

La bataille de la Sécu :

Introduction :

3 grandes oppositions entre l'Etat Social et la Sociale :

- Principe de justice :

L'Etat social cherche à cibler les citoyens les plus nécessiteux en matière de santé tandis que la Sociale a une vocation universaliste. L'Etat social s'est développé et a accepté de plus en plus de gens dans son système de soins entre 1945 et 1980 pour contrer l'influence de la Sociale mais la tendance est depuis à la baisse ⇒ retour du ciblage des plus fragiles soit les malades et les pauvres. L'Etat prend en charge ce qui n'est pas assurable donc pas rentable pour le marché, l'hôpital par exemple.

Contre la tradition étatique ou ecclésiastique paternaliste, la Sociale ne se représente pas l'assuré comme un potentiel fraudeur.

“Là où l'Etat social impose par le haut une délimitation minimaliste, la Sociale procède par délibération démocratique des intéressés”

- Principe de la mobilisation de la production publique :

Conception de l'Etat qui vise à ne pas accroître le volume des dépenses publiques, à maximiser la productivité, rationner le nombre de soignants etc. Le NPM est le produit de l'Etat social.

Conception de la Sociale qui pousse pour l'extension de la production publique de soin et pour son contrôle par les travailleurs du soin. L'adoption de la Sécurité Sociale en 1946 a permis aux travailleurs du soin de s'émanciper de la tutelle de l'Etat et de l'Eglise en définissant eux-mêmes leurs conditions de travail et leurs besoins.

- Principe de mobilisation du capital :

Refus du capital dans les soins en 1789 pour protéger les acquis de l'Eglise et conserver la paix sociale : place centrale des religieuses qui travaillent bénévolement dans les hôpitaux notamment. L'Etat social a par la suite favorisé le développement du capital / du privé dans le secteur des soins via les cliniques, les assurances, les mutuelles, l'industrie pharmaceutique, qui ne doivent leur bonne santé et leurs profits qu'à la bienveillance de l'Etat.

Le domaine de la santé illustre parfaitement la distinction démocratie / représentation. D'un côté les décisions prises par les usagers, système très décentralisé. De l'autre l'intervention de l'Etat et des bureaucrates éclairés et raisonnables pour contrôler efficacement les dépenses et le fonctionnement ⇒ conséquence d'un procès illégitime en incompetence.

Contestation de l'équivalence publique / étatique

Public : ce qui est financé en commun, par un impôt ou une cotisation obligatoire mais n'est pas nécessairement dirigé par l'Etat. L'Etat est une modalité de gestion du public mais ni la seule ni la meilleure.

I. Du féodalisme au capitalisme : le renouvellement des institutions de soin

1789 : L'Etat doit-il se substituer à la charité ? Quelle place pour les classes laborieuses dans la définition du système de soins ?

Peu de changements dans le système de soin. Déchristianisation et libération du capital des contraintes d'AR. La stabilisation de la Révolution post 1795 entérine la question des droits sociaux : la propriété privée est inviolable et les aspirations des classes laborieuses sont sacrifiées sur l'autel des positions conquises par la bourgeoisie.

II. La mutualité, de la subversion à l'intégration au capitalisme

Deux modes embryonnaires de financement des soins avant 1789 : l'assurance via le capital
1791 : loi Le Chapelier qui consacre la liberté d'entreprendre face à la liberté d'association et interdit les corporations.

1803 : livret ouvrier qui fixe les travailleurs à un propriétaire, lequel seul est compétent pour les libérer.

Les sociétés de secours mutuel sont autorisées mais sévèrement encadrées : elles doivent s'occuper exclusivement "du soulagement de leurs frères" et n'avoir aucune activité syndicale ou politique.

En 1848 : 2500 sociétés pour 270 000 membres. Activités soutenues par l'Etat, quel qu'en soit sa forme : fêtes, visites aux malades, secours aux anciens, financement des obsèques). Vues comme un instrument de stabilisation sociale (s'occupent des accidents du travail, événements socialement inflammables) en prenant en charge des dépenses sociales que l'Etat ne peut assumer.

