

Sécurité sociale

70 ans de lutte pour
la dignité et la solidarité

Une réalisation pleine d'avenir !

FO

SÉCURITÉ SOCIALE

70 ans de lutte pour
la dignité et la solidarité

Une réalisation pleine d'avenir !



Remerciements

La Confédération générale du travail FORCE OUVRIERE tient à remercier les participants de cet ouvrage :

Karine Beaurain, Patrick Brillet, Guillaume Commenge, Luc Delrue, René Ferchaud, Alain Gautron, Christian Goupillot, Salomé Mandelcwajg, Jocelyne Marmande, Véronique Pfohl, Philippe Pihet, Patrick Privat, Jacques Rimeize, Michel Rochette et Marie-Dolores Torres, ainsi que tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à cet ouvrage.

PRÉFACE



Jean-Claude Mailly,
Secrétaire général
de Force-Ouvrière

1945-2015 : 70 ans que la Sécurité sociale existe. Elle n'est certes pas née ex nihilo. Les ordonnances de 1945 sont le fruit d'une histoire, d'un contexte particulier au plan social, politique et économique (l'après-guerre), d'une nécessité.

Ces 70 ans n'ont pas été un fleuve tranquille pour la Sécurité sociale. En affichant dès le départ les objectifs d'universalité quant à la population couverte, en réalisant un mix entre les logiques bismarckienne et beveridgienne, en intégrant le refus de certaines catégories (agriculteurs ou commerçants par exemple) ou les craintes de la mutualité, la construction de la Sécurité sociale a dès le départ été marquée par une architecture complexe.

Pour autant, en 1945, un contrôle ouvrier a été instauré dans la gestion du régime général. Les administrateurs représentant les salariés étaient, via leur syndicat, majoritaires dans les Conseils d'Administration, les employeurs étant minoritaires. Ils avaient un réel pouvoir de gestion.

Au fil du temps, cette logique fut notamment contestée par des politiques et par une partie du patronat notamment qui y voyaient une démarche collectiviste, dépensière et pénalisante pour la compétitivité de l'économie et des entreprises. Le discours en réponse, et en défense de la Sécurité sociale, du ministre Daniel Mayer en 1949 est de ce point de vue révélateur. C'est d'ailleurs l'un des plus beaux discours de promotion de la Sécurité sociale.

Interviendront ensuite diverses évolutions qui contribueront à renforcer le poids de l'État au détriment du paritarisme, à accroître le pouvoir des régimes dits complémentaires, à modifier la répartition du financement dans des schémas dont seul Bercy a le secret !

Ajoutons enfin que dans une économie dite libérale et compte tenu des masses budgétaires en jeu, l'État et les gouvernements ont toujours voulu avoir la maîtrise financière et de gestion, ce à quoi ils sont d'ailleurs en grande partie parvenus. De fait, la démarche collective, obligatoire est contradictoire avec l'individualisme et le libéralisme économique. De fait, la Sécurité sociale est un îlot socialiste (au sens noble) dans un univers capitaliste.

Répondant aux besoins de la population, facteur de développement social, sanitaire et économique, structure répondant à l'expression des valeurs républicaines de liberté, d'égalité et de fraternité, elle est tout à la fois. Elle constitue de fait l'une des plus belles réalisations humaines.

Ce premier ouvrage retrace l'évolution depuis la création de la Sécurité sociale. Il dresse in fine, dans la partie « mythes et réalités », les questions essentielles à traiter pour non seulement la préserver dans son idéal et ses objectifs originaux.

Un deuxième ouvrage présentera d'ici quelques mois les propositions de Force Ouvrière. De l'état des lieux, nous passerons en quelque sorte à la reconstruction.

Bonne lecture !

INTRODUCTION



Jocelyne Marmande,
Secrétaire confédérale,
du secteur Protection
Sociale de Force-Ouvrière

« De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ». C'est un adage séculaire qui a traversé les livres et les idées, qui a connu certaines formes et des organisations, et nous en célébrons une aujourd'hui qui s'applique depuis maintenant 70 ans : la Sécurité sociale.

La Confédération générale du travail FORCE OUVRIÈRE est présente depuis son émergence : après avoir contribué activement à sa construction, nous poursuivons aujourd'hui notre participation à sa gestion, à ses évolutions, en conservant toujours dans nos convictions cet adage qu'elle incarne.

Nous souhaitons donc rappeler son histoire, inséparable de celle de notre syndicat : une histoire de presque deux siècles qui ont vu la protection sociale émerger et prendre forme dans des périodes de troubles et de violences. De la solidarité ouvrière sont nées les premières caisses où s'assuraient un secours mutuel les femmes et les hommes délaissés par le progrès du capitalisme. Lorsqu'ils furent enfin autorisés, ils purent développer cette même solidarité dans les syndicats qui depuis ont géré ces caisses, le long de leurs mutations historiques jusqu'à cet aboutissement des ordonnances de 1945.

Pour à la fois rendre hommage et commémorer cette construction mais aussi pour comprendre les critiques et réformes qu'elle connaît aujourd'hui, on ne peut s'affranchir d'un regard posé sur la naissance de la République elle-même, car elle trouve son origine dans les idées humanistes des Lumières et des Révolutionnaires. Ces mêmes idées furent ensuite portées notamment par les desseins des Résistants, qui, en pleine occupation, élaborèrent un véritable programme national et républicain dont la Sécurité sociale fait partie.

Aujourd'hui généralisée, à la frontière de toutes les solidarités, la Sécurité sociale organise pour chacun la garantie de la protection de la santé et de la sécurité matérielle. Face à l'inégal traitement des femmes et des hommes par la nature ou la fortune, face à l'inégalité sociale et économique qui peut toucher les mêmes femmes et les mêmes hommes, la Sécurité sociale incarne la solidarité collective pour donner à chacun des moyens convenables d'existence.

Elle se retrouve régulièrement remise en question, critiquée, caricaturée – de même que ses assurés, car elle est au cœur de la lutte des classes. C'est particulièrement vrai aujourd'hui, dans cette période de grands troubles économiques et sociaux : les inégalités s'accroissent terriblement et certains s'enrichissent pendant que de plus en plus de personnes sont en souffrance. Il nous apparaît alors indispensable de casser les clichés, les contre-vérités, les mythes, qui entourent la Sécurité sociale. Ils sont véhiculés, parfois – peut-être même souvent ! – innocemment, mais servent toujours cette doctrine libérale mortifère et mensongère : le tout-marché ne permettra jamais le bonheur de tous, la Sécurité sociale est indispensable pour donner humanité au développement économique, pour que puisse demeurer l'« exception française », malgré le virage néo-libéral des années 1980 qui se poursuit encore aujourd'hui et s'accélère !

La Sécurité sociale est l'aboutissement des valeurs de la République, son cœur doctrinal, et non le marché : donner la possibilité à chaque individu de la société française de pouvoir librement vivre dans la dignité et selon sa personnalité et sa singularité, en offrant à tous un égal accès au droit à la sécurité sociale par la contribution solidaire de chacun à un système organisé et géré collectivement par les syndicats.

Nous espérons que cet ouvrage en convaincra le lecteur, et qu'il partagera notre désir de poursuivre cette aventure sociale et humaine.

SOMMAIRE

L'HISTOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : DE L'ABOUTISSEMENT D'UN MODÈLE DE SOCIÉTÉ À SA REMISE EN QUESTION

QU'EST-CE QUE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?	9
■ LA NOTION DE RISQUE SOCIAL ET LA SÉCURITÉ ÉCONOMIQUE	9
■ EXTENSION DU CONCEPT ET POLITIQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE.....	11
ORIGINES ET CONSTRUCTION DE SYSTÈMES DE GARANTIES.....	13
■ LA GENÈSE : IDÉES DES LUMIÈRES ET DES RÉVOLUTIONNAIRES	14
■ LA PÉRIODE « CLASSIQUE » DE LA PROTECTION SOCIALE : UNE ADAPTATION DES TECHNIQUES PRIMITIVES SOUS FOND D'EXPLOITATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE.....	15
LA PÉRIODE « MODERNE » CONSTRUCTION ET REMISE EN QUESTION D'UN SYSTEME ORIGINAL AU COEUR DU PROGRES SOCIAL	27
■ LE PLAN DE SÉCURITÉ SOCIALE DE 1945 : UN PROJET D'UNION NATIONALE ENTRE PARTIS POLITIQUES ET SYNDICALISME RÉFORMISTE.....	28
■ LES DIFFÉRENTES PHASES D'EXPANSION ET DE GOUVERNANCE	35

LA SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE MYTHES ET RÉALITÉS

QUI DIRIGE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?.....	57
POURQUOI LA SÉCURITÉ SOCIALE EST-ELLE TOUJOURS EN DÉFICIT ?.....	61
A-T-ELLE UN SYSTÈME DE GESTION PEU EFFICACE?.....	74
EST-ELLE L'ENNEMI DE L'EMPLOI ?.....	79
FAUT-IL LA RÉFORMER ?.....	82

L'HISTOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : DE L'ABOUTISSEMENT D'UN NOUVEAU MODÈLE DE SOCIÉTÉ À SA REMISE EN QUESTION

QU'EST-CE QUE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?¹

Avant de pouvoir dresser un historique de la Sécurité sociale, il peut être nécessaire de poser quelques principes fondamentaux de ce qu'un tel système dessert. Nous pourrons alors mieux percevoir qu'il est un aboutissement, qu'il reflète la diversité, la richesse et les conflits de la Nation, tant dans ce qu'il est aujourd'hui que dans son histoire. Nous pourrons ensuite comprendre qu'il peut être aisé de remettre en question ce système, mais qu'il ne s'agit nullement de modernité : au contraire, il s'agit d'un mouvement conservateur qui propose un véritable retour en arrière ...

LA NOTION DE RISQUE SOCIAL ET LA SÉCURITÉ ÉCONOMIQUE

De manière générale, la sécurité sociale connaît un essor foudroyant dans les pays industrialisés du XX^{ème} siècle. C'est conjointement que se développent sous une approche fondamentalement différente des modèles existants du XIX^{ème} siècle : une **politique active de sécurité sociale** ainsi qu'un **système de sécurité sociale**. Alors que la première agit sur le

plan des finalités, cherchant à répondre à certains objectifs déterminés et souvent spécifiques, le second organise les moyens et ouvre un droit nouveau : le **droit de la sécurité sociale**.

Ainsi un système de sécurité sociale permet à son affilié d'associer *un droit positif* à la réparation des conséquences de divers événements, généralement qualifiés

¹ Cette partie s'inspire beaucoup des riches enseignements que l'on peut tirer de l'ouvrage plusieurs fois réédité de J.-J. Dupeyroux, *Droit de la sécurité sociale*, Précis Dalloz.

de *risques sociaux*, lesquels peuvent être listés, de manière exhaustive, par :

- la maladie ;
- la maternité ;
- l'invalidité ;
- la vieillesse ;
- les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- le décès ;
- les charges familiales ;
- le chômage².

Dès la création des systèmes de sécurité sociale, l'ensemble de ces risques étaient pris en compte. Il est important de remarquer qu'aujourd'hui **il n'existe pas de risque nouveau**, certains d'entre eux ont cependant des caractéristiques différentes ou plutôt une prédominance plus importante (par exemple : maladie chronique, vieillesse, chômage dès l'entrée sur le marché du travail, etc.).

Également, il est à noter qu'un risque social ne peut se concevoir pleinement par sa cause, tel un « *risque inhérent à la vie sociale* ». Il serait en effet curieux de considérer la vieillesse comme un risque inhérent à la vie sociale ...

En revanche, une caractéristique est commune à l'ensemble de ces risques et explique la réparation qu'induit l'affiliation à un système de sécurité sociale : tout risque a un effet

sur la situation économique d'un individu. En effet, ceux-ci impliquent :

- soit une diminution du revenu que peut se procurer une personne (arrêt de travail, handicap, chômage, retraite, etc.) ;
- soit un accroissement des dépenses auquel un individu doit faire face (soins, charges familiales, maternité, charges d'habitation, etc.).

Dès lors, **le droit de la Sécurité sociale, c'est le droit d'une redistribution destinée à garantir la sécurité économique des individus, ainsi qu'un droit à réparation** des peines subies (l'accès aux soins en est un exemple d'application).

La redistribution à l'œuvre dans un système de sécurité sociale est plus large que ce que l'on entend habituellement par ce mot : il ne s'agit pas *in fine* d'une réduction des inégalités de revenus et elle ne répond pas aux mêmes exigences d'équité. Selon le risque social considéré, la redistribution se réalise entre malades et bien portants par exemple, entre chômeurs et salariés, entre actifs et inactifs (jeunes, personnes âgées), etc. Il y a ceci de plus marquant par rapport à la simple redistribution des revenus via l'impôt que pour certains risques la « rotation de solidarité » (être tour à tour bénéficiaire puis contributeur) est plus importante et ne repose pas sur le seul critère de revenus pour juger de sa

² Pour ce dernier, la France n'inclut pas ce risque dans son système de Sécurité sociale mais en complément de celui-ci, à travers l'assurance-chômage, dont le fonctionnement fondamental est identique à celui-ci (cotisation assise sur le travail ouvrant droit à une indemnisation lorsque le risque survient, système créé et géré paritairment).

« misère » (une santé fragile par exemple). La redistribution de *revenus* que met à l'œuvre la Sécurité sociale est intrinsèquement liée au travail : elle garantit une *indemnité* (journalière en général) lorsque

survient une impossibilité à pouvoir obtenir la rémunération de son labeur (arrêt de travail pour cause de maladie, incapacité partielle de travail, maternité, congé parental, chômage, etc.).

C'est à la fois le dénominateur commun des risques sociaux que le fondement même d'un système de sécurité sociale : garantir la sécurité économique de chacun. C'est ainsi que la sécurité sociale représente, notamment en période de crise économique, le bouclier le plus efficace pour l'ensemble des personnes protégées. Alors, particulièrement en temps de crise, la Sécurité sociale ne doit pas être remise en question tant dans ses principes fondateurs que dans le niveau des prestations qu'elle offre. C'est dans ces moments de crises, conjoncturelles, qu'elle joue pleinement son rôle de filet de sécurité, d'« amortisseur social », et, naturellement, le nombre de personnes en bénéficiant augmente avec en parallèle le nombre de personnes la finançant diminue : cette situation conjoncturelle d'accroissement du déficit est naturelle.

EXTENSION DU CONCEPT ET POLITIQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE

C'est ainsi que dans cette logique la Sécurité sociale couvre des risques économiques par nature, lesquels sont alors sociaux dans la mesure où ils sont pris en charge collectivement : **la sécurité est sociale sur le plan des moyens mis en œuvre pour la garantir.**

Extension horizontale du concept

En poursuivant plus loin cette analyse, la propre fin d'une politique de sécurité sociale serait d'« abolir l'état de besoin en assurant à tout citoyen un revenu suffisant à tout moment pour satisfaire à ses charges »³. Par extension du concept, une politique de sécurité sociale peut alors s'élargir à tous les événements susceptibles d'avoir

une incidence sur la sécurité économique des individus. Ainsi, toute politique économique peut prendre cette dimension : politique de l'emploi, du logement, politique familiale, etc. C'est bien dans cette acception large que Pierre Laroque, un des pères de la Sécurité sociale, fut chargé de mettre en œuvre le Plan de sécurité sociale. On peut lire dans son ouvrage *De l'assurance sociale à la sécurité sociale* de 1948 que l'aboutissement de telles politiques vise quatre volets d'efforts pour :

- tendre vers la sécurité de l'emploi ;
- la sécurité du gain ;
- la sécurité de la capacité de travail ;
- ainsi que pour aménager un système de distribution de revenus de remplacement, lors d'une période d'inactivité forcée.

³ *Rapport au Parlement sur la sécurité sociale et les prestations connexes*, Lord W.H. Beveridge, 1942.

Cette première approche dans la réflexion sur le risque social est dite extensive horizontalement : en partant du risque social *primitif* on étend la notion sur ses déterminants économiques, contextuels.

Extension verticale du concept

Par ailleurs, l'approche de l'extension verticale considère les déterminants intrinsèques des risques, ce qui englobe alors la **prévention du risque** : cela peut aller de l'amélioration de l'éducation à la santé aux politiques de plein-emploi en passant par l'amélioration des conditions de travail. Ces réflexions qui ont nourri les bâtisseurs de la Sécurité sociale de 1945 conservent leur pertinence dans la société française du XXI^{ème} siècle (la prévention des risques psycho-sociaux par exemple). Et c'est dans la conjonction de cette approche horizontale et verticale, pourtant aux frontières très floues, qu'est née la Sécurité sociale.

La place des politiques de sécurité sociale

De leur côté, les politiques de sécurité sociale correspondent à une convergence d'efforts : la variété infinie de politiques complémentaires axées sur le progrès économique et social par les sociétés contemporaines⁴.

C'est également dans cet élargissement du concept de sécurité sociale que dans les années 1960 la réflexion théorique évolue : en garantissant la sécurité économique, elle est destinée à permettre

l'épanouissement de la personnalité de chacun. C'est dans cet épanouissement que réside la fin réelle des politiques de sécurité sociale⁵. Ainsi, la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans son article 22, énonce que :

« Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité »

C'est aussi en ce sens que la sécurité sociale doit retrouver la place qui est aujourd'hui remise en cause : le système pensé en 1945 n'est ni désuet ni inadapté pour faire face aux soi-disant « nouveaux défis » contemporains. Au contraire, **la Sécurité sociale représente le moyen que la société organise pour pouvoir s'affranchir de l'insécurité économique inhérente au système capitaliste**, à la fois créateur de richesses mais également créateur d'inégalités. Elle demeure le principal rempart contre les victimes d'un système impitoyable si livré à lui-même, **et demeure indissociable d'une politique économique d'envergure en faveur de l'emploi, de l'instruction, de la construction, etc.**

C'est également ce caractère fondamental de redistribution, destinée à garantir la sécurité économique des individus, qui donne corps à l'existence d'un droit de la sécurité sociale.

⁴ Repris de *Droit de la sécurité sociale*, J.-J. Dupeyroux.

⁵ *Avenir de la sécurité sociale*, G. Perrin, 1969.

ORIGINES ET CONSTRUCTION DE SYSTÈMES DE GARANTIES

L'origine de la Sécurité sociale, c'est aussi l'histoire de la construction sociale et économique d'une nation. Elle est l'aboutissement des mutations profondes opérées pendant la Révolution industrielle, résultant pour la France des réorganisations suivant la Révolution française de 1789. Tant l'accroissement sans précédent des richesses produites que l'émergence de nouvelles classes sociales en conflit expliquent la création, au niveau mondial, de systèmes de sécurité sociale au sortir de la deuxième guerre mondiale. En France, elle est particulièrement le résultat d'une union nationale historiquement exceptionnelle au sortir de la guerre, entre tous bords politiques d'une part (communistes, socialistes, démocrates-chrétiens et gaullistes) ainsi que du mouvement syndical ouvrier d'autre part. Cependant, la Sécurité sociale puise ses fondements tant dans les principes fondamentaux de la République française que dans la solution des conflits de l'Homme avec lui-même, entre l'individuel et le collectif.

C'est alors que concevoir la Sécurité sociale collective comme seulement issue de la Libération avec l'ordonnance du 4 octobre 1945 et la loi de généralisation du 22 mai 1946 est une idée reçue, une erreur de date permettant à certains de s'attribuer tout le mérite d'une création qui est l'œuvre d'une multitude d'acteurs et d'Histoire.

C'est un ensemble d'actions – inachevées par ailleurs – qui s'étale sur plus d'un siècle de politiciens et de syndicalistes, en particulier du mouvement syndicaliste libre. L'histoire de la Sécurité sociale est aussi intimement liée à la l'histoire syndicale de la France et à l'histoire de notre syndicat, la Cgt-FO.

LA GENÈSE : IDÉES DES LUMIÈRES ET DES RÉVOLUTIONNAIRES

Avec les réflexions des Lumières et la Révolution française, une nouvelle conception des relations entre l'individu et la société émerge. Les idées humanistes placent la raison et la connaissance comme maîtresses d'œuvres telles que le progrès, la tolérance et l'instruction. De fait, c'est également avec le démuné, l'indigent, que les rapports évoluent.

Ainsi, les réflexions de certains auteurs préfigurent les fondements tant de la République que de la Sécurité sociale :

*« Un homme n'est pas pauvre
parce qu'il n'a rien,
mais parcequ'il
ne travaille pas »*
(De l'esprit des lois, Montesquieu, 1748)

*« Quel est le premier
de ces droits de l'homme ?
Celui d'exister.*

*La première loi sociale est donc celle
qui garantit à tous les membres
de la société les moyens d'exister ; toutes
les autres sont subordonnées à celle-là ;
la propriété n'a été instituée
que pour la cimenter »*

(discours de Robespierre à la Convention, 1792)

C'est dans le cadre de ces réflexions que les travaux du Comité de mendicité de l'Assemblée constituante (1789-1790) dégagent un double principe d'une étonnante modernité :

*« Tout indigent a droit
à l'assistance de la société »*

*« Le critère de l'indigence
doit être recherché
dans l'impossibilité de travailler »*

Partant de ce double principe, le Comité bâtit un « plan » pour l'extinction de la mendicité présenté à l'Assemblée nationale en 1790. Celui-ci repose d'un côté sur un plan d'action économique (développer l'emploi et créer la propriété au profit des plus pauvres) et d'un autre côté sur un plan de répartition (service national d'assistance). On retrouve ainsi certaines formules posant quelques fondements de la solidarité et de la responsabilité nationale :

*« Tout homme a droit
à la subsistance »*

*« La misère des peuples
est un tort des gouvernements »*

*« Sans assistance organisée comme
un droit, la Constitution ne serait
qu'une belle construction de l'esprit »*

*« L'aisance du peuple
est la condition d'une liberté réelle »*

C'est ainsi que la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1793 exprime que « la société est obligée de pourvoir à la subsistance de tous ses membres soit en leur procurant du travail, soit en

assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler». La Déclaration votée ainsi que la Constitution de 1793 reprennent ce principe en compléments d'autres droits économiques et sociaux tels que l'instruction, le droit de manifester ou de s'assembler.

Cependant, cette effervescence doctrinale sera de faible durée : initialement

unis pour la destruction de l'Ancien Régime, les intérêts de la bourgeoisie et de la classe laborieuse embryonnaire étaient cependant trop divergents et cette dernière encore trop peu développée. Ainsi l'idéologie bourgeoise triompha, comme en témoignent certains faits marquants tels que l'exécution de Ba-beuf⁶ en 1797 ou la loi punissant de mort l'apologie de la Constitution de 1793.

LA PÉRIODE « CLASSIQUE » DE LA PROTECTION SOCIALE

UNE ADAPTATION DES TECHNIQUES PRIMITIVES SOUS FOND D'EXPLOITATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Avec la loi Le Chapelier interdisant le droit syndical et d'union, c'est une période de grande misère pour la classe ouvrière et le « petit peuple » (pourtant en écrasante majorité) qui suit la période révolutionnaire. Les doctrines libérales battent leur plein sous la directive des économistes dits de l'école *classique* (Smith, Ricardo, Malthus, etc.) et les inégalités se creusent terriblement entre les différentes classes sociales.

Il faut attendre la fin du XIX^{ème} siècle pour que se mettent en place les premières grandes législations sur la réparation des risques sociaux, avec un élément fondamental oublié depuis la Révolution : la coïncidence entre le groupe des indigents et une classe sociale déterminée, en l'occurrence la classe ouvrière. En qualité

de repère historique, on pourrait qualifier cette période d'**époque classique**⁷ de la protection sociale. C'est durant cette phase que se sont développés les premiers systèmes d'indemnisation des accidents du travail, des charges de familles et d'assurance sociale, en se basant sur une adaptation des principes traditionnels de couverture et de garanties sociales, constituant les techniques dérivées. Dérivées des pratiques « primitives »⁸ : la technique individuelle d'épargne et les techniques collectives de l'assistance, de la responsabilité et de la mutualité ou de l'assurance.

LA TECHNIQUE INDIVIDUELLE : L'ÉPARGNE

Il est plutôt étonnant en fait de voir que les techniques de « modernisation »

⁶ Révolutionnaire qui forma la « conjuration des Égoux », vu comme le premier précurseur des soulèvements révolutionnaires du prolétariat.

⁷ *Droit de la sécurité sociale*, J.-J. Dupeyroux, précité.

⁸ Au sens élémentaire.

de la sécurité sociale aujourd'hui sont au contraire les plus anciennes qui existent et ont prévalu à l'existence des systèmes de sécurité sociale.

Le tout premier moyen de se prémunir d'un risque social est la technique individuelle de l'épargne. C'est bien au sens économique qu'on l'entend puisqu'il s'agit bien de renoncer à une consommation présente en vue de se garantir une consommation future. Alors que l'on a tendance à mettre en avant les vertus morales de cet effort de prévoyance individuel ainsi que le rôle social des institutions d'épargne dans leur capacité à pouvoir constituer des masses financières disponibles pour l'investissement, il ne faut pas occulter l'infaisabilité globale d'un système reposant sur ce support. En effet, il ne s'agit pas de l'incapacité de certaines personnes à pouvoir être prévoyant qui

nuit à leur épargne mais bien la faiblesse du revenu : il est en France aujourd'hui des millions de personnes ne pouvant pas renoncer à employer immédiatement une fraction de leur revenu. Il est également en France des millions de personnes sans emploi ou en emploi très précaire ...

La doctrine de l'école libérale énonce, exige parfois, qu'il faut rémunérer le travail au niveau du minimum nécessaire pour sa reproduction. Dans une autre vision, il faut que ce soit au niveau de la productivité du travailleur⁹. Dans les deux cas, cela signifie bien qu'il n'est pas prévu dans la rémunération du travailleur la capacité financière pour pouvoir, notamment et au titre d'un seul exemple, subvenir à ses besoins en cas d'impossibilité temporaire de travailler. L'Histoire montre bien (et demeure une réalité aujourd'hui) qu'un marché du travail parfaitement libéralisé tend à ne permettre

Source : OCDE, OECD Working papers on insurance and private pensions, n°36, OECD Publishing, représentation de l'auteur.

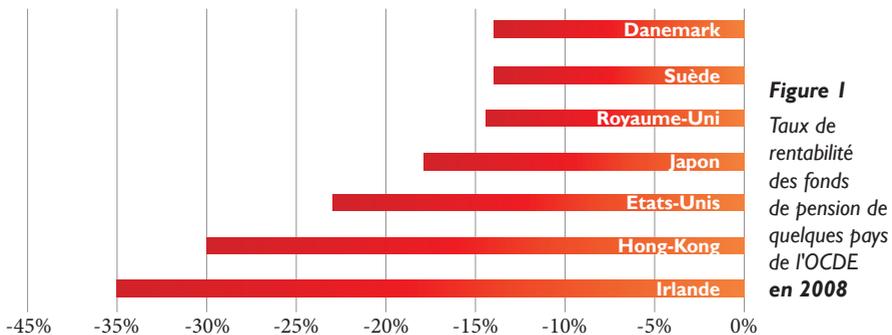


Figure 1
Taux de rentabilité des fonds de pension de quelques pays de l'OCDE en 2008

⁹ Plus précisément, la productivité marginale. Conception issue de la théorie de l'économie néo-classique qui a fait oublier la conception où valeur du produit du travail et rémunération de la force de travail sont différents (laquelle différence, le surtravail, est à l'origine de la plus-value).

que le minimum vital pour les travailleurs, et qu'alors leur capacité de prévoyance individuelle est réduite à néant. L'argument libéral dirait alors que c'est à l'État ou à la collectivité de prendre en charge ces « laissés-pour-compte » en cas d'incapacité à pouvoir se procurer un revenu. Nous verrons plus loin en quoi cet *assistanat* ne constitue pas une réponse suffisante.

