

# Réforme des modèles sociaux et pauvreté

*La diversité des systèmes de protection sociale en Europe reflète les conditions historiques, politiques et institutionnelles qui ont été à leur origine. Ces systèmes ont toujours été modifiés, mais les évolutions récentes résultent de la pression du contexte économique. L'un des effets remarquables de la protection sociale est qu'elle diminue notablement le risque de pauvreté grâce aux transferts sociaux. Le caractère solidaire de ces systèmes représente donc un enjeu considérable de justice sociale.*

## Gabrielle Clotuche

Gabrielle Clotuche est ancienne directrice générale de la sécurité sociale en Belgique et de la protection sociale à la Commission européenne. Elle enseigne la protection sociale comparée en Europe à l'Institut supérieur du travail de l'UCL.

Les législations de protection sociale se sont développées séparément dans chaque pays. Pourtant il est possible de résumer par une définition commune ce que l'on entend par régime de protection sociale : « Un corps de principes, de valeurs et d'objectifs politiques, économiques et sociaux associés à une configuration institutionnelle dominante organisant les droits, les prestations, le financement et la gestion de la protection sociale des individus résidant dans une nation<sup>1</sup>. »

## MODÈLE SOCIAL EUROPÉEN : SINGULIER OU PLURIEL ?

C'est justement à partir de ces différents éléments institutionnels et d'organisation que l'on peut tenter de répondre à la question. Au regard de certains, l'accent sera mis sur les similitudes et l'on parlera donc du modèle social européen, pour d'autres au contraire, les différences seront mises en avant et mèneront à la conclusion de modèles pluriels en Europe. Tout comme un verre à moitié rempli sera vu tel par les optimistes et au contraire à moitié vide par les pessimistes, il convient donc de nuancer notre

<sup>1</sup> Définition empruntée à Bruno Palier, « Les différents modèles de protection sociale et leur impact sur les réformes nationales », dans *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Daniel Chr. et Palier Br. (dir.), La documentation française, 2001, p. 35.

perception des régimes ou systèmes de protection sociale en Europe.

Il est impossible de comparer les régimes de protection sociale en Europe sans rappeler les deux figures historiques que sont le chancelier Bismarck et Lord Beveridge. Car leur influence sur les différents systèmes européens est aujourd'hui encore perceptible même si de nombreuses réformes ont inévitablement altéré le modèle initial.

### **LES FILIATIONS RESTENT**

Le premier a élaboré à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle un système d'assurances sociales fondé sur le travail, obligatoire, avec un lien étroit entre cotisations, prestations et salaire, et une gestion confiée aux partenaires sociaux; le second au milieu du XX<sup>e</sup> siècle mettant plutôt la lutte contre la pauvreté et le chômage au centre des préoccupations, répondra par un système où les principes d'universalité, d'uniformité des prestations et d'unité de gestion par l'État seront privilégiés.

Chaque État a puisé plus ou moins à ces deux sources et aujourd'hui, on peut regrouper les systèmes en trois catégories principales, selon le schéma du professeur Esping-Andersen<sup>2</sup>, et en fonction de leur configuration institutionnelle.

Premièrement, un modèle anglo-saxon de type libéral qui fait la place belle au marché, a pour objectif essentiel la lutte contre la pauvreté et le chômage et fonctionne selon le principe de la sélectivité.

Deuxièmement, un modèle social-démocrate qui est surtout scandinave, a pour

objectif d'assurer un revenu à tous et d'opérer une redistribution égalitaire, et met en avant le principe de l'universalité.

Et enfin, un modèle conservateur-corporatiste que l'on retrouve essentiellement sur la partie centrale du continent, a pour objectif le maintien du revenu des travailleurs et base son fonctionnement sur le principe de la contributivité.

Il faut toutefois noter que cette manière de comparer les systèmes ignore les particularités des pays du Sud et qu'elle a été élaborée avant l'élargissement de l'Union en mai 2004, élargissement qui a rendu la comparaison encore plus complexe.

Les deux premiers modèles empruntent d'abord à l'héritage de Lord Beveridge tandis que le troisième est calqué sur le système d'assurances sociales cher au chancelier Bismarck. Cela étant, il convient d'apporter des nuances à cette approche historique car tous les systèmes ont évolué, en particulier le modèle social-démocrate qui a conjugué avec plus ou moins de bonheur les deux approches historiques.

