

# Fiches techniques sur l'assurance-maladie

Voici une première série de fiches techniques sur l'assurance-maladie :

**Fiche n°1 : Les enjeux d'une réforme de l'assurance maladie**

**Fiche n°2 : La protection sociale - Repères historiques**

**Fiche n°3 : Protection sociale : assistance ou assurance sociale ?**

**Fiche n°4 : La Protection sociale**

**Fiche n°5 : Le rapport Chadelat : vers un désengagement de l'assurance maladie obligatoire**

Nous vous invitons également à vous reporter à notre tabloïd "**Assurance-maladie : la santé n'est pas une marchandise**"

D'autres fiches suivront, grâce au travail des camarades membres de la commission " Protection Sociale " de l'Union Syndicale G10 Solidaires.

Il est à préciser que les attaques du gouvernement sur l'assurance-maladie, l'hôpital, et, plus globalement, sur la protection sociale seront à la hauteur des exigences du MEDEF et de l'appétit des assurances privées. Il nous faudra être, collectivement, meilleurs qu'en 2003 sur les retraites.

Les axes de l'Union Syndicale G10 Solidaires, sont :

- **l'ancrage sur les revendications et les exigences des salariés, chômeurs et précaires,**
- **l'opposition déterminée à tout recul social,**
- **la présentation d'alternatives en mesure de participer à la création d'une société plus solidaire,**
- **la recherche à tous les niveaux de l'unité, pour agir et pour obtenir des résultats positifs.**

## Fiche n° 1 : Les enjeux d'une réforme de l'assurance maladie

*Cette première fiche a pour objet de montrer l'ampleur des questions posées par l'assurance maladie et d'annoncer les objectifs que le Conseil National a donné à l'Union Syndicale G10 Solidaires en matière d'informations militantes et d'organisation progressive de nos débats pour imaginer ensemble une assurance maladie solidaire.*

*L'assurance maladie, créée en 1945, a représenté un progrès social sans précédent. Face aux attaques du Gouvernement, elle doit être défendue et refondée.*

### **1° L'assurance maladie: c'est notre santé, notre vie**

*L'objectif ultime de l'assurance maladie doit être l'amélioration de l'état de santé de chacune et de chacun.*

*Certes, la progression du niveau de santé général et de la situation sanitaire particulière de chacun ne dépend pas seulement de l'assurance maladie. D'autres facteurs sociaux interviennent également, comme :*

- l'environnement et les conditions de travail: pénibilité, cadences, durée, risques, ergonomie, hiérarchie, flexibilité, précarité, etc.*
- l'environnement général et les conditions de vie: pouvoir d'achat, alimentation, hygiène, logement, urbanisme, éducation, transports, nuisances, pollutions, loisirs ...*

*Mais l'assurance maladie, par l'ensemble des prestations qui relèvent de son champ d'intervention, joue un rôle essentiel : elle garantit l'accès aux soins par le remboursement des dépenses induites par l'état de santé et verse un revenu de remplacement aux assurés qui sont dans l'incapacité de travailler.*

*La santé, c'est le bien le plus précieux de chacune et chacun ; c'est ce qui détermine une grande partie de tout le reste qui fait, au total, notre vie humaine.*

### **2° L'assurance maladie: un acquis à défendre**

*Quelques indicateurs statistiques sont souvent mis en avant pour souligner les progrès qui sont intervenus dans le domaine de la santé, au cours de la deuxième moitié du 20ème siècle:*

- l'allongement de l'espérance de vie,*
- la réduction de la mortalité infantile,*
- l'éradication d'un certain nombre de maladies.*

*Certes, ces améliorations ne sont pas à mettre à l'actif de la seule assurance maladie, mais celle-ci a joué un rôle important dans leur évolution.*

*Au-delà de ces indicateurs statistiques, l'existence d'une assurance maladie prenant en charge, même imparfaitement, une partie des frais liés aux médicaments et à la médecine générale, et une grande partie des frais d'hospitalisation (souvent très lourds), a changé fortement les rapports des gens à la maladie et à l'opération chirurgicale.*

*Si la crainte de la maladie est toujours présente, particulièrement pour les affections encore difficilement guérissables, l'angoisse supplémentaire de problèmes financiers insupportables pour les familles a néanmoins fortement reculé, grâce à l'assurance maladie.*

### **3° L'assurance maladie: encore des inégalités, des insuffisances et des lacunes**

*Pour illustrer les insuffisances de l'assurance maladie on a l'habitude de mettre en avant les inégalités dans les espérances de vie, notamment entre les catégories sociales, selon les professions, selon les régions, etc....*

*Si une partie de ces inégalités est effectivement imputable à l'assurance maladie, l'essentiel vient d'ailleurs, et plus particulièrement de l'environnement social, des conditions de vie et de travail des personnes.*

*En revanche, les lacunes de l'assurance maladie sont très concrètes dans certains domaines comme le dentaire et l'optique où la prise en charge des dépenses est très insuffisante: les très fortes disparités de revenus ont alors pour conséquence de rendre inégalitaire l'accès à certains soins.*

*Par ailleurs, l'assurance maladie ne répond pas toujours aux évolutions des demandes et des besoins. Aujourd'hui l'allongement de l'espérance de vie et les changements dans les modes de vie (familles éclatées, urbanisation ...) comme dans les activités professionnelles font apparaître de nouveaux besoins sanitaires et modifient les domaines de la prévention.*

### **4° L'assurance maladie: un lieu d'affrontements entre intérêts concurrents ou différents**

*Le financement collectif et socialisé de l'assurance maladie est en contradiction avec le maintien d'un système d'offre de soins très majoritairement privé. Dans ces conditions la marchandisation continue du système de santé lui-même s'est poursuivie sous la pression d'intérêts privés qui repoussent parallèlement toute idée de contrôle public.*

*L'industrie pharmaceutique, les laboratoires, les pharmacies, les fabricants d'appareils, les professions libérales de médecine de ville, les ambulanciers, etc... ne veulent pas d'une maîtrise de la dépense qui remettrait en cause la progression de leurs revenus.*

*Les entreprises, et particulièrement les entreprises de main d'œuvre, ne veulent pas d'une augmentation de la dépense prise en charge collectivement, tant que ce financement fait partie du salaire. Les assureurs privés voudraient bien accaparer tout ou partie de la masse financière qui passe directement des salaires et des cotisations au remboursement des dépenses de maladie et qui échappent aux marchés financiers.*

*Les attaques contre une assurance maladie solidaire sont donc convergentes. Le compromis, entre les tenants du libéralisme, se fait sur une privatisation de l'assurance maladie. Mais l'objectif de cette réforme libérale ne vise pas à réduire le poids des dépenses de santé dans le Produit Intérieur Brut (c'est même une augmentation du coût global qui est constatée aux USA), mais à réduire plus ou moins fortement la part des dépenses financée collectivement et obligatoirement.*

*Parallèlement, les libéraux veulent aujourd'hui privatiser l'hôpital public qui est actuellement le seul secteur d'offre publique de soins. Pourtant, si la gestion de ces infrastructures lourdes échappe à l'assurance maladie, leur construction et leur équipement ont été rendus possibles pour l'essentiel grâce aux cotisations sociales des assurés.*

*En affrontant l'idéologie libérale qui menace notre système de soins nous affrontons aussi la convergence des intérêts financiers de ceux qui veulent augmenter les dépenses de santé pour en tirer le plus grand bénéfice et de ceux qui veulent baisser les prélèvements obligatoires pour augmenter leur part de profit .*

## **5° Pour l'amélioration de l'état sanitaire : imaginer une politique sanitaire pour aujourd'hui**

*Le contraste entre la persistance d'inégalités en matière sanitaire et les progrès permis par la recherche, la science et la technologie doit conduire l'Union Syndicale G10 Solidaires à revendiquer une amélioration générale de la situation et à formuler des propositions allant dans ce sens :*

- sur le terrain des conditions de travail et d'emploi (pénibilité, hygiène et sécurité, prévention des accidents de travail ...)*
- et sur le terrain des conditions générales de vie (habitat, alimentation...) dans la mesure où l'accès inégal à certains droits ou services (emploi, enseignement, énergie, transports...) se cumule aux inégalités sanitaires.*

*Il nous faut imaginer une politique sanitaire adaptée au monde d'aujourd'hui et capable d'évoluer en fonction du changement des environnements économiques, sociaux, familiaux...*

## **6° Pour une politique sanitaire cohérente**

*La multiplicité des intervenants publics et institutionnels rend complexe et peu lisible la politique sanitaire du pays. Afin d'assurer une véritable politique de santé basée sur les besoins de la population il faut réfléchir à une coordination entre ces différentes politiques publiques pour parvenir à une efficacité globale plus grande.*

*La multiplicité des intervenants professionnels est une difficulté supplémentaire dans le fonctionnement de la politique sanitaire.*

*L'Union Syndicale G10 Solidaires doit:*

- réaffirmer la nécessité d'un véritable service public de santé,*
- proposer des pistes de réflexion pour organiser différemment le système de soins, refonder la politique du médicament, remettre en cause le paiement à l'acte ....*

## **7° Pour une politique sanitaire solidaire**

*Il nous faudra tout d'abord rappeler que toutes les politiques publiques nécessitent un financement, et que ce financement est prélevé sur les richesses existantes. Mais toutes les dépenses privées sont aussi prélevées sur les richesses produites. Les choix collectifs devraient donc porter sur le coût comparé de chaque dépense et sur son utilité sociale globale (pas seulement immédiate).*

*Dans le domaine sanitaire et social, comme dans les autres secteurs, les questions de choix entre le " public " et le " privé " se posent toujours en deux temps.*

- Il faut, d'abord, décider de ce qui est pris en charge par la collectivité: où mettre le curseur entre ce qui est pris en charge solidairement et ce qui est laissé à la charge directe de l'utilisateur, du consommateur, du patient, etc... ?*
- Il faut ensuite décider des moyens de financement de la part que la collectivité a décidé de prendre à sa charge.*

*Ici comme ailleurs ce qui est une dépense, une charge, un coût, pour certains, est une recette, un revenu pour d'autres. Les cotisations prélevées sur les salaires viennent en réduction du salaire et diminuent d'autant le pouvoir d'achat direct du salarié, mais elles correspondent au montant de ce qu'il met au " pot commun " de la solidarité sociale collective.*

*Ces cotisations sont des recettes pour les organismes de Sécurité Sociale, qui se transforment immédiatement en dépenses: prise en charge de dépenses pharmaceutiques (revenus et profits des laboratoires pharmaceutiques, revenus des pharmaciens et prix de leur fonds de commerce, revenus des médecins, revenus des visiteurs médicaux, salaires des employés de tous ces secteurs, etc...); prise en charge des frais d'hospitalisation (recettes des hôpitaux publics et des cliniques privées, salaires des personnels de ce secteur ...).*

*Il faut réaffirmer que l'assurance maladie doit prendre en charge à 100% les soins remboursables ; cela nécessite de repenser le rôle des mutuelles.*

## **8° Pour un financement solidaire d'un régime universel d'assurance maladie**

*Il nous faudra tout d'abord rappeler que les richesses de 2003 sont largement plus importantes que celles de 1945/1950 et souligner ainsi que ce qui a été possible au lendemain de la seconde guerre mondiale - dans un pays ruiné - doit être également possible aujourd'hui.*

*Et nous aurons à afficher nos propositions en matière de financement collectif des dépenses de santé. Rappelons tout d'abord qu'il y a actuellement accord de toutes les organisations syndicales et des associations qui s'intéressent à la question, pour affirmer que l'assurance maladie doit rester solidaire et qu'en conséquence son financement ne peut, en aucun cas, être lié à l'état de santé de la personne, à son âge ou encore aux risques potentiels qu'elle encoure.*

*En revanche, il y a débat sur le mode de financement : faut-il faire participer uniquement les revenus professionnels ? faut-il faire appel aux revenus financiers ? faut-il une contribution proportionnelle aux revenus ? ou une cotisation progressive ? faut-il faire appel à des cotisations sociales sur les salaires ou sur l'ensemble des revenus ? quel financement pour les particuliers, pour les entreprises ?... nous devons poursuivre la réflexion.*

## **9° Pour une politique sanitaire démocratique**

*Nous aurons tout d'abord à rappeler que, dans tous les domaines de la vie publique, politique sociale, la recherche du meilleur fonctionnement démocratique doit être une préoccupation constante. Aujourd'hui, il nous faut constater les limites du système de la délégation de pouvoirs (importance des abstentions lors de nombreuses élections politiques, faible niveau de participation aux élections prud'homales).*

*Concernant la gestion de l'assurance maladie, il n'est pas admissible qu'il n'y ait pas eu d'élections aux caisses de Sécurité sociale depuis 1983. Il faut donc que les assurés puissent de nouveau élire leurs représentants. C'est une exigence démocratique minimum.*

*Un processus démocratique implique de donner un véritable rôle politique aux Conseils d'administration de l'assurance maladie. Il faut redéfinir les missions des différents acteurs (Etat, parlement, partenaires sociaux, caisses de sécurité sociale, professionnels de santé...).*

*Il est en effet difficile d'affirmer que tous les " usagers " étaient représentés, alors que seules les cinq confédérations syndicales pouvaient se présenter aux élections. L'adjonction de représentants du patronat comme l'adjonction de personnalités n'a rien amélioré. Il nous faudra imaginer un processus électoral adapté à " l'universalité " de l'assurance maladie*