Une autre limite de l'épargne, notamment en vue de constituer une retraite, touche l'ensemble des catégories sociales d'un pays : l'instabilité monétaire inhérente au système capitaliste, en particulier en période de financiarisation de l'économie comme nous la connaissons aujourd'hui. C'est ainsi que les systèmes de retraite par capitalisation ont montré leurs limites lors de la crise de 2007/2008, mais également de manière récurrente dans l'histoire du capitalisme¹⁰, en faisant fondre comme neige l'épargne de personnes l'ayant pourtant constituée tout au long de leur vie (voir graphique ci-contre).

C'est pour ces raisons que l'épargne de prévoyance est insuffisante : outre son caractère excluant et privilégié pour des revenus élevés, c'est aussi une technique instable, particulièrement à long terme, et ce pour les revenus élevés également : elle ne peut garantir une sécurité économique à n'importe quel individu et pour tout risque à un moment donné.

LES TECHNIQUES COLLECTIVES

D'autres moyens ont préexisté aux systèmes de sécurité sociale, qui ont émergé au cours du XIX^{ème} siècle, voire même ont précédé la Révolution industrielle. Celles-ci en revanche reposent sur une organisation collective ou une prise en charge des individus par leurs pairs, leurs concitoyens ou leurs semblables.

● L'assistance

Tout d'abord, l'*assistance* : elle peut être privée ou publique, reposant par exemple sur la charité chrétienne tout comme l'*animus donandi*¹¹ de toute personne. Ce dernier suppose que l'intéressé doive déclencher le geste généreux par étalage de son infortune. Il se pose alors un problème fondamental de **dignité humaine**, la main qui donne étant toujours au-dessus de la main qui reçoit.

Dans la période préindustrielle, les garanties étaient caractérisées, pour les personnes les plus sujettes aux risques sociaux, par cette technique de l'assistance : elles s'exerçaient dans le cadre de collectivités diverses structurées et hiérarchisées (familles, corporations, compagnonnage, collectivités religieuses, etc.) avec en plus le rôle subsidiaire d'assistance assuré pour ceux tombant hors de ces cellules de protection, souvent par l'Église ou par le pouvoir royal.

¹⁰Voir par exemple la crise bancaire de 1873, où, après plusieurs faillites en Europe, la première banque américaine entre en crise de solvabilité et entraîne dans sa chute 57 sociétés financières. La « panique du 18 septembre » contribuera à une crise économique mondiale qui s'étendra de 1873 à 1896, période appelée Longue Dépression par la suite, le nom de Grande Dépression lui ayant été usurpé en 1929, autre grande crise du capitalisme ...

¹¹La volonté de donner d'un donateur.

Dans la France du XIX^{ème} siècle, période qui dément la prétention des sociétés libérales à assurer le meilleur des mondes par les seules vertus de la libre-concurrence, l'indigent apparaît comme paresseux, imprévoyant ou criminel. Au niveau de la prise en charge publique, l'assistance *indifférenciée* concernait l'indigent en tant que tel et avait pour objectif primordial de défendre la société contre les marginaux : il s'agit moins de le protéger que d'assurer contre lui la protection de la société bourgeoise. Hospice et prison, protection et répression : **une frontière étroite entre mesure sociale et mesure pénale** prédomine la conception d'une action publique en « faveur » des plus démunis.

Pourtant impulsées par un souci « humaniste »¹² face à la question du paupérisme, les lois du 17 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables se veulent réaliser les grands principes de l'action sociale naissante de la III^{ème} République. Cependant elles deviennent très vite débattues autour d'autres questions, la thématique de la solidarité devenant un prétexte à d'autres problèmes : légitimité politique entre les différents groupes parlementaires (monarchistes contre républicains), libéralisme et surtout **ordre public**. Ces lois représentent un moyen de contrôle des vagabonds et indigents : la société industrielle propose l'exclusion du monde

par les hospices et asiles comme modèle de solidarité, un « progrès » qui ne sera pas discuté au parlement¹³.

La Sécurité sociale ne relève pas de cette logique dégradante. L'assistance, basée sur l'absence de possibilité d'une personne de se procurer un revenu, est contraire au principe même de la Sécurité sociale de fonder un droit assis sur une participation : la cotisation ouvre droit à la prestation quelle que soit la participation car **c'est le besoin qui doit guider l'indemnisation**. Cela ne présuppose pas en revanche l'abandon des exclus, au contraire c'est une obligation de la *solidarité nationale* : les penseurs de la solidarité naissante de la III^{ème} République l'avaient exprimé dans ce sens :

« La solidarité ne serait que la plus redoutable des chimères si l'application de ses principes n'amenait pas le législateur à considérer l'assistance comme une dette de la société, et son acquittement comme une de ses plus impérieuses obligations »¹⁴.

C'est ainsi que, peut-être contre-intuitif, des mesures de revenus minimum tels que le RMI dans son ancienne version ou RSA aujourd'hui ne sont pas des mesures de sécurité sociale mais relèvent de l'assistance. Mesure de lutte contre la pauvreté par excellence, c'est pourtant auprès des CAF que cette aide peut s'obtenir. Dans cette logique, une mesure de garantie d'un minimum vital doit être considérée

¹² Voir par exemple les discours de Paul Strauss, rapporteur au Sénat sur la période.

¹³ Voir *La République et la solidarité : la socialisation de l'infirmité*, Pascal Doriguzzi, 1989 et les débats parlementaires comme par exemple la séance du 8 juin 1905 au Sénat.

¹⁴ Armand Fallières, séance du Sénat du 13 janvier 1905 ; il devint Président de la République en 1906.

comme une mesure exceptionnelle, non pas destinée à se substituer à l'assurance-chômage : la priorité pour la personne et pour sa dignité étant de retrouver un emploi, une politique très active en faveur de l'emploi découlant d'une politique économique globale est indissociable d'une politique de lutte contre la pauvreté. Lesquelles par contre, comme nous l'avions expliqué au début de ce chapitre, relèvent de la *politique* de sécurité sociale – de la solidarité nationale, et non du *système* de Sécurité sociale.

De manière plus ou moins insidieuse, on retrouve aujourd'hui dans les discours culpabilisant des « assistés », des « profiteurs du système », une certaine similitude à confondre victime et coupable. Le ressenti des bénéficiaires du RSA va dans ce sens et l'augmentation de leur nombre alors qu'il n'existe pas de mesures fortes en faveur de l'emploi. Cela est contraire à l'expression de la solidarité nationale, de même qu'à une véritable politique de sécurité sociale.

● La responsabilité

Ensuite, il existe la *responsabilité* : il s'agit de la réparation d'un préjudice causé par autrui. Cela suppose l'intervention d'un tiers dans la réalisation du dommage, la preuve de la responsabilité de celui-ci mais également sa solvabilité (c'est-à-dire sa capacité à pouvoir dédommager financièrement la victime).

La plupart des risques sociaux ne peuvent pas relever d'un tel système (ma-

ladie, vieillesse, etc.) cependant c'est le principe qui était appliqué pour les accidents du travail et les maladies professionnelles au XIX^{ème}. Initialement, le droit de la responsabilité supposait d'établir *la preuve de la faute d'autrui*, et mettre en jeu la responsabilité civile de l'auteur de l'accident n'était d'aucun secours si :

- l'auteur fautif du préjudice est insolvable ;
- la cause de l'accident est inconnue ;
- l'accident résulte d'une faute de la victime elle-même.

Ce droit s'avérait alors bien souvent inapte à opérer un transfert de charges¹⁵.

À la fin XIX^{ème} siècle, la législation évolue. Alors qu'en Allemagne, Bismarck instituait déjà son système d'assurances sociales (de 1883 à 1889, un demi-siècle plus tôt que la France), la plupart des autres pays adaptent seulement le droit de la responsabilité. En France c'est la loi du 9 avril 1898 qui aménagea le droit de la responsabilité, pour les seules entreprises industrielles. Se fondant sur le *risque professionnel*, la responsabilité patronale était alors automatique, marquant tout de même un net progrès par rapport à la législation antérieure. Cependant, la loi fixait un montant *forfaitaire* de remboursement, ce qui n'assurait nullement à la victime la réparation complète de son préjudice (aucune reconnaissance d'un préjudice moral, sinon il s'agissait d'indemnités journalières représentant 50% de la perte de salaire).

Très vite, cette législation évoluera et le principe de responsabilité sera abandonné.

¹⁵Voir *Droit de la sécurité sociale*, J.-J. Dupeyroux, précité.

LES ASSURANCES SOCIALES ALLEMANDES ET LE MODÈLE BISMARCKIEN

Le système de protection sociale bismarckien est issu historiquement des assurances sociales allemandes mises en place entre 1883 et 1889. Outre un contexte économique, idéologique et juridique favorable¹⁶, c'est particulièrement la montée du socialisme politique au Reichstag (la social-démocratie) qui motivera la réforme de Bismarck : « Messieurs les démocrates joueront vainement de la flûte lorsque le peuple s'apercevra que les princes se préoccupent de son bien-être ¹⁷ ».

Il s'agit alors, dans la nouvelle conception de l'État de lui voir reconnaître « non seulement une mission de défensive visant à protéger les droits existants mais également celle de promouvoir positivement, par des institutions appropriées et en utilisant les moyens de la collectivité dont il dispose, le bien-être de tous ses membres et notamment des faibles et des nécessiteux »¹⁸.

Les assurances sociales allemandes sont promulguées sur :

- l'assurance maladie en 1883 ;
- l'assurance accident du travail en 1884 ;
- l'assurance invalidité et vieillesse en 1889.

Elles sont caractérisées principalement par :

- des bénéficiaires ouvriers de l'industrie avec plafond d'affiliation ;
- le caractère **obligatoire** d'affiliation pour ces personnes ;
- le principe de compensation, par perception de prestations destinées à compenser la perte de salaire induite par la survenue d'un risque ;
- les **cotisations sont fixées non par rapport à la chose assurée mais proportionnelle aux salaires**, partagées entre assuré et employeur selon la branche d'activité et le risque — l'État participe aussi pour l'invalidité-vieillesse ;
- en effet la prestation retraite est aussi une pension minimale assurée par l'État ;
- elles correspondent ainsi à une **assurance obligatoire du salaire des assurés, voire de leur force de travail**¹⁹.

Cette adaptation de l'assurance ordinaire (obligation, contribution selon les moyens et non selon la vulnérabilité personnelle et répartition de la charge entre assurés, employeur et État) inspirera particulièrement les prochaines législations dans les pays s'industrialisant, notamment les assurances sociales françaises des années 1930 puis la Sécurité sociale.

C'est aussi, pour la France, la raison de l'existence du régime particulier d'Alsace-Moselle : territoire alors sous occupation allemande, il conservera sa spécificité. De même après 1945 : considéré provisoire, le régime aura son organisation propre, reconnu — tardivement ! — en 1991.

¹⁶ Voir e.g. *Droit de la sécurité sociale*, J.J. Dupeyroux, précité.

¹⁷ Voir notamment *Les mémoires de Bismarck*, recueillies par Busch, Paris 1889.

¹⁸ Discours d'Otto von Bismarck au Reichstag le 17 novembre 1881.

¹⁹ *Droit de la sécurité sociale*, J.-J. Dupeyroux, précité.

● L'assurance et la mutualité

Trouvant des origines très lointaines dans l'histoire, souvent organisées autour de la solidarité professionnelle, les principes de l'assurance et de la mutualité sont la dernière technique de garantie qu'il nous reste à étudier. Au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, elles auront connu un grand essor, et, quant à l'élaboration de systèmes de sécurité sociale, auront inspiré de nombreuses réformes dans les grands empires industriels en plein essor.

Le principe de la mutualisation d'un risque

Ces techniques reposent sur un même principe, à savoir l'étalement sur tous les membres du groupe de la charge d'un préjudice causé à l'un d'eux. La grande différence reposant sur le *mécanisme commercial* à l'œuvre dans l'assurance, où l'assureur joue un rôle d'*intermédiaire* entre les assurés. Il collecte la *prime d'assurance*, verse les indemnités et retient une différence (son «*bénéfice*») alors que la mutualité de son côté est *désintermédiée* (rapport direct entre cotisant et bénéficiaire).

L'avantage par rapport à la technique de l'épargne ou de l'assistance, c'est qu'elles ne nécessitent pas une participation trop importante de la part des assurés ni ne font appel à la charité d'autrui. En revanche,

ces techniques ne peuvent s'appliquer à tous les risques, particulièrement pour un système assurantiel privé, car la **prime d'assurance est calculée en fonction de la chose assurée ainsi que de la probabilité d'occurrence de l'événement.**

En effet, le caractère synallagmatique²⁰ du contrat induit une relation entre contribution et prestation conditionnelle, donc entre le coût de la protection et la vulnérabilité de l'assuré. Ainsi, le **mode de l'assurance est d'autant plus coûteux que la sécurité est menacée**, ce qui peut conduire à deux effets pervers. De la part de l'assuré, un système volontaire de protection ne pourrait recevoir que l'adhésion des plus menacés, ainsi le système ne devrait faire face qu'aux seuls «*mauvais risques*» et serait insoutenable. Ou au contraire, de la part de l'assureur : celui-ci ne cherchant alors qu'à couvrir les «*bons risques*» pour garantir son bénéfice²¹.

La mutualité conserve aussi une limite : elle est impuissante à pouvoir relier la contribution de chacun avec les moyens financiers dont dispose la personne. Il n'existe pas la solidarité propre à la Sécurité sociale, **«de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins»**. En outre, elle tend aussi à différencier ses contributions selon l'exposition au risque du «*protégé*» à travers différentes cotisations pour différentes prestations.

²⁰ Obligation réciproque entre les parties signataires d'un contrat.

²¹ La théorie économique des assurances a mis en avant les problèmes de *asymétrie d'information* dans la relation contractuelle : l'aléa moral (l'incertitude portant sur le comportement que l'on est en droit d'attendre du contractant) et la sélection adverse (la sélection des seuls «*mauvais*» contractants). Alors que cette analyse se limite à ne voir à défaut que le comportement de l'assuré, l'assureur également peut profiter de l'asymétrie d'informations.

L'évolution en France : de la mutualité aux assurances sociales

Comme nous le disions, suite à la Révolution et tout le long du XIX^{ème} siècle se mettent en place les doctrines libérales tant sur le plan idéologique que sur le plan économique. Avec l'expansion de l'industrie, la classe ouvrière se développe, totalement en marge des bénéfices de l'accroissement des richesses. Les droits de propriété et d'égalité imaginés pendant la Révolution n'ayant pas donné de suite pour le « petit peuple », c'est une insécurité économique exceptionnelle qui touche une grande partie de la population française (travailleurs, y compris femmes et enfants, personnes âgées).

Pourtant, d'une existence séculaire à travers le compagnonnage des corporations professionnelles notamment, la mutualité doit se reformer, **l'interdiction des syndicats ou corporations**²² ayant mis fin à l'existence de cette solidarité. C'est d'abord presque clandestinement que des caisses mutualistes se mettent en place au début du XIX^{ème} siècle, notamment pour couvrir les risques de la maladie, de la vieillesse et du chômage en particulier. Souvent financées et gérées par les ouvriers seuls, leur développement fut cependant très lent en raison :

- de la pauvreté des moyens des salariés ;
- de l'absence du caractère obligatoire, auquel l'esprit libéral est très peu enclin ;

- de la méfiance des pouvoirs publics, qui voient dans ces sociétés des possibles couvertures pour des sociétés de résistance ou de groupements politiques.

Le retour du droit syndical et d'union, progressif, d'abord en 1864 (loi Ollivier sur l'abolition du délit de coalition) puis en 1884 (loi Waldeck-Rousseau sur le droit syndical), est concomitant de l'essor de ces *sociétés de secours mutuels* et d'une première remise en cause des dogmes libéraux. Mais en l'absence de législation spécifique, leur développement demeura compliqué.

On peut résumer le système de protection sociale en vigueur au XIX^{ème} siècle dans le schéma ci-après.

Avec la loi du 1^{er} avril 1898, la mutualité prend corps en France dans sa version moderne. Cette loi donne une nouvelle dimension aux sociétés de secours mutuel : environ 2 millions de personnes étaient couvertes par ces sociétés au moment de la loi, et avec la promulgation de celle-ci elles comptent plus de 5 millions de sociétaires en 1913. La liberté de choisir la caisse où cotiser favorise l'essor d'une multitude d'acteurs mutualistes : patrons, syndicats (caisses à gestion ouvrière), chrétiens, etc. Par ailleurs, les premières grandes confédérations syndicales se forment : la CGT en 1895 et un peu plus tard la CFTC, en 1919, qui participent activement à la constitution des caisses mutualistes (les caisses Le Travail de la CGT par exemple).

²² Bien qu'en revanche la loi Le Chapelier n'ait pas empêché la formation de véritables syndicats patronaux (Gilles Dal, *La sécurité sociale à ses débuts, réactions suscitées, arguments échangés, aux sources du conflit social*, L'Harmattan, 2003).

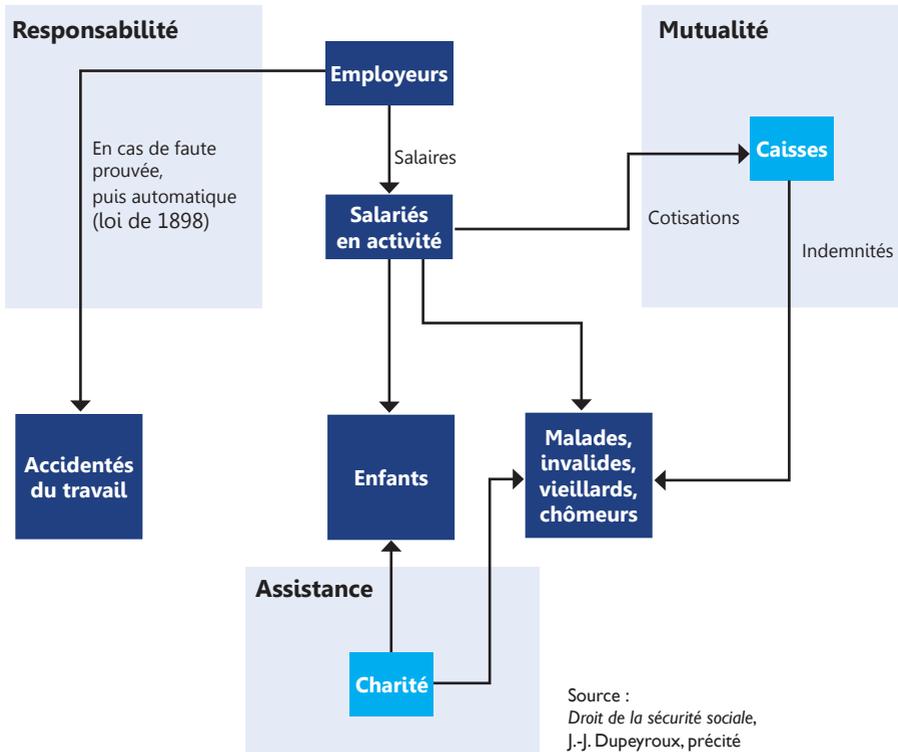


Figure 2

Application des techniques indifférenciées au problème de la sécurité économique des salariés (courant XIX^{ème} siècle).

À la suite du développement mutualiste, un ensemble d'assurances sociales se met en place. Celles-ci sont singulières dans la mesure où elles ne présentent pas un lien *intermédié* avec un assureur qui retire un bénéfice, mais une tutelle de l'État. Les mutualistes d'alors montraient une grande réticence aux premières lois, pensant que la mutualité pouvait parvenir aux mêmes résultats sans intervention de l'État.

Alors, les assurances sociales se construisirent très progressivement : elles furent élaborées en 1920 pour être définitivement votées le 14 mars 1928. Elles assuraient contre les risques maladie, maternité, décès et vieillesse. Le système, très étatique, ouvrait un compte pour chaque assuré auprès d'une caisse départementale unique.

La CGT s'opposa fortement à cette loi car elle souhaitait une gestion purement ouvrière avec des prestations plus fortes et englobant le risque chômage. Elles se heurtèrent à la mutualité en général (mutualistes, patronat, religieux) qui restait attachée à l'adhésion libre et à la cotisation volontaire, ainsi qu'à son existence. Cependant, pour la CGT, deux principes fondamentaux étaient acquis : l'*obligation d'affiliation*, bien que limitée à un seuil maximal de salaire, et le *précompte des cotisations* (prélèvement à la source). De leur côté, les syndicats du corps médical avaient obtenu leurs exigences quant au libre choix du médecin, le paiement direct des honoraires (la CGT préférait le tiers-payant) et la liberté de prescription.

C'est cette solution de compromis que la CGT accepta, par réalisme : « Cette loi ne nous satisfait pas ; elle comporte des imperfections, mais nous préférons la voir appliquer tout de suite que de risquer un ajournement supplémentaire [...] C'est notre devoir, chaque fois qu'une loi sociale est votée, de déclarer que nous avons quand même à batailler pour des améliorations nouvelles que ce qui est acquis reste insuffisant, et que nous devons nous en servir comme d'un tremplin pour obtenir des améliorations nouvelles »²³.

Cependant d'autres contestations montèrent et pour y faire face, le législateur promulgua une loi rectificative le 30 avril 1930, qui fit une plus grande place aux mutualistes (rôle dans la gestion des assurances sociales notamment). Un élément demeurait encore important à construire :

il existait un plafond d'affiliation aux assurances (un seuil de niveau de salaire), excluant de fait un certain nombre de salariés.

En parallèle aussi se développaient les *régimes spéciaux* de professions soit très exposées aux risques (mineurs, marins, agriculteurs) soit de l'administration publique (fonctionnaires, cheminots, etc.) fonctionnant sur le principe des caisses mutualistes.

Évolution des autres législations

Par ailleurs, comme nous le disions, la compensation sur les accidents du travail (loi de 1898) évolua très rapidement. Les employeurs, pour se prémunir contre les conséquences du principe de responsabilité automatique vont s'assurer auprès de compagnies privées (donc versant une prime), qui prendront alors à leur charge les indemnités forfaitaires dues aux accidentés. La loi du 31 mars 1905 tiendra compte de cette évolution en substituant l'assurance à l'employeur comme légalement responsable en cas d'action de la victime : l'assureur devient débiteur direct de la victime, et l'employeur chargé du financement.

Ce système dura jusqu'à la Libération avec l'abandon forcé le 1er janvier 1947 des compagnies d'assurance privée des accidents du travail au profit de la Sécurité sociale.

Enfin, de la même manière que les assurances sociales se sont construites sur

²³ Aimé Rey, discours au XIX^{ème} congrès de la CGT, juillet 1927.

les sociétés de secours mutuel, le système d'indemnisation des charges familiales a généralisé un mouvement spontané du patronat. En effet, la loi du 11 mars 1932 oblige les employeurs du commerce et de l'industrie à s'affilier aux *caisses de compensation*, versant un *sursalaire* aux travailleurs chargés d'enfants, caisses qui se créèrent spontanément au sortir du premier conflit mondial.

En effet, au début du XX^{ème} siècle certains patrons décidèrent de mutualiser leurs efforts en versant des cotisations à ces caisses qui ensuite distribuaient elles-mêmes ce supplément salarial. Pourtant, la logique libérale avait totalement exclue cette idée, *« un ouvrier serait payé non d'après l'ouvrage qu'il aurait fait, mais d'après ses charges et ses besoins. Pour être bien intentionnées et partir d'un excellent cœur, ce ne sont pas moins là que des niaiseries »*²⁴.

La loi ne changera pas le caractère fondamental de ce droit ouvert aux seuls salariés, en échange de leur travail, conformément à l'idée de sursalaire.

La Sécurité sociale en France a cela de commun qu'elle consiste en une mutualisation des risques sociaux entre les personnes affiliées, mais en plus un certain nombre de spécificités lui confèrent un avantage indéniable sur les autres techniques de garanties :

- le caractère *obligatoire* de l'affiliation, et non *volontaire* ;
- l'absence de *plafond d'affiliation* ;

- le caractère non-lucratif du service, bien évidemment.

Une telle mutualisation sur un grand nombre de personnes permet ainsi la couverture de risques « lourds », et ce pour tous, notamment parce que les économies d'échelle sont très importantes dans un tel système.

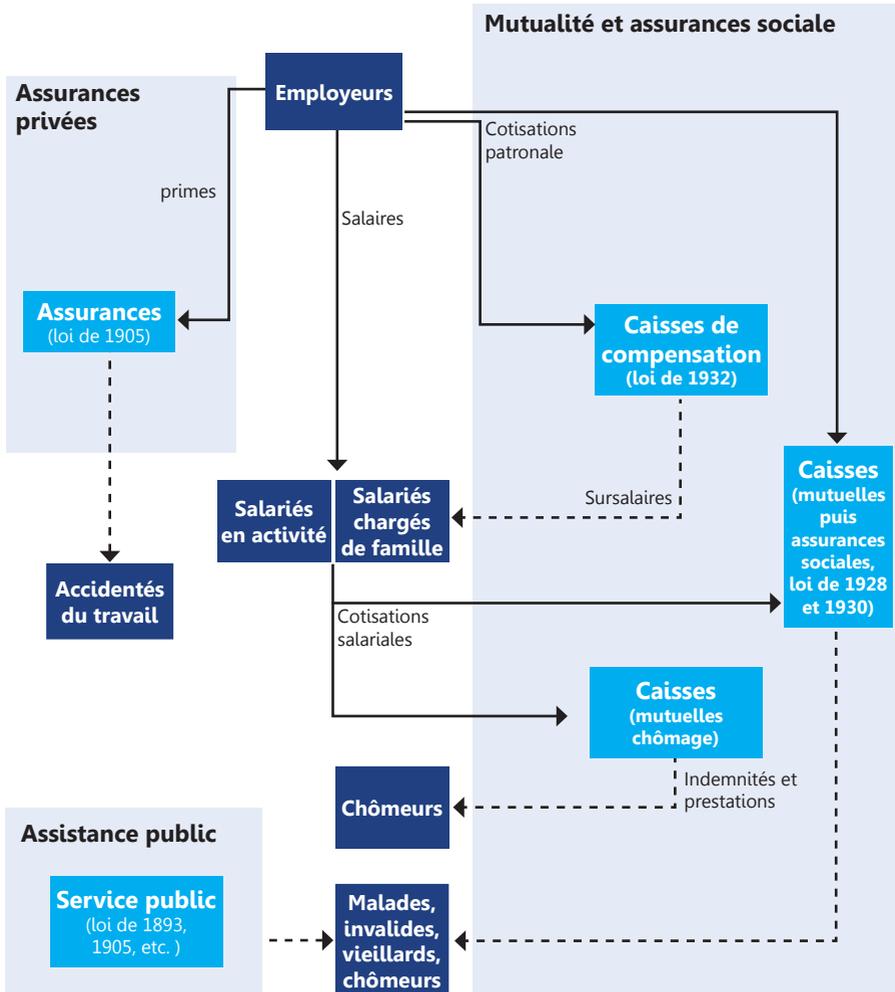
Il est à noter, comme nous le verrons dans la deuxième partie, que les réformes récentes de la Sécurité sociale ne consistent pas en une « adaptation » du système aux problématiques nouvelles basées sur des outils originaux, mais en un retour en arrière sur d'anciennes techniques qui ont déjà démontré leurs limites. Tant dans sa conception fondamentale que dans ses mécanismes et sa gouvernance, le système de Sécurité sociale est l'outil de protection sociale le plus abouti et le plus moderne. Comparativement à l'histoire du capitalisme, aucune autre technique ne peut garantir une telle sécurité économique et la crise de 2007/2008 a bien montré que la Sécurité sociale joue un rôle d'amortisseur très efficace, malgré les atteintes qui lui avaient déjà été portées.

Les caractéristiques principales de cette période classique sont tout d'abord, sur le plan des moyens, un **aménagement de techniques dérivées** de protection sociale, et sur le plan des fins une protection particulière à destination de certains travailleurs. Ces évolutions sont donc très liées au contrat de travail, dans la mesure

²⁴ *Traité théorique et pratique d'économie politique*, P. Leroy-Beaulieu, 1896.

où les travailleurs sont particulièrement exposés aux risques sociaux (une *insécurité économique individuelle* – faire face

à une perte de revenu ou à une augmentation de dépenses – *prise en charge collective*).



