Questions sociales 2

Santé et social

**Objectifs**

L’enseignement de questions sociales 2 couvre la partie santé et sociale de l’épreuve de questions sociales du concours de l’ENA. La partie travail emploi formation professionnelle est abordée dans le cours de questions sociales 1.

L’intégralité du programme de l’ENA est traité, des compléments et des approfondissements sont apportés pour les candidats qui souhaitent, aussi, présenter les concours sociaux (directeur d’hôpital, EN3S, attaché territorial option sanitaire et sociale, attaché territorial, directeur d’établissements social et médico-social, inspecteur d’action sanitaire et sociale).

Le cours aborde les sujets sous l’angle selon lequel ils sont traités à l’ENA, c’est-à-dire celui des politiques publiques et des objectifs auxquels elles répondent. Les connaissances juridiques nécessaires (législation de la sécurité sociale et de l’aide sociale) sont présentées dans le cours mais celui-ci n’est pas un cours de droit social ; leur acquisition nécessite un travail personnel.

**Table des matières**

[La notion de protection sociale 9](#_Toc67322211)

[La construction historique du système de protection sociale français 10](#_Toc67322212)

[Une phase de construction progressive jusqu’en 1945 10](#_Toc67322213)

[Un développement rapide pendant les Trente glorieuses 13](#_Toc67322214)

[Une phase de réforme et de remise en question toujours en cours 15](#_Toc67322215)

[L’analyse théorique des systèmes de protection sociale et ses limites 19](#_Toc67322216)

[Les différents modèles de protection sociale 19](#_Toc67322217)

[Les limites de ces typologies 19](#_Toc67322218)

[Définition et composantes du système de protection sociale français 19](#_Toc67322219)

[Les fondements juridiques du système de protection sociale 19](#_Toc67322220)

[L’analyse par ensembles financiers 20](#_Toc67322221)

[L’analyse institutionnelle 20](#_Toc67322222)

[La distinction de l’aide sociale et de l’action sociale de la sécurité sociale 20](#_Toc67322223)

[Comment problématiser l’analyse de systèmes de protection sociale : l’analyse croisée par techniques d’action et par acteur 20](#_Toc67322224)

[Le financement de la protection sociale 21](#_Toc67322225)

[Des masses financières considérables mais une dynamique de crise durable 21](#_Toc67322226)

[Le financement de la protection sociale représente une masse financière considérable de l’ordre de 600 Md€ 21](#_Toc67322227)

[Les finances sociales sont entrées dans une période de crise durable 21](#_Toc67322228)

[Le mode de financement de la protection sociale est marqué par une tendance à la fiscalisation 22](#_Toc67322229)

[Les cotisations sociales constituent le mode historique de financement de la protection sociale mais sont aujourd’hui critiquées 22](#_Toc67322230)

[Le mouvement de fiscalisation a complété, sans le remplacer, le « financement bas » sur les cotisations sociales 22](#_Toc67322231)

[L’amélioration du contrôle des financements de la sécurité sociale 23](#_Toc67322232)

[Les lois de financement de la sécurité sociale visent à donner au Parlement les moyens de peser sur ces masses financières 23](#_Toc67322233)

[Inspirées des lois de finances, les LFSS ont permis d’améliorer la transparence sur les comptes sociaux 23](#_Toc67322234)

[Les LFSS ont toutefois échoué à réguler les dépenses consacrées à la protection sociale 23](#_Toc67322235)

[Santé publique et système de soins 25](#_Toc67322236)

[Les données de base de la santé publique 25](#_Toc67322237)

[La construction progressive d’une politique de santé publique 25](#_Toc67322238)

[Des résultats satisfaisants malgré quelques faiblesses 25](#_Toc67322239)

[Le volet préventif et de sécurité sanitaire reste insuffisamment développée en France 25](#_Toc67322240)

[La promotion de la santé reste insuffisante 26](#_Toc67322241)

[La santé publique progresse suite aux nombreuses crises 26](#_Toc67322242)

[L’offre de soins est organisée autour de trois acteurs que les pouvoirs publics cherchent à mieux organiser 26](#_Toc67322243)

[Les trois composantes de l’offre de soin 26](#_Toc67322244)

[Les efforts récents portent sur la qualité et la répartition de l’offre de soins 26](#_Toc67322245)

. Une phase de réforme et de remise en question toujours en cours

Les racines financières du problème de la protection sociale

Le « divorce entre l’économique et le social » depuis les années 1980

Les réformes mises en œuvre pour pallier ces insuffisances

*. L’analyse théorique des systèmes de protection sociale et ses limites*

. Les différents modèles de protection sociale

La distinction initiale entre modèle bismarckien et modèle beveridgien

La distinction entre les trois régimes d’État providence

. Les limites de ces typologies

Des modèles idéaux-typiques ne recouvrant pas la réalité

L’utilité pratique de ces découpages reste incertaine

*. Définition et composantes du système de protection sociale français*

. Les fondements juridiques du système de protection sociale

Les sources constitutionnelles de la protection sociale

Des fondements constitutionnels issus du préambule de 1946

La Constitution détermine également les règles de fonctionnement et de financement de la protection sociale

Les définitions de base de la protection sociale

. L’analyse par ensembles financiers

. L’analyse institutionnelle

Les différents acteurs de la sécurité sociale

Focus sur l’organisation du régime général de sécurité sociale

. La distinction de l’aide sociale et de l’action sociale de la sécurité sociale

Une distinction juridique devant être nuancée

Une distinction entre sécurité sociale et aide sociale qui revêt encore un intérêt particulier au regard du droit communautaire

**Chapitre 2. Le financement de la protection sociale**

*. Des masses financières considérables mais une dynamique de crise durable*

. Le financement de la protection sociale représente une masse financière considérable de l’ordre de 600 Md€

Les dépenses de protection sociale sont massives

Les dépenses de protection sociale sont concentrées sur les risques vieillesse et maladie

. Les finances sociales sont entrées dans une période de crise durable

La crise économique a entraîné les finances sociales dans des abymes

L’ampleur des déficits a mis à rude épreuve la gestion de la dette sociale

Le rétablissement de l’équilibre des comptes est repoussé à des horizons très lointains

