il s'agit plutôt de « traces de concurrence régulée » (Ibid. : 158-162).

Les années 1990 ont également été l'occasion d'introduire des réformes dans les systèmes d'assurance maladie français et allemand dans le but de maîtriser les dépenses. Les nouvelles politiques se concentrent désormais sur la régulation de l'offre de soins (Palier, 2002 : 254). En Allemagne, la réforme Seehofer de 1992 a instauré une budgétisation des dépenses pharmaceutiques et hospitalières et initié un mouvement de concentration des caisses d'assurance maladie (Döhler et Hassenteufel, 1996 : 289). La réforme a en outre introduit une concurrence entre les caisses en donnant aux assurés une liberté de choix (Drees, 1999 : 135). Après avoir longtemps privilégié, comme en Allemagne l'augmentation des cotisations et de la participation des malades aux frais de santé, la France s'est également tournée vers la mise en place « de nouveaux instruments devant permettre de contrôler l'offre de soins et de plafonner les dépenses » (Palier, 2002 : 246). Au début des années 1990, le système s'oriente vers un « financement à guichet fermé », par attribution d'enveloppes budgétaires¹²⁸. Une nouvelle vague de réformes a eu lieu en 1996. Le budget de la Sécurité sociale est désormais voté par le Parlement, qui définit également « un pourcentage de progression des dépenses de santé pour l'année à venir » (Ibid. : 248). Dans ce cadre, des « conventions d'objectifs et de gestion » doivent être négociées entre les caisses d'assurance maladie et les professions médicales. De nouvelles institutions (conseils de surveillance des caisses de Sécurité sociale, unions régionales des caisses d'assurance maladie, agences régionales de l'hospitalisation), dans lesquelles, les représentants de l'État occupent une place centrale, ont été également créées afin de mieux réguler le système de santé (Ibid. : 248-249). Ces différentes mesures témoignent de l'introduction de « méthodes de gestion issues du privé » dans le système de santé français « afin de contrôler le volume des dépenses » (Ibid. : 260). Elles marquent également, comme en Allemagne, un renforcement du pouvoir de l'État qui « limite le principe de gestion par les intéressés » (Ibid. : 254).

¹²⁸ Par opposition au financement à guichet ouvert, qui fonctionne sans budget limité.

3. Des États-Providence entre permanence et recomposition

Les années 1990 ont donc vu les États-Providence européens s'engager dans un vaste processus de réformes qui concerne l'ensemble des secteurs de la protection sociale. Les politiques de l'emploi et d'aide sociale ont connu une réorientation dans le sens d'une activation des prestations d'assurance chômage et d'assistance ; les modalités du droit à pension ont été modifiées ; des mécanismes de concurrence et des méthodes de gestion issues du privé ont été introduites dans les système de soins de santé. Partout, des restrictions ont été opérées rendant la protection sociale moins généreuse. L'importance et le degré des réformes engagées varient suivant les secteurs et les pays. Celles-ci ont été particulièrement poussées en Italie puisque les transformations conjointes du régime des retraites, du système de santé et des politiques de l'emploi marquent une « réorientation des principes et des objectifs » du système de protection sociale, « qui débouche, semble-t-il, sur un changement de paradigme des politiques sociales » (Fargion, 2001 : 232). Les réformes entreprises rompent notamment avec la logique particulariste, qui était la caractéristique du système italien, tandis que les privilèges et les inégalités « commencent à s'effriter » (Ibid. : 231). Le système italien de protection sociale apparaît ainsi comme un système « en transition ».

Le cas italien invite à s'interroger plus largement sur la signification des réformes engagées dans les systèmes de protection sociale au cours des années 1990. Selon Paul Pierson¹²⁹, « un type de réforme de la protection sociale prédomine » au sein de chaque régime d'État-Providence : « la « re-marchandisation » dans les États-Providence libéraux, la modernisation des prestations dans les États-Providence sociaux-démocrates, les recalibrations dans les systèmes continentaux » (Palier, 2002 : 50). Ainsi, les réformes ont plutôt contribué à renforcer la logique propre à chaque système : « les États-Providence libéraux, à travers la marchandisation de leurs politiques sociales, sont devenus encore plus résiduels et libéraux ; les États-Providence sociaux-démocrates, grâce à une distribution égalitaire des réduction de prestations (moins 10 % pour toutes les prestations) et la redécouverte de l'orientation vers le travail, sont revenus à leur façon traditionnelle de faire de la protection sociale ; la plupart des États-Providence continentaux restent inchangés, non seulement parce que les quelques mesures qui ont été prises renforcent leurs caractéristiques, mais encore et surtout parce qu'ils semblent incapables de mettre en oeuvre des réformes importantes » ; (Ibid. : 50). On peut citer à titre d'exemple la création en 1994 en Allemagne d'une nouvelle assurance sociale pour les soins longue durée, qui « fonctionne selon des modalités très proches de celles des autres branches de son système » (Palier, 2001 : 42 ; voir aussi Hinrichs, 1996). Cette nouvelle assurance sociale témoigne de la « confiance » que place l'Allemagne « dans sa façon de faire de la protection sociale » (Palier, 2001 : 42).

