

80 ans de Sécurité sociale: quelle universalité?

La Sécurité sociale fête ses 80 ans cette année. D&L a proposé à Philippe Batifoulier, professeur d'économie politique de la santé et de la protection sociale⁽¹⁾, d'évoquer les principales avancées sociales du système, leurs limites, et les mobilisations à poursuivre pour lutter contre les inégalités sociales de santé⁽²⁾, qui perdurent.

Comment caractériser la dimension novatrice de la création de la Sécurité sociale en 1945⁽³⁾, par rapport à la situation antérieure, en France ?

Je dirais d'abord qu'il ne faut pas fantasmer sur le passé. La Sécurité sociale s'inscrit dans la société de l'époque. Différentes formes de couverture de risques existaient antérieurement, en particulier les assurances sociales de la loi de 1930, avec des cotisations pour une partie des salariés

de l'industrie et du commerce⁽⁴⁾ ayant de faibles rémunérations (en-dessous d'un plafond), ainsi que des prévoyances collectives pour certaines professions qui s'étaient organisées, souvent syndicalement, sous l'égide de mutuelles et qu'on a appelées ensuite les régimes spéciaux. Mais il faut bien comprendre qu'il y a, en 1945, deux caractéristiques hyperoriginales du modèle français de Sécurité sociale : le régime général, et sa gestion. Les mots ont un sens, et régime «général» signifie qu'on veut étendre à toute la population ce qui existe déjà pour quelques-uns. Et on le confie à qui ? Surtout pas à l'Etat, contrairement à d'autres pays comme le Royaume-Uni, où celui-ci n'est pas discrédité par la guerre. En France en effet, l'Etat est alors totalement discrédié parce que la quasi-totalité des parlementaires ont voté les pleins pouvoirs à Pétain. C'est un Etat collabo où tous les grands corps sont discrédités, les patrons n'en parlons pas, le clergé, les militaires... On ne veut pas que cet Etat préside aux destinées de la Sécurité sociale et donc on confie le budget de la Sécu en 1945, déjà plus important que le budget de l'Etat, à ceux qui vont recevoir les prestations : les intéressés. C'est ainsi qu'il va être géré par l'intermédiaire des syndicats, les résistants, la mise en place étant pilotée par

Ambroise Croizat, ministre communiste du Travail du gouvernement provisoire, chargé de la Sécurité sociale de 1945 à 1947, avec l'apport d'un haut fonctionnaire, Pierre Laroque. En fait la Sécurité sociale est une sorte de dette de guerre. On poursuit la résistance par d'autres moyens.

Quelles avancées cela a-t-il permis ?

Les niveaux de vie se sont améliorés et l'espérance de vie a augmenté. La façon dont on regarde la Sécurité sociale a beaucoup changé mais elle continue à remplir sa mission essentielle, sauver des vies. Quand on fait de grandes découvertes médicales, aussi importantes soient-elles, sur les antibiotiques, les médicaments pour lutter contre la tuberculose, cela ne sert à rien, si les gens ne peuvent pas se les payer. Ce qui a permis de sauver des vies, que l'on voit bien dans les statistiques d'espérance de vie, c'est le fait qu'il y ait eu la socialisation du système qu'on appelle Sécurité sociale en France. D'ailleurs l'actualité avec la pandémie l'a bien montré, avec la découverte des vaccins à ARN messager, qui n'ont servi à rien pour ceux qui n'y avaient pas accès dans le monde. Il ne faut pas perdre de vue que sans Sécurité sociale, notre vie à tous serait une pauvre vie, une vie de précarité.

Il suffit même de penser à une maladie

« Quand on fait de grandes découvertes médicales, sur les antibiotiques, les médicaments pour lutter contre la tuberculose, cela ne sert à rien, si les gens ne peuvent pas se les payer. Ce qui a permis de sauver des vies, c'est le fait qu'il y ait eu la socialisation du système qu'on appelle Sécurité sociale en France. »

(1) P. Batifoulier est ancien directeur du CEPN-université Sorbonne-Paris-Nord et auteur de nombreuses publications, particulièrement *Capital santé. Quand le patient devient client* (La Découverte, 2014). Il a par ailleurs accepté de participer le 16 mai 2025 à une rencontre-débat à ce sujet au siège de la LDH (programme sur demande à copilante@ldh-france.org). La table-ronde à laquelle il participe traitera également des dégradations en termes de privatisations, de financiarisations du système de santé et de leurs conséquences sur les patients comme sur la Sécurité sociale—sujet que nous n'avions pas la place d'évoquer ici.

(2) Sur ce sujet, voir aussi notre entretien avec Didier Fassin dans le numéro 199 de *Droits & Libertés*, octobre 2022 (www.ldh-france.org/wp-content/uploads/2022/11/DL199-Actu-4-Penser-la-sante-publique-a-partir-des-inegalites-sociales.pdf).