. *Le mode de financement de la protection sociale est marqué par une tendance à la fiscalisation*

. Les cotisations sociales constituent le mode historique de financement de la protection sociale mais sont aujourd’hui critiquées

Historiquement, la protection sociale est financée par des cotisations sociales

Les effets économiques des cotisations ont nourri une critique de ce mode de financement

Les exonérations de cotisations sociales se sont donc multipliées

*Des réductions de cotisations bénéficiant à des publics variés*

*Les différents types de réductions de cotisations sociales*

*Une efficacité variable selon les mesures*

. Le mouvement de fiscalisation a complété, sans le remplacer, le financement bas » sur les cotisations sociales

La fiscalisation vise à trouver un mode de financement plus équitable, plus important et à financer les exonérations de cotisations

*Un mode de financement plus équitable*

*Un mode de financement plus important*

La fiscalisation a multiplié les sources de financement au détriment de la clarté

*. L’amélioration du contrôle des financements de la sécurité sociale*

. Les lois de financement de la sécurité sociale visent à donner au Parlement les moyens de peser sur ces masses financières

. Inspirées des lois de finances, les LFSS ont permis d’améliorer la transparence sur les comptes sociaux

Les LFSS permettent au Parlement de se prononcer sur les déterminants des financements de la sécurité sociale

Une procédure d’adoption encadrée

Les LFSS ont permis d’améliorer la clarté des règles de financement de la sécurité sociale

. Les LFSS ont toutefois échoué à réguler les dépenses consacrées à la protection sociale

Une force juridique encore limitée

Un domaine encore incertain

**Chapitre 3. Santé publique et système de soins**

*. Les données de base de la santé publique*

. La construction progressive d’une politique de santé publique

Les balbutiements de la santé publique à l’âge moderne

Une apogée au XIXe siècle avec l’hygiénisme

. Des résultats satisfaisants malgré quelques faiblesses

L’état de santé de la population française est globalement satisfaisant

Des faiblesses persistent du fait d’un mode d’organisation pesant

*. Le volet préventif et de sécurité sanitaire reste insuffisamment développée en France*

. La promotion de la santé reste insuffisante

Un fonctionnement sur le temps long

Les différents volets des politiques de prévention

Une relance récente

. La santé publique progresse suite aux nombreuses crises

*. L’offre de soins est organisée autour de trois acteurs que les pouvoirs publics cherchent à mieux organiser*

. Les trois composantes de l’offre de soin

Les professions de santé

Les établissements de santé

*Les divers types d’établissements de santé*

*La planification hospitalière*

*Le financement des hôpitaux à l’activité*

Le médicament

. Les efforts récents portent sur la qualité et la répartition de l’offre de soins

Les pouvoirs publics visent à promouvoir la qualité des soins

*Définition*

*La qualité des produits de santé*

*La qualité des pratiques professionnelles*

*La qualité des structures de soin*

*La qualité du parcours de soin*

La répartition équilibrée des offreurs de soins reste encore lointaine

*La restructuration de la carte hospitalière*

*Les mesures d’orientation de la répartition de l’offre libérale*

# La notion de protection sociale

La notion de « protection sociale » est couramment utilisée, plus rarement définie, et se différencie de la « sécurité sociale ». Nous allons donc dans ce chapitre faire pas mal d’histoire pour expliquer comment fonctionne aujourd’hui le système de sécurité sociale français et comment il s’intègre dans l’ensemble de base qui est la protection sociale.

La protection sociale a trois éléments de définition principaux :

* Le premier élément est que c’est un système de protection contre des risques, c’est-à-dire que la protection sociale reprend assez largement la technique de base des assurances : versement d’une cotisation en prévision d’un risque, et si le risque se réalise, on reçoit une prestation qui compense le coût de réalisation du risque. D’où une première conclusion qui est que plusieurs techniques de l’assurance peuvent s’appliquer à la protection sociale (ou à la sécurité sociale), parmi lesquels, par exemple, les concepts de passager clandestin, d’aléa moral ou d’anti-sélection.
* Le deuxième élément de définition de la protection sociale est qu’on protège des individus. Cela peut paraître assez évident dit comme ça, mais en fait il y a eu une évolution dans le temps. Au départ, le système de protection sociale a protégé les cotisants (principe assurantiel de base), et peu à peu on en est arrivé à faire protéger par le système de protection sociale des personnes autres que les cotisants, qu’on a appelé d’abord des ayants-droits puis des tierces-personnes. Un exemple que l’on peut donner est celui de l’assurance retraite : ceux qui travaillent cotisent pour leur retraite mais, en cas de décès d’un des membres du couple, la partie survivante reçoit les pensions de réversion alors qu’elle n’a pas cotisé.
* Le troisième élément de définition est le fait que la protection sociale, à la différence de l’assurance, s’exerce de manière collective, d’où son nom d’assurance « sociale », parce qu’on socialise les risques. Pourquoi cette socialisation ? Tout simplement parce que la réalisation des risques couverts a un coût tellement élevé qu’aucun individu (ou quasiment aucun) ne peut s’assurer seul contre la survenue de ce risque. Cet élément de la protection sociale a une conséquence importante (toujours en lien avec les techniques d’assurance) sur la possibilité de sélectionner ou pas les personnes que l’on assure en fonction de leur profil de risque. Le choix qui a été fait pour la protection sociale — au moins pour la protection sociale de base — est de ne pas sélectionner en fonction du profit de risque. Cela veut dire que, à niveau de salaire équivalent (pour prendre un exemple), le salarié et l’employeur paient des cotisations maladie équivalentes à 20 ans et à 60 ans ; alors que pourtant les risques en matière de maladie ou de santé sont plus élevés à 60 ans qu’à 20 ans.

## La construction historique du système de protection sociale français

Cette construction du système de sécurité sociale se déroule du XVe siècle jusqu’en 1945, l’année 1945 étant vraiment un tournant en France, car c’est celle de l’institution du plan français de sécurité sociale[[1]](#footnote-1).

