

Des modèles locaux de conciliation et de care face aux carences des politiques nationales

Illustration à partir du cas suisse

Olivier Giraud
Politologue
Centre Marc Bloch CNRS, Berlin.
olivier.giraud@cmb.hu-berlin.de

Barbara Lucas
Politologue
Resop —Faculté des Sciences Economiques et Sociales
Université de Genève
barbara.lucas@politic.unige.ch

Le vieillissement de la population, les transformations des formes familiales (familles recomposées, monoparentales, etc.) mais aussi des structures du marché du travail (précarisation de l'emploi, croissance des horaires atypiques, transformation du rapport des femmes au travail, etc.) occasionnent de « nouveaux risques sociaux », c'est-à-dire, de nouveaux besoins de protection sociale (Taylor-Gooby 2004). La prise en charge matérielle, affective, sanitaire, des jeunes enfants, des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes compte parmi les plus importants de ces nouveaux risques. Ils pourraient justifier une extension de la protection sociale institutionnalisée ce que l'hégémonie actuelle du discours de l'activation permet uniquement lorsque des contreparties, sous forme de travail ou de contributions sociales supplémentaires sont envisageables. Dans ce contexte, les soins prodigués par les proches, le plus souvent les femmes, et ceux émanant de réseaux locaux de prise en charge restent essentiels. Notre chapitre présente, pour le cas suisse, la diversité des régimes locaux de soin aux personnes dépendantes en revenant au préalable sur la signification de ces investissements locaux dans les systèmes nationaux de protection sociale. Nous proposons ici une lecture idiosyncrasique de ces arrangements émergeant de sociétés régionales bien différenciées.

Un couple sur deux est confronté au divorce en France, un cinquième des femmes allemandes restent sans enfant, un quart des enfants britanniques grandissent dans des familles monoparentales, la moitié des jeunes Italiens sont au chômage de longue durée, le temps partiel représente près d'un tiers de l'emploi total en Espagne... Ces données actuelles

ne sont qu'une indication des transformations structurelles des formes familiales ou de l'emploi qui gagnent du terrain partout en Europe. Ces changements de fond interviennent simultanément à ce que Gøsta Esping-Andersen appelle la « révolution féminine », c'est-à-dire la généralisation de la présence des femmes sur le marché du travail, qui constitue pour lui l'enjeu le plus important de la transformation de la protection sociale (Esping-Andersen, 2008, p.19). De façon plus précise, on préférera dire ici avec Chiara Saraceno que les bouleversements actuelles des structures traditionnelles de l'emploi et de la famille ont deux conséquences liées (2007) : la démultiplication des besoins de prise en charge et la déstandardisation des parcours de vie. Les « coups durs » en langage courant ou les « transitions difficiles » ou « situations atypiques » sur le plan familial ou sur le marché du travail en langage académique, ne sont plus des exceptions, mais deviennent progressivement la norme. La déstabilisation des arrangements individuels dans l'organisation du temps personnel et familial devient régulière et nécessite le plus souvent de recourir à de l'aide extérieure.

Devant la lenteur, les réticences et la pusillanimité des réseaux politiques et institutionnels nationaux à l'égard de nouvelles dépenses sociales, notamment dans ce domaine de la prise en charge de la dépendance, les individus et les sociétés locales restent en première ligne. Les personnes, les familles, les réseaux individuels ou des réseaux locaux plus organisés et institutionnalisés doivent inventer, transformer, renforcer, moderniser les formes territorialisées de conciliation. La responsabilisation du local face à la croissance forte des besoins de prise en charge des personnes dépendantes s'inscrit ainsi dans un contexte de sens bien précis. La prise en charge collective de la dépendance, parce qu'elle permet l'activation des femmes – notamment des plus qualifiées – en remettant rarement en question la faible implication masculine dans la sphère domestique, s'impose de plus en plus comme une évidence. Les Etats nation ou les Etats fédéraux se refusant cependant d'entériner de nouveaux droits sociaux liés à la reconnaissance d'un nouveau risque, cette délégation / décentralisation en direction d'entités politiques dont les ressources, les besoins et les traditions sociopolitiques sont disparates pourrait beaucoup augmenter les inégalités territoriales.

