

Protection sociale et intégration économique européenne *

Sandrine Cazes,

Département des études de l'OFCE

La viabilité des systèmes de protection sociale européens se pose à plusieurs niveaux : le vieillissement démographique est une évolution commune à l'ensemble des pays européens ; aussi, chaque pays devra-t-il, à l'avenir, faire face à une hausse des charges sociales. De plus, l'ouverture des frontières risque d'avoir un impact sur les mouvements de main-d'œuvre : face à l'hétérogénéité des systèmes de protection sociale, la libre circulation des travailleurs et des personnes risque d'être freinée par des problèmes de coordination des régimes de retraites ; on pourrait aussi imaginer que des niveaux de prestations trop bas dans tel pays dissuadent les individus de s'y installer, et qu'au contraire les systèmes les plus généreux, attirent les travailleurs. Or d'importants flux migratoires accentueraient les problèmes de financement de protection sociale, particulièrement dans les pays les plus généreux.

L'avenir de la protection sociale européenne étant soumis à la conjugaison de ces effets, il sera important de bien distinguer les problèmes qui risquent de se poser à cause de la construction européenne, de ceux que tous les pays de la CE devront, tôt ou tard, affronter. Ceci, afin de pouvoir trancher le principe de subsidiarité et de donner une véritable dimension sociale à l'Europe.

Au cours des années quatre-vingt, les systèmes de protection sociale ont été remis en cause dans tous les pays de la Communauté européenne (CE) en raison de profonds bouleversements du contexte économique et social dans lequel ils s'étaient construits. Erigée dans un cadre avant tout *national*, la protection sociale s'est développée jusqu'aux années soixante-dix, dans un climat économique et démographique plutôt favorable : croissance soutenue, relatif plein emploi et évolutions démographiques privilégiées ont permis de concilier objectifs sociaux et objectifs économiques. Depuis, la compatibilité entre progrès économique et

* Je remercie tout particulièrement A. B. Atkinson pour les commentaires très utiles qu'il m'a apportés.

progrès social n'a plus semblé si claire : le ralentissement de la croissance et le vieillissement de la population ont rendu difficile l'équilibre financier de la protection sociale. L'alourdissement des dépenses de santé et des prestations vieillesse, ainsi que la montée du chômage, ont conduit à poser des choix de redistribution intra- et intergénérationnelle : priorité des prestations à servir, répartition des charges. Face à ces problèmes et devant l'apparition de nouveaux besoins, les systèmes de protection sociale sont contestés tant dans leurs objectifs, leur fonctionnement que leur efficacité.

Avec les perspectives du marché intérieur de 1993, la crise de la protection sociale se cristallise de plus en plus au niveau européen : d'une part, parce que la construction européenne lance de nouveaux défis aux systèmes en place ; d'autre part, parce que la protection sociale est une composante essentielle de la dimension sociale du marché intérieur. Aussi peut-on se demander si une partie des problèmes qu'affrontent les politiques sociales nationales ne doit pas être résolue au niveau communautaire.

Protection sociale et marché intérieur

L'implication de la Communauté dans le domaine social a été et reste contradictoire. Ainsi ni l'Acte unique, ni le Livre blanc de la Commission ne font directement allusion à la dimension sociale du marché intérieur ; en cela ils restent fidèles à l'esprit du traité de Rome : l'article 117 spécifie en effet que « l'harmonisation des niveaux de vie résultera du fonctionnement du marché commun, qui favorisera l'harmonisation des systèmes sociaux ». L'économie précède ici le social. Plus tard, le Conseil européen de Madrid (1989) a réaffirmé les conclusions des sommets de Rhodes et de Hanovre (1988) concernant la réalisation du marché intérieur comme « moyen le plus efficace pour la création d'emplois et pour assurer le maximum de bien-être à tous les citoyens communautaires ».

Pourtant, depuis les années soixante-dix, la Communauté a tenté à plusieurs reprises d'acquiescer sa dimension sociale : en appelant à « plus de convergence des politiques sociales » (Sommet de Paris en 1972) ; puis, en 1974, en élaborant un Programme d'action sociale essayant d'affranchir la politique sociale européenne de la politique économique. De 1975 à 1980, des mesures ont été adoptées afin d'étendre graduellement la protection sociale aux catégories de personnes qui n'étaient pas couvertes ou l'étaient de façon inadéquate et de mettre en place un programme spécifique de lutte contre la pauvreté. L'action communautaire a cependant eu une portée assez limitée ⁽¹⁾.

(1) Elle s'est concrétisée par la création du Fonds européen de développement régional (Feder) et par un renforcement de l'action du Fonds social européen (FSE).

Lorsqu'elle se préoccupe des *citoyens* ⁽²⁾ européens, et plus seulement des *travailleurs*, la Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux ⁽³⁾ témoigne de sa volonté de construire l'Europe sociale. Celle-ci, signée en décembre 1989 par onze des douze Etats-membres, stipule que :

« Tout travailleur de la Communauté européenne a droit à une protection sociale adéquate et doit bénéficier, quel que soit son statut et quelle que soit la taille de l'entreprise dans laquelle il travaille, de prestations de Sécurité sociale d'un niveau suffisant.

Les personnes exclues du marché du travail, soit qu'elles n'aient pu y avoir accès, soit qu'elles n'aient pu s'y réinsérer, et qui sont dépourvues de moyens de subsistance, doivent pouvoir bénéficier de prestations et de ressources suffisantes, adaptées à leur situation personnelle ».

La publication, dans les années quatre-vingt, de plusieurs rapports (Commission européenne, 1989) estimant à plus de 50 millions le nombre de personnes pauvres en Europe a certainement sensibilisé la Communauté au problème de la protection des plus démunis. Aussi, la Charte sociale insiste également sur la nécessité de proposer des actions qui pourraient relever de la compétence communautaire. Cependant, la protection sociale n'est évoquée que de manière assez vague. S'agissant d'un sujet extrêmement sensible au niveau national, il devient délicat de le traiter à l'échelle des Douze : d'une part, chaque gouvernement recule devant une perte d'autonomie dans un domaine aussi important du point de vue politique, économique et électoral ; d'autre part, les systèmes de protection sociale en place enracinés dans des contextes historiques et culturels différents sont très hétérogènes.

La poursuite de l'intégration européenne va contribuer à renforcer le débat sur l'efficience et l'avenir des systèmes de protection sociale : aux difficultés internes vont s'ajouter des remises en cause liées à l'achèvement du marché intérieur. Face à ces difficultés croissantes, les systèmes européens actuels seront-ils viables ? Faudra-t-il aller vers une harmonisation des systèmes ? Le renforcement de la cohésion économique et sociale ne devra-t-il pas davantage s'effectuer au niveau européen ?

L'hétérogénéité des systèmes de protection sociale dans la Communauté européenne

Historiquement, la protection, avant d'être « sociale », était individuelle ; fondée sur l'entraide familiale (et la charité religieuse), elle reposait sur l'initiative privée : un époux devait protection à sa femme, un patron à son employé,.... Ce type de

(2) Il est intéressant de noter que par rapport à la première version de la Charte (2 octobre 1989), le terme de travailleur a remplacé celui de citoyen, en matière de protection sociale.

(3) Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux, Commission des Communautés européennes, 1989.

protection résultait d'un rapport individuel et subjectif. Dans l'Etat moderne, il s'agit d'un droit impersonnel et objectif (déterminé selon des règles connues) ; la protection devient ainsi « sociale » : des transferts monétaires et réglementés se substituent progressivement aux solidarités non marchandes. Cette socialisation fait intervenir différents acteurs économiques (le groupe familial, les collectivités publiques, l'entreprise ⁽⁴⁾...) ; les arbitrages s'effectuent, eux, à deux niveaux privilégiés : celui de la famille, qui peut choisir un mode de protection sociale, et celui de l'Etat.

La protection sociale couvre les risques de perte ⁽⁵⁾ d'intégrité physique de la personne et ceux de perte de revenus (accident du travail, maladie, décès, chômage, pauvreté), mais aussi des « non-risques » liés au cycle de vie (famille, vieillesse) ; ceci, en compensant, au moins partiellement, les dépenses occasionnées par ces accidents de la vie sociale, ou en substituant au revenu d'activité perdu, un revenu de remplacement (indemnités journalières, par exemple). Le système repose sur un contrat de solidarité sociale : des individus confrontés à des aléas d'intensité différente, bénéficient de la même Sécurité sociale ; en outre, à la différence d'un système d'assurance ordinaire, la prime versée n'est pas nécessairement proportionnée au risque encouru ; enfin, « l'assurance sociale » peut faire intervenir des tiers non exposés, comme les entreprises et les contribuables qui sont obligés de participer au coût de la couverture.

Sécurité sociale ou assurances sociales

La description comparative des différents systèmes de protection européens permet d'une part de juger de l'effort de convergence en matière sociale et de l'autre, de déterminer si tel système est plus performant que tel autre. Une typologie classique repose sur la distinction faite entre systèmes fondés sur un principe de solidarité, et systèmes *bismarckiens*, fondés sur un principe d'assurance.

Les systèmes dits de « **Sécurité sociale universelle** » couvrent toute la population sans conditions préalables à l'ouverture des droits. Ces systèmes peuvent être généralisés (comme au Danemark) ou adoptés seulement dans certains secteurs de la protection sociale (pour la santé aux Pays-Bas par exemple). En outre, aucune référence n'est faite, dans ces systèmes, au statut professionnel ou à l'effort contributif. Le montant des retraites et des allocations de chômage, notamment, ne dépend donc pas du salaire antérieur. En général, les systèmes de Sécurité sociale sont largement financés par des recettes fiscales.

Les systèmes d'inspiration *bismarckienne* reposent sur une logique « **d'assurances sociales** » : ils ne couvrent que les personnes (et leurs ayants-droit) ayant versé des cotisations. Aussi, malgré la généralisation de ces régimes, une partie de

(4) Au dix-neuvième siècle, des services de protection sociale privés (plans d'assurance maladie, retraite et famille) sont apparus dans des cadres mutualistes coopératifs et syndicaux ; les « assurances sociales » sont par la suite devenues obligatoires et se sont généralisées dans la plupart des pays européens.

(5) Le risque de perte peut se définir pour un individu par la perte d'un élément de son patrimoine ou d'un flux de revenus pour des raisons indépendantes de sa volonté ou de sa responsabilité.

la population des pays ayant adopté les systèmes d'assurances n'est toujours pas couverte (1 % des Français, par exemple, ne bénéficiaient pas de couverture sociale en 1990, parce qu'ils n'étaient ni salariés, ni agriculteurs, ni commerçants, etc... et 8 % des Allemands parce que leurs revenus dépassaient le plafond fixé). En outre, le montant des allocations versées n'est pas uniforme : pour les retraites par exemple, il varie selon la durée de cotisation et le profil de salaire.