Source :
Droit de la sécurité sociale,
J.-J. Dupeyroux, précité

Figure 3

Transformation des techniques primitives en techniques spécifiques (fin du XIX^{ème} première moitié du XX^{ème} siècle).

LA PÉRIODE « MODERNE » : CONSTRUCTION ET REMISE EN QUESTION D'UN SYSTÈME ORIGINAL AU CŒUR DU PROGRÈS SOCIAL

Cette période s'achève avec la deuxième guerre mondiale. En plein cœur du conflit lui-même, une nouvelle vision des rapports sociaux se dessine, ou plutôt reprend vie, autour de laquelle prend forme l'idée d'un droit de chacun à la sécurité sociale. C'est tant le célèbre ouvrage de Lord Beveridge, cherchant un aménagement de **solutions systémiques** visant à éliminer l'indigence, « scandale dans les sociétés modernes », qu'un ensemble de déclarations internationales. On retrouve parmi celles-ci, par exemple :

- la Charte de l'Atlantique (Philadelphie, 10 mai 1944) et la Déclaration de Philadelphie qui constitue la nouvelle charte de l'Organisation Internationale du Travail ;
- la Charte des Nations Unies (26 juin 1945) ;
- le droit de la sécurité sociale dans la déclaration universelle des droits de l'homme (10 décembre 1948), son article 22 exprime que « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays ».

Au niveau international, deux conceptions d'un droit à la sécurité sociale se profilent : l'une professionnaliste, un droit lié à l'exercice d'une activité **professionnelle** dont la sécurité en est une contrepartie, et l'autre **universaliste**, un droit recherché dans les besoins de la personne humaine en tant que telle et dans la responsabilité de la collectivité nationale dont la personne est membre.

LE PLAN DE SÉCURITÉ SOCIALE DE 1945 :

UN PROJET D'UNION NATIONALE ENTRE PARTIS POLITIQUES ET SYNDICALISME RÉFORMISTE

/ L'INSPIRATION DES RÉSISTANTS

En France, un **plan de sécurité sociale** commence à être élaboré en pleine occupation. Après la débâcle, le gouvernement de Vichy interdit les syndicats le 9 novembre 1940. Léon Jouhaux, alors secrétaire général de la CGT, est placé sous surveillance puis déporté. La CGT entre en clandestinité, et rejoindra le Conseil National de la Résistance (CNR). Pendant toute cette période, la CGT demeure majoritairement celle qui, en 1948, deviendra la Cgt-FO. Un syndicaliste, Georges Buisson, y aura joué un rôle clé.

En plus d'organiser la résistance intérieure, le Conseil élabore le *Programme du CNR*, comprenant dans sa deuxième partie les « mesures à appliquer dès la Libération du territoire ».

Ce texte jette les bases de :

« un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ».

De par la constitution plurielle du Conseil (les représentants des huit grands mouvements de résistance, des deux grands syndicats d'avant-guerre – CGT et CFTC – et des six principaux partis politiques de la III^{ème} République – PC, SFIO, radicaux, démocrates-chrétiens, Alliance démocratique et Fédération républicaine), ce programme est un véritable **plan national relevant du pacte républicain**.

DE L'EXCEPTION FRANÇAISE AU CONFORMISME NÉO-LIBÉRAL

Dès septembre 1944, la principale raison d'être du Conseil national de la Résistance sera l'application de son programme. Il perdurera jusqu'en 1947, veillant à la mise en œuvre réalisée par le gouvernement provisoire du général de Gaulle puis par les premiers gouvernements de la IV^{ème} République.

Il permettra un grand renouveau dans l'acquisition de droits sociaux ainsi qu'une révision profonde de la gouvernance générale de la France, notamment par un ensemble de mesures prises dès la Libération :

27 juillet 1944

établissement du de la liberté syndicale et abolition de la Charte du travail de Vichy

26 août et
30 septembre 1944

organisation de la presse, interdiction des concentrations

DE L'EXCEPTION FRANÇAISE AU CONFORMISME NÉO-LIBÉRAL (SUITE)

13 décembre 1944	institution des Houillères du Nord-Pas-de-Calais
18 décembre 1944	contrôle de l'État sur la marine marchande
16 janvier 1945	nationalisation des usines Renault
22 février 1945	institution des Comités d'entreprise
Mai-juin 1945	transfert à l'État des actions des sociétés Gnome et Rhône, Air France et Air Bleu
Octobre 1945	ordonnances créant la Sécurité sociale
2 décembre 1945	nationalisation de la Banque de France
3 janvier 1946	création du Commissariat général du Plan
28 mars 1946	vote de la loi sur la nationalisation de l'électricité et du gaz
24 avril 1946	nationalisation des grandes compagnies d'assurances

C'est notamment sur cet ensemble de mesures que se construit l'État-Providence de même qu'une profonde révision du fonctionnement du capitalisme, les plans quinquennaux en étant caractéristique : on peut parler d'« exception française » dans la conduite de la vague de croissance des Trente Glorieuses.

Depuis les chocs pétroliers et particulièrement depuis les années 1980, c'est à la fois la construction et la symbolique du programme du CNR qui se retrouve de plus en plus remise en cause : le triomphe du capitalisme financier, les réformes du marché du travail et de la Sécurité sociale, l'accroissement sans précédent des inégalités, etc. On pourra alors lire, dans l'éditorial de la revue Challenges du 4 octobre 2007, la tribune de Denis Kessler, notamment ancien numéro 2 du MEDEF, millionnaire, élu « Financier de l'année en 2013 » et président d'un grand groupe de réassurance :

« Les annonces successives des différentes réformes par le gouvernement peuvent donner une impression de patchwork, tant elles paraissent variées, d'importance inégale, et de portées diverses : statut de la fonction publique, régimes spéciaux de retraite, refonte de la Sécurité sociale, paritarisme ... »

À y regarder de plus près, on constate qu'il y a une profonde unité à ce programme ambitieux. La liste des réformes ? C'est simple, prenez tout ce qui a été mis en place entre 1944 et 1952, sans exception. Elle est là. Il s'agit aujourd'hui de sortir de 1945, et de défaire méthodiquement le programme du Conseil national de la Résistance ! »

Toujours sous l'argument d'un impérieux besoin d'adaptation aux « nouvelles » exigences économiques et mondiales, à la « modernité », ce programme adapté à un capitalisme sauvage est une réponse bien plus moderne que le retour au XIX^{ème} siècle promis par les réformes ce début de siècle ...

D'un autre côté, la construction de la Sécurité sociale sera influencée par de hauts fonctionnaires tels qu'Alexandre Parodi et Pierre Laroque. Tous deux au ministère du Travail de Vichy pendant l'élaboration des mesures de protection sociale, certaines pourront les inspirer pour la suite : retraite par répartition, médecine du travail et loi hospitalière (mettant fin à l'hospice pour créer l'hôpital moderne, ouvert à l'ensemble de la population²⁵). Très vite évincés du gouvernement (l'un pour ses origines juives, l'autre pour ses opinions hostiles au régime), ils se mettent en relation avec les résistants, puis,

clandestins, rejoindront la Résistance. Pierre Laroque, dans la Résistance extérieure (il rejoint en avril 1943 les Forces Françaises Libres à Londres), sera alors influencé par les thèses de Beveridge, novatrices et très en vogue alors. Tous deux seront au cœur des ordonnances de 1945 : Alexandre Parodi en tant que ministre du Travail et de la Sécurité sociale dans le Gouvernement Provisoire de la République Française du général de Gaulle et Pierre Laroque en tant que directeur général des Assurances sociales. Il sera alors le premier directeur général de la Sécurité sociale en 1945.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE EN ANGLETERRE ET LE MODÈLE BEVERIDGIEN

L'économiste William Beveridge (il sera anobli ultérieurement) fut appelé en 1941 par le gouvernement anglais à présider un comité chargé de procéder à un examen général du système anglais. Le rapport « Assurances sociales et services alliés », dit rapport Beveridge, sera remis au public le 1^{er} décembre 1942. Influencé par la pensée de Roosevelt et sa volonté de libérer l'homme du besoin ainsi que des thèses de l'économiste J.M. Keynes notamment sur les aspects négatifs de l'épargne, ce rapport d'une grande originalité procède à une analyse du problème de l'indigence, cherchant à trouver des solutions **systématiques** pour l'éliminer.

Il rejette à la fois le principe des assurances sociales de même que celui de l'assistance (qui impose l'« abject test of means », l'assistance accordée aux plus démunis sur critère de revenu), proposant alors comme synthèse une assurance nationale, composées notamment de prestations-substitut de revenu forfaitaires systématiques (lors de la survenue d'un risque), en contrepartie de cotisations elles aussi forfaitaires. Ce système contient alors les 3 valeurs qui ont en partie inspiré la construction de la Sécurité sociale :

- principe de **généralité** : toute la population entre dans le champ de l'assurance nationale ;
- principe d'**uniformité** : les prestations ignorent la situation professionnelle du bénéficiaire, de même que le risque occasionnant la perte de revenu (la prestation correspondant alors à un

²⁵ Ces avancées sociales ne peuvent tout de même pas occulter la période sombre du gouvernement de Vichy, notamment l'« extermination douce » (M. Lafont, 1987) et les milliers d'invalides et de malades mentaux mourant de faim et d'abandon dans les hôpitaux psychiatriques français.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE EN ANGLETERRE ET LE MODÈLE BEVERIDGIEN (SUITE)

- minimum alimentaire) – la France aura alors un point de vue différent, non pas de l'uniformité en tant que telle, prestation et service devant l'être, mais n'ignorant pas systématiquement la situation du bénéficiaire ;
- **unicité** de la notion de risque, ainsi donc de l'organisation administrative (un service public unique, voulu pour simplifier grandement les formalités), là aussi la Sécurité sociale est différente dans la mesure où il n'y pas unicité de la notion de risque mais il devrait y avoir unicité de l'organisation.

Au niveau du financement, s'ajoutent aux cotisations forfaitaires un impôt servant aux prestations familiales et à la santé.

En complément, dans la conception de Beveridge, il est essentiel que soit mené en parallèle une politique active de plein-emploi – celui-ci ne cessera d'affirmer qu'il est le premier but à atteindre – ainsi qu'une politique de santé assurant des soins gratuits à l'ensemble de la population. Il fut alors élaboré un « plan de sécurité sociale », mis en place entre 1945 et 1946.

Dans la conception d'un tel système, l'uniformité peut poser certains problèmes : les prestations de caractère alimentaire deviennent conditionnées à la survenue du risque et non au revenu, conduisant à des versements apparaissant dérisoires pour les hauts revenus professionnels (lesquels sont alors renvoyés aux assurances privées) ainsi qu'à devoir les fixer à un niveau relativement bas compte tenu du grand nombre de bénéficiaires. C'est ainsi que, voulant supprimer la politique d'assistance, elle connaîtra au contraire un grand essor au Royaume-Uni : la prestation uniforme sera trop faible pour assurer un minimum vital. Le service public de santé connaîtra aussi de grandes difficultés financières.

Tant le système que ses principes seront remis en cause et profondément modifiés, d'abord dans les années 1960 sous la pression du parti travailliste, puis définitivement abandonnés par Margaret Thatcher dans les années 1970.

● L'ordonnance du 4 octobre 1945

L'article 1^{er} : un système original à la croisée des concepts de solidarité

Le Programme du CNR trouve une de ses applications dans l'ordonnance du 4 octobre 1945. Celle-ci institue et organise la Sécurité sociale, et avant tout comme une assurance économique : elle vise en effet, à travers la couverture d'un risque social,

d'une part à pouvoir faire face à une impossibilité/incapacité à pouvoir obtenir un revenu (arrêt maladie, accident du travail, vieillesse) ou bien d'autre part à pouvoir faire face à une surcharge de dépense (maladie, maternité, éducation des enfants).

C'est en effet dès le 1^{er} alinéa de l'article 1^{er} de l'ordonnance de 1945 qu'il est instauré ce caractère fondamental :

*« Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de **réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent** »*

Également, la construction de la Sécurité sociale de 1945 se fonde sur un existant, issu d'une logique professionnaliste. En effet, la suite du 1^{er} article déclare que :

« L'organisation de la sécurité sociale assure dès à présent le service des prestations prévues par les législations concernant les assurances sociales, l'allocation aux vieux travailleurs salariés²⁶, les accidents du travail et maladies professionnelles et les allocations familiales et de salaire unique aux catégories de travailleurs protégées ... dans le cadre des prescriptions fixées par celles-ci »

Néanmoins, ce nouveau système se veut d'ores et déjà universaliste et prévoyait deux étapes pour accueillir le principe de généralité :

- un aménagement immédiat d'un régime général, appelé à protéger les salariés de l'industrie et du commerce contre l'ensemble des risques sociaux ;
- puis l'extension du système à l'ensemble de la population notamment pour les risques maladie et vieillesse.

La fin du 1^{er} article énonce :

« Des ordonnances ultérieures procéderont à l'harmonisation des dites législations et pourront étendre le champ d'application de l'organisation de la Sécurité sociale à des catégories nouvelles de bénéficiaires et à des risques ou prestations non prévus par les textes en vigueur »

Car, en effet, le plan de sécurité sociale initial repose sur trois principes fondamentaux, directement inspirés de l'idée de Beveridge :

- **universalité** des bénéficiaires : toute personne a droit à la Sécurité sociale ;
- **uniformité** des prestations : tout bénéficiaire perçoit un service identique ;
- **unicité** du système : son organisation repose sur un système unifié.

De manière générale, l'organisation de la Sécurité sociale reposait sur :

- les caisses primaires – fonctionnant selon les prescriptions de la loi du 1^{er} avril 1898 relative aux sociétés de recours mutuels, qui assuraient pour les risques maladie, maternité, décès et les accidents du travail ;
- l'affiliation *obligatoire de tous* les travailleurs relevant de la circonscription de ces caisses ;
- les caisses régionales qui géraient le risque et la prévention de l'invalidité, de même que l'action sanitaire et sociale ;
- une caisse nationale, assurant la compensation des risques et la solvabilité des caisses ainsi que la gestion de fonds destinés à promouvoir une politique générale de sécurité sociale.

²⁶ Issue du 30 décembre 1944 par le gouvernement de Vichy.

LA SÉCURITÉ SOCIALE DE 1945

En somme, les principales caractéristiques de la Sécurité sociale de 1945 sont :

- une gestion par les représentants des salariés et des employeurs (organisations syndicales et patronales) ;
- un financement par des cotisations à la charge des salariés et des employeurs ;
- une refonte des assurances sociales des années 30 visant une affiliation obligatoire de tous les salariés :
 - création d'un régime général ayant vocation à rassembler l'ensemble des actifs ;
 - reconnaissance (initialement provisoire...) de régimes particuliers de sécurité sociale préexistants ;
- la reconnaissance du rôle complémentaire des mutuelles.

Elle se retrouve à la fois inspirée des assurances sociales bismarckiennes dans sa gestion (organisations représentatives et non pas étatique) et dans son financement (cotisations plutôt qu'impôt), et à la fois inspirée du rapport de Lord Beveridge de 1942 (universalité et uniformité, visant à permettre une réponse systématique du système à la survenue de risques sociaux).

Principales évolutions de l'ordonnance

Cependant, dans sa première phase de construction, c'est l'aspect professionnaliste qui prédomine car le plan se heurte aux réticences de corporations ou de la mutualité à une construction universelle. De même, certaines professions (commerçants ou agriculteurs par exemple), alors plutôt florissantes, refusent le principe de l'unicité et de solidarité catégorielle. Ces divergences ont pu s'exprimer dans la mesure où le système créé était un mix entre les idées de Bismarck et de Beveridge. Cela se retrouve aujourd'hui dans l'existence d'un régime général des travailleurs salariés d'une part et d'un ensemble

de régimes spéciaux divers, souvent antérieurs à l'existence de la Sécurité sociale, d'autre part.

En effet, c'est particulièrement à travers l'impossible unicité du système que l'on retrouve les inerties propres à la France. La CGT appuyait les propositions de l'administration concernant l'unicité des caisses. En revanche la CFTC, opposée, obtint l'autonomie des caisses d'allocations familiales (articles 19 à 24 de l'ordonnance de 1945). Également, les régimes spéciaux étaient maintenus (article 17), ceux-ci voulant garder leur spécificité et leur indépendance. On peut tout de même relever que tous régimes sont régis par un unique code, le code de la Sécurité sociale.

De plus, l'existence d'institutions de prévoyance était possible (article 18) dès lors qu'elles pouvaient accorder des avantages s'ajoutant à ceux de la Sécurité sociale. C'est cet article qui permit en particulier l'expansion des régimes complémentaires de Sécurité sociale, à travers les mutuelles notamment.

Quant à l'*uniformité*, la progression d'une doctrine – voire d'une idéologie – depuis les années 1970 la remet en cause très vivement. C'est pourtant une caractéristique essentielle du système français, représentée par l'adage **« de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins »**. En effet, **d'autres critères pour faire valoir ses droits se font de plus en plus prégnants (le revenu par exemple, et non la survenue du risque). Également, ces derniers changent de nature** : il ne s'agit plus tant de garantir la sécurité économique des individus que de lutter contre la pauvreté ...

Malgré tout, l'histoire de la Sécurité sociale aura bien montré une construction progressive mais permanente du caractère universel de la Sécurité sociale, répondant aux principes de fraternité, d'égalité et de liberté. Une première caractéristique universaliste, au-delà des seuls cotisants, s'ouvrait déjà : la caisse nationale devait *« couvrir les charges de l'allocation aux vieux travailleurs salariés non assurés sociaux ou non assurés des retraites ouvrières et paysannes »* (article 14).

Également, très vite, les ordonnances de 1945 sont complétées par la loi du 22 mai 1946 portant généralisation de la

Sécurité sociale, *« à toutes les personnes exerçant une activité professionnelle non salariée et aussi à toutes celles qui, pour une raison quelconque n'exercent aucune activité professionnelle »*. Elle fut votée le 26 avril 1946 et Vincent Auriol, alors président de l'Assemblée constituante empêcha les explications de vote :

*« Étant donné que tous se sont mis d'accord à la Commission du Travail, il a été entendu ... que **personne ne prendrait la parole, afin que personne n'ait l'apparence de vouloir tirer à soi le bénéfice d'un projet qui est une œuvre commune** »*

Malgré tout, l'affiliation reposait, tout comme aujourd'hui, en grande majorité sur le principe de la *cotisation* à une caisse, laquelle dépendait de l'activité laborieuse. C'est pourquoi, dans sa construction initiale, la Sécurité sociale demeurerait principalement à destination des travailleurs et de leurs *ayants droits*, la plupart des assurés sociaux étant les travailleurs salariés ainsi que les membres de leur famille dont ils avaient la charge.

C'est également pour cette raison (mais non la seule) que les caisses de Sécurité sociale étaient **administrées par les trois-quarts des représentants des travailleurs**, c'est-à-dire les syndicats. Siégeaient ensuite pour un quart les représentants des employeurs ainsi que, avec voix consultative, des représentants du personnel de la caisse, des médecins, des *« personnes connues pour leurs travaux sur les assurances sociales et les accidents du travail »* et des élus des unions des associations familiales.

LES DIFFÉRENTES PHASES D'EXPANSION ET DE GOUVERNANCE

● De 1947 à 1967 : la démocratie sociale et l'expansion du système

Les ordonnances de 1945 confiaient la gestion des caisses à des conseils d'administration désignés, ce qui fut rapidement modifié. L'influence du Mouvement Républicain Populaire, parti politique centriste réunissant les démocrates-chrétiens et défenseur des thèses de la CFTC, put imposer un changement d'orientation en octobre 1946 : les conseils des caisses seraient désormais élus au scrutin proportionnel. S'ouvre alors la période dite de la *démocratie sociale*.

Les premières élections eurent lieu le 24 avril 1947, en présence des listes CGT, CFTC, mutualistes et familiales (héritage des caisses de secours mutuels et des assurances sociales des années 1930). La CGT escomptait 80% des suffrages, mais n'en recueillit que 59% : beaucoup de syndiqués réformistes ou de sympathisants ayant préféré voter CFTC ou mutualistes plutôt que CGT dans la mesure où les communistes étaient en nombre écrasant (la scission puis la création de la Cgt-FO n'était pas encore intervenue). Georges Delamare, encore adhérent CGT mais futur dirigeant FO de la fédération de la métallurgie, expliquait : « *Si le succès de la CGT n'a pas été plus important, c'est parce*

que le comportement de ses dirigeants a provoqué un malaise interne qui s'est manifesté ici à l'occasion d'un vote secret. Malaise issu de l'emprise de plus en plus marquée du parti communiste sur les syndicats. Les majoritaires (= communistes) en imposant leurs hommes sur les listes ont fourni les motifs de l'attaque anticommuniste de la presse réactionnaire et c'est la CGT qui fait les frais de cette erreur tactique »²⁷.

Peu de temps après ces élections, qui ont pu avoir des répercussions politiques importantes, les communistes sont écartés du gouvernement²⁸, et la dernière scission de la CGT se produit : des syndicalistes, voulant préserver son caractère originel, la quittent le 19 décembre 1947 et formeront la Cgt-FO les 12 et 13 avril 1948.

Après la scission, une certaine stabilité se remarquera : le taux de participation oscillera autour de 70%, avec 40% des suffrages exprimés pour la CGT, 20% pour la CFTC et 16% pour FO.

L'expansion de la couverture par la Sécurité sociale²⁹

Quant à la construction de la Sécurité sociale, celle-ci gagne en universalité, mais ne peut s'élaborer sur le principe de l'unicité des caisses.

²⁷ *Le monde*, 21 mai 1947.

²⁸ Annonce de la révocation des ministres communistes le 5 mai 1947.

²⁹ Pour être relativement exhaustif, nous dépasserons quelque peu le cadre de notre période de démocratie sociale (1947-1967).

En effet, comme nous l'avons évoqué, l'extension de la Sécurité sociale se réalise de manière professionnaliste, face au refus de certaines catégories professionnelles :

1947 – création de la Sécurité sociale aux fonctionnaires, gérées par des caisses mutuelles (réunies dans la FNMFAE, devenue plus tard MFP) ;

1949 – système électif de la MSA, la Sécurité sociale des exploitants et salariés agricoles (déjà reconnue comme un des régimes spéciaux par l'ordonnance de 1945) ; elle connaîtra par la suite plusieurs extensions de couverture de risque ;

1948 – création du régime retraite des artisans (CANCAVA), des travailleurs indépendants de l'industrie et du commerce (ORGANIC) et des professions libérales (CNAVPL) ;

1952 – mise en place du régime vieillesse des exploitants agricoles ;

1954 – les avocats se séparent de la CNAVPL pour créer leur propre caisse de retraite (la CNBF) ;

1961 – création de l'assurance maladie-maternité-invalidité des exploitants agricoles ;

1966 – création du régime maladie des travailleurs indépendants (la CANAM) ;

1972 – création de l'assurance AT/MP pour les salariés agricoles ;

1978 – création du régime des cultes (CAVIMAC).

En termes de proportion, donnons l'exemple de la population salariée couverte pour le risque maladie, à deux dates-clé :

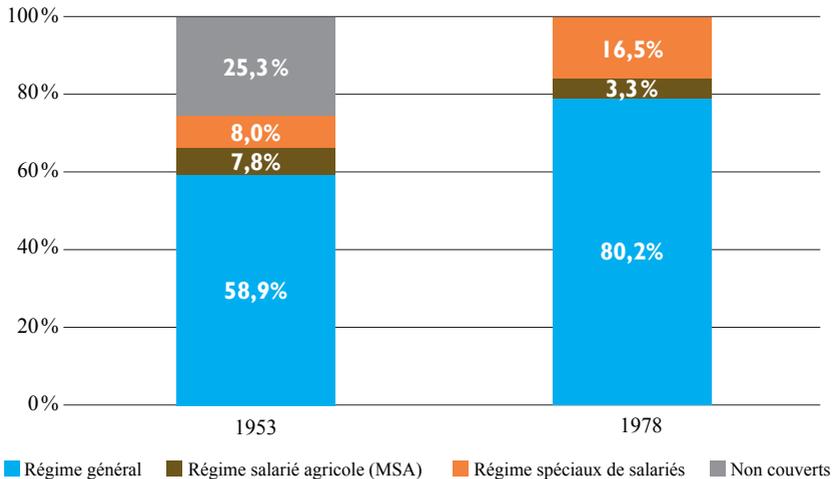


Figure 4

Répartition des assurés salariés par régimes d'assurance-maladie de la Sécurité sociale³⁰.

³⁰ Repris de *La sécurité sociale toujours en chantier*, J.-P. Dumont, Atelier, 1981

Postérieurement à cette période, en 2005, le gouvernement, motivant son choix par la volonté de simplifier la gestion des régimes des indépendants et *pour améliorer la qualité du service rendu aux adhérents*, fusionne la CANCAVA, l'ORGANIC et la CANAM dans une entité unique, le RSI.

Celui-ci alors deuxième régime obligatoire de la Sécurité sociale, il a fait l'objet d'attaques violentes très politiques et très médiatisées de la part de mouvements ultra-libéraux, SNE, Tondus, Pigeons, qui dénonçaient pêle-mêle cotisations sociales, impositions et prélèvements sociaux. Ils ont trouvé auprès des parlementaires et des médias un écho très favorable. Peu nombreux mais très actifs, ils ont fait suffisamment de « buzz » sur les réseaux sociaux et les médias pour inciter les parlementaires, ceux qui en 2005 avaient créé le RSI dans la précipitation sans tenir compte des alertes et réalités de terrain, à diligenter enquêtes et projets de loi dans l'espoir de casser le régime. Il faut être bien sourd pour ne pas entendre la Cour des Comptes et l'IGAS dénoncer les outils défectueux et les décisions politiques inconséquentes qui ont conduit à créer l'ISU en 2008. C'est cette « catastrophe industrielle », tant d'un point de vue organisationnel qu'en terme informatique qui a conduit à la dégradation du service rendu.

Ce sont les équipes du RSI qui ont dû, dans des conditions de travail dégradées, faire face aux mécontentements des travailleurs indépendants et compenser par leur travail le défaut d'outils informatiques et de cohérence de l'organisation.

À ce jour, le service rendu tant sur le recouvrement que sur l'ensemble des prestations versées se rétablit et les résultats sont comparables à ceux des autres branches de la Sécurité sociale dans bien des secteurs, même s'il reste des progrès à accomplir.

Le caractère *universaliste* n'est pas pour autant délaissé, représentant d'ailleurs la synthèse originale entre les modèles bismarckien et beveridgien de la Sécurité sociale. On retrouve les principales évolutions suivantes, qui soit étendent la couverture des régimes, soit fournissent un service d'assistance universel :

1946 – loi portant généralisation de la Sécurité sociale, en particulier pour couvrir les retraités n'ayant alors jamais cotisé ;

1953 – décret relatif à la réforme des lois d'assistance : l'ancien système (en particulier issu de l'assistance médicale gratuite de 1893), confus et dualiste avec la Sécurité sociale, est remis en ordre et modernisé (notamment nationalisé, alors qu'auparavant connaissait de nombreuses disparités territoriales) ;

1956 – instauration du minimum vieillesse, un montant plancher garanti par l'État pour tout retraité ;

1975 – généralisation de l'assurance vieillesse à l'ensemble de la population active et instauration de l'allocation adulte handicapé ;

1976 – instauration de l'allocation de parent isolé, à destination des familles monoparentales ;

1977 – loi créant le complément familial, se substituant à d'autres prestations mais supplantant la condition d'activité professionnelle : la branche famille devient universelle ;

1978 – création de l'assurance personnelle « résiduelle », pour toute personne ne relevant d'aucun régime (rattaché au régime général) – cette date marque la couverture de l'ensemble de la population pour l'assurance mal ;

1999 – institution de la Couverture Maladie Universelle.

Enfin, cette période verra l'extension du niveau de prise en charge par la Sécurité

sociale. Elle connaîtra particulièrement une accélération au début des années 1960, avec un pic au début des années 1980. Au contraire, l'État connaîtra un désengagement continu qui perdure sur les 70 années de la Sécurité sociale.

