

COMITE d'HISTOIRE de la SECURITE SOCIALE
— dans la FRANCE MEDITERRANEENNE

LANGUEDOC ROUSSILLON

PROVENCE ALPES COTE d'AZUR CORSE



1979 — 147, rue de la République — 31000 Toulouse — Téléphone 56 12 10 00 — 44.

Bulletin Régional No 9.

Septembre 86.

BULLETIN N° 9

- SOMMAIRE -

INFORMATIONS GENERALES

- * *Nécrologie* p. 3
- * *Réunions tenues au cours de l'année 1985* p. 5
- * *Compte-rendu de l'Assemblée générale ordinaire* p. 7
- * *Compte-rendu financier de l'exercice 1985* p. 12
- * *Compte-rendu de l'Assemblée générale extraordinaire* p. 14
- * *Compte-rendu de la réunion du Comité National du 18.12.1985* p. 16

ETUDES ET DOCUMENTS

- * *Historique de la protection sociale en France* p. 20
- * *Réflexions sur les circonstances qui ont présidé à la naissance et au développement de la Sécurité sociale depuis 1945* p. 40

- INFORMATIONS GENERALES -

NECROLOGIE

Le 14 janvier dernier décédait, emporté par une longue et cruelle maladie, Amédée TIMONE, un des plus anciens administrateurs de la Sécurité sociale.

Elu au Conseil d'Administration de la Caisse primaire en 1950 sur la liste C.G.T., il fut réélu en 1955 et 1963 date des dernières élections avant la parution des ordonnances de 1967. Il exerça son mandat jusqu'en novembre 1967 date à laquelle la représentation de la C.G.T. passa de 18 élus à 3 membres désignés dans le cadre du paritarisme.

Assimilant parfaitement la législation il joua un rôle particulièrement important dans la défense des assurés sociaux, notamment à la commission de recours gracieux et dans celle concernant l'application du règlement des malades.

Conjointement représentant de la C.G.T. à l'U.R.S.S.A.F. des Bouches-du-Rhône il prit ses fonctions le 14 mai 1954 et les exerça jusqu'au 14 mai 1984 soit pendant 30 années.

Par ailleurs, son adaptation aux questions juridiques le fit présenter avec succès par son syndicat aux élections prud'homales où il remplit son mandat avec compétence pendant aussi une longue période.

Son esprit social et son dévouement lui attirèrent la sympathie et même l'estime de beaucoup d'interlocuteurs. Aussi à ses obsèques qui eurent lieu le 15 janvier une foule nombreuse se pressait et l'on notait à côté des représentants du monde syndical, celle de la direction de l'U.R.S.S.A.F. et de nombreuses personnalités.

A son épouse, à ses deux fils, à toute sa famille, le Comité d'histoire de la Sécurité sociale présente ses condoléances les plus attristées.

H. PEYROT

REUNIONS TENUES AU COURS DE L'ANNEE 1985

Le Bureau du Comité d'histoire de la Sécurité sociale dans la France méditerranéenne s'est réuni les 18 février, 12 et 27 juin, et 22 octobre 1985.

L'Assemblée générale **ordinaire** a eu lieu le 25 avril 1986; nos lecteurs en trouveront ci-après le compte-rendu ainsi que le rapport financier de l'exercice 1985.

Une Assemblée générale **extraordinaire** s'est également tenue le 25 avril à l'issue de l'Assemblée générale (procès-verbal annexé).

*
* *

ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE
DU COMITE D'HISTOIRE DE LA SECURITE SOCIALE
DANS LA FRANCE MEDITERRANEENNE
du 25 AVRIL 1986
tenue à la Faculté de médecine de Marseille

Présents :

Mmes KNIBIEHLER et VILLARD; MM. BONNAFFONS, DESANTI, GRUBER, HORDERN, MOLINO, OPPETIT, PELOUX, PEYROT, ROCHE et TORRENT.

Excusés :

Mme le docteur DUFOUR, MM. ASSIE (directeur rég. des Aff. sanitaires et Sociales d'Ajaccio), COLOMBIER, EMMANUELLI, FAVREAU (directeur de la C.P.C.A.M. des B.D.R.), IDIART, PAILLARD (U.E.R. de Sociologie-Ethnologie), RAYNARD.