La plupart des systèmes de protection sociale européens se sont cependant éloignés de ces modèles d'origine et reposent sur différents panachages des logiques d'assurance et de solidarité.

Niveau, structure et rythme d'évolution des dépenses

La part du revenu national consacrée aux dépenses de protection sociale ⁽⁶⁾ peut être représentative de l'effort de protection sociale réalisé. En moyenne européenne, cet effort s'est beaucoup accru dans les années soixante-dix, puis s'est prolongé jusqu'au début des années quatre-vingt ; il s'est ensuite progressivement contracté à partir de 1983 pour pratiquement revenir à son niveau de 1980. De 1970 à 1980, la part des dépenses de protection sociale dans le PIB (Produit intérieur brut) est passée de 17,3 % à 24,2 % ; en 1989, elle atteignait 24,7 % du PIB (Tableau 1). Cette stagnation au cours des dix dernières années résulte d'une double tendance :

- D'une part, une baisse plus ou moins sensible des dépenses de protection sociale en proportion du PIB, dans la plupart des pays qui présentaient les niveaux de protection les plus élevés en 1980 : la Belgique, l'Allemagne, les Pays-Bas, le Danemark, le Luxembourg (légère diminution), le Royaume-Uni et l'Irlande (contraction).

- D'autre part, un effort significatif de rattrapage des pays qui avaient des taux de protection inférieurs à la moyenne européenne : la Grèce, l'Espagne, le Portugal, et dans une moindre mesure, l'Italie.

Ces évolutions traduisent donc une convergence de l'effort social au sein de la Communauté, du fait des pays ayant les taux de protection les plus faibles. Si on rapporte les taux de croissance des dépenses sociales à ceux du PIB, (Tableau 2), on obtient pour chaque pays des élasticité de dépenses sociales par rapport au revenu national ⁽⁷⁾. Sur la période 1974-1983, la plupart des pays européens présentaient des élasticité plus proches de 1,5 que de 1. Ces élasticité sont tombées à des niveaux inférieurs à 1 dans la majorité des pays d'Europe du Nord sur la période 1986-1989 (Pays-Bas, Belgique, Allemagne, Royaume-Uni et Irlande). Les pays d'Europe du Sud (Grèce, Italie, Portugal) continuaient à afficher des élasticité proches de 1 ou supérieures ; la France, quant à elle, accusait une élasticité encore élevée (0,89).

(6) Les dépenses de protection sociale comprennent les prestations versées aux ménages et les coûts administratifs.

(7) L'élasticité des dépenses sociales par rapport au revenu est égale au taux de croissance des dépenses sociales en valeur nominale rapportée au taux de croissance du PIB nominal.

1. Dépenses courantes de protection, en % du PIB

	1970	1980	1983	1986	1987	1988	1989
Belgique	18,7	28,0	30,8	29,5	29,0	27,7	26,7
Danemark	19,6	28,7	30,1	26,7	27,5	29,3	29,6
Allemagne	21,5	28,7	28,8	28,0	28,3	28,3	27,3
Grèce	7,6	9,1	13,6	15,5	16,0	16,5	16,3
Espagne	10,0	15,6	17,4	17,5	17,2	17,2	17,3
France	18,9	25,4	28,3	28,5	28,2	28,2	28,0
Irlande	13,7	21,6	24,1	24,3	23,6	22,4	20,6
Italie	14,4	19,4	22,9	22,5	23,0	23,1	23,2
Luxembourg	15,6	26,5	27,2	24,8	26,1	26,2	25,6
Pays-Bas	19,6	30,4	33,8	30,9	31,4	30,9	30,2
Portugal	9,1	14,6	16,1	16,3	16,1	17,1	18,1
Royaume-Uni	14,3	21,5	23,9	24,4	23,6	22,1	20,6
EUR 12	17,3	24,2	26,2	25,8	25,7	25,3	24,7

Source: Eurostat, 1991.

Les dépenses de protection sociale par habitant, exprimées en équivalent de pouvoir d'achat et à prix constants (en standard de pouvoir d'achat, SPA) permettent des comparaisons significatives entre les Douze. Le graphique 1 donne le montant des prestations par habitant pour 1988. D'assez fortes disparités apparaissent entre les pays : six d'entre eux se situent au dessus de la moyenne communautaire (Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas, Danemark, Belgique et France). L'Italie et le Royaume-Uni ont des niveaux de dépenses proches de la moyenne. La Grèce, l'Espagne, le Portugal, et l'Irlande, malgré la part croissante des ressources qu'ils consacrent à la protection sociale depuis 1970 (tableau 1), sont encore éloignés des standards de la Communauté.

L'étude de la structure des dépenses sociales et de son évolution en moyenne européenne permet d'ancrer les comparaisons entre Etats-membres en termes de choix sociaux : les programmes sociaux les plus importants au niveau de la Communauté sont les pensions et la santé qui absorbent à eux seuls plus de 80 % des prestations dans la CE. Entre 1980 et 1989, les différents programmes sociaux ont évolué de façons diverses : la part des dépenses consacrées au groupe

2. Taux de croissance du PIB et des dépenses sociales, depuis 1970

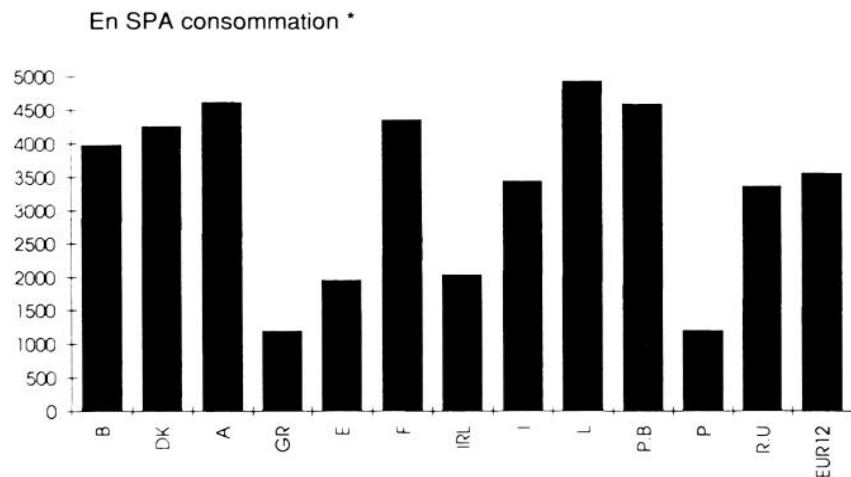
Variation annuelle en %

	PIB nominal					Dépenses sociales nominales				
	74-83*	84-86*	87	88	89	74-83*	84-86*	87	88	89
Belgique	8,9	6,1	4,6	6,4	8,6	11,9	4,9	2,9	1,7	4,6
Danemark	11,5	8,6	5,0	5,1	5,5	13,7	4,8	7,6	10,5	-2,1
Allemagne	6,2	4,9	3,7	5,3	5,9	6,7	4,0	4,8	5,2	2,3
Grèce	20,3	20,2	13,3	20,5	17,3	19,5	24,3	17,2	24,1	15,5
Espagne	18,2	12,8	11,8	11,2	12,1	23,1	12,8	10,2	10,6	12,7
France	13,5	7,8	5,0	7,0	7,4	14,1	7,3	3,8	6,7	6,6
Irlande	18,5	6,8	7,0	7,2	11,3	23,3	8,2	3,9	1,7	2,3
Italie	20,7	11,1	9,1	10,6	9,7	21,1	12,3	11,5	11,1	10,5
Luxembourg	8,6	7,4	3,2	7,6	11,5	11,9	5,2	8,3	7,8	8,9
Pays-Bas	8,0	3,5	0,4	4,5	5,6	12,7	0,75	1,9	2,7	3,1
Portugal	23,4	25,3	17,1	16,0	18,9	26,3	26,1	15,4	23,6	25,6
Royaume-Uni	15,1	8,5	9,9	11,6	9,2	19,1	9,0	6,2	4,3	2,0

(*) : Taux de croissance moyen sur la période.

Source : Eurostat.

1. Prestations de protection sociale par habitant, 1988

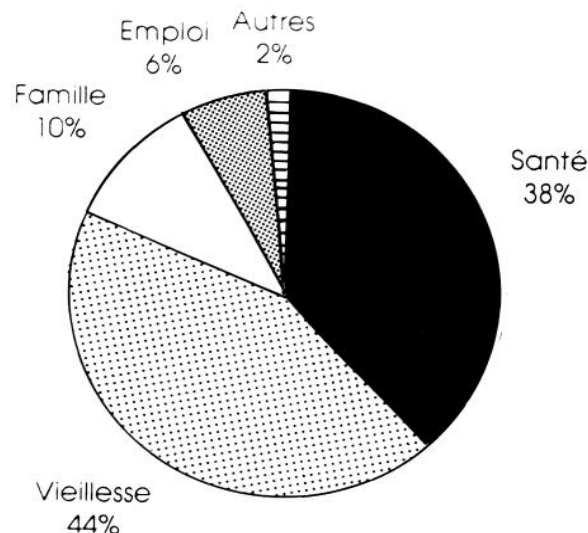


* Les standards de pouvoir d'achat aux prix et parités de pouvoir d'achat 1985, dénommés « SPA à prix constants » sont calculés en déflatant les données à prix courants en fonction des indices des prix à la consommation en base 1985, puis en leur appliquant la parité de pouvoir d'achat de cette année.

Source : Eurostat.

vieillesse-survie a augmenté de 43,7 % à 45,9 % des dépenses totales (graphiques 2 et 3) ; l'évolution à la hausse est générale et la plus marquée en Grèce, Italie et Espagne. Parallèlement, la part des dépenses de santé ⁽⁸⁾ qui atteignait 37,6 % en 1980 a été ramenée à 36,2 % en 1989 ; cette tendance a été commune à l'ensemble des Etats-membres. Le groupe famille-maternité a vu, quant à lui, sa part se réduire sensiblement (de 10,4 % en 1980 à 7,9 % en 1989), tandis que la quote-part du groupe chômage-promotion de l'emploi passait de 6,3 % à 6,6 % ⁽⁹⁾.