Cette généralité cache de nombreuses disparités, cependant les dépenses de santé représentent correctement la grande tendance qu'on a pu observer depuis la création de la Sécurité sociale.

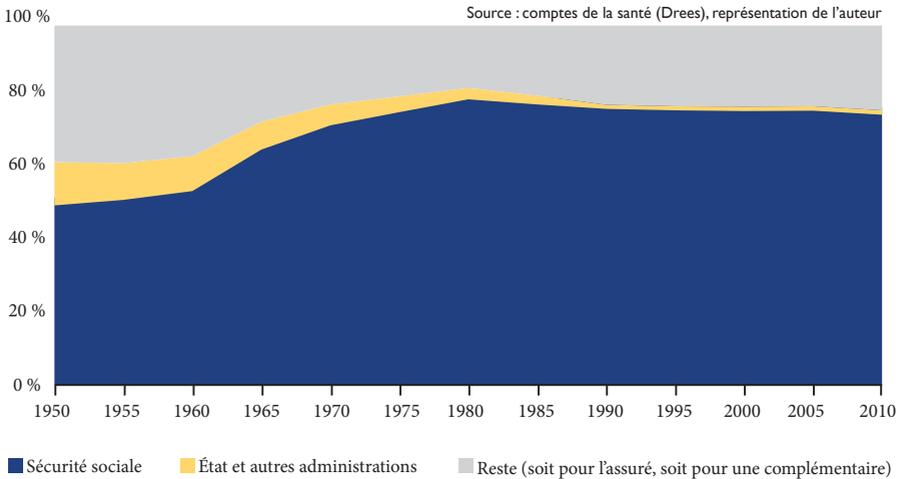


Figure 5

Évolution de la prise en charge des dépenses de santé, par acteur en % du total des dépenses.

Des développements parallèles

Au-delà de la seule Sécurité sociale, les autres compartiments de la protection sociale se développent. C'est particulièrement sous l'impulsion des syndicats que se construisent les *régimes complémentaires* de sécurité sociale : la mutualité sous sa forme

actuelle, les régimes de retraite complémentaires et l'assurance chômage. Créés en dehors du cadre strict de la loi, ces deux derniers ouvrent la voie d'une gouvernance nouvelle : le **paritarisme**³¹. Il s'agit alors de représenter dans les mêmes proportions les représentants des salariés et des employeurs dans les instances décisionnelles.

Les médias appellent aujourd'hui à tort les partenaires sociaux ceux qui sont en fait des *organismes paritaires*³² (dans lesquels le collège des employeurs est en général composé du MEDEF, de la CGPME et de l'UPA, et le collège des salariés de la CGT, CFDT, CFTC, CFE-CGC et FO ; alors chacun de ces deux collèges se répartissent 50% des sièges). Dans de tels cadres, les organisations syndicales et patronales défendent les intérêts de ceux qu'ils représentent.

Pour la retraite complémentaire, la nouvelle centrale syndicale CFE-CGC, représentant en particulier les salariés cadres et fondée en tant que telle le 13 octobre 1944, im-pulse la création du régime complémentaire des cadres dès 1947. En effet, ceux-ci refusant d'être intégrés dans la nouvelle entité naissante de la Sécurité sociale, l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC), après négociations, est créée le 14 mars par la voie d'une convention collective nationale.

Le mouvement se poursuit chez les non-cadres : une convention est signée en 1957 entre le CNPF, FO et la CFTC pour créer l'UNIRS, l'Union nationale des institutions de retraite des salariés. Cette union sera étendue à deux reprises :

- d'abord toujours par convention entre les mêmes acteurs en 1961, pour l'en-

semble des entreprises adhérentes au CNPF – elle prend alors son nom actuel d'Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés (ARRCO) ;

- ensuite par la loi de 1972 portant généralisation de la retraite complémentaire au profit des salariés et anciens salariés, qui donnera en outre le caractère obligatoire de ce régime complémentaire de retraite.

Depuis l'origine, Force Ouvrière y tient un rôle décisif.

De son côté, l'assurance chômage voit le jour le 31 décembre 1958, également par la voie de la convention collective nationale. C'est FO qui lance l'initiative suite à l'appel du général de Gaulle lors des négociations relative au chômage : avec le CNPF, la CFTC et la CFE-CGC, ils signent l'accord créant les Associations pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce (ASSEDIC), fédérées dans l'Union Nationale pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce (UNEDIC). D'abord d'alternance entre FO et le CNPF, la présidence, depuis 1993, se fait avec la CFDT (pour rappel, cette centrale est issue de la scission de la CFTC en 1964).

Il peut être intéressant de souligner que, en 1984, l'assurance-chômage gérée par les organismes paritaires est séparée pour

³¹ Pour être parfaitement exact, les premières instances paritaires sont créées par la loi du 19 octobre 1946 portant sur le statut de la fonction publique. C'est donc dans les administrations de l'État que le paritarisme vit le jour pour la négociation des statuts des fonctionnaires entre syndicats et « employeur », les cadres dirigeants de la fonction publique. En revanche, ces instances étaient de *consultation*, et non de *décision*. De ce point de vue, il faut attendre les institutions paritaires patronat-syndicat.

³² Peut-être en raison de la proximité phonétique des mots « pair » et « paritaire », pourtant au sens très différent.

créer un régime de solidarité pris en charge par l'État (en direction de populations particulières, telles que les chômeurs de longue durée). Ce qui aurait pu constituer de nouveau l'originalité française, la coïncidence d'une solidarité ouvrière (professionnelle) et nationale (assistance), sera là aussi la préfiguration d'une étatisation : en est pour preuve la fusion des ASSEDIC et de l'ANPE en 2008 – Pôle Emploi voit le jour, un organisme piloté par l'État mais dont les cotisations et les prestations continuent à relever, par délégation, des interlocuteurs sociaux.

On peut remarquer que la CGT post-1947 (après la scission et la création de la Cgt-FO) n'a pas fait partie de ces négociations : elle a été exclue ou s'est exclue elle-même de la quasi-totalité des conventions créant ces institutions paritaires. En particulier, malgré le vœu de la CFTC, la CGT ne fut pas invitée aux négociations de 1958 sur l'assurance-chômage. Elle était d'ailleurs hostile à la création des ASSEDIC et demandait que l'assurance-chômage devienne une branche spéciale de la Sécurité sociale. Une fois l'institution en place, la CGT signa les accords pour ne pas être tenue en dehors de la gestion.

Le système de gestion paritaire se révéla si opérant qu'il servit de modèle pour la réforme de la Sécurité sociale de 1967 : c'est alors que les conseils d'administration *élus* deviennent des conseils paritaires *désignés*. En revanche, cela affecta la répartition des sièges qui étaient initialement aux trois-quarts dévolus aux représentants des travailleurs, et ce sans véritable justification pertinente.

● De 1967 à 1996 : le paritarisme

La grande réforme de 1967, dite réforme Jeanneney, du nom du ministre chargé de la sécurité sociale qui la portât, modifia en profondeur certaines caractéristiques de la Sécurité sociale.

Les principaux éléments de la réforme

C'est tout d'abord la gouvernance des caisses qui est modifiée pour y instaurer un **paritarisme 50/50**. Face à l'expansion de la couverture de la Sécurité sociale, les services et prestations en nature ont également fortement augmenté, en particulier les dépenses de soins. La peur du déficit commence déjà à motiver les grands changements mais la réforme est vendue comme porteuse d'une meilleure clarté dans la gestion de la Sécurité sociale.

Également, la Sécurité sociale connaît une réorganisation générale, lui donnant une forme proche de celle qu'elle connaît actuellement. Le quasi-unique système de caisses (caisses de sécurité sociales d'un côté et caisses d'allocations familiales de l'autre) est séparé en trois parties quant aux risques sociaux, maladie – vieillesse – famille, et une quatrième est créée pour gérer le recouvrement des cotisations : les **branches** de la Sécurité sociale sont nées.

Pour FO, la désignation des conseils d'administration est bienvenue. La réforme passe par voie d'ordonnance le 21 août 1967, et André Bergeron, successeur de Léon Jouhaux et Robert Bothereau à la tête de FO, déclarera alors, peu avant :

« Depuis des années, nous n'avons cessé de dire que la Sécurité sociale ne peut être l'enjeu d'appétits ou de compétitions électorales, dans le cadre d'une démagogie effrénée. Dire ce que l'on pense, dire des choses sérieuses sur un problème sérieux, alors que d'autres dans le même temps se saisissent de possibilités électorales pour, faisant de la Sécurité sociale un enjeu, se livrer à une campagne d'agitation et charger la masse des inorganisés du soin de faire peser la balance non pas vers ceux qui travaillent mais vers ceux qui « hurlent le plus fort », n'est pas très sérieux ».

Chaque nouveau conseil mis en place devra élire son président. La présence patronale renforcée n'est pas pour plaire aux syndicats, mais il faut s'en accommoder et FO lui reconnaît un avantage : une forme de « responsabilisation » du patronat. Celui-ci ayant toujours eu une grande aversion à la Sécurité sociale³³, lui conférer des pouvoirs étendus pouvait le forcer à coopérer dans la construction du système, ou, du moins, à atténuer ses efforts de déconstruction. Cependant, la CGT et la CFDT demeurèrent très hostiles à leur présence et voulurent voter contre toute candidature patronale, refusant la proposition de compromis de FO.

Malgré tout, les résultats seront la présidence de la caisse nationale de l'assurance-maladie pour FO, les allocations familiales pour la CFDT et l'assurance-vieillesse pour le CNPF. La CGT refusera une vice-présidence, et déclarera le 4 octobre 1967 que jamais elle ne présentera une candi-

dature aux postes de président ou vice-président dans les caisses. La CFDT imitera la CGT en faisant démissionner son président de la caisse nationale des allocations familiales quatre jours plus tard, le 8 octobre. Depuis lors, c'est la CFTC qui en assure la présidence.

Par ailleurs, FO redoute déjà une tentative de mainmise de la Sécurité sociale : *« on peut se demander s'il était vraiment nécessaire de prévoir trois caisses nationales distinctes. Notre opinion était qu'une seule eût pu suffire, avec une comptabilisation distincte par branches. Le gouvernement en a décidé autrement. La position qu'il prendra concernant le choix des directeurs de ces trois organismes nationaux sera primordiale. Les conseils d'administration pourront-ils réellement choisir et soumettre leur choix à l'agrément ministériel, ou bien le gouvernement entendra-t-il imposer son directeur, au besoin contre l'avis du conseil ? Si cette deuxième formule devait être retenue, ce serait dès le départ introduire le ver dans le fruit et préparer une étatisation qui n'oserait dire son nom ! »*

En effet, la question portant sur la place des directeurs avait déjà eu lieu en 1960 : le décret du 13 mai 1960 étendait ses pouvoirs au détriment des conseils. De manière plus générale, ce texte préfigure les grandes réformes... et la question posée est alors d'une grande pertinence : l'histoire lui donnera raison.

Enfin, FO aura un rôle déterminant contre une première tentative de régionalisation des soins que cette réforme voulût

³³ C'est un euphémisme ...

porter. «L'idée d'une gestion régionale de l'assurance maladie ne peut être retenue de façon valable... Une politique de sécurité sociale ne peut être que nationale», la lutte contre les inégalités territoriales étant un impératif pour notre organisation. La suite des événements s'opposera à notre vision: la Sécurité sociale connaîtra la régionalisation, particulièrement dans la phase suivante de réformes et l'avènement des agences régionales.

Mais avant d'aller plus avant dans la construction de la Sécurité sociale (ou plutôt sa déconstruction à venir), nous pouvons dresser une image de ce qu'elle est, dans son identité propre³⁴, aujourd'hui; cette réforme a en effet posé les bases fondamentales qui n'ont pas changé depuis.

L'organisation de la Sécurité sociale aujourd'hui : régimes, caisses et branches

De manière formelle, la Sécurité sociale, dans son organisation, est constituée de l'ensemble des **régimes légaux**, dits également **régimes de base** :

- le **régime général**, qui couvre l'ensemble des travailleurs salariés du secteur privé ;
- **les régimes des non-salariés** : le Régime Social des Indépendants (RSI) pour les artisans et les commerçants, le régime de retraite des professions libérales et le régime de retraite des avocats ;

- **la Mutualité Sociale Agricole (MSA)**, constituée de la mutualité des exploitants agricoles d'un côté et des salariés agricoles de l'autre côté ;
- **une quinzaine de régimes dits «spéciaux»**, auxquels sont affiliés des salariés de professions particulières (clercs et employés de notaires, militaires, travailleurs des mines, marins, ministres des cultes, agents de la SNCF et de la RATP, etc.), et ce pour certains risques (en général, la vieillesse).

Nous avons vu dans les parties précédentes leur construction historique. Ils sont tous caractérisés par :

- un ensemble de dispositions s'appliquant à un groupe donné de personnes (en général basé sur un critère professionnel) définissant les **prestations** auxquelles ces affiliés ont un **droit objectif** ainsi que le **prélèvement obligatoire** (en particulier la **cotisation** à la charge de ces personnes ou de leur employeur) permettant le financement de ces prestations ;
- une organisation administrative destinée à gérer cette protection sociale et **associant les représentants des personnes affiliées au régime**.

Ainsi, ces régimes de base **obligatoires** permettent de percevoir un ensemble de prestations en nature ou en espèce pour la couverture d'un ou plusieurs risques sociaux :

- la maladie ;
- la vieillesse ;

³⁴ Car la phase suivante d'étatisation de la Sécurité sociale verra la prolifération d'organisations, d'institutions et de commissions graviter autour de la Sécurité sociale.

- la maternité et les charges familiales ;
- les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Bien qu'en théorie un régime couvre l'ensemble des risques, en pratique une partie importante d'entre eux rattache ses affiliés au régime général pour le risque maladie. Également, pour les risques liés à la famille, il n'existe que le régime général pour s'occuper de la gestion et du financement des droits des assurés. **Seul le risque vieillesse est à chaque fois géré par le régime concerné.**

Les **caisses** de Sécurité sociale de leur côté servent à la fois pour l'affiliation des personnes à la Sécurité sociale, la gestion et le versement des prestations, le recouvrement des cotisations qui financent en partie ces prestations étant dévolues aux URSSAF.

Certains régimes disposent d'une caisse unique, sinon de caisses locales et d'une caisse nationale et pour tous, à l'exception du régime général, ces caisses gèrent l'ensemble des risques couverts par le régime.

En revanche le cas du régime général est différent : celui-ci a cette double organisation à la fois *territoriale* des caisses (existence de caisses locales et d'une caisse nationale) et à la fois par *branches*. En effet, chacune des branches du régime général de Sécurité sociale gère un risque particulier. Ainsi, un certain nombre de

caisses et d'organismes existent : les plus connues du grand public sont les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), qui accueillent et gèrent au niveau local la branche Maladie et les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) pour la branche famille.

En somme, le régime général est organisé en 5 branches couvrant quatre risques, organisées autour de caisses locales et d'une caisse nationale :

- ① la **branche Maladie**, avec l'ensemble des CPAM donc au niveau local et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) au niveau national. Les principales prestations étant :
 - le remboursement des soins hospitaliers et de médecine de ville ;
 - le remboursement des médicaments ;
 - le versement en espèces des indemnités journalières, compensation de la perte de salaire due à un arrêt de travail pour cause de maladie.
- ② **La branche des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles** (AT/MP), organisée au niveau national par la Commission des AT/MP (CATMP) de la CNAMTS³⁵, délivre, notamment par le biais des CPAM :
 - l'indemnité journalière des arrêts de travail pour cause d'accident de travail ;
 - l'indemnité temporaire d'incapacité, si la victime de l'accident est reconnue inapte à son poste par le médecin du travail ;

³⁵ Elle se fait également appelée « la petite branche », dans la mesure où elle n'a pas de caisse nationale autonome, mais est rattachée à la CNAMTS.

- les rentes en cas d'incapacité permanente, ou dues à certains ayants droits en cas de décès par accident ou maladie professionnelle.

Également, les Caisses d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail (CARSAT), au niveau régional, ont la responsabilité des actions de prévention des AT/MP, lesquelles délèguent la gestion des AT/MP aux Caisses Régionales des AT/MP (CRATMP).

③ Les CARSAT sont donc aussi, comme leur nom l'indique, une déclinaison locale de la **branche Vieillesse** dont la Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) est l'organe pilote. La branche délivre essentiellement les différentes allocations vieillesse.

④ La **branche Famille**, organisée au niveau national par la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) délivre, par le biais des CAF, un ensemble de prestations et d'aides en direction des familles, notamment :

- les allocations forfaitaires à partir de 2 enfants et plus ;
- la Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) ;
- l'aide au logement ;
- les anciens Revenu minimum d'insertion et Allocation de parent isolé fusionnés dans le Revenu de Solidarité Active (RSA).

⑤ La **branche Recouvrement**, qui n'est pas liée à un risque social mais s'occupe du recouvrement des cotisations des salariés et des employeurs concourant au financement des autres branches, à travers le réseau des Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) de l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS).

On peut résumer cette organisation dans le schéma ci-après, qui, à quelques détails historiques³⁶ près, correspond à la construction de 1967.

Dans le cas des départements d'outre-mer, quatre des cinq branches du régime général ainsi que la MSA sont fusionnées dans une caisse unique pour chaque département, la Caisse Générale de Sécurité Sociale. La branche famille demeure séparée avec les CAF des Départements d'Outre-mer.

Peu de temps après la réforme de 1967 créant notamment les branches de la Sécurité sociale, un arrêté ministériel en date du 12 novembre 1969 approuve les statuts d'une nouvelle organisation : l'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale (UCANSS). Fédération des *employeurs* du régime général de la Sécurité sociale, elle regroupe les deux entités préexistantes d'union et fédération des organismes de Sécurité sociale. En tant que telle, son rôle principal est la négociation des conventions collectives des salariés des caisses

³⁶Mais non de faible importance !

et l'organisation du dialogue social dans l'institution. Également, elle assure des tâches mutualisées dans la gestion des

ressources humaines (notamment la formation du personnel) ou les opérations immobilières.

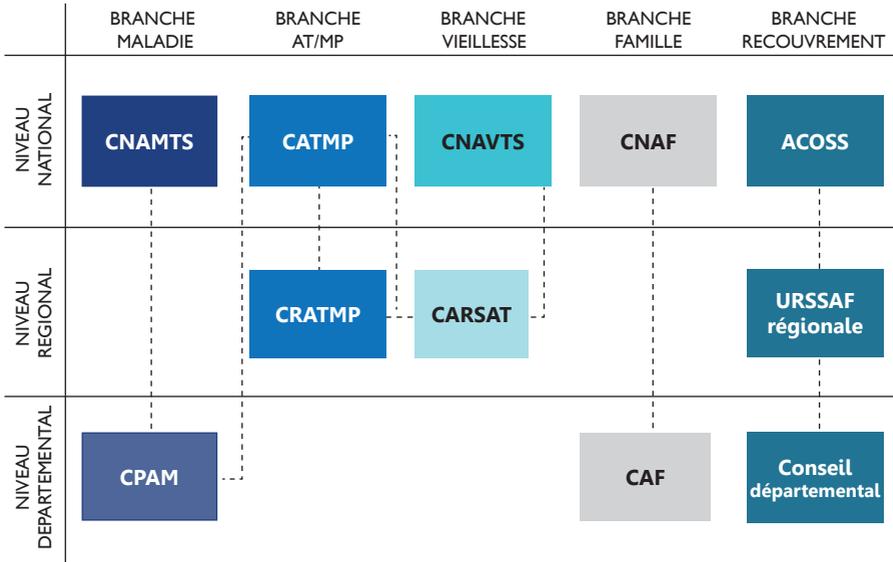


Figure 6

Le régime général, par branches et par caisses territoriales.

Car, en effet, Les caisses de Sécurité sociale sont des **organismes privés** : leurs salariés ne sont pas des fonctionnaires mais bien des salariés du privé sous convention collective nationale de travail, signée par l'UCANSS d'un côté et les syndicats des travailleurs d'autre part (FO, CGT, CFDT, CFTC et CFE-CGC).

En revanche, les caisses nationales (CNAMTS, CNAF, CNAVTS et l'ACOSS) et l'UNCAM sont des établissements publics à caractère administratif, dont l'essentiel du personnel demeure sous contrat privé mais dont les directeurs sont nommés en Conseil des ministres.

La Sécurité sociale est un ensemble d'organismes de droit privé avec une mission de service public qui est gérée paritairement

Ainsi, la Sécurité sociale est constituée d'un grand nombre de caisses au niveau local et national qui, en particulier grâce au recouvrement des cotisations sociales, permettent la couverture d'un ensemble de risques sociaux³⁷. Le régime général représente la majeure partie de la Sécurité sociale, en nombre de cotisants, de béné-

ficiaires et donc en montants financiers engagés, mais la pluralité des régimes ne peut pour autant être oubliée. Les graphiques suivants proposent une visualisation simplifiée de l'importance relative du régime général par rapport aux autres régimes quant au nombre de cotisants et de personnes protégées.

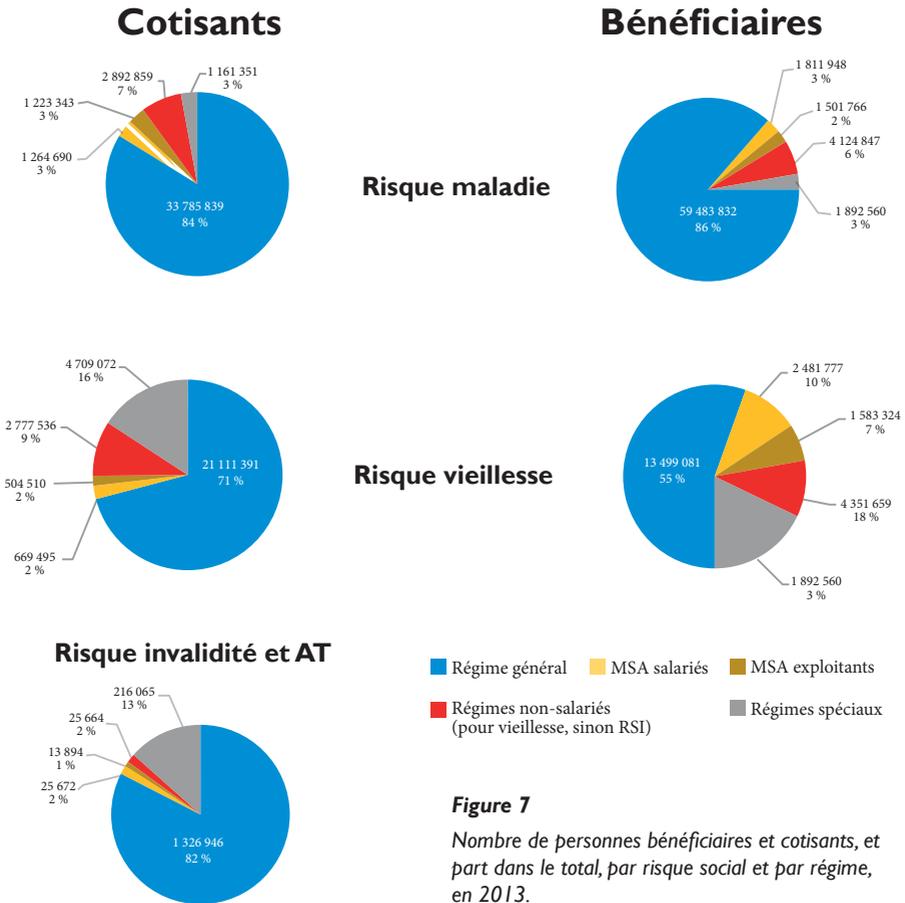


Figure 7
 Nombre de personnes bénéficiaires et cotisants, et part dans le total, par risque social et par régime, en 2013.

³⁷ Exception faite du chômage, géré et administré en dehors de la Sécurité sociale, bien que les URSSAF assurent la collecte des cotisations chômage.

Les principales problématiques suite à la réforme de 1967

Entre les décrets d'application des ordonnances de 1967 et de nouvelles mesures, la direction que doit suivre la Sécurité sociale demeurera controversée. Comme nous le disions, la réforme est officiellement motivée par une volonté de clarté de gestion pour l'État, mais les faits démontreront qu'il s'agit plutôt d'une volonté de contrôle des décisions et des dépenses. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que la teneur des débats d'alors est peu différente de celle d'aujourd'hui.

FO est sûrement (avec la CFTC pour la branche famille) le syndicat le plus engagé dans la défense de la Sécurité sociale sur l'ensemble de son histoire : la sagacité de ses représentants lui permettra une analyse claire et précise des véritables problèmes de la Sécurité sociale et de leurs solutions. C'est sûrement ce qui vaudra à la confédération la présidence de la CNAMTS sur une très longue période. Ainsi, André Bergeron dresse un état des lieux critique autour de la réforme :

« Il est bien évident que la Sécurité sociale ne peut dépenser plus qu'elle ne reçoit et qu'il ne peut être question pour elle de fermer ses guichets. Mais la Sécurité sociale n'est pas seulement une affaire comptable. C'est d'abord tout un ensemble de problèmes profondément humains. Ne pas en tenir compte, c'est aller au-devant d'un grave échec »
(juillet 1967)

« En 1967, les finances avaient commencé à reprendre une partie des charges qui lui avaient été indûment imposées du temps du règne de Giscard d'Estaing. Mais, depuis trois mois, on commet de nouveau les mêmes erreurs... Nous demandons qu'il soit mis fin aux interventions tatillonnes et paralysantes. Nous réclamons la mise en œuvre d'une véritable politique de la santé avec une loi hospitalière situant vraiment la place de l'hôpital dans la distribution des soins »
(janvier 1969)

« Nous ne nions pas les problèmes que pose la Sécurité sociale. Ils résultent notamment de la démographie, de la prolongation de la scolarité et de l'allongement de la durée moyenne de la vie humaine, de l'évolution des modes de vie, de l'accroissement du coût des soins, etc. »
(juin 1970)

Avec la loi de compensation démographique de 1974, visant à établir des mécanismes de compensation financière entre les différents régimes, c'est une **nouvelle forme de « solidarité »** qui s'impose à la Sécurité sociale : car en effet les régimes couvrant des professionnels de nature très différente, il ne s'agit aucunement d'une solidarité ouvrière, et l'État n'y participant pas, il ne s'agit pas non plus de solidarité nationale. C'est ainsi que les travailleurs **salariés** se retrouvent à payer la retraite des **exploitants** agricoles, pour prendre un exemple significativement important. Cela crée toujours aujourd'hui un **problème moral** quant au partage des **responsabilités** mais également dans la compréhension des **véritables causes**

des déficits de la Sécurité sociale. Nous y reviendrons plus loin, dans la deuxième partie de cet ouvrage.

Cependant, il n'est pas de la volonté générale de s'attaquer aux « problèmes » de la Sécurité sociale de front, mais de repousser toujours à demain des attentes qui se font de plus en plus pressantes, notamment une réforme hospitalière attendue depuis les ordonnances de 1945. Cela vaudra de la part de Maurice Derlin, président FO de la CNAMTS, ou de la Commission Exécutive Confédérale de FO, de vifs propos :

« À une participation nébuleuse et machiavélique, nous opposerons notre volonté inébranlable d'imposer la plus large autonomie de notre Sécurité sociale en vue de l'arracher aux griffes de la tutelle rapace et abusive de l'État »

(Maurice Derlin, avril 1970)

« FO dénonce la coalition d'intérêts divers et puissants qui, au mépris des exigences fondamentales de la santé, entendent paralyser toute politique hospitalière cohérente »

(CEC, juin 1970)

« La Sécurité sociale énerve et agace. On ne peut admettre, dans un grand nombre de milieux, qu'elle puisse se gérer sous le seul contrôle de l'État. Elle devient agaçante à vouloir exiger certaines normes en matière de gestion hospitalière, à vouloir poser des questions sur l'organisation des soins ! De quoi se mêle-t-elle ? Qu'elle paie. Et qu'elle paie d'abord toutes les fantaisies, toutes ces réalisations pseudo-sanitaires, parfois mal gérées, qu'il faut reconverter ...