Dans ce contexte, il est nécessaire selon nous de partir de l'existant et d'analyser en conséquence les régimes de prise en charge à travers un double prisme méso : celui des arrangements locaux et celui des relations de genre. Nous commencerons cependant par envisager les raisons et la signification de la disqualification relative du niveau national face aux transformations contemporaines et à leurs conséquences sur les besoins de prise en charge. Nous nous pencherons dans un second temps seulement sur le cas suisse et

l'analyse de trois modèles de régimes locaux de *care*. Nous montrerons alors comment ces régimes sont organisés autour de discours privilégiant des parcours de vie pour les individus, des formes de prise en charge de la dépendance, mais aussi des régimes de conciliation ; dans les trois cas, la dimension du genre est centrale. Ces discours s'adossent à des formes d'action publique – répartition des responsabilités, réseaux d'acteurs, instruments et niveau institutionnel privilégiés. Les régimes formés par ces appariements entre discours et action publique feront enfin l'objet d'évaluations normatives.

Localisme et libéralisme : la subsidiarité au service de l'investissement social

Précarité, monoparentalité, transformation des rapports des ménages à l'emploi, etc. sont des défis pour la protection sociale, qu'elle soit assurée par les familles ou par les Etats sociaux. Ces transformations rendent en effet plus difficile la contribution essentielle des familles aux tâches de bien être, notamment au profit des plus fragiles que sont les tout petits, les personnes âgées ou les personnes handicapées. Le bilan peut en revanche paraître plus équilibré du point de vue de l'Etat social. L'accroissement des besoins de soins aux personnes dépendantes constitue certes une charge supplémentaire pour l'Etat, mais qui se trouve en partie compensée par les contributions nouvelles, sous forme de cotisations sociales ou de rentrées fiscales, générées par le surcroît d'emploi féminin. Précisément, cette mise en équivalence, ce besoin de compensation des dépenses sociales par des recettes financières ou par des prestations reçues sous forme de travail (*workfare*), constitue, depuis plus de dix ans aujourd'hui, la pierre angulaire des politiques sociales. Le paradigme de l'activation – des individus, des dépenses, des mesures, des institutions, etc. - (Barbier, 2005) doit être décliné à l'envie, souvent avec beaucoup d'ambivalence, pour expliquer, justifier, mettre en œuvre les nouvelles politiques sociales (Bonoli, 2007).

Les politiques sociale-démocrates britanniques ou espagnoles des années 90, notamment centrées sur les dépenses d'éducation, et qui s'inscrivent avant tout dans une rhétorique de « politiques de l'offre » (Carles Boix 1998) ont ouvert la voie à la domination du « *social investment state* », aujourd'hui largement diffusée par l'Union Européenne (Dufour, et. al. 2008). Le travail de démonstration des avantages démographiques et économiques des infrastructures d'accueil des enfants en bas âge s'inscrit bien dans cette perspective. Gøsta Esping-Andersen (2008, p. 28) montre ainsi comment l'Espagne perdra 75% de sa population actuelle en un siècle si elle n'améliore pas rapidement la situation de sa démographie, mais aussi comment l'Union Européenne perdra 0,7 point de PIB chaque

année en raison de son déficit démographique global (Ibid). L'équation entre les investissements en dépenses de prise en charge des enfants et croissance économique est progressivement établie et finit par former ce que Pierre Muller (1990) appelle un algorithme, c'est-à-dire un raccourci (au sens de *shortcut* anglais), une évidence qui donne corps à un référentiel d'action publique.

La démonstration de la productivité économique des politiques sociales familialistes se diffuse rapidement. Ainsi, en Allemagne comme en Suisse (Giraud, Lucas, à paraître 2009), un argumentaire rationnel de « dépenses sociales économiquement rentables » a été forgé et diffusé à partir de l'arène fédérale, dans le contexte général d'un discours sur le renouveau de la subsidiarité, avant d'être traduit concrètement au niveau local, sous des modalités diverses, en insistant beaucoup sur le rôle des entreprises, des réseaux locaux, des associations, des collectivités.

