

Alternatives Economiques, 1er décembre 2022

[Nicolas Da Silva : « La protection sociale est une question de pouvoir, plus que d'argent »](#)

Nicolas Da Silva est chercheur au Centre d'économie de l'Université Paris 13

Propos recueillis par Céline Mouzon

Aujourd'hui, la Sécurité sociale est un mastodonte administratif avec un budget de plus de 600 milliards d'euros, qui distribue 470 milliards d'euros de prestations sociales, assure, à un titre ou à un autre, 65 millions de personnes, et emploie pour cela 150 000 salariés. Tout le monde, un jour ou l'autre, a à faire à la Sécu. Elle est perçue comme un organisme de contrôle, une machine bureaucratique où il est impossible d'avoir quelqu'un au bout du fil, et souvent confondue avec l'Etat.

Les dirigeants politiques proclament leur attachement à cette institution de la République. Et c'est au nom même de cet attachement qu'ils soulignent la nécessité de limiter ses dépenses toujours croissantes, un objectif qui leur tient lieu de programme politique.

D'autres tentent de rappeler le projet qu'elle incarnait, comme Gilles Perret, qui lui a consacré en 2016 un documentaire en forme d'hommage, [La Sociale](#). C'est dans cette veine que se situe l'économiste Nicolas Da Silva. Au cours d'une passionnante enquête historique d'économie politique dans [La bataille de la Sécu. Une histoire du système de santé](#) (La Fabrique, 2022), ce maître de conférences en sciences économiques à l'université Sorbonne Paris Nord et [chroniqueur à Alternatives Economiques](#), revient sur la construction du système d'assurance maladie français – l'une des branches de la Sécurité sociale – pour montrer à quel point il s'est construit contre l'Etat.

— **Qu'est-ce que « la bataille de la Sécu » qui donne son titre à votre livre ?**

Nicolas Da Silva : C'est une bataille pour la capacité à mettre au jour des lectures historiques différentes de cette institution de la protection sociale. Aujourd'hui prévaut une conception uniforme de cette histoire. Elle consiste à dire que la Sécurité sociale, au sens des politiques de protection sociale et en particulier de la santé – celle qui m'intéresse –, s'est construite de façon relativement linéaire autour de la croissance de l'Etat social, avec ce moment symbolique de 1945 et les ordonnances qui font naître la Sécurité sociale comme institution.

Cette histoire reconnaît l'existence de luttes, mais défend aussi l'idée que la Sécurité sociale est le produit d'un consensus, dans une période particulière. Une telle lecture a des implications politiques : si l'institution fonctionne mal aujourd'hui, c'est parce qu'on a du mal à construire un consensus politique pour la renouveler.

Face à cela, je souhaite mettre en avant une autre histoire qui considère, qu'en France, les politiques sociales, de santé notamment, sont le produit de conflits non seulement contre le capital – ou si l'on préfère, le marché – mais aussi contre l'Etat.

— **Qu'est-ce que cela signifie ?**

N. D. S. : Concrètement, les institutions de la protection sociale en France naissent du conflit : de la révolution de 1789, de celle de 1848, et au XX^e siècle, des guerres. Ce n'est pas un hasard si les systèmes d'assurance sociale sont créés après la Première Guerre mondiale, avec les lois sur les assurances sociales de 1928 et 1930, et après la Seconde Guerre mondiale.

La guerre d'Algérie aussi, entre 1954 et 1962, a des implications fortes sur le développement de l'Etat social. C'est à ce moment-là que se développe l'hôpital public moderne avec les ordonnances sur la création des CHU en 1958 ou que se généralise le tarif opposable à partir de 1960 [*le tarif « Sécu » fixé dans le cadre d'une convention signée entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie, par opposition au tarif « libre », NDLR*]. Le conflit impose la concession de contreparties pour taire la

contestation.

La guerre n'est pas une parenthèse qu'on referme. C'est un moment où la façon de faire société change. A chaque fois, pour maintenir l'ordre établi – dans un moment de forte inflation, de déracinement, de bouleversement des solidarités familiales ou d'affrontement politique entre différentes visions du monde –, l'Etat met en œuvre des politiques sociales qui autrefois paraissaient impossibles. L'importance du conflit est manifeste dans les instruments juridiques utilisés.