2. Structure des prestations de protection sociale en moyenne européenne, 1980.

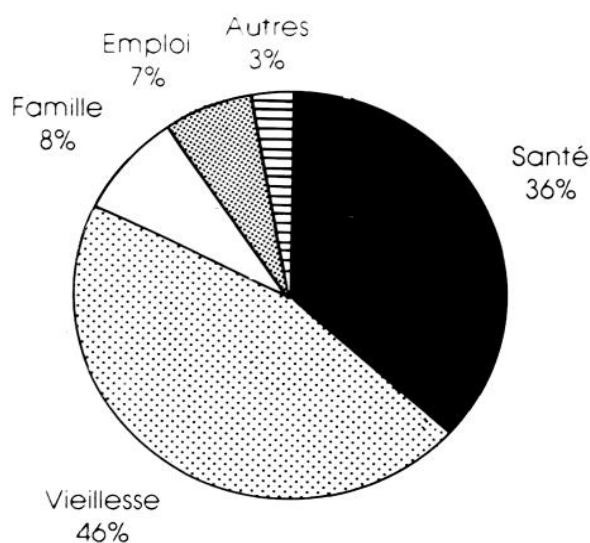


Source :Eurostat.

(8) Les prestations de santé comprennent les remboursements de soins de santé, les prestations en espèces d'assurance-maladie, d'invalidité et d'accident du travail et les dépenses de fonctionnement des systèmes publics.

(9) Voir sur ce point l'article de G.Cornilleau, dans ce numéro.

3. Structure des prestations de protection sociale, en moyenne européenne, 1989.



Source : Eurostat.

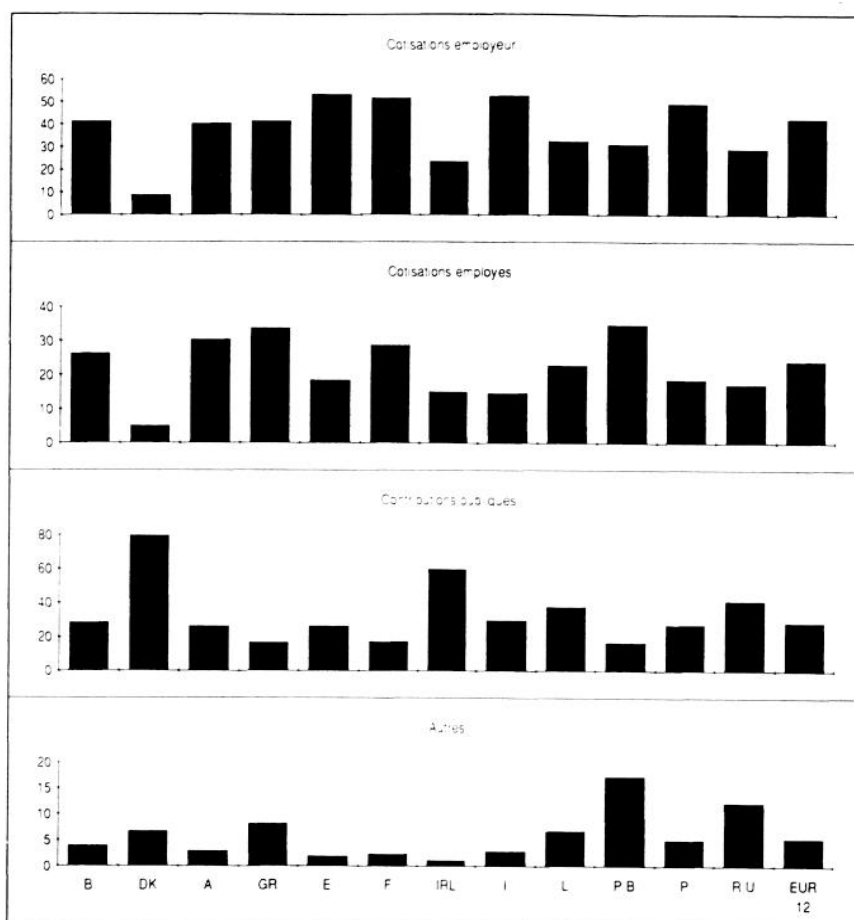
Niveau, structure et rythme d'évolution des financements

Les structures de financement des différents pays de la Communauté sont très hétérogènes. Aux deux grands systèmes obligatoires de protection sociale correspondent deux modes de financement : les systèmes d'assurances sociales ont des ressources essentiellement basées sur des cotisations sociales obligatoires patronales et salariales, tandis que les systèmes de Sécurité sociale sont surtout financés par impôts, directs ou indirects. Parmi les pays à forte fiscalisation, on trouve le Danemark (où la quote-part des contributions publiques est proche de 80 %), l'Irlande (60 %) et dans une moindre mesure le Royaume-Uni (42 %) (Graphique 4) ; les pays ayant recours aux cotisations présentent une répartition variable des charges entre employeurs et salariés ; néanmoins, si l'on excepte les Pays-Bas où les cotisations employés prédominent (près de 35 %), les cotisations patronales constituent, dans ces pays, la première source de financement : 51,7 % en France, 53,2 % en Espagne contre 8,7 % au Danemark (pour 1989).

En moyenne communautaire, la quote-part des cotisations (employeurs et salariés) ne s'est pratiquement pas modifiée entre 1980 et 1990 ; ces dernières années toutefois, certains gouvernements ont eu tendance à diversifier davantage les sources de financement de leur système de protection sociale. Les Pays-Bas ont ainsi supprimé les cotisations patronales pour les allocations familiales et les ont remplacées par des impôts. On constate d'ailleurs, depuis 1980, une tendance à la fiscalisation accrue des recettes, dans les pays à taux d'imposition plutôt faibles ou moyens (Grèce, Espagne, Portugal et Italie). Avec la CSG (Contribution sociale généralisée), la France n'amorce que timidement cette évolution.

Or ce partage du financement entre contributions publiques, charges des entreprises et des ménages n'est pas neutre puisqu'il joue sur les structures de prix et de revenus. La répartition entre ces trois sources principales de financement, dans

4 Structure de financement des dépenses de protection sociale, 1989.*



* 1988 pour la Grèce et le Royaume-Uni.

Source : Eurostat.

chaque Etat-membre, est donc une donnée importante face au processus d'intégration européenne : le poids des cotisations employeurs peut, en jouant sur les coûts de production, influencer la compétitivité relative des économies ⁽¹⁰⁾. On voit par exemple, que, du fait de la contribution de l'Etat, le poids des charges sociales sur le coût du travail est relativement faible dans les systèmes « publics ». Dans les autres pays, elles peuvent en revanche peser sur le coût salarial : ces charges représentaient en moyenne 33,5 % du coût de la main-d'œuvre en Italie et 28,1 % en France ⁽¹¹⁾. Par ailleurs, dans la mesure où le budget de l'Etat intervient soit directement, soit indirectement, dans le financement de la protection sociale, il convient d'intégrer dans l'analyse comparative non seulement le niveau de prélèvements obligatoires (les recettes fiscales en proportion du PIB), mais aussi la répartition des différentes sources d'impôts (cf *infra*).

(10) Sur les conséquences d'une augmentation des cotisations employeurs, voir Sterdyniak et alii, 1991.

(11) Uniquement pour le financement du régime général des salariés (ne sont pas comptées les charges dues aux régimes complémentaires); voir sur ce point J.P Dumont, 1992.

3. Cotisations de sécurité sociale en pourcentage du total des recettes fiscales

	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Belgique	30,4	33,1	33,7	33,9	34,1	34,5	34,7
Danemark	1,8	3,8	3,0	3,7	2,6	2,7	3,1
Allemagne	34,3	36,5	37,2	37,3	37,4	36,3	36,8
Grèce	32,9	35,6	32,5	31,0	31,0	31,6	28,4
Espagne	48,6	41,3	38,3	36,2	35,6	34,6	35,4
France	42,7	43,3	42,9	43,0	43,2	43,8	44,2
Irlande	14,3	14,8	14,2	14,0	13,9	14,5	14,8
Italie	38,0	34,7	34,4	34,3	33,3	33,1	32,9
Luxembourg	29,3	25,2	25,8	27,9	27,5	27,5	27,7
Pays-Bas	38,1	44,3	42,7	42,6	42,5	41,2	37,3
Portugal	29,5	25,9	26,8	28,2	26,9	26,3	27,6
Royaume-Uni	16,6	17,6	18,2	18,2	18,5	17,7	17,5
EUR 12	29,7	29,7	29,1	29,2	28,9	28,7	28,4

Source: Statistiques des recettes publiques, OCDE, 1991.

Les dépenses de protection sociale vont probablement poursuivre leur progression ou même s'accélérer, du fait du vieillissement croissant de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie ; par ailleurs, l'entrée dans l'union monétaire étant conditionnelle à des règles budgétaires, la croissance des déficits publics nationaux sera limitée (ceux-ci devront être inférieurs à 3 % du PIB et la dette publique ne devra pas excéder 60 % du PNB). Face à la montée de nouveaux besoins dûs au contexte économique et social, il paraît donc probable que les dépenses sociales seront soumises à des tensions de plus en plus vives. Ces pressions seront toutefois modulées par la diversité des structures fiscales et sociales des Etats.

Il convient donc d'examiner la façon dont les différents besoins sociaux (des personnes âgées, des malades, des familles...) sont actuellement pris en charge et financés par les systèmes de protection sociale de chaque Etat-membre et d'essayer d'analyser comment ils risquent d'être affectés par les changements évoqués précédemment.

Les systèmes de santé européens : une remise en cause des systèmes publics ?

La perspective du grand marché intérieur et de l'accroissement vraisemblable de la mobilité des personnes tend à renforcer le débat sur l'efficacité des systèmes de santé en Europe. Mais comment évaluer les performances d'un système en matière de santé ? La prise de conscience, depuis la fin des années soixante-dix, de la nécessité de maîtriser les dépenses de santé dans tous les pays européens, a conduit certains gouvernements à privilégier les critères économiques.

Si l'on retient comme premier indicateur, la part des dépenses de santé dans le revenu national, le Royaume-Uni, le Danemark et la Grèce sont les pays les plus économes avec des pourcentages proches de 6 % en 1990 (Tableau 4). La France, avec 8,9 % de son PIB consacré à la santé en 1990, est le troisième plus gros consommateur de santé au monde, après les Etats-Unis et le Canada. En outre, la progression des prestations de santé a été continue en France : partie d'un rythme élevé de croissance des dépenses (près de 15 % par an jusqu'en 1984), elle a insuffisamment ralenti ces dernières, maintenant leurs taux de croissance supérieurs à ceux de la production. D'autres pays ont en revanche, réussi à stabiliser leur dépenses de santé (cf., notamment, Majnoni d'Intignano, 1991 : sur l'ensemble de la période 1975-1990, elles ont évolué à peu près au même rythme que le PIB en Allemagne, Belgique et Italie ; le Danemark est même parvenu à freiner ses dépenses, puisque celles-ci diminuent en pourcentage du PIB (tableau 4).