MM. les directeurs de la C.R.A.M. du Sud-Est, de la Sécurité sociale dans les Mines (Union rég. du Sud-Est), de la C.P.A.M. de Hte Corse.

*
* *

M. DESANTI, président, ouvre la séance à 10 H. Il commence par remercier les présents, puis présente également des remerciements à Madame le Conservateur en chef des Archives départementales des Bouches-du-Rhône qui, à la suite de Mme VILLARD, a accepté de fournir le support logistique aux activités du Comité; il associe dans ces remerciements M. OPPETIT, conservateur aux Archives départementales, qui assume les fonctions de secrétaire, ainsi que les Membres du Bureau.

Après ce bref préambule, il fait état des activités du Comité depuis la dernière Assemblée générale du 28 janvier 1985 qui a été particulièrement marquée par la décision de Mme KNIBIEHLER de se démettre de ses responsabilités de présidente. Il a alors accepté la proposition de ses collègues de lui succéder à la tête du Comité. Il tient à renouveler à Mme Knibiehler des éloges à la fois personnels et ceux du Comité pour son action passée : le Comité d'Histoire de la Santé et de la Sécurité Sociale dans la France Méditerranéenne

n'aurait pu survivre sans le courage et la persévérance dont elle a su faire preuve pour assurer les débuts de ce Comité et prendre les initiatives qui s'imposaient.

Ayant fixé la nouvelle répartition des tâches en son sein, le Bureau du 18 Février 1985 a étudié les deux problèmes principaux qui se posent :

a) Le choix de sujets d'études et de programmes de recherche pouvant répondre à un souci de comparaison entre les situations sociales avant et après l'adoption d'un régime de Sécurité sociale,

b) Les moyens à utiliser pour sensibiliser les organismes de Sécurité Sociale à notre action, la participation de ces organismes paraissant indispensable à un bon fonctionnement.

Ce programme - dont les travaux dans leurs applications locales, recourent les thèmes nationaux - a été quelque peu modifié par deux faits importants :

1) La proximité du 110e Congrès national des Sociétés Savantes tenu à Montpellier en Avril 85 au cours duquel un colloque sur l'histoire de la Sécurité Sociale était organisé. Une note était présentée par le Comité sur "La Sécurité Sociale, première formule de régionalisation en matière sanitaire et sociale". Cette note, présentée par Mme Knibiehler, a été publiée dans le volume paru en 1986 "Colloque sur l'Histoire de Sécurité Sociale" par l'Association pour l'étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale.

2) Le second fait a été la décision de célébrer le 40e anniversaire de la Sécurité Sociale ou plutôt sa création par l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Le Bureau du Comité a décidé de s'associer à la commémoration de cet anniversaire et une lettre a été adressée à tous les organismes de la région pour leur faire part de cette décision et offrir la participation du Comité à leurs propres réalisations. Dans ces conditions le Comité espérait bénéficier d'une certaine sensibilisation des organismes, mais malheureusement cela ne s'est pas produit pour trois raisons :

1) Le manque de temps qui n'a pas permis d'offrir d'emblée une documentation utile aux organismes,

2) La grande diversité des réactions des organismes, certains décidant de ne rien faire, d'autres se contentant de ne rien faire, d'autres encore adhérant à des manifestations officielles.

3) La demande de documentation qui a été faite a amené la rédaction et la diffusion d'une plaquette sur "L'historique de la protection sociale", plaquette malheureusement incomplète et à modifier sur certains points.

Depuis, le contact a été repris avec le Comité national et notre Comité a pu préciser que le programme approuvé en Février 1985 entre bien dans le cadre des thèmes de recherche retenus sur le plan national. Le Comité a pris connaissance de réalisations faites sur le plan national, pour le 40e anniversaire de la Sécurité Sociale. Ce contact a montré la nécessité de reprendre une enquête commencée en 1980 et portant sur le recueil "d'archives orales" que constituent les témoignages des acteurs et témoins des débuts de la Sécurité sociale.

Le Comité a repris la collection de 17 enregistrements dans le but :

a) d'évaluer la valeur et l'utilisation possible des renseignements contenus,

b) d'en résumer l'intérêt dans un rapport au plan national. L'expérience montre que deux entretiens sont pratiquement inexistantes (incidents d'enregistrement, brièveté); que l'audition des autres entretiens est très longue, assez fastidieuse, et que le contenu est difficile à analyser.