## **10° Dénoncer les menaces d'une contre réforme allant vers la privatisation**

*L'Union Syndicale G10 Solidaires va donc s'engager dans la rédaction d'un certain nombre de fiches. L'objectif est notamment de comprendre la situation existante, de rappeler les origines historiques de notre système et de faire des propositions de nature à faire vivre le débat et la réflexion dans notre union syndicale, et à étoffer l'argumentation de nos militants pour mieux lutter contre les projets du gouvernement.*

*Les rappels historiques permettront de confirmer que les évolutions, positives ou négatives, plus particulièrement depuis la mise en place de la Sécurité Sociale en 1945-1946, ont toujours été le résultat d'un rapport de forces. Il en est encore de même aujourd'hui.*

*Nous aurons donc à combattre les revendications du Medef, les orientations déjà retenues par l'Organisation Mondiale du Commerce, la Banque mondiale et l'Union Européenne.*

*Nous aurons aussi à analyser la stratégie du gouvernement actuel: ses discours, ses annonces, les mesures concrètes qui s'accumulent déjà et ses projets plus fondamentaux, lesquels s'inspireront certainement des études et rapports récemment commandés, notamment le rapport Chadelat.*

*Dans ce cadre, il nous faudra revenir sur le " trou ", qualifié aujourd'hui " d'abyssal ", de la Sécurité Sociale. Là, comme pour le budget de l'Etat, le déficit est pour l'essentiel le résultat de choix politiques délibérés à partir desquels de nouvelles régressions sont imposées à la majorité de la population.*

*Pour faire passer sa contre réforme de l'assurance maladie le gouvernement a retenu une démarche sensiblement identique à celle qu'il a déjà utilisée pour imposer son plan sur les retraites :*

- formalisation médiatisée de rencontres et de discussions avec les " partenaires sociaux " dont l'objectif est de laisser croire qu'elles ont conduit à un " diagnostic partagé ",*
- recours à des " experts " chargés de remettre un rapport adapté aux projets du gouvernement et destiné à cacher ses choix politiques et idéologiques sous l'apparence de réformes techniques, soit disant " nécessaires " et " incontournables ".*

*La mise en place du " Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie " doit être placée dans ce cadre. Cette instance devrait remettre ses conclusions fin janvier 2004, lesquelles devraient servir de base aux orientations gouvernementales.*

*Quand Fillon a présenté son plan de réforme des retraites c'était soit disant " pour sauver la répartition ". Une majorité de la population, très justement, ne l'a pas cru. Mattei va nous assurer qu'il veut " sauver l'assurance maladie ". Craignons le pire, et organisons nous collectivement pour être à la hauteur de cette nouvelle lutte sociale.*

## Fiche n°2 - La protection sociale Repères historiques

**1789 - 1793**

Avant la Révolution de 1789, l'assistance aux malades et aux faibles relève d'une obligation religieuse et morale. L'assistance n'est pas un droit mais une aumône.

### **La Révolution**

Constitution du 3 septembre 1791 - Titre premier: *"Il sera créé et organisé un établissement général de secours publics, pour élever les enfants abandonnés, soulager les pauvres infirmes et fournir du travail aux pauvres valides qui n'auraient pu s'en procurer."*

Déclaration des droits de l'homme du 14 juin 1793 - Article 21: *"La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler"*.

14 juin 1791

La loi Le Chapelier interdit aux travailleurs de s'organiser, de se coaliser (même les associations d'entraide sont interdites).

1803

Le livret ouvrier devient obligatoire, à défaut on peut être condamné comme vagabond.

**1804 - 1848**

### **L'Empire et la Restauration**

1804

Elaboration du Code civil (où le travail fait l'objet d'un louage).

1806 - 1809

Les lois du 18 mars 1806 et du 11 juin 1809 instaurent les conseils de prud'hommes.

1810	Instauration du Code pénal.
1831	Les canuts lyonnais mettent sur pied des sociétés de secours mutuel avec comme base la solidarité de classe entre travailleurs. Ces sociétés seront un instrument de couverture sociale et également des organismes de lutte jusqu'à l'apparition des Caisses de résistance et des Chambres syndicales, pour en arriver, ensuite, à la reconnaissance de l'organisation syndicale.
1841	Interdiction du travail pour les enfants de moins de huit ans (de 8 à 12 ans la journée ne doit pas dépasser plus de 8 heures de travail effectif, de 12 à 16 ans, elle ne doit pas dépasser 12 heures). Cette loi ne sera pas vraiment respectée.
<b>1848 - 1852</b>	<p style="text-align: center;"><b>2ème République</b></p> <p>Après les évènements de février 1848 (abdication de Louis Philippe et proclamation de la République), le 2 mars un décret décide de réduire la durée quotidienne du travail à 11 heures en province, et à 10 heures à Paris. Mais très vite, après les journées de juin 1848 où plusieurs milliers d'ouvriers furent tués, la République entre dans une période de réaction et dès octobre 1848, un décret rétablit les 12 heures.</p> <p>Constitution du 4 novembre 1848: article 13: <i>“ La société fournit l'assistance aux enfants abandonnés, aux infirmes et aux vieillards sans ressources, que leurs familles ne peuvent secourir. ”</i></p>
<b>1852 - 1870</b>	<p style="text-align: center;"><b>2nd Empire</b></p>
Décret du 28 mars 1852	Napoléon III, dans un esprit paternaliste, instaure un nouveau statut des sociétés de secours mutuel, qui va favoriser leur développement. A contrario les droits des sociétés de résistance, plus autonomes (embryons de l'organisation syndicale), sont inexistantes.
25 mai 1864	Première reconnaissance limitée du droit de grève: il s'agit plus exactement d'un droit de coalition.
<b>1870 - 1940</b>	<p style="text-align: center;"><b>3ème République</b></p>
18 mars - 13 juillet 71	<p><b>La Commune de Paris</b></p> <p>Le bilan humain de la semaine sanglante du 21 au 28 mai fut très lourd: on a dénombré au moins 25000 morts.</p>



19 mai 1876	La loi fixe l'âge d'accès au travail à 12 ans.
21 mars 1884	Loi Waldeck - Rousseau: légalisation de l'organisation syndicale (la reconnaissance formelle d'un droit syndical pour les fonctionnaires sera effective en 1946).
1883 - 1889	En Allemagne, Bismarck met en place le premier système de protection sociale.
1889	Le 1er mai 1889 devient une journée internationale de lutte pour les 8 heures, en mémoire des "martyrs de Chicago" condamnés à mort et exécutés, après une manifestation qui avait connu de graves incidents, le 01 mai 1886.
2 juillet 1890	Une loi abroge le livret ouvrier pour lui substituer le contrat de travail.
2 novembre 1892	Première loi sur le repos hebdomadaire (complétée par la loi du 13 juillet 1906 fixant ce repos le dimanche), et le travail des femmes et des enfants (l'âge minimal pour travailler est fixé à 13 ans, la journée de travail ne doit pas dépasser 11 heures et le travail de nuit est interdit...). La même loi instaure la création d'un corps de fonctionnaires chargés du contrôle de cette législation: il s'agissait de la première inspection du travail.
1895	Création de la CGT.
1er avril 1898	Reconnaissance légale des mutuelles.
9 avril 1898	Une loi est votée concernant les accidents du travail. C'est le résultat de la pression des organisations syndicales ouvrières avec le développement industriel. Cette loi, limitée au départ aux salariés des professions industrielles, repose sur la notion de risque professionnel entraînant la responsabilité de l'employeur. L'assurance sociale est ressentie comme une nécessité, mais la gestion des accidents du travail est confiée aux employeurs et ils utilisent les compagnies d'assurances.
1902	Les mutuelles se regroupent en une fédération nationale.
1904	Lois supprimant les bureaux de placement payants et réduisant à 10 heures la journée de travail pour les femmes.
1905	La journée de travail est réduite à 8 heures dans les mines.

1909	Une loi pour protéger les femmes " <i>en couches</i> " du licenciement est votée : elle leur permet de suspendre leur contrat pendant huit semaines autour de l'accouchement.
1910	Parution du 1 <sup>er</sup> livre du Code du Travail: livre après livre son élaboration se poursuit jusqu'en 1927.
Loi du 5 avril 1910	Cette loi a tenté de mettre en place l'assurance vieillesse obligatoire pour les ouvriers et paysans (la fameuse ROP, Retraite ouvrière et paysanne). Le financement de ces pensions est assuré par capitalisation de cotisations ouvrières et paysannes. Déjà, à cette époque, la CGT combat la capitalisation et revendique la répartition. L'âge normal de la retraite était fixé à 65 ans. La loi ne fut en réalité jamais appliquée.
17 juin 1913	Une loi institue pour les femmes un repos obligatoire de 4 semaines après l'accouchement, mais la compensation de la perte de salaire n'est organisée que dans le cadre de l'assistance des pauvres.
<b>1914 - 1918</b>	<b>La première guerre mondiale</b>
23 avril 1919	Vote de la loi sur les 8 heures et les Conventions collectives, création de la CGPF (confédération générale du patronat français) ancêtre du CNPF (conseil national du patronat français) qui sera créé en 1946.
1920	Le 2 juillet, la première loi sur les assurances sociales, est votée mais elle n'entrera en vigueur que 10 ans plus tard, tant la hargne et les pressions sont grandes parmi les grands industriels.
1927	Création de la CSMF (confédération syndicale des médecins français). En réaction contre les futures assurances sociales, cette organisation va promulguer " la Charte médicale " dont les quatre principes fondateurs sont toujours en vigueur aujourd'hui: le secret professionnel, le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription et le paiement à l'acte.
Lois de 1928 et 1930	La naissance des assurances sociales
1930	La mise en place des assurances sociales obligatoires (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès) en juillet est le résultat d'un compromis. Les ouvriers et leurs syndicats exigeaient un système obligatoire généralisé, contrôlé par l'Etat. Quant au patronat, il voulait confier, au nom du libéralisme, la gestion de ces assurances à des compagnies privées. La technique choisie pour la vieillesse est la capitalisation. Ces assurances sociales étaient réservées aux salariés du commerce et de l'industrie dont la rémunération ne dépassait pas un certain plafond.

11 mars 1932	La loi instaure les allocations familiales obligatoires pour les travailleurs du commerce et de l'industrie.
<b>1936</b>	<p><b>Le Front Populaire</b></p> <p>Suite aux grèves et aux accords de Matignon, le Front populaire fait voter la semaine de 40 heures et instaure 15 jours de congés payés. Les accords de Matignon introduisent les délégués ouvriers, qui, après la loi du 12 novembre 1938, deviendront les délégués du personnel (obligatoires pour les entreprises de plus de 10 personnes).</p>
1939	Les allocations familiales sont étendues à l'ensemble de la population active salariée et non salariée (notamment les exploitants agricoles et artisans). C'est la première forme de protection sociale obligatoire des non salariés; par ailleurs, les prestations sont indépendantes du salaire.
<b>juin 40 - août 44</b>	<b>L'Etat Français ou le régime de Vichy</b>
1940	Création de l'Ordre des médecins.
1941	Elaboration de la Charte du travail; interdiction du droit de grève et des syndicats.
1942	Généralisation des assurances sociales à l'ensemble des salariés par la suppression du plafond.
15 mars 1944	Adoption définitive du programme du Conseil National de la Résistance (CNR) qui se prononce <i>“pour un plan complet de Sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont dans l'incapacité de se les procurer par le travail, avec une gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'Etat.”</i>
<b>19 - 25 août 1944</b>	<b>Libération de Paris</b>
Ordonnance du 22 février 1945	Instauration des comités d'entreprise.
29 avril 1945	Les femmes votent pour la première fois en France lors des élections municipales.

4 et 19 octobre 1945

Signature des ordonnances instituant la Sécurité sociale. L'article 1 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 définit la finalité du système: " 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 leurs capacités de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent".

Un congé obligatoire de maternité de 14 semaines est instauré.  
Mise en place de la PMI (protection maternelle et infantile).

31 décembre 1945

La loi de finances instaure le quotient familial.

22 mai 1946

La loi pose le principe de l'assujettissement obligatoire à la sécurité sociale de " tous les français sans exception, quels que soient la nature et le montant de leurs revenus ".

8 juin 1946

Un décret maintient l'indépendance des régimes spéciaux.

22 août 1946

La loi étend les allocations familiales (qui ne sont pas soumises à des conditions de ressources) à la quasi totalité de la population.

**13 Octobre 1946**

## **La Quatrième République**

Le préambule de la Constitution garantit le droit de grève et le droit à la Sécurité sociale. Il stipule: "*La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se retrouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence...*"

Les lois des 11 et 30 octobre instaurent la médecine du travail et régissent la prévention et la réparation des accidents du travail.

Les accidents du travail sont désormais gérés par la sécurité sociale.

Lois des 19 octobre et 31 décembre 1946 relatives au statut général des fonctionnaires et à l'institution d'un régime de Sécurité sociale pour les fonctionnaires.