(3) Ordonnances d'octobre 1945, découlant du programme pour la libération de la France rédigé en mars 1944, en pleine clandestinité, sous l'occupation nazie, par le Conseil national de la Résistance, titré « Les jours heureux » (voir le film documentaire éponyme de Gilles Perret de 2013 : www.ldh-france.org/Film-Les-jours-heureux-regards/); ce programme préconise en ce domaine un « plan complet de Sécurité sociale visant à assurer, à tous les citoyens, des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail ».

(4) Système inspiré à cette époque du modèle allemand, bismarckien. Historique très complet dans le chapitre I (« La lutte initiale pour la socialisation ») du livre cité en note 1, et plus longuement dans les cent premières pages de *La Bataille de la Sécu. Une histoire du système de santé* (La Fabrique, 2022), dont l'auteur, Nicolas Da Silva, « remercie particulièrement Philippe Batifoulier pour avoir relu chaque mot de la première à la dernière ligne ».

bénigne, grippe ou angine, et a fortiori aux maladies graves ou chroniques... Que serait notre vie s'il n'y avait pas des indemnités journalières de maladie? Qui vivrait avec une semaine de revenus en moins sur un mois? C'est grâce à la Sécurité sociale que les personnes malades peuvent continuer à consommer, à vivre et donc à profiter de la vie, en tout cas à vivre moins mal que si ça n'existe pas. Sans Sécurité sociale, notre vie ne serait pas du tout ce qu'elle est aujourd'hui. Ce n'est d'ailleurs pas uniquement pour les individus, car que serait le capitalisme si les entreprises ne pouvaient pas vendre leurs produits? Quel individu continuera à acheter dans les magasins s'il était menacé par l'absence d'une semaine de revenus sur un mois? Et qui aurait des crédits pour la maison ou pour autre chose? Si on perdait une semaine de revenus, les banques ne feraient pas crédit. On entend dire très souvent que la Sécurité sociale vient assister les individus, mais n'est-ce pas aussi une formidable assistance pour les entreprises et les banques? Sauf que ce côté très positif est trop souvent perdu de vue lorsque des journalistes interrogent les gens sur la Sécurité sociale, en France.

Justement, une partie des médias et les gouvernants contribuent chaque année à la discréderiter, en parlant de « trou de la Sécu »! Quelle est la situation économique actuelle de la Sécurité sociale?

On comprend bien la stratégie de certains gouvernements de transformer la Sécurité sociale en affects tristes en saturant le débat de déficits, de dettes... Ainsi, on regarde maintenant la Sécurité sociale avec des yeux comptables. C'est une profonde transformation qui est totalement atypique, qui va même contre l'histoire car lorsqu'on a développé en France le modèle de Sécu-

(5) Sur les inégalités sociales de santé, voir aussi les analyses convergentes et les préconisations de l'avis de la CNCDH—auquel la LDH a beaucoup contribué—, adopté à l'unanimité le 17 février 2022 (www.cnchd.fr/publications/avis-sur-les-inegalites-sociales-de-sante-2022-1).

(6) Et ce au détriment de la démocratie initiale... Il s'agit là d'une évolution bien expliquée par des sociologues et historiens dans le documentaire *La Sociale*, de Gilles Perret, avec notamment un dialogue filmé entre un vieux militant CGT, qui fut le premier président de la CPAM d'Annecy, et son directeur actuel, significatif de l'évolution du rapport de forces rendant pratiquement inexistant le rôle des élus. Une soixantaine de ciné-débats LDH ont été organisés et sont toujours possibles: www.ldh-france.org/ldh-soutient-film-documentaire-sociale-gilles-perret/.

**« Que serait notre vie
s'il n'y avait pas d'indemnités
journalières de maladie ?
Qui vivrait avec une semaine
de revenus en moins
sur un mois ?
C'est grâce à la Sécurité
sociale que les personnes
malades peuvent continuer
à consommer, à vivre et donc
à profiter de la vie, en tout
cas à vivre moins mal
que si ça n'existe pas. »**

Est-ce que ce leitmotiv du « trou de la Sécu » n'est pas un prétexte de réduction des dépenses à l'origine des dégradations - que ce soit à l'hôpital ou avec le « numerus clausus », qui a généré les déserts médicaux - et donc d'un accroissement des inégalités sociales de santé?