Cette articulation entre prise en charge et investissement qui semble bien fonctionner dans le cas des plus jeunes enfants est-elle cependant applicable aux autres groupes concernés ? Dans le cas du handicap (Giraud, Lucas 2007), les revendications des plus autonomes parmi les personnes handicapées sont elles aussi congruentes avec cet horizon : il s'agit alors de lier activité et autonomie personnelle. En revanche, les personnes ou les groupes représentant les personnes handicapées qui ne sont pas en capacité de travailler se méfient des excès des politiques du « tout autonomie et activation ». De la même façon, la transposition du concept de l'investissement social en direction des personnes âgées se limite le plus souvent à invoquer le maintien dans l'emploi des personnes, ou au mieux à faciliter des « transitions » entre activité et retraite (Schmidt, Hartlapp 2008¹). La prise en charge collective des personnes âgées peut-être articulée au discours de l'activation en ce que le soin par les proches gêne leur activité professionnelle et limite leur libre choix (Ibid, p. 13). Dans la plupart des pays du monde, que les Etats sociaux soient « bismarckiens », « universalistes », « libéraux » ou encore en phase de développement comme dans le Sud, la dépendance des personnes âgées ne débouche pas sur la création de branches spécifiques de la sécurité sociale comme cela a été le cas pour la maladie ou la vieillesse. Ainsi, en France le risque dépendance a été thématiqué dans l'arène publique au milieu des années 90 suite au débat allemand. Dans un régime de protection social plutôt bismarckien et aux politiques sociales centralisées, ce nouveau risque se gère aujourd'hui encore au plus près des personnes dépendantes dans le cadre d'une mesure assistancielle, confiée aux

¹ L'ensemble du numéro spécial de la revue de bonne qualité de valorisation scientifique allemande *Aus Politik und Zeitgeschichte* consacré aux personnes âgées comme « potentiel social » [Ältere: Gesellschaftliches Potential!] et qui pose avant tout cette question de la transposition du paradigme de l'investissement social aux personnes âgées, est entièrement consacrée au travail et à l'emploi des seniors.

départements. Au total en France, comme d'ailleurs dans la plupart des pays européens, les communes, les associations, les quartiers, les réseaux privés, les familles, bref les appartenances les plus proches des individus restent fortement sollicitées pour répondre concrètement aux nouveaux défis posés par la dépendance.

Cette tendance permet de confirmer le poids des « narratifs scalaires » libéraux sur les politiques sociales (Johnson, Mahon, 2004, p. 7). Ces narratifs sont des discours qui justifient la répartition des responsabilités et des tâches collectives entre différentes arènes de pouvoir, elles-mêmes encadrées par des institutions et animées par des acteurs sociaux, et au sein de ces arènes de pouvoir, entre acteurs ou instances sociales. Ainsi, selon les narratifs libéraux, *« le global est l'espace intangible de la construction des contraintes économiques ; le national est l'espace de l'ajustement à ces contraintes par le biais de pratiques régulatrices et dérégulatrices diverses ; enfin, le local est l'espace de l'adaptation par la construction de systèmes compatibles avec le marché et qui ne sont pas sensés agir comme boucliers protecteurs, mais bien comme des instruments permettant de maximiser les potentiels locaux »* (Ibid).

Dans les différents pays cependant, le national, dans sa version progressiste moderniste (celle qui pense les alliances entre les intérêts des femmes sur le marché du travail et les intérêts économiques) écrit une même partition —la conciliation au féminin - qui n'a plus qu'à être fidèlement interprétée par les fanfares et harmonies locales, avec la bénédiction des instances de régulation supranationale, dont l'OCDE et l'Union Européenne. Pourtant, à l'instar du cas suisse, particulièrement décentralisé il est vrai et dont les sociétés civiles locales sont actives et dotées d'identités fortes, le concert final donne à entendre des musiques très diverses qui ne ressemblent pas toujours à un hymne national pour la conciliation.