Si l'on considère les dépenses nationales de santé par personne et par an, on retrouve le même classement des pays (Graphique 5) : celles-ci variaient de 10 176 francs PPA ⁽¹²⁾ en France, contre 6711 francs PPA au Royaume-Uni ⁽¹³⁾.

Si les niveaux de dépenses totales de santé sont les plus élevés en France et aux Etats-Unis, la part des dépenses publiques de santé y est en revanche inégale, du fait de systèmes de couverture sociale très éloignés : le taux de prise en charge pour les travailleurs salariés était de 74,2 %, en France, en 1990, et de seulement 42,4 % aux Etats-Unis (tableau 4) ; au Royaume-Uni (où les dépenses totales de santé ne représentaient que 6 % du PIB), le secteur public était engagé à 85 %. Pourtant, la confrontation des indicateurs habituels de l'état sanitaire des populations (taux de mortalité infantile, espérance de vie à la naissance) avec le niveau des dépenses ne fait pas apparaître de liens directs entre les deux : les Etats-Unis par exemple, dépensent beaucoup et ont des résultats plutôt moyens (seizième rang mondial pour l'espérance de vie, vingt-troisième pour le taux de mortalité infantile). La France occupe un rang moyen plutôt bon (voir annexe). Il conviendrait, en outre, d'intégrer d'autres éléments de comparaison plus qualitatifs, comme les critères d'ouverture des droits, le nombre de médecins pour 1000 habitants, les méthodes

(12) L'OCDE établit des indices de prix en parité de pouvoir d'achat, PPA, permettant de comparer des agrégats en tenant compte du taux de change et des prix relatifs.

(13) Voir l'étude réalisée par l'INSEE et la DP pour le Sénat, mai 1992.

4. Les dépenses de santé publiques et totales 1960-1990, en %

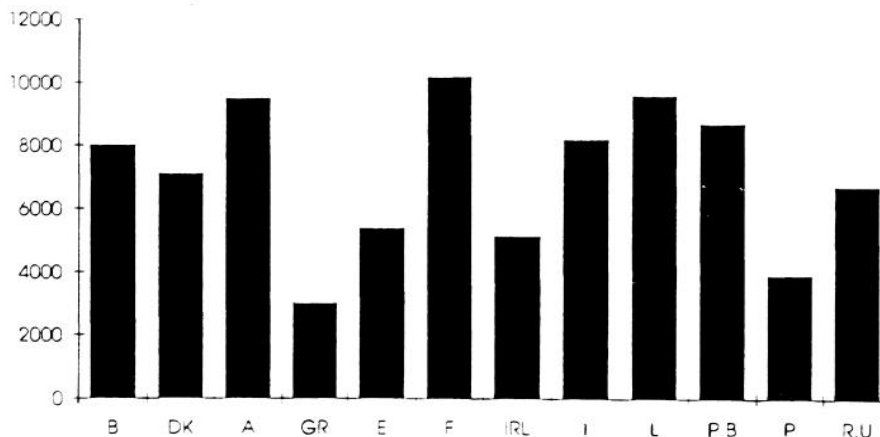
DPS = dépenses publiques de santé
DTS = dépenses totales de santé

	1960		1970		1980		1990	
	DPS/DTS	DTS/PIB	DPS/DTS	DTS/PIB	DPS/DTS	DTS/PIB	DPS/DTS	DTS/PIB
Belgique	61,6	3,4	87,0	4,0	87,4	6,1	82,5	7,4
Danemark	88,7	3,6	86,3	6,1	85,2	6,8	84,2	6,2
Allemagne	67,5	4,7	74,2	5,5	79,3	7,9	72,7	8,1
Grèce	57,9	2,9	53,9	4,0	83,9	4,3	76,0	5,3
Espagne	-	2,3	54,7	4,1	73,5	5,9	78,4	6,6
France	57,8	4,3	71,7	6,1	72,0	8,5	74,2	8,9
Irlande	76,0	4,0	77,8	5,6	93,5	8,5	82,0	7,1
Italie	83,1	3,9	86,4	5,5	87,8	6,7	77,7	7,6
Luxembourg	-	-	-	4,8	-	5,9	91,4	7,2
Pays-Bas	33,3	3,9	84,3	6,0	78,6	8,2	72,6	8,1
Portugal	-	4,7	-	7,2	68,9	5,9	61,7	6,7
Royaume-Uni	85,2	3,9	87,0	4,5	90,4	5,6	84,9	6,1
Suède	72,6	4,7	86,0	7,2	92,0	9,5	89,3	8,8
Japon	60,4	3,0	69,8	4,6	70,8	6,4	74,5	6,5
Etats-Unis	24,7	5,2	37,0	7,6	42,5	9,5	42,4	12,4

Protection sociale et intégration économique européenne

Source : OCDE - CREDES.

5. Dépenses de santé par habitant, 1990*



* en francs PPA (l'OCDE établit des indices de prix en parité de pouvoir d'achat, PPA, permettant de comparer des agrégats en tenant compte non seulement des taux de change mais aussi des prix relatifs).

Sources : OCDE, CREDES.

de remboursement, le budget des hôpitaux, l'accès aux spécialistes.... L'ensemble de ces indicateurs ne constituerait malgré tout qu'une mesure imparfaite de la performance d'un système de santé.

Les systèmes de santé seront-ils viables à long terme ? Dans les années à venir, les prélèvements liés au financement des dépenses de santé continueront sans doute, du fait du vieillissement de la population⁽¹⁴⁾, à représenter une part importante du PIB et du revenu disponible des ménages. Partout en Europe, les pouvoirs publics, largement engagés dans les dépenses de santé, ont pris conscience de la nécessité de freiner les dépenses publiques de santé⁽¹⁵⁾. La nécessité d'équilibrer les comptes des régimes sociaux, dans un contexte de contraintes accrues de financement, pourrait, si elle entraîne une hausse des prélèvements sociaux, conduire à une remise en cause des systèmes publics de santé : certains pourraient souhaiter rompre le contrat de solidarité sociale, en refusant de payer pour les malades ; l'assurance-maladie serait alors laissée à l'initiative individuelle et confiée au secteur privé.

Or l'exemple du système américain où l'engagement du secteur public dans les dépenses de santé est faible illustre les carences des modèles libéraux. La grande majorité des Américains ont en effet recours à des assurances privées dont les charges sont partiellement supportées par les entreprises. Aussi le nombre de personnes peu ou mal couvertes est-il important (les chômeurs, les travailleurs à temps partiel, par exemple, ne sont pas couverts)⁽¹⁶⁾. En outre, une politique de sélection des risques par les assurances peut les conduire à rejeter certaines catégories de malades.

(14) Une personne de plus de 65 ans dépense en moyenne en frais de santé 2,5 fois plus qu'une personne de moins de 65 ans (voir OCDE, 1987).

(15) Budgets globaux pour les hôpitaux en France et aux Etats-Unis, hausse du ticket modérateur en Allemagne, au Royaume-Uni et en France...

(16) Selon l'étude réalisée par l'INSEE et la DP, 33 millions d'Américains ne bénéficieraient d'aucune assurance en 1992; en outre, pour les assurés, la couverture et les conditions d'accès sont très variables.

Le système de santé britannique (*NHS, National Health Service*) couvre, en revanche, toute la population sans exclusion ; archétype du système universel de Sécurité sociale, il fonctionne sur deux principes, la gratuité des soins et le financement par fiscalisation complète. Le gouvernement fixe chaque année une dotation budgétaire au poste santé, en fonction des dépenses de l'année précédente ; les autorités régionales reçoivent ensuite leur enveloppe au prorata de la population. Les régions ventilent alors les crédits entre médecins et hôpitaux. Le malade ne paie donc jamais, mais en contrepartie, il doit s'inscrire chez un généraliste qui le suivra. Ce dernier est rémunéré à la capitation, c'est-à-dire en fonction du nombre de clients inscrits. Le système britannique, à forte couverture publique, ne présente pas un niveau de dépenses plus élevé que les autres systèmes européens ; c'est au contraire le système le plus économe.

Dans le *NHS*, la demande de services médicaux s'ajuste finalement aux crédits. Aussi la maîtrise des coûts du système britannique peut-elle refléter les évolutions d'un système qui ne se donne pas de moyens financiers suffisants ; les deux modalités d'ajustement du système — les listes d'attente dans les hôpitaux du *NHS* (pour les interventions non urgentes) et le recours croissant au secteur privé — en témoignent. En 1990, le gouvernement britannique a d'ailleurs adopté une série de mesures afin de réformer le *NHS* ; le projet consistait à introduire des mécanismes de marché dans le système de santé (les hôpitaux pouvant par exemple vendre leur services, soit aux médecins, soit aux Autorités de District). Cette réforme était motivée par une recherche d'efficacité. Toutefois, l'évolution vers une régulation marchande des systèmes de santé doit se faire prudemment. L'application de principes libéraux à un secteur ayant des caractéristiques particulières (imprévisibilité du risque, dissymétrie d'information entre le malade et le médecin, lien de confiance...) risque, selon les Travailleurs, d'avoir un effet de sélection sur les soins et de dégrader la qualité de la médecine anglaise (cf. INSEE et DP, 1992).

Par rapport à ces systèmes très typés, la France occupe une place originale : dans son système de santé, coexistent une dimension libérale (liberté du choix du médecin, liberté de prescription, liberté d'adhésion à la couverture complémentaire...) et un interventionnisme massif de l'Etat à l'hôpital, mais aussi dans la fixation des rémunérations, des prix des médicaments et des effectifs (cf. Fonteneau, Gubian, Sterdyniak et Verpeaux, 1988). Au regard des critères de couverture, le système français dont environ 1 % de la population sont exclus est plutôt mal placé par rapport aux systèmes d'Europe du Nord (Royaume-Uni, Danemark et même Pays-Bas). Mais les systèmes britannique ou danois ont des contreparties, puisque la liberté du choix du médecin est limitée... Or ce degré de liberté peut être un critère déterminant — comme en France par exemple. Aussi l'homogénéisation des systèmes de santé semble, pour l'instant, exclue : la mosaïque des systèmes de santé, les spécificités des procédures en vigueur, traduisent des contextes historiques et institutionnels nationaux auxquels les pays sont fortement attachés, le poids des habitudes sociales tendant à freiner toute perspective d'harmonisation.