Mais activité étroitement surveillées car peuvent aussi jouer un rôle de socialisation politique important (discussion des conditions de travail, apprentissage des codes de la démocratie et de la citoyenneté pour des classes sociales qui en sont encore ouvertement exclues). ⇒ 4460 mutualistes condamnés pour délit de coalition entre 1825 et 1848.

Réappropriation de la Mutuelle par l'Etat contre le péril révolutionnaire :

- intégrer des institutions potentiellement subversives car en dehors des dominations ecclésiastiques, patronales et étatiques, à l'ordre social, c'est-à-dire sous contrôle.
- approbation de certaines mutuelles par le Second Empire : avantages matériels (fiscalité alléger, subventions, intérêts à la caisse des dépôts, obligation pour les

pouvoirs publics locaux de fournir des salles, des bureaux et des équipements) en contrepartie d'un contrôle politique fort.

Mutuelles approuvées : organisation territoriale plutôt que par métiers afin d'éviter qu'elles ne deviennent des syndicats d'ouvriers où seraient discutées les conditions de travail. Syndicalisme illégal à l'époque. Président choisi par l'Etat, membres honoraires qui apportent de l'argent et qui votent au CA. Permet de contrôler les ressources économiques afin d'éviter que celles-ci soient détournées au profit de l'organisation d'une conflictualité de classe.

Mutuelles autorisées : celles qui refusent de se soumettre au contrôle politique de l'Empire. N'ont pas la personnalité civile, ne peuvent que réaliser des dépôts de 8000 francs maximum dans des caisses d'épargne.

1870 : Les mutuelles approuvées (73% des mutuelles et $\frac{2}{3}$ des mutualistes) intègrent peu à peu d'autres fanges du corps social (employés, fonctionnaires etc) tandis que les mutuelles autorisées concentrent la fraction la plus combative de la classe ouvrière.

1890 : abolition du livret ouvrier

1884 : légalisation du syndicalisme avec Waldeck-Rousseau

Les mutuelles s'intègrent de plus en plus à l'ordre social en acceptant l'obligation de cotisation (alors que leur position historique est la liberté de cotisation), consacrant ce faisant la légitimité de l'Etat à intervenir et à dicter la politique sociale, loin donc des principes fondateurs d'auto organisation contre l'Etat et contre le capital.

Les syndicalistes voient dans le mutualisme un réformisme qui détourne les ouvriers du renversement du capitalisme tandis que l'Etat le considère comme un instrument de paix sociale, en intégrant les classes laborieuses dans le système : leur garantir un minimum de droits au sein d'un système qui leur demeure structurellement défavorable pour les détourner de l'objectif de le renverser.

Républicains de la IIIe et mutualistes sont liés et si la loi sur la Mutualité ne voit le jour qu'en 1898, c'est à cause de la concurrence institutionnelle des assurances et de leur prétendue expertise technique. Les mutualistes considèrent cette forme de secours comme la fin de la solidarité et la rationalisation de l'aide (car elle a vocation à faire du profit, donc à sélectionner les risques là où la Mutuelle n'a pas d'objectif lucratif).

1902 : FNMF pour peser sur les réformes sociales du gouvernement républicain.

1895 : création de la CGT, force syndicale ouvertement révolutionnaire.

En 1904, les mutualistes acceptent de participer à une loi sur les retraites qui impliquerait l'obligation de cotisation. L'idée est de continuer à participer aux côtés de l'Etat pour ne pas lui laisser le monopole des politiques sociales.

⇒ 1910 : loi sur les retraites ouvrières et paysannes avec obligation de cotisation. La CGT y est opposée car l'âge de départ à la retraite prévu est supérieur à l'espérance de vie des ouvriers. Cour de Cassation invalide l'obligation de cotisation en 1911.

De 1,9 millions de mutualistes en 1898 à 5,3 millions en 1914 : mais sont déprolétarisées puisque les plus bas salaires ne peuvent cotiser et sont complètement intégrées à l'Etat (500 000 membres honoraires en 1914).