1946

La conférence de l'OMS (organisation mondiale de la santé) inscrit dans sa constitution les principes suivants: "*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. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.*"

1947	Les représentants des salariés cadres et employeurs signent le 14 mars un accord national interprofessionnel pour la création d'un régime complémentaire de retraite. C'est la création de l'AGIRC (association générale des institutions de retraite des cadres).
Avril 1947	Pour la première fois, les assurés élisent leurs représentants aux conseils d'administration des caisses de Sécurité Sociale. La CGT obtient 60% des suffrages, mais la CFTC, en s'alliant avec les représentants patronaux, va la mettre en minorité dans la plupart des caisses.
17 janvier 1948	La loi instaure les régimes autonomes d'assurance vieillesse pour les artisans, commerçants et les professions libérales, gérés par des caisses différentes.
10 décembre 1948	L'Assemblée générale de l'ONU (ou Organisation des Nations Unies, créée en 1945) adopte "La Déclaration universelle des droits de l'homme" dont l'article 22 stipule " <i>toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale.</i> "
11 février 1950	Instauration d'un salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG).
8 et 9 décembre 1951	A l'initiative de la CGT se tient une Conférence nationale pour " <i>la défense et l'amélioration de la Sécurité Sociale</i> ".
1952	Création de la vignette pour les médicaments remboursables.  Création du régime obligatoire d'assurance vieillesse pour les exploitants agricoles, géré par la Mutualité Sociale Agricole (MSA).
1953	Découverte du vaccin contre la poliomyélite. L'Aide sociale se substitue à l'Assistance publique. Création de l'Aide médicale gratuite.
6 août 1955	Loi portant création de " l'allocation de mère au foyer " qui est le pendant de l'allocation de salaire unique, créée en 1946 pour les salariés du régime général.
1956	Constitution du Fonds National de Solidarité destiné à financer le minimum vieillesse et alimenté par la vignette automobile créée à cet effet.
17 mars 1956	Légalisation de la 3ème semaine de congés payés.

**1958**

## **La 5ème République**

Décembre 1958

Le CNPF et les organisations syndicales concluent une convention interprofessionnelle qui va jeter les bases du régime de l'assurance chômage géré au niveau local par les Assedic (association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce) et au niveau national par l'Unedic (union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce).

Réforme de l'Hopital avec notamment la création des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU).

Décrets  
du 12 mai 1960

Ces décrets vont instaurer notamment une tutelle sur les caisses à vocation nationale, et créer les Urssaf (unions pour le recouvrement des cotisations) qui vont se substituer pour le recouvrement des cotisations aux caisses primaires d'assurance maladie et aux caisses d'allocations familiales.

Ils vont jeter les bases de nouvelles relations avec le corps médical au travers de la signature des premières Conventions avec les médecins, conclues au plan départemental entre les syndicats représentatifs des professions médicales et les caisses primaires.

Ce texte prévoit le remboursement des frais médicaux sur la base de tarifs fixés par la Sécurité sociale et les Pouvoirs publics.

Mise au point du vaccin contre la rougeole.

21 janvier 1961

Loi créant l'assurance maladie maternité obligatoire des exploitants agricoles : l'AMEXA (assurance maladie des exploitants agricoles).

8 décembre 1961

Accord interprofessionnel sur les retraites obligatoires complémentaires des non cadres qui va créer l'ARRCO (association des régimes de retraites complémentaires).

1964

Mise en place de l'allocation d'éducation spécialisée pour les familles d'enfants handicapés et de l'aide ménagère à domicile pour les personnes âgées.

12 juillet 1966

La loi institue pour l'ensemble des professions non salariées et non agricoles (c'est à dire les artisans, les industriels et commerçants et les professions libérales) un régime unique d'assurance maladie, géré par une seule caisse: la Canam (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles).

13 juillet 1967

Une ordonnance donne naissance à l'ANPE (agence nationale pour l'emploi).

<p>Les 4 ordonnances du 21 août 1967</p>	<p>Le gouvernement, au service du CNPF, porte un grand coup à la Sécurité sociale.</p> <p>La réforme instaure la séparation des risques en trois branches distinctes (famille, vieillesse et retraite).</p> <p>La Caisse Nationale est éclatée en trois caisses spécialisées et autonomes: la Cnam, la Cnav et la Cnaf gérant respectivement la maladie, la vieillesse et les allocations familiales.</p> <p>Les élections des administrateurs sont supprimées. Le paritarisme est instauré: les conseils d'administration sont désormais composés pour moitié d'administrateurs désignés par le CNPF (contre 1/3 auparavant) et pour moitié d'administrateurs désignés par les confédérations syndicales (contre 2/3 auparavant).</p> <p>Les Urssaf sont placées sous la direction de l'Acoss (l'agence centrale des organismes de Sécurité sociale).</p> <p>Globalement la réforme aboutit à une réduction des prestations (augmentation du ticket modérateur qui passe de 20 à 30% ) et des cotisations, en particulier salariales. C'est le début du mouvement de dé plafonnement des cotisations de sécurité sociale (notamment de l'assurance maladie).</p> <p>L'assurance maladie initie son propre service médical.</p>
<p>19 décembre 1967</p>	<p>Vote de la loi Neuwirth (autorisation de la pilule).</p>
<p><b>Mai 1968</b></p>	<p>Ouvriers et étudiants sont dans la rue. Au cours des négociations de Grenelle, les salariés obtiennent une revalorisation substantielle du SMIG (35 %), de nombreux autres avantages comme la baisse du ticket modérateur de 30 à 25%, l'augmentation de l'allocation minimum aux personnes âgées, des augmentations de salaires et l'ouverture de négociations sur le droit syndical dans les entreprises (loi du 27 décembre 1968).</p> <p>Première transplantation cardiaque en France par le Professeur Cabrol.</p>
<p>1969</p>	<p>En février, un décret décide l'exonération du ticket modérateur pour les frais afférents aux longues et coûteuses maladies et fixent ces droits pour 21 maladies au lieu de 4 précédemment.</p>
<p>Loi du 16 mai 1969</p>	<p>Généralisation d'une 4ème semaine de congés payés.</p>
<p>1970</p>	<p>Le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) succède au SMIG (loi du 2 janvier).</p> <p>La loi hospitalière du 31 décembre établit la carte sanitaire et le découpage du territoire en secteurs sanitaires..</p>
<p>23 décembre 1970</p>	<p>Création de l'allocation orphelin</p>

28 octobre 1971	La CSMF (confédération des syndicats médicaux français) signe avec les Caisses de Sécurité sociale la première convention nationale pour une durée de 3 ans. Cette signature va entraîner une scission au sein de la CSMF et la création de la FMF (fédération des médecins de France).
31 décembre 1971	La loi Boulin réforme les retraites: le montant des prestations est porté de 40 à 50% du salaire moyen des 10 meilleures années (au lieu des 10 dernières) pour 37,5 années de cotisations (au lieu de 30). Deux années sont attribuées par enfant aux mères de famille. Le droit à la retraite est ouvert à partir d'un trimestre validé.
3 janvier 1972	Création de l'assurance vieillesse pour les mères de famille, et de l'allocation logement à caractère social.
27 juin 1972	<p>Signature du Programme commun de la Gauche.</p> <p>Extraits: <i>“L'insécurité matérielle qui résulte de la vieillesse, du chômage, de la maladie constitue encore, dans la société actuelle, une véritable hantise pour des millions de Français. Cet état de choses doit cesser...La première mesure aura pour effet d'effacer les atteintes portées à la Sécurité sociale: les ordonnances de 1967 seront abrogées.”</i></p> <p><i>“La Sécurité sociale doit garantir un niveau de vie correct aux assurés privés des ressources de leur travail et à leur famille... L'amélioration de la Sécurité sociale rendra nécessaire une refonte du système de financement. La participation patronale sera augmentée.”</i></p> <p>Généralisation des retraites complémentaires à l'ensemble des salariés de l'industrie et du commerce.</p>
Octobre 1973	Choc pétrolier.
Décembre 1973	Vote de la loi prévoyant l'alignement des prestations et cotisations vieillesse des industriels, commerçants et artisans sur celles du régime général.
<b>Mai 1974</b>	<b>Election présidentielle de Giscard d'Estaing</b>
1974 - Août 1976	<p><b>Gouvernement Chirac</b></p> <p>Création de l'allocation de rentrée scolaire attribuée sous conditions de ressources et remboursement des frais relatifs à la contraception.</p>



24 décembre 1974	La loi instaure la compensation démographique entre régimes de base obligatoires.
7 janvier 1975	Promulgation de la loi sur l'avortement. Après des décennies de luttes, les femmes obtiennent la légalisation de l'IVG (interruption volontaire de grossesse).
30 juin 1975	Adoption de la loi d'orientation en faveur des handicapés et création de l'AAH (allocation aux adultes handicapés).  Extension de la Sécurité sociale aux étrangers qui travaillent sur le sol français.
1 <sup>er</sup> septembre 1975	Le cap du million de chômeurs est dépassé.
30 décembre 1975	Certains travailleurs manuels et les mères de famille d'au moins 3 enfants peuvent accéder à la retraite à 60 ans (taux 50%).
9 juillet 1976	Instauration de l'allocation parent isolé (API) sous condition de ressources.
<b>27 août 1976 - 1981</b>	<b>Gouvernement Barre</b>
6 12 1976	La loi fait obligation aux employeurs d'informer et de former le personnel en matière de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.
3 janvier 1977	Réforme des aides au logement, avec la création de l'APL (allocation personnalisée au logement) indépendante de la situation familiale du demandeur.
Avril 1977	Plan Veil: il comporte une série de 12 mesures drastiques dont la réduction à 40% du remboursement des médicaments dits de confort.
17 mai 1977	Création du statut d'assistante maternelle.
12 juillet 1977	Loi instaurant (sous condition de ressources) le complément familial, à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 1978. La loi supprime également à compter de janvier 1978 toute condition d'activité professionnelle pour bénéficier des prestations familiales: le système devient réellement universel.  Décret alignant le régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés et non agricoles (les " non-non ") sur le régime général.

10 décembre 1977	Un accord interprofessionnel généralise la mensualisation des salariés.
1 <sup>er</sup> janvier 1978	La loi généralise la Sécurité sociale pour les risques maladie et maternité, soit par l'assurance personnelle, soit par l'affiliation à un régime obligatoire. Création d'un régime de protection obligatoire pour les ministres du culte.
12 juillet 1978	Le congé maternité est porté de 14 à 16 semaines avec 100% du salaire brut.
Juillet 1979	Plan Barrot prévoyant notamment l'instauration d'un ticket modérateur d'ordre public qui laissait à la charge des assurés 5% en moyenne des dépenses, avec interdiction faite aux mutuelles de prendre en charge ce forfait. Dans la foulée, le député Berger dépose un projet de loi qui prévoit des mesures particulièrement pénalisantes pour les assurés.
13 mai 1980	<p>La forte mobilisation et plus particulièrement la journée nationale d'action du 13 mai vont conduire le Gouvernement à retirer son projet et à renoncer au ticket modérateur d'ordre public (cette mesure sera abrogée par le Gouvernement Mauroy le 1<sup>er</sup> juillet 1981).</p> <p>Mise en place d'une cotisation d'assurance maladie sur les pensions vieillesse.</p> <p>Mise en place de la commission des comptes de la sécurité sociale et création, à l'occasion de la signature de la 3<sup>ème</sup> Convention médicale nationale, du secteur à honoraires libres (secteur 2) pour les médecins.</p>
<b>Mai 1981</b>	<p style="text-align: center;"><b>Election présidentielle de Mitterand</b></p> <p>Le gouvernement de gauche, nouvellement élu, ne procède pas à la réforme du financement de la Sécurité Sociale, alors que les conditions politiques, institutionnelles et sociales le permettaient. Au contraire, il engage de nouvelles augmentations des cotisations pour les salariés, baisse les cotisations des employeurs, augmente le prix des consultations, et réduit les remboursements.</p>
16 janvier 1982	Légalisation de la 5 <sup>ème</sup> semaine de congés payés.
2 mars 1982	Décentralisation de l'Aide sociale qui, pour l'essentiel, relève désormais de la compétence des départements.
Ordonnance du 26 mars 1982	Abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans. Après des décennies de luttes, le droit à la retraite à 60 ans et à taux plein est obtenu. C'est la dernière grande conquête sociale. Le minimum contributif est porté à 60 %.

Loi du 17 décembre 1982	Abrogation partielle des ordonnances de 1967. La loi rétablit les élections des administrateurs salariés et leur redonne la prépondérance au sein des conseils (3/5ème salariés - 2/5ème employeurs).
4 février 1983	Mise en place de l'ASF (association pour la structure financière) chargée de valider les cotisations de retraites complémentaires pour permettre aux salariés de bénéficier de leur retraite à taux plein dès l'âge de 60 ans. Fixation et application du forfait hospitalier d'un montant de 20F à compter du 1er avril 1983.
13 juillet 1983	Loi Roudy sur l'égalité professionnelle Hommes/Femmes.
19 octobre 1983	Elections à la Sécurité sociale (mais le renouvellement prévu tous les six ans n'a jamais eu lieu). Toutes les confédérations syndicales ont un président à la tête des caisses nationales, à l'exception de la CGT, systématiquement écartée de tout poste de responsabilités, alors qu'elle a recueilli à elle seule 28,7 % des suffrages.
1er janvier 1984	La part patronale des cotisations d'assurance maladie est totalement dé plafonnée.
1er juillet 1984	Mise en place du budget global pour l'hôpital public qui remplace la tarification au prix de journée.
<b>Mars 1986</b>	<b>Elections législatives: Gouvernement Chirac</b>
Juillet 1986	Plan Séguin n° 1: des restrictions sont apportées à la prise en charge à 100% des affections de longue durée et des arrêts de travail de plus de 6 mois. Apparition des vignettes bleues pour les remboursements à 40%. Suppression du remboursement de nombreux autres médicaments.
29 décembre 1986	Création de l'allocation de garde d'enfant à domicile (l'AGED) pour compenser le coût d'une employée de maison gardant un enfant de moins de 3 ans.
22 mars 1987	Près de 200 000 personnes défilent contre le Plan Seguin de rationalisation de l' Assurance maladie.
23 mai 1987	A l'appel de 40 organisations et associations en particulier la Mutualité Française, un grand rassemblement est organisé à Vincennes sur le thème " La Sécu pas sans nous " (100 000 personnes au moins participent à cette manifestation).
29 mai 1987	Plan Seguin n° 2: Indexation des retraites sur les prix et non plus sur les salaires. Les pensions sont désormais payées mensuellement et non plus par trimestre.
12 et 13 novembre 87	Echec des Etats généraux de la Sécu organisés par le gouvernement, sur le thème " Sauver la baleine ".