La forte augmentation des dépenses de santé dans tous les pays de la Communauté, quel que soit leur mode de financement et de régulation, a rendu cruciaux les problèmes des systèmes publics de santé. Dans l'avenir, le vieillissement de la population et l'ouverture des frontières risquent d'aggraver ces difficultés et de remettre encore plus en cause le principe de solidarité nationale. Cette évolution n'est pas souhaitable : le système public a des avantages par rapport aux

systèmes privés, dans la mesure où il ne sélectionne pas ses assurés. Aussi plusieurs pays essaient de s'orienter vers des systèmes de contrôle de l'offre de soins, en déterminant des normes quantitatives et en ayant davantage une approche en termes d'efficacité économique. Dans ce contexte, il paraît indispensable de développer, parallèlement, des méthodes d'évaluation des systèmes de santé, afin d'articuler contraintes d'efficacité et choix sociaux.

La protection des personnes âgées dans la CE : l'incidence de la diversité des systèmes de retraite sur la libre circulation

La conséquence du vieillissement sur les dépenses de retraite

Depuis quelques années, l'avenir des régimes publics de retraite est devenu une préoccupation commune à l'ensemble des pays industrialisés (cf., par exemple, Cazes, Chauveau, Le Cacheux et Loufir, 1992 ; Cornilleau et Sterdyniak, 1991). Le processus de vieillissement des populations et l'augmentation de l'espérance de vie ont conduit à une hausse importante des taux de dépendance⁽¹⁷⁾. En outre, face à l'accélération du vieillissement à partir de 2010 (tableau 5), les perspectives de financement des régimes actuels de retraite sont relativement sombres. Si les tendances démographiques se confirment, les systèmes actuels ne pourront perdurer en l'état. L'augmentation sensible du nombre de retraités par rapport au nombre de cotisants risque d'entraîner de profonds déséquilibres financiers. Par ailleurs, le contexte économique actuel s'est dégradé : jusqu'à la fin des années soixante-dix, la forte croissance avait permis d'alléger, en termes relatifs, le poids ressenti des cotisations retraites ; au total, les générations successives touchaient des retraites supérieures à leurs cotisations. La recherche d'un équilibre financier durable, combinée à un souci d'équité intergénérationnelle, a conduit l'ensemble des gouvernements européens à entreprendre des réformes.

La part des pensions dans le total des prestations a augmenté, en moyenne européenne, de 43,7 % à 45,9 % entre 1980 et 1989 (graphiques 2 et 3). Cette tendance à la hausse a été commune à l'ensemble des pays européens. Néanmoins, la part des dépenses sociales consacrée au groupe vieillesse-survie fait apparaître de larges disparités entre les pays : ces dépenses représentaient ainsi, en 1989, 59 % des dépenses totales en Italie et seulement 32 % aux Pays-Bas et 31 % en Irlande. Le tableau 6 présente par ailleurs, la part des dépenses publiques de retraites en pourcentage du PIB pour 1986 ; là aussi, les situations des pays européens sont très diverses ; néanmoins, la prise en compte des fonds de pension privés atténue ces différences. On obtient alors une charge globale des retraites de plus de 10 % du PIB dans tous les pays de la Communauté⁽¹⁸⁾.

(17) Le taux de dépendance est égal au rapport de la population de plus de 65 ans sur la population de 15 à 65 ans.

(18) Voir sur ce point l'article d'Albouy et Kessler dans le numéro spécial « Europe sociale », 1989.

Si le vieillissement de leur population constitue un défi commun à l'ensemble des pays de la Communauté, les systèmes nationaux qui coexistent au sein de la CE restent extrêmement diversifiés. Ces disparités s'observent à plusieurs niveaux : architectures des systèmes et calculs des droits, modes de financement, techniques de financement des retraites, âge légal de départ à la retraite...

Age légal de départ à la retraite

Dans les pays de la Communauté, l'âge légal, ou réglementaire, de départ à la retraite se situe entre 55 et 67 ans. L'éventail se resserre cependant, si l'on établit une distinction entre les hommes et les femmes. Pour les hommes, en dehors de la France et de l'Italie ⁽¹⁹⁾ qui ont institué la retraite à 60 ans, tous les autres Etats-

5. Taux de dépendance des personnes âgées dans les pays de la Communauté européenne (*), 1980-2050

En %

	1980	2010	2050
Belgique	21,9	23,5	34,0
Danemark	22,3	24,3	39,1
Allemagne	23,4	30,6	41,6
Grèce	20,5	25,7	34,2
Espagne	17,2	23,0	38,6
France	21,9	24,5	37,6
Irlande	18,2	16,3	30,8
Italie	20,8	25,7	37,9
Luxembourg	20,0	27,5	33,2
Pays-Bas	17,4	22,1	37,6
Portugal	16,1	21,4	33,4
Royaume-Uni	23,3	22,3	30,0

(*) Taux de dépendance est égal au rapport de la population de plus de 65 ans sur la population de 15 à 65 ans.

Source: OCDE.

(19) En Italie, un projet de loi pour reculer progressivement l'âge de la retraite à 65 ans pour tous, a été approuvé par le Parlement à l'automne 1992.

**6. Dépenses courantes de retraite,
en % du PIB, 1986**

Belgique	12,0
Danemark	9,3
Allemagne	11,4
Grèce	10,6
Espagne	7,6
France	12,5
Irlande	5,6
Italie	15,6
Pays-Bas	10,5
Portugal	7,2
Royaume-Uni	6,6

Source: OCDE.

membres ont fixé la retraite à 65 ans (sauf le Danemark, à 67 ans). Pour les femmes, l'âge réglementaire se situe également entre 60 et 65 ans, si l'on excepte l'Italie (55 ans) ⁽²⁰⁾.

Les techniques de financement des retraites

Deux techniques permettent de financer les prestations retraites : la répartition ⁽²¹⁾ et la capitalisation ⁽²²⁾.

- La France et l'Italie utilisent exclusivement la répartition, pour les régimes de base et pour les régimes professionnels.

- Les autres pays européens fonctionnent en répartition pour les régimes de base, mais les régimes professionnels ou d'entreprises pratiquent la capitalisation. Les parts respectives de chacune varient d'un pays à l'autre : au Royaume-Uni, par exemple, le patrimoine financier des ménages était constitué presque pour moitié de créances sur les sociétés d'assurance et sur les fonds de retraite (44 %) ; et pour près de 26 % en Allemagne (Kessler, 1992). Aucun pays de la Communauté ne recourt exclusivement à la capitalisation.

(20) Toutefois, on constate que l'âge réel de départ à la retraite est compris entre 62 et 64 ans dans la majorité des pays de la CE (J.P Dumont, 1992).

(21) Dans le système par répartition, les cotisations perçues en une année doivent financer les prestations versées la même année; aucune réserve de capitaux n'est donc en principe constituée.

(22) Dans le système par capitalisation, les cotisations sont utilisées pour constituer un fonds de réserve, qui représente les engagements de retraite contractés à l'égard des affiliés.

Architecture des systèmes et règles de fonctionnement :

Les fondements conceptuels des régimes de retraite actuels reposent sur deux types de modèles :

- les systèmes distributifs, où les droits sont accordés selon le critère de résidence, quel que soit l'effort de cotisation accompli ;
- les systèmes commutatifs, où les droits sont issus du travail.

La philosophie distributive s'observe soit dans la condition d'ouverture des droits (critère de résidence au Danemark), soit dans l'existence d'une pension forfaitaire, (au Royaume-Uni, Danemark et Pays-Bas). Dans les systèmes commutatifs, les allocations servies sont proportionnelles : elles dépendent des cotisations et du profil de salaire passés. Cette distinction recouvre donc à peu près la typologie « Sécurité sociale/assurances sociales ».

Au cours des dernières décennies, les systèmes de retraites se sont éloignés de ces deux modèles : des régimes de pension complémentaire proportionnelle aux revenus et aux cotisations versées ont été introduits dans les systèmes distributifs, tandis que les systèmes commutatifs ont été complétés par des pensions minimales (par exemple le minimum vieillesse en France).

Malgré ce rapprochement, les régimes restent marqués par leur modèle d'origine. Le calcul des pensions de droits directs varie ainsi en fonction du critère de résidence ou de contribution. Une comparaison des règles de fonctionnement (revenu pris en compte, période de cotisation ouvrant droit à une pension complète, taux de remplacement) des différents systèmes montre que la France est plus généreuse que les autres pays de la CE, où les pensions sont calculées en fonction du salaire de carrière et pour une durée d'assurance supérieure à 37,5 années (cf. *Livre blanc*). En outre, les techniques de revalorisation varient également d'un pays à l'autre : l'indexation peut se faire sur les salaires (Danemark, Italie, Allemagne, Pays-Bas) ou sur les prix (Belgique, Grèce, Espagne et Royaume-Uni).

Il existe dans la Communauté européenne une grande diversité de régimes complémentaires de retraite, qu'il est impossible de décrire dans cet article. Selon le système des « trois piliers », les retraites sont découpées en trois parties ayant recours chacune à des méthodes de financement différentes. Dans le système français, les régimes *obligatoires* comprennent deux étages : le régime général (dont le financement, assuré par la Sécurité sociale, est basé sur une double solidarité, entre et au sein des générations, et qui fonctionne par répartition) ; les retraites complémentaires regroupées en deux grandes associations, l'ARRCO et l'AGIRC ⁽²³⁾, constituées par les régimes collectifs d'entreprises ou de groupes socioprofessionnels, représentent le deuxième pilier du système et sont également financées par répartition. Enfin, la prévoyance individuelle (épargne, contrats d'assurance-vie, placements dans l'immobilier...) constitue le troisième pilier du système ; elle se base sur la capitalisation.

(23) ARRCO: Association des régimes de retraites complémentaires. AGIRC : Association générale des institutions de retraite des cadres.

Les différents modes de financement des retraites

Les systèmes de retraites font appel à trois moyens de financement. Le poids du financement se partage entre l'Etat (budget général), les employeurs (impôts ou cotisations) et les salariés (impôts ou cotisation). Dans les systèmes commutatifs, ce sont essentiellement les cotisations patronales et salariales qui financent les régimes de retraite, tandis que dans les systèmes distributifs, c'est l'Etat qui a la part prépondérante.

Les modes de financement des retraites font apparaître de larges disparités au sein de la Communauté : la part des cotisations patronales était comprise entre 11,4 % (au Danemark) et près de 52 % en Italie et en France, en 1988 ; en revanche, la part de l'Etat atteignait près de 80 % au Danemark (tableau 7).

7 Modes de financement des retraites, 1988

En %

	Cotisation employeurs	Cotisation employés	Etat	Autres
Danemark	11,4	4,4	77,5	6,7
Allemagne	41,1	30,4	25,2	3,2
France	51,8	27,4	18,2	2,5
Italie	52,4	14,9	29,9	2,8
Pays-Bas	32,4	36,2	14,6	16,8
Royaume-Uni	27,9	17,0	43,0	11,8

Source: OSCE (Kessler, 1992).