### Une phase de construction progressive jusqu’en 1945

#### La situation de départ : prédominance de l’assistance indifférenciée

La situation de départ se situe à compter de l’âge « classique », c’est-à-dire des XVe et XVIe siècles. C’est une situation dans laquelle l’économie, et donc la source des richesses, est essentiellement fondée sur la propriété, plus particulièrement la propriété agricole. Au vu de la faiblesse numérique des populations de l’époque, il y avait un besoin de tous les bras disponibles pour exploiter cette richesse agricole, donc normalement pas de crainte à avoir quant à la subsistance et à la perte de revenu (du moins en matière d’activité économique). Les difficultés étaient plutôt dues à des phénomènes naturels (peste, disette suite à une mauvaise récolte) qu’à des dysfonctionnements économiques.

Aux alentours du XVIe siècle se développent, non pas des techniques d’assurance (de protection sociale), mais ce qu’on a appelé l’« assistance », pour les personnes qui ne travaillent pas, et ce de manière complètement indistincte (c’est-à-dire des malades, des pauvres, des personnes âgées, des handicapés, des femmes enceintes, etc.). Pourquoi l’assistance se fait-elle de manière complètement indistincte ? Tout simplement parce que, à l’époque, on ne sait pas vraiment soigner ; donc cette assistance consiste quasi-uniquement en la fourniture d’un gîte et d’un couvert, et parfois d’une petite aide financière. Ceci est assuré à la fois par les hôpitaux et par les autres institutions d’assistance, notamment les institutions religieuses. Et on ne voit pas la nécessité de différencier le pauvre du malade.

Pour l’exemple, en 1544, un Bureau des Pauvres est créé à Paris, chargé de recenser, de contrôler et ensuite seulement d’assister les pauvres.

Cette situation perdure à peu près jusqu’à la Révolution Française, en tout cas jusqu’au XIXe siècle, puisque, avec l’industrialisation, on a une rupture des modes de production économique, qui sont de plus en plus basés sur le salariat. Le salarié est quelqu’un qui va sur le marché du travail et qui vend sa force de travail à un employeur qui lui achète (d’après la définition de Karl Marx). On constate assez vite que, à l’instar des paysans de l’Ancien Régime, les salariés qui sont sur le marché du travail ont des capacités d’épargne à peu près nulles, consomment tout leur salaire, et donc ne pourront jamais accéder à la propriété qui est le seul état stable qui permettait d’avoir plus de richesse. Donc, on en déduit que ces salariés sont à la merci de tout ce qui peut interrompre leur capacité de travail.

À partir de là, on va commencer à réfléchir à la manière de protéger ces salariés contre les risques qui peuvent les empêcher de travailler. Ces risques sont les mêmes que ceux qui existent aujourd’hui : la maladie, la vieillesse, la maternité, l’accident du travail, etc.

Une autre évolution qui est plus étalée dans le temps est l’urbanisation d’une part et la sécularisation d’autre part. L’urbanisation entraîne en fait une concentration de la pauvreté dans les villes, et donc une prise de conscience plus forte de ce problème (qui auparavant était éclaté dans les campagnes). Quant à la sécularisation, elle entraîne simplement un changement de braquet, c’est-à-dire que c’est pour la première fois l’État qui se considère comme un devoir d’assister les pauvres au lieu de déléguer ça, notamment aux institutions religieuses. Par exemple, dans la Constitution montagnarde de juin 1793 est formulé pour la première fois « un droit au secours public ». Cela montre bien que l’État se saisit du problème.

À partir de là et jusqu’à la fin du XIXe siècle, se mettent en place ce qu’on a appelé des « mécanismes de prévoyance », soit individuels pour ceux qui peuvent épargner, soit collectifs dans le cadre de l’entreprise. C’est l’époque du « patronat paternaliste », c’est-à-dire que le patron est le « père » de ses salariés et doit veiller (par devoir moral et par obligation religieuse) à leur assurer de bonnes conditions de travail, et, dans certains cas, il commence à verser des « sur-salaires », c’est-à-dire un salaire en plus du salaire qui est destiné à aider le salarié, soit à se loger, soit à l’aider lorsque des enfants naissent, soit à cotiser dans une espèce de caisse de prévoyance pour la maladie et/ou pour la retraite.

En parallèle de ces prémices des assurances, une fois la IIIe République installée, une réforme des obligations d’assistance, avec un développement assez fort, a lieu :

* loi sur l’assistance médicale gratuite en 1893 ;
* loi sur l’assistance aux enfants en 1904 ;
* loi sur l’assistance aux vieillards infirmes et incurables en 1905 ;
* loi sur l’assistance aux femmes en couche en 1913.

Donc, pour résumer sur le XIXe siècle et le début du XX siècle : on a commencé à prendre conscience du problème et on a des prémices de ce qui deviendra plus tard l’assurance.

#### Le passage de l’assistance à l’assurance puis à l’assurance collective en 1945

La deuxième phase est la montée en puissance de l’assurance aux dépends de l’assistance. Pourquoi ce remplacement ? Tout simplement parce qu’on se rend compte que l’assistance publique est relativement insuffisante, c’est-à-dire qu’elle ne touche que certaines catégories de la population (celles qui sont les cibles des lois précitées : vieillards, etc.) et, même pour les populations réduites qu’elle touche, elle n’assure vraiment qu’un filet de sécurité extrêmement bas, c’est-à-dire qu’elle n’assure que les conditions de survie de la personne. En surplus, cette assistance publique dépend du bon vouloir de l’État, des parlementaires, pour s’étendre à d’autres catégories.

*A contrario*, l’assurance apparaît comme un système plus prometteur en permettant de couvrir des catégories de population plus larges, avec un niveau d’indemnisation plus généreux puisque c’est un échange entre une cotisation et une rétribution.