Loi sur les assurances sociales de 1928-30 : obligation de cotisation à laquelle les mutualistes se rallient en espérant être les seuls gestionnaires des caisses mais l'Etat décide d'une liberté d'affiliation pour les cotisants.

Financement par une cotisation unique de 8% pour les retraites et les soins. Obligation de solidarité entre les caisses, certaines étant petites et gérant des populations à risque. La gestion des caisses est non étatique, contrairement à la Grande Bretagne par ex. Un aspect central du travail des services de l'Etat est de faire respecter l'obligation de cotisation aux employeurs.

CGT d'abord opposée, jusqu'en 1936, à l'obligation de cotisation car craint pour les salaires nets (ce qui n'est pas faux). Cela explique le peu de caisses d'assurés ouvrières (environ 5%)

Quasi 10 millions de sociétaires en 1938 pour la Mutualité. Influence importante dans des caisses gérées par l'Etat. Palais de la Mutualité inauguré en 1931 en présence du Président de la République : emblématique du glissement et de l'intégration à l'ordre établi d'une institution autrefois subversive.

Puis adhèrent à la Charte du Travail de Vichy qui, sous couvert de neutralité politique, vise à abolir les conflits de classe au profit de la Nation. Continuité de la ligne sous la III^e où la Mutualité a soutenu les élites de la République plutôt que le syndicalisme ouvrier.

III. La guerre totale comme fondement de l'Etat Social

“Ce ne sont pas (les périodes de guerre) des parenthèses entre deux cycles de paix, ce sont des périodes fondatrices d'un nouvel ordre trouvant ses racines dans la préparation, la conduite et les conséquences de la guerre”.

“Alors que la guerre est une activité destructrice produisant du chaos sur le champ de bataille, elle implique un degré de coordination extrêmement développé incompatible avec les règles du marché. Toutes les institutions étatiques se développent avec la guerre”

Avec la guerre totale, l'Etat devient légitime à intervenir dans des champs de plus en plus étendus de la vie sociale.

Richard Titmuss sur la relation entre guerre total et Etat social :

1. En préparant la guerre, l'Etat s'intéresse à la quantité d'hommes disponibles ce qui légitime des politiques natalistes.
2. Se préoccupe de la qualité des hommes retenus pour la guerre, ce qui légitime des politiques de santé.
3. Le souci de la santé de l'armée se déplace vers le souci de santé de l'arrière, où sont les forces permettant de mener la guerre et les futurs soldats (les enfants) auxquels les politiques accordent une attention particulière.

4. Il faut convaincre les civils que la guerre est juste, que la mission civilisatrice poursuivie est mieux que celle de l'ennemi et offrir en conséquence des perspectives égalitaires. Réduction des inégalités et services publics universels. Il doit à ses citoyens la contrepartie de l'impôt du sang pour se prémunir des désordres sociaux.

Ex: reconnaissance du veuvage en 1919 en les intégrant dans les politiques sociales. Elles étaient dépendantes de la charité, elles deviennent des ayants droit, "les dons d'hier sont devenus un dû".

L'impératif de la guerre permet de dépasser "l'objection libérale" dans la mise en place de politiques sociales.

Conventionnement des médecins :

Prix des consultations n'est pas fixé par l'Etat mais est le résultat de négociations à l'échelle locale entre les caisses et les médecins.

IV. La résistance à l'État et au capital comme fondement de la Sociale

Eté 1939 : PCF interdit

9 avril 1940 : décret du ministre socialiste Sérol qui punit de la peine de mort la propagande communiste.

Débats au sein du CNR entre résurrection de la Sociale ou généralisation de l'Etat social. Pas d'unanimité autour de la Sécurité Sociale mais du conflit.

Pierre Laroque :

Connaît le Plan Beveridge de nationalisation du système de santé qu'il juge inadapté à la France.