Des modes de régulation très disparates

Les régimes de retraite se distinguent également par leur mode de régulation. Dans les systèmes distributifs, c'est l'Etat qui gère principalement les systèmes de retraites ; outre l'Etat, ce sont des organismes privés (fonds de retraite ou sociétés d'assurance) qui participent à la préparation financière de la retraite. Dans les systèmes commutatifs, la gestion est en revanche confiée aux partenaires sociaux (syndicats salariés et patronaux).

La régulation des systèmes de retraites dépend donc du modèle dont ils relèvent. Les systèmes distributifs, principalement financés par impôts, sont directement

soumis aux variations budgétaires ; l'évolution des dépenses, le montant des pensions et la structure des recettes dépendent donc fortement de choix politiques. Les systèmes commutatifs font en principe davantage intervenir les partenaires sociaux ; l'évolution de ces systèmes tient alors plus compte des rapports de force sur le marché du travail.

Retraites et intégration des marchés

L'extrême diversité qui caractérise les différents systèmes de retraite laisse penser que leur harmonisation, parallèlement à l'achèvement de la construction européenne, n'est pas concevable. Les larges disparités précédemment évoquées ne risquent-elles pas dès lors de gêner la réalisation du marché intérieur ? De trop forts déséquilibres sociaux peuvent en effet se répercuter sur d'autres marchés : la mobilité de la main-d'œuvre peut être freinée par le cloisonnement des systèmes de retraite ; les charges différentes de cotisations patronales peuvent conduire les entreprises à sélectionner leur pays d'implantation.

Le traité de Rome avait déjà pris diverses dispositions pour atténuer ce qui risquait de constituer un obstacle à la libre circulation des travailleurs : en application de l'article 51 du traité, qui prévoit la garantie aux droits de pensions et de prestations sociales, là où les travailleurs exercent leur activité, des décrets ont été mis en place en 1971, afin de coordonner les régimes légaux de Sécurité sociale (totalisation des périodes d'activité, exportation des prestations...).

Il est probable que ce genre d'action sera approfondi, notamment, dans le secteur des régimes complémentaires et professionnels ; mais les évolutions sont rendues délicates par la nécessité de respecter les caractéristiques essentielles des différents systèmes de retraite : à titre d'exemple, l'Acte Unique prévoit la libre prestation de services (LPS), dont les prestations sociales complémentaires ; l'adoption de ce principe pour les régimes complémentaires français aurait signifié l'abandon du caractère obligatoire de l'adhésion aux régimes de l'ARRCO et l'AGIRC ; les entreprises auraient alors pu se tourner vers les régimes complémentaires étrangers. Or, le deuxième pilier du système français de retraites ne peut fonctionner que grâce à la permanence des cotisations ; le caractère aléatoire et incertain de celles-ci aurait compromis son fonctionnement ⁽²⁴⁾.

La protection sociale de la famille : une compétition des systèmes sociaux ?

L'aide aux familles passe à la fois par le versement de prestations familiales ⁽²⁵⁾ et par des exonérations fiscales. Dans les deux cas, la diversité est de mise au sein de la Communauté européenne.

(24) Le risque de déstabilisation du système français complémentaire étant grand, l'ARRCO et l'AGIRC ont été exclus du champ de la LPS par la Commission (en octobre 1990).

(25) Les prestations familiales couvrent les allocations familiales, les allocations logements, les prestations maternité de remplacement et de soins, l'action sanitaire et sociale.

La grande inégalité des allocations familiales

L'étude de la part des dépenses globales au titre de la protection de la famille met en évidence une assez forte dispersion entre les pays européens : le groupe famille-maternité ne représentait, par exemple, en 1989, que 1,8 % des dépenses sociales totales en Espagne ⁽²⁶⁾, contre 13 % en Irlande. Par contre, le budget social consacré aux familles a baissé partout en Europe ; l'évolution à la baisse, depuis une vingtaine d'années, de la fécondité a en effet entraîné une réduction continue du nombre de bénéficiaires des allocations familiales et maternité.

Le droit aux allocations familiales pour tous les enfants est reconnu dans tous les Etats de la Communauté (le principe de Sécurité sociale s'applique ainsi dans tous les pays). Cependant, ce droit à des prestations est très variable : selon le nombre d'enfants (les allocations sont ainsi versées partout, dès le premier enfant, sauf en France) ; selon les ressources (en Allemagne et en Italie) ; selon l'âge ou encore selon le rang (les allocations sont par exemple plus importantes en France pour le troisième enfant, alors qu'elles sont uniformes au Royaume-Uni).

Le tableau 8 tente d'illustrer, un peu grossièrement, la diversité des montants d'allocations familiales entre Etats-membres. Pour le premier enfant, par exemple, un ménage portugais touchait 8,8 écus par mois ⁽²⁷⁾, alors qu'un ménage danois recevait 61,8 écus (en 1990). Ces grandes disparités doivent bien sûr être relativisées par les différences de niveau de vie entre les pays.

Néanmoins, même lorsqu'on tient compte du niveau de salaire horaire dans l'industrie, des différences sensibles persistent : une étude de la Commission (CE, 1991) montre par exemple, qu'en fixant le rapport entre allocations familiales et salaire horaire à 100 au Danemark, on obtenait, pour les familles ayant un seul enfant ⁽²⁸⁾, des situations extrêmement contrastées entre le Royaume-Uni où l'indice est de 134 et la Grèce ⁽²⁹⁾ où l'indice est de 23.

Abattements fiscaux et congés de maternité

Les déductions fiscales constituent un autre type de mesure favorable à la famille. A la différence des allocations familiales, elles dépendent le plus souvent du revenu des familles. Dans le système français, par exemple, le quotient familial permet de prendre en compte la taille de la famille dans le calcul de l'impôt sur le revenu (cf., en particulier, Sterdyniak, 1992).

(26) L'Espagne a cependant introduit d'importants changements dans le système d'allocations familiales en 1990 ; en particulier, le montant annuel de la prestation familiale a été multiplié par 12.

(27) Un écu vaut environ 6,70FF.

(28) Cependant, la « supériorité » du système anglais se limite au cas des familles n'ayant qu'un enfant.

(29) En Grèce, pour les salaires les plus bas du secteur privé.

8. Congés de maternité et montants mensuels des allocations familiales, en ECU 1991 (*)

	Congés de maternité	1er enfant	2ème enfant	3ème enfant	4ème enfant
Belgique (1)	15 semaines	52,0 / 7,7	97,1 / 88,4	145 / 142,1	145 / 142,1
Danemark	28 semaines (2)	61,8	61,8	61,8	61,8
Allemagne (3)	14 semaines (2)	24,4	34,2	68,3	68,3
Grèce (4)	16 semaines (2)	8,8 / 4,0	8,8 / 9,9	150,4 + 17,5 / 16,4	22,8 + 22,8 / 4,7
Espagne(5)	16 semaines	23,4	23,4	23,4	23,4
France	16 semaines (2)	0,0	87,4	111,8	112,1
Irlande	14 semaines (2)	20,6	20,6	20,6	20,6
Italie (1) (4)	20 semaines	39,0 / 12,9	39,0 / 12,9	104,0 / 12,9	150,0 / 12,9
Luxembourg (6)	16 semaines (2)	45,7	84,0	177,8	137,6
Pays-Bas (6)	16 semaines (2)	36,3	52,7	51,7	62,5
Portugal	13 semaines	8,8	8,8	13,3	13,3
Royaume-Uni	40 semaines (7)	51,4	45,1	45,1	45,1

(*) Sans modulation en fonction de l'âge.

(1) Selon que le parent ayant droit est **salié** ou indépendant.

(2) Avec salaire intégral.

(3) Montants de base.

(4) Modulations selon le statut du parent ayant droit, et sous condition de revenu (ici = 40 000 Drs/mois).

(5) Si le revenu ne dépasse pas un certain plafond.

(6) Montants ré-échelonnés pour obtenir des montants par "rang" et par enfant, au lieu de montants par groupe. On rajoute ainsi les suppléments dûs aux enfants suivants à l'enfant qui leur ouvre le droit.

(7) Pas généralisé.

Source: CEE, 1991.

La comparaison est là aussi délicate : dans huit des douze Etats-membres, des dispositions pour les abattements fiscaux pour les enfants sont appliqués ⁽³⁰⁾. Ces abattements peuvent être progressifs selon le rang de l'enfant (c'est le cas en Belgique, en Grèce et en France ⁽³¹⁾) ou linéaires ; en outre, les niveaux de progressivité varient considérablement. Enfin, les sommes déductibles peuvent être soumises à diverses conditions (au Luxembourg, par exemple, elles ne sont applicables qu'à une partie des revenus).

Concernant les congés de maternité, le tableau 8 en présente la durée dans les différents pays de la Communauté, en 1991. Depuis octobre 1992 ⁽³²⁾, les Douze ont cependant adopté un congé minimal de quatorze semaines, avec une indemnisation au moins équivalente à celle versée en cas de congés maladie.

L'avenir des systèmes européens de protection sociale est-il menacé par l'intégration européenne ? La compétition des systèmes pourrait entraîner, dans un processus un peu catastrophique, une « dévaluation sociale » (délocalisation des emplois vers les régions où ils sont les moins coûteux et les moins protégés, par exemple ⁽³³⁾). Par ailleurs, les travailleurs des systèmes les moins généreux pourraient être attirés par des allocations plus élevées à l'étranger (par exemple, s'il y a de larges disparités entre le revenu minimum d'un pays de la CE et le salaire minimum d'un autre) ; ceci contribuerait à accentuer le déséquilibre entre recettes et dépenses sociales dans les pays à forte protection sociale.

L'approche des problèmes est ici avant tout économique. La viabilité se comprend ainsi comme une *compatibilité durable* des systèmes nationaux avec l'achèvement du marché intérieur. Cette approche n'est pas contraire à une approche sociale, mais le refus d'une Europe à deux vitesses conduit à envisager la viabilité des systèmes de protection sociale sous un angle différent : celui de leur capacité à satisfaire de nouveaux besoins sociaux. Si les politiques nationales ne parviennent pas à s'adapter aux nouveaux besoins de protection sociale, quel devra être le rôle de la Communauté ?

(30) Aucun abattement au Danemark, en Irlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

(31) Dans le système de quotient familial, chaque enfant à charge a droit à une demi-part (ou une part si le parent est célibataire, veuf ou divorcé) ; le troisième enfant à charge et les suivants ouvrent droit à une part (cependant l'avantage, en impôts en résultant est, dans certains cas, plafonné).