Prise en charge des dépendances : les régimes locaux de conciliation en Suisse

A l'instar de ses voisins, la Suisse connaît des transformations sociales et économiques (croissance du travail féminin, allongement de la durée de vie, restrictions budgétaires, etc.) qui modifient substantiellement les conditions de la prise en charge des personnes dépendantes (petits enfants, personnes handicapées et personnes âgées dépendantes)². En comparaison européenne, la tradition de subsidiarité et le fédéralisme ont

² Projet financé par le Fonds National Suisse de la Recherche (FNRS) dans le cadre du PNR 52: « L'enfance, la jeunesse et les relations entre les générations », Université de Lausanne -IEPI (novembre 2003-mars 2006).

contribué à ralentir la problématisation nationale du *care* en Suisse. Dans l'après-guerre, la dépendance est thématifiée dans le cadre des compensations financières pour les personnes se retirant du marché du travail. Plus tard, la Confédération finance, s'appuyant largement sur les organisations privées, la construction de maisons de retraites et de foyers contribuant à une relégation des personnes âgées et handicapées, avant de se convertir, dans les années 1990, aux soins à domicile. L'implication de l'Etat fédéral véhicule alors une vision médicalisée et protectrice de la prise en charge collective. Celle-ci est pensée comme le substitut, le plus tardif possible, de l'apport des institutions locales d'une part, et des «proches aidants» d'autre part, notamment des femmes. L'évolution du domaine de la petite enfance est particulièrement représentative : il faut en effet attendre 2003 et 2004 respectivement pour que soit votée, au niveau national, une aide au financement des crèches et un congé maternité.

Dans un tel contexte, les arènes locales ont eu l'opportunité de développer des pratiques fort diversifiées. Ces pratiques ont été analysées à travers l'expérience de villes aux politiques contrastées (Bâle, Genève, Frauenfeld, Fribourg, Lugano et Sierre). Au-delà de cette diversité empirique, il s'agissait de développer des modèles de politiques et de discuter leurs implications normatives. Sur la base d'une analyse locale des configurations d'acteurs, de leurs activités, de leurs discours et de leur ancrage institutionnel, trois modèles de politique de *care* ont pu être reconstruits : le modèle de l'Assistance, de la Responsabilisation et de la Réflexivité. Chaque type idéal implique à la fois des modes de définition des parcours de vie, des modes de prises en charge et de conciliation ainsi que des modes de régulation sociale et politique. Ils renseignent notamment sur la dimension genrée des parcours de vie, sur les enjeux d'égalité sociale, notamment face aux choix effectifs de modes de vie, sur les relations entre les générations, mais également sur la répartition des responsabilités sociales, entre instances privées et publiques, ainsi qu'entre les différentes échelles d'action publique. Construits sur la base de politiques publiques concrètes, ces modèles représentent autant de possibilités de penser les enjeux normatifs et théoriques de la prise en charge et du soin des personnes dépendantes.

Dans le modèle de **l'Assistance**, les formes « traditionnelles » de prise en charge sont privilégiées. L'existence des personnes dépendantes reste ancrée dans la sphère privée. La famille, les communautés de proximité ainsi que les synergies entre les générations sont valorisées. La dépendance n'est pas stigmatisée car elle fait partie intégrante du parcours de

vie des individus. De fait cependant, les situations de dépendance en génèrent d'autres pour les proches, c'est-à-dire pour les femmes (les mères, les épouses, les filles, les voisines...) dont on attend, implicitement, l'exercice quotidien d'une éthique de la sollicitude. Le modèle de l'assistance favorise le modèle de monsieur gagne-pain. Cependant, dans les ménages les plus modestes, le travail féminin constitue un « appoint » au revenu du ménage, formant ainsi le traditionnel modèle du couple gagne-pain et demi(e), dans le cadre de rôles sociaux et de rapport au travail qui restent fortement genrés. Les femmes assurent la totalité des charges de conciliation, prise entre leur activité professionnelle peu valorisée et leur rôle social majeur de prise en charge.