Donc, comme nous l’avons dit, les premières assurances sociales apparues à la fin du XIXe siècle se sont développées sur des bases privées (des entreprises puis ensuite des secteurs). Cela s’est traduit par des institutions, comme par exemple les Sociétés de secours mutuels, qui sont en fait des coopératives ouvrières et qui permettent de soutenir le membre de la Société qui est malade pendant sa période de maladie. Il s’en est créé dès les années 1860 dans les vignes, puis suivront des caisses de retraite et de prévoyance, là-aussi dans le secteur des vignes puis des chemins de fer. Il est intéressant de voir que la puissance publique, en même temps qu’elle développait plusieurs lois sur l’assistance, a ratifié par des lois certaines de ces initiatives, et donc va instaurer des pseudo-régimes de protection sociale (très limités). Un premier exemple est la loi du 29 juin 1894 sur les vignes qui institue pour la première fois un régime de protection sociale obligatoire pour les risques maladie et vieillesse. Un second exemple est la loi du 9 avril 1898 qui crée un régime dérogatoire au Code Civil en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles ; la caractéristique de ce régime étant que les employeurs, au lieu de devoir rechercher leur responsabilité individuelle lors d’un accident du travail, peuvent se dégager de cette responsabilité en cotisant tous à une caisse gérée par le patronat (ce n’est pas encore un système d’assurance sociale car il n’y a que l’employeur qui peut cotiser).

On voit ainsi comment on est passé de l’assistance à l’assurance.

La troisième phase (ou le troisième mouvement) est le passage d’une assurance limitée à l’entreprise ou au secteur vers un système d’assurance sociale, beaucoup plus collectif. Ce passage s’est fondé sur trois raisons essentiellement :

* La première raison est le mouvement de pensée solidariste[[2]](#footnote-2). L’idée du solidarisme est que l’on a une révolution industrielle qui crée une division du travail — en mettant les salariés d’un côté et les employeurs de l’autre — et, pour que la société continue d’exister parallèlement à cette division du travail, il faut qu’il y ait une dette sociale, une dette de l’employeur envers le salarié. Durkheim dit assez clairement que « l’interdépendance [entre les membres de la société] fonde une obligation de solidarité ». Dès lors, le solidarisme est la base intellectuelle de l’intervention de la puissance publique visant à réparer les dommages causés par cette division du travail.
* La deuxième raison, plus pragmatique, qui pousse à collectiviser les assurances sociales est d’éviter les mécanismes de sélection adverse, dit aussi "syndrome du passager clandestin". C’est-à-dire que, à partir du moment où on a un système d’assurance sociale où on peut s’assurer librement, seuls vont s’assurer ceux qui sont quasiment certains que le risque contre lequel ils s’assurent va se matérialiser. Par exemple et pour illustrer : si l’assurance automobile était libre, seuls les chauffards prendraient une assurance automobile ; les bons conducteurs jugeant qu’ils n’auraient pas besoin de s’assurer. Il faut donc absolument arriver à avoir une solidarité entre les chauffards et les bons conducteurs, ou, en matière d’assurance sociale, entre les bien-portants et les malades, entre les vieux et les jeunes, entre les accidentés du travail et les autres. Donc, il faut imposer l’obligation d’assurance à l’ensemble de la société.
* La troisième raison, un peu plus politique, réside dans les externalités qui sont liées au développement d’une couverture sociale au sein de la population. Ces externalités sont productives, notamment en termes de santé publique (la main d’œuvre en meilleur santé étant plus productive) et en termes de fonctionnement du marché du travail, ou même de démographie (la période 1900-1940 est pour la France une période de croissance démographique très faible, avec une grande peur du déclin démographique, notamment par rapport à l’Allemagne, d’où l’idée de mieux protéger les salariés pour leur permettre d’avoir plus d’enfants).

Tout cela débouche sur une première loi générale qui est la loi du 1er juillet 1930 qui met en place une protection sociale obligatoire sur cinq risques :

* vieillesse,
* maladie,
* maternité,
* décès,
* invalidité.

Les catégories de population concernées sont assez larges : les salariés du commerce et de l’industrie.

Cette protection sociale est financée par des cotisations sociales à hauteurs de 8 %, et partagée entre 4 % pour les salariés et 4 % pour les employeurs.

Le seul problème de cette loi du 1er juillet 1930 est qu’elle laisse à l’assuré la liberté de s’assurer auprès de qui il veut (auprès d’une caisse départementale, auprès d’une caisse sectorielle, auprès d’une caisse nationale ou auprès d’une caisse d’entreprise). Cela va provoquer un développement assez fort de tout un réseau de mutuelles et de caisses (plus de 730 !), ce qui va produire un effet négatif qui est l’atomisation de la gestion du risque. Mais c’est malgré tout un premier progrès puisqu’en 1940 on comptait 10 millions de personnes couvertes par cette loi sur les assurances sociales (pour une population française d’environ 40 millions d’habitants à l’époque).

Une étape cruciale sur laquelle nous reviendrons plus en détails est l’ordonnance du 4 octobre 1945 — qui est vraiment l’année 1 de la protection sociale en France —, ordonnance qui crée un plan français de sécurité sociale, comme en témoigne son article 1er.

Cet article 1er parle d’une "organisation de la sécurité sociale", en réaction aux lois de 1930 qui avaient créé toute une série de caisses.

C’est un plan qui avait été pensé par le Conseil National de la Résistance, et qui a été développé dès le sortir de la guerre par Pierre Laroque [1907-1997], connu comme étant le fondateur de la sécurité sociale.

Il est très important de noter que ce plan français de sécurité sociale, qui met en place une "organisation", ne remet pas en cause tous les régimes qui s’étaient déjà constitués auparavant. Ça a été un des grands échecs de ce plan : alors qu’il avait une volonté universaliste — protection de tout le monde contre tous les risques avec une organisation unique —, tous les régimes qui s’étaient constitués, en premier lieu celui des fonctionnaires de l’État, ont protesté pour garder leur spécificité ; et donc certains d’entre eux sont devenus des régimes spéciaux qui ont perduré jusqu’à aujourd’hui (régime des fonctionnaires, régime de la Banque de France, du port autonome de Strasbourg, salariés des exploitants agricoles, etc.).

Par contre, on a quand même constitution de ce qui va s’appeler le « régime général » avec une organisation unique, et qui couvre, comme la loi de 1930, les salariés du commerce et de l’industrie.