— Comment ce conflit se reflète-t-il à voir dans ces instruments juridiques ?

N. D. S. : En 1945, la Sécurité sociale est instaurée par ordonnances, une forme inhabituelle du gouvernement représentatif, qui témoigne d'un passage en force. A ce moment l'ordre juridique est particulièrement instable puisque l'on est sous régime de gouvernement provisoire.

En 1967, c'est une ordonnance Jeanneney-De Gaulle qui impose la division du régime général en trois branches distinctes (retraite, maladie, famille), la création de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), désormais chargée du recouvrement des cotisations en lieu et place des caisses qui n'ont dès lors plus pour rôle que de distribuer les prestations, et la parité dans la gestion, alors que les ouvriers étaient jusque-là majoritaires. Cette ordonnance signe aussi la fin des élections dans les caisses au profit de la désignation parmi les organisations considérées comme représentatives par l'Etat.

En 1991, lorsque Michel Rocard, alors Premier ministre, crée un nouvel impôt, la CSG (contribution sociale généralisée), afin de fiscaliser le financement de la protection sociale qui reposait jusque-là sur la cotisation, il le fait en recourant au 49.3.

En 1995-1996, c'est à nouveau par ordonnances que le Premier ministre de l'époque, Alain Juppé, entérine la mainmise de l'Etat sur l'institution avec la création des lois de financement de la Sécurité sociale, de la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale) et des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui deviendront en 2009 les Agences régionales de santé (ARS).

Aujourd'hui, lorsque le gouvernement recourt aux 49.3 pour imposer l'adoption de la loi de financement de la Sécurité sociale, ce n'est pas le signe d'un autoritarisme particulier, mais un lieu commun de l'histoire de la protection sociale en France, depuis 1945 au moins.

— Faut-il alors souhaiter une plus grande conflictualité autour de la protection sociale ?

N. D. S. : Ce n'est pas exactement ce que je dis ! Le chercheur en sciences sociales n'a pas vocation à dire aux acteurs ce qu'ils ont à faire. L'histoire montre que s'il avait fallu attendre des rapports d'économistes démontrant la nécessité de créer une institution de la protection sociale, il n'y aurait pas de Sécurité sociale. Si l'on peut faire sans conflit, faisons-le. J'observe simplement que ce n'est pas comme cela que sont nées nos institutions.

— Vous opposez à l'Etat social la Sociale. De quoi s'agit-il ?

N. D. S. : C'est un mouvement populaire auto-organisé contre au moins deux rapports sociaux de domination : le capital et l'Etat. Actuellement en sciences sociales, la critique porte sur un rapport de domination sociale, le capital, le plus étudié et le plus contesté. Or, les institutions de la protection sociale ne se sont pas créées seulement contre le capital, mais aussi contre l'Etat.

L'enquête historique que je propose montre l'importance d'une action « par le bas », c'est-à-dire par les intéressés eux-mêmes, et ce, dès que la question émerge comme telle, au moment de la révolution de 1789.

Il faut prendre la mesure de ce que cela signifie : il ne s'agit pas seulement de contester la politique sociale, mais de contester le fait même que la politique sociale soit portée par l'Etat. Le public n'est

pas nécessairement étatique. Il peut relever d'une gestion des institutions par les intéressés eux-mêmes.

— Avant le moment 1945-1946, quand la Sociale émerge-t-elle ?

N. D. S. : En 1789, alors que l'organisation sociale féodale, fondée notamment sur des solidarités cléricales, corporatistes et familiales, recule, ces questions se trouvent posées pour la première fois dans les termes que nous connaissons. Les questions de santé sont largement discutées dans les différentes assemblées, la Convention et la Constituante notamment. L'Etat doit-il prendre en charge la protection sociale ?

A la fin de la période révolutionnaire, il considère que ce n'est pas son rôle. Quant aux assurances capitalistes, elles sont interdites et ne sont de toute façon pas en mesure de prospérer car la population n'est pas solvable.