## Mai 1988

1988 - mai 1991

1<sup>er</sup> janvier 1989

Novembre 1990

24 avril 1991

Loi du 31 juillet 1991

7 février 1992

Mars 1993

26 août 1993

## Election présidentielle de Mitterrand

### Gouvernement Rocard

Mise en place du RMI (revenu minimum d'insertion).  
Déplafonnement total des cotisations d'allocations familiales au 1<sup>er</sup> janvier 1989 et au 1<sup>er</sup> janvier 1990.

Multiplication et augmentation des exonérations pour les entreprises.  
Mise sous condition de ressources de la quasi-totalité des prestations familiales.

Vote de la CSG (contribution sociale généralisée), fixée dans un premier temps à 1,1 % des revenus et mise en place au 1 février 1991.

Présentation par Rocard et Evin du "livre blanc" sur les retraites.

La réforme hospitalière fait suite aux réformes déjà engagées depuis 1970. Elle met en place les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui doivent contribuer au découplage de l'offre de soins. En refondant les procédures de planification hospitalière, cette loi consacre " l'hôpital-entreprise " au détriment de l'hôpital public, dont il est déclaré qu'il n'a plus l'obligation de service public à accueillir, sans discrimination et en tant que de besoin, les malades dont l'état nécessite une hospitalisation..

Conséquences :

- suppression des lits, de services, voire d'établissements,
- éloignement et rationnement des soins, compression des effectifs, précarisation des emplois,
- promotion de l'hospitalisation privée, objectif de redéploiement des hôpitaux publics vers le privé, constitutifs de la dernière phase de la privatisation de la santé.

Signature du traité de Maastricht ratifié après le référendum de septembre 1992.

### Elections législatives: Gouvernement Balladur

Retraites:

Les décrets Balladur réforment fondamentalement le régime général et les régimes alignés: durée de cotisation portée progressivement de 37,5 ans à 40 ans, calcul sur les 25 meilleures années au lieu des 10 meilleures années, calcul du salaire moyen sur l'évolution des prix et non plus sur celle des salaires, et instauration d'une décote. Cette réforme conduit à travailler plus longtemps pour toucher moins .

Création du FSV (fonds de solidarité vieillesse) pour prendre en charge les avantages non contributifs relevant de la solidarité nationale et assumés par l'Etat ou l'assurance vieillesse: minimum vieillesse, majorations de pensions pour enfants à charge, validation des périodes de service national et de chômage.

Santé:

Plan Veil de maîtrise des dépenses sociales: diminution des remboursements de 70 à 65 %, augmentation de la CSG de 1,1 % à 2,4 %, suppression de 12 000 lits hospitaliers, augmentation du forfait journalier (55 F).

1 <sup>er</sup> janvier 1995	Création de l'OMC (organisation mondiale du commerce), après la signature de plusieurs traités dont celui de l'AGCS (accord général sur le commerce des services).
<b>Mai 1995</b>	<b>Election Présidentielle de Chirac</b>
Octobre/ novembre 1995	<p><b>Le gouvernement Juppé</b> annonce un plan de réorganisation du système de protection sociale comprenant d'une part des réformes structurelles (organisation et pouvoirs des caisses, régulation des dépenses de santé, et réforme des régimes spéciaux) et d'autre part des mesures d'urgence, destinées au rééquilibrage des comptes.</p> <p>Un mouvement social important fera reculer le gouvernement, principalement sur la réforme des retraites des régimes spéciaux. Quant aux autres aspects du plan Juppé, les réformes entreront en vigueur par voie d'ordonnances.</p>
Les ordonnances de 1996	<p>Création de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) fixée à 0,5% des revenus, et de la Cades (caisse d'amortissement de la dette sociale). Augmentation d'un point de la CSG qui passe au 1<sup>er</sup> janvier 1997 de 2,4 à 3,4%.</p> <p>Le Parlement est désormais compétent pour se prononcer sur l'équilibre des comptes sociaux. Chaque année, il vote une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et fixe notamment l'objectif d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Instauration de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins avec notamment la création des ARH (agences régionales de l'hospitalisation) qui ont pour mission de réduire l'évolution des dépenses au niveau régional et de restructurer l'offre de soins en répartissant les enveloppes financières.</p> <p>La réforme Juppé réinstaura le principe du paritarisme et abandonne définitivement le principe de l'élection des administrateurs au sein des conseils d'administration. Elle va permettre une redistribution des pouvoirs. Des changements d'alliance entre le patronat et les syndicats ont évincé FO de la Cnam au profit de la CFDT.</p> <p>Au final, la réforme Juppé a renforcé le rôle de l'Etat dans la protection sociale; elle lui a donné davantage de marges de manœuvre pour intervenir directement.</p>
<b>Juin 1997</b>	<b>Elections législatives: Gouvernement Jospin</b>
1 <sup>er</sup> janvier 1998	La CSG est fixée à 7,5% des revenus.
27 juillet 1999	Création de la Couverture maladie universelle (CMU) qui sera mise en place au 01 janvier 2000 et de l'AME (aide médicale état) pour les "sans papiers".
14 juin 2000	Signature par le Medef, la CFDT, la CFTC et la CGC de la nouvelle Convention Assurance chômage prévoyant la mise en place du PARE (Plan d'aide au retour à l'emploi).
30 novembre 2000	Vote de la loi sur la levée de l'interdiction du travail de nuit des femmes.

21 janvier 2001	Le Medef décide le 19 janvier 2001 de suspendre le paiement des cotisations ASF qui permet aux retraites complémentaires de payer les pensions à taux plein dès le soixantième anniversaire. Le 21 janvier, 300 000 personnes défilent dans la rue à l'appel de toutes les organisations syndicales.
1 <sup>er</sup> avril 2001	L'AGFF (association pour la gestion du fonds de financement) se substitue à l'ASF pour valider les retraites complémentaires et permettre aux salariés de bénéficier dès 60 ans d'une retraite à taux plein.
1 <sup>er</sup> juillet 2001	Entrée en vigueur du PARE.
1 <sup>er</sup> octobre 2001	Le MEDEF et la CGPME (confédération générales des petites et moyennes entreprises) quittent les conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale.
1 <sup>er</sup> janvier 2002	Instauration du congé paternité de 2 semaines et mise en place de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).
4 mars 2002	Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
<b>Mai 2002</b>	<b>Election présidentielle de Chirac</b>
	<b>Gouvernement Raffarin</b>
Printemps 2003	Le Plan Fillon impose une nouvelle réforme des régimes de retraite, qui, comme celle de 1993, s'inscrit dans une logique de régression sociale.  Les fonctionnaires sont "alignés" sur les salariés du privé: augmentation de la durée de cotisations de 37,5 à 40 ans d'ici 2008, instauration d'une décote, augmentation des cotisations.  L'ensemble des salariés verra ensuite sa durée de cotisations augmenter de 40 à 41 ans de 2008 à 2012.  Ouverture à la capitalisation.
21 août 2003	Promulgation de la loi réformant les retraites malgré les grèves et les manifestations du printemps.
15 octobre 2003	Lancement de la contre réforme de l'assurance maladie avec la mise en place du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie.

## Fiche n°3 - Protection sociale : assistance ou assurance sociale ?

### Ce que recouvrent les notions d'assistance et d'assurance

*L'assistance relève de l'action morale (devoir de bienfaisance mis en œuvre par des institutions religieuses, des associations philanthropiques ou des pouvoirs publics) ou de l'action politique (souci de réduire les inégalités, ou d'encadrer les exclus et les pauvres) envers des individus qui sont en difficulté et ne peuvent vivre correctement des fruits de leur travail. Une connotation négative est attachée à ce terme : l'individu qui relève d'un statut inférieur est pris en charge ; assisté, sa situation dépend de la bonne volonté d'autrui ou de la charité publique ; il est déresponsabilisé et dévalorisé. Il perd sa dignité. La figure emblématique de l'assistance est le pauvre.*

*A contrario, l'assurance sociale relève de l'engagement personnel : l'individu consacre une partie de ses revenus présents pour se couvrir contre les risques futurs de perte de revenus. L'individu se prend en charge lui même ; il acquiert des droits grâce à son travail. L'assurance sociale s'appuie sur des mécanismes de solidarité mis en place entre des personnes à égalité de droit et de statut. La figure emblématique des assurances sociales est le salarié.*

*Dans les pratiques assistancielles, c'est le territoire qui définit le cadre d'intervention et les critères d'accès au bénéfice de l'assistance. La gestion des lois d'assistance est d'ailleurs confiée aux autorités et aux institutions locales (la commune). A contrario, le système d'assurance sociale conditionne l'accès à des droits sociaux. Le cadre d'action n'est plus le territoire mais le secteur professionnel. Aucune condition d'appartenance territoriale n'est requise autre que la résidence sur le territoire national. Il faut cotiser pour bénéficier de la Sécurité sociale, que l'on soit français ou étranger.*

### 1° L'assistance précède l'assurance

#### Du Moyen Age au 18ème siècle

*Les premiers dispositifs d'assistance ont été mis en place par l'Eglise. L'assistance, qui relève de l'obligation morale, n'est pas un droit mais une aumône.*

*La commune et l'Etat interviennent plus tard, en partie pour des raisons de salubrité publique (les premiers établissements non religieux sont des léproseries). A la fin de l'ancien régime il y avait environ 110 000 personnes recueillies dans plus de 1000 établissements d'assistance.*

*La déclaration des Droits de l'Homme du 24 juin 1793 stipule: " Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler ".*

*Pour la 1ère fois l'obligation d'assister les pauvres a un fondement social et non religieux.*

*Sous le Consulat et le 1er Empire l'assistance prend un caractère nouveau: la charité et le devoir de la société envers l'homme laissent la place à d'autres préoccupations, comme la nécessité de maintenir l'ordre public: il faut aider les pauvres car ils peuvent troubler l'ordre public.*

*En 1801 est ordonnée la création de bureaux de bienfaisance qui servent " les soupes populaires ". Toutefois , devant l'augmentation du nombre d'indigents, en 1808 une loi interdit la mendicité. Le 1er Empire va par ailleurs réorganiser l'ensemble des hospices qui accueillait les malades, les vieillards et les enfants abandonnés. Il va également réglementer la profession médicale.*

## **La révolution industrielle**

*Après la révolution de 1848, on assiste au développement autorisé des premières " sociétés de secours mutuels " (issues des anciens groupements de compagnons), fondées sur les cotisations volontaires des ouvriers pour assurer une aide aux compagnons et à leurs familles atteints par la maladie, les accidents et le décès. Reconnues légalement à partir du 1er avril 1898, ces sociétés de secours mutuels, aidées financièrement par les pouvoirs publics, connaîtront un véritable essor sous la 3ème République.*

*La loi du 9 avril 1898 crée un système de réparation des accidents du travail pris en charge par les employeurs, en application du principe général de responsabilité, à la suite de l'exemple allemand institué par Bismarck à partir de 1883. C'est le premier texte de protection sociale obligatoire du salarié.*

*Au cours du 19ème siècle, avec le développement du capitalisme et l'apparition du prolétariat, sur fond de révolution industrielle, de révoltes et de grèves insurrectionnelles, s'élaborent progressivement une législation sociale et une législation du travail. Ces conquêtes ouvrières sont indiscutables. Les ouvriers hantés par la peur de la misère vont s'attacher à construire un système de protection sociale plus solidaire que la seule assistance sociale.*

## **Le 20ème siècle**

### **Les assurances sociales voient le jour avec la loi du 30 avril 1930.**

*Elles concernent les salariés de l'industrie et du commerce aux rémunérations inférieures à un plafond et couvrent des prestations en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse et de décès (5 risques). Les salariés avaient la possibilité de s'assurer auprès de la caisse de leur choix (mutuelles, syndicats, institutions patronales ou religieuses, caisse départementale publique). Les cotisations de l'employeur comme celles du salarié étaient égales à 4% du salaire versé. Les assurances sociales sont généralisées en 1942 avec la suppression du plafond. Ce système est réservé à ceux qui travaillent ; il est fondé sur l'assurance obligatoire.*

### **Les allocations familiales sont créées par la loi du 11mars 1932.**

*Après 1920, et sur des motivations essentiellement religieuses d'assistance, des employeurs avaient progressivement institué des compléments de salaire pour les salariés chargés de familles nombreuses; des caisses de compensation patronales furent créées à cet effet.*

*La loi de 1932 (après la crise économique de 1929), obligea tous les employeurs de l'industrie, du commerce et de l'agriculture (tous les salariés sont donc couverts) à s'affilier à des caisses de compensation agréées et à verser à leurs salariés une allocation familiale à compter du 1er enfant.*