### Un développement rapide pendant les Trente glorieuses

#### Un fonctionnement satisfaisant dans une période de croissance rapide

Ce développement a pu se faire car le contexte économique était plutôt florissant durant la période de reconstruction. Ainsi, sur la période 1945-1975, la croissance est d’environ 5% par an, et elle n’est jamais retombée en-dessous de 2% par an, même dans les phases les plus difficiles.

Dans cette période, plusieurs facteurs contribuent à la bonne santé et au développement du système de protection sociale :

* le premier facteur, très fortement lié à la croissance, est le fait que les salaires augmentent très régulièrement, malgré une inflation relativement forte, et comme les prélèvements sociaux sont proportionnels au salaire, les ressources de la sécurité sociale augmentent à dû proportion des salaires ;
* le deuxième phénomène est ce qu’on appelle un temps d’amorçage, c’est-à-dire qu’il y a d’abord des gens qui se mettent à cotiser, et ensuite seulement qui se mettent à dépenser ; tout simplement parce que les habitudes de fonctionnement antérieures ont été gardées, donc des gens ont cotisé sans dépenser (ce qui accroît le bilan financier des institutions de protection sociale) ;
* la troisième caractéristique favorable aux finances de la sécurité sociale est la structure démographique de la société, où on naissait nombreux (baby-boom) et on mourait jeune, avec donc peu de prestations de retraite à verser.

La grande préoccupation de l’époque ne portait pas sur la branche vieillesse ou maladie mais sur la branche famille, où l’on se demandait si l’on aurait assez de ressources pour financer les prestations familiales au vu du très grand nombre d’enfants qui naissaient ; alors qu’aujourd’hui la branche famille est à peu près la seule qui soit quasiment à l’équilibre.

Une conséquence de ce développement massif est que s’est cimenté progressivement à partir des années 1950-1960, une espèce de « contrat social » autour de la Sécurité sociale, qui est devenue l’assureur du progrès social qui s’est développé dans ces années-là.

Une deuxième évolution est un peu ce qu’ont cherché à faire les responsables de la Sécurité sociale avec les excédents qu’ils engendraient, et qu’on peut appeler des tentatives d’extension et d’harmonisation.

#### De multiples tentatives d’extension et d’harmonisation

À partir de 1945, la première idée a été de regarder les catégories sociales et socio-professionnelles qui ne bénéficiaient pas encore de la sécurité sociale et d’essayer de les faire entrer dans le monde de la sécurité sociale. Il y a donc eu des élargissements progressifs. Par exemple, ont été intégrés au régime général de la sécurité sociale :

* les étudiants en mai 1948,
* les écrivains non-salariés et les militaires en 1949,
* les veuves et orphelins de guerre en 1950,
* etc.

Une deuxième tendance a été la recherche d’harmonisation dans les prestations qui sont délivrées aux assurés, en essayant de corriger la faute initiale qui avait été de laisser perdurer tout un tas de régimes en rapprochant les prestations des régimes divers et variés de celles du régime général. Cela a été mené quasi-totalement à bien dans le cadre de la branche famille, mais beaucoup moins dans le cadre des autres branches. En pratique, le régime des indépendants verse les mêmes prestations familiales que le régime général (même si ce sont deux régimes distincts).

Une troisième étape a été l’extension des risques couverts à travers deux réformes :

* la mise en place des régimes complémentaires, en matière de retraite puis de santé (création en mars 1947 de l’AGIRC[[3]](#footnote-3), qui est la complémentaire retraite pour les cadres, puis en 1961 de l’ARRCO[[4]](#footnote-4), complémentaire retraite pour les salariés) ;
* la création (un peu mouvementée) par les partenaires sociaux, sur injonction très forte de l’État, en 1958, du régime d’assurance-chômage, qui rajoute un risque qui n’était pas couvert par la sécurité sociale de 1945 initiale[[5]](#footnote-5).

#### Le développement de prestations non contributives

Une dernière évolution est le développement de prestations non contributives, c’est-à-dire de prestations d’assistance versées par les régimes de sécurité sociale.

Pourquoi ce genre de prestations (non contributives) se développe-t-il ? C’est encore une fois par souci de justice sociale envers ceux qui ne peuvent pas accéder soit au régime général soit à l’un des régimes particuliers de sécurité sociale, parce qu’ils ne font pas partie des catégories socio-professionnelles couvertes ou parce qu’ils ne travaillent pas.

Pour donner deux exemples :

* en mars 1956 est créé le Fonds national de solidarité pour aider les personnes âgées (aujourd’hui appelé Fonds de solidarité-vieillesse), qui verse des pensions aux personnes qui n’ont pas pu cotiser au régime de sécurité sociale[[6]](#footnote-6) (les personnes qui, par exemple, partaient à la retraite en 1957-1958 et qui n’avaient cotisé que 10-15 ans à la sécurité sociale) ;
* des prestations ont été créées dans le champ de la branche famille, avec notamment les premières allocations pour les mères au foyer, pour les orphelins…

Le développement de ces prestations non contributives pose un problème en matière de financement parce que la sécurité sociale a une assiette de financement qui est professionnelles (les gens qui travaillent financent la sécurité sociale) ; par contre, elle commence à verser des prestations à un public nettement plus large que ses cotisants. D’où l’idée à partir d’un certain moment que, soit il va falloir que les cotisants cotisent davantage, soit il va falloir financer ces prestations plus larges par d’autres moyens que les cotisations sociales (ce que nous verrons plus en détail dans le chapitre 2).

### Une phase de réforme et de remise en question toujours en cours

Une troisième phase de la construction du système français de protection sociale, dans laquelle nous sommes toujours aujourd’hui, est la remise en cause du système de sécurité sociale ainsi que des réformes successives et douloureuses du fait d’un déficit de financement.

#### Les racines financières du problème de la protection sociale

Le contexte est qu’après les chocs pétroliers (surtout le second de 1979), le train de croissance est durablement rabaissé — on passe alors à des croissances moyennes de l’ordre de 2-2,5% de PIB par an, à comparer aux 5,4% qui précédaient —, avec des variations plus fortes et des phases de croissance négative.