Redoutant les révoltes populaires, l'Etat interdit les regroupements et les syndicats en 1791, par la loi Le Chapelier. Ils auraient pourtant permis aux citoyens de prendre en charge leurs problèmes en s'auto-organisant.

Malgré cela, des sociétés de secours mutuel sont créées. Elles sont tolérées dans la mesure où elles peuvent permettre de calmer les révoltes populaires, face aux accidents du travail et aux problèmes de santé dans les fabriques. C'est l'histoire glorieuse des débuts de la mutualité, où apparaît, déjà, l'ambivalence de la forme mutualiste, qui est à la fois subversive et permet de discipliner une population.

En 1871, la Commune représente un moment important de l'histoire du mouvement social qui s'inscrit dans la même logique de lutte contre le capital et contre l'Etat. Elle ne dure que deux mois et ses déclinaisons en matière de santé sont pour ainsi dire inexistantes. Pour d'autres politiques sociales en revanche, en matière de logement pour ceux qui ne peuvent pas payer leur loyer ou de reprise d'entreprises en coopératives, c'est un moment où la vie des classes populaires se trouve facilitée. Parce qu'elles ont conquis et transformé l'exercice du pouvoir, les classes populaires ont pu imposer une politique sociale progressiste comme jamais auparavant.

— Plus connu est le moment 1945-1946. Que se passe-t-il ?

N. D. S. : Aujourd'hui, ce moment est souvent présenté comme un moment de consensus national. Les historiens de cette institution, comme [Bruno Valat](#) ou [Colette Bec](#), sont toutefois plus nuancés. Le consensus sur la nécessité d'améliorer la qualité des prestations sociales au sortir de la guerre, ce qui requiert plus d'argent, est réel. Le conflit est en revanche très fort sur la question du pouvoir : qui doit et qui va diriger la Sécurité sociale ?

L'importance de cette question perdure de nos jours. Le président de la République Emmanuel Macron n'a pas rechigné à dépenser bien plus pour la protection sociale que tous les gouvernements précédents, mais il a gardé la main sur les prises de décision, et ces dépenses étaient destinées à maintenir l'ordre social. Contrairement aux représentations qu'on a, la protection sociale est d'abord une question de pouvoir, plus que d'argent.

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, Pierre Laroque, le premier directeur de la Sécurité sociale, sait qu'il est impossible de nationaliser le système. C'est une solution dont ce haut fonctionnaire aux affaires sociales a entendu parler. Lorsqu'il était dans la Résistance, à Londres, il a pris connaissance du plan Beveridge de 1942 qui met en place le National Health System, le NHS, une politique de santé pilotée par l'Etat.

En France, la nationalisation est impossible pour deux raisons au moins. L'Etat a collaboré, alors que les communistes et les anarchistes, qui défendent les classes populaires, se sont illustrés dans la Résistance. A cela s'ajoute un anti-étatisme très fort, présent dès le XIX^e siècle et qui survit non

seulement à droite, mais aussi à gauche. Les mutualistes, qui dirigeaient les assurances sociales santé et retraite avant la guerre, ne veulent pas de la mainmise de l'Etat et sont très conservateurs. La CGT s'est battue longtemps contre les assurances sociales perçues comme un outil du patronat pour empêcher la rébellion des classes populaires et estime que s'il y a des assurances sociales, il faut en donner la direction aux ouvriers.

C'est dans ce contexte qu'est créé le régime général de Sécurité sociale, organisé en trois niveaux, avec des caisses locales, régionales et nationales. Les conseils d'administration des caisses sont composés à 75 % de représentants d'ouvriers et à 25 % de représentants du patronat. Cela nous rappelle que le paritarisme à 50-50, institué par l'ordonnance de 1967 et présenté aujourd'hui comme une avancée considérable, est une régression. Entre 1946 et 1967, les bénéficiaires du système furent majoritaires dans les prises de décision.