(32) La directive sur les congés maternité a été adoptée à Luxembourg, par les ministres des finances grâce à une abstention du Royaume-Uni qui bloquait le dossier depuis plusieurs années.

(33) La CE a attiré l'attention sur ce qu'elle a appelé le risque de « dumping social ».

La dimension sociale de l'Europe

Pauvreté et instauration de revenus minimums garantis

La montée du chômage, l'allongement de sa durée, l'accroissement du nombre des familles monoparentales..., ont été autant de facteurs qui ont contribué à augmenter la pauvreté. Les derniers travaux de la Communauté (cf., notamment, O'Higgins et Jenkins, 1989) estimaient à 50 millions le nombre de personnes pauvres dans la CE. Cette recrudescence de la pauvreté souligne les déficiences de nos systèmes de protection sociale ; elle plaide pour une approche sociale de la construction européenne, qui consisterait à garantir un niveau de protection sociale à toutes les catégories de la population. Les systèmes en place paraissent mal appropriés pour lutter contre la pauvreté, puisque bien souvent, le versement de prestations est conditionné par des cotisations préalables. L'institution d'un revenu minimum garanti constitue-t-elle, en ce cas, une solution adaptée ?

La plupart des Etats-membres de la Communauté — à l'exception des pays d'Europe du Sud — ont mis en place, depuis longtemps, un système national de revenu minimum ; en instaurant le RMI ⁽³⁴⁾, la France n'a donc rejoint que tardivement la majorité des pays de la CE. Les revenus minimums garantis consistent en un versement d'allocation monétaire. Dans la majorité des cas, cette allocation est calculée de façon différentielle à partir de l'ensemble des revenus, prestations sociales comprises. Si la palette des conditions d'attribution, du niveau et du mode de financement des allocations est des plus variées au sein de la Communauté ⁽³⁵⁾, la conception en est commune ; le revenu garanti est :

- à caractère quasi universel ;
- de durée illimitée ;
- assimilé à un droit.

La conception du RMI se distingue de ses précurseurs : son attribution est la contrepartie (ou la condition) d'un contrat d'insertion sociale, par le biais de stages ou de recherche active d'un emploi ; l'allocation monétaire est en outre assez modeste. En 1991, le RMI ne représentait que 70 % du minimum vieillesse ; il s'élevait à 2146 FF par mois pour une personne seule, 3220FF pour un couple, plus à peu près 650FF pour chaque personne supplémentaire à charge. L'échelle d'équivalence ⁽³⁶⁾ appliquée ici est moins généreuse pour les familles nombreuses que celle retenue par la Communauté européenne ou celle utilisée pour le calcul de l'*Income Support* ⁽³⁷⁾ au Royaume-Uni (tableau 9). Un couple ayant trois enfants, touchera par exemple une allocation 2,4 fois supérieure au montant du RMI d'une seule personne en France, alors qu'avec l'échelle de la Communauté, cette allocation serait 3,2 fois plus élevée.

(34) Le RMI (revenu minimum d'insertion) a été instauré le 1^{er} décembre 1988 ; il est versé à toute personne de plus de 25 ans résidant en France.

(35) Une présentation complète des revenus minimums est faite par S.Milano, 1989.

(36) Le recours à une échelle d'équivalence permet de prendre en compte les différences de niveau de consommation selon l'âge et les phénomènes d'économie d'échelle ; sur les problèmes de comparaison d'échelles d'équivalence, voir Atkinson A.B., et Cazes S., 1989.

(37) L'*Income support* est le revenu minimum anglais ; il profite à 4 600 000 familles.

9. Echelles d'équivalences utilisées pour le calcul du RMI, de la ligne de pauvreté de la CE et de l'Income Support

	RMI	CE	Income Support
Premier adulte	1	1	1
Second adulte	0,5	0,7	0,57
Chaque enfant	0,3	0,5	0,34-0,6

Source : Calculs de l'auteur.

L'expérience du RMI est-elle finalement concluante ? Le rapport de la Commission Vanlerenberghe ⁽³⁸⁾ restait assez mitigé. Orienté vers la lutte contre la pauvreté et l'insertion de ses bénéficiaires, le RMI vise deux catégories différentes de la population : l'une cherche avant tout à s'intégrer socialement, et l'autre professionnellement. Or, ces deux groupes ne coïncidant pas forcément, il est difficile de concilier les deux objectifs du RMI ; en outre, le niveau très modeste de la prestation, comparée au salaire minimum ⁽³⁹⁾, tend à en remettre en cause l'objectif d'insertion économique. Cependant, le point positif du RMI repose sur son aspect novateur, à savoir la relation explicite qu'il cherche à établir entre le versement monétaire et l'insertion sur le marché du travail. En outre, le RMI donne droit à d'autres prestations sociales, comme l'assurance maladie, les allocations logement. Il a ainsi permis d'étendre la couverture sociale à près de 500 000 personnes en 1991 ⁽⁴⁰⁾ (non protégées autrement) ; ce premier pas, en France, vers un système de Sécurité sociale universel, constitue certainement un progrès. C'est d'ailleurs de ce genre d'expérience (élargissement du champ de la protection sociale) que la Charte sociale souhaitait s'inspirer.

Pauvreté et marché intérieur

Il est pour l'instant difficile de prédire l'incidence du processus d'intégration économique sur les niveaux de pauvreté dans les différents pays de la Communauté. La plupart des analyses envisagent différents scénarios, plus ou moins optimistes, afin d'évaluer l'évolution globale du besoin de protection sociale. Ces analyses restent cependant trop agrégées pour que des conclusions définitives puissent être tirées. La répartition des revenus doit en effet être prise en compte. Les inégalités semblent s'être creusées depuis les années quatre-vingt, dans la plupart

(38) Cette commission indépendante d'évaluation du RMI a publié son rapport au printemps 1992.

(39) En 1988, le RMI représentait 53% du SMIC, pour une personne seule.

(40) Départements d'outre-mer exclus.

des pays européens ; or cette tendance risque de s'accroître, dans la mesure où le marché intérieur va offrir de meilleures opportunités aux travailleurs qualifiés et très qualifiés. L'incidence sur le chômage risque d'être très inégale ; les ajustements se feront vraisemblablement au détriment des travailleurs les moins qualifiés, dans les régions les plus riches. Au total, il y aura « un risque accru, au moins à court terme, d'insécurité et de marginalisation qui affectera certaines catégories » (Commission européenne, 1991).

Concurrence fiscale et rigueur budgétaire

L'ampleur de la répercussion de ces risques perte d'emploi, pression à la baisse des salaires, etc.. sur la pauvreté dépendra alors de la capacité des politiques sociales européennes à répondre à ce besoin croissant de protection sociale. Or il paraît assez vraisemblable que celles-ci auront de plus en plus de mal à relever le défi. Au niveau macroéconomique, la perspective de l'union économique et monétaire limite considérablement la marge de manœuvre des politiques budgétaires :

10. Structure des recettes fiscales, selon l'assiette des taxes, 1988

En %

	TVA	Accises	Total impôts sur B&S	Impôts sur patrimoine	Prélèvements sur les salaires	Impôts sur le revenu et les sociétés	Autres
Belgique	16,2	6,9	24,9	2,4	33,8	38,9	–
Danemark	19,4	12,3	34,1	4,6	2,5	58,6	0,2
Allemagne	15,6	8,6	25,2	3,1	37,4	34,2	–
Grèce	25,3	17,9	45,4	2,9	33,7	17,9	0,1
Espagne	17,1	12,2	30,5	4,1	35,7	29,6	0,2
France	19,7	8,9	29,4	4,8	45,1	17,4	3,2
Irlande	20,7	19,7	42,0	4,0	15,4	38,6	–
Italie	15,2	10,5	28,0	2,5	33,8	35,7	–
Luxembourg	14,2	10,4	25,2	7,7	25,4	41,7	–
Pays-Bas	16,5	7,1	25,2	3,5	42,5	27,9	0,3
Portugal	20,4	26,6	48,1	1,9	27,0	22,2	0,9
Royaume-Uni	16,5	13,1	31,2	12,7	18,5	37,5	–
EUR 12	18,0	12,5	32,1	4,5	28,8	34,1	0,4

Source: OCDE, 1990b.

les règles de Maastricht, si elles sont suivies, et les contraintes que la concurrence fiscale fait peser sur les recettes publiques risquent d'entraîner de fortes pressions sur les dépenses publiques, dans la plupart des pays membres ; la rigueur budgétaire pourrait ainsi matériellement contraindre les politiques nationales de redistribution.

Par ailleurs, le marché unique concerne des Etats qui présentent des structures fiscales très contrastées risquant d'être affectées par l'ouverture des frontières. En ce qui concerne la TVA et les droits d'accises, le processus qui a précédé l'accord de Luxembourg ⁽⁴¹⁾ en matière d'harmonisation, montre à quel point l'entente est difficile : l'harmonisation impliquerait pour plusieurs pays ayant déjà des déficits budgétaires, des diminutions de recettes fiscales ; or ces difficultés de financement risquent de se répercuter plus ou moins directement sur les budgets sociaux.

Le tableau 10 donne la structure des recettes fiscales des Douze, en 1988 ; le Danemark est le pays qui devrait connaître les difficultés les plus grandes pour aménager sa fiscalité indirecte. Dans ce pays en effet, les recettes de TVA (dont le taux, uniforme, s'élevait à 22 % avant l'accord de Luxembourg, tableau 11) représentaient un peu plus de 10 % du PIB en 1988 ; des moins-values fiscales pourraient alors entraîner des réductions de recettes budgétaires importantes ⁽⁴²⁾.

11. Les taux de TVA dans la CEE, en 1991

En %

	Taux normaux	Taux réduits	Taux majorés
Belgique	19	1 - 6 - 17	25 - 33
Danemark	22	-	-
Allemagne	14	7	-
Grèce	16	3 - 6	36
Espagne	12	6	33
France	18,6	2,1 - 5,5 - 13	23
Irlande	23	0 - 10	-
Italie	19	4 - 9	38
Luxembourg	12	3 - 6	-
Pays-Bas	18,5	6	-
Portugal	17	0 - 8	30
Royaume-Uni	15	0	-

Source: CE.

(41) Les Etats auront le choix entre un taux normal d'au moins 15% et un taux réduit supérieur ou égal à 5%, applicable aux produits de première nécessité (octobre 1992).

(42) Le taux de remplacement représente le rapport entre la retraite perçue et le salaire antérieur.

Les systèmes de protection sociale seront-ils viables ?