Mais, contrairement à ce qu’on pense de manière générale, les déficits de la sécurité sociale ne sont pas apparus dans les années 1970. En fait, il y avait déjà eu des déficits « techniques »[[7]](#footnote-7) dès les années 1950, qui étaient réglés par la contribution de l’État pour boucher le déficit d’une année sur l’autre. Le premier déficit « réel » est apparu en 1967, lorsque l’État n’a pas pu compenser.

Les raisons de cette fragilité financière, outre la baisse de régime économique, sont de trois ordres :

* la hausse du coût de la santé, qui a commencé dans les années 1950 et qui a fini par peser sur les finances de la branche d’assurance-maladie ;
* l’arrivée à maturité du système d’assurance-retraite (raison plus structurelle) aux environs des années 1970, c’est-à-dire que commençaient à partir en retraite des gens qui avaient complètement cotisé (il n’y avait plus de gain démographique) ;
* la montée du chômage et donc des dépenses d’indemnisation à partir des chocs pétroliers.

Globalement, jusqu’en 1974, un équilibre financier est maintenu d’une année sur l’autre.

Il y a deux tentatives de remise en ordre qui ont eu lieu jusque dans les années 1970 à retenir :

* le « plan Rueff » en 1957 ;
* les quatre ordonnances « Jeanneney » du 21 août 1967, qui visent à réorganiser le système de protection sociale, mais ne font que des réformes de structure (pas de réformes du modèle de financement de la sécurité sociale).

#### Le « divorce entre l’économique et le social » depuis les années 1980

Dans les années 1980, on a ce que Jacques Delors a appelé le « divorce entre l’économique et le social », c’est-à-dire que, *grosso modo*, si entre 1974 et 1990 il y a des alternances entre déficits et excédents ; à partir de 1990, la Sécurité Sociale est structurellement en déficit, et en déficit croissant (20 milliards d’euros de déficit en 2009).

Il faut malgré tout garder en tête les proportions entre le déficit de la Sécu et le déficit de l’État. On parle toujours du « trou de la Sécurité Sociale », qui est de l’ordre de 20 milliards d’euros en 2009 ; tandis que le déficit de l’État s’élève à plus de 100 milliards d’euros en 2009 (la Sécu est donc un peu plus « économe » que l’État).

Ce « divorce entre l’économique et le social » est aussi intellectuel, puisque la décennie 1980 est l’époque de Margaret Thatcher et de Ronald Reagan, où on commence à voir les aspects négatifs de la protection sociale (ce qui n’était pas du tout le cas auparavant), notant trois analyses :

* une première analyse s’est centralisée sur l’impact des cotisations sociales sur le coût du travail (on commence à se rendre compte que la cotisation sociale renchérit le coût du travail ce qui, en économie ouverte, entraîne des pertes de compétitivité) ;
* une deuxième analyse a porté sur les effets pervers de certaines prestations sociales, et plus particulièrement sur les prestations d’assistance — qu’on a appelé les « trappes à inactivité » — plutôt que sur les prestations de sécurité sociale ;
* une troisième analyse, encore plus radicale, est l’idée que la sécurité sociale est en fait un luxe que se sont offertes les générations de 1945 à 1975 au détriment des générations futures, en leur léguant un énorme paquet de dettes (la sécurité sociale serait une parenthèse dans l’histoire sociale).

Mais ces analyse sont toutefois relativement paradoxales, parce qu’on assiste dans ces mêmes années à des demandes de couverture de nouveaux risques et de nouvelles pathologies, et notamment sur ce qu’on appelle les « affections de longue durée (ALD) » (cancer, maladie d’Alzheimer, etc.), et la montée de nouvelles problématiques comme la dépendance.

#### Les réformes mises en œuvre pour pallier ces insuffisances

Quelles ont été, dans le même temps, les réponses apportées à ces constatations ? Comme nous l’avons dit, ces réformes ont concerné l’organisation dans les années 1960, et n’ont pas changé grand-chose. Et ensuite, il y a eu trois grands types de réformes s’emboîtant les unes dans les autres, et qui sont toujours valables (appliquées et/ou utilisées) aujourd’hui :

* dans les années 1980, on a inauguré ce qu’on pourrait appeler les politiques de « bouche-trou », que les ministres successifs ont appelé « plan de redressement de la sécurité sociale », avec en moyenne un plan tous les dix-huit mois – le premier étant le « plan Barre » en 1978 –, qui visent par des ajustements techniques à augmenter un petit peu les cotisations ou les ressources, et à baisser subrepticement les prestations (ça peut consister en l’augmentation du prix du tabac, le déremboursement de certains médicaments, etc.). Ces plans limitent le déficit à la marge mais ne résout pas le problème ;
* face à l’insuffisance de ces politiques de « bouche-trou », on a eu des politiques plus structurelles dans les années 1990, qui commencent à s’attaquer aux données de base, avec notamment la création de la CSG[[8]](#footnote-8) en 1990, la « réforme Balladur » sur les retraites en 1993 (passage à 40 ans de cotisation), et des réformes techniques, notamment les « ordonnances Juppé » de 1996 qui ont instauré les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS ; pour la première fois, le Parlement allait s’occuper de la sécurité sociale) ;
* depuis les années 2000, il y a une troisième vague de politiques qui pèsent non plus sur les ressources et les dépenses, mais sur les comportements des assurés. Cela concerne par exemple la mise en place de franchises hospitalières, du forfait de 1 euro sur les boîtes de médicaments, un programme d’aide eu retour à l’emploi plus sévère (dans le domaine de l’assurance chômage), etc.

Ces politiques sont cumulatives, c’est-à-dire qu’elles ne se sont pas substituées les uns aux autres. Aujourd’hui, il y a toujours des politiques « bouche-trous » et des politiques structurelles qui sont mises en place, auxquelles s’ajoutent des politiques de modification des comportements.