Ce n'était pas le cas jusqu'alors. Les mutualistes venaient le plus souvent des professions intellectuelles supérieures et géraient dès le XIX^e siècle les caisses d'une façon qualifiée d'« étriquée » par [l'historien Olivier Faure](#). Ils cherchaient ainsi toujours à vérifier si les bénéfices demandés par les cotisants ouvriers sont justifiés. « Oui, vous êtes malade, mais n'est-ce pas parce que vous êtes imprévoyant, alcoolique ? » Pierre Laroque lui-même qualifie de « paternalisme social » l'attitude des mutuelles de l'entre-deux-guerres. Elles ne sont pas les seules à l'être. L'Eglise et le patronat cherchent eux aussi à « moraliser » la classe ouvrière.

— Les premières années de la Sécurité sociale sont aussi des temps troublés où les affrontements se poursuivent...

N. D. S. : Pour la première fois en 1946, la classe ouvrière dirige une institution macro-économique très importante, qui gère environ l'équivalent de la moitié du budget de l'Etat et rapidement beaucoup plus.

Mais dès le début – et sans attendre les années 1980 qui sont souvent présentées comme un tournant –, il y a une opposition massive, non pas à la protection sociale, mais au régime général de la Sécurité sociale. Les groupes sociaux qui avaient eu l'habitude d'utiliser les institutions sociales pour discipliner la classe ouvrière ne supportent pas la situation.

De plus, la CGT se divise rapidement : la scission de 1947 et la création de la CGT-FO l'affaiblit et lui fait perdre son poids face au patronat dans les conseils d'administration des caisses.

D'emblée, alors que la CGT souhaitait un régime unique pour les trois risques, santé (qui couvre aussi à l'époque les accidents du travail et les maladies professionnelles), famille et retraite, elle perd ce rapport de force. Les associations familialistes, la CFTC et le MRP (Mouvement républicain populaire), c'est-à-dire la droite, imposent une séparation de la branche famille d'avec le reste. Dans les caisses d'allocations familiales, les conseils d'administration sont répartis à 50 % pour les ouvriers, 25 % pour le patronat et 25 % pour les associations familialistes, à la différence de la caisse retraite et maladie où les ouvriers ont 75 %.

— La Sécurité sociale de 1946 n'est pas exempte de défauts. Son financement est assis sur les revenus du travail, ce qui exclut les autres résidents non travailleurs. La délivrance des prestations repose sur une logique familialiste dont le pilier central est, pour reprendre les termes de l'économiste Hélène Périvier, « Monsieur GagnePain », « Madame AuFoyer » étant bénéficiaire au titre d'ayants droit. Dans les colonies françaises, le système n'est étendu que très partiellement, lorsqu'il l'est. Qu'en pensez-vous ?

N. D. S. : Oui en effet ! Ce sont là des critiques tout à fait légitimes. J'analyse dans le livre deux rapports de domination, le capital et l'Etat, mais cela ne signifie pas qu'il n'y en ait pas d'autres, comme le patriarcat ou le racisme. L'Eglise était à l'époque un autre rapport social de domination,

dont l'immixtion dans la santé est aujourd'hui marginale.

La Sécurité sociale de 1946 n'est pas un idéal réalisé, un nirvana. A bien des égards, elle n'était pas assez démocratique. Mais malgré tous ses défauts, c'est le moment le plus démocratique d'un point de vue historique.

Sur la question des cotisants, bien entendu, l'idée que seuls eux peuvent participer aux caisses est particulièrement mauvaise à une époque où le chômage est élevé. Cela n'implique toutefois pas de congédier le système de financement par cotisation, qui a d'excellents arguments pour lui : notamment de ne pas être dépendant du bon vouloir des dirigeants sur les niveaux d'imposition et d'être en phase avec le rôle contra-cyclique du système qui absorbe les chocs économiques.

On peut poser l'hypothèse qu'un système universaliste comme le système anglais permet à tout le monde de décider. Un système assurantiel, comme le système français, impliquerait alors que seuls les cotisants décident. Ce n'est pourtant pas une nécessité inhérente au mode de financement.

— Vous revenez sur la création de la Cades, la Caisse d'amortissement pour la dette sociale. Quel est son rôle dans le système de santé actuel ?