Selon Bruno Palier, il faut néanmoins « nuancer l'idée d'une inertie institutionnelle absolue » des États-Providence (Palier, 2001 : 45). Certaines réformes structurelles témoignent en effet d'un changement de logique institutionnelle. Analysant le cas français, Bruno Palier distingue les réformes qui « visent à préserver le système de Sécurité sociale » de celles qui « visent à le transformer » (Palier, 2002 : 9-10). Les mesures de hausse des cotisations sociales et de baisse des prestations, la réduction des dépenses d'indemnisation du chômage, la réforme de retraite et les mesures de maîtrise des dépenses de santé appartiennent

¹²⁹ Pierson, P. (2001), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, cité par Palier (2002 : 50).

à la première catégorie, même si certaines signifient la mise en place de nouveaux instruments. En revanche, la mise en place du RMI, l'instauration de la Contribution sociale généralisée (CSG) et son développement dans le financement de la Sécurité sociale, le vote de la loi de financement de la Sécurité sociale relèvent du second registre (Palier, 2002 : 51 et 54). On peut également citer la mise en place en 1999 de la Couverture maladie universelle (CMU) qui garantit véritablement l'assurance maladie pour tous¹³⁰ et organise une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais, pour les personnes « ne pouvant se payer une mutuelle »¹³¹ (Ibid. : 252 ; voir aussi Brocas, 2001). Ces réformes modifient les « façons de faire et de penser » la protection sociale. Le développement des prestations sous conditions de ressources (RMI, CMU), la fiscalisation du système de protection sociale (CSG) et le renforcement des capacités de l'État (vote de la loi de financement) ne se situent plus dans le répertoire bismackien de protection sociale ; ils empruntent à d'autres répertoires, et notamment au répertoire libéral. Se crée ainsi une nouvelle dynamique qui, selon Bruno Palier, peut « modifier les processus à l'origine de la continuité des configurations institutionnelles et idéologiques, et donc être à l'origine de nouveaux chemins historiques » (Palier, 2002 : 51 et 54).

¹³⁰ Le nombre des personnes n'ayant pas de couverture maladie était estimé à 150 000 (Palier, 2002 : 252). Pour un historique de la généralisation de la couverture maladie et une analyse de la CMU, voir Brocas, 2001.

¹³¹ Soit 6 millions de personnes.

Conclusion

À bien des égards, les systèmes européens de protection sociale apparaissent comme des systèmes bien établis, aux principes et aux configurations institutionnelles bien distincts. La protection sociale britannique est ainsi fondée sur le besoin, entendu au sens strict, c'est-à-dire des « minima à satisfaire » (Merrien, 1997 : 101). Les prestations d'assurance nationale – contributives – sont forfaitaires et d'un niveau peu élevé ; les prestations sous conditions de ressources sont nombreuses et leur bénéfice est strictement contrôlé. En revanche, les soins de santé sont délivrés au sein du service national de santé universel et gratuit. Le système de protection sociale est majoritairement financé par l'impôt et géré par l'État de manière centralisée. À l'opposé de la Grande-Bretagne, le système de protection sociale des pays nordiques se présente comme un système « universaliste fort » (Ibid.). Les droits sociaux sont fondés sur la citoyenneté, chaque citoyen étant assuré de bénéficier de prestations en cas de besoin, compris ici de manière très large (Ibid.). Les prestations universelles sont constituées non seulement des prestations en espèces – forfaitaires et d'un niveau élevé- mais également – et c'est l'un des traits distinctifs de l'État-Providence nordique – de nombreux services sociaux gratuits à destination des enfants et des personnes âgées. En dehors des prestations universelles, les salariés bénéficient de prestations complémentaires, contributives et liées au salaire antérieur. Comme en Grande-Bretagne, le système est essentiellement financé par l'impôt mais géré de manière décentralisée. Une autre différence réside dans la part du secteur privé, marginal dans les pays nordiques, très important en Grande-Bretagne du fait du faible niveau des prestations. Le système de protection sociale des pays continentaux (France, Allemagne) est organisé autour de l'assurance sociale obligatoire. Les droits sociaux dérivent de la situation dans l'emploi et l'accent est mis sur les transferts monétaires dans une optique de garanti du revenu. Les prestations sont contributives et proportionnelles au niveau de salaire antérieur de l'assuré. Il existe également un système public d'aide sociale, constitué de prestations sous conditions de ressources, à destination des personnes n'ayant pas suffisamment cotisé ou ayant épuisé leurs droits. Le système d'assurance sociale est essentiellement financé par les cotisations des employeurs et des assurés et sa gestion relève des partenaires sociaux. La protection sociale des pays de l'Europe du Sud est également organisée sur le principe des assurances sociales bismarckiennes, à l'exception des soins de santé délivrés dans le cadre de services nationaux de santé. Elle présente en outre des particularités spécifiques : une distribution déséquilibrée de la protection des risques (surprotection du risque vieillesse, sous développement des prestations familiales) ; une très forte fragmentation institutionnelle génératrice d'inégalités entre les groupes professionnels ; de fortes disparités territoriales ; un faible degré de pénétration de l'État dans les institutions de protection sociale ; un fonctionnement particulariste voire clientéliste ; une faible efficacité des services de la protection sociale (Ferrera, 1997 : 16-20).