Finalement, il a été décidé de terminer cette expérience par des auditions personnelles, de s'aider si possible d'une échelle d'appréciation, de rédiger une note terminale dans les mois qui viennent.

Récemment, le Bureau, presque en totalité a tenu à assister à la présentation d'une exposition d'affiches de la période de 1936, organisée par la Fédération départementale des syndicats ouvriers C.G.T., manifestant ainsi son intérêt pour l'ensemble des documents réunis se rapportant à cette période de crise.

Le rapport moral du Professeur Desanti est approuvé par l'Assemblée à l'unanimité. Il est suivi du rapport financier présenté par M. Peloux, également approuvé à l'unanimité (Cf. pièce jointe).

S'ouvre alors un débat sur les perspectives d'activités pour les mois qui viennent :

- Tout d'abord sur la mise en chantier du bulletin n° 9 du Comité qui fera le point sur l'enquête des "Archives orales" et contiendra le procès-verbal de cette présente Assemblée.

Dans ce numéro sont prévues diverses contributions, dont une de M. PEYROT sur le rôle des administrateurs, une de M. DESANTI et une de M. IDIART; peut-être également pourrait-on prévoir ultérieurement d'élargir à cette occasion le débat à des contributions sur les rapports entre administrateurs et élus.

Parmi les pistes tracées qui se situent dans la perspective du Comité national :

- Une monographie sur l'histoire des locaux et possessions immobilières de la Sécurité Sociale,

- Une monographie sur l'évolution des tarifs médicaux; M. PEYROT, revenant sur un thème qu'il a évoqué à maintes reprises désirerait qu'on étudie l'évolution du pourcentage des honoraires médicaux dans les dépenses "maladie".

- Une autre piste serait d'étudier l'influence de la Sécurité sociale sur l'équipement sanitaire et sur l'évolution de la protection de l'enfance; étudier également le rôle de la sécurité sociale dans la modernisation hospitalière.

- Une dernière piste enfin consisterait à étudier l'influence de la nomenclature des actes professionnels sur l'innovation médicale.

*

* *

L'Assemblée générale procède à l'élection des Membres du Conseil d'administration - 21 Membres - lequel élit le nouveau Bureau composé de 12 Membres.

Une prochaine réunion de ce Bureau est fixée au 22 mai 1986.

L'Assemblée générale se clot alors et une "Assemblée générale extraordinaire" habilitée à modifier les statuts est ouverte et se prononce à l'unanimité pour les modifications proposées.(Cf. pièce jointe).

*
* *

RAPPORT FINANCIER

- Exercice 1985 -

Solde au 28/1/1985 : 91.079,37

- Recettes :

Cotisations 1984	6.300
Cotisations 1985	17.200
Cotisations 1986	<u>800</u>
	24.300

Subvention 1985 Comité National Histoire	<u>10.000</u>
--	---------------

34.300,00

125.379,37

- Dépenses :

Frais d'enquêtes	6.597,15
Fournitures	2.740,42
Machine à dicter	3.883,73
Frais dactylographie	750,00
Frais fonctionnement	<u>7.542,00</u>

21.513,30

Solde au 28/3/1986 : 103.866,07

Banque	22.686,52
Caisse d'Epargne	80.000,00
Caisse	<u>1.179,55</u>

103.866,07

Le Trésorier,
G. PELOUX

ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE
DU COMITE D'HISTOIRE DE LA SECURITE SOCIALE

tenue à la Faculté de médecine de Marseille
le 25 avril 1986

Cette séance a pour objet d'étudier la distorsion entre l'article 6 et l'article 10 des statuts. Ils seront désormais rédigés comme suit :

- ARTICLE 6 - Le Conseil d'Administration élit au scrutin secret un Bureau de 12 Membres choisis en son sein :
- 1 président,
 - 2 vice-présidents,
 - 1 trésorier,
 - 1 trésorier adjoint,
 - 1 secrétaire
 - 1 archiviste,
 - 5 conseillers

Le Bureau est élu pour 2 ans. Ses Membres sont rééligibles. Parmi les 12 Membres, deux au moins, trois au plus, sont des universitaires.