N. D. S. : Après-guerre et jusqu'aux années 1980, le développement considérable du système de santé implique la construction et la modernisation de nombreux hôpitaux publics. Ce développement n'est pas financé par l'endettement, c'est-à-dire par les emprunts sur les marchés bancaires ou financiers.

Plusieurs mécanismes sont mobilisés pour combler les déficits : soit ceux-ci sont compensés entre caisses et même si c'est interdit, l'Etat l'impose parfois ; soit le Trésor public fait des avances qui sont ensuite remboursées ; soit on augmente les cotisations, comme on le voit à la fin des années 1950 notamment pour la santé.

A partir des années 1990, deux nouveaux moyens sont mobilisés. Michel Rocard crée la CSG, un impôt qui prend une part croissante dans le financement de la Sécurité sociale au détriment des cotisations. Surtout, Alain Juppé crée la Cades. C'est le moment matériel et symbolique où naît la dette de la Sécurité sociale.

Dès lors, l'Etat et les « élites du *welfare* », selon les [termes des politistes William Genieys et Patrick Hassenteufel](#), c'est-à-dire les hauts fonctionnaires de l'Etat social, changent la conception de la politique de santé. Ils considèrent par exemple que tous les déficits doivent être remboursés par la Sécurité sociale en s'endettant et donc en payant des taux d'intérêt.

Aujourd'hui, les déficits des différentes caisses sont automatiquement transférés à la Cades. Celle-ci a un compte séparé du régime général, mais fait partie de la Sécurité sociale. Pour financer cette dette, la Cades emprunte sur les marchés financiers, et cela lui coûte très cher. Comme l'a montré [l'économiste Ana Carolina Cordilha](#), entre 1996 et 2018, cette stratégie a coûté 61 milliards d'euros pour amortir environ 147 milliards de dette.

— Serait-il possible de revenir à un tel système où le financement de la protection sociale n'est pas financiarisé ?

N. D. S. : Juridiquement, j'ignore si on peut le faire avec les règles actuelles. Economiquement et politiquement, c'est bien sûr possible. Cette année, le montant des ressources attribuées à la Cades pour rembourser la dette de la Sécurité sociale est de l'ordre de 17 milliards d'euros. Avant le Covid, le déficit du régime général s'élevait à 5 milliards d'euros. La stratégie d'endettement de la Sécurité sociale fait partie du problème.

— L'Etat n'est pas nécessairement un rempart contre l'emprise du capital sur la production de

soins. Comment lui a-t-il ménagé une place ?

N. D. S. : Dès 1945, les militants du régime général essaient de promouvoir une production publique des soins, par le biais du conventionnement en médecine générale, du développement d'hôpitaux publics et de l'ouverture de centres de santé, grâce à des prêts à taux zéro ou des avances de trésorerie.

Mais l'Etat freine des quatre fers. Il refuse de contraindre les médecins à signer des conventions avec le régime général qui auraient garanti des tarifs opposables aux assurés. La liberté tarifaire reste la règle et le prix se négocie au cas par cas, de patient à médecin. Pour éviter d'être déficitaires et soupçonnées de mauvaise gestion, les caisses remboursent des tarifs relativement bas. Il y a ainsi un écart entre les tarifs affichés par la Sécurité sociale et ceux réellement pratiqués. Cela doit nous rappeler qu'une matière d'accès aux soins, les dépassements d'honoraires sont la règle et le tarif opposable l'exception historique.

A l'hôpital public, les financements massifs n'interviennent qu'à partir des années 1950. Pendant longtemps, le système français est très en retard sur le système anglais et il est plus facile d'ouvrir une clinique privée qu'un hôpital. Pour le Commissariat général au Plan, le secteur social et sanitaire n'est pas une priorité. De la même manière, il n'est jamais question pour l'Etat de nationaliser ou de socialiser l'industrie pharmaceutique.

Deux moments clé marquent la réappropriation du régime général par l'Etat : les ordonnances Jeanneney de 1967 et les ordonnances Juppé de 1995-1996. Ce changement dans l'ordre politique permet de renforcer l'alliance sur le plan économique entre l'Etat et le capital.

— Quels sont les effets de cette reprise en main par l'Etat du régime général ?