Ces configurations institutionnelles, caractéristiques des quatre familles européennes de protection sociale, sont le produit du processus de construction historique des États-Providence. Le système de protection sociale britannique s'est bâti en réaction contre les Poor Laws et leur caractère stigmatisant, tout en étant très fortement marqué par celles-ci. Rompre avec la logique des Poor Laws était l'un des objectifs du dispositif public des pensions de vieillesse et des assurances nationales de 1908-1911. C'était également l'intention de Beveridge, qui donnait la nette priorité à l'assurance contributive dans le système de Sécurité sociale et repoussait au second plan l'assistance justifiée l'absence ou la faiblesse des

ressources. Le plan Beveridge représente une étape fondamentale dans la constitution de l'État-Providence britannique et nombre de ses orientations marquent encore fortement le dispositif de Sécurité sociale. Le service national de santé, la gestion d'un système unifié par l'État central, le principe des prestations forfaitaires et minimales destinées à couvrir uniquement les besoins de subsistance en sont directement issus. En revanche, sur d'autres aspects, le système de Sécurité sociale s'est écarté du plan Beveridge : les allocations familiales ont été marginalisées et surtout, les prestations sous conditions de ressources se sont considérablement développées. Dans les pays de l'Europe continentale, le choix d'une protection sociale fondée sur l'assurance sociale obligatoire a également été plus ou moins contemporain de la phase d'émergence des États-Providence. Avec les lois de 1883, 1884 et 1889, l'Allemagne a été la première à s'engager dans cette voie et les principales caractéristiques du système actuel étaient déjà plus ou moins contenues dans ces premières législations. La réforme de l'assurance pension de 1957 consacrera définitivement le modèle d'État-Providence bismarckien. En France, le choix s'est d'abord porté sur l'édification d'un dispositif d'assistance publique nationale et républicaine, articulée autour de l'idée de solidarité, et sur lequel se sont greffées l'assurance retraite pour les ouvriers et paysans en 1910, puis les assurances sociales de 1928-1930. C'est néanmoins avec la mise en place de la Sécurité sociale en 1945 que l'assurance sociale s'est définitivement imposée comme technique première de protection sociale. Dans les pays de l'Europe du Sud, l'histoire de l'assurance sociale apparaît plus tourmentée, notamment en raison des expériences autoritaires et fasciste. Ces régimes ont en effet développé les programmes de protection sociale mis en place dans les années 1910-1920 suivant une orientation corporatiste, avec comme résultat, la constitution ou la consolidation de régimes extrêmement fragmentés. Une autre source d'influence des pays continentaux et latins a résidé dans les doctrines sociales catholiques, qui ont consacré le familialisme en soutenant le modèle de l'homme soutien de famille par un système de transferts (Esping-Andersen, 1997 : 430). Si l'assurance sociale bismarckienne a pu un temps inspirer les pays nordiques, le choix s'est néanmoins porté en faveur de la construction d'un système de protection sociale universaliste, qu'illustre la mise en place, en Suède, de l'assurance pension universelle en 1913 et qui s'affirmera au cours des années 1940. De même, la mobilisation des féministes au cours des années 1930 en Suède aura une influence déterminante dans le processus de désinstitutionnalisation des formes de la vie familiale et le transfert au secteur public des activités d'aide et de soins.

Pendant les Trente Glorieuses, les pays européens s'attachent à développer leur système de protection sociale suivant les orientations et les principes fixés au cours des années quarante. En France et en Allemagne, les efforts tendent vers la généralisation de la protection sociale à toutes les couches de la population et à l'ensemble des risques sociaux (création en 1958 de l'assurance chômage en France). Le niveau des prestations est également relevé, tandis que se mettent en place des dispositifs rénovés d'assistance, dernier filet de sécurité de systèmes de protection sociale organisés sur le principe de l'assurance. Les pays nordiques renforcent également les dimensions universaliste et égalitaire de leur système de protection sociale, relevant le niveau des prestations, s'engageant dans une politique active du marché du travail et de solidarité des salaires, développant les services sociaux, avec néanmoins des différences entre les pays (Norvège pour les services sociaux, Danemark pour la politique passive de l'emploi). La Grande-Bretagne en revanche tend, dès les années 1960, à s'orienter vers une politique de ciblage des prestations et des politiques sociales. C'est néanmoins au cours des Trente Glorieuses que des convergences commencent à apparaître entre les systèmes de protection sociale « sur la base d'emprunts mutuels » (Merrien, 1997 : 13). Dès la fin des

années 1950, les pays nordiques introduisent des prestations contributives liées au revenu dans leurs programmes universels d'assurance maladie et d'assurance pension, intégrant ainsi l'une des composantes du système bismarckien. La même orientation est suivie en Grande-Bretagne avec les réformes des retraites de 1959 et de 1975, qui rompent avec la logique d'uniformité du plan Beveridge. On peut également citer le cas de la France, dont la politique familiale passe, à partir des années 1970, de la promotion du modèle de l'homme de soutien de famille à un modèle parental, se rapprochant ainsi du modèle nordique. Les plus grands bouleversements ont toutefois eu lieu dans les pays de l'Europe du Sud. Les années 1970-1980 marquent non seulement une modernisation de la protection sociale en faveur de l'universalisme, mais également une transformation radicale du système des soins de santé, qui passe d'un système d'assurance maladie à un service national de santé. La transformation fut cependant beaucoup moins complète au Portugal et en Grèce qu'en Italie et en Espagne.