Ainsi, des différences historiques, politiques et institutionnelles ont engendré des approches différentes de la protection sociale selon qu'elles ont privilégié: le « risque social » et sa prise en charge collective; la lutte contre les inégalités et la redistribution des richesses; la notion de besoin et la lutte contre la pauvreté et le chômage.

Ces différences d'approche se traduisent notamment au travers des critères choisis pour les règles d'attribution: le besoin ou la situation de pauvreté pour le modèle

<sup>2</sup> Esping-Andersen G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge Polity Press, 1990 (traduit en français sous le titre *Les trois mondes des États-providence*, Paris, PUF, 1999)

libéral, la citoyenneté et la résidence pour le régime social-démocrate, le statut et l'emploi pour le troisième.

Ces comparaisons masquent toutefois l'importance en termes de part du produit intérieur brut (PIB) que consacrent les pays aux dépenses de protection sociale et celle-ci ne correspond pas à une même division-répartition entre pays.

Ainsi en 2003, l'Union à vingt-cinq consacre 28 % de son PIB aux dépenses de protection sociale. Sept pays dépassent ce pourcentage, par ordre décroissant : la Suède (33,5), la France et le Danemark (30,9), l'Allemagne (30,2) suivis par la Belgique (29,7), l'Autriche (29,5) et les Pays-Bas (28,1). Soit des pays avec des systèmes sociaux-démocrates ou des systèmes conservateur corporatistes.

À l'opposé, les trois pays baltes (Estonie, Lettonie et Lituanie) consacrent moins de la moitié de cette moyenne de l'Union avec moins de 14 % du PIB.

L'Irlande, souvent citée pour la croissance économique qu'elle affiche, n'est pas très éloignée de ces pays avec 16,5 %. Elle relève du modèle de type libéral. Mais le Royaume-Uni, généralement classé dans le même modèle, se rapproche de la moyenne européenne avec 26,5 % de son PIB qu'il consacre à la protection sociale.

Un autre indicateur, la dépense de protection sociale en standard de pouvoir d'achat par habitant et donc en liaison avec la capacité financière donnée en moyenne aux habitants tenant compte du coût de la vie, bouscule un peu ce classement sans toutefois le modifier complètement.

Si le Luxembourg se détache en tête du peloton, l'on retrouve les mêmes pays dans le haut du tableau et les mêmes dans le bas. Toutefois, l'écart entre les derniers et les premiers s'accroît. S'il était d'un à deux globalement, il est de 1 à 6,5 voire 7 quand on rapporte cela au pouvoir d'achat par habitant.

Les écarts sont certes dus à des degrés de richesse différents, mais ils reflètent aussi la diversité des systèmes, leur générosité, la situation démographique du pays, le chômage. En affinant la comparaison, on constate que la structure des dépenses totales est similaire, reprenant plus ou moins toutes les mêmes fonctions, mais leurs proportions peuvent grandement varier.

Si les prestations de vieillesse et survie constituent la part des dépenses la plus importante : 46,2 % en moyenne, l'Italie se distingue avec 62 % consacrés à cette fonction. Nous voyons ici à la fois l'enjeu que représentent la démographie et son évolution en Europe sur les systèmes de protection sociale et l'impact que cette situation a dans un pays avec la plus forte proportion de population âgée (un quart de sa population a soixante ans ou plus).

La Grèce, la Lettonie, Malte, l'Autriche et la Pologne se situent également bien au-dessus de la moyenne européenne pour les dépenses liées aux pensions de vieillesse et survie.

Les trois pays nordiques sont en deçà de la moyenne : Danemark (38 %), Finlande (36,6 %), Suède (40 %) ; la Belgique se situant à 44,1 %.

L'Irlande fait ici une exception flagrante avec seulement 24,4 % pour les pensions de retraite et survie. Il faut y voir la conjonction de deux facteurs : sa démographie (30 % de sa population a moins de vingt ans et 15 % plus de soixante ans en janvier 2001), mais aussi la faible générosité de ses prestations.

Deuxième secteur par importance dans la protection sociale : les soins de santé. Les prestations maladie soins de santé pèsent un peu moins de 28 % dans l'ensemble des prestations.

Une fois encore, l'Irlande se singularise à l'inverse des autres : 42,2 % de ses dépenses sont des dépenses de santé. Le Danemark, 20 %, la Suède, 26,9 %, la Finlande, 24,5 % et la Belgique 24,7 %.

Les trois quarts de la protection sociale sont donc des dépenses de vieillesse-survie et de maladie-soins de santé. Le dernier quart est réparti à peu près à part égale entre quatre voire cinq autres fonctions : invalidité (8,2), famille-enfants (8) et chômage (6,7), le solde (3,5) étant consacré à des dépenses de logement et ou de lutte contre l'exclusion sociale.