N. D. S. : Muni de ce nouveau levier, l'Etat peut plus facilement favoriser sa conception de la politique de santé. Cela a des implications sur le plan économique. D'une logique de « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins de santé », on passe à une logique de « chacun cotise selon ses moyens (et ses capacités de contourner la fiscalité) et reçoit selon son niveau de risque ». Le système actuel n'est, certes, pas encore semblable à ce qu'imposerait un système assurantiel privé, mais c'est insidieusement la logique qui prévaut de plus en plus.

Jusqu'en 1980, la Sécurité sociale a étendu sa part dans le financement des soins, atteignant 80 %. Depuis, on observe un reflux. Les élites du *welfare* considèrent que la Sécurité sociale est une bonne institution mais qu'elle coûte trop cher. Il apparaît dès lors nécessaire de resserrer la prise en charge sur les soins les plus importants. Cette logique du 100 % ou quasi 100 % s'observe pour les affections longue durée (ALD), la CSS (complémentaire santé solidaire, ancienne CMU) ou l'hôpital. Il s'agit cependant de paniers percés : lorsqu'on est en ALD, la couverture à 100 % ne concerne que les soins pour lesquels on est en ALD, pas les autres. La CSS connaît un taux de non-recours très élevé. Et à l'hôpital, le reste à charge avec le système des forfaits peut se révéler très élevé.

A côté de cela, l'Etat dérembourse une partie des soins et les fait financer par les complémentaires. Dès 1981, le Parti socialiste organise le marché des complémentaires. Essentiellement mutualistes à l'origine, celles-ci sont de plus en plus prises dans des logiques capitalistes de course à la rentabilité, ce qui les contraint à se comporter comme des assureurs privés.

— Le capital, ce sont aussi les cliniques privées. Comment l'Etat favorise-t-il leur développement ?

N. D. S. : En « organisant les marchés », l'Etat valide la prise de pouvoir du capital. Les cliniques privées connaissent d'importantes transformations à partir des années 1980 et 1990, qu'étudie par exemple [l'économiste Laura Allès](#). C'est un moment de croissance et de concentration de structures. Historiquement portées par des médecins et du capital familial, les cliniques sont rachetées par de grands groupes privés, comme Ramsay Santé.

Ces groupes sont dans une logique de financiarisation avec l'accord de l'Etat social qui met en place des législations permissives sur les fusions, le contrôle juridique des établissements de soins ou les achats avec effet de levier, les LBO.

L'Etat social assure aussi une solvabilité à ces structures. Les cliniques privées, à l'instar de l'hôpital public, sont très majoritairement financées par la Sécurité sociale. Le sociologue Nicolas Berlogey [rappelle que 90 % des financements des cliniques privées à but lucratif viennent de la Sécurité sociale](#). Elles coûtent cher aux patients qui s'y rendent, mais elles coûtent aussi cher à la protection sociale.

— **Maintenant que les soins sont largement démocratisés par rapport à l'après-guerre, l'idée que la Sécurité sociale se concentre sur le « gros risque » pourrait faire sens. Pourquoi n'est-ce pas le cas ?**

N. D. S. : L'idée d'une séparation entre gros risque et petit risque, qui se présente comme une évidence, est abstraite. On part du principe qu'on saurait identifier un gros risque et un petit risque, mais un petit risque peut vite devenir un gros risque. L'exemple du renoncement aux soins le montre. Les classes populaires décident de ne pas se soigner en raison du coût et s'exposent ainsi à des problèmes de santé plus importants.

— **Comment faire revivre la Sociale ?**

N. D. S. : Elle vit encore ! La lutte contre l'Etat et le capital n'a pas disparu. Nombre de mouvements et d'organisations cherchent à contester l'hégémonie du capital, souvent euphémisée sous le concept de « marchandisation ». Les centres de santé communautaire en sont un cas exemplaire. Des associations de défense des services publics, ou des collectifs de défense des hôpitaux et maternités de proximité s'organisent pour lutter contre les politiques publiques mises en œuvre. De mon côté, avec ce livre, j'espère contribuer à faire bouger les imaginaires sur l'Etat social.