La fin des années 1970 et le début des années 1980 ouvrent pour les systèmes européens de protection sociale une période de difficultés, caractérisée par le développement du chômage et de la précarité, de la pauvreté et de l'exclusion. Les États-Providence sont également confrontés aux transformations de l'environnement économique et social, qui se répercutent de manière différente suivant les systèmes, ainsi qu'à des problèmes spécifiques. Les réformes mises en œuvre au cours de la dernière décennie pour y faire face font dans l'ensemble appel aux mêmes recettes. On assiste ainsi à un mouvement commun de réduction du niveau de la protection sociale, marqué par un durcissement des critères d'éligibilité et une réduction du niveau des prestations, qui encourage le développement du secteur privé. La gestion des systèmes de santé fait désormais appel à des instruments caractéristiques de l'économie de marché, qu'il s'agisse de l'introduction des relations de concurrence entre les acteurs ou de méthodes de gestion issues du privé. On assiste également à une prise en compte de l'exclusion par la généralisation des politiques de revenu minimum. Enfin, tous les pays européens se sont engagés dans un processus d'activation des politiques de l'emploi et d'assistance, visant moins le soutien du revenu que l'insertion ou la réinsertion sur le marché du travail. Comment interpréter ces réformes en apparence convergentes ? Les avis semblent partagés. Selon Paul Pierson, les réformes des années 1990 ont surtout contribué à renforcer la logique propre à chaque système de protection sociale (Palier, 2002 : 50). En privilégiant les politiques sociales ciblées, en encourageant l'épargne individuelle (réforme des retraites de 1986), en développant une politique d'activation particulièrement contraignante, l'État-Providence britannique tend à devenir plus résiduel et libéral. En se montrant moins généreux envers les classes moyennes, l'État-Providence scandinave tend à revenir vers son point de départ beveridgien (prestations universelles forfaitaires) (Hagen, 1999 : 726). Enfin, les réformes engagées dans les États-Providence continentaux tendent à renforcer la logique assurantielle du système au détriment de la solidarité. Au contraire, selon François-Xavier Merrien, les trois modèles d'État-Providence tendent plus largement à se recomposer suivant un modèle binaire, l'un libéral-résiduel répressif (États-Unis, Nouvelle-Zélande et Grande-Bretagne dans une certaine mesure), l'autre « européen », fusionnant des éléments du modèle universaliste et des éléments du modèle bismarckien (Merrien, 1997 : 117-125). Il faut en tout cas nuancer, avec Bruno Palier, l'idée d'une inertie institutionnelle des États-Providence, comme en témoignent les réformes françaises des années 1990. Plus largement selon lui, un « nouveau référentiel des politiques sociales semble se dessiner » au niveau européen, notamment à « travers les textes publiés par la Commission européenne ou bien pour celles-ci » : « les nouvelles normes d'action prescrivent d'adapter les systèmes de protection sociale à une politique de l'offre et non plus de demande ; de mettre l'État-Providence au service de

la compétitivité ; de rendre les systèmes de protection sociale plus favorable à l'emploi en réduisant leur coût (...) et non plus en augmentant les dépenses sociales ; de rendre les prestations plus incitatives par des politiques d'activation des dépenses ; de rendre le travail payant ; de cibler l'intervention publique sur ceux qui en ont le plus besoin ; de faire appel à tous les acteurs de la protection sociale : État, mais aussi marché, famille, secteur associatif » (Palier, 2002 : 406).

Ce travail a présenté une synthèse des résultats d'un programme de recherche visant à comparer le système de protection social français aux autres systèmes européens. Beaucoup d'aspects n'ont pu être abordés et cette synthèse souffre certainement de nombreuses lacunes. On perçoit peut-être ici les limites d'un exercice centré sur une documentation donnée, qui gagnerait à être élargi à l'intégration de l'abondante littérature anglo-saxonne sur les systèmes de protection sociale. Par ailleurs, quelques pistes de recherche ultérieure peuvent être suggérées. Les recherches sur les États-Providence n'ont pas toutes le même degré d'avancement suivant les pays. Pierre Guibentif souligne par exemple que « le système portugais de Sécurité sociale, et notamment ses racines historiques, sont, au Portugal même, mal connus et insuffisamment débattus » (Guibentif, 1997 : 65). De même, si l'histoire du système de protection sociale français a fait l'objet et continue encore de faire l'objet de nombreux travaux, bien des aspects demandent à être encore plus précisément éclairés. Dans une optique comparative, on peut peut-être plaider en faveur d'une meilleure connaissance du fonctionnement concret des systèmes de protection sociale et de l'application des politiques sociales. L'État-Providence suédois et sa politique marquée en faveur de l'égalité des sexes perd quelque peu de sa superbe lorsque l'on connaît la faible proportion des pères usant de leur droit à l'assurance parentale. De même, selon Ann-Sofie Ohlander, « les femmes continuent à payer un prix beaucoup plus élevé pour avoir des enfants que ne le font les hommes » (Ohlander, 1994 : 47). Le programme de recherche initié par la MiRe visait globalement à favoriser des comparaisons des systèmes de protection sociale au niveau national. Une autre piste de recherche pourrait être d'investir la voie des politiques locales¹³². Les collectivités locales ont eu un rôle fondamental dans la construction des États-Providence y compris dans des États marqués historiquement par la centralisation (France). Elles continuent aujourd'hui d'être fortement, voire davantage mobilisées. Favoriser les comparaisons européennes entre les politiques sociales locales et leur rapport au national pourrait permettre une meilleure compréhension des systèmes de protection sociale, dans leurs configurations passées et présentes, et peut-être d'affiner la connaissance des enjeux des recompositions des États-Providence.