Dans ce contexte, l'Etat intervient sur un mode paternaliste et génère un rapport de sujétion (don vs reconnaissance) qui apporte du secours en matière de prise en charge aux plus démunis. Le réseau de prestation est minimal et monolithique. Le caractère centralisé, directif et fortement intégrateur de l'intervention publique fige les initiatives privées. Les instruments qui règlent les relations de *care* sont peu explicites dans la mesure même où l'essentiel de cette activité est reléguée dans la sphère informelle. Les institutions publiques fonctionnent donc comme des marqueurs sociaux de non intégration pour ceux qui les sollicitent.

Le modèle de l'assistance repose sur une approche intégrée et cohérente du *care* mais il est porteur de risque d'exclusion et d'inégalité devant les appartenances sociales, de genre ou communautaires. Il restreint la diversité des trajectoires et des modes de vie individuels. Enfin, il fait de nécessité vertu : en attribuant au *care* une normativité de principe, il contribue à occulter l'ambivalence et le jeu de domination dans lequel s'inscrit tout rapport de dépendance. Issu de la tradition catholique du secours, ce modèle valorise une position fédéraliste : on privilégie l'indépendance des arrangements régionaux protecteurs face à un Etat central (protestant), perçu comme intrusif dans les arrangements familiaux.

Le second modèle est celui de **la Responsabilisation**. L'indépendance y est construite comme la clé de l'existence personnelle mais aussi sociale. Ce modèle érige l'activation en norme centrale, non négociable. Dans les foyers, il est attendu que Monsieur et Madame soient gagne-pain tous les deux. Les situations de dépendance ne sont abordées que par défaut (prévention de leur émergence, optimisation des frais, répartition des coûts en dehors de la responsabilité publique) et font l'objet d'un cantonnement dans la sphère privée, familiale ou marchande. L'action publique s'appuie sur le modèle de l'individu adulte et responsable, capable d'acquérir sur le marché les facteurs de son bien-

être et de contribuer au développement social. La faible thématisation publique de la prise en charge correspond à la focalisation sur l'activation professionnelle.

Le principe de la subsidiarité règle les rapports au sein du réseau de prestation, ainsi qu'entre l'Etat et les personnes concernées. Ainsi, les individus doivent d'abord mobiliser leurs ressources relationnelles (famille, réseau de proximité) ou financières (achat de services). Les relations entre prestataires et destinataires du *care* sont régulées par le marché dont l'Etat garantit, conformément à la tradition libérale, le bon fonctionnement, au moyen par exemple du contrôle de qualité des prestataires. L'Etat diffuse aussi les codes de bonne conduite, élaborés avec des représentants d'associations et des acteurs marchands. Ces normes, sanitaires par exemple, sont élaborées en accord avec des représentants associatifs et des entreprises. Elles sont au cœur du processus de responsabilisation : l'Etat délègue des capacités de co-production, mais retire son engagement vis-à-vis d'individus qui se voient imputés la charge de leur bien-être. Recourir à des prestations publiques est assimilé à une procédure hors normes, ce qui légitime l'usage d'instruments intrusifs quant à la situation personnelle, notamment financière, des requérants.

La mise en avant d'une citoyenneté sociale, la défense d'une société active et autonome et la mobilisation des solidarités comptent parmi les points forts du modèle. L'attribution unilatérale des responsabilités et la relégation du traitement de la dépendance dans la sphère marchande et personnelle génèrent en revanche de nouvelles inégalités de trajectoires, entre les femmes par exemple, selon la position sociale. Enfin, pour les femmes ou les groupes les moins favorisés, les régulations par la subsidiarité ou le marché ne sont véritablement émancipatrices que dans le cadre d'une activité professionnelle suffisamment rémunératrice. La référence à l'activation est ici confirmée. Ce modèle se situe en décalage avec les initiatives prises dans l'arène politique fédérale et qui tendent à reconnaître le caractère public, socialisé, collectif, des tâches de *care*. Au contraire, en s'abstenant de reconnaître à son niveau le caractère public de la prise en charge, l'Etat régional (le canton) exprime clairement l'équation entre subsidiarité, activation, privatisation et décentralisation.