Mais pourquoi discute-elle ? Donc, elle agace et elle irrite, donc il faut la museler une fois pour toute et il y a pour cela bien des volontaires, avoués ou camouflés.

Il y a d'abord tous ces technocrates qui, recherchant d'un côté ou d'un autre des crédits, pensent que ce serait une aubaine que de pouvoir enfin disposer très librement des fonds de la Sécurité sociale, entendent par là en disposer d'abord pour se substituer au budget de l'État, et ensuite payer des prestations... avec ce qu'il en resterait ! Les transferts qui nous ont été imposés dans le budget de cette année sont inadmissibles, injustifiés, injustifiables. Nous exigeons que l'on y revienne et, plus encore que par le passé, nous exigeons que la situation des régimes en difficulté fasse l'objet d'études sérieuses et non pas de décisions à la sauvette avec, comme seul objectif, de dégager le budget de l'État »

(Maurice Derlin, mars 1973)

Des exigences qui ne seront pas satisfaites. Au contraire, on retrouve au fil des années les mêmes problèmes évoqués, jusqu'à ce qu'André Bergeron déclare, en mai 1980 : « on nous donnera acte que depuis des années nous répétons que le financement de la protection sociale collective deviendrait le problème social numéro un ».

Ce sera bien la question du financement qui motivera la prochaine vague de réformes de la Sécurité sociale, mais qui ne donnera nullement acte du constat de ces militants en vue des améliorations qu'ils souhaitaient, et que nous souhaitons toujours.

● De 1996 à aujourd'hui : l'étatisation de la Sécurité sociale

Les années 1990 et 2000 voient le jour d'un ensemble de textes réglementaires modifiant profondément le fonctionnement de la Sécurité sociale, notamment la tant-attendue réforme hospitalière qui ne manqua pas de décevoir.

Pourtant, ce profond remaniement se produira tout juste à la suite du grand mouvement social de 1995, moment historique de lutte, qui naquit de l'opposition à la réforme des retraites et de l'assurance-maladie alors proposée. On vit se développer un véritable mouvement de solidarité – des assemblées générales spontanées, massives et démocratiques, un enthousiasme balayant les corporatismes. Ce qu'on appela la grève par procuration donna l'impression de rendre possible une autre société. Le premier cercle des militants, rejoint par d'autres salariés, des étudiants, des précaires, des chômeurs ... devient porteur d'un projet de société égalitaire et solidaire dans un mouvement généralisé et quasi-unitaire. Alors que les médias avaient vanté la mesure, saluant l'« effort d'équilibre », le « courage », « la troisième grande date de l'histoire de la Sécurité sociale », et de conclure qu'« un choc s'est produit, un homme est passé », il s'agira tout au contraire de centaines de milliers d'hommes et de femmes qui auront provoqué un choc opposé, s'insurgeant face à l'orthodoxie technocratique du monde politico-médiatique.

La réforme sera alors vite retirée concernant les retraites, mais ouvrira la voie d'une véritable trahison du gouvernement contre les syndicats : en effet, il ne s'agira plus d'un ajustement financier qui pesait sur les travailleurs mais de revoir la Sécurité sociale dans sa gouvernance et son contrôle. Cela aura un impact beaucoup plus indolore sur le service aux assurés sociaux qu'une coupe franche dans leur budget. Ainsi, au lendemain du mouvement, une loi permet à l'État de réformer la Sécurité sociale par voie d'ordonnance (très peu contraignante quant au contrôle démocratique), sous prétexte qu'elle fut créée par ce moyen, et l'année suivante voit la publication des « ordonnances Juppé ». Succéderont des ajustements financiers sur les retraites, abusivement appelées « réformes », et une révision profonde de l'assurance-maladie et des services de santé.

Les ordonnances Juppé, puis en particulier la réforme de la santé de 2004 et 2009 modifient la gouvernance des caisses et donnent plus de pouvoir à l'État et aux directeurs de caisses, désormais choisis par le directeur de la caisse nationale concernée. Force ouvrière prendra la décision de ne plus présider le Conseil d'Administration de la CNAMTS.

● Les ordonnances Juppé, ou comment vanter la « responsabilisation » pour l'étatisation

C'est depuis déjà un certain temps que la « violence symbolique »³⁸ sévit grâce

³⁸ Terme du sociologue Pierre Bourdieu, désignant le processus de soumission par lequel les dominés d'un système social perçoivent la hiérarchie sociale comme légitime et naturelle.

à un discours politique de plus en plus démagogique. La présentation des ordonnances se montrera à la hauteur, en se disant vouloir remplir le double objectif de « *renforcement du partenariat à tous les niveaux du système et des relations entre les acteurs d'une part, l'instauration d'un nouveau dynamisme dans la gestion de l'institution d'autre part* ». Ainsi, se voulant signifier un allègement de la tutelle de l'État sur les organismes, la réforme organisera au contraire un contrôle financier très strict et une autorité très forte sur les décisions des conseils.

La tutelle financière

Le premier grand changement qu'apporte la réforme concerne la mise en place du contrôle financier de la Sécurité sociale par l'État. Sous couvert de « démocratisation » et de « clarification » (même le mot « responsabilisation » est prononcé) mais surtout pour rapprocher le fonctionnement du « budget » de la Sécurité sociale de celui de l'État, la Direction de la Sécurité Sociale se voit attribuée le rôle d'élaboration de **Lois de Financement de la Sécurité Sociale** (LFSS), ensuite soumises au vote au Parlement. Elles sont élaborées chaque année et les Missions d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) des assemblées de la République et la Cour des Comptes veillent à leur exécution.

Ces lois déterminent un élément fondamental des outils de régulation étatique, l'**Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie** (ONDAM), qui impose un montant annuel de dépenses. De même, pour chaque branche de la

Sécurité sociale, un objectif de dépenses est fixé dans ces lois, permettant la maîtrise, non sur critère de service ou de soin, mais sur nécessité comptable.

Ce fut aussi la réforme qui créa la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES), avec son nouvel « impôt » pour constituer ses ressources, la CRDS. Cette caisse est un organisme financier qui récupère les déficits de la Sécurité sociale en vue de les résorber notamment par des opérations financières sur les marchés financiers (*swap* de taux par exemple). De durée de vie déterminée, initialement prévue pour 2009, cette échéance fut rapidement repoussée : en 1997, une reprise de déficits due à la crise économique d'alors repousse son existence jusqu'en 2014 et en 2004 toute date butoir est abrogée. C'est la Loi Organique relative aux Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LOLFSS) de 2005 qui permet de revenir sur une existence déterminée de la caisse (fixée à 2021) pour éviter que ne se prolonge sans cesse la dette sociale. Cette loi aura l'avantage de rendre beaucoup plus contraignant le recours à la CADES par l'État pour faire face aux déficits de la Sécurité sociale :

- désormais seule une loi organique peut rallonger sa durée de vie, au lieu d'une ordonnance ;
- et toute reprise de déficit supplémentaire doit s'accompagner d'une augmentation de ses ressources de sorte que la durée d'amortissement de la dette ne soit pas affectée.

Cependant, cette dernière disposition ne pourra pas empêcher le report

d'échéance suite à la crise de 2009. À ce jour, la dette sociale devrait être amortie pour 2024.

La réforme de la Constitution de 2005 avec cette LOLFSS a aussi modifié les LFSS qui se sont vues renforcées dans leur contrôle parlementaire. Depuis les années 1970, il se développe un courant de pensée libérale concernant les modes de gestion des États, et l'idée du « *new public management* » (nouvelle gestion publique) prend forme : elle veut refondre **le pilotage** par les pouvoirs publics, à travers particulièrement la démarche « objectifs/résultats ». D'abord appliquée aux finances publiques par la loi organique de 2001, on retrouve son application pour les comptes de la Sécurité sociale avec cette loi organique de 2005. Le Parlement se prononce désormais sur une période de temps plus longue, des prévisions pluriannuelles (sur 4 ans) de recettes et de dépenses sont présentées dans chaque projet de loi. Aussi, les ONDAM sont déclinés en sous-objectifs, rendant d'autant plus contrainte l'action de l'assurance-maladie pour pouvoir organiser la délivrance de ses services de soins et de remboursement.

L'autre pendant de cette école de pensée se trouve dans **l'exécution**, concernant l'administration ou le gestionnaire qui doit prendre les décisions. La Sécurité sociale a aussi été touchée par cette nouvelle conception, nous verrons notamment comme illustration de quelques conséquences de son application les Agences Régionales de Santé (ARS) au prochain chapitre.

Avec les LFSS, et la volonté de « clarté » des comptes de la Sécurité sociale, c'est également d'autres institutions qui se mettent à graviter autour de la Sécurité sociale : les Missions d'Évaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS, depuis la loi réformant l'assurance maladie de 2004) des chambres du Parlement la Cour des Comptes (CdC) qui chaque année certifie les comptes de la Sécurité sociale (voir schéma après le paragraphe suivant), ainsi que le Comité d'Alerte veillant régulièrement à ce que l'ONDAM soit respecté. Ce comité est placé auprès de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (CCSS) qui, elle, existe depuis 1979.

La conduite de la politique de santé d'un gouvernement et le contrôle de gestion

Le deuxième grand changement induit par les ordonnances se rapporte au rôle de l'État dans la conduite générale des services que la Sécurité sociale doit organiser. C'est notamment par ce biais que la Sécurité sociale perd des marges de manœuvre tant dans la gestion de ses caisses que dans le service qu'elle fournit à ses assurés.

En effet, tous les quatre ans des **Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG)** sont conclues entre l'État et les caisses nationales de chaque branche du régime général ainsi que des régimes spéciaux. Les caisses nationales doivent ensuite décliner au niveau de leur réseau local de caisses ces COG à travers les Contrats Pluriannuels de Gestion (CPG).

Elles formalisent, à travers un **contrat**, la délégation de gestion du service public de la Sécurité sociale à ses organismes et sont présentées comme des «leviers de modernisation et d'amélioration de la performance de la Sécurité sociale». Elles introduisent alors la logique «objectif/résultat» de l'école du «*new public management*» des années 1970, supposé «moderniser» les institutions publiques (ici en l'occurrence, institution privée remplissant une mission de service public) à l'instar des lois de finance et LFSS.

C'est en réalité un outil puissant de contrôle de l'État sur la Sécurité sociale quant à l'organisation générale des caisses, tant sur les méthodes que sur les moyens humains et financiers. Elles contiennent en particulier un ensemble d'objectifs quantitatifs à réaliser qui peuvent s'avérer contradictoires avec les moyens octroyés pour y parvenir. Cela conduit les directeurs de caisses à faire face à des impératifs contradictoires qui ont un impact néfaste tant sur le service rendu aux assurés sociaux que sur le personnel des caisses soumis à rude épreuve. La gymnastique statistique et organisationnelle – voire linguistique ! – qui est alors parfois mise en place conduit à une déconnexion totale avec la réalité du terrain, des chiffres que nos élites interprètent comme une amélioration du service de la Sécurité sociale bien qu'il aura été dégradé en réalité. Ainsi, des chiffres dont ils se font la fierté peuvent apparaître impossibles à qui connaît la Sécurité sociale : par exemple «*86 % de visiteurs reçus en moins de 20 minutes dans les CAF*». C'est soit ignorer l'allongement des files d'attente dans les CAF que nous connaissons

tous – à rapprocher de la fermeture de nombreux points d'accueil ainsi que des réductions de personnel, soit considérer qu'on est «*reçu*» par la CAF dès lors que le «*videur*» à l'entrée nous demande de nous mettre dans la file d'attente ...

Nous en sommes aujourd'hui à la 4^{ème} génération de COG pour la période 2014-2017. Un certain nombre de thèmes sont récurrents, présentés comme mettant l'accent sur :

- la qualité du service aux assurés ;
- la démarche de performance, c'est-à-dire la diminution des coûts et la maîtrise des dépenses de gestion (voir au chapitre suivant l'état des lieux véritable sur ce point) ;
- la simplification des démarches.

À y regarder d'un peu plus près, pour la réalisation de ces «*objectifs*», ce nouveau cycle insiste sur :

- la dématérialisation des relations avec les usagers, qui se veut synonyme de service simplifié et de qualité aux usagers, sauf qu'il se substitue à l'accueil humain au lieu de lui être complémentaire ;
- la *gestion du risque* : la sémantique peut être trompeuse ici, il ne s'agit pas de risque social mais de risques de gestion afférents à la sécurité des données, la trésorerie, la comptabilité, etc. Une partie importante de l'effort doit se réaliser sur la lutte contre la fraude, pour laquelle nous verrons au prochain chapitre que son importance est très relative quand au contraire il existe des pertes colossales qui pourraient être évitées par

ailleurs (voir par exemple le Dossier Médical Personnel/Partagé, pour lequel la Sécurité sociale dépense des dizaines de millions d'euros par an depuis qu'il doit

être mis en place – c'est-à-dire la réforme de l'assurance-maladie de 2004 !, sans que le conseil de la CNAMTS ne puisse s'y opposer...).

Pouvoir exécutif

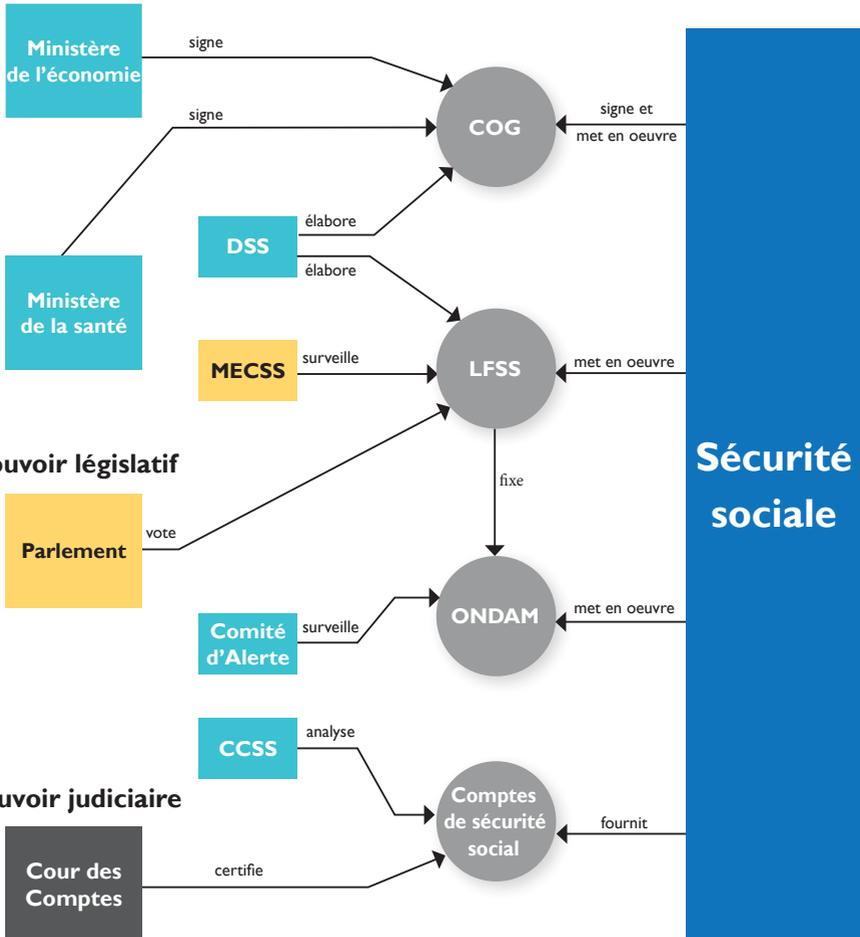


Figure 8

Tutelle de gestion et financière de la Sécurité sociale.

C'est ainsi que la Sécurité sociale perd son rôle premier de fournir une sécurité économique à ses affiliés pour devenir le metteur en scène de la politique fluctuante et en remaniement permanent des gouvernements successifs.

● La gouvernance de la Sécurité sociale aujourd'hui

Il y a eu en effet avec les ordonnances de Juppé mais plus fortement encore avec la réforme de l'assurance-maladie de 2004 un profond remaniement dans la composition et le pouvoir des conseils des caisses. Particulièrement dans la branche maladie du régime général qui **a perdu son statut et ses missions de conseil d'administration** : dorénavant Conseils et non plus Conseils d'administration, les instances de l'assurance-maladie sont de plus en plus dans les mains de l'État. Le patronat (MEDEF), en particulier après discussion avec FO, décide de revenir dans les conseils qu'il avait quitté au motif de la confusion des rôles avec l'État.

Désormais, la CNAMTS et les CPAM s'expriment seulement pour donner leur avis mais le pouvoir de décision revient aux directeurs des caisses ainsi qu'au directeur général de la CNAMTS, qui d'ailleurs les nomme et a vu étendue son pouvoir sur les caisses locales, quand lui-même est nommé par décret en conseil des ministres ...

La composition des conseils des caisses

De manière quelque peu contradictoire, le conseil des caisses du régime général

a été ouvert à d'autres institutions ou organismes, et ce avec voix délibérative, dans l'idée affichée de vouloir mieux représenter les besoins des affiliés (dont les représentants ont pourtant perdu tout réel pouvoir). Ainsi, si on prend l'exemple des conseils des CPAM, ceux-ci sont désormais composés des collèges suivants :

- *représentants des assurés sociaux* : 8 sièges, soit 35% des voix environ, constitués des cinq organisations syndicales précitées ;
- *représentants des employeurs* : 8 sièges, 35% des voix ;
 - ↳ le MEDEF, la CGPME et l'UPA
- *représentants de la mutualité française* : 2 sièges, 9 % des voix ;
 - ↳ c'est la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) qui représente ce collège
- *représentants d'institutions* (désignés par le préfet) : 5 sièges, 21 % des voix.
 - ↳ Ces institutions, pour la branche maladie, sont :
 - la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés (FNATH) ;
 - l'Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL) ;
 - l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) ;
 - le Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS) ;
 - des représentants de l'État, d'élus politiques, de syndicats non-représentatifs ou d'autres personnalités reconnues pour leurs travaux en santé sous l'appellation de « personnalités qualifiées » (PeQu).

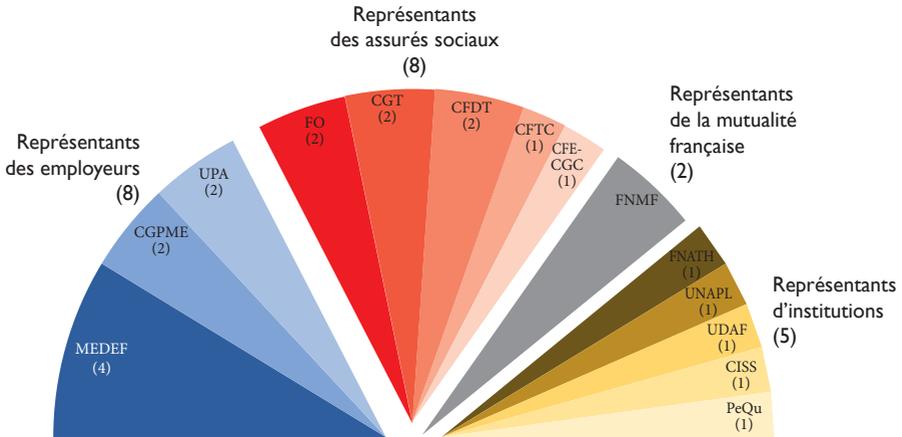


Figure 9

Les collèges de représentants d'une CPAM et leurs organisations (avec le nombre de sièges pour chaque organisation représentée)

Sont toujours présents, avec voix consultative (c'est-à-dire qu'ils n'ont pas le droit de vote lors de délibérations) :

- le directeur de la caisse ;
- l'agent comptable ;
- 3 représentants des employés et cadres de la caisse.

La tutelle administrative et le contrôle de légalité

Depuis la création de la Sécurité sociale, l'État a un rôle de contrôle administratif, à travers ce qui s'appelle ses organismes dits *autorités de tutelle*. Il y a ainsi une autre nébuleuse d'institutions, d'agences, de commissions, etc. autour de la Sécurité sociale,

mais c'est principalement la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), dépendant à la fois du ministère des affaires sociales et de la santé et du ministère de l'économie et des finances, qui représente la tutelle administrative de la Sécurité sociale. L'autre grande prérogative de la DSS est son rôle dans la conception et la mise en œuvre de la politique de santé.

Dans ses missions, elle peut être appuyée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ainsi que l'Inspection Générale des Finances (IGF), lesquels concourent aux réflexions et propositions de réforme de la Sécurité sociale à travers la publication de rapports d'analyse.

La tutelle administrative s'organise principalement sous deux formes :

- la tutelle sur les personnes : l'autorité de tutelle peut et doit intervenir lorsque les administrateurs et conseillers des caisses ne remplissent pas ou mal leur mission, de même à l'égard des personnels de direction pour lesquels elle établit la liste d'aptitude notamment ;
- la tutelle sur les actes : elle peut annuler ou suspendre les décisions des caisses, des conseils ou des directeurs.

Enfin, un arrêté de 2009 crée la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale (MNC), en charge notamment à travers son réseau d'antennes régionales, du contrôle de légalité, c'est-à-dire de la conformité des décisions des caisses à la loi, rôle auparavant dévolu aux Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (voir chapitre suivant).

C'est ainsi que l'histoire de la Sécurité sociale nous apprend que c'est une institution économique et sociale, mais aussi avant tout humaine. Elle est en effet dans ses origines l'expression des pensées de solidarité, l'incarnation des moyens mis en œuvre par les femmes et les hommes cherchant à s'émanciper du besoin et des aléas de la vie, de la brutalité et de l'injustice du capitalisme non-contrôlé. Son histoire propre nous montre tant les avancées admirables que certains peuvent porter, tout comme les luttes incessantes pour son contrôle.

C'est ainsi que la Sécurité sociale peut nous apparaître déformée, lourde et obsolète, vue sous le prisme de ses détracteurs, alors qu'elle demeure l'institution la plus humaine et la plus nécessaire pour ce XXI^{ème} siècle, un aboutissement de l'évolution des sociétés modernes qui ne connaît de précédent.

Nous allons désormais nous intéresser aux principales images qui peuvent être représentées dans l'imaginaire collectif, ou véhiculée par certains médias, dans le but de casser le prisme : montrer que, si incontestables que soient certaines difficultés, **elles ne sont pas pour autant une fatalité**. À travers quelques questions générales, nous espérons briser les apparences : la Sécurité sociale n'est pas en difficulté qui remettrait en cause son efficacité ni sa modernité ...

LA SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE MYTHES ET RÉALITÉS

QUI DIRIGE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

Comme nous avons pu l'évoquer dans la précédente partie, affirmer qui dirige la Sécurité sociale n'est pas une évidence : nombreuses sont les institutions qui participent tant à l'élaboration et à la conception des services à rendre qu'à leur mise en œuvre. Étant issue de la solidarité ouvrière historique des sociétés de secours mutuel du XIX^{ème} siècle, devenues les caisses des assurances sociales de l'entre-deux guerres, la Sécurité sociale appartient, depuis sa substitution aux assurances sociales, aux représentants des assurés sociaux.

Ainsi, en théorie, il devrait être du ressort des caisses, donc à leur conseil d'administration, de définir et de mettre en œuvre le *système de Sécurité sociale*. En complément, c'est celui de l'État que de définir et mettre en œuvre la *politique de sécurité sociale* (politique de l'emploi, familiale, du logement, de santé, **assistance**, etc.), visant, selon la nécessité, à la fois un appui conjoncturel ou structurel à la Sécurité sociale. Enfin, il devrait appartenir à la fonction publique hospitalière de définir et de mettre en œuvre, en concertation avec les professionnels de santé et la Sécurité sociale, le *service public hospitalier et médico-social*. Compte tenu du réseau des

caisses de la Sécurité sociale, de la nature de ses prestations et de son expérience, une délégation de gestion (avec les moyens financiers y afférent) des services publics à la Sécurité sociale peut se justifier.

Cependant, dans les faits, il n'existe plus une telle distribution des rôles et du pouvoir, et l'État se retrouve à toutes les commandes désormais. Si l'on peut comprendre la volonté d'un regard sur les comptes de la Sécurité sociale, il ne s'agit pas de rapports remis ou de contrôles réalisés mais de ces lois de financement de la Sécurité sociale, écrites, avec nombre de dispositions financières et d'organisation des services de la Sécurité sociale,

par le ministère de la santé et celui du budget, imposant à la Sécurité sociale, chaque année, des orientations sur lesquelles elle n'a mot à dire. De même, le transfert de pouvoir des conseils des caisses nationales à leur directeur général, nommé en Conseil des ministres, signifie une perte de pouvoir considérable de la Sécurité sociale au profit de l'État.

Quelques phénomènes expliquent cette étatisation, qui pour nous sont à la limite de l'imposture :

- les difficultés financières de la Sécurité sociale : nous verrons plus loin en quoi cet argument est très relatif voire fallacieux ;
- la fiscalisation des ressources de la Sécurité sociale : cela signifie que les ressources de la Sécurité sociale reposent de moins en moins sur les cotisations sociales mais sur des ressources fiscales. Justifiée par la recherche de nouvelles sources de financement pour faire face au déficit, là aussi, la réalité peut induire en erreur, comme nous le verrons à la question suivante ;
- l'universalisation des services fournis par la Sécurité sociale : conduisant aussi à une fiscalisation, justifiée, il n'en demeure pas moins qu'elle entretient une confusion entre les missions de l'État et celles de la Sécurité sociale.

Rappelons ici que ce qui relèverait d'un *service universel* en appelle à la *solidarité nationale*. De nature différente de la solidarité ouvrière qui est à l'origine de la Sécurité sociale et qui la finance, la solidarité nationale est alimentée par les ressources de l'État. L'utilisation du mot universel peut être trompeuse : dans notre ère néo-libérale, il ne s'agit plus de garantir un service accessible pour tous sans condition, mais au contraire soit de le conditionner aux ressources de l'individu (comme la Couverture Maladie Universelle par exemple), soit de le faire correspondre à un service minimal de qualité donnée (créant alors une polarisation entre les plus pauvres d'un côté et ceux pouvant se permettre un service, souvent alors privatisé, de meilleure qualité de l'autre côté). Désormais, il faut avoir une certaine méfiance face à l'utilisation du mot universel, que l'on peut plutôt comprendre comme étant minimal. Ainsi, **un service universel est un service d'assistance aux plus démunis.**

Enfin, la fonction publique hospitalière se retrouve elle-aussi totalement dépendante du bon vouloir de l'État, en particulier en raison des comptes qu'elle doit rendre et des autorisations qu'elle doit obtenir en permanence des Agences Régionales de Santé.

FORCE OUVRIÈRE

QUAND RÉGIONALISATION RIME AVEC ÉTATISATION

Alain Gautron (SNFOCOS)

● Régionalisation : une marche continue

Le mouvement de régionalisation a connu un développement permanent depuis les années 1970. La loi hospitalière en 1970 (loi Boulin) en constitue le point de départ avec l'apparition de la **carte sanitaire**, premier instrument de planification étatique des structures de soins, fondé sur un découpage en secteurs sanitaires, à l'intérieur de chaque région.

En 1977 apparaissent les DRASS — échelon déconcentré de l'État pour la maîtrise des dépenses de santé.

En 1980 apparaît un premier outil d'analyse de la situation sanitaire régionale, les ORS — **Observatoires Régionaux de la Santé**.

Puis une nouvelle étape est franchie avec la loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière et la création des CROSS — Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale — outil de planification des établissements et des activités de santé dans la Région. La loi du 04 janvier 1993 crée alors les URML — Unions Régionales des Médecins Libéraux.

Les ordonnances du 24 avril 1996 dites « plan Juppé » constituent un tournant essentiel de ce processus de régionalisation avec la création des ARH — **Agences Régionales de l'Hospitalisation** qui rassemblent les services de l'État et de l'Assurance Maladie.