¹³² Ce que la MiRe a initié en 2002 avec le colloque franco-allemand : « Les transformations des politiques sociales au niveau local en France et en Allemagne », MiRe-Mairie d'Andernach, Andernach, 22-24 avril 2002 (Actes à paraître).

BIBLIOGRAPHIE

1. La protection sociale en Europe : aspects généraux, théoriques et institutionnels

BOUGET, D. (1999), « Introduction à la septième partie : De nouveaux enjeux de protection sociale ? Enjeux actuels », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 629-641.

CASTEL, R. (1997), « Le modèle de la société salariale comme principe d'une comparaison entre les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en Europe du Sud », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 29-48.

CHAMBAZ, C. (2001), « Construction, usages et portées des indicateurs statistiques », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 47-54.

COMMAILLE, J. (2001), « Comparer les systèmes de protection sociale en Europe. Une mobilisation scientifique pour un projet politique », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 7-14.

COMMISSION EUROPÉENNE, (1993), *La Protection sociale en Europe*, document publié par la DGV, Bruxelles.

COMMISSION EUROPÉENNE, (1995), *La Protection sociale en Europe*, document publié par la DGV, Bruxelles.

COMMISSION EUROPÉENNE, (1998), *La Protection sociale en Europe*, document publié par la DGV, Bruxelles.

DANIEL, C. et PALIER, B. (2001), « Comparer les réformes en cours, éclairer les débats à venir », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 17-29.

Drees (1999), *La protection sociale dans les pays de l'Union européenne. Chiffres repères-1998*, Paris, La Documentation française.

DUMONT, J.P. (1998), *Les systèmes de protection sociale en Europe*, Paris, Économica.

ELBAUM, M. (2001), « Comparer pour mieux analyser les enjeux nationaux », in DANIEL, C. et PALIER, B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 255-261.

FARGION, V. (2001), « Des réformes négociées : le cas de l'Italie », in DANIEL, C. et PALIER, B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 231-246.

FERRERA, M. (1997), « Introduction générale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 15-26.

HAGEN, K. (1999), « Vers une européanisation des politiques sociales ? Un point de vue scandinave », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 707-740.

KAUFMANN, F.X. (1996a), « Introduction générale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 15-22.

KOHLI, M. (1996), « Introduction à la deuxième partie : Catégories sociales et catégories d'État-Providence », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 155-161.

MERRIEN, F.X. (1996), « Introduction à la deuxième partie : Catégories sociales et catégories d'État-Providence », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 147-154.

MERRIEN, F.X. (1997), *L'État-Providence*, Paris, PUF, collection Que sais-je ?.

MiRe (1995), *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe.

MiRe (1996), *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, MiRe.

MiRe (1997), *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe.

MiRe (1998), *Social Protection : a Bilingual Glossary / Glossaire bilingue de la protection sociale*, Volume 2 : Les termes anglais, Paris, MiRe.

PALIER, B. (2001), « Les différents modèles de protection sociale et leur impact sur les réformes nationales », in DANIEL, C. et PALIER, B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 33-46.

2. Histoire des États-Providence

ABELSHAUSER, W. (1996), « Erhard ou Bismarck ? L'orientation de la politique sociale allemande à la lumière de la réforme de l'assurance sociale des années cinquante », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, MiRe, 115-143.

ABRAHMSON, P. (1999a), « Le modèle scandinave de protection sociale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 31-63.

ALAPURO, R. (1999), « Le répertoire de l'action collective en France et Scandinavie », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 99-119.

BEC, C. (1999), « Assistance et égalité dans le système français de protection sociale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 135-147.

CASTILLO, S. (2001), « La mutualité et la construction du système de protection sociale en Espagne », in *Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 103-123.

CATRICE-LOREY, A. (2001), « L'État social en France : genèse et évolution d'un modèle institutionnel (1920-1996) », in *Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 59-90.

DUMONS, B. et POLLET, G. (1994), *L'État et les retraites. Genèse d'une politique*, Paris, Belin.

GIBAUD, B. (1995), « La mutualité française entre État et marché, naissance d'une identité (1850-1914) », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 189-216.

GUIBENTIF, P. (1997), « Les transformations de l'appareil portugais de Sécurité sociale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 49-69.

GUILLEN, A. (1997), « Développement de l'État-Providence en Espagne : une approche historique et explicative », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 71-96.

HARRIS, J. (1995), « Contrat et citoyenneté dans la protection sociale : 1934-1948 », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 161-179.

HARRIS, J. (2001), « Le cas de la Grande-Bretagne », in *Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 19-26.

HESSE, P.H. (1999), « Le « modèle français » : comme une essaim de chauve-souris », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 15-29.

HUDEMAN, R. (2001), « Sécurité sociale et modèle allemand », in *Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 223-231.

IGL, G. (2001), « Architecture du système de protection sociale en Allemagne », in *Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 91-98.