*En 1939, les allocations familiales seront étendues à d'autres groupes sociaux (artisans et agriculteurs ne payant pas d'impôt sur le revenu).*



## 2° 1945 : le choix de l'assurance sociale

*Le système français de sécurité sociale est mis en place en 1945.*

*Ses principes fondateurs rompent avec le système d'assistance et jettent les bases d'une protection sociale collective, solidaire et obligatoire.*

*La conception française du système de Sécurité sociale trouve sa source dans les travaux du Conseil National de la Résistance. Pierre Laroque, nommé responsable de la Direction générale des Assurances Sociales en 1944, en sera le principal artisan.*

*Avant 1945, deux grands systèmes de protection sociale existaient dans le monde:*

■ *Le système bismarckien dit d' " assurances sociales " : à partir de 1883, le chancelier Bismarck met en place un système reposant sur l'assurance professionnelle obligatoire, où les cotisations sont partagées (entre salariés et employeurs), proportionnelles aux salaires, et où les prestations sont gérées de façon tripartite (Etat, employeurs, travailleurs) par des institutions autonomes placées sous la tutelle de l'Etat.*

■ *Le système beveridgien dit " système national " : Lord Beveridge organisa pour les britanniques, à partir en 1944, un système de protection sociale à vocation universelle, financé par l'impôt et géré par un service public.*

*Le plan français de sécurité sociale va s'inspirer de ces 2 modes d'organisation: d'une part, une couverture universelle au sein d'un régime unique (système anglais), et, d'autre part, une assurance professionnelle, indépendante de l'Etat, gérée par les intéressés (système allemand), mais sans aller au bout de la logique de ces deux systèmes.*

*L'ordonnance du 4 octobre 1945 indique: " 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 de famille qu'ils supportent ".*

*Le préambule de la loi du 19 avril 1946 portant généralisation de la Sécurité sociale affirme que " la réalisation du plan de sécurité sociale se traduit économiquement par une redistribution de revenus ; celle-ci ne peut être satisfaisante et équitable que si on englobe l'ensemble de la population, ce qui suppose une large solidarité nationale ".*

*Quatre principes généraux ont été affirmés par les fondateurs de la Sécurité sociale : l'unité, l'uniformité, l'universalité et l'autonomie.*

*Plusieurs de ces objectifs vont échouer, d'autres seront atteints tardivement ou encore remis en cause.*

*L'unité de régime et d'organisation administrative (une caisse unique) ainsi que l'uniformité des prestations et des cotisations n'ont jamais été réalisées, tant les résistances et les oppositions entre groupes socioprofessionnels ont été fortes.*

*Les régimes spéciaux, qui préexistaient avant la Sécurité sociale, pour certains depuis fort longtemps (fonctionnaires, mines, cheminots ...) et qui avaient été obtenus de haute lutte, n'ont pas souhaité se fondre dans le régime général.*

*Les commerçants, artisans, professions libérales vont, quant à eux, créer leurs propres régimes d'assurance vieillesse en 1948 et d'assurance maladie en 1966. Les exploitants agricoles feront de même à partir de 1952.*

*Le maintien des régimes spéciaux aux côtés du régime général et l'extension de la protection sociale à d'autres catégories sociales, au travers de régimes autonomes, ont conduit à une multiplicité de régimes différents, tant par les prestations que par les ressources. Ces choix expliquent la complexité actuelle du système de sécurité sociale.*

*L'universalité, c'est à dire la généralisation du système de protection sociale à l'ensemble de la population et pour tous les risques, va se faire progressivement ; elle sera réalisée en 1978 pour les branches famille et maladie. On peut estimer que la couverture vieillesse est quasi universelle depuis l'existence du minimum vieillesse attribué sous conditions de ressources.*

*Quant à l'autonomie des organismes de sécurité sociale, c'est à dire la gestion par les assureurs sociaux, elle sera fortement compromise par la tutelle de plus en plus pesante exercée par l'Etat et la confusion entretenue autour des responsabilités des uns et des autres.*

*La Sécurité sociale avait donc, dès l'origine, un aspect à la fois :*

- contributif : les cotisations des salariés et des employeurs sont proportionnelles au salaire et non au risque comme le voudrait la technique de l'assurance pure,*
- assurantiel : le montant de la retraite, des indemnités journalières maladie, maternité (et plus tard des allocations chômage) est lié au montant du salaire,*
- redistributif et de solidarité : le remboursement des soins, ou les allocations familiales, sont des prestations indépendantes des revenus.*

*En définitive, le système français de sécurité sociale :*

- s'est construit sur une base professionnelle : les cotisations assises sur les salaires vont financer des prestations destinées aux salariés et à leur famille.*
- est centré, dans la pratique, sur le travailleur (lien entre travail et assurance sociale) et sa famille.*

*Désormais, les patrons avaient l'obligation de verser, au delà du salaire rétribuant le travail, une autre part (appelée " salaire indirect ") destinée à des situations hors travail. Cette partie du salaire, autrement dit le salaire socialisé, était versée dans une caisse commune et affectée exclusivement au budget de la sécurité sociale, pour ne pas être confondue avec l'impôt .*

*Il s'agit d'une véritable conquête sociale obligeant les employeurs, collectivement, à rémunérer du temps non travaillé comme la retraite, la maladie, la maternité et plus tard le chômage.*

*Ce système va fonctionner, bon an mal an, pendant toute la période dite des " trente glorieuses ". Au cours de toutes ces années la Sécurité sociale sera perçue comme un facteur de progrès social et de cohésion nationale, comme un pilier de la croissance économique, voire même un moteur, et comme un outil de redistribution sociale.*

### **3° La Sécurité sociale face à la crise et aux attaques libérales**

#### **✦ Les années 1970**

*Les difficultés commencent avec le " choc pétrolier " de 1973 et l'augmentation du coût de l'énergie. La montée du chômage dans les années 1970 et le développement du travail précaire auront pour conséquence de fragiliser le financement de la Sécurité sociale. Les cotisations étant principalement assises sur les salaires, les recettes dépendent très directement du niveau de l'emploi et de la masse salariale. C'est ainsi que la crise économique a pour conséquence, d'une part, d'augmenter les dépenses sociales, et notamment les dépenses d'assurance chômage, et, d'autre part, de réduire les*

ressources pour les financer.

*A compter de 1975, tous les gouvernements vont chercher à réduire le déficit des comptes de la Sécurité sociale par l'élaboration de multiples " plans de redressements ". Pour tenter de rétablir l'équilibre des comptes, le politique va régulièrement utiliser les mêmes expédients : diminution des prestations pour réduire des dépenses en progression constante, augmentation des cotisations ou cotisations nouvelles (comme la CSG) pour accroître les recettes.*

*Ces différentes mesures d'économie n'ont pas permis de stabiliser le financement de la Sécurité sociale, car, le plus souvent, il s'agissait de replâtrages et non de réformes structurelles. En revanche, l'augmentation des cotisations et la baisse des remboursements ont eu comme conséquences d'aggraver les inégalités et de faire reculer le niveau de la protection sociale obligatoire au profit de la protection complémentaire facultative.*

*Malgré une dégradation du système de protection sociale, et une aggravation des inégalités sociales, ces mesures n'ont toutefois pas remis en cause les fondements du système.*

### **✦ Les années 1980 et 1990: l'offensive libérale**

*La politique de réduction des cotisations patronales*

*Dans le milieu des années 80 le patronat mène une offensive pour réduire sa part dans les cotisations sociales. Pour que son discours pénètre bien les esprits, le patronat transformera le terme de cotisation patronale en " charge patronale ", et promettra de créer des emplois en contrepartie d'une baisse de ces mêmes charges. Depuis cette période, " faire baisser le poids des charges sociales " est devenu le mot d'ordre des différents gouvernements pour améliorer la compétitivité des entreprises, et pour, soi-disant, les aider à créer des emplois et donc lutter contre le chômage.*

*Dans le même temps a été développé le discours sur la " baisse nécessaire des impôts dus par les entreprises " à partir d'un argumentaire totalement faux : " les profits d'aujourd'hui sont les investissements de demain et les emplois d'après demain ".*

*En fait, dans les deux cas, il s'agissait d'augmenter la part des profits et ainsi d'augmenter la rémunération des actionnaires, parallèlement à une baisse de la rémunération du travail et à une précarisation du salariat. Ceci a pu se développer grâce à un contexte très favorable au capital : une demande forte de capitaux pour investir et augmenter la part de capital fixe dans les entreprises de production, des capitaux qui peuvent se déplacer librement sur la planète, sans contrôles, et qui vont se fixer là où les espérances de gains seront les plus élevées.*

*Dans tous les pays européens, à partir de 1985, les patronats et les gouvernements mèneront de offensives contre les systèmes de protection sociale, qu'ils soient de type bismarckien (basé sur les salaires) ou beveridgien (basé sur l'impôt). La Suède ouvrira le bal en 1985 ; elle sera suivie du Royaume Uni à partir de 1989.*

*Dans tous les cas c'est la rentabilité et donc le profit qu'il faut augmenter en réduisant les impôts et les salaires.*

*S'il est très difficile d'en mesurer concrètement les retombées, cette politique de baisse des " charges " s'est traduite notamment par la multiplication de dispositifs d'allègements et d'exonérations de cotisations patronales, qui ont été compensés, pour partie, par le contribuable (par le biais de l'impôt) et donc finalement financés par le budget de l'Etat ou des taxes diverses.*

*La montée en puissance de la CSG, à compter de 1991, va accentuer la part des prélèvements fiscaux (assis plus ou moins sur l'ensemble des revenus) au sein des ressources de la sécurité sociale .*

## **Le néo-libéralisme**

*A la fin des années 1980 l'environnement économique se modifie: deux éléments jouent un rôle déterminant :*

*1° La construction d'une Europe libérale concrétisée par la signature du traité de Maastricht : achèvement du marché unique en 1992, préparation de la monnaie unique dès 1993, et respect pour ce faire des critères de convergence qui obligent notamment les gouvernements nationaux à maintenir les déficits publics sous la barre des 3% du PIB.*

*Au regard des critères européens, les déficits sociaux font partie des déficits publics. Les gouvernements doivent donc s'engager à réduire également le déficit de la Sécurité sociale sans augmenter les prélèvements obligatoires. Les solutions utilisées pendant les années précédentes sont en conséquence invalidées.*

*2° La création de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) le 1er janvier 1995 et la signature de l'AGCS (accord général sur le commerce des services), vont accélérer et accentuer dans tous les pays l'offensive des gouvernements contre les systèmes de protection sociale et les services publics.*

*Une totale liberté est donnée aux capitaux de se déplacer à travers le monde, sans contrôles, par delà les frontières nationales. Ainsi, progressivement, les marchés financiers et les multinationales vont pouvoir non seulement se soustraire de fait, aux éventuelles législations nationales jugées contraignantes, mais encore mettre en concurrence ces législations nationales à leur profit (dumping social et dumping fiscal).*

*La santé représente aujourd'hui un marché de 3 500 milliards de dollars dans le monde et évidemment les grands groupes d'assurances ont pour objectif de récupérer cette manne. En France les dépenses de santé représentent 153 milliards d'euros qui échappent encore au marché.*

*Dans ce contexte, le dogme qu'est devenue la compétitivité entre entreprises ne cesse de se renforcer et toute nouvelle hausse des cotisations patronales est écartée car elle entraîne une augmentation du coût de la main d'œuvre.*

*Progressivement les idées néo-libérales gagnent du terrain et la Sécurité sociale est désormais de plus en plus perçue comme un poids pour l'économie...*

## **4° Les difficultés actuelles**

*Pendant la période de croissance, on a cru longtemps que l'aide sociale (ancienne assistance) était appelée à disparaître avec l'extension du salariat et de la protection sociale, avec le plein emploi et l'existence d'un salaire minimum....Seuls l'entretien et l'hébergement des personnes âgées sans ressources suffisantes ou des personnes handicapées étaient restés hors du champ de l'assurance sociale.*

*Depuis, les politiques libérales ont transformé le marché du travail (chômage de masse, travail précaire, à temps partiel mal rémunéré...) et ont condamné une partie de plus en plus importante de la population à la précarité et à l'exclusion : la Sécurité sociale, dans sa forme d'assurance fondée sur l'emploi stable, a été mise en difficulté.*

*Au delà des lacunes qui sont apparues, il faut ajouter les restrictions apportées au fil des ans, dans la quasi totalité des domaines couverts par la protection sociale obligatoire (assurance chômage, assurance maladie, assurance vieillesse), autant de mesures qui sont intervenues au nom de la réduction des déficits et de la sauvegarde des systèmes.*

*Ainsi, pour tenter de pallier les insuffisances et les fragilités du système, et au nom de la lutte contre les exclusions, de nouveaux dispositifs tels que les minima sociaux vont venir se substituer à la protection existante ou venir la compléter.*

*Le droit à ces nouvelles prestations repose sur le besoin : elles sont soumises à des conditions de ressources ou de famille et tournent ainsi le dos au principe d'universalité ; elles ont par ailleurs un caractère non directement contributif (ce sont tous les contribuables qui financent le budget de l'Etat, dont son budget social, mais sans affectation des recettes aux dépenses).*