La viabilité à long terme

Comment les systèmes de protection sociale européens vont-ils évoluer face aux difficultés financières croissantes ? La cause première de ces difficultés est de nature démographique : compte tenu du vieillissement général de la population — baisse de la fécondité et augmentation de l'espérance de vie —, mais aussi en raison du progrès des techniques médicales, le poids des prestations maladie et retraite devrait fortement augmenter. La viabilité à long terme des systèmes se pose déjà à un niveau *national*. Confrontés à un contexte démographique défavorable, les pouvoirs publics peuvent réagir de deux façons : soit essayer de préserver les systèmes en place (garantie de prestations relativement généreuses, système de solidarité nationale...), en augmentant substantiellement les taux de cotisation ; soit maintenir les niveaux de prélèvements obligatoires actuels, ce qui entraînerait une réduction des taux de remboursement (pour la santé) et des taux de remplacement ⁽⁴³⁾ (pour les retraites) ; les assurances privées constitueraient alors une modalité d'ajustement importante.

La seconde solution conduirait à remettre partiellement en cause le modèle social européen ; il est donc sans doute préférable de s'orienter vers une augmentation progressive des prélèvements sociaux afin de financer les hausses futures de prestations sociales. En outre, il est indispensable de s'engager rapidement dans la voie des réformes (plusieurs pays ont déjà adopté des réformes pour les régimes publics de retraite par répartition : recul de l'âge de départ à la retraite — Italie, Belgique, Allemagne —, hausse des cotisations salariés — Grèce,...).

Compatibilité des systèmes face à l'intégration européenne

Par ailleurs, la viabilité des systèmes européens de protection sociale est, on l'a vu, menacée par l'ouverture des frontières : leur hétérogénéité et les différences de niveau de protection sociale, peuvent entraver la libre circulation des personnes ; elles risquent également d'asphyxier l'économie des systèmes les plus généreux.

Les systèmes actuels pourront-ils coexister dans le contexte d'achèvement du marché intérieur ? D'importants flux migratoires risquent de renforcer la divergence entre recettes et dépenses sociales dans les pays à forte protection. Dans la mesure où aucune harmonisation n'a été pour l'instant clairement envisagée dans le domaine social, la viabilité des systèmes nationaux sera fortement conditionnée par deux éléments : le degré de mobilité de la main-d'œuvre d'une part ; de l'autre, les ajustements fiscaux qui se feront au niveau communautaire.

(43) Le taux de remplacement représente le rapport entre la retraite perçue et le salaire antérieur.

Concernant le premier point, il semble probable que les marchés du travail en Europe ne s'intègrent que lentement, voire pas du tout (cf., notamment, Groupe international de l'OFCE, 1992). Les barrières linguistiques et culturelles risquent en effet de considérablement freiner les mouvements migratoires. En outre, les différences substantielles qui existent entre les salaires nets d'impôts dans les différents pays de la CE n'ont pas entraîné de mouvements migratoires importants (Ermisch, 1991). Il est toutefois possible que certaines catégories de la population deviennent plus mobiles avec l'ouverture des frontières (les chercheurs, les experts, les consultants, les universitaires, les chefs d'entreprise..., ou les bas salaires) .

On peut aussi se demander quelles risquent d'être les conséquences du contexte fiscal européen sur la protection sociale (cf. Sterdyniak *et alii*, 1991) : en l'absence d'accords précis, ne peut-il y avoir un alignement vers le bas ? Le souci de compétitivité entre les entreprises européennes peut, par exemple, les conduire à revendiquer un rapprochement fiscal (pour les cotisations patronales ou l'impôt sur les sociétés). On pourrait alors craindre qu'une concurrence fiscale ne s'établisse. Par ailleurs, une harmonisation, sur la moyenne communautaire par exemple, induirait une baisse de recettes fiscales dans plusieurs pays de la CE.

Quelle politique sociale européenne ?

Dans la phase actuelle de la construction européenne, les perspectives d'harmonisation restent exclues : la diversité des systèmes de retraites et d'assurance maladie, les différences de niveaux de vie entre les pays de la Communauté rendent impossible, à court et moyen terme, l'uniformisation. En outre, le choix d'une norme est particulièrement délicat : l'évaluation de la qualité d'un système de protection sociale est forcément imprécise et subjective ; par ailleurs, une harmonisation « par le haut » pourrait ne pas être financièrement tenable pour les pays à moindre protection sociale ; une harmonisation « par le bas » serait en revanche inadmissible pour les pays à forte protection sociale.

La Commission européenne préconise plutôt la recherche de convergence des objectifs et des politiques de protection sociale. Ceci, tout en respectant la diversité des systèmes de protection sociale et en s'inspirant du principe de subsidiarité (ne pas traiter au niveau européen ce qui peut l'être de manière plus efficace au niveau national, régional ou local) ; ces deux recommandations devraient permettre aux Etats-membres de conserver la maîtrise de l'organisation et du financement de la protection sociale. Cependant, les systèmes de protection sociale européens sont confrontés à des problèmes de même nature : développement des situations d'exclusion sociale, contexte démographique défavorable, croissance du coût des soins de santé... Aussi, au delà du rapprochement des politiques sociales, ne faut-il pas s'orienter vers un traitement commun des problèmes ? La Communauté ne doit-elle pas se doter d'une véritable politique sociale ?

La recrudescence de la pauvreté au cours des années quatre-vingt montre que les politiques nationales n'ont pas toujours su protéger les plus démunis ; or elles risquent à l'avenir d'être soumises à des contraintes financières plus strictes. Dans ce contexte, il paraît important de se préoccuper de la répartition des compétences en matière de protection sociale : une harmonisation des revenus minimums des Douze, par exemple, semble pour l'instant difficilement réalisable, du fait des

différences importantes de niveau de vie. En revanche, il serait utile de faire un effort de standardisation au niveau des informations statistiques, des méthodes de mesure de la pauvreté, et de celles de calcul et d'attribution des prestations. La Communauté pourrait alors intervenir dans plusieurs domaines : l'évaluation des différences de niveau de pauvreté entre les pays permettrait à la CE d'aider au développement économique des régions les plus pauvres (utilisation de fonds structurels, par exemple) ; elle devrait également encourager l'introduction de nouvelles formes de protection sociale, telles que le RMI en France.

Références bibliographiques

- ATKINSON A.B., 1990: «Poverty, statistics and progress in Europe», in R. Teekens and B. van Praag, editors, *Analysing poverty in the European Community*, Eurostat, Luxembourg.
- ATKINSON A.B. et S. CAZES, 1990: «Mesures de la pauvreté et politiques sociales», *Revue de l'OFCE*, n°33, octobre .
- AUBRY M., 1988: *Pour une Europe sociale*, La Documentation française, Paris.
- CAZES S, T. CHAUVEAU, J. Le CACHEUX et R. LOUFIR, 1992: «Retraites et évolutions démographiques en France — Le long terme», *Revue de l'OFCE*, n°39, janvier.
- CERC, 1991: *Atouts et difficultés des allocataires du revenu minimum d'insertion*, La Documentation française , Paris.
- Charte Communautaire des droits sociaux fondamentaux*, 1989, Commission des Communautés Européennes.
- Commission des Communautés Européennes, 1992: *Familles et politiques, tendances et évolutions en 1989-1990*.
- Commission des Communautés Européennes, 1992: *Politique sociale de la Communauté*.
- Commission des Communautés Européennes, *Tableaux comparatifs des régimes de Sécurité Sociale*.
- CORNILLEAU G. et H. STERDYNIAK, 1991: «Assurer les retraites», *Lettre de l'OFCE*, n°86, mercredi 3 avril.
- DUMONT J.P., 1992: *Les systèmes de protection sociale en Europe*, Economica, Paris.
- ERMISCH J., 1991: «European integration and external constraints on social policy: is a Social Charter necessary?», *National Institute Economic Review*, mai.
- European Commission, 1991: *Final Report on the Second European Poverty Program*, Bruxelles.
- EUROSTAT, 1991: *Portrait social de l'Europe*.
- FONTENEAU A., A. GUBIAN, H. STERDYNIAK et C. VERPEAUX, 1988: «Quel avenir pour la Sécurité sociale?», *Revue de l'OFCE* n°22, octobre.
- INSEE et Direction de la prévision, 1992: *Rapport pour le Sénat*, mai.

- KESSLER D., 1992: «Le vieillissement de la population en Europe, un défi à relever», communication aux journées «Assurances et retraite», Université de Liège, novembre.
- Livre blanc sur les retraites*, La Documentation française , Paris, juin 1991.
- MAJNONI D'INTIGNANO B., 1991: «Incitations financières et concurrence dans les systèmes de santé», *Revue de l'OFCE*, n°36, avril.
- MEULDERS D., 1992: «Les systèmes de protection sociale dans les pays de la CE. Convergences et divergences», communication au colloque de l'Association Internationale des économistes de langue française, Tunis.
- MILANO S., *Le revenu minimum garanti dans la CEE*, Que sais-je? 2479.
- OCDE, 1985: *Dépenses sociales 1960-1990*, Paris.
- OCDE, 1987: *La santé: Financement et prestations*, Paris.
- OCDE, 1988: *L'avenir de la protection sociale*, Paris.
- OCDE, 1988: *La réforme des régimes publics de pensions*, Paris.
- Revue française des affaires sociales*, «Europe la dimension sociale», novembre 1989.
- STERDYNIAK H., 1992: «Pour défendre le quotient familial», *Economie et statistiques*, n° 256, juillet-août.
- STERDYNIAK H., M.H. Blonde, G. Cornilleau, J. Le Cacheux et J. Le Dem, 1991: *Vers une fiscalité européenne*, Paris, Economica.
- VANLERENBERGHE P., 1992: *RMI, le pari de l'insertion*, La Documentation française , Paris.
- VOGEL-POLSKY E., et J. VOGEL , 1991: «L'Europe sociale, 1993: illusion, alibi ou réalité?», Université libre de Bruxelles.

ANNEXE

A1. Espérance de vie à la naissance (en années)

	Femmes		Hommes	
	1950	1990	1950	1990
Belgique	69,0	79,4	63,8	72,7
Danemark	71,7	77,7	69,2	72,0
Allemagne	68,3	79,0	64,4	72,6
Grèce	66,6	78,6	63,4	73,6
Espagne	64,3	80,1	59,8	73,4
France	69,7	81,0	63,9	72,8
Irlande	67,1	77,1 ⁽¹⁾	64,5	71,1 ⁽¹⁾
Italie	67,9	79,7	64,3	73,2
Luxembourg	65,7	78,5	61,7	72,3
Pays-Bas	72,8	80,1	70,5	73,8
Portugal	61,3	77,3	56,1	70,2
Royaume-Uni	71,3	78,5	66,5	72,9

(1) 1988.

Source: INED.