Propose plutôt :

- une unification des caisses sous l'autorité gestionnaire des intéressés
- réunifier dans une même institution les assurances sociales (retraite et santé), les allocations familiales et les accidents du travail.
- supprimer la liberté d'affiliation au profit d'une caisse unique pour chaque zone géographique.
- de gouverner ces caisses via un CA composé aux $\frac{3}{4}$ de représentants d'employés et d'un $\frac{1}{4}$ de représentants d'employeurs.
- Permettrait une grande solidarité à l'échelle nationale entre les caisses, une plus grande lisibilité pour les bénéficiaires (un seul guichet), une réduction des coûts de gestion (baisse des effectifs) et la démocratisation (désignation par les syndicats plutôt qu'élections).

La CGT soutient à fond, se sachant majoritaire dans les CA mais demande la suppression du plafond de cotisation afin d'éviter que les plus hauts revenus aillent cotiser dans des complémentaires.

Oppositions de différents groupes d'intérêts à l'unification généralisée car remettrait en cause leur pouvoir.

Portée par Croizat en 1946, la loi de la généralisation à tous de la Sécurité Sociale ne s'appliquera jamais. Corps social divisé entre les cadres qui créent leur propre caisse de retraite ou les fonctionnaires leur propre mutuelle par exemple (loi Morice de 1947).

L'équilibre financier des caisses est un enjeu central pour les assurés afin de démontrer la bonne gestion ouvrière et de s'assurer un budget pour les actions sanitaires et sociale qu'elles sont libres d'exécuter.

Création d'une Caisse Nationale pour garder du contrôle sur les caisses auto organisées: gère la compensation financière entre les différents risques, la promotion de la politique de la Sécu et le contrôle des opérations immobilières des établissements de base.

En parallèle création de la FNOSS par la CGT, sorte de parlement des caisses de sécurité sociale, fonctionnant sur un modèle fédéraliste. Adhésion volontaire des caisses. Souhaite devenir un interlocuteur entre l'Etat et les caisses, négocie les conditions de travail dans les caisses et les tarifs avec les médecins libéraux.

Création d'une école de la sécurité sociale pour former les militants à la gestion des caisses. Initiative ouvrière, complètement auto-organisée.

CGT et PCF ont organisé la Sociale, ça a demandé un travail énorme et c'est une démonstration de force que d'avoir réussi à mettre sur pied le système.

Pourtant, résistances : les ouvriers s'approprient à gérer indépendamment l'équivalent de la moitié du budget de l'Etat, c'est colossal et ça fait peur. Paternalisme étatique et patronal très menacé ⇒ freins administratifs (achat de locaux par ex).

La CGT fait 60% des voix aux élections des CA. Mais scission en 1947 et création de FO qui s'allie avec la CFTC, les mutualistes et le patronat afin de mettre en minorité la CGT malgré des scores qui continuent d'être au dessus des 40%.

L'Etat, via sa mainmise sur la caisse nationale, fait porter sur le régime général des prestations pour lesquelles il n'existe pas de cotisation préalable. Permet de mettre en péril l'équilibre budgétaire, donc de pointer une mauvaise gestion, donc de fragiliser la gestion ouvrière, donc de prôner une reprise en main plus raisonnable.

V. La réappropriation du régime général par l'Etat Social

Le système de santé se modernise via la socialisation.

La médecine libérale demeure un défi pour les caisses : s'aligner sur leurs tarifs et mettre en péril l'équilibre financier des caisses ou continuer à avoir un accès défaillant à la médecine pour la majorité. Forme de libéralisme non capitaliste.

Ordonnances Jeanneney en 1967 :

- division du régime général en 3 caisses en fonction du risque (Assurance maladie, assurance vieillesse et allocations familiales). Fin des mécanismes de solidarité / compensation entre les risques.
- introduction du paritarisme : recul des sièges occupés par les employés de 75 à 50%. Pour le patronat : besoin d'un syndicat conciliant pour imposer ses vues.

Désignation remplace l'élection et seuls les syndicats reconnus par l'Etat sont autorisés à être candidats. CGT grande perdante.