*Pour l'essentiel il s'agit :*

- de l'allocation de solidarité spécifique (ASS): mise en place en 1984, elle est destinée aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à indemnisation par l'UNEDIC (le gouvernement vient de décider de restreindre, à partir de 2004, la durée pendant laquelle l'ASS est versée).*
- du revenu minimum d'insertion (RMI) : créé par la loi du 1er décembre 1988, il garantit une allocation minimale de ressources aux personnes démunies et concerne 1 million de bénéficiaires (dans le cadre de la décentralisation, la gestion du RMI devrait être entièrement dévolue aux conseils généraux à compter du 1er janvier 2004).*
- de la couverture maladie universelle (CMU): la loi du 27 juillet 1999 vise à garantir l'accès effectif à l'assurance maladie de base et à assurer une couverture complémentaire aux personnes qui, pour des raisons financières, n'en disposent pas. Cette prestation concerne 4,5 millions de bénéficiaires.*

*Il est évident que ces prestations ont permis d'améliorer le sort immédiat de nombreuses personnes, mais il n'en reste pas moins qu'elles comportent en germe le danger d'une dualisation du système de protection sociale entre :*

- d'une part, une protection de faible niveau, ciblée sur les plus démunis, qui fait appel à des financements publics*
- et, d'autre part, une protection en fonction de ses revenus (les cotisations obligatoires se réduisant au profit des cotisations facultatives).*

*Si cette logique se renforce, le système risque de basculer vers une assistance sociale minimale généralisée. Au nom de " l'équité ", la grande majorité de la population devra se passer de la solidarité collective et interprofessionnelle que la sécurité sociale représente encore, et se débrouiller en fonction de ses revenus pour compléter des prestations réduites à une peau de chagrin.*

## **En conclusion**

*La stagnation des salaires, la persistance d'un chômage important, les allègements et exonérations de cotisations patronales appauvrissent inexorablement les recettes de la Sécurité sociale, assises pour l'essentiel encore (66,5%) sur les salaires.*

*Parallèlement, la demande sociale s'est accrue, mais le refus des différents gouvernements de mener une autre politique a conduit à une dégradation du système de protection sociale : besoins non satisfaits, réduction des prestations, déficit important des comptes sociaux....*

*Pour rétablir le lien social dans notre société, il faut revenir à l'objectif premier d'un système universel s'adressant à tous, où chacun contribue en fonction de ses revenus et reçoit en fonction de ses besoins.*

## Fiche n°4 - La Protection sociale

### 1° Définition de la Protection sociale

*La protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus ou aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux. Il s'agit de situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, charges de famille...)*

*Les risques de la protection sociale sont les suivants :*

- *la santé, qui comprend la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles,*
- *la maternité – famille, qui intègre les prestations familiales (allocations familiales, aides pour la garde d'enfants), les indemnités journalières et prestations liées à la maternité...*
- *la vieillesse et la survie, qui incluent principalement les pensions et les pensions de réversion,*
- *le logement, qui comprend essentiellement les allocations de logement,*
- *l'emploi, qui comprend divers dispositifs liés à l'insertion et à la réinsertion professionnelle ainsi que l'indemnisation du chômage,*
- *la pauvreté et l'exclusion sociale, qui regroupent des prestations diverses en faveur des personnes démunies (RMI essentiellement).*

*83,6% de ces prestations sont versés par des organismes de sécurité sociale.*

*En France, la protection sociale obéit à 3 logiques :*

◆ *Une logique d'assurance sociale, qui permet de couvrir la perte de revenus liée à un risque (chômage, accidents du travail, maladie, vieillesse).*

*Les prestations sont financées par des cotisations assises sur les salaires ; elles sont versées aux assurés et à leurs ayants droits dans la mesure où ils ont cotisé pour en bénéficier.*

◆ *Une logique d'assistance, qui établit une solidarité entre les personnes pour lutter contre les différentes formes de pauvreté. Son objectif est d'assurer un revenu minimum (RMI, allocation adulte handicapé..) attribué sous condition de ressources, mais sans cotisations préalables.*

◆ *Une logique de protection universelle, qui couvre certaines catégories de dépenses pour tous les individus, sans conditions de ressources ni de cotisations : c'est le cas des allocations familiales.*

*Remarque: la notion de risque social est différente d'un pays à l'autre, de plus, elle est évolutive. Le risque chômage n'a été couvert qu'à partir de 1958 avec la création de l'Unedic. Les politiques libérales qui sévissent depuis le début des années 1990 ont eu pour conséquence de développer des situations de pauvreté et d'exclusion devenues aujourd'hui des risques sociaux majeurs.*

*Les prestations versées au titre de la protection sociale se différencient par leurs modes:*

- de financement (cotisations, taxes et impôts),*
- de gestion (partenaires sociaux, collectivités territoriales...),*
- et de versement (revenus de substitution, remboursement de dépenses engagées, aides au logement...).*

*A ces prestations, il faut ajouter les allègements d'impôts (quotient familial) qui n'entrent toutefois pas en compte dans l'évaluation du coût de la protection sociale.*

*Le périmètre de la Sécurité sociale n'est pas défini par la Constitution. En raison de cette imprécision juridique les concepts utilisés sont d'ordre comptable.*

*La protection sociale inclut et dépasse le strict cadre des régimes de Sécurité sociale, elle s'inscrit dans plusieurs champs et systèmes de comptes imbriqués les uns dans les autres.*

*(Se reporter aux tableaux en annexe).*

*Au fil du temps, le système de protection sociale est devenu complexe et opaque ; c'est la résultante de son histoire.*

## **2° Les Institutions sociales et les différents régimes de protection sociale**

*La principale institution sociale en France est la Sécurité sociale; elle gère les régimes de base obligatoires des salariés et des autres catégories professionnelles (professions indépendantes et agriculteurs) pour la maladie, la vieillesse et la famille.*

*Ainsi les régimes de sécurité sociale couvrent à hauteur de 84 % le risque santé, invalidité et accidents du travail, à 95,3 % le risque vieillesse survie, à 65,7 % et à 99% les dépenses liées à la famille et à la maternité.*

*Par ailleurs, notre système de protection sociale recouvre d'autres institutions qui gèrent :*

- les régimes complémentaires obligatoires de retraite (AGIRC, ARRCO),*
- le régime du chômage (Unedic et Assedic),*
- le régime public ou Aide sociale,*
- les régimes complémentaires facultatifs d'assurance maladie (mutuelles et institutions de prévoyance),*
- les régimes d'entreprise,*
- le régime des institutions sans but lucratif au service des " ménages " et des individus.*

*La plupart des institutions de Sécurité sociale sont des organismes privés à but non lucratif qui assurent une mission de service public sous le contrôle étroit de l'Etat. Elles s'inscrivent dans un système de solidarité et, de ce fait, sont exclues du champ de la libre concurrence.*

*A côté de ces institutions se sont multipliés des organismes qui gèrent différents fonds comme le FOREC\*, le FSV\*, le FFAPA\*, le FIVA\*, le FRR\*, le fonds de réserve de la CMU ou encore la CADES\*....*

*FOREC : Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales, FSV : Fonds de solidarité vieillesse, FFAPA : fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, FRR : Fonds de réserve des retraites FIVA : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante CADES : Caisse d'amortissement de la dette sociale*

### 3° Les régimes de base obligatoires de la Sécurité Sociale

*La Sécurité sociale comprend aujourd'hui plusieurs régimes :*

- Le régime général couvre les salariés du commerce, de l'industrie et des services, soit 80,3% de la population.*
- Différents régimes spéciaux concernent les fonctionnaires, les militaires, les agents de la SNCF, des mines, de la RATP..... (leur gestion est plus ou moins autonome en fonction du risque), soit 4,2% de la population.*
- Le régime agricole couvre les salariés et les exploitants agricoles ainsi que les salariés des secteurs rattachés à l'agriculture comme l'agro-alimentaire, soit 8,8% de la population.*
- Le régime des non-salariés non agricoles s'adresse aux artisans, commerçants, industriels et professions libérales, soit 5,7% de la population.*

#### ◆ Le régime général

*Il s'agit du régime de référence institué par l'ordonnance du 4 octobre 1945 pour les salariés, non couverts par les régimes spéciaux (loi du 22 mai 1946). En raison de sa vocation générale il prend aussi en charge les étudiants (loi de septembre 1948), les écrivains, artistes et auteurs compositeurs (loi du 21 juillet 1949), les veuves et orphelins de guerre (loi du 26 août 1954), les agents contractuels de l'Etat et les chômeurs.*

*Depuis les ordonnances du 21 août 1967 le régime général est éclaté en plusieurs branches en fonction des risques: - la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès – les accidents du travail et les maladies professionnelles, la vieillesse, la famille. Il faut y ajouter la branche chargée du recouvrement des cotisations et de la CSG.*

*Le 2 janvier 1978, la loi de généralisation a permis de rattacher au régime général toutes les personnes qui ne relevaient d'aucun autre régime, moyennant le paiement d'une cotisation à l'assurance personnelle facultative.*

*La loi du 27 juillet 1999 a remplacé cette assurance personnelle par une assurance maladie universelle et obligatoire (la CMU).*

*L'organisation du Régime général fait l'objet d'une fiche spécifique.*

#### ◆ Les régimes spéciaux

*Pour la plupart, ils sont antérieurs à la Sécurité sociale et présentent des caractéristiques différentes selon les branches.*

*Certains sont totalement autonomes et couvrent la totalité des risques ; c'est le cas pour la SNCF, la RATP et les mines . D'autres ne couvrent que certains risques; ainsi les agents d'EDF-GDF et de la Fonction publique sont affiliés au régime général pour l'assurance maladie.*

*Autre particularité, il existe des régimes dits d'employeurs; il s'agit notamment du régime des fonctionnaires de l'Etat pour lequel - en matière de retraite, d'invalidité et d'accidents de service n'existe pas de caisse juridiquement distincte de l'employeur. D'autres régimes sont dotés d'une caisse (caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales pour les fonctionnaires hospitaliers et locaux).*

*Il existe plus d'une centaine de régimes spéciaux, mais seulement une dizaine d'entre eux sont toujours ouverts, c'est à dire qu'ils continuent de recevoir des nouveaux cotisants.*



*Parmi les principaux régimes spéciaux on peut citer: le régime des agents de l'Etat, d'EDF-GDF, de la SNCF, de la RATP, le régime des mines, des marins, des clercs et employés de notaire, le régime de la Banque de France, le régime des agents des collectivités territoriales....*

### ◆ **Les régimes autonomes des "non-non" (non salariés non agricoles)**

*Ils se sont construits progressivement :*

➔ *La loi du 17 janvier 1948 a créé 3 régimes autonomes d'assurance vieillesse gérés par des caisses différentes :*

② *l'Organic, pour l'industrie et le commerce (une caisse nationale et 31 caisses de base)*

② *la Cancava, pour les artisans (une caisse nationale et 32 caisses de base)*

② *la CNAVPL, pour les professions libérales dont les médecins, auxiliaires médicaux, pharmaciens, notaires, architectes, etc....En 1954, la CNBF (caisse nationale du barreau français) s'est séparée de la CNAVPL.*

➔ *La loi du 12 juillet 1966 a institué, pour le risque maladie, un régime unique pour l'ensemble des " non-non " géré par la CANAM. Cette caisse nationale est relayée au plan local par 31 caisses mutuelles régionales (CMR) et 166 organismes conventionnés (mutuelles ou assurances).*

*Cas Particulier : la CAVIMAC (caisse unique créée en 1978) gère les risques vieillesse, maladie et invalidité des ministres des cultes et congrégations religieuses, essentiellement catholiques.*

### ◆ **Le régime agricole**

*Ce régime concerne aussi bien les exploitants que les salariés du monde agricole. Par ordre d'importance démographique, il s'agit du deuxième régime de sécurité sociale (près de 5 millions d'adhérents). Il s'est construit à partir de 1952 avec la loi du 10 juillet créant le régime obligatoire d'assurance vieillesse pour les exploitants agricoles et les lois de 1961 créant l'assurance maladie maternité (l'AMEXA).*

*Bien qu'appartenant à la Sécurité sociale, le régime agricole est tout à fait particulier; il est régi par le code rural et il est placé sous la tutelle du Ministère de l'Agriculture.*

*Il est géré par la MSA (Mutualité sociale agricole) pour l'ensemble des risques (tant pour la part obligatoire que la part complémentaire). Cet organisme est chargé du recouvrement des cotisations et du versement des prestations.*

*La MSA comprend une caisse centrale et 85 caisses locales départementales ou pluri-départementales.*

*Le financement du régime agricole est lui aussi particulier, du moins pour les exploitants agricoles dans la mesure où, depuis la loi de finances de 1960, le parlement vote le BAPSA (budget annexe des prestations sociales agricoles) au titre des branches maladie, vieillesse et famille. L'Etat verse ainsi une subvention directe au régime agricole qui s'est élevée à 823 millions d'euros en 2001.*

*En 1996, au moment où le gouvernement a instauré les lois de financement de la Sécurité sociale, il a choisi de conserver ce mode de financement. En 2004, le BAPSA sera remplacé par un nouveau fonds de financement de la sécurité sociale : le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA).*

*Pour les salariés du régime agricole, le régime général prend en charge la totalité du déficit de leur régime.*

## 4° Les Fonds spéciaux

*A partir des années 1990, à côté des organismes et des administrations de la Sécurité sociale, de multiples fonds spéciaux ont proliféré. Ils brassent des masses financières importantes (33 milliard d'euros en 2001). Leur existence contribue à opacifier et complexifier l'organisation et le financement du système de protection sociale.*