- ARTICLE 10 - L'Assemblée Générale Ordinaire a lieu au moins une fois par an et élit le Conseil d'administration renouvelable tous les deux ans. Ce Conseil d'administration se réunit au moins une fois par an ou exceptionnellement à la demande de la majorité de ses Membres ou à la demande du Bureau. Toutes les décisions sont prises à la majorité simple. Le Bureau fixe la périodicité de ses réunions aussitôt après son élection.

*
* * *

Ces décisions sont prises conformément à l'article 12 des statuts.

RELATION AVEC LE COMITE NATIONAL ET L'ASSOCIATION POUR L'ETUDE DE L'HISTOIRE DE LA SECURITE SOCIALE

J'ai eu la charge de représenter notre Comité lors de la réunion du 18 décembre 1985 du Conseil d'Administration de l'Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale et je pense devoir rapporter certains points qui doivent influencer notre activité au cours de l'année qui vient en fournissant notamment quelques sujets de réflexion et d'étude.

Il a d'abord été question du compte-rendu d'activité qui doit être fourni annuellement par chaque comité régional et plus particulièrement pour notre comité de l'exposé des résultats de l'expérience "d'archives orales" qui nous a été confiée. Bien que certains inconvénients importants nous soient déjà connus : - petit nombre d'entretiens enregistrés (17) - impossibilité matérielle d'en utiliser 2 - mauvaise qualité de certains enregistrements peu audibles - temps fort long nécessaire à l'écoute de l'ensemble des enregistrements, il est décidé que les membres du bureau procéderont à une nouvelle lecture et qu'à l'issue de ces auditions un compte-rendu sera adressé au Conseil de l'Association dans le courant de juin.

Le chapitre des "Travaux en cours" du Comité national et de l'Association a ensuite retenu toute notre attention. L'ensemble des thèmes retenus et différemment exploités à l'heure actuelle forme un programme très concret et très utile d'une étude générale de l'histoire de la sécurité sociale en France; en prenant en compte ces thèmes notre Comité peut facilement assurer la concordance de nos travaux avec ce qui est entrepris sur le plan national dans un but de cohérence efficace.

Trois thèmes ont paru, plus particulièrement, dignes d'être approfondis dans le cadre de notre comité :

- Les conditions matérielles d'installation des organismes de sécurité sociale en 1946, l'implantation des divers services, les difficultés d'approvisionnement, les relations et les liaisons rendues difficiles par l'éparpillement.

- L'histoire de l'enseignement de la sécurité sociale a pu particulièrement être intéressante en raison de la possibilité de réunir assez facilement, dans notre région, les renseignements provenant de l'Université, des écoles sociales, du service médical de la sécurité sociale. Par ailleurs depuis près de dix ans existe un diplôme d'université d'études complémentaires de sécurité sociale suivi chaque année par plusieurs dizaines

d'auditeurs.

- Les relations avec le corps médical ont été évoquées sous deux aspects principaux : - le problème des honoraires médicaux et de l'évolution de ces honoraires en fonction du développement de la garantie sociale et plus particulièrement de la sécurité sociale, - Etude de l'influence des honoraires "sociaux" sur le revenu des praticiens, - le problème de l'influence du fonctionnement des organismes de sécurité sociale sur la structure du système de santé français et sur certains aspects techniques ou humain de la pathologie. Particulièrement rôle de la sécurité sociale dans la récession de la tuberculose et dans l'évolution des équipements et des composants de la spécialité phthisiologique.

- ETUDES & DOCUMENTS -

HISTORIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

Au cours de son existence l'homme est exposé à de nombreux risques ce qui provoque, chez lui, le souci de s'en garantir en les prévoyant. Cet effort de prévoyance individuelle est la base de tout système de protection sociale, même de ceux qui sont le plus largement fondés sur la solidarité collective. L'homme va souvent constater que cet effort de prévoyance individuelle est insuffisant à le garantir soit que la gravité du risque dépasse ses possibilités, soit que la nature du risque n'ait pas été prévue. Dans ces cas il devient nécessaire de recourir à l'aide d'autrui avec la préoccupation de réunir les conditions donnant la certitude de recevoir cette aide, ce qui va progressivement entraîner l'organisation d'un système de protection sociale collective.