L'enjeu est de ré-étatiser la sécurité sociale pour en faire un instrument parmi d'autres de la politique sociale de l'Etat.

Les défenseurs de l'auto organisation mettent sur la table la question des charges indues que l'Etat fait peser sur le régime général alors qu'il n'existe pas de cotisation affiliée.

L'Etat et les partisans de la réforme rétorquent que le régime général n'est pas extérieur à l'Etat. De +, dans le cadre de la mise en concurrence prévue par le marché commun, l'Etat doit avoir la main sur toutes ses charges.

Pour les entreprises, les cotisations pèsent sur leurs activités donc renforcer le paritarisme dans la gestion des caisses est un bon moyen de contrôler l'évolution des cotisations, les entreprises n'ayant aucun intérêt à les faire augmenter. Le paritarisme est donc un outil central de maîtrise des dépenses des caisses.

⇒ la maîtrise constante des cotisations, à la baisse, est une explication plausible du déficit chronique d'investissements dans les services publics de soin depuis les années 80.

En 1982, la gauche ré instaure les élections dans les CA et redonne une majorité aux salariés (60%). La désignation reste la règle pour les employeurs. Grosse abstention, l'élan démocratique est loin. L'auto gouvernement n'est pas réductible au vote : importance des prérogatives associées au vote.

Les socialistes en 1990 introduisent la CSG : fiscalisation du financement de la sécurité sociale. Le Plan Juppé de 1996 et l'introduction d'une loi de financement de la Sécurité Sociale implique la création d'un budget de la Sécurité Sociale : "on passe d'une logique de réponse à des besoins à une logique d'adaptation à une contrainte budgétaire".

Création de la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) en 1996. L'Etat impose à la Sécu de financer l'adaptation à l'augmentation de la demande de soins et donc son déficit par les emprunts sur les marchés financiers plutôt que par l'augmentation des cotisations. La CADES oblige la Sécu à maîtriser ses dépenses afin de dégager suffisamment d'excédent pour payer la dette et ses intérêts. Changement complet du sens des priorités par rapport à 1946.

VI. Quand l'Etat social impose sa conception de la sécurité sociale.

La Sociale : "chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins"

L'Etat Social : "chacun paie selon ses moyens et reçoit selon son niveau de risque"

Avec la sécurité sociale, + on est riches, + on contribue (en 2012) :

Les 10% les + pauvres à hauteur de 4% de leur revenu.

Les 10% les + riches à hauteur de 15% de leur revenu.

Avec les complémentaires c'est l'inverse :

Les 10% les + pauvres à hauteur de 4% de leur revenu.

Les 10% les + riches à hauteur de 1%.

Avec sa réappropriation par l'État, le régime général devient une politique sociale comme une autre et devient étranger aux intéressés. La position de pouvoir occupée par les intéressés était centrale puisqu'elle leur donnait accès aux comptes, aux informations et leur permettait de définir les axes prioritaires selon leurs besoins : ainsi, conventionner les médecins libéraux devient une priorité lorsque les gestionnaires des caisses n'ont eux-mêmes pas les moyens de les consulter.

Le changement dans l'ordre du pouvoir implique un changement dans l'ordre économique. En reprenant la main, l'Etat est parvenu à désinstitutionnaliser la contestation c'est-à-dire la faire sortir de l'institution du régime général (puisque'il en a désormais le contrôle) pour la cantonner à l'arène politique et à la rue. Développement d'une bureaucratie sanitaire incarnée par les hauts fonctionnaires à la manœuvre dans les hôpitaux, les ARS etc.

Élites formées ensemble qui partagent des représentations communes de ce que sont des "bonnes" politiques de santé. Le paritarisme est pour elles source d'amateurisme et d'inefficacité, les politiques publiques étant uniquement envisagées sous un angle technique.

La Sécurité Sociale n'est dès lors plus envisagée comme un régime de protection à vocation générale. La protection du risque santé s'envisage pour ces élites sous deux angles : un pilier public et un pilier privé. La ligne de partage entre ce qui est socialisé et ce qui est laissé à l'initiative privée (souvent lucrative) induit une séparation entre gros et petits risques (risques rentables ou non).