**Sociétés de secours mutuels   
(1903)**

**Histoire**

Les premières sociétés de secours mutuels, ancêtres de nos mutuelles, sont apparues au XVIIIe siècle. Elles-mêmes font suite aux différentes guildes, confréries et sociétés de compagnons qui organisaient la solidarité entre les membres d’une même profession.

La Révolution de 1789, entraînant la fin de la liberté d’association avec la loi Le Chapelier du 14 juin 1791, signe la fin de ces sociétés. Elles renaissent avec l’Empire sous l’impulsion de la Société Philanthropique, dont le but est « d’engager les ouvriers à se réunir pour s’assurer mutuellement des ressources en cas de maladie, ou lorsque les infirmités de la vieillesse les mettrait dans l’impossibilité de continuer leurs travaux. La formule mutualiste est alors donnée comme l’alternative à l’assistance ». Assistance signifie dépendance, et par la même est attentatoire à la dignité de l’individu. Le mutualisme, reposant sur un effort d’épargne librement consenti, tend au contraire à responsabiliser l’individu qui devient le propre gérant de son épargne.

Elles seront légalisées par le décret du 22 mars 1852, qui octroie de nombreux avantages aux sociétés qui reçoivent l’approbation de l’État et acceptent son contrôle. C’est finalement la loi du 1er avril 1898 qui permet l’essor de la mutualité en réduisant le contrôle étatique et en favorisant leur développement.

**Les fondements idéologiques de la mutualité**

La naissance des premières sociétés de secours mutuel découle donc d’une volonté de respect, de valorisation de l’individu. Elle implique une relation étroite entre l’effort d’épargne de l’individu et son droit au secours. Voici un extrait des statuts de "La Société de Bienfaisance des Gantiers de Grenoble" de 1849 : « Il est de l’essence de cette société que leurs membres soient, au moment de leur admission, dans des conditions à peu près égales, c’est-à-dire soumis aux mêmes chances de chômage, de maladie, de vieillesse, et d’infirmité. Sans cela, l’association, avantageuse pour les uns serait onéreuse pour les autres. Or aucun de ceux qui la composent n’est assez riche pour supporter une inégalité qui serait une charité de sa part. Il découle de ce principe que le père de famille, s’il ne paie que la même cotisation que le célibataire, ne peut prétendre à des secours pour sa femme et pour ses enfants. Admettre une solidarité qui serait partage des risques sans égalité des charges serait retombé dans l’ornière de la charité, donc de la déresponsabilisation de l’individu ».

Suspectées d’être, ou de pouvoir devenir des sociétés de résistance, donc de pouvoir soutenir, ou même de pouvoir provoquer des grèves (alors appelées coalitions), les sociétés de secours mutuel ne reçoivent pleine existence légale qu’au terme d’un décret de Napoléon III du 22 mars 1852. Ce décret les définit comme « l’expression par excellence de la concertation sociale ». Mais il impose la tutelle de l’État puisque tout président d’une société de secours mutuel est nommé par l’empereur (en fait par le préfet). Il impose aussi la tutelle de notables, puisque les maires et les curés doivent prendre l’initiative de créations de sociétés de secours mutuel, et que des membres honoraires peuvent apporter leur concours financier et gestionnaire. Ces sociétés deviennent dans certaines limites des organismes de redistribution des revenus, puisque les membres honoraires sont invités à apporter leur concours financier au seul bénéfice des sociétaires.

Est-ce à dire qu’après 1852 les sociétés de secours mutuel sont devenues la courroie de transmission de l’autorité publique ? C’est en tout cas le reproche que leur fera le mouvement ouvrier après 1878. La question se pose lorsque les sociétés doivent définir la nature de leurs relations avec les médecins. Elles ont alors la tentation de réclamer une réglementation publique. Consulté, Davenne, le meilleur spécialiste des questions juridiques de l’assistance publique déclare : « l’administration ne saurait intervenir dans une question qui touche à la liberté professionnelle, et qui ne peut être résolue que par l’accord entre les parties intéressées ».

**Textes**

La base de données Gallica de la Bibliothèque Nationale de France met en ligne la thèse de doctorat économique de Paul HOUIS, soutenue en 1907 à l’Université de Rennes, et portant sur "La Mutualité et les sociétés de secours mutuels". Après un rappel historique (plus complet que celui présenté ci-dessus), elle détaille les différents aspects de la loi de 1898, qui est en vigueur au moment de la création de la Société Fraternelle et Amicale de Secours Mutuels des Vignerons d’Olivet, dont les statuts sont en effet déposés en 1903.

La date de création peut sembler assez tardive, certaines sociétés de vignerons remontant aux années 1855-1860 (c’est notamment le cas en Champagne et dans le Bordelais). Mais on peut y voir les effets d’une part d’une forte tradition d’entraide (non institutionnalisée) ancrée chez les vignerons, et d’autre part de la diminution de leur nombre après l’épidémie de phylloxera qui a anéanti la presque totalité du vignoble, et la modernisation de la culture de la vigne qui a suivi.

## L’analyse théorique des systèmes de protection sociale et ses limites

[52 minutes 30 secondes]

### Les différents modèles de protection sociale

#### La distinction initiale entre modèle bismarckien et modèle beveridgien

#### La distinction entre les trois régimes d’État providence

### Les limites de ces typologies

#### Des modèles idéaux-typiques ne recouvrant pas la réalité

#### L’utilité pratique de ces découpages reste incertaine

## Définition et composantes du système de protection sociale français

### Les fondements juridiques du système de protection sociale

#### Les sources constitutionnelles de la protection sociale

#### Des fondements constitutionnels issus du préambule de 1946

#### La Constitution détermine également les règles de fonctionnement et de financement de la protection sociale

#### Les définitions de base de la protection sociale

### L’analyse par ensembles financiers

### L’analyse institutionnelle

#### Les différents acteurs de la sécurité sociale

#### Focus sur l’organisation du régime général de sécurité sociale

### La distinction de l’aide sociale et de l’action sociale de la sécurité sociale

#### Une distinction juridique devant être nuancée

#### Une distinction entre sécurité sociale et aide sociale qui revêt encore un intérêt particulier au regard du droit communautaire