En ce qui concerne les deux fonctions principales, les différences ou similitudes s'expliquent en partie par les approches historiques des systèmes : quatre grandes familles pour les systèmes de retraite peuvent être distinguées et trois types différents pour les systèmes de santé, classements ne rejoignant qu'en partie la classification de Esping-Andersen exposée plus haut. Cette approche sera limitée aux quinze anciens États membres.

Quatre grandes familles pour les retraites : premièrement, les systèmes bismarckiens anciens (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France, Grèce, Italie, Luxembourg, Portugal) ; deuxièmement, les systèmes bismarckiens de la deuxième génération (Finlande, Suède) ; troisièmement, les systèmes multipiliers (Danemark, Pays-Bas, Royaume-Uni) ; et enfin, les systèmes résiduels (Irlande).

Les *systèmes bismarckiens anciens* se caractérisent par une assurance vieillesse avec l'objectif du maintien du revenu des assurés (les travailleurs) ; un financement par les cotisations des salariés et des employeurs ; l'application du système par répartition ; des prestations liées au revenu antérieur, à la durée de carrière et au montant des cotisations ; une gestion paritaire des caisses plus ou moins autonomes de l'État.

Les *systèmes bismarckiens de la deuxième génération* ont pour caractéristiques un premier pilier Beveridgien, c'est-à-dire une retraite de base forfaitaire universelle ; un deuxième pilier obligatoire, public, avec des prestations liées au revenu et financées en répartition par des cotisations ; un grand souci d'égalité entre les retraités ; et pour la Finlande une particularité dans l'intégration des deux piliers qui entraîne la réduction du premier pilier dès qu'un certain seuil est atteint par le second.

Les *systèmes multipiliers* se rapprochent en partie seulement des précédents par le fait qu'ils comprennent : un premier pilier Beveridgien, c'est-à-dire une retraite de base forfaitaire universelle, mais un deuxième pilier qui consiste en des régi-

mes de retraites professionnels, obligatoires aussi, mais financés en capitalisation et organisés au sein des branches ou des entreprises.

Les *systèmes résiduels* enfin comprennent : un seul pilier de base universel, uniforme et obligatoire, des régimes de retraites complémentaires, professionnels ou individuels volontaires, financés par capitalisation et qui ne couvrent qu'une partie de la population.

Trois types différents pour les systèmes de santé : d'abord, les systèmes nationaux de santé (Suède, Danemark, Finlande, Italie, Espagne, Portugal, Royaume-Uni); ensuite, les systèmes d'assurance-maladie (Allemagne, Autriche, Belgique, France, Grèce, Luxembourg, Pays-Bas); et en dernier lieu, les systèmes libéraux résiduels (Irlande).

Chacun de ceux-ci met un accent différent sur les priorités, le premier insiste sur l'universalité de la couverture maladie, le second — sans nier l'objectif de couvrir l'ensemble de la population — mettra en avant l'importance du choix du médecin et le maintien d'une médecine libérale tandis que le dernier accordera la priorité au marché.

Les *systèmes nationaux de santé* se caractérisent par l'universalité de la couverture, assurée par l'accès quasiment gratuit aux soins pour l'ensemble des citoyens; l'offre de soins organisée principalement par l'État et financée par l'impôt et l'organisation et la gestion des soins pouvant être centralisées ou décentralisées.

Dans les *systèmes d'assurance-maladie*, le patient a la garantie du choix du médecin qui bénéficie d'un statut de la médecine libérale; l'offre de soins est en partie privée (soins ambulatoires, certains hôpitaux ou cliniques), en partie publique (surtout des hôpitaux); le remboursement des soins s'effectue par des caisses d'assurance-maladie ou des mutuelles et le financement est assuré par des cotisations; l'organisation ici aussi peut être centralisée ou non.

Les *systèmes libéraux résiduels* sont des systèmes publics de protection maladie où seules les personnes nécessitant des soins de grande urgence, les plus pauvres ou encore les personnes âgées et les personnes invalides sont couvertes tandis que les autres doivent recourir aux assurances privées pour avoir une couverture des soins.

Ces différents systèmes, de retraite et de santé, indépendamment du type dans lequel ils peuvent être classés par ce qui précède, sont depuis toujours objet de réformes. Si jusqu'à la fin des années septante, ces réformes ont surtout consisté en des élargissements, généralisation du champ matériel et/ou personnel, elles répondent depuis le début des années quatre-vingt à un contexte économique moins favorable, donc plus contraignant. Cela au plan national, européen et même international.