La protection sociale présente quelques grands caractères généraux :

1. Le fait initial dans toute organisation de protection sociale, est la volonté et l'effort de prévoyance de l'individu. Cette volonté et cet effort se retrouvent, sous des formes diverses, dans tous les régimes de garantie et attestent de la participation responsable de l'individu à l'effort collectif de protection contre le risque.
2. La protection sociale présente, constamment, une double adaptation d'une part aux caractères des risques à combattre, d'autre part aux moyens mis à sa disposition par la collectivité. Il n'y a donc pas une solution unique aux problèmes de protection sociale mais toujours plusieurs solutions adaptées aux circonstances diverses. Pour les présenter simplement les diverses solutions seront classées suivant un ordre chronologique en précisant toutefois qu'elles ne se substituent pas complètement mais le plus souvent coexistent et se complètent.
3. La protection sociale doit répondre aux caractéristiques des risques, eux mêmes liés au milieu social, en utilisant les moyens mis à sa disposition par la collectivité; elle ne peut donc être dissociée de l'ensemble des structures économiques et sociales de la nation.
4. Les relations entre la protection sociale et les structures économiques et sociales de la nation sont si étroites que l'on peut observer un "phénomène de kaléidoscope". Lors de l'observation des images dans cet appareil, si une image retient l'attention le geste fait instinctivement pour la fixer entraîne sa disparition; de même

la simple prise de conscience par la société de l'existence d'un problème particulier et les premières analyses qu'elle entraîne vont modifier le milieu social donc les données du problème de la solution adoptée ne correspondra déjà plus au problème réel.

I - EVOLUTION DES CONCEPTIONS EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE.

A - L'effort personnel de prévoyance.

L'effort personnel de prévoyance est une garantie réelle contre les risques mais elle est limitée par la capacité de prévision de l'individu, c'est-à-dire par ses possibilités d'épargne et par son aptitude à imaginer et à évaluer les risques possibles. L'épargne individuelle, forme traditionnelle de prévoyance, a constitué très longtemps la solution valable de garantie contre les risques. Thiers déclarait : "Le principe fondamental de toute société, c'est que chaque homme est chargé de pourvoir lui-même à ses besoins et à ceux de sa famille, par ses ressources acquises ou transmises. Prévoyance individuelle, volontaire, spontanée, libre". L'épargne nécessite que le sujet dispose de ressources suffisantes et qu'un fait extérieur comme l'érosion de la valeur de la monnaie ne vienne pas réduire à néant son intervention. (Abandon du "bas de laine"). Si l'effort personnel de prévoyance perd ainsi beaucoup de son efficacité pratique il conserve une grande valeur psychologique. C'est l'incitation pour l'individu à adhérer librement à un système de protection du type "associatif" ou encore dans un système obligatoire légal la prise de conscience par l'individu de sa responsabilité dans la dépense collective s'opposant à la "mentalité d'assisté"; économiquement c'est un moyen naturel de s'opposer aux dépenses abusives ou irrationnelles et au gaspillage.

B - Le recours à l'aide d'autrui.

1. Recours aux membres du groupe.

La demande d'aide à autrui va naturellement s'adresser d'abord aux autres membres du groupe familial ou tribal qui sont unis au solliciteur par des liens affectifs ou de voisinage. Le souci de mieux s'assurer de cette aide va conduire à élargir le champ d'action en intéressant un nombre croissant de participants ce qui va avoir pour conséquence directe de rendre moins efficaces les liens affectifs,

de parenté ou de voisinage. Ces liens vont être remplacés par des obligations fondées sur la coutume, les règles de vie, la morale ou les croyances religieuses. Les structures sociales les plus anciennes nous présentent toute une série de solutions : - la "dîme" le "champ de la veuve et de l'orphelin" de la loi juive, - l'aide par le travail imaginée par Aristote, - les distributions de pain et de jeux, les multiples réformes agraires, les distributions de terre aux vétérans de la Rome antique, - l'éducation des orphelins dans la cité grecque. Toutes ces solutions utiles, témoignent d'un effort collectif d'assistance, mais restent ponctuelles et ne constituent pas une protection sociale.