## Comment problématiser l’analyse de systèmes de protection sociale : l’analyse croisée par techniques d’action et par acteur

# Le financement de la protection sociale

## Des masses financières considérables mais une dynamique de crise durable

### Le financement de la protection sociale représente une masse financière considérable de l’ordre de 600 Md€

#### Les dépenses de protection sociale sont massives

#### Les dépenses de protection sociale sont concentrées sur les risques vieillesse et maladie

### Les finances sociales sont entrées dans une période de crise durable

#### La crise économique a entraîné les finances sociales dans des abymes

#### L’ampleur des déficits a mis à rude épreuve la gestion de la dette sociale

#### Le rétablissement de l’équilibre des comptes est repoussé à des horizons très lointains

### Le mode de financement de la protection sociale est marqué par une tendance à la fiscalisation

### Les cotisations sociales constituent le mode historique de financement de la protection sociale mais sont aujourd’hui critiquées

#### Historiquement, la protection sociale est financée par des cotisations sociales

#### Les effets économiques des cotisations ont nourri une critique de ce mode de financement

#### Les exonérations de cotisations sociales se sont donc multipliées

Des réductions de cotisations bénéficiant à des publics variés

Les différents types de réductions de cotisations sociales

Une efficacité variable selon les mesures

### Le mouvement de fiscalisation a complété, sans le remplacer, le « financement bas » sur les cotisations sociales

#### La fiscalisation vise à trouver un mode de financement plus équitable, plus important et à financer les exonérations de cotisations

Un mode de financement plus équitable

Un mode de financement plus important

#### La fiscalisation a multiplié les sources de financement au détriment de la clarté

## L’amélioration du contrôle des financements de la sécurité sociale

### Les lois de financement de la sécurité sociale visent à donner au Parlement les moyens de peser sur ces masses financières

### Inspirées des lois de finances, les LFSS ont permis d’améliorer la transparence sur les comptes sociaux

#### Les LFSS permettent au Parlement de se prononcer sur les déterminants des financements de la sécurité sociale

#### Une procédure d’adoption encadrée

#### Les LFSS ont permis d’améliorer la clarté des règles de financement de la sécurité sociale

### Les LFSS ont toutefois échoué à réguler les dépenses consacrées à la protection sociale

#### Une force juridique encore limitée

#### Un domaine encore incertain

# Santé publique et système de soins

## Les données de base de la santé publique

### La construction progressive d’une politique de santé publique

#### Les balbutiements de la santé publique à l’âge moderne

#### Une apogée au XIXe siècle avec l’hygiénisme

### Des résultats satisfaisants malgré quelques faiblesses

#### L’état de santé de la population française est globalement satisfaisant

#### Des faiblesses persistent du fait d’un mode d’organisation pesant

## Le volet préventif et de sécurité sanitaire reste insuffisamment développée en France

### La promotion de la santé reste insuffisante

#### Un fonctionnement sur le temps long

#### Les différents volets des politiques de prévention

#### Une relance récente

### La santé publique progresse suite aux nombreuses crises

## L’offre de soins est organisée autour de trois acteurs que les pouvoirs publics cherchent à mieux organiser

### Les trois composantes de l’offre de soin

#### Les professions de santé

#### Les établissements de santé

Les divers types d’établissements de santé

La planification hospitalière

Le financement des hôpitaux à l’activité

#### Le médicament

### Les efforts récents portent sur la qualité et la répartition de l’offre de soins

#### Les pouvoirs publics visent à promouvoir la qualité des soins

Définition

La qualité des produits de santé

La qualité des pratiques professionnelles

La qualité des structures de soin

La qualité du parcours de soin

#### La répartition équilibrée des offreurs de soins reste encore lointaine

La restructuration de la carte hospitalière

Les mesures d’orientation de la répartition de l’offre libérale

1. « 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 » d’après le Programme du Conseil national de la Résistance. [↑](#footnote-ref-1)
2. Le solidarisme est une philosophie de pensée due au député radical Léon BOURGEOIS (sous-préfet, puis député, puis sénateur) qui développe ce courant de pensée en 1896 dans son ouvrage Solidarité. On trouve également des traces de cette philosophie dans l’ouvrage *De la division du travail social* d’Émile Durkheim (1893).

   Le solidarisme est la « responsabilité mutuelle qui s'établit entre deux ou plusieurs personnes » ou encore un « lien fraternel qui oblige tous les êtres humains les uns envers les autres, nous faisant un devoir d'assister ceux de nos semblables qui sont dans l'infortune » (Léon Bourgeois, *Solidarité*, 1896). [↑](#footnote-ref-2)
3. AGIRC : Association générale des institutions de retraite des cadres. [↑](#footnote-ref-3)
4. ARRCO : Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés. [↑](#footnote-ref-4)
5. Signalons dès à présent que le régime d’assurance-chômage n’est pas considéré en droit français comme un régime de sécurité sociale, alors qu’il l’est si on en prend la définition communautaire ; ce qui est lié à cette création tardive. [↑](#footnote-ref-5)
6. Son coût, estimé à 135 milliards de francs français, est couvert par une majoration de divers impôts pour 110 milliards et par la création d’une vignette auto, ce qui irrite les automobilistes déjà lourdement taxés par la carte grise et par la taxe sur l’essence d’un montant de 233%. [↑](#footnote-ref-6)
7. Ce déficit « technique » était dû au fait que les cotisations ne rentraient pas au même moment que les prestations, donc il y avait donc un déficit de trésorerie que l’État comblait temporairement. Cela s’est produit en 1951 et en 1955, où il y avait un déficit technique lors de la création de nouvelles prestations familiales (avec des prestations versées sans que les nouvelles cotisations ne rentrent dans les caisses). À ce moment-là, l’État faisait un chèque pour une année, et ensuite, la croissance de l’économie générant la croissance des cotisations sociales effaçait le déficit.

   En revanche, à partir de 1974, on commence à être dans des déficits structurels. [↑](#footnote-ref-7)
8. CSG : Contribution sociale généralisée. [↑](#footnote-ref-8)