Enfin, le troisième modèle est celui de la **Réflexivité**. Inscrit en rupture avec les précédents, ce modèle est centré sur la valorisation de l'autonomie individuelle à chaque étape du parcours de vie et chaque situation – petits enfants, adultes, adultes handicapés, adultes avec enfants, personnes âgées dépendantes, etc. Les périodes critiques et de transitions sont considérées comme des moments de choix aussi bien pour le destinataire

que pour le prestataire de soin. Les politiques s'efforcent de soutenir les conditions d'exercice de ces choix sensés être discutés par les personnes concernées et adaptés au contexte. Dans ce sens, le *care* apparaît comme le résultat contingent d'une interaction sociale donnée, et sa normativité émerge de la rencontre des subjectivités en présence. La liberté de choix en matière de prise en charge est une norme centrale du modèle. Ce principe vaut pour les destinataires des soins, comme pour les aidants proches. L'activité professionnelle se décide ainsi, idéalement, de façon moins contrainte, au sein des ménages, sans que Monsieur ou Madame soient automatiquement gagne-pain.

La gouvernance du réseau est animée par un Etat facilitateur voire incitateur, qui assure avant tout un rôle de coordination et d'animation de la diversité sociale. Les complémentarités et synergies entre les différentes sphères sociales (marché, famille et quartiers, monde associatif, Etat) sont recherchées et encouragées. Une offre foisonnante émanant de la société est le corollaire indispensable de cette politique. L'adaptation des prestations aux situations individuelles fait l'objet d'une régulation décentralisée, qui valorise l'expérimentation. Les incitations publiques financières et l'organisation de forums de discussions sont les instruments privilégiés de cette régulation par le réseau. Par ailleurs, la palette des choix disponibles doit permettre aux destinataires de n'être pas captifs d'instruments inadaptés. Ce modèle cherche à corriger les inégalités effectives entre les personnes, qu'elles soient fondées sur le genre ou sur des facteurs sociaux par la participation, la redistribution, mais aussi en produisant une connaissance des besoins dont on espère qu'elle contribuera aux ajustements nécessaires.

Le modèle Réflexif est ouvert, différencié, ajusté à la diversité des situations liées aux modes de vie contemporains. L'importance de l'apprentissage politique, de l'expérimentation et celle donnée à l'information et au débat social renforcent sa capacité d'adaptation et son potentiel démocratique. La diversité des prestations et la complexité des réseaux restent toutefois des fragilités, notamment concernant l'intégration au plan intergénérationnel. De plus, cette sophistication rend la lisibilité de l'offre problématique et peut générer des inégalités d'accès. La liberté de choix risque de rester largement théoriques dans un contexte de restrictions budgétaires ou d'inégalités sociales et économiques marquées. Se sentant investi d'un rôle d'avant-poste de la modernisation, les défenseurs de ce régime local/régional sont actifs dans l'arène fédérale non seulement pour obtenir un soutien financier pas toujours accessible localement, mais aussi pour imposer un reversement des normes de références nationales dans le domaine du *care*.

• conclusion :

Classiquement, le local est assimilé aux tâches de proximité autour desquelles tous les clivages idéologiques se dégonflent comme des baudruches. Le local serait alors le domaine des « *low politics* », du consensus, du bon voisinage, de l'évidence d'un pragmatisme construit entre-soi. Et pourtant, le cas helvétique, précisément considéré comme la terre d'élection du consensus pragmatique, montre non seulement la diversité des arrangements locaux, mais surtout, ce cas démontre avec force leur caractère politique marqué.