*S'ils permettent au gouvernement de mieux suivre l'évolution de certaines prestations de solidarité, ils lui permettent également de se désengager progressivement ; en effet, ces fonds sont alimentés par des financements croisés et variés dont la répartition peut être revue tous les ans au moment du vote des lois de financement de la Sécurité sociale ou des lois de finances (subventions budgétaires, CSG, taxes, transferts des organismes de sécurité sociale...).*

*Certains fonds ont même prévu d'investir une partie de leurs ressources en actions !*

*Voici les fonds les plus importants :*

### **Le FSV ou fonds de solidarité vieillesse**

*Créé par la loi du 22 juillet 1993 et mis en place au 1er janvier 1994, le FSV a pour objet de prendre en charge des dépenses qui relèvent de la solidarité nationale, comme le minimum vieillesse, les majorations de pensions liées au nombre d'enfants (depuis le 1er janvier 2001, la CNAF doit compenser ces dépenses financées par le fonds de solidarité), la validation gratuite des périodes de service national et de chômage ainsi que les cotisations de retraite versées par l'AGIRC et l'ARRCO pour les bénéficiaires de l'allocation équivalent retraite. Avant la création du FSV, ces dépenses étaient prises en charge par les régimes d'assurance vieillesse ou par l'Etat.*

*Les recettes du fonds proviennent essentiellement d'une part de la CSG et d'impôts et taxes divers. Le déficit du FSV, d'un montant de 1,4 milliard d'euros en 2002, devrait se situer autour de 0,9 milliard pour 2003.*

### **Le FRR ou fonds de réserve des retraites**

*La loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 a créé au sein du FSV un fonds de réserve des retraites qui est devenu une entité autonome au 1er janvier 2002. Son objectif est d'accumuler des réserves financières pour les reverser progressivement aux régimes de retraite à partir de 2020.*

*Le fonds est alimenté par une fraction de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés et du prélèvement de 2% sur les revenus de placements et du patrimoine, par les excédents du FSV et de la Cnav, et par les produits de la vente des licences de téléphonie mobile UMTS et de certaines privatisations.*

*Le 4 avril 2003, le conseil de surveillance du FRR a annoncé qu'il comptait investir 55% de ses ressources en actions et le reste en obligations. Un appel d'offres devrait être lancé et ouvrir la voie à la mise en concurrence des sociétés pour gérer les fonds du FRR !!!*

*A législation constante, les réserves du FRR devraient atteindre 19,7 milliards d'euros fin 2004 l'objectif du Gouvernement étant de doter ce fonds de 150 milliards d'euros d'ici 2020.*

### **Le fonds de réserve de la CMU (créé en 1999)**

*La CMU est financée par des contributions publiques et une taxation de l'ensemble des organismes offrant une assurance maladie complémentaire : mutuelles, institutions de prévoyance et assurances commerciales.*

### **Le Forec**

#### **(Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales)**

*La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 a créé ce fonds (qui n'a en aucune façon réformé les cotisations patronales), pour compenser, au profit des régimes de Sécurité sociale, le coût des exonérations de cotisations patronales liées à la réduction du temps de travail et aux mesures bas salaires.*

*Excédentaire pour 2002, il devrait être déficitaire en 2003 d'un milliard d'euros.*

*Le Forec disparaîtra en 2004: les exonérations de cotisations remboursées par le Forec seront prises en charge par le budget de l'Etat (soit 17,6 milliards d'euros) à partir de 2004. En contrepartie, le budget de l'Etat récupérera les impôts et taxes qui y étaient affectés.*

### **Le FIVA**

#### **(fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante)**

*Créé dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2001, il est financé par la branche accidents du travail et une contribution de l'Etat.*

### **Le FFAPA**

#### **(fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie)**

*Ce fonds de financement a été mis en place par l'Etat après le vote de la loi du 20 juillet 2001 créant l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Ses recettes proviennent d'une fraction de la CSG (0,1pt) et d'une contribution versée par l'ensemble des régimes de base d'assurance vieillesse; elles sont reversées aux départements afin de compléter leur propre financement.*

### **La CADES**

#### **(caisse d'amortissement de la dette sociale)**

*La CADES a été créée par l'ordonnance du 24 janvier 1996, initialement pour une durée de 13 ans et un mois. Cette durée a été prolongée de 5 ans (soit jusqu'au 31 janvier 2014) par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1998, qui a prévu de transférer à la CADES les déficits cumulés du régime général jusqu'en 1998.*

*La CADES a pour mission de financer la dette cumulée du régime général des exercices 1994 à 1998 ainsi que celle de la CANAM, soit au total 38 milliards d'euros.*

*Lors de sa création, un emprunt obligataire a été lancé de 25 milliards de francs. Il s'agissait de la plus importante opération jamais engagée sur le marché français par un autre émetteur que l'Etat. Les titres se sont bien placés, y compris auprès des fonds spéculatifs américains, selon " le Monde " du 30 mai 1996.*

*Il faut désormais rembourser cette " dette ". Un impôt non dégressif a été créé à cet effet : la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) prélevée sur les salaires et les revenus de remplacement, autrement dit les prestations sociales (chômage, pensions vieillesse, indemnités journalières maladie, maternité, accident du travail...). Son assiette est plus large que celle de la CSG (seuls les minima sociaux et les revenus du livret A lui échappent).*

*Les ressources de la Cades sont au total essentiellement constituées :*

- du produit des emprunts qu'elle contracte,*
- de la CRDS,*
- des produits liés à la gestion et à la cession du patrimoine immobilier privé à usage locatif des caisses nationales de Sécurité sociale.*

*En 2001, la CADES dégagait un excédent de 2,2 milliards d'euros.*

*En comptabilité nationale, la CADES ne fait pas partie du champ de la protection sociale.*

## **5 ° Les régimes complémentaires de vieillesse**

*Les régimes complémentaires vieillesse ont été rendus obligatoires par la loi du 29 décembre 1972, tandis que les régimes complémentaires de maladie sont restés facultatifs. La loi du 8 août 1994 a reconnu aux institutions de retraite complémentaires " une mission d'intérêt général ", ce qui les exclut du champ de la concurrence.*

➤ Le 14 mars 1947, un accord entre le patronat et les confédérations syndicales de l'époque a créé le régime obligatoire de l'AGIRC (Association générale des institutions de retraites des cadres). Après la Libération, les cadres refusaient leur adhésion au régime général qui fonctionnait par répartition. Il a fallu trouver un compromis. Moyennant leur adhésion au régime général, les cadres ont obtenu la reconnaissance de leur syndicat corporatiste (la CGC) et la possibilité de cotiser (pour la partie de leur salaire supérieure au plafond de sécurité sociale) à un régime complémentaire obligatoire par répartition et interprofessionnel qui s'additionne au régime de base obligatoire pour tous les salariés.

➤ Le 8 décembre 1961 une convention collective interprofessionnelle a créé l'ARRCO (association des régimes de retraites complémentaires) pour les salariés qui ne sont pas cadres. Il s'agissait, à l'origine d'une fédération d'institutions et de régimes, mais depuis le 1er janvier 1999 l'ARRCO est un régime unique.

➤ L'AGFF (association pour la gestion du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO) a remplacé le 1er avril 2001 l'association pour la gestion de la structure financière (ASF) créée par l'accord du 4 février 1983 ; elle est destinée à financer le surcoût de la retraite à 60 ans dans les régimes complémentaires. Elle est financée par une cotisation de 2% , jusqu'au plafond de Sécurité sociale, et de 2,2% au delà.

➤ L'IRCANTEC est l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques qui regroupe 2 millions de ressortissants.

➤ La Caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile.

## **6 ° Les régimes complémentaires d'assurance maladie**

Sauf pour les assurés qui relèvent de la CMU créée le 27 juillet 1999, l'assurance complémentaire est facultative. Elle relève des régimes de la mutualité et de la prévoyance.

☐ Les mutuelles: il existe environ 3000 mutuelles et groupements mutualistes. Il s'agit d'institutions privées, à but non lucratif, relevant du code de la mutualité. Elles gèrent par ailleurs un million d'œuvres et d'institutions sociales diverses pour leurs adhérents (centres médicaux, cabinets dentaires, cabinets d'optique..).

☐ Les institutions de prévoyance : ce sont des organismes privés à but non lucratif (il en existe 51), nécessairement constitués sur la base d'un accord collectif d'entreprise, qui ne peuvent toutefois pas prendre en charge le risque vieillesse.

Les prestations versées par les régimes de la mutualité se partagent entre les domaines de la santé (75,5%) et de la vieillesse survie (23,5%).

Depuis 1992, les institutions de prévoyance et les mutuelles relèvent des directives communautaires sur les assurances.

Les assurances commerciales (au nombre de 118) sont régies par le code des assurances ; elles n'entrent pas dans le champ de la protection sociale.

## **7 ° Le régime du chômage.**

Depuis le 1er janvier 1984 l'indemnisation du chômage est assurée par 2 régimes distincts mais un guichet unique

### **☐ Le régime d'assurance**

La gestion du régime est assurée à l'échelon national par l'Unedic et par les Assedic au niveau local.

*Comme la Sécurité sociale, ces institutions sont de droit privé, chargées de la gestion d'un service public et gérées paritairement. Elles perçoivent les cotisations (salariales et patronales) et versent des prestations: il s'agit, pour l'essentiel, de l'allocation d'aide au retour à l'emploi, de l'allocation de remplacement pour l'emploi, et de l'allocation de chômeur âgé.*

## **□ Le régime de solidarité**

*La loi du 4 novembre 1982 a créé un fonds de solidarité chargé de financer les allocations de solidarité. Ce régime d'assistance, censé prendre le relais du régime d'assurance, relève de l'aide sociale. Pour couvrir ses dépenses, le fonds de solidarité perçoit la contribution de solidarité de 1% mise à la charge des agents du secteur public et para public, qui ne relèvent pas du régime d'assurance chômage, et reçoit une subvention de l'Etat.*

*Le régime de solidarité prend en charge les allocations suivantes : l'allocation de solidarité spécifique soumise à des conditions de ressources et d'activité antérieure (dont les conditions d'attribution seront remises en cause en 2004), l'allocation d'insertion (elle ne concerne que des catégories très particulières, demandeurs d'asile, anciens détenus) et l'allocation spécifique d'attente, créée en 1998 et versée par les CAF aux bénéficiaires du RMI et de l'ASS qui ont cotisé 40 ans mais qui n'ont pas atteint l'âge légal de la retraite pour bénéficier d'une pension à taux plein.*

## **8° Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics**

*L'aide sociale a préexisté à la Sécurité sociale, sous forme de charité publique puis d'assistance ; elle joue actuellement un rôle de complément de plus en plus important (se référer à la fiche assistance et assurance.)*

*Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics peuvent être classés en 3 groupes :*

- les prestations versées par le régime de l'Etat : RMI, garantie de ressources aux handicapés, API, préretraites...*
- les prestations gérées par les fonds spécialisés classés dans les organismes divers d'administration centrale (ODAC) : ASS pour le chômage, allocations de logement, CMU complémentaire...*
- les prestations des collectivités locales, au travers principalement de leur action sociale en faveur de l'enfance, des personnes âgées et handicapées....*

### **Les prestations versées au titre de la solidarité nationale**

**Le minimum vieillesse** créé en plusieurs étapes de 1941 à 1963 ; il est versé par les caisses de retraite aux personnes de plus de 65 ans.

**L'allocation aux adultes handicapés (AAH)** créée en 1975, est financée par l'Etat et gérée par les CAF.

**L'allocation parent isolé (API)** créée en 1976, est financée par l'Etat et gérée par les CAF.

**L'allocation d'assurance veuvage** créée en 1980 est gérée par la Cnav ou les MSA. Elle concerne les veuves de moins de 55 ans ayant un enfant à charge de moins de 16 ans.

**L'allocation de solidarité spécifique (ASS)** créée en 1984, est financée par l'Etat et gérée par les Assedic. Elle concerne les chômeurs en fin de droits.

**L'allocation d'insertion (AI)** créée en 1984, est gérée par les Assedic pour le compte de l'Etat ; elle ne concerne que quelques catégories très particulières comme les détenus libérés, les réfugiés et demandeurs d'asile...

**Le revenu minimum d'insertion (RMI)** créé en décembre 1988 est financé par l'Etat ; il est géré et versé par les CAF et les MSA. Au 31 décembre 2002, il y avait plus d'1 million de bénéficiaires, mais 2,1 millions de personnes étaient couvertes en incluant les conjoints et les enfants.

**La couverture maladie universelle (CMU)** a été mise en place au 1er janvier 2000 ; au 31 décembre 2001, 4,7 millions de personnes bénéficiaient de la CMU complémentaire dont la gestion incombe essentiellement aux caisses d'assurance maladie (93% des bénéficiaires).

**L'aide médicale d'Etat (AME)** mise en place au 1er janvier 2000 avec la CMU, concerne principalement les étrangers " sans papiers ". En 2003, 150 000 personnes en ont bénéficié.

**L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)** mise en place à compter du 1er janvier 2002. En décembre 2002, 800 000 personnes en bénéficiaient. Cette allocation est financée par le budget des départements et par le FFAPA, alimenté par une fraction de la CSG et une contribution de l'ensemble des régimes obligatoires de l'assurance vieillesse.