En quoi l'Europe joue-t-elle un rôle sur des politiques qui restent essentiellement nationales? C'est l'adoption de l'Acte unique en 1986 qui introduit dans la construction communautaire une pers-

pective nouvelle: l'achèvement du grand marché intérieur oblige à une certaine préoccupation de sa dimension sociale. En effet, ce grand marché déplace vers le niveau européen l'encadrement économique et entraîne avec lui la nécessaire réflexion sur la cohésion économique et sociale indispensable à son bon fonctionnement; il faut éviter le dumping social et la concurrence entre les États dans le domaine de la protection sociale.

Lorsqu'en 1992 le Traité de Maastricht fixe les fameux critères de convergence pour la mise en place de l'Union économique et monétaire et lance le processus de coordination des politiques économiques, le règne des grandes orientations de politique économique débute. Elles auront un impact majeur sur les orientations que prendront les gouvernements nationaux à l'égard des politiques de protection sociale.

En effet, les gouvernements nationaux vont utiliser les critères de convergence économique et la coordination voulue par ces grandes orientations de politique économique pour réformer leur législation sociale dans un sens qui n'est pas nécessairement souhaité par les citoyens. C'est de fait un déplacement de la territorialité de la protection sociale vers le niveau européen, mais avec un déséquilibre entre les pouvoirs de décision, car le social reste essentiellement national. Autrement dit, le vrai débat sur ces questions a lieu dans des instances où les responsables des politiques sociales nationales ne sont pas présents. Les États sont aidés dans cette démarche par

le contexte international qui a vu croître l'influence de la Banque mondiale et notamment ce que l'on convient d'appeler le « consensus de Washington » par opposition au « consensus de Philadelphie ».

Le consensus de Philadelphie fait référence à la déclaration qui, en 1944 dans cette ville, redéfinit les objectifs de l'Organisation internationale du travail (OIT): « L'homme n'est pas une marchandise. » Le social est considéré comme le complément indispensable de l'économique et l'action du Bureau international du travail (BIT) veillera à la régulation internationale économique et sociale pour que cet objectif soit respecté. Pendant près d'un demi-siècle, le BIT soutiendra ainsi l'évolution des systèmes de protection sociale dans le monde, mais en particulier en Europe.

Le consensus de Washington fait référence au consensus inventé par John Williamson en 1989 pour désigner les nouveaux principes qui doivent guider les politiques économiques dans les pays en développement d'Amérique latine. L'accent est mis sur les effets pervers des activités régulatrices et redistributives. La Banque mondiale propage mondialement dès cette date, un nouveau programme de politique sociale, conditionnant ses prêts à l'adoption de ces nouvelles politiques. L'OIT est réduite à une position défensive, c'est le FMI et la Banque mondiale qui deviennent chefs de file de la réforme des systèmes de protection sociale.

C'est une nouvelle conception de l'individu, du marché, de l'État et des politiques sociales. Le marché est le meilleur

mécanisme d'allocation de richesses. L'assurance privée est privilégiée et la concurrence entre prestataires de services est développée. L'acteur ne doit plus être protégé, mais il doit saisir les opportunités. La société est constituée non de classes, mais d'individus, et la politique sociale doit aider les plus défavorisés à acquérir leur autonomie, les syndicats sont suspects, mais les ONG sont les nouveaux intermédiaires pour aider les pauvres.

L'objectif redistributif, préconisé traditionnellement par le BIT et les professionnels de la sécurité sociale, est délaissé au profit d'une politique d'épargne individuelle accompagnée de politiques sociales ciblées sur les plus pauvres. En matière de pensions de retraite, les deux grandes organisations internationales prônent la suppression des régimes publics de pension. Les nouvelles politiques mettent l'accent sur la nécessité de privatiser les prestations de santé, présentées comme particulièrement coûteuses et bénéficiant principalement aux classes moyennes. L'effort des gouvernements doit se consacrer avant tout à fournir les ressources à la santé publique et aux politiques orientées vers les plus pauvres.