Envisagé de façon plus approfondie, le local constitue un terrain d'analyse fondamental de l'Etat social, au moins pour quatre raisons (Williams, Mooney, 2008). En premier lieu, il est un cadre d'institutionnalisation dont l'importance grandit, y compris dans les systèmes politiques les plus centralisés. Les politiques sociales, qui représentent un enjeu de légitimité fort, constituent alors un registre d'action privilégié par les pouvoirs locaux. Ainsi, plus les politiques sociales locales se développent, plus elles sont susceptibles de donner lieu à de la politisation, c'est-à-dire à des mobilisations et à des controverses politiques. En second lieu, le local est le cadre d'émergence de cultures, de traditions, d'idéologies spécifiques du social. La solidarité, la protection, l'entraide, la communauté, ou précisément, dans les cas que nous avons analysés, l'activation, la conciliation et la prise en charge de la dépendance sont autant de mots clés porteurs de sens singuliers dans différents territoires. En troisième lieu, le local correspond à des citoyennetés sociales vécues, également singulières. En dépit de l'uniformité nationale de la plupart des droits sociaux, ces derniers n'ont en rien la même portée lorsqu'ils s'actualisent dans des situations locales caractérisées par le chômage de masse ou dans des situations où les taux d'emploi et les niveaux de vie sont élevés. Des pays européens comme l'Italie ou l'Allemagne qui connaissent de fortes disparités socio-économiques territoriales sont de bonnes illustrations de ces citoyennetés sociales vécues, dans des contextes territoriaux. Dans la France centralisée, le RMI n'a en rien la même signification pour ses bénéficiaires à Saint-Denis de la Réunion, sur le littoral des Alpes Maritimes ou dans le Cantal. Enfin, les dimensions idéelles, pratiques et vécues du social sont aujourd'hui toujours plus fréquemment analysées dans un contexte local. Investi comme un cadre réflexif, le local devient une variable pertinente permettant de produire une expertise à son tour précieuse pour alimenter l'action publique. Ces connaissances permettent même une « théorisation », au sens d'une analyse, des singularités du local, dont nous fournissons ici une illustration dans le cas de quelques villes suisses.

La combinaison de ces données sociopolitiques et de données plus socioéconomiques – quel type d'activité professionnelle pour les femmes ou plus largement, quel régime d'organisation des tâches professionnelles et domestiques dans les foyers ? – vont au-delà des enjeux de *care*. Il s'agit bien ici de régimes de conciliation complexes qui sont en jeu. Le nombre des variables, des enjeux, des objets et des acteurs de régulations impliqués dépasse largement le cadre de notre étude et renvoie à une pluralité particulièrement bien illustrée par le cas suisse dans le cas des arrangements locaux qui répondent à la demande croissante de prise en charge des personnes dépendantes. En ce que la pluralité est en Suisse un élément constitutif et accepté de l'identité nationale, cette situation n'est guère étonnante. Elle permet de poser la question de « l'égalité de traitement des citoyens » dans la formulation française, ou de « l'homogénéité des conditions de vie » dans sa version allemande.

Les études disponibles sur des cas plus centralisés comme l'Allemagne (Pfau-Effinger, Eichler, Och 2007) ou la France (réseau ACI) montrent pourtant des situations tout à fait proches chez les autres riverains du Rhin. Le retrait ou l'investissement très retenu de l'échelon national dans le risque dépendance sollicité, ou dans certains cas réactive, les réseaux et traditions communales, associatives, participatives qui avaient marqué en Allemagne, en France, comme en Suisse, les fondements de la protection sociale moderne. Du socialisme municipal à la philanthropie religieuse ou bourgeoise en passant par les réseaux d'entraide, ces modèles locaux développés en Europe étaient souvent paternalistes, clientélistes ou encore évoquaient le patronage ou le conformisme social, etc. dont on peut redouter qu'ils fassent leur retour avec la décentralisation. L'Etat providence bureaucratique, distant et peu différencié présentait au moins l'avantage de l'anonymat et de l'égalité. Il n'est cependant pas interdit de rêver à une « gouvernance multi-niveaux » qui permettrait de concilier les avantages de la meilleure prise en compte de la diversité et des réalités de terrain par les arrangements locaux et de l'égalité d'accès, de traitement et de la défense de droits universels par les bureaucraties de l'Etat providence nationale ou fédérale. On pourrait même évoquer ici l'Union Européenne qui hésite, mais avance malgré tout, dans son travail de construction d'un répertoire de normes et de pratiques dans le domaine social. Le cas suisse montre bien en effet que la déstandardisation des parcours de vie, la pluralisation des besoins collectifs, la diversification croissante des situations territoriales constituent des défis pour l'action publique. La résolution de ces défis s'appuie certes parfois de façon heureuse sur les traditions sociopolitiques locales, mais aussi sur la capacité d'innovation et de mobilisation des territoires. Ces différentes dimensions gagneraient cependant à être mieux encadrées