JEPPSSON GRASSMAN, E. (1999), « Secteur associatif et protection sociale : situation en Suède et comparaison avec la France », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 643-665.

KERSCHEN, N. (1995), « L'influence du plan Beveridge sur le plan de Sécurité sociale français en 1945 », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 127-159.

KORPI, W. (1995), « Le développement de la citoyenneté sociale en France : une perspective comparative », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 13-54.

KOTT, S. (1996), « Communauté ou solidarité. Des modèles divergents pour les politiques sociales française et allemande à la fin du XIXe siècle », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 41-59.

LEFAUCHEUR, N. (1999), « Introduction à la première partie : Histoire et idéologies », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 91-97.

LIAKOS, A. (1997), « La politique de protection sociale en Grèce (1909-1940) : des besoins privés à la question sociale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 97-114.

MESSU, M. (1999), « Solidarisme et familialisme, le poids des conceptions idéologiques dans la formation de la protection sociale française », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 121-134.

OLAFSSON, S. (1999), « Le modèle islandais. Sécurité sociale et Welfare dans une perspective comparative », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 65-88.

OLSSON HORT, S. (2001), « La société civile, l'État et la Sécurité sociale en Suède : centralisation et décentralisation dans le modèle social scandinave », in *Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 49-58.

PALIER, B. (2002), *Gouverner la Sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, PUF.

POLLET, G. (1998), « La régulation au confluent des coalitions sociales et politiques », in COMMAILLE, J. et JOBERT, B., *Les métamorphoses de la régulation politique*, Paris, LGDJ, 329-359.

POLLET, G. et RENARD, D. (1996), « Genèses et usages de l'idée paritaire dans le système de protection sociale français (fin XIXe-XXe siècles) », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, MiRe, 61-86.

PROST, A. (2001), « Le cas de la France », in *Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 27-46.

RENARD, Didier (1995a), « Les rapports entre assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale français », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 105-125.

RENARD, D. (1995b), « Intervention de l'État et genèse de la protection sociale en France (1880-1940) », *Lien social et politique-RIAC*, printemps, 33, 13-26.

RITTER, G. (1996), « Introduction à la première partie : Les origines, les termes de base, les significations », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, MiRe, 25-39.

RITTER, G. (2001), « La Sécurité sociale en Allemagne de Bismarck à nos jours », in *Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 7-17.

SOUTHALL, H. R. (1995), « Ni État ni marché : Les premières prestations sociales en Grande-Bretagne », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 65-103.

VICARELLI, G. (1997), « Systèmes de Welfare et changement social : cent ans de politiques de Sécurité sociale en Italie », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 115-142.

WHITESIDE, Noel (1995), « La recherche du consensus : politiques des revenus salariaux et sociaux dans la Grande-Bretagne de l'Après-Guerre », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 575-573.

3. Femmes, familles et protection sociale

ALMQVIST, A.L. et BOJE, T. (1999), « Garde des enfants : acteurs, financement et organisation. Comparaison de la vie familiale et professionnelle dans différents systèmes européens d'État-Providence », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 285-314.

GAUVIN, A. (2001), « Activité féminine et politique familiale : les compromis français », in DANIEL, C. et PALIER, B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 169-175.

GREVE, B. (1999), « Soutien économique aux familles avec enfants. Comparaison entre la France, le Danemark et la Suède », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 267-284.

HATLAND, A. (1999), « Introduction à la troisième partie : Politiques familiales », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 261-266.

KAUFMANN, F.X. (1997), « Les États-Providence européens dans leur rapport avec la famille », in COMMAILLE, J. et DE SINGLY, F., *La question familiale en Europe*, Paris, L'Harmattan.

LEFAUCHEUR, N. (1995), « Familles à risques » et « risques familiaux » : petite généalogie de la « protection sociale » des familles monoparentales en France », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 449-469.

LELIEVRE, E. et GAUTHIER, A. (1995), « L'emploi des femmes en Europe : Inégalités, discontinuités, politiques publiques », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 493-518.

LEWIS, J. (1997), « Introduction à la quatrième partie : Politique familiale et place de la famille », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 331-339.

MARTIN, C. (1997), « Protection sociale et protection par la famille en Europe du Sud : quelles spécificités ? », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 341-362.

OHLANDER, A.S. (1994), *Les femmes, les enfants et le travail en Suède, 1850-1993*, Rapport pour la conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire.

OLIER, L. et HERPIN, N. (1999), « Les familles monoparentales : aidées mais fragilisées », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 315-334.

OSTNER, I. (2001), « Régimes de protection sociale, taux d'activité des femmes et famille », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 153-168.

OSTNER, I. et LESSENICH, S. (1996), « Droits de la citoyenneté sociale, capacité de gain et obligations familiales. La politique de protection sociale dans les États-Providence

catholiques », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 183-202.

PALME, J. (1999), « Introduction à la deuxième partie : Genre et politiques sociales », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 151-159.

SAINSBURY, D. (1999), « Le genre et la construction des États-Providence en Norvège et en Suède », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 161-178.

SCHULTHEIS, F. (1996), « La famille, une catégorie de droit social ? Une comparaison franco-allemande », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 203-234.

SCHWEITZER, S. (2002), *Les femmes ont toujours travaillé. Une histoire du travail des femmes aux XIX et XXe siècles*, Paris, Editions Odile Jacob.