Les pays de l'Est de l'Europe, qui depuis ont rejoint l'Union, seront particulièrement courtisés par la Banque mondiale et les réformes qu'ils apporteront à leurs systèmes de protection sociale vont dès lors être influencées par ces conceptions. Candidats à l'adhésion, ils n'ont pas d'instruction particulière de l'Europe dans ce domaine puisque la protection sociale relève de leur compétence propre. L'Europe s'attache pendant cette période

des années nonante à vérifier le respect des critères de Copenhague et de l'acquis communautaire dont la protection sociale est singulièrement absente<sup>4</sup>.

Il faut attendre 2000 pour que les chefs d'État et de gouvernement lancent à Lisbonne la « méthode ouverte de coordination » ou en abrégé la MOC pour la protection sociale. C'est le début d'une réponse européenne structurée en matière sociale à la coordination des politiques économiques.

En quoi consiste cette méthode ? D'abord, et dans le respect du principe de subsidiarité cher aux États, en l'établissement en commun d'objectifs à atteindre dans un certain délai, ensuite — avec une certaine vue stratégique — la traduction de ces objectifs en politiques qui seront définies avec l'appui et la collaboration de tous les acteurs concernés (autorités fédérales, nationales, régionales ou locales selon les pays et les politiques visées), enfin la mise sur pied d'indicateurs communs permettant l'évaluation et le suivi des engagements pris au travers de ces politiques. C'est donc à la fois une acceptation de s'échanger et d'être évalué par ses pairs et par la Commission.

Les réformes qui suivront dans les États membres vont être influencées par ce processus, mais tous les éléments de contexte européen et international (Consensus de Washington) restent pertinents. Ce qui a changé, c'est la prise de conscience des responsables politiques en charge de la protection sociale qu'il y a un débat et une lutte d'influence à développer au niveau européen.

<sup>4</sup> Pour être correct, il faut toutefois mentionner ici les règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale des travailleurs migrants, les directives d'égalité entre les hommes et les femmes dans les systèmes légaux et professionnels.

Pour que les politiques de protection sociale gardent leur rôle de redistribution de la richesse pour le plus grand nombre, il faut que les responsables politiques soient convaincus de la pertinence de ce rôle et le traduisent dans des plans nationaux exigés par l'Europe, mais respectueux des attentes des travailleurs, ayants droit et autres citoyens.

Aujourd'hui l'Europe est rendue responsable de l'orientation que prennent les réformes dans nos différents États; c'est à la fois vrai et faux. Vrai, car on vient de le voir, il y a débat et orientation au niveau européen, mais c'est aussi faux puisque l'Europe, c'est nous au travers des responsables que nous désignons pour nous y représenter. Ce sont les mêmes qui traduiront en politiques nationales les objectifs communs sur lesquels ils se seront accordés. À nous dès lors de porter haut la finalité que l'on souhaite donner aux politiques sociales. Mais n'oublions pas que nos systèmes nationaux ont été construits avec des configurations institutionnelles très variées mettant en avant des règles d'attribution des prestations différentes qui varient de la notion de besoin à celle du maintien du revenu du travailleur en passant par la citoyenneté. Qu'en outre les rôles de l'État et du marché se répartissent dans des proportions très différentes selon les pays et que cela explique parfois l'incompréhension qui peut empêcher d'atteindre un consensus.

## **TRANSFERTS ET PAUVRETÉ**

La protection sociale, malgré les réformes, garde un rôle majeur dans les pays de l'Union par ses effets sur le risque de pau-

vreté. Grâce aux transferts autres que ceux opérés au travers des systèmes de retraite qui en sont la part la plus importante, les États membres diminuent dans des proportions considérables le risque de pauvreté de leur population. Ainsi la Suède diminue le taux de risque de pauvreté à raison de 62 % grâce à ses transferts sociaux; l'Allemagne, les Pays-Bas, le Danemark, le Luxembourg et l'Autriche, mais aussi la Hongrie et la République tchèque réduisent d'environ 50 % celui-ci et la Finlande suivie de près par la Belgique interviennent pour près de 45 % dans l'amélioration des conditions de vie de leurs concitoyens. En moyenne dans l'Union à vingt-cinq, grâce aux transferts de protection sociale, le taux de risque de pauvreté est de 15 %.

Si l'on supprimait tous les transferts de protection sociale, y compris les retraites qui, dans les données précédentes, sont considérées comme des revenus des personnes, le taux de risque de pauvreté en Europe serait de 42 %. Les retraites étant dans ce contexte considérées comme des revenus directs, le taux moyen en Europe est déjà ramené à 24 %.

Il faut dès lors que nous comprenions l'urgence à maintenir le caractère solidaire de nos systèmes de protection sociale et ce, dans une Europe unie dans la diversité. ■