Seront également créées en 1996 les URCAM — Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, chargées de coordonner l'action des Caisses des divers régimes de l'Assurance Maladie.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) constitue le point d'orgue de la régionalisation de la politique de santé avec la création des **Agences Régionales de Santé (ARS)**.

Le directeur général de l'ARS, nommé en Conseil des Ministres, prend la tête d'un établissement public administratif qui rassemble 7 entités jusque-là dispensés : DRASS — DDASS — ARH — URCAM et une partie des CRAM.

Le projet de loi Touraine renforce cette régionalisation/étatatisation, à travers l'extension du pouvoir des ARS...

.../...

QUAND RÉGIONALISATION RIME AVEC ÉTATISATION (SUITE)

● Régionalisation et étatisation

Dès la publication de la loi HPST, FO a dénoncé l'étatisation de notre système de santé et de l'Assurance Maladie. Cinq ans après, le projet de loi Touraine renforce cette évolution en confortant le rôle de l'État dans l'organisation de notre système de santé.

Le directeur général est chargé de mettre en œuvre la politique du Ministère en particulier dans le cadre de plus en plus contraint de l'ONDAM. Le Conseil de surveillance de l'ARS est présidé par le préfet de région qui détient 50 % des voix exprimées, une preuve intangible de l'étatisation de la Santé.

Deux hauts fonctionnaires cumulent donc tous les pouvoirs. L'ambition initiale de créer une maison commune avec l'Assurance Maladie est relayée aux placards de l'histoire de la protection sociale ... Le projet de loi Touraine affaiblit encore le rôle de l'Assurance Maladie en matière de gestion du risque et de relations conventionnelles avec les professionnels de santé libéraux.

Par ailleurs, ainsi que le démontre de façon implacable le rapport Libault (ancien directeur de la Direction de la Sécurité sociale des ministères de l'économie et de la santé) sur la fluidité des parcours professionnels, les ARS se vident de compétences des personnels des organismes de Sécurité Sociale.

Ainsi, les instances de direction des ARS (Comex et CODIR) ont vu disparaître 30% des postes occupés par des cadres supérieurs de la Sécurité sociale ...

La réforme territoriale ne fera qu'amplifier cette étatisation. Elle porte en germes des atteintes irréremédiables au service public en particulier la **proximité du service public** avec ses partenaires et usagers.

● Une autre voie possible : réintroduire le paritarisme

Un autre choix est possible, qui concilie territorialisation de l'action publique avec renforcement du rôle et des missions des structures de proximité : ainsi sont les délégations territoriales, au plus près des réalités avec les structures médico-sociales et les autorités chargées de la veille et de la sécurité sanitaire.

Cette politique doit se fonder sur la confiance entre acteurs du système de santé et donc la contractualisation tant au niveau régional que local.

La composition du Conseil de surveillance de l'Agence doit être revue, en se fondant sur les organismes paritaires et les représentants des usagers.

POURQUOI LA SÉCURITÉ SOCIALE EST-ELLE TOUJOURS EN DÉFICIT ?

Nous arrivons sur le sujet le plus récurrent concernant la Sécurité sociale dans les grands médias : d'une Sécurité sociale qui coûte trop cher à un déficit abyssal, le thème est répétitif, obsédant, et finalement participe à créer l'une des plus belles illusions qui soit, l'un des symboles les plus violents.

*Alors, plutôt que de répondre à la question, volontairement provocatrice ci-dessus, nous allons répondre à la question : pourquoi la Sécurité sociale est-elle **vraiment** en déficit ?*

La présentation qui est faite habituellement, et qui est correcte en première analyse, concerne la nature des recettes et des dépenses de la Sécurité sociale, très différentes : les unes dépendent essentiellement des cotisations assises sur le travail, donc très conditionnées à la situation sur le marché du travail (taux d'emploi, d'activité et de chômage, montant et nature de la rémunération des salariés et des travailleurs, etc.), les autres dépendent des besoins de la population quant à la survenue d'un risque social³⁹ (maladie, retraite, etc.) mais également de caractéristiques plus structurelles (vieillesse de la population, innovation thérapeutique, organisation des soins, etc.). L'analyse, en général, pousse alors vers la conclusion, sans explication, que cela conduit à des déficits récurrents, comme si la coïncidence des recettes et des dépenses était nécessairement mal agencée et le déficit (c'est-à-dire des

dépenses supérieures aux recettes) quasi-systématique.

Il est alors bien souvent scandé un chiffre à l'apparence exorbitante concernant les comptes de la Sécurité sociale pour provoquer l'émoi du lecteur, et un graphique montrant sa récurrence, pour appuyer la fatalité de cet état de fait.

Enfin, la place est donnée aux meilleures recherches de causes possibles, selon la ligne éditoriale à suivre et le public à toucher :

- la Sécurité sociale connaît de graves difficultés de gestion ;
- il existe beaucoup de profiteurs du système qui fraudent à la Sécurité sociale ;
- notre système est trop généreux et dépense beaucoup pour payer la paresse des individus (voire des étrangers, encore une fois c'est selon le lecteur que l'on souhaite viser !).

³⁹ Toujours entendu comme l'occurrence d'une perte partielle ou totale de revenus ou d'un accroissement de dépenses.

LE « TROU DE LA SÉCU », UN CONTE FANTASTIQUE

Désignant, selon la volonté d’effrayer plus ou moins le lecteur, soit le déficit, soit la dette de la Sécurité sociale, l’expression médiatiquement récurrente de « trou » désigne une réalité bien déformée par le prisme du dogme néo-libéral.

En effet, il est impossible de contester le caractère récurrent des déficits de la Sécurité sociale, en revanche ceux-ci ne résultent pas d’un désordre interne à l’organisation de la Sécurité sociale, d’un problème fondamental ou structurel, mais conjoncturel : le cycle des déficits est directement lié aux cycles économiques, particulièrement capricieux ces dernières décennies. Ainsi, lorsque les salaires diminuent et que le chômage augmente, naturellement les ressources de la Sécurité sociale diminuent.



Figure 10

Déficit des comptes sociaux, en milliards d’euros, et crises économiques.

Malgré cela, à l’inverse des États ou des banques, la crise de 2009 n’a pas conduit à la crise de la Sécurité sociale : elle a su résister au plus grand choc économique depuis 1929 sans que ne soit véritablement remise en cause sa stabilité financière. Bien sûr, la profusion d’annonces, d’articles, de critiques a fustigé de tous côtés. Pourtant, les montants, au vue des recettes de la Sécurité sociale, sont très relatifs (si ce n’est faibles), et au plus fort de la crise sa contribution à la dette totale de la France avait même diminué !

LE « TROU DE LA SÉCU », UN CONTE FANTASTIQUE (SUITE)

Source : Comptes nationaux – INSEE, base 2010.

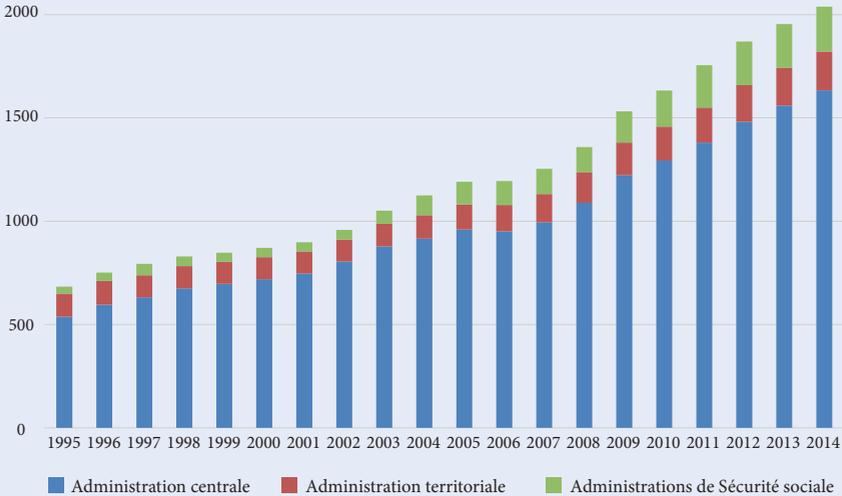


Figure 11

Dette de la France au sens de Maastricht.

En effet, on confond souvent dans les discours les composantes de la dette publique de la France. Il faut avoir bien en tête un élément fondamental quant à la confusion entre comptes publics (budget de l'État) et comptes sociaux (budget de la Sécurité sociale) : depuis 1992 et l'adoption du traité de Maastricht, ces deux comptes (ainsi que ceux des administrations territoriales et centrales) sont réunis en un seul. Ainsi, l'amalgame est fréquent et les deux sont présentés pêle-mêle : au sens de Maastricht, la dette de la France est composée aussi de celle de la Sécurité sociale. Ainsi, lorsque Bruxelles impose à la France une réduction de dépenses dans l'espoir que cela diminuera les déficits (c'est malheureusement oublier les effets multiplicateurs, voir plus loin), l'État, pourtant responsable à presque 80% de cette dette⁴⁰, reporte une bonne partie de l'effort à réaliser sur la Sécurité sociale ...

⁴⁰Au sens de Maastricht, à la fin du 1^{er} trimestre 2015, la dette de la France s'élève à 2089 milliards d'euros dont 1647 du fait de l'État (78,8% du total) et seulement 232 pour la Sécurité sociale (qui en est alors responsable à 11,1%).

CE QUE COÛTENT VRAIMENT LES FRAUDEURS ET LES « ASSISTÉS »

La Sécurité sociale mobilise des sommes considérables pour pouvoir protéger ses assurés contre les risques sociaux. Pour 2015, on estime environ **485 milliards d'euros de dépenses** prévues sur l'ensemble des régimes de base. C'est une somme considérable, supérieure aux dépenses de l'État mais qui permet un niveau de protection exceptionnel. Et **on porte facilement et régulièrement le tort des dépenses sur des « assistés »**, des profiteurs et des fraudeurs du système. La réalité en est pourtant très écartée.

Ceux qui seraient assimilés aux « assistés » seraient les familles en difficulté, bénéficiaires de prestations en espèce de la branche famille en particulier, que les imitoyables fluctuations de l'activité économique abandonnent. Ils subissent alors la **double peine de leurs difficultés quotidiennes ainsi qu'une culpabilisation et une stigmatisation** à travers les médias. Pourtant si on regarde les comptes du régime général, dont la branche famille couvre les assurés de l'ensemble des régimes de base, ce type de prestations ne représente qu'une petite part de l'ensemble des dépenses de sécurité sociale (voir graphique ci-dessous). En cumulé, **il ne s'agit guère plus du dixième des dépenses du régime général** (343,7 milliards en 2014) ... la plus grande partie étant dépensée par l'assurance-vieillesse et l'assurance-maladie (représentant à elles-deux 80% du total).

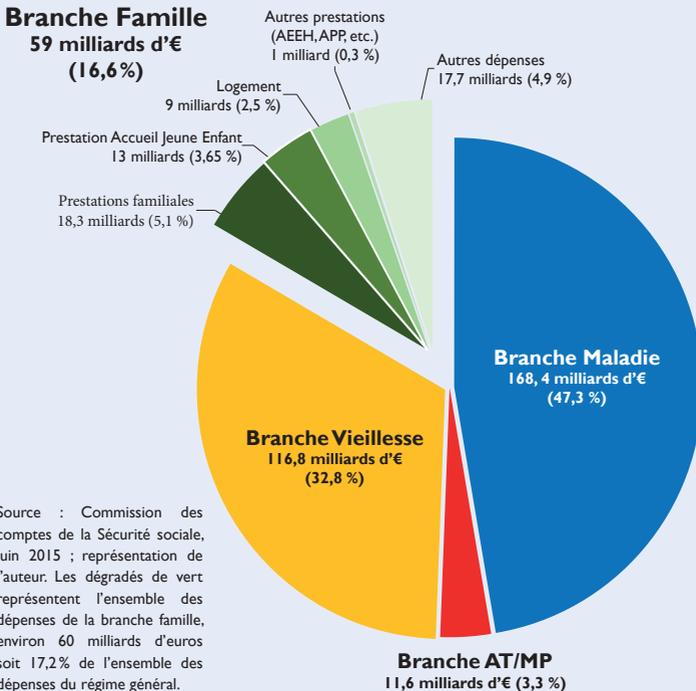


Figure 12
Dépenses par
branche du
régime général
et principales
prestations de
la branche famille,
en 2014.

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2015 ; représentation de l'auteur. Les dégradés de vert représentent l'ensemble des dépenses de la branche famille, environ 60 milliards d'euros soit 17,2% de l'ensemble des dépenses du régime général.

CE QUE COÛTEVRAIMENT LA SÉCU (SUITE)

Par ailleurs, alors qu'il s'agit toujours de ces mêmes gens que l'on accusera du mal, la fraude à la Sécurité sociale, pour bien condamnable qu'elle puisse être, ne représente qu'une très faible partie des dépenses. En outre, elle concerne en tout premier lieu, et pour presque la moitié du montant total constaté, la fraude des entreprises. En effet, on distingue deux types de fraudes :

- la fraude aux cotisations : employeurs et travailleurs indépendant ne déclarant pas ou sous-déclarant salaires et revenus pour éviter le paiement de leurs cotisations ;
- la fraude aux prestations : des pratiques frauduleuses des assurés sociaux pour percevoir un montant en espèces plus élevé notamment.

En 2013⁴¹, la fraude constatée représente, sur l'ensemble des régimes de base, **641,5 millions d'euros**, ce qui n'est même pas 0,15 % de l'ensemble des dépenses des régimes. Elle se répartit entre 291 millions d'euros de fraude aux cotisations de la part des employeurs et travailleurs indépendants (soit 45,4% de l'ensemble), et 350,5 millions d'euros de la fraude aux prestations (54,6 % de l'ensemble) : les fraudes de la branche famille représentent 141,4 millions d'euros, ce qui, sur l'ensemble des dépenses de Sécurité sociale, représente moins de 0,03 % des dépenses ...

Pour bien malhonnêtes que soient ces arguments (nous vous renvoyons à l'encadré ainsi qu'à la question suivante), leur réfutation n'amène pas non plus des éléments de réponse.

Ce qui l'en est véritablement relève de plusieurs éléments, plus ou moins clairs et aisés à expliciter. Du point de vue des recettes, outre les effets conjoncturels, on peut relever principalement leur insuffisance en deux arguments, liés :

➤ le tout premier concerne l'évolution des modes de rémunération des salariés, dont la problématique peut être d'une certaine ampleur financière pour les hauts cadres dirigeants : la substi-

tution de la rémunération salariale par des formes de rémunération du capital (intéressement, attribution d'actions, *stock-options*, etc.) qui ne sont pas (ou peu) soumises à cotisation ;

➤ le second concerne les décisions d'**allègement de cotisations patronales** : en particulier les allègements généraux de cotisation sur les bas salaires. Mis en place en 1993, ils ont gagné en importance et représentent à eux seuls environ 20 milliards d'euros, soit le double du déficit de la Sécurité sociale ... Même si ils sont supposés être intégralement compensés par des dotations du budget de l'État, ce n'est pas nécessairement le cas : ces allé-

⁴¹ Voir également le rapport *Lutte contre la fraude*, bilan 2012 de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude qui, pour cette année-là, dresse un portrait similaire..

gements durent depuis une vingtaine d'année mais leur compensation est revue chaque année dans les Projets de Lois Initiaux (PLI, pour le budget de l'État) ou dans les LFSS. Ainsi, la non-compensation oscille beaucoup et représente toujours plusieurs milliards d'euros ...

D'autres formes d'allègements existent : soit, comme les allègements généraux,

des exemptions/réduction des taux de cotisations assis sur les revenus, soit une exemption d'assiette, c'est-à-dire que le revenu en question (l'assiette) est totalement exemptée de toute cotisation (maladie, retraite, famille, etc.). Certaines de ces **niches sociales** sont compensées par l'État, d'autres ne le sont pas. Pour les exonérations, on peut résumer les principales mesures et les montants correspondants dans le diagramme suivant :

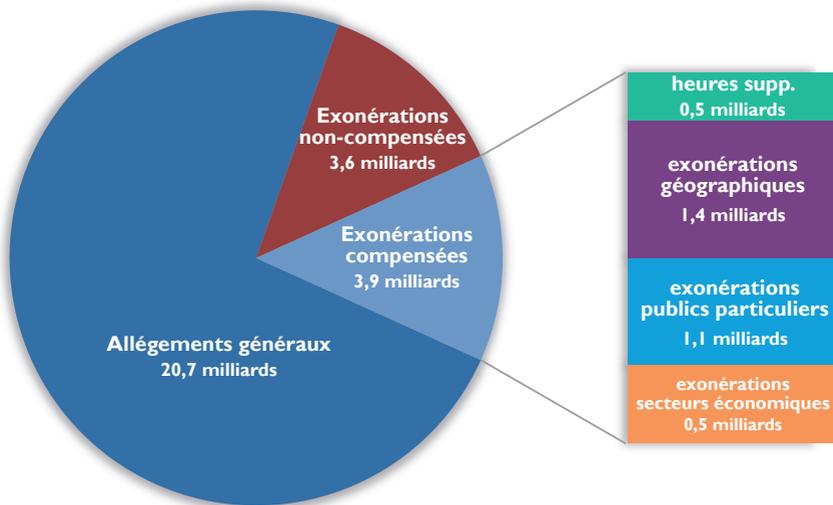


Figure 13

Exonérations et exemptions de cotisations en 2013 (montants en milliards d'euros).

En revanche, les exemptions d'assiette ne sont pas compensées et représentent environ 6,5 milliards d'euros. **Sans niches sociales, le déficit de la Sécurité sociale n'existerait pas !** Et ces montants

sont ceux qui sont connus, certaines niches ne peuvent pas être évaluées clairement, mais elles sont estimées à plusieurs milliards d'euros ...

FORCE OUVRIÈRE

LES FINANCES DE LA BRANCHE FAMILLE

Jacques Rimeize (administrateur FO de la CNAF)

Pour la branche Famille, la LFSS 2014 institue de nouveaux critères de redistribution vers les familles les plus fragiles mais aussi parallèlement une sévère politique d'économies, au détriment des familles dites « classe moyenne » destinée à réduire le déficit de la Branche.

La branche Famille affiche un déficit de 2,687 milliards d'euros en 2014, **déficit que FO juge artificiel** puisqu'il résulte de **transferts de charges** (CADES, FSV) et d'**exonérations** de charges sociales.

La LFSS 2014 a prévu que les cotisations familiales des entreprises, qui représentent 65 % des recettes de cette Branche, soient allégées de 0,15 point sur 5,4 points, en échange de leur contribution à la réforme des retraites.

Selon le gouvernement, cette baisse sera « intégralement compensée » par des réaffectations de recettes transférées du PLF 2014 à la Sécurité sociale, espérons que ce système de vases communicants permettra d'assurer à la branche une compensation intégrale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, sans surprise, s'inscrit elle aussi dans la suite de la LFSS 2014. Elle intervient dans le contexte inchangé du pacte de responsabilité des mesures gouvernementales visant à réduire le coût du travail pour satisfaire aux revendications patronales, et dans le cadre de l'engagement pris par le gouvernement, d'économiser 50 milliards d'euros d'ici 2017, dont 20 milliards au titre des dépenses de protection sociale.

Le gouvernement reprend dans cette loi les trajectoires de réduction des déficits pour 2015 et les années suivantes, conformément aux prévisions de la LFSS pour 2014. Il poursuit sa politique d'économies sur la gestion des organismes de protection sociale avec un objectif de 1,2 milliards d'économie en trois ans, dont près de 500 millions en 2015 concernant le régime général de la sécurité sociale. Présentée comme la « modernisation » de la politique familiale, il s'attaque en réalité, une fois de plus, aux prestations familiales par des mesures dont certaines ne passent pas par la loi. Elles représentent 700 millions d'économie en 2015.

Nous avons noté, comme le gouvernement s'y était engagé, que les lois financières pour 2015 (LFI et LFSS) prévoient les modalités de compensation à la Sécurité sociale des différentes mesures du pacte, pour un total de 6,3 milliards.

.../...

LES FINANCES DE LA BRANCHE FAMILLE (SUITE)

Pour la branche Famille, il est ainsi prévu de transférer à l'État l'intégralité de la charge financière des aides personnalisées au logement (APL) actuellement cofinancées par l'État et la branche Famille. Ce transfert conduit à une réduction de 4,75 milliards d'euros des dépenses de la branche Famille en 2015. Elle est toutefois sans impact sur les modalités de versement et de gestion des prestations par les CAF et sur le montant des prestations versées aux allocataires. Quoi de plus naturel à ce que l'État honore sa parole ?

En revanche, ce qui va toucher de plein fouet les familles, c'est la modulation de la prime de naissance en fonction du rang de l'enfant. Elle devait être divisée par trois, passant de 923 à 308 €, pour les deuxièmes naissances et les suivantes en ce qui concerne les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2015. Le gouvernement estime que l'arrivée du deuxième enfant et des suivants est moins coûteuse pour les familles notamment grâce à la possibilité de réutiliser le matériel de puériculture, et se traduit par le versement des allocations familiales. Pour Force ouvrière, on ne peut justifier la réduction de la prime de naissance sous condition de ressources, par le versement des allocations familiales, prestation universelle, dues justement par la naissance d'un deuxième enfant.

FO réitère son attachement au maintien de la branche Famille au sein de la Sécurité sociale, et considère que **la place de la cotisation sociale doit rester centrale** dans le financement de la branche Famille. Notre organisation rappelle que la cotisation patronale représente plus de 30 milliards d'euros par an et que sa suppression reviendrait à faire payer principalement par les salariés le financement des allocations familiales.

Bien que le gouvernement le réfute, **les LFSS s'inscrivent dans une logique de rigueur ou d'austérité** voulue par la politique européenne et les marchés, et acceptée par les gouvernements successifs.

L'autre versant, celui des dépenses, peut être plus obscur à analyser pour certains points. Cependant, on peut dresser une liste non exhaustive de ce qui représente véritablement des dépenses trop élevées :

➤ comme nous le disions plus haut, **les dépenses de médicament et l'in-**

novation thérapeutique représentent la première cause d'augmentation des dépenses. La France est particulièrement douée pour violer une loi évidente en économie : elle est, au niveau européen, le pays le plus consommateur de médicaments par habitant et en même temps celle qui

les paie les plus cher ! Il existe un grand obscurantisme en France en ce qui concerne la décision de prise en charge ou non d'un médicament, son autorisation de mise en vente et cela peut être fait en contradiction des recommandations de la HAS. En outre, secteur très dynamique, il est indispensable pour les médecins de pouvoir bénéficier d'une formation continue régulière pour prendre connaissance des innovations thérapeutiques. Or, rien n'est organisé pour ce que soit véritablement efficace et pour que cela puisse concourir à une meilleure prescription : il n'existe qu'une seule journée légale prévue par an, il appartient alors aux laboratoires de faire la promotion et la formation/information sur leurs produits aux médecins, sans contrôle ... En outre, la CNAMTS, dans son rapport au gouvernement en vue de l'élaboration du PLFSS pour 2016, déclarait : « **les essais cliniques et les processus d'accès au marché se transforment ... les populations sont plus limitées, les niveaux de preuve moins élevés, et les autorisations de mise sur le marché tendent à être plus précoces, sans attendre les résultats de phase 3 ...** On recourt aujourd'hui à des dispositifs ... dont l'objectif est une mise à disposition précoce de médicaments en adaptant l'information sur le bénéfice/risque au fur et à mesure du process. Les médicaments sont donc évalués avec une incertitude plus importante sur les résultats cliniques ».

➤ **Le transfert de charges** de régimes déficitaires vers le régime général :

ainsi le régime des travailleurs salariés est-il victime d'accusation de mauvaise gestion ou de dépenses excessives alors qu'au contraire il supporte les charges de régimes non-salariés. Ce type de transfert relève d'une solidarité *nationale*, non *ouvrière* : il nous apparaît aberrant que les salariés du privé financent les retraites des exploitants agricoles. Une solidarité qui cependant peut se justifier, du moment qu'elle est prise en charge par la collectivité, c'est-à-dire par l'État, qui pourtant prend en charge ces déficits pour certains régimes ... pourquoi pas pour les autres ?

➤ **La financiarisation de la Sécurité sociale**, même si assez relative, n'est pas sans poser de problèmes : la création de fonds concourant au financement de la Sécurité sociale se retrouvent régulièrement détournés de leurs buts initiaux et de leurs ressources affectées que doivent alors prendre en charge la Sécurité sociale. Aussi, pourtant d'une sécurité financière extrême, la Sécurité sociale s'endette à des taux très élevés, ce qui est une autre aberration pour les lois économiques : du point de vue d'un prêteur, plus un actif est sûr et moins il rapporte, c'est-à-dire que son taux d'intérêt est faible... La CADES, organisme qui a repris une grande partie de la dette sociale, elle aussi gérée dans un certain obscurantisme, a récupéré, depuis sa création, environ 200 milliards d'euros de dette et aura **versé environ pour 40 milliards d'euros d'intérêts à ses créanciers !** Les déficits de la Sécurité sociale font des heureux ...

FORCE OUVRIÈRE

DE LA FINANCIARISATION DES RETRAITES POUR JUSTIFIER DES « RÉFORMES »

Philippe Pihet (secrétaire confédéral FO)

Le 15 Mars 1944, le CNR, présidé par Jean Moulin, adopte son « programme d'action » dans lequel la 5^{ème} orientation prévoit de servir « une retraite permettant aux vieux travailleurs de finir dignement leur vie ». Les décrets d'application des ordonnances stipulent, en 1946, que la pension sera de 20% du salaire de base, à 60 ans et 30 ans d'assurance. Par le jeu d'années supplémentaires de cotisations, et à 65 ans, la pension passe à 40%.

La loi de 1971, dite loi BOULIN, augmente le taux de pension en le passant à 50% du plafond et en contrepartie fait passer la durée d'assurance à 37,5 ans. De plus, le calcul se fait sur les dix meilleures années et non plus sur les dix dernières.

Il faut souligner que c'est à partir de cette loi qui allonge la durée d'activité que les pouvoirs publics vont installer des mécanismes « de trimestres gratuits », le terme officiel est « trimestre validé », par différence avec les trimestres cotisés. La majoration de durée d'activité attribuée aux salariées, à raison de 8 trimestres par enfants est prévue dans cette loi.

Il convient de remarquer à l'occasion de cette loi BOULIN que le nombre de trimestres demandés augmente de 25%, comme le taux de la pension... L'histoire retiendra que c'est la seule fois où l'on observe ce parallélisme !

C'est donc à partir des années 1970 que la recette de l'allongement de la durée requise pour une pension à taux plein a été inventée. Plus de 40 ans après, elle a toujours le même succès auprès des pouvoirs publics, et d'une confédération, le tout au nom de la justice.

Pour FO, la vraie justice consiste à arrêter, a minima, d'augmenter la durée d'activité. Ces augmentations continues depuis 1993 entament la confiance des générations les plus jeunes dans le système par répartition. Sans parler des ravages de la crise qui bloquent l'entrée sur le marché du travail des plus jeunes, et qui jettent hors de ce-dit marché les plus anciens.

Le milieu des années 70 va connaître également une inflexion importante qui se traduit encore aujourd'hui dans la présentation des comptes de la CNAV et de la CNRACL entre autres. Le législateur introduit le concept de **compensation** entre régimes, celle-ci est à la fois démographique et financière.

.../...

DE LA FINANCIARISATION DES RETRAITES POUR JUSTIFIER DES « RÉFORMES » (SUITE)

Pour essayer d'être le plus simple possible, les pouvoirs publics font le constat que la société française a évolué depuis la fin de la deuxième guerre mondiale. Le salariat est maintenant largement majoritaire, au détriment du non salariat et du salariat agricole. Partant de ce constat, le législateur, qui a en ligne de mire un régime de retraite, sinon unique, en tous les cas regroupant ce qu'on appelle aujourd'hui CNAV, MSA et RSI, **oblige les régimes excédentaires à aider les régimes déficitaires.**

Dans sa grande sagesse le Parlement vote le remboursement de ces transferts par le budget de l'État, mais pour les années 74 à 78, puisqu'après il n'y aurait plus qu'un régime ... Qui s'en souvient en 2015 ? Mais le mécanisme continue, acté par presque tous comme étant une évidence originelle.