SKREDE, K. (1999), « Façonner l'égalité entre hommes et femmes, le rôle de l'État en Norvège : expérience, politique actuelle et défis de demain », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 179-212.

SKEVIK, A. (1999), « Mères, ménagères, épouses et travailleuses : les mères seules dans la politique sociale norvégienne », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 237-257.

STROBEL, P. (2001), « La contribution des politiques familiales à la réduction et de la pauvreté et des inégalités : les paradoxes du cas français », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 195-205.

SYMEONIDOU, H. (1997), « État-Providence et réseaux informels dans la Grèce contemporaine », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 363-388.

THANE, P. (1991), « Genre et protection sociale. la protection maternelle et infantile en Grande-Bretagne, 1860-1918 », *Genèses*, décembre, 73-97.

VALIENTE, C. (1997), « Le rejet de l'héritage autoritaire : la politique de la famille en Espagne (1975-1995) », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 389-411.

WIKELEY, N. (2001), « Prestations familiales et niveau de vie des familles en Grande-Bretagne », in *Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 213-221.

4. Emploi, chômage et protection sociale

ABRAHAMSON, P. (1999b), « Activation et politiques sociales. Une comparaison entre la France et la Scandinavie », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 437-452.

ABRAHAMSON, P. (2001), « L'activation des politiques sociales scandinaves : le cas du Danemark », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 123-140.

ANXO, D. et ERHEL, C. (1999), « Systèmes institutionnels et financement des politiques actives de l'emploi en France et en Suède : quelles évolutions dans les années quatre-vingt-dix ? », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 481-505.

BARTHE, M.A. (1997), « L'action des politiques sociales sur les mécanismes d'allocation des emplois », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 459-477.

BURDILLAT, M. et OUTIN, J.L., « Interaction emploi/travail/protection sociale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 337-367.

DANIEL, C. (2001), « Les politiques sociales françaises face au chômage », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 141-149.

DELL'ARINGA, C. et LODOVICI, M. (1997), « Mesures en faveur des chômeurs et amortisseurs de chocs sociaux : l'expérience de l'Italie », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 479-504.

ENJOLRAS, B. et LODEMEL, I. (1999), « Activation des dépenses passives en France et en Norvège : nouvelles divergences dans une période convergence », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 507-541.

ESPING-ANDERSEN, G. (1997), « L'État social sans travail : l'impasse des stratégies de licenciement et du familialisme dans les politiques sociales en Europe continentale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 429-458.

ESPING-ANDERSEN, G. (2001), « Un État-Providence pour le XXI^e siècle », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 75-105.

KAUFMANN, F.X. (1996b), « Introduction à la quatrième partie : Emploi, relations professionnelles et protection sociale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 333-336.

KAUFMAN, O. (1996), « La relation de travail, l'emploi et l'exclusion face à la protection sociale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 369-387.

KOSONEN, P. (1999), « Activation, incitations et workfare dans quatre pays nordiques », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 453-480.

LEISERING, L. (1996), « Limites de l'État d'assurance sociale ? Les mutations sociales ou le défi des garanties de revenu publiques », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 407-437.

MARAVALL, J. (1997), « Introduction à la cinquième partie : Emploi et protection sociale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 415-428.

TOPALOV, C. (1995), « L'invention du chômage. Terminologie, classification et réforme sociale, 1880-1910 », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 525-541.

5. Les systèmes européens de soins de santé

CABIEDES, L. et GUILLEN, A. (1999), « L'introduction de la concurrence dans les systèmes de santé des pays de l'Europe du Sud », *Revue française des affaires sociales*, Décembre, 145-165.

DÖHLER, M. et HASSENTEUFEL, P. (1996), « Configuration et régulation de l'assurance maladie, une comparaison France-Allemagne », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 271-297.

GLENNERSTER, H. et LE GRAND, J. (1995), « Le développement des quasi-marchés dans le domaine de la protection sociale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 299-322.

GRANAGLIA, E. (1997), « Le service national de santé en Italie face aux défis de la privatisation », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 195-215.

GUILLEN, A. (2001), « L'universalisation des systèmes de santé dans les pays de l'Europe du Sud », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 209-224.

KNAPP, M. et WISTOW, G. (1995), « Le développement de l'économie mixte dans le domaine des soins de santé et de l'action sociale en Angleterre : réussites et échecs », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 257-285.

LEHTO, J. (1999), « Universalité du droit aux services de santé et de protection sociale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 685-706.

LETOURMY, A. (1995), « Les formes économiques de la régulation des dépenses de santé en France : le gaspillage négocié », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 323-360.

PINTO, C. (1997), « Santé, équité et bien-être social », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 149-164.

RHODES, M. (1997), « Introduction à la deuxième partie : Santé, équité, bien-être », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 145-148.

RICO, A. (1997), « Décentralisation régionale et réforme de la santé en Espagne (1975-1995) », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 217-251.

RINGEN, S. (1995), « Introduction au chapitre 3 : Enjeux politiques et économiques de la régulation des systèmes de santé », in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 299-301.

6. Vieillesse et retraites dans les systèmes européens de protection sociale

ANDRE, C. (1996), « Protection sociale et systèmes de retraite : une comparaison franco-allemande », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 241-269.