et relayées par des normes fédérales qui pourraient, à minima, servir d'orientation aux discours et prestations locales. Un tel processus de construction d'une scène politique d'échange et d'élaboration de référentiels communs est d'ailleurs à l'œuvre dans le contexte fédéral suisse, comme il l'est dans le contexte européen.

Références :

Barbier, Jean-Claude (2005). 2005, "Citizenship and the Activation of Social Protection: a Comparative Approach", in Jørgen Goul Andersen, Anne Marie Guillemard, Per H. Jensen, Birgit Pfau-Effinger (eds): *The New Face Of Welfare. Social Policy, Marginalization and Citizenship*, COST A13 Book Series, Bristol: Policy Press, 113-134.

Boix, Carles (1998). *Political Parties, Growth, and Equality. Conservative and Social Democratic Strategies in the World Economy*. 1998. New York: Cambridge University Press.

Bonoli Giuliano (2007), "Time Matters: Postindustrialization, New Social Risks, and Welfare State Adaptation in Advanced Industrial Democracies", *Comparative Political Studies*.

Dufour, Pascale ; Dobrowolsky, Alexandra ; Jenson, Jane ; Saint-Martin, Denis ; White, Deena (2008). « Emergence d'un référentiel global sous tension : l'investissement social au Canada », in Giraud, Olivier et Warin, Philippe (dirs.). *Politiques publiques et démocratie*. Paris, La Découverte, pp. 179-198.

Esping-Andersen, Gøsta (2008). *Trois Lecons sur L'Etat Providence*. Paris: Le Seuil.

Fraser, Nancy (1994). *After the Family Wage*, *Political Theory*, n° 22. pp. 591-618.

Giraud, Olivier et Barbara Lucas (2007). « Jeux d'échelles et référentiels dans les politiques du handicap en Suisse », in Faure, Alain et al. (dirs.). *Action publique et changement d'échelles : les nouvelles focales du politique*. Paris, l'Harmattan, Logiques politiques, pp. 147-166.

Giraud, Olivier ; Lucas, Barbara (à paraître en 2009). *Le renouveau des régimes de genre en Allemagne et en Suisse : Bonjour néo-maternalisme ?*, Les Cahiers du Genre.

Mahon, Rianne ; Johnson, Robert (2006). *NAFTA – The Redesign and Rescaling of Canada's Welfare State*. Working Paper, Carleton University (Ottawa). School of Public Policy and Administration.

Muller Pierre (1999). *Les politiques publiques*. Paris, PUF.

Pfau-Effinger, Birgit; Eichler, Melanie; Och, Ralf (2007): *Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen*. In: Evers, Adalbert, Heinze, Rolf (Hg.): *Sozialpolitik: Ökonomisierung und Entgrenzung*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Saraceno, Chiara (2007). "Activation, individualisation et défamilisation dans les restructurations de l'Etat-providence : tensions et ambivalences", in: Serge Paugam (ed), *Répenser la solidarité*, Paris, PUF, 2007, pp. 915-934.

Schmidt, Günther ; Hartlapp, Miriam (2008). *Aktives Altern in Europa. Aus Politik und Zeitgeschichte*. N° 18-19, pp. 6-15.

Taylor-Gooby (2004). « New Social Risks and Social Change », in *New Social Risks, new Welfare*, Taylor-Gooby (ed). Oxford, Oxford University Press, pp. 1-28.

Tronto, Joan C. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. new York, , London, Routledge.

Williams, Charlotte And Gerry Mooney (2008), "Decentring Social Policy? Devolution and the Discipline of Social Policy: A Commentary", *Journal of Social Policy*, 37, 3, 489–507.