L'organisation d'une protection sociale effective se heurte d'ailleurs, dans le monde antique, à la pratique de l'esclavage même si quelques cas particuliers sont traités. Le code d'Hammourabi stipule "qu'en matière d'honoraires médicaux, s'il s'agit d'un esclave, le maître de l'esclave donnera au médecin deux sicles d'argent". L'ordonnance de 1685 dite "Code Noir" comporte l'article XXVII suivant "Les esclaves infirmes par vieillesse, maladie ou autrement seront nourris et entretenus par leurs maîtres. En cas d'abandon ils seront adjugés à l'hôpital auquel les maîtres seront condamnés de payer six sols par jour pour la nourriture et l'entretien cesdits esclaves".

2. Recours aux membres d'une même profession.

La pratique d'un métier, le partage d'astreintes économiques ou professionnelles, la communauté d'intérêt imposent aux intéressés de se lier par un réseau de règles, de conventions et de statuts. Cet ensemble d'obligations professionnelles va servir de modèle et de support à des relations d'entraide et d'assistance destinées à garantir les confrères contre les risques redoutés. Ainsi les métiers de la Rome antique, les guildes, les hanses et les corporations vont doubler leur structure professionnelle par une institution d'assistance, "la confrérie" assurant la protection et l'entraide des confrères.

3. Recours à des croyances religieuses communes.

Le partage d'une même foi et l'obéissance à des commandements religieux communs sont également à l'origine et à la propagation de liens d'entraide et d'assistance. Pendant des siècles la charité chrétienne va constituer l'élément moteur d'un vaste mouvement de

charité et d'assistance créateur d'une multitude de réalisations et d'institutions dont certaines sont encore actives de nos jours. L'acte charitable qui est primitivement une relation privilégiée, spécifique entre deux personnes va en se développant se modifier pour devenir le mode d'action spécialisé de groupes bien définis: ordres religieux hospitaliers, ordres mendiants, hospices et Hôtel-Dieu. L'organisation qui va en découler, de plus en plus technique et de plus en plus structurée va préfigurer l'équipement médico-social actuel.

La protection sociale ainsi conçue a une grande valeur mais aussi un très grave défaut; elle ne donne aucun droit au demandeur, seul le donateur doit répondre à une obligation morale pour sa propre satisfaction. Enfin la charité a tendance à réparer les conséquences du risque sans, forcément, s'attaquer à ses causes.

C - L'intervention des pouvoirs publics

1. Intervention progressivement croissante de la collectivité.

L'intervention de la collectivité se fait de façon progressive jusqu'à devenir prépondérante. La création de la "Grande Aumône de France par François 1^{er}", les oeuvres de Saint Vincent de Paul, la laïcisation des hôpitaux par Louis XIV, le "grand renfermement des pauvres" à la fin du XVII^e siècle marquent une évolution importante des conceptions. En 1727 Boulaingilliers propose de "soutenir le petit peuple si utile" par un régime de répartition peu différent d'un régime moderne de sécurité sociale. (État de la France et mémoire au Régent).

Montesquieu en 1748, dans l'Esprit des Lois évoque l'intervention et les obligations de l'Etat "Il ne suffit pas de distribuer quelques aumônes mais l'Etat doit à tous les citoyens une subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable et un genre de vie qui ne soit pas trop contraire à la santé".

Ces conceptions vont évoluer dans l'opinion du public et s'épanouir avec les oeuvres des encyclopédistes dont la période révolutionnaire va permettre l'application.

2. Reconnaissance du droit de l'individu à la protection collective.

La Déclaration des Droits de l'Homme (1791) reconnaît que les secours publics sont "une dette sacrée de la Nation" qui doit aux citoyens malheureux la subsistance soit en leur procurant du travail,

soit en donnant des moyens à ceux qui sont incapables de travailler. Robespierre dans un discours de 1792 déclare "Quel est le premier des droits de l'Homme ? Celui d'exister, la première loi sociale est donc celle qui garantit à tous les membres de la société des moyens d'exister".