Ce qui est évident, c'est que par ce jeu de présentation comptable, le déficit du régime général CNAV se creuse, et surtout est bien utile pour « prouver » la nécessité des « réformes » depuis 20 ans.

La dernière en date ne fait pas exception en ne revenant pas sur le principe, pire l'an passé, sans aucune information, et donc encore moins de concertation : la disparition annoncée d'une contribution des entreprises (tiens, une de plus !) appelée C3S conduit dans les faits à ce que le régime de base des salariés du privé finance le déficit ainsi créé dans le régime des retraites du RSI.

Les mêmes causes produiront les mêmes effets, devant le « déficit » CNAV, le Parlement prendra des mesures « courageuses » selon la terminologie en cours pour ramener à l'équilibre etc.

Force Ouvrière le demande depuis longtemps, et l'a rappelé à la Ministre lors des concertations de l'année 2013, **la remise à plat de tout le financement doit être opérée dans un souci de transparence et d'égalité de traitement.**

Que les régimes de non-salariés qui sont déficitaires, notamment du fait de l'évolution sociologique de la société, soient aidés, cela ne nous pose aucun problème, mais cette aide ne peut être qu'apportée par la **solidarité nationale**, donc l'impôt, et non la mise à contribution des deux principaux régimes de salariés (CNAV, CNRACL).

.../...

DE LA FINANCIARISATION DES RETRAITES POUR JUSTIFIER DES « RÉFORMES » (SUITE)

Ce soixante dixième anniversaire de la Sécurité sociale est aussi l'occasion, en matière de retraite par répartition, de faire le constat que celle-ci a **besoin de lisibilité et de stabilité législative.**

Deux exemples sur les dernières décennies, le FSV et le FRR. Le Fonds de Solidarité Vieillesse est créé dans la réforme de 1993. Pour FO c'était la seule chose intéressante dans cette loi du 22 juillet 1993. Enfin, le pensions-nous, on allait vers une clarification entre le contributif et la solidarité nationale. Au premier la cotisation, au second l'impôt, en l'occurrence la CSG.

La réalité en 2014 est différente ; au fil des LFSS, le FSV se voit prendre en charge une partie du minimum contributif, pour un montant de 3,9 milliards d'euros. Cela brouille à nouveau la délimitation entre contributif et solidarité nationale, quant à la justification ... on pourrait l'appeler le bonneteau budgétaire !

Si le FSV se voit affecter de nouvelles prises en charges (dépenses), ses recettes stagnent et désormais c'est le 1er déficit retraite, avec un trou de 3,5 milliards pour 20 milliards de charges ! L'incapacité des pouvoirs publics à assurer l'équilibre de ce fonds conduira à court terme à en transférer la charge à la CNAV ... d'où nouveau déficit, nouvelle « réforme » !

Le Fonds de Réserve pour les Retraites créée par la LFSS 1999 avait pour objectif, à partir de la vente de biens de l'État, de constituer à l'horizon 2020, l'équivalent de 152 milliards d'euros de réserves pour passer la « bosse du papy-boom ».

Si les premières années, les fonds issus des privatisations ont bien été dirigés sur le FRR, cela n'a pas duré et l'objectif de 152 milliards n'a jamais été atteint. Le coup de grâce a été donné au FRR dans la réforme de 2010, en lui assignant de nouveaux objectifs, uniquement justifiés là aussi par les présentations comptables demandées (imposées ?) par l'Union Européenne.

Conçu pour participer au financement des retraites de demain, l'on fait payer au FRR, pour partie les retraites d'hier cantonnées à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) !

S'il y avait un constat à mettre en avant sur ces soixante-dix ans passés, ce serait à n'en pas douter que **nous sommes passés d'un idéal humaniste à une vision épicurienne de la protection sociale.**

En d'autres termes, et nous l'avons dénoncé à de très nombreuses reprises, **le social est devenu au fil des ans la variable d'ajustement de l'économique.**

C'est la signification du néo-libéralisme.

En dernière analyse, il y a la question des nouvelles recettes possibles pour la Sécurité sociale. Sous couvert de nouveau de non-adaptation de la Sécurité sociale au monde moderne, comme par exemple à l'évolution des modes de rémunération du salariat évoqué plus haut, on qualifie d'obsolète son financement. Pourtant :

- il s'agit peut-être, pour la question de la rémunération, de confondre l'effet et la cause : c'est sûrement parce que ces modes de rémunération sont peu ou pas soumis à cotisation que le patronat cherche à les développer afin de s'affranchir du paiement de cotisations ;
- sinon, et c'est peut-être là le cœur du problème : **il n'existe pas véritablement de cotisation patronale** : celle-ci étant directement assise sur les salaires, les entreprises les intègrent dans leurs calculs du « coût du travail » au même titre que la rémunération brute. En tant que « salaire différé », la cotisation revient au salarié, au même titre que son salaire – pour son travail

réalisé ; c'est ainsi que les allègements généraux de cotisation représentent une attaque sur le salaire ;

- Aussi, la fiscalisation de la Sécurité sociale, pour être mauvaise car les ressources de l'État sont peu redistributives (prédominance de la TVA sur l'impôt sur le revenu) donc injustes, elle est en outre quelque peu factice : la CSG et la CRDS qui en représentent la plus grande partie fonctionnent comme les cotisations, elles sont seulement soumises à plus d'assiettes que celles-ci. D'ailleurs, la Cour Européenne de Justice et la Cour de Cassation ont toutes deux reconnues la CSG comme telle.

Alors, à vouloir trouver de nouvelles sources de financement (s'il en est besoin après une véritable remise à plat des niches sociales), peut-être faudrait-il chercher à instaurer de nouvelles assiettes pour les cotisations (le pseudo salariat-rente tel que les *stock-options*) ou bien mettre véritablement à contribution les entreprises sur leur propre rémunération.

A-T-ELLE UN SYSTÈME DE GESTION PEU EFFICACE ?

Comme nous l'évoquions précédemment, il est habituel et récurrent dans l'histoire de la Sécurité sociale de critiquer sa gestion. Cette dernière décennie se montre encore plus virulente que par le passé à ce propos.

Pour le commun des assurés sociaux, il y a justement un ressenti de plus en plus fort que les choses tournent mal... Retards de remboursements, délais de transferts de dossiers lors d'un déménagement, demandes et redemandes d'envoi de pièces justificatives, des files d'attente longue, etc. Les pouvoirs publics font mine de s'inquiéter du renoncement aux soins pour raison financière, ils pourraient aussi s'inquiéter du renoncement pour raison d'administration fastidieuse.

Qu'en est-il vraiment ? À connaître la situation du côté du personnel des caisses, et en rentrant dans les comptes de la Sécurité sociale, on a tôt fait de se rendre compte que le remède est à l'origine du mal.

La grande réforme de 1996 a imposé avec elle les Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) dont nous parlions au précédent chapitre. C'est le moyen pour l'État d'imposer à la Sécurité sociale de nouveaux moyens de gestion et de réduction de personnel.

La Sécurité sociale gère des masses financières très importantes pour fournir ses différentes prestations et rembourser les soins. Pour le régime général, en 2013, les dépenses se sont élevées à 153,6 milliards d'euros pour les prestations ma-

ladie, 45,5 milliards pour les allocations familiales et l'aide au logement et 105,9 milliards de pension retraite ont été versés. La totalité des dépenses du régime général représente cette année-là 336,9 milliards d'euros.

Pour mettre en œuvre ses services, la Sécurité sociale aura dépensé, en net, 9,63 milliards d'euros, soit **2,85% des dépenses** ! Rares sont les fournisseurs de services pouvant afficher une telle efficacité. Un rapport IGAS/IGF⁴² est édifiant sur ce point : les coûts de gestion pour

⁴² Les coûts de gestion de l'assurance maladie, septembre 2013.

l'assurance maladie tous régimes de base confondus (régime général, MSA, RSI et régimes spéciaux) représentent 3,7% des prestations versées. Pour certaines branches du régime général, ils sont même inférieurs à 1% (branche vieillesse et recouvrement). Les comptes de la Sécurité sociale, contrôlés, certifiés et rendus publics ne peuvent être plus clairs. En revanche, les comptes des autres systèmes de garanties sont plus obscurs, il est encore aujourd'hui difficile de pouvoir connaître les comptes précis, donc les frais de gestion et de personnel, des

assurances privées par exemple... Mais aucun ne pourrait afficher une telle efficacité, une telle restitution des cotisations sous forme de prestations que la Sécurité sociale ! Et les dépenses de personnel représentent en général environ 60% de ces frais de gestion, soit un montant encore plus dérisoire.

Pourtant, alors que les besoins sont réels, tant pour le service de la Sécurité sociale mais également dans notre contexte de chômage de masse, les COG appellent à d'autres réductions de personnel.

FORCE OUVRIÈRE

« OBJECTIFS ET GESTION », NOUVEAUX SYNONYMES DE « CONTRÔLE » ET « SUPPRESSION DE POSTES »

Jacques Rimeize (administrateur FO de la CNAF)

La COG 2014-2017 prévoit que l'évolution des effectifs de la branche Famille s'inscrive dans une trajectoire à la baisse avec pour **objectif la restitution de 1 300 emplois au total**. Cette suppression s'articule en deux temps : 1 000 emplois en fin de COG, par rapport à la situation de décembre 2012 et « plus ou moins » 300 emplois en seconde moitié de celle-ci. Ces 300 emplois seront scellés par les résultats de la mission IGAS/IGF en cours. En outre, est autorisé le recrutement de 700 emplois supplémentaires, comprenant 200 CDI et 500 emplois d'avenir, dont l'équivalent doit être rendu dans les 2 ans. Pour Force Ouvrière, **c'est donc 2 000 emplois qui sont affectés par cette COG !**

Ainsi, un des points évoqués dans la LFSS 2014 concerne l'« amélioration des coûts de gestion » dont le gouvernement espère récolter 500 millions d'euros via la dématérialisation et **la réduction des effectifs**. Or, pour la branche Famille, **le coût moyen de gestion des CAF est de 2,6%**, chiffre très bas qui démontre que la gestion des moyens est déjà très rigoureuse. Au regard de la situation déjà tendue et aggravée par la nouvelle COG 2013-2017, en particulier au niveau des emplois, **il sera difficile, voire impossible, d'abaisser ce taux sans une prise de risques importante**, aussi bien sur la qualité des services vis-à-vis des allocataires que sur les conditions de travail des agents.

La logique de rigueur ou d'austérité impacte fortement les comptes des régimes sociaux, à la fois en affaiblissant leurs recettes et en accroissant leurs dépenses selon un **effet de ciseaux**.

L'État continue sans cesse d'imposer réformes sur réformes dans les procédures de traitement des dossiers en même temps d'une diminution continue des effectifs. Pour tenir leur budget, les caisses ont de plus en plus recours aux formes précaires de l'emploi, donc du personnel qu'il faut sans cesse former. Avec le non-renouvellement des départs à la retraite, l'âge de la population active vieillit et la Sécurité sociale pourrait avoir à

faire face à des pertes de compétences qui rendraient la fourniture du service encore plus difficile.

On peut voir dans ces COG le moyen pour l'État d'imposer la nouvelle gestion publique qu'il s'impose à lui-même de plus en plus, avec la RGPP et la MAP. Cela affecte aussi la Sécurité sociale qui a beaucoup à faire avec ces nouvelles agences « publiques » ...

FORCE OUVRIÈRE

LES ARS, VISAGE D'UNE NOUVELLE GESTION DU PERSONNEL PUBLIC ?

René Ferchaud (SNPASS-FO)

Les ARS ont été créées dans le cadre de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) et de la loi HPST.

Les 26 agences, établissements publics administratifs autonomes, ont été installées le 1^{er} avril 2010.

Depuis cette date, fait unique, **il n'existe plus dans l'organisation de la République, de service de l'État en charge de la Santé, au niveau du département, ni même des régions.** La totalité des services extérieurs de l'État en charge de la santé (les DDASS et les DRASS) ont été détruits, près de 8000 fonctionnaires dispersés dans 26 agences autonomes.

Ces 8000 agents de l'État se sont trouvés expulsés de leur ministère, se sont trouvés privés brutalement de droits reconnus à tous les autres agents des services de l'État et se sont retrouvés du jour au lendemain exclus de l'action sociale, élément du statut des fonctionnaires.

Les garanties communes aux agents du ministère ne s'appliquent plus (horaires, frais de déplacement, aide à la mutuelle etc.) mais sont décidés localement par chaque directeur général.

.../...

LES ARS, VISAGE D'UNE NOUVELLE GESTION DU PERSONNEL PUBLIC ? (SUITE)

La loi HPST a permis de s'affranchir tant du code du travail que du statut général des fonctionnaires :

- en créant dans chaque ARS des représentations du personnel dérogatoires :
 - ↳ un « comité d'agence » qui reprend certaines des compétences des comités techniques de l'État et du comité d'entreprise sans n'en avoir les règles, ni les prérogatives, ni les garanties ;
 - ↳ un CHSCT mix du code du travail et des règles fonction publique, ce qui permet dans les faits d'appliquer les règles les moins contraignantes ;
 - ↳ des délégués syndicaux ayant pouvoir de signer des accords locaux, ouvrant la voie au contrat, en contradiction avec le statut et le principe de position statutaires et réglementaire des fonctionnaires ;
- en créant au niveau national le Comité National de Concertation (CNC), celui-ci connaît des questions communes aux agences régionales de santé et relatives à leur organisation, à leurs activités, ainsi qu'aux conditions de travail, d'hygiène, de sécurité et d'emploi de leurs personnels. Cependant :
 - ↳ il n'est ni un comité technique ministériel, ni d'ailleurs un comité central d'entreprise. Il ne constitue donc pas le cadre réglementaire dans lequel le syndicalisme confédéré négocie et défend les intérêts particuliers de tous les agents des ministères chargés des Affaires Sociales et de la Santé ;
 - ↳ il est au contraire le prétexte pour expulser les agents de l'État/des ARS de leurs instances ministérielles : Comité Technique Ministériel, CHSCT ministériel et Commission Nationale d'Action Sociale.

Tous ces textes marquent la volonté de construire un « nouveau droit » spécifique aux ARS, s'éloignant totalement de la fonction publique et des garanties du code du Travail en opposant entre eux les fonctionnaires, les agents publics, et salariés du privé. En effet, fusionnant pêle-mêle services de l'État et de l'Assurance maladie (organisme privé), les ARS sont composées à la fois de statutaires (fonctionnaires) et de conventionnés (droit privé), connaissant chacun une sorte d'harmonisation par le bas ...

.../...

LES ARS, VISAGE D'UNE NOUVELLE GESTION DU PERSONNEL PUBLIC ? (SUITE)

Le ministère de la santé, les directeurs généraux appelaient de leurs vœux ce « statut unique » des personnels des ARS. Cela aurait permis de s'affranchir des conventions collectives, des règles ministérielles, de signer des accords dérogoratoires aux règles nationales ...

Mais les organisations syndicales Force Ouvrière n'ont pas laissé faire ! Défendant ensemble le statut et les conventions collectives, Force Ouvrière s'est opposée à toute « harmonisation — remise en cause » des règles et acquis au nom de la logique de « maison commune ARS ».

Les ARS servent ainsi de laboratoire sur ce que veut imposer le gouvernement à tous les fonctionnaires : donner à travers de l'autonomie budgétaire et organisationnelle, de la déconcentration, tous les pouvoirs au super-préfet pour déroger, créer du droit local ... En clair, détruire le statut national.

À des degrés divers, les ARS ont été en pointe de la « réforme de l'État » pour la destruction de la structure qui était essentiellement départementale (DDASS), amenant au regroupement des fonctions au niveau régional, les mutualisations et centralisations régionales.

Des effectifs en forte baisse : 700 équivalents temps-plein (ETP) supprimés dans les ARS de 2010 à 2014, soit 840 agents en moins en prenant en compte les temps partiels. L'effectif moyen d'une ARS étant de 300 ETP, c'est plus de 2 ARS qui auront été supprimées en 4 ans.

Un nouveau pas est en voie d'être franchi la loi « Santé », prévoyant de ne plus garantir une « délégation territoriale » par département. Cela s'applique aux ARS des régions, fusionnées ou non.

Là encore, l'ARS sert de laboratoire, de prémices à la suppression des départements, pourtant garants de l'égalité et de l'organisation de l'État républicain.

EST-ELLE L'ENNEMIE DE L'EMPLOI ?

C'est une pensée usuelle et récurrente : considérer que le poids des dépenses sociales se reporte sur le « coût du travail » et contribue au niveau élevé du chômage en France.

On peut même lire sur le site « anniversaire » à l'occasion des 70 ans de la Sécurité sociale que « *cette argumentation a certainement l'apparence de la logique et semble s'accorder avec les faits. Elle lance un défi à notre modèle social* ». C'est pourtant séculaire dans l'idéal capitaliste de ne rémunérer le travailleur que pour qu'il puisse reproduire sa force de travail, ou de le rémunérer à sa « *productivité marginale* », comme si dans nos sociétés complexes et désormais essentiellement servicielles un tel chiffrage était possible. Ou même que la « *productivité* » d'un travailleur ne puisse se mesurer qu'à la tâche immédiate qu'il a réalisée, la dernière « unité » produite. Quel impact aurait alors une grève totale des aides ménagères sur la rentabilité d'une entreprise ? Le premier jour, sûrement aucun, leur « *productivité marginale* » serait donc nulle ... ? Mais au bout d'une semaine, d'un mois, sûrement qu'alors ce serait toute la société qui serait dans un chômage technique ! Cette question, c'est tout le débat autour de la juste rémunération du travail, du salaire minimum, du niveau de vie et de décence que les membres d'une société sont en droit d'attendre. Et il est particulièrement décevant de lire une entrée en matière sur ce sujet si dénuée de profondeur sur le

site officiel de l'anniversaire des 70 ans de la Sécurité sociale. Cette argumentation a au contraire l'apparence de bien peu de logique et ne lance aucun défi à notre modèle social, c'est une problématique qui existe depuis l'aube du capitalisme.

On ne peut nier que pour des secteurs d'activités soumis à la compétition internationale, le « *coût du travail* » puisse être une composante déterminante dans le développement de l'entreprise, dans une logique de marché. Alors réduire les cotisations « *patronales* », les salaires, est, à **court terme**, un moyen effectivement d'améliorer la rentabilité et la **compétitivité-prix** de l'entreprise. Généraliser ce raisonnement à l'ensemble des secteurs de l'économie est en revanche totalement contestable. Et si l'on pousse la logique, cela voudrait-il dire que nous devrions calquer nos rémunérations sur le niveau des chinois ? Un tel genre de raisonnement est plutôt un défi au progrès humain et une remise en question du développement des sociétés. **La Sécurité sociale, en tant que vecteur de l'émancipation humaine est en effet un défi contre les conservatismes.** Le développement mondial doit promouvoir une harmonisation vers le haut et non jouer le jeu du *dumping* social, la France, l'Europe doivent montrer

l'exemple et non mener au sein leur propre union cette pratique sauvage et rétrograde.

En revanche, la suite de l'exposé sur le site souligne à juste titre des arguments libéraux concernant l'*utilité*. d'un système de sécurité sociale performant, en ce que l'état de santé est un facteur déterminant de la productivité du salarié, qu'une politique familiale et de retraite peut améliorer le taux d'activité et que l'assurance-chômage participe à améliorer l'appariement entre l'offre et la demande de travail. Plus généralement, un système de sécurité sociale participe au bien-être général de sa population, à l'amélioration des conditions de vie et de travail, et couplé à une véritable politique de moyen et long termes (instruction, emploi, etc.) devient le facteur le plus important pour améliorer la **compétitivité hors-prix** de l'économie nationale, dont certes les effets sur la rentabilité ne sont pas aussi observables à court terme qu'une diminution des salaires.

Mais notre Sécurité sociale ne joue pas seulement sur ces paramètres : elle est aussi, du point de vue strictement économique, un secteur d'activité très dynamique. En elle-même elle représente un des plus gros employeurs de France et participe au développement de nombreux secteurs d'activité dont certains sont à forte valeur ajoutée et à la pointe

du développement scientifique. En outre, la redistribution qu'elle met en œuvre est un véritable moteur pour la croissance, en particulier en période de dépression économique comme nous connaissons, elle permet un effet contra-cyclique exceptionnel, même si le gel des prestations bloque son déploiement.

C'est un point crucial que nos élites doivent accepter : les budgets sociaux sont un moteur de la croissance économique. En effet, au cœur de la crise, le FMI, suivi alors par la Commission européenne pour qui un « consensus » existait alors, déclarait que les multiplicateurs budgétaires étaient relativement faibles, estimés à 0,5⁴³, ce qui justifiait leurs exhortations à la contraction budgétaire (sociale et publique). Or, il s'avère aujourd'hui qu'ils avaient doublement tort. Le premier tort porte sur son évaluation, il reconnaissait début 2013 qu'il avait sous-estimé leur valeur, la portant à 1,5 ... !

Le second tort, c'est de ne pas chercher à distinguer l'impact sur le revenu national des différentes dépenses publiques ou sociales⁴⁴. Une étude récente⁴⁵ montre alors que dans les pays européens, le multiplicateur de la protection sociale hors santé peut atteindre 2,8 et pour la santé 4,3 ! C'est-à-dire que l'État, en gelant les prestations et les remboursements, bloque

⁴³ Un multiplicateur à 0,5 signifie que pour 1€ de dépense publique ou sociale, le revenu national n'augmente que de 0,5€, ce serait donc en l'occurrence un diviseur budgétaire ... Bien pratique pour justifier une diminution des dépenses !

⁴⁴ La question ici traitée s'est beaucoup inspirée de l'article, riche d'enseignements : *La santé au péril de l'austérité*, A. Math, Chronique internationales de l'IREs, décembre 2014.

⁴⁵ *Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth ?*, A. Reeves, S. Basu, M. McKee, C. Meissner, D. Stuckler, Globalization and health vol. 9, 2013.

l'un des secteurs de l'économie le plus créateur de richesses, donc d'emplois ! On peut y voir plusieurs raisons : ces dépenses, en particulier lors de redistributions touchant les faibles revenus, sont utilisées pour la consommation et non pour l'épargne donc circulent dans l'économie et, passant de mains en mains, soutiennent la demande qui s'adresse aux petits commerces par exemple. Aussi, les professionnels de santé et d'autres branches d'activité de soins sont très peu délocalisées (et délocalisables d'ailleurs !), ce sont donc des sommes versées qui restent sur le territoire Il y a alors des effets récessifs immédiats, à court terme, à vouloir remettre en cause la Sécurité sociale, pas seulement à long terme.

Enfin, et c'est un argument tout aussi important, peut-être même plus encore, mener une politique de l'emploi « financée »

par la Sécurité sociale (allègements de cotisations) est contraire à l'idée même de protection sociale : comme nous l'avons expliqué tout le long de cet ouvrage, les deux sont complémentaires et non substituables. **Un système de sécurité sociale est d'autant plus efficace qu'une politique de sécurité sociale cohérente est menée conjointement**, et non pas opposée à lui. La politique de l'emploi est une des premières politiques de sécurité sociale. Un cadeau financier colossal sans condition aux entreprises, pour contestable qu'il puisse être sur son efficacité (le chômage ne diminue toujours pas), l'est d'autant plus s'il est payé par la santé de nos concitoyens. Le dogme libéral est tenace et continue de s'opposer, pourtant les lois de l'économie aussi : une politique d'austérité en temps de crise ne peut conduire à la relance de l'activité et de l'emploi.

ÉTATISATION ET INSTRUMENTALISATION

Jacques Rimeize (administrateur FO de la CNAF)

Le financement de la branche famille a connu une évolution se traduisant par une baisse de la part des cotisations sociales dans le total des recettes. Elle est aujourd'hui la plus fiscalisée à hauteur de 15 % de ses ressources. Ces évolutions ont réduit la part des cotisations sociales : de 95 % en 1990 à 64 % aujourd'hui.

La logique d'abaissement du coût du travail qui prévaut aujourd'hui est une mauvaise réponse en termes économiques et sociaux, elle s'inscrit dans une logique de dumping social et fiscal. Cette politique de réductions sociales et fiscales et les 50 milliards d'euros de réduction des dépenses publiques et sociales prévues dans le PLFSS 2015 auront, à court terme comme à long terme, un effet récessif.

La sécurité sociale n'est pas une charge, elle ne peut être une variable d'ajustement économique ni un outil de réduction du coût du travail. C'est non seulement un amortisseur, mais aussi un facteur d'égalité républicaine. La cotisation, qu'elle soit patronale ou salariale, est un salaire différé. La supprimer revient à diminuer de façon unilatérale l'ensemble des salaires.

FAUT-IL LA RÉFORMER ?

*Il existe un grand nombre de mutations socio-économiques qui sont à l'œuvre ces dernières décennies. Intimement liée aux évolutions démographiques et économiques, mais aussi devant faire face à des besoins croissants allant de pair avec le développement, la Sécurité sociale est au cœur de ces mutations. En fait, depuis sa naissance, la Sécurité sociale connaît des changements – entre ajustements mécaniques ou de grande ampleur, elle a toujours dû, et su, s'adapter : la société française de 1945 a beaucoup changé depuis et la nécessité de réformes n'est pas une nouveauté. **Institution profondément humaine**, elle évolue avec les besoins, les progrès et les crises de la société. Pourtant, cette adaptation permanente, reflet de son humanité, devient aujourd'hui la raison de sa remise en cause ...*

Il serait difficile de dresser un portrait exhaustif des changements à l'œuvre poussant les réformes. Cependant nous pouvons relever :

- le vieillissement de la population ;
- des évolutions « sociétales » comme l'augmentation du nombre de familles monoparentales ou de la durée des études supérieures ;
- la persistance du chômage et de la pauvreté, donc de l'exclusion ;
- la mutation du marché du travail et de sa rémunération pour répondre à des exigences de rentabilité financière et de compétitivité ;
- la dégradation des conditions de vie et de santé au travail (pollution, exposition à la toxicité, burn-out, etc.) ;
- la réorganisation des institutions entre le contrôle européen très étendu et les réformes de l'État.

C'est autant de défis pour la Sécurité sociale, tant parce qu'elle doit faire face à plus de bénéficiaires (chômeurs, inactifs, démunis) qu'elle repose sur plus de formes précaires d'emploi et une contraction du salariat au bénéfice de revenus du capital (intéressement, stock-options, etc. qui participent peu au financement de la Sécurité sociale). Parallèlement, elle cherche toujours à répondre à l'évolution des besoins, la marche du progrès

permettant de toucher plus de monde et d'une meilleure manière, par certains égards⁴⁶. C'est sans aucun doute que sur ses 70 ans d'histoire, la Sécurité sociale s'est adaptée constamment, humainement, pour répondre à l'exigence de la véritable

modernité, l'émancipation du besoin et de l'insécurité.

Pour cela, il est nécessaire que des ajustements plus ou moins conséquents soient en œuvre.

FORCE OUVRIÈRE

DU SOIN OU PRENDRE SOIN

Alain Gautron (SNFOCOS)

Les Français sont profondément attachés à notre système de santé, créé après la seconde guerre mondiale et financé par notre système de protection sociale fondé sur le principe de « cotiser selon ses moyens et se soigner selon ses besoins ». **Ce système est l'emblème de notre pacte social et républicain.**

Chacun reconnaît que le système de santé axé sur le curatif a su répondre aux besoins de la population : les fantastiques progrès techniques ont favorisé une prise en charge de qualité et l'espérance de vie n'a cessé de croître.

L'excellence de notre système de santé est confrontée à certains défis : le vieillissement de la population et l'augmentation des malades chroniques (ou peut-être, surtout leur plus grande prise en charge, qualitative et quantitative !), sans oublier que l'accès aux soins de l'ensemble de la population est devenu une préoccupation constante dans le contexte de crise économique et de paupérisation que notre pays connaît. Alors effectivement, il faut faire évoluer ce système de santé ; certains parlent d'un « virage ambulatoire » mais il ne faudrait pas que ce soit un « mirage ambulatoire » ; il faut aussi **consolider les organisations actuelles** et en particulier l'hôpital public, fondement du service public.