Les risques non assurables car non rentables restent donc dans le giron public et la solidarité étatique, de + en + financée par l'impôt, se concentre dessus. C'est ainsi que les soins lourds sont très bien remboursés.

Tandis que d'autres soins, plus rentables, sont laissés aux complémentaires santé (dentistes). Introduction d'une médecine à deux vitesses entre ceux qui sont dépendants de la Sécurité Sociale et ceux qui ont les moyens de s'offrir une complémentaire santé leur permettant d'avoir accès à de meilleurs soins et à un meilleur confort.

Lorsque les institutions marchandes s'emparent du système de soins, elles ont tendance à proposer d'excellentes prestations à ceux qui ont les moyens de payer mais qui n'en ont que peu besoin d'un point de vue sanitaire tandis qu'elles proposent de mauvais contrats à ceux qui ont peu de moyens de paiement et de grands besoins sanitaires.

Gabriel Kolko : capitalisme politique comme modèle français.

Ni un capitalisme concurrentiel ni de l'administration étatique. Selon cette théorie, l'État n'est pas le reflet des luttes politiques entre groupes cherchant à s'arroger le monopole de la violence légitime mais est une synthèse entre élites politiques et élites économiques.

Cette fusion permet d'assurer des activités économiques sur 3 aspects :

- la stabilité (suppression des luttes concurrentielles et des fluctuations)
- la prédictibilité (capacité de planifier l'action économique car certitude de la stabilité du cadre politique)

- la sécurité (la certitude de ne pas souffrir d'attaques provenant de processus politiques démocratiques comme la socialisation des moyens de production).

Il ne s'agit pas vraiment de corruption mais plutôt de collusion, les élites politiques ne se font pas acheter par les élites économiques. Leurs représentations du monde sont partagées, leurs intérêts se confondent et tous se rassemblent sur la nécessité du statu quo.

Ex : Rapport de France Stratégie de 2019 qui indique que la France consacre 0,5 point de PIB en moins à ses hôpitaux que ses voisins européens. On est passés de 11,1 lits / 1000 habitants en 1980 à 5,9 en 2018.

La limitation de production publique de soin par l'Etat opère :

- en faisant payer le patient (reste à charge)
- réduire la disponibilité des personnels conventionnés (numerus clausus comme un outil d'une corporation qui défend son statut social par le maintien de sa rareté)
- réduire la disponibilité des hôpitaux publics.

La Charte de la médecine libérale de 1927 refuse un tiers public ou privé dans la relation entre le médecin et le patient : défense d'intérêts matériels (libre définition du prix) mais aussi refus de l'influence d'institutions qui n'ont pas la santé du patient comme objectif premier.

⇒ Conséquence de la reprise en main de la santé par une technocratie managériale :

- tarification à l'acte
- standardisation des processus de soin
- affaiblissement de la qualité des soins, ce n'est plus la priorité. Continuité du Plan Juppé qui fait passer le soin d'une logique de besoins à une logique de budget.

L'organisation du travail dans les hôpitaux, notamment depuis la tarification à l'acte incite à s'occuper de la maladie davantage que du malade et de réaliser des actes rentables, chaque acte donnant lieu à une subvention. Laquelle peut au final être réduite si le plafond alloué à l'hôpital (ONDAM) est dépassé. Fossé immense et grandissant entre les normes de travail imposées par le haut au bénéfice d'une soi-disant efficacité et la manière dont les personnels jugent devoir exercer leur métier.

"En confondant industrialisation et rationalisation, l'Etat légitimer d'autres conventions de qualité pourtant essentielles au soin".

"La dimension relationnelle est niée au point que les professionnels en souffrent que les patients".

"Non seulement l'Etat s'est réapproprié la Sécurité Sociale, mais il s'est aussi réapproprié la définition du travail de soin, au détriment des professionnels et des patients".