ARTONI, (R.) et ZANARDI, A. (1997), « L'évolution du système de retraite italien », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 267-292.

ASCOLI, U. (1997), « Introduction à la troisième partie : Réformer les systèmes de retraite », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 255-266.

ATTIAS-DONFUT, C. (1996), « Retraites et équité entre générations », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 163-181.

BABEAU, A. (1997), « Problèmes posés par l'introduction des fonds de pension en France », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 293-306.

BANDRES, E. et CUENCA, A. (1997), « Annuités et transferts dans les pensions de la Sécurité sociale espagnole », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 307-328.

BLANCHET, D. (1999), « Introduction à la quatrième partie : Aspects du cycle de vie », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 337-342.

BREUIL-GENIER, P. (1999), « Aides aux personnes âgées dépendantes : une très grande hétérogénéité des pratiques », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 387-407.

HINRICKS, K. (1996), « L'assurance soins de longue durée : une innovation institutionnelle de la politique sociale allemande », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2 : Rencontres de Berlin, Paris, Mire, 299-330.

JOHNSON, P. (2001), « La retraite en Grande-Bretagne », in *Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 199-208.

REYNAUD, E. (1995), « Les régimes complémentaires : retraites d'entreprise en Allemagne et au Royaume-Uni », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 217-255.

REYNAUD, E. (2001), « Réformes des retraites et concertation sociale », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 247-252.

SUNSTRÖM, G. (1999), « Politique sociale et mode de vie des personnes âgées dans les pays nordiques et en France », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 373-385.

SZEBEHELY, M. (1999), « Concepts et tendances de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes en France et en Suède. Commentaires sur les contributions de Pascale Breuil-Genier et Gerdt Sundström », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 409-426.

7. Pauvreté et exclusion en Europe

BOUGET, D. (1997), « Introduction à la sixième partie : pauvreté et action sociale locale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 507-515.

BRADSHAW, J. (1995), « Un exemple de simulation de politique sociale en méthode comparative », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 471-492.

BRADSHAW, J. (2001), « Jusqu'où les minima sociaux contribuent-ils à lutter contre la pauvreté des enfants ? », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 177-193.

DITCH, J. (1995), « Comparaison des dispositifs de secours dans les systèmes d'aide sociale », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1 : Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe, 367-399.

FARGION, V. (1997), « Les effets de la décentralisation sur l'État-Providence italien : l'aide sociale entre la pauvreté et le bien-être », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 583-605.

KANGAS, O. et VELLI-MATTI, R. (1999), « Transferts de revenu et pauvreté dans les pays nordiques et en France », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 551-580.

LAPARRA, M. et AGUILAR, M. (1997), « Exclusion sociale et programmes de revenu minimum en Espagne », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 557- 582.

PALME, J. (2001), « Les effets redistributifs de la protection sociale, une analyse comparative du modèle scandinave comme stratégie de lutte contre les inégalités », in DANIEL, C. et PALIER B. (eds), *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française, 55-71.

PEREIRINHA, J. (1997), « États-Providence et dispositifs de lutte contre la pauvreté: quelques éléments pour une comparaison axée sur les pays d'Europe du Sud. Le cas spécifique du Portugal », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe, 517-556.

ROCABOY, Y. (1999), « La décentralisation des politiques d'action sociale en France : un point de vue économique », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 581-600.

UUSITALO, H. (1999), « Introduction à la sixième partie : Politiques nationales et locales de lutte contre la pauvreté », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du*

Nord et en France. Rencontres de Copenhague, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 545-550.

VISTI HANSEN, J. (1999), « Politique de la ville au Danemark et en France », in MiRe, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France. Rencontres de Copenhague*, Volume 4, Nantes, MSH Ange Guépin, 1999, 601-626.

ANNEXES

ANNEXE 1

LES TROIS REGIMES DE PROTECTION SOCIALE SELON G. ESPING-ANDERSEN

Régime de protection sociale	Libéral	Social-démocrate	Conservateur-corporatiste
Situation géographique	Anglo-saxon	Scandinave	Continental
Référence historique	Beveridge	Beveridge	Bismarck
Objectifs	Lutter contre la pauvreté	<i>Assurer un revenu égal à tous, redistribution égalitaire</i>	Maintenir le revenu des travailleurs
Principe de fonctionnement	Sélectivité	Universalité	Contributivité
Technique	Ciblage	Redistribution	Assurance sociale

Source : Tableau dressé par Palier, 2001 : 35.

ANNEXE 2
LES CARACTERISTIQUES INSTITUTIONNELLES DES ÉTATS-PROVIDENCE

	Pays nordiques	Pays anglo-saxons (RU)	Pays continentaux (France, Allemagne)	Europe du Sud
Principe de fonctionnement	Universalité	Universalité Contributivité	Contributivité (Emploi)	Contributivité (Emploi) Universalité
<i>Nature des prestations</i>	Forfaitaires Services sociaux	Service national de santé Forfaitaires	Proportion-nelles aux salaires	Proportion-nelles aux salaires Service national de santé
Mode de financement	Impôt	Impôt	Cotisations sociales	Cotisations sociales
Mode de gestion	État décentralisé	État central	Partenaires sociaux	Partenaires sociaux État

Source : d'après Palier, 2001 : 38-40.