● La prévention, pilier du système de santé

Depuis des dizaines d'années, chacun réaffirme la nécessité d'inverser notre système : du curatif vers le préventif. Que de déclarations incantatoires sans aucun résultat, car **cette ambition partagée n'a jamais été dotée de moyens financiers.**

⁴⁶Le gel de prestations ne peut constituer une amélioration de service ...

DU SOIN OU PRENDRE SOIN (SUITE)

Une réelle politique de santé doit être fondée sur la définition de l'OMS, qui dès 1946 déclare : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

En déclinaison de cette définition, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) permet de cibler l'ensemble des actions entrant dans le champ de la prévention. Selon celle-ci, la promotion de la santé est le processus qui confie aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ; il s'agit ainsi de mieux maîtriser les déterminants de leur santé et leur multi-causalité.

À ce titre, la prévention relève d'une approche intersectorielle et interministérielle. La politique économique est aussi concernée quand on sait les ravages occasionnés sur la santé par le chômage.

Les déterminants sur lesquels on peut agir sont de plusieurs ordres :

- déterminants personnels : ressources physiques, psychologiques et sociales, habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, tabac, alcool, activité physique, etc.) ;
- déterminants environnementaux : qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail, etc. ;
- déterminants sociaux : niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics ;
- déterminants économiques : niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi, etc. ;
- déterminants liés au système de santé : accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique.

La promotion de la santé intervient sur l'ensemble des domaines qui influent sur cette capacité des populations : politique, social, économique, culturel, environnemental et biologique.

« L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé ».

.../...

DU SOIN OU PRENDRE SOIN (SUITE)

À des fins d'efficacité, l'intervention en promotion de la santé doit s'appuyer sur 5 domaines d'actions prioritaires énoncés dans la Charte d'Ottawa :

- l'action au niveau politique, afin que soient élaborées des politiques publiques favorables à la santé ;
- l'intervention sur le milieu de vie, l'environnement concret, quotidien afin de créer des milieux favorables à la santé, mais aussi sur l'environnement social de façon à ce qu'il favorise l'empowerment, c'est-à-dire la capacité des populations à agir sur leurs conditions de vie ;
- l'implication des institutions afin de réorienter les services de santé au-delà de la prestation de soins pour une prise en compte globale de l'individu et de la collectivité ;
- le renforcement de la démocratie sanitaire et de l'action communautaire en favorisant la participation des citoyens et des usagers du système de soins aux processus décisionnels qui les concernent afin de leur donner la possibilité de devenir des acteurs d'une évolution sociale favorable à la santé ;
- le développement des aptitudes personnelles afin de permettre aux personnes d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et celle de la collectivité.

Une politique réellement ambitieuse de prévention et promotion de la santé doit comporter une **dimension sociale et politique**.

Il s'agit donc de changer le contexte social, politique, économique et les conditions de vie des personnes dans un sens favorable à leur santé. Ainsi, par exemple, la Politique de la Ville et de l'Urbanisme est directement intéressée par l'amélioration de la santé de nos concitoyens (un seul exemple les effets nocifs de la pollution atmosphérique sur la santé).

Il s'agit aussi de développer réellement **l'éducation pour la santé** en particulier dès le plus jeune âge en axant les interventions sur la responsabilité de chacun.

La **prévention sélective**, qui s'adresse à un sous-groupe de population exposé à des risques spécifiques, est essentielle.

Sur ce sujet-là, la France est dramatiquement en retard en particulier dans les politiques de dépistage par exemple des cancers du sein et colorectal. Les moyens consacrés à ces politiques sont largement insuffisants et la loi Touraine, qui réaffirme pourtant cette ambition, ne prévoit au-

.../...

DU SOIN OU PRENDRE SOIN (SUITE)

cun moyen pour atteindre les objectifs de santé publique. Au contraire, il faut dénoncer **l'abandon de la santé en milieu scolaire, de la santé au travail ou de la protection maternelle et infantile.**

Face à l'accroissement des pathologies chroniques, il faut également développer l'éducation thérapeutique du patient, partie intégrante de la prise en charge du patient mais aussi de l'accompagnement des proches, des aidants.

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement est porteur d'une politique globale tournée vers l'autonomie de la personne âgée en mobilisant l'ensemble des politiques publiques.

Ainsi, il s'agit de prendre en compte le défi démographique dans l'aménagement des villes et des territoires en intégrant les problématiques du vieillissement aux programmes locaux d'habitat et aux plans de déplacement urbains par les transports.

● Vers une médecine de parcours

Notre système essentiellement axé sur le curatif et une médecine d'organes ont consacré une place centrale à l'hôpital qui a permis une prise en charge de qualité des soins aigus.

Avec le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, « l'hospitalo-centrisme » et le cloisonnement de notre système de santé se doivent d'évoluer pour répondre aux nouveaux besoins de la population.

Il s'agit de placer le patient au centre du système de prise en charge et au cœur de la préoccupation de l'ensemble des professionnels de santé mais aussi des acteurs du médico-social. Il faut en finir avec les cloisonnements des intervenants des différents secteurs et mieux coordonner leurs interventions autour du patient. Pour cela les professionnels des soins primaires de premier recours sont au cœur de ces évolutions et en premier lieu le médecin traitant. Ainsi les professionnels de santé et acteurs du médico-social doivent construire des organisations territoriales pertinentes, organiser la coordination de l'ensemble des intervenants.

Dans ce cadre, **l'hôpital public doit conserver son caractère de recours et d'excellence des phases de traitement aigus.**

.../...

DU SOIN OU PRENDRE SOIN (SUITE)

Par ailleurs, il faut réaffirmer que toute politique de **maîtrise des dépenses** doit être élaborée avec les professionnels de santé **sur des critères uniquement médicaux et de qualité de la prise en charge** (maîtrise MÉDICALE des dépenses de santé).

Ce que certains appellent le « virage ambulatoire » a commencé dans le secteur de la santé mentale qui a connu un processus de « désinstitutionalisation ». En une image, les murs de l'hôpital psychiatrique sont tombés au profit des alternatives à l'hospitalisation. Aujourd'hui, du fait principalement des évolutions technologiques, les durées des séjours diminuent et l'hôpital public développe la **chirurgie ambulatoire** et les dispositifs de sorties anticipées ou d'alternatives à l'hospitalisation (chimiothérapie ambulatoire par exemple).

Toutefois, pour demeurer, ce pôle d'excellence hôpital public doit être doté des moyens financiers et humains lui permettant de répondre réellement à son ambition et ses valeurs du service public.

● La nécessaire coopération entre les professionnels de santé

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics ont engagé une réflexion sur la **coopération** entre professionnels de santé.

Cette perspective a été rendue effective par la loi du 9 août 2004 qui prévoyait « des expérimentations de coopération entre professionnels de santé et des possibilités de transferts de compétences entre professions médicales et paramédicales ».

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé avait donné la définition des réseaux de santé : « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge ... Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que du soin ». Ces réseaux sont financés par l'ONDAM (FICQS).

Cette nécessaire coopération exige également une évolution des modes de rémunération, le seul paiement à l'acte ne répondant plus aux nouveaux modes d'organisation des professionnels de santé.

.../...

DU SOIN OU PRENDRE SOIN (SUITE)

Cette évolution de notre système de santé pour faire face à ces nouveaux défis exige des moyens financiers et humains à la hauteur de cette ambition du XXI^{ème} siècle et elle ne peut se fonder que sur la **confiance des acteurs et non à une politique dirigiste imposée par l'État.**

Le retour aux valeurs du service public et aux principes fondamentaux de la Sécurité Sociale sont une impérieuse nécessité.

Les adaptations de la Sécurité sociale peuvent être souhaitées (répondre à de nouveaux besoins, améliorer la qualité de la prise en charge) ou nécessaires (ajustements financiers en particulier). Le mot d'ordre pour nous étant de **partir des besoins pour se donner les moyens** d'y répondre, quant au financement et à l'organisation.

Or, c'est incontestablement le contraire qui est à l'œuvre aujourd'hui : l'objectif financier est d'abord posé, ensuite on cherche les moyens d'y parvenir. Le mot d'ordre devient l'*efficience*, le faire mieux avec moins, une logique néfaste qui conduit aux dérives que subissent les assurés sociaux et le personnel des caisses. Les COG et les LFSS sont particulièrement caractéristiques de cette logique. Ces dernières décennies ont alors vu une prolifération de réformes, et les LFSS en amènent continument.

Pour cynique que puisse paraître l'éditorial de Denis Kessler dont nous parlons

au précédent chapitre, les réformes de la Sécurité sociale d'aujourd'hui sont assurément en train de détruire la volonté des ordonnances de 1945. Le vent néo-libéral souffle sur nos élites dirigeantes de tout bord politique, les gouvernements successifs ont chacun contribué à remettre en cause la solidarité ouvrière pour la confondre avec la solidarité nationale, et celle-ci va de pair avec une dualisation de notre protection sociale.

La première caractérisation est la tendance à l'universalisation, dans sa définition pervertie : la solidarité nationale se substitue à la solidarité ouvrière au lieu de lui être complémentaire et signifie un service minimal au plus démuné (souvent sur critère de revenu). Les transformations qui touchent la branche famille aujourd'hui sont très illustratives, et c'est pourquoi la décision de Marisol Touraine, annoncée lors de son discours ouvrant la célébration des 70 ans de la Sécurité sociale ce 5 mai 2015, de réfléchir à un régime universel est très inquiétante ...

FORCE OUVRIÈRE

DE L'ACTION SOCIALE À L'AIDE SOCIALE

Jacques Rimeize (administrateur FO de la CNAF)

Conformément au plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté, un redéploiement des prestations familiales a été mis en place en 2014. Une refonte des prestations familiales qui a un coût pour les familles dites de « classe moyenne » déjà touchées par la baisse du quotient familial.

Même si FO est favorable à améliorer la situation des familles les plus défavorisées, elle dénonce les mesures d'austérité pour les autres familles qui ne sont pas pour autant aisées et qui subissent les conséquences de la rénovation de la politique familiale par les nouvelles répartitions des prestations qu'elle impose.

Dans le cadre de la LFSS 2014, la branche a connu quelques mesures participant à fonder davantage de solidarité envers les familles les plus modestes.

Une des mesures qui bénéficiera aux familles les plus défavorisées est énoncée par l'article 56 prévoyant que le complément familial, prestation versée sous conditions de ressources pour les familles ayant trois enfants et plus, sera majoré de 50% à partir du 1er avril 2014.

Une autre mesure énoncée par l'article 59 regroupe deux aspects : le critère de revenu minimum pour bénéficier du CMG (Complément de Mode de Garde) est supprimé ; le versement du CMG « structure » sera subordonné au respect d'un plafond tarifaire pour les micro-crèches.

Cette mesure vise également à faciliter l'insertion sociale défendue par notre organisation, puisque les tarifs des structures seront encadrés et permettront une fréquentation de toutes les familles sans prendre en compte les ressources des parents.

FO souligne l'aménagement de cet article qui contribue à la simplification des critères d'éligibilité et une limitation du reste à charge des familles.

Toutefois, **d'autres mesures visent à sanctionner les familles moins défavorisées.**

L'article 57 concerne la modulation de l'allocation de base de la PAJE (Prestation d'Accueil du Jeune Enfant) et l'alignement progressif de son montant sur celui du complément familial. L'allocation de base de la PAJE sera ainsi divisée par deux, au-delà d'un seuil de ressources.

L'article 58 consiste en la suppression du CLCA (Complément de Libre Choix d'Activité) majoré et la modification des conditions d'accès au CLCA à taux partiel pour les non-salariés.

.../...

DE L'ACTION SOCIALE À L'AIDE SOCIALE (SUITE)

L'article 60 prévoit que, dans un contexte de faible inflation (1,3% dans le projet de loi de finances 2014), les paramètres de calcul de l'allocation de logement familiale (ALF) ne sont pas révisés pour l'année 2014. Quelle que soit la portée des effets de cette mesure dérogatoire aux dispositions du code de la Sécurité sociale, elle touchera fatalement une fois de plus les familles les plus modestes.

En parallèle à la LFSS, le gouvernement a annoncé des mesures d'économie désapprouvées par notre organisation, et qui sont mises en œuvre par voie réglementaire. Nous pouvons une nouvelle fois nous insurger du coup de rabot pratiqué sur les aides à la famille qui remet largement en cause la conciliation vie familiale et vie professionnelle et le pouvoir d'achat des familles.

Prestations Partagées d'Éducation de l'Enfant (PREPAREE, ex-CLCA)

Sous couvert de promouvoir l'égalité professionnelle homme/femme, le gouvernement a modifié une nouvelle fois le congé parental. Auparavant, le CLCA était servi jusqu'aux 3 ans de l'enfant après les indemnités journalières. Dorénavant, après la réforme, les parents auront droit à 24 mois chacun, dans la limite de 36 mois et du 3^{ème} anniversaire de l'enfant.

Pour les parents isolés, le droit est ouvert jusqu'à l'âge limite des 3 ans de l'enfant.

Le nombre maximal de mois de droits sera donc de fait diminué pour ces familles avec deux enfants à charge et plus, dont le conjoint choisirait de ne pas partager la PREPAREE.

La mesure vise à inciter les deux parents, et notamment les pères, à prendre un congé parental puisque les pères aujourd'hui ne représentent que 3,5% des bénéficiaires actuels du CLCA. La loi relative à l'égalité entre les femmes et les hommes vise à inciter les pères à recourir à cette prestation. Ils pourront en bénéficier jusqu'aux 3 ans de l'enfant comme aujourd'hui. Concernant les durées de droit, il est important de souligner, pour les familles de deux enfants et plus, qu'elles sont dorénavant réduites du nombre de mois indemnisés au titre des indemnités journalières.

Cette mesure pourrait être bénéfique, mais pour être réellement utilisée par les pères il conviendrait que l'égalité salariale hommes-femmes soit effective. En effet, si les hommes n'interrompent pas leur activité professionnelle c'est que généralement ce sont eux qui ont le salaire le plus élevé. La mesure n'a d'autre but une nouvelle fois de réaliser des économies. Ainsi, Mme Marie-Françoise CLERGEAU, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, indiquait dans son rapport

.../...

DE L'ACTION SOCIALE À L'AIDE SOCIALE (SUITE)

sur le PLFSS 2015 : « selon les informations fournies à votre rapporteure, l'économie occasionnée par un partage réservant douze mois au second parent serait alors de 30 millions d'euros en 2015, de 100 millions d'euros en 2016 et de 170 millions d'euros en 2017 ».

Enfin, la diminution de la durée du PREPAREE de 12 mois pour les femmes dont le conjoint n'exercerait pas son droit, doit absolument s'accompagner d'une augmentation des places de crèches. Les 100 000 places prévues dans la COG ne pourront pas pallier les besoins de mode de garde des familles, là où il en faudrait 390 000. D'autant que le budget du FNAS vient de subir un rebasage de 1,4 milliards d'euros d'ici 2017, qui va rendre encore plus ardue la création de places nouvelles pour les collectivités dont le budget est de plus en plus exsangue.

Le décalage de la majoration des prestations familiales de 64,67€ à 16 ans au lieu de 14 ans pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2001

Le gouvernement estime que « l'âge de 14 ans ne correspond pas à un moment clé de la vie de l'enfant qui engendrerait un surcoût identifié ». Encore un argument fallacieux pour baisser les prestations des allocataires.

L'alignement de la date du versement de l'allocation de base de la PAJE sur celles des autres prestations familiales

Elle ne sera plus versée dès le mois de naissance de l'enfant, mais le mois suivant.

Actuellement calculée au prorata du jour de la naissance de l'enfant, la ministre a spécifié que c'était trop compliqué. Argument curieux et inacceptable. Si toutes les mesures de simplification réclamées depuis des années étaient adoptées, la charge de travail des agents de la Caf sera elle aussi allégée et les allocataires verraient leurs allocations plus rapidement versées.

Les aides à la garde d'enfants diminuées pour les familles les plus aisées

Cette mesure va moduler plus fortement le CMG accordé aux familles faisant garder leurs enfants par une assistante maternelle ou une garde à domicile. Une quatrième tranche de revenus visant les familles les plus aisées sera créée afin de réduire le montant de l'aide de moitié par rapport à la troisième tranche. Cette mesure va toucher les familles dites « de classe moyenne » qui ont déjà vu la diminution du quotient familial et la révision à la baisse de la PAJE en 2014. Nous attendons avec inquiétude les modalités d'application de cette nouvelle réforme du CMG.

.../...

DE L'ACTION SOCIALE À L'AIDE SOCIALE (SUITE)

La particularité de cette LFSS 2015 pour la branche Famille, c'est qu'elle a été construite sur des projections non chiffrées et dont les conditions d'application seront déterminées ultérieurement. La grande majorité des réformes envisagées seront mises en œuvre par voie de décret.

Difficile dans ces conditions de connaître l'exacte portée des réformes. Néanmoins, même dans leurs grandes lignes, Force Ouvrière considère que ces mesures sont mauvaises et viennent amplifier celles déjà néfastes adoptées et qu'elles dégraderont davantage les conditions de vie des familles.

Les principes fondateurs de la sécurité sociale qui avaient prévalu en ce qui concerne les prestations familiales, universalité associé au principe : chacun cotise selon ses moyens et perçoit selon ses besoins sont aujourd'hui mis à mal. Ainsi chaque enfant ouvrait droit aux prestations familiales au-delà du deuxième enfant quel que soit le revenu des parents. Dans le but de réaliser des économies le gouvernement a mis fin à ce principe en plafonnant les allocations familiales pour les familles dont le revenu est supérieur à 6 000 €, à compter du 1^{er} juillet 2015.

Le gouvernement a mis en avant pour promouvoir cette mesure son rôle de redistribution. Or **ce n'est pas le rôle des prestations familiales d'avoir un effet redistributif des plus riches vers les plus pauvres.** C'est l'impôt sur le revenu qui remplit seul ce rôle, d'autant que comme nous venons de le voir, l'ensemble des mesures adoptées ces dernières années n'ont eu finalement d'autre but que de réaliser des économies nettes sur le budget de l'État.

La deuxième caractérisation des réformes en cours est le corollaire de la première, et est plus terrible encore : c'est la *privatisation*. Tendence généralisée en France depuis les années 1980 et accélérée avec la réforme de l'État, elle pourrait atteindre la Sécurité sociale rapidement et insidieusement. Les réformes apportées ont tendance à affaiblir, particulièrement sur le plan financier et humain, les institutions et organismes de la Sécurité

sociale. Elles nourrissent alors les arguments les plus fallacieux sur l'inefficacité du système, sur les bienfaits des assurances privées, sur le besoin de « **modernisation** » synonyme de « **marchandisation** ». Ce serait alors une catastrophe : un service plus cher, inégal et injuste, financiarisé. La sécurité des travailleurs et des familles reviendrait 150 ans en arrière, voilà ce que signifie aujourd'hui « modernité ».

QUAND LA RÉFORME DE L'HÔPITAL REMET EN CAUSE LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Luc Delrue (FOSPS-Santé)

Depuis longtemps les établissements de santé subissent le choc de réformes et attaques successives. Les dernières en date mettent en danger leur substance même.

On peut relever à cet égard :

- la loi HPST (non abrogée), aggravée par le projet de loi de « modernisation de la santé » (qui doit être voté début octobre 2015), avec leur logique de contractualisation et de coopération. Cette dernière, dans le projet de loi, se traduit par l'obligation d'adhésion à un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) pour tous les hôpitaux, c'est-à-dire à terme le regroupement des hôpitaux à des fins d'économies, en réduisant massivement le nombre de postes ;
- les objectifs d'une nouvelle baisse des capacités hospitalières, qui ont déjà été actées par les différents Projets Régionaux de Santé (PRS) arrêtés par les ARS, il y trois ans ;
- la Tarification À l'Activité (T2A), qui lie le financement des établissements de santé à leur production de soins, a pu dans un premier temps inciter les établissements à développer les actes. Très vite, la **logique de l'enveloppe fermée** imposée en parallèle a produit ses effets en baissant mécaniquement, chaque année, la valeur financière de chaque acte. De ce fait cela crée une pression directe sur les établissements de santé pour réduire le coût des séjours hospitaliers, notamment en développant la précarisation d'un certain nombre d'emplois, et porte un risque sur les résultats des soins dont leur qualité peut être affectée ;
- l'adoption chaque année de l'ONDAM, qui limite au sein d'une enveloppe fermée les dépenses d'assurance maladie dédiée aux établissements et à la médecine de ville. Non seulement, les directives ministérielles aboutissent à une sous exécution de l'ONDAM (400 millions en 2014), pour satisfaire le Comité d'alerte, mais le gouvernement a décidé d'en diminuer le taux d'évolution pour les trois ans à venir. En clair, cela signifie une progression moins rapide que le coût de la vie ...
- le « pacte de responsabilité » qui pèse 54 milliards d'euros de réduction des dépenses publiques, comporte un plan triennal de 3 milliards d'économies pour les hôpitaux d'ici 2017, dont 860 millions d'euros sur les « ressources humaines ». Il s'agit d'un véritable **plan social à l'hôpital** qui correspond à 22 000 suppressions de postes. On relève également que le

.../...

QUAND LA RÉFORME DE L'HÔPITAL REMET EN CAUSE LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER (SUITE)

« tour de vis » s'applique aussi au médico-social, secteur notoirement sous-doté depuis des années, puisque ce sont 500 millions d'euros qui doivent être retirés des enveloppes soins d'ici trois ans.

Ces mesures s'inscrivent dans une **politique d'austérité** qui a pour effet de réduire l'offre de soins et les charges de personnels.

Chaque hôpital se voit imposer une « feuille de route » qui doit décliner les objectifs du plan triennal appliqué à leur établissement, notamment en matière d'économies portant sur les dépenses de médicaments, sur les achats et surtout sur les ressources humaines.

Concrètement, ces orientations et mesures conduisent des centaines d'établissements hospitaliers au « déficit ». Ils se voient imposer par les ARS des plans de retour à l'équilibre budgétaire qui se traduisent par de multiples attaques : réduction du nombre de postes, remise en cause des acquis et garanties statutaires, des protocoles 35 heures (nombre de jours de RTT), etc.

Pour FO, ces mesures vont contraindre à une réduction importante du nombre de lits et services hospitaliers, remettant en cause l'accès aux soins pour les patients, et à la remise en cause de droits statutaires et d'acquis locaux pour les personnels.

Ces contraintes vont, de fait, affecter le fonctionnement des établissements qui dès lors auront les plus grandes difficultés à assurer leurs missions de service public. Ce n'est pas acceptable : ce plan d'économies soulève partout, comme à l'AP-HP, le mécontentement et la mobilisation par la grève des personnels et de leurs organisations syndicales.

Par ailleurs, le gouvernement, pour conclure sa « stratégie nationale de santé », prépare pour début 2016 une « grande conférence de santé ».

Dans sa lettre de mission, en date du 11 mai 2015, le premier ministre indique que la « stratégie nationale de santé » trouve déjà des applications notamment avec le projet de loi de « modernisation de la santé » mais qu'« il faut aujourd'hui aller au-delà, notre système de santé restant structuré autour de l'organisation hospitalière trop centré sur l'hôpital, issue de la **grande réforme de 1958** et ses principes fondateurs. Les évolutions en cours conduisent à adapter ce modèle dans une démarche de transformation progressive, en recentrant le système de santé sur les soins de proximité ».

.../...

QUAND LA RÉFORME DE L'HÔPITAL REMET EN CAUSE LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER (SUITE)

Au nom d'un affichage sur les soins de proximité, ne s'agit-il pas d'une nouvelle remise en cause fondamentale de la place et du rôle incontournable que joue l'hôpital public et la mise en place des CHU avec la loi Debré de 1958 ?

Comme nous venons de le voir au travers de ces quelques exemples, les contraintes qui pèsent sur l'hôpital sont multiples : financières, organisationnelles et peuvent poser, in fine, la question de leur existence même, tout au moins dans leur forme actuelle, qui avec leurs 2200 établissements publics sanitaires et médico-sociaux, accueillent chaque années plusieurs millions de personnes, prises en charge par 1,129 millions de fonctionnaires et agents publics.

Malgré les multiples attaques et les coups successifs qui ont été portés ces dernières années par les gouvernements successifs, le sort de la Sécurité sociale et celui de l'hôpital sont étroitement liés. Les salariés demeurent extrêmement attachés au service public hospitalier. Leur confiance est régulièrement rappelée dans tous les sondages. Ils ne manquent jamais de s'inquiéter des mesures d'économies dont l'hôpital fait l'objet. Ce qui les amène à participer à la défense des hôpitaux et à soutenir les revendications exprimées par les personnels et leurs organisations syndicales.

Pour assurer la pérennité de l'hôpital public, FO demande l'arrêt de cette politique d'austérité, ce qui passe par l'abandon du pacte de responsabilité et du projet de loi santé, l'arrêt des fermetures de lits, de services et des suppressions de postes, l'abandon des GHT et des contrats de retour à l'équilibre et l'effacement de la dette des hôpitaux, le soutien à l'investissement hospitalier, sanitaire et médico-social, en panne depuis trop longtemps.

FO réaffirme ses revendications pour la défense de l'hôpital public et du statut, ce qui doit passer par la titularisation des 245 000 contractuels, la fin des suppressions de postes, la création des effectifs nécessaires, la revalorisation de la rémunération et déroulements de carrière des personnels, ainsi que l'arrêt des suppressions de lits et de services.

À travers ce premier ouvrage, la Confédération générale du travail FORCE OUVRIÈRE s'est permise dans un premiers temps un voyage dans le temps pour rappeler l'histoire des systèmes de garanties, structures de solidarités essentielles, vitales, dans le développement impitoyable du capitalisme. Précurseur tant du mouvement syndical légal que des assurances sociales des années 1930 puis de la Sécurité sociale de 1945, les sociétés de secours mutuels sont la première forme de solidarité ouvrière organisée. Elles sont alors la réalisation des idées humanistes des Révolutionnaires et des Lumières, et, continuant cet élan d'humanité, la Sécurité sociale poursuit l'idéal de société des Résistants. Vouloir renoncer aux principes de 1945 relève alors de l'idéologie et de la provocation.

Dans un second temps, nous avons tenté de démontrer ce qu'elle est vraiment aujourd'hui : sous le couvert de stéréotypes, sous le prisme déformant du néo-libéralisme et de sa symbolique fallacieuse, nous souhaitions donner une autre image, plus fidèle à la réalité, à la substance de ce qu'est pour nous la Sécurité sociale : une institution humaine, évoluant avec la société et indispensable pour le progrès.

Cet ouvrage est donc à la fois une célébration et une commémoration, mais également un soutien de cette aventure humaine : nous fêtons avec fierté le 70^{ème} anniversaire de la Sécurité sociale.

Et nous ne nous arrêterons pas là. Car le monde est en perpétuel changement, et la Sécurité sociale doit évoluer avec lui. Et cela ne veut pas dire que son utilité, son efficacité, doit être remise en question, mais qu'au contraire « réforme » signifie pour nous « amélioration » : nous pouvons, et nous devons, faire toujours mieux.

Ainsi, nous continuerons cette aventure, car la Sécurité sociale est tournée vers l'avenir. Après avoir posé cette histoire et cet état des lieux, la Confédération générale du travail FORCE OUVRIÈRE proposera dans un prochain ouvrage ses propositions et revendications pour rendre encore meilleurs la Sécurité sociale et la République sociale.

Nous voulons léguer aux générations futures une structure de solidarité forte. Et pour celles-là même déjà présente : acteurs du devenir, les jeunes d'aujourd'hui.



Confédération Générale du Travail FORCE OUVRIÈRE
Secteur Protection sociale

141 avenue du Maine – 75680 PARIS cedex 14
Tél. : 01 40 52 83 94 / jocelyne.marmande@force-ouvriere.fr
www.force-ouvriere.fr