Depuis le 1er janvier 1984, date d'entrée en vigueur de la loi Defferre sur la décentralisation, la quasi totalité de l'aide sociale a été transférée aux départements. L'aide sociale constitue le premier poste budgétaire des collectivités territoriales au travers de la protection maternelle et infantile, de l'aide sociale à l'enfance, de l'aide aux personnes handicapées, aux personnes âgées et dépendantes.... La mise en place de la CMU au 1er janvier 2000, a fait disparaître l'aide médicale du champ de compétences des départements ; dorénavant, l'aide médicale d'Etat (AME) concerne uniquement les étrangers " sans papiers ". En 2001, les dépenses d'aide sociale ont représenté 12,9 milliards d'euros pour les départements, celles de l'Etat se sont élevées à 1,708 milliards d'euros.

## **9° Les régimes d'entreprise**

Ces régimes versent des prestations liées au contrat de travail des salariés, en application de conventions collectives ou d'accords d'entreprises. Versées directement par l'employeur, ces prestations peuvent prendre la forme de suppléments familiaux, de compléments d'indemnités journalières (maintien du salaire en cas de maladie) ou d'indemnités de licenciement.... L'intervention des régimes d'employeurs est prédominante dans les secteurs de l'emploi (39,2%) et de la famille (37,2%).

## **10° Les régimes d'intervention sociale des ISBLSM (Institutions sans but lucratif au service des ménages)**

Il s'agit d'organismes privés comme les comités d'entreprise, ou des sociétés de bienfaisance type Croix-Rouge, Secours Populaire, Secours Catholique, etc. .... Leur action est principalement tournée vers la protection des populations les plus fragiles.

## **Fiche n° 5 - Le rapport Chadelat : vers un désengagement de l'assurance maladie obligatoire**

*La réforme de l'assurance maladie annoncée au départ pour l'automne 2003 et finalement repoussée à l'été 2004, devrait s'appuyer sur les travaux de 3 groupes de travail mis en place par le ministre de la santé l'an dernier et qui ont d'ores et déjà rendu leurs rapports :*

- celui de Rolande Ruellan sur les " relations entre l'Etat et l'assurance maladie " ;*
- celui d'Alain Coulomb qui porte sur la médicalisation de l'objectif national des dépenses de santé (ONDAM)*
- et celui de Jean-François Chadelat qui avait pour mission d'étudier la répartition actuelle des interventions des régimes de base et de l'assurance complémentaire en matière de santé et de faire des propositions sur les évolutions possibles.*

*Le 8 avril 2003, Jean-François Chadelat a remis ses propositions qui constituent une remise en cause frontale de notre système. J.F. Chadelat est l'actuel directeur du Fonds de financement de la CMU, mais surtout il a été directeur chargé des questions de santé chez AXA de 1990 à 1994. Il a également fait partie du groupe " d'experts" qui a élaboré la réforme Juppé.*

### **Le contexte**

*Le rapport est intelligent et astucieux dans la mesure où il prétend " acter " ou entériner les évolutions en cours et notamment le développement de l'assurance complémentaire. Il s'agit de se couler dans la logique de marché qui grignote le système actuel, et d'accentuer la marchandisation de la santé déjà en œuvre depuis un certain nombre d'années.*

*Il affiche par ailleurs des préoccupations sociales au nom de l'équité, et prétend apporter un remède aux insuffisances actuelles de notre système de Sécurité sociale.*

*Chadelat propose une réforme en apparence raisonnable et mesurée. Mais en réalité, il s'agit d'un changement majeur de notre système de protection sociale :*

- il institutionnalise un système à trois étages,*
- il remet en cause les principes de solidarité attachés au système,*
- et il tourne résolument le dos à la mise en place d'un régime universel d'assurance maladie obligatoire.*

### **Un système à 3 étages**

*Le rapport Chadelat préconise la création d'une Couverture Maladie Généralisée (CMG) qui correspond à l'accès aux soins que la Nation garantit à chacun de ses citoyens ; la CMG est constituée de 2 niveaux :*

- l'assurance maladie obligatoire (AMO) financée par des prélèvements obligatoires,*
- et l'assurance maladie complémentaire dite de base (AMCB) qui restera facultative et pour laquelle sera créé un dispositif d'aide à son acquisition .*

*Apparemment l'existant ne semble pas profondément bouleversé.*

*Mais en réalité tout dépend de l'étendue du contenu de la couverture maladie généralisée. En effet, les dépenses exclues de la CMG resteront à la charge des ménages et " libre à eux " de souscrire une assurance supplémentaire: c'est le 3ème étage de la construction. Si ce 3ème étage se révèle important, les inégalités dans l'accès aux soins risquent de s'aggraver car seuls les plus riches pourront prétendre à ce niveau de couverture.*

*Ensuite, tout dépend de la répartition des dépenses entre celles qui relèvent de l'AMO et celles qui relèvent de l'AMCB. La volonté de maintenir une frontière entre couverture de base et couverture complémentaire avec la perspective de voir s'étendre le champ de cette dernière, est révélatrice d'enjeux financiers importants et inquiétante pour les assurés.*

*Au nom de la volonté affichée de réduire le niveau des prélèvements obligatoires la tentation sera forte de transférer une part de plus en plus importante du régime obligatoire vers les complémentaires et ainsi de réduire l'AMO à un filet de sécurité minimale. Au bout du compte, les assurés subiront de plein fouet les augmentations de cotisations ou de primes auxquelles les mutuelles et les assurances seront conduits.*

## **Le panier de soins ou la marchandisation de la santé**

*L'expression est parlante: chacun va au marché de la santé avec son panier et son porte-monnaie plus ou moins bien garni et achète plus ou moins de biens selon ses moyens.*

*Le panier de soins de la CMG reste à définir : ses grands principes seront fixés par le parlement, et le gouvernement arrêtera par voie réglementaire les garanties offertes par la CMG. Après concertation au sein d'une structure spécifique associant les différents partenaires, il reviendra également à l'Etat de fixer les frontières respectives de l'AMO et de l'AMCB.*

*Seules quelques indications existent sur le panier de soins de l'AMCB qui devra comporter 3 types de garanties :*

- prise en charge des actuels tickets modérateurs (on parlera désormais de co-paiement),*
- dépassements au delà du tarif opposable (dentaire, optique...),*
- tout ou partie du forfait hospitalier .*

*En contrepartie de la liberté tarifaire, l'assurance complémentaire devra respecter au minimum les règles du contrat solidaire (non sélection des risques, non majoration pour état de santé...) et, en échange de l'aide financière, elle devra s'engager dans la co-régulation des soins.*

*Plusieurs interrogations à ce stade : quelle sera la part de l'AMO dans le dispositif, les prix et les niveaux de couverture des organismes complémentaires seront-ils fixés par les pouvoirs publics ou pourront-ils fluctuer au gré des uns et des autres ? Comment le secteur concurrentiel peut-il garantir un niveau de couverture complémentaire identique pour tous ?*

*Comment faire coexister l'actuelle CMU Complémentaire, qui reste en l'état avec ses contraintes réglementaires spécifiques visant à assurer une totale gratuité pour les plus défavorisés, et la future AMCB si son contenu et son prix restent libres ? Les injustices dénoncées aujourd'hui risquent de perdurer voire de s'aggraver.*

## **Les bons d'achat**

*Pour faciliter l'accès à une AMC de base, il est proposé de créer une aide personnalisée à l'achat, dégressive en fonction du revenu. Maximum jusqu'au plafond de la CMUC (562 Euros), puis décroissante jusqu'à un 2ème plafond (1000 euros), cette aide d'un montant maximum de l'ordre de 300 euros sera modulable en fonction de l'âge et de la composition du foyer.*

*Ce bon pourrait être servi par les CAF ou le réseau du Trésor Public. La piste du crédit d'impôt a été écartée en raison de la complexité du système fiscal français.*



*Le coût de ce dispositif, estimé à 2,8 milliards d'euros, serait financé par la suppression d'avantages fiscaux et sociaux actuellement accordés aux entreprises et aux salariés pour la souscription de contrats santé, loi Madelin ou collectifs obligatoires.*

*Si 13,6 millions d'assurés sociaux (18 millions si l'on intègre les bénéficiaires actuels de la CMU) sont potentiellement concernés par les bons d'achat à l'AMCB, tous les autres devront payer le prix fort avec une forte probabilité de hausses à la clé.*

*Le fait d'instaurer un plafond de revenus (même s'il est supérieur à celui de la CMU et que l'aide soit dégressive) introduit un effet de seuil, source d'inégalités et d'injustices, et peut devenir l'amorce d'une modulation des remboursements en fonction du revenu.*

*De plus, introduire la possibilité de moduler le bon d'achat en fonction de l'âge de l'assuré, c'est faire rentrer par la fenêtre la sélection des risques.*

## **Un projet d'inspiration libérale, en phase avec les projets du gouvernement**

*Le projet Chadelat entérine :*

- le renoncement au régime universel d'assurance maladie financé de façon obligatoire et collective,*
- institutionnalise l'assurance maladie complémentaire à la charge des assurés,*
- et consacre l'intrusion des assureurs dans la gestion du risque maladie.*

*Au travers de la co-gestion, du co-paiement et de la co-régulation, le projet va permettre aux assureurs complémentaires d'avoir pignon sur rue, de leur ouvrir les portes des organismes de sécurité sociale (Cpam et Urcam notamment) et de mettre en place un système de guichet unique pour la part obligatoire et complémentaire.*

*Le projet repose sur le principe de base clairement énoncé dans ses conclusions " la liberté d'assurer et de s'assurer ".*

*Dans sa démarche, Chadelat s'appuie bien évidemment sur la législation européenne et ses directives, notamment celles qui ont soumis toutes les organismes complémentaires (les mutuelles comme les sociétés d'assurances à but lucratif) aux mêmes règles de concurrence à compter de l'année 2002.*

*La cour de justice des communautés européennes, en 1993, a réaffirmé que les organismes de Sécurité sociale sont explicitement exclus du champ d'application du droit communautaire à la concurrence. Leur monopole est justifié exclusivement par leur mission de service public et de mise en œuvre du principe de solidarité.*

*La réforme proposée s'efforce de prendre en compte cette directive ; la difficulté est contournée en diminuant la part de l'assurance obligatoire, et en réduisant de ce fait le niveau de prise en charge collective.*

*Pour ouvrir le marché de la santé aux assureurs - il s'agit d'un marché de 148 milliards d'euros, ce qui est loin d'être négligeable - il suffit de revoir la répartition actuelle des remboursements entre les différents intervenants.*

*Actuellement la répartition de la prise en charge des dépenses est la suivante:*

- la sécurité sociale rembourse 75%,*
- les complémentaires 12%,*
- l'Etat et les collectivités locales 1%,*
- les ménages conservent à leur charge 11%.*

*Le projet repose également sur le principe de la liberté tarifaire pour les organismes complémentaires qui devront, en échange, respecter au minimum les règles du contrat solidaire. Dans le même temps, il faut souligner les fortes pressions exercées par des médecins pour obtenir un espace de liberté tarifaire pour fixer leurs honoraires comme ils l'entendent, et cela en toute illégalité.*

*Le rapport Chadelat ne condamne pas l'augmentation des dépenses de santé qu'il trouve légitime, voire naturelle. Le ministre de la Santé parlait même de " dépenses heureuses " dans son discours aux journées de l'Assurance maladie de Nice en mars 2003.*

*L'objectif recherché n'est pas de réduire les dépenses, et le rapport est clair sur ce point : " Il serait illusoire de penser, au regard des masses financières en jeu et des déterminants de la croissance des dépenses, qu'une réforme de la répartition des interventions entre AMO et AMC puisse résoudre les difficultés financières de l'assurance maladie. "*

*Mais son but est bien de diminuer la part prise en charge par la sécurité sociale (financée par les prélèvements obligatoires) et, à contrario, d'augmenter la part du secteur privé : mutuelles et compagnies d'assurances ( payées individuellement par les ménages).*

*Le rapport est également d'inspiration libérale dans la mesure où il rejette tout élargissement d'une prise en charge plus importante de l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé ce qui aurait pour conséquence d'augmenter les prélèvements obligatoires et " de mettre en difficulté les entreprises "; mais le rapport oublie de dire qu'il permettra ainsi aux entreprises d'améliorer leur " compétitivité " tout en augmentant leurs profits ainsi que les dividendes des actionnaires. L'objectif non déclaré de diminuer la part de l'assurance maladie obligatoire (AMO) pourrait être de réduire, demain, les cotisations patronales versées au titre de la maladie (actuellement 12,8% pour un taux plein).*

*Le débat sur le niveau de protection que la collectivité devrait apporter ainsi que sur son financement est totalement occulté.*

## **Conclusion**

*Le rapport Chadelat s'intègre parfaitement dans le processus de marchandisation accrue de la santé déjà en œuvre : cliniques privées à but lucratif, médecine privée à l'hôpital public, trusts pharmaceutiques, laboratoires d'analyse et d'imagerie médicale....*

*Ce rapport fait partie d'un ensemble qui sous-tend un projet de remise en cause d'envergure de la branche maladie de la sécurité sociale, mais il fait l'impasse sur les fortes inégalités de santé qui perdurent, sur la nécessité de réorganiser et de réguler le système de santé, sur les ressources qui doivent y être affectées...*

### *Lexique*

*AMO : assurances maladie obligatoire*

*AMC : assurances maladie complémentaires*

*AMCB : assurance complémentaire dite de base*

*CMG : couverture maladie généralisée*

*CMU : couverture maladie universelle*

*CMUC : couverture maladie universelle complémentaire*

*CPAM : caisses primaires d'assurance maladie*

*URCAM : unions régionales des caisses d'assurance maladie*