D'abord, les inégalités, c'est un marqueur fondamental des politiques sociales. En particulier en matière de retraite ou de santé, qui constituent 80 % des dépenses de Sécurité sociale. La protection sociale est vraiment devenue un monde d'inégalités, en dépit de l'ambition fondatrice de la Sécurité sociale de servir des prestations en fonction des besoins. L'ensemble de l'échiquier politique prétend le déployer, même si la majorité gouvernementale ne fait absolument rien. Le *numerus clausus*, « nombre fermé », soit la limitation du nombre d'étudiants, ici en médecine, est une source d'inégalités d'accès aux soins parmi beaucoup d'autres. Il a été créé en 1971, à la demande de certains médecins à la suite de Mai-68, ne voulant pas que les études médicales se démocratisent - celles-ci restent d'ailleurs encore très liées à l'origine sociale. Cette revendication de médecins a d'abord été refusée par les pouvoirs publics puis acceptée, avec l'idée que « moins de médecins égale moins de dépenses ». Le *numerus clausus* a atteint au milieu des années 1990 un niveau historiquement bas de quatre-mille-trois-cents étudiants (France entière) autorisés à s'inscrire en deuxième année de médecine, alors qu'ils étaient beaucoup plus nombreux à avoir la moyenne. C'est remonté progressivement pour atteindre à peu près neuf-mille étudiants. Supprimé en 2021, le *numerus clausus* a été remplacé par un système compliqué qui s'appelle le *numerus apertus*, « nombre ouvert », qui dépend en fait des places dans les facs de médecine. Donc on est passé de neuf-mille à dix-mille étudiants, formidable progrès! Comme les médecins s'installent là où sont les autres, les inégalités territoriales vont s'accélérer. Les déserts médicaux se trouvent dans des communes rurales, mais aussi des banlieues. Ainsi la densité médicale en généralistes (nombre de médecins pour cent-mille habitants) est plus élevée en Creuse et en Lozère qu'en Seine-Saint-Denis! Pour les médecins spécialistes, il y a Paris intramuros et le reste de la France, avec deux fois plus de spécialistes à Paris

UN TERRITOIRE DE SANTÉ ...



Dessin réalisé en direct lors des Rencontres santé de Nice, en 2024.

que le deuxième département le mieux loti, qui est le Rhône, et neuf fois plus que les moins bien dotés...

Mais ces terribles inégalités se cumulent à des tas d'autres, et en particulier aux inégalités d'état de santé. Certes chacun sait qu'il y a des maladies qui se déclarent chez certaines personnes et pas chez d'autres, mais la plupart des gens croient dur comme fer que tout le monde peut avoir un cancer. C'est «l'effet Kate Middleton». C'est-à-dire que même les très riches peuvent être concernés, même les puissants – la royaute peut avoir un cancer –, et c'est vrai. Sauf que ce n'est pas du tout ce qu'on observe dans les régularités statistiques: ce sont les plus pauvres, les plus modestes qui sont les plus fréquemment exposés à la maladie. Et c'est pourquoi on appelle cela des inégalités sociales de santé. Il y a un fort déterminisme social dans les inégalités de santé, avec un consensus

«Comme les médecins s'installent là où sont les autres, les inégalités territoriales vont s'accélérer. Les déserts médicaux se trouvent dans des communes rurales, mais aussi des banlieues. Ainsi la densité médicale en généralistes est plus élevée en Creuse et en Lozère qu'en Seine-Saint-Denis... » (P. Batifoulier)

chez les chercheurs où le terme employé est celui de gradient social: plus on s'élève dans l'échelle sociale, plus on est épargné par les pépins de santé⁽⁵⁾. Chacun peut être malade mais le taux de prévalence est plus fort chez les plus modestes que chez les plus riches et à tous les niveaux, dès le moment de la déclaration de la maladie.

L'étatisation de la Sécurité sociale est maintenant presque totale⁽⁶⁾. Avec ce désengagement accru l'assuré est ren-

voyé vers des complémentaires, notamment commerciales, qui pénalisent l'accès aux soins des personnes les plus fragiles. Comment expliquer que Sécurité sociale et ministères ne s'en tiennent qu'à une politique de prévention axée sur les comportements à risque, alors qu'on connaît de mieux en mieux les causes externes, environnementales, professionnelles de certaines pathologies graves?

Effectivement aujourd'hui, la Sécu est totalement reprise en main par l'Etat. La prévention a toujours été le parent pauvre. Faire du curatif plutôt que du préventif rapporte plus à l'industrie pharmaceutique... Il y a donc très peu d'actions de prévention, et surtout rien n'est fait pour lutter contre les inégalités sociales de santé. On met souvent l'accent sur les comportements à risque, qui existent, mais de nombreuses études montrent que la faiblesse de la volonté est sociale, comme l'obésité des personnes qui se nourrissent très mal du fait de leurs conditions de vie... ●

«La protection sociale est vraiment devenue un monde d'inégalités, en dépit de l'ambition fondatrice de la Sécurité sociale de servir des prestations en fonction des besoins. L'ensemble de l'échiquier politique prétend le déplorer, même si la majorité gouvernementale ne fait absolument rien.»

Propos recueillis par Philippe Laville, membre du comité national de la LDH, coresponsable du groupe de travail LDH « Santé, bioéthique », et Jean-Luc Poncet, membre de la fédération LDH du Rhône, et de l'équipe d'animation du même groupe de travail