Le nouveau principe du droit de l'individu à la protection collective n'est encore conçu que sous la forme d'une assistance liée à une insuffisance des ressources, à une "indigence". L'Assistance publique et la Bienfaisance vont être organisées par la loi du 7 octobre 1796 sur les hôpitaux et les hospices et par celle du 28 novembre 1796 sur les bureaux de bienfaisance, les dépôts de mendicité et la loi du 17 décembre 1796 sur l'assistance à l'enfance. La situation du pays va malheureusement limiter la portée pratique de ces textes qui, souvent, resteront lettre morte.

3. Les modifications des structures sociales entraînent un recul de la protection collective sous certaines formes.

L'évolution des idées a conduit à la reconnaissance du droit à la protection mais l'application des principes du "Contrat social" et le désir de réprimer toute "coalition" ouvrière ou patronale va conduire à la proclamation des lois d'Allarde, 17 mars 1791, et Le Chapelier, 17 juin 1791. Ces textes suppriment les corporations et font disparaître, en même temps, les confréries. Toute une organisation concrète d'entraide collective disparaît.

D - Les sociétés de secours mutuels. Les assurances. Les assurances sociales.

1. Les sociétés de secours mutuels.

A la suite de la révolution industrielle et de la période révolutionnaire le XIXe siècle est le théâtre de profonds bouleversements sociaux. Les conflits sociaux et les luttes ouvrières vont entraîner l'apparition et la prolifération des sociétés de secours mutuels d'abord clandestines et à but politique puis de plus en plus orientées vers la protection de leurs membres. La reconnaissance officielle de la Mutualité (statuts de 1852 et 1858) et de la liberté syndicale (1884) vont encore accentuer l'évolution et les sociétés mutualistes représentent un élément capital du "secteur associatif" de la protection sociale.

2. Les assurances.

Le XIXe siècle est également marqué par la multiplication et la diversification des compagnies privées d'assurances. Leur développement est tel que l'on a pu dire que "l'homme moderne ne peut vivre que bardé d'assurances".

Ces deux formes de protection sociale reposent sur une garantie collective liée à l'association de nombreux individus. Le sujet adhère à l'association librement et fait un effort de versement de cotisation, il accepte, par ailleurs, de respecter les dispositions d'un document (police ou règlement intérieur) qui précise les buts et les conditions de la garantie accordée.

Les sociétés mutualistes ont par ailleurs, en raison de leur origine ouvrière, très souvent un caractère professionnel.

3. Les assurances sociales.

Bismarck en application de sa déclaration du 17 novembre 1881 au Reichstag va créer de 1884 à 1889 un régime d'assurances sociales en Allemagne. Ce régime repose sur le principe de l'assurance obligatoire et sur celui du financement par le travailleur et par l'employeur. Un régime semblable est rapidement adopté par de nombreux pays après l'Autriche, le Danemark et la Russie. En France l'extension de la protection sociale se poursuit par des réalisations ponctuelles toutes limitées à des catégories particulières de la population. L'expérience des "Retraites ouvrières et paysannes" en 1910 se solde par un échec.

Après la guerre de 1914-1918 l'évolution reprend avec l'institution de pensions de guerre et de la retraite des Anciens combattants, la lutte contre la tuberculose et l'amélioration de la réparation des accidents du travail à laquelle vient s'ajouter la réparation des maladies professionnelles en 1919. Le 27 janvier 1920 est créé un ministère dénommé "Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale". En 1924 le projet de création d'un régime d'assurances sociales est examiné et, après quatre ans de discussions, aboutit à loi du 5 avril 1928. L'application se fait avec quelques difficultés, la loi est modifiée le 30 avril 1930, puis le 22 octobre 1935 et pendant la période d'occupation en 1942.

La protection sociale sera complétée par d'importantes modifications sociales : la loi du 9 juillet 1939 organise les caisses de congés payés, les allocations familiales. Le code de la Famille donne une

base à la politique familiale et nataliste, l'organisation de la protection maternelle et infantile va la compléter à partir de 1942. La loi du 14 mars 1941 crée l'allocation aux Vieux travailleurs.

E - Caractères généraux de l'évolution de la protection sociale.

1. La protection n'intéresse primitivement que quelques sujets unis par des liens personnels mais elle va s'adresser progressivement à des individus de plus en plus nombreux et finalement à la totalité de la population.

2. La protection ne concerne primitivement que des risques peu nombreux graves et bien individualisés; son action va s'étendre pour assurer finalement la couverture des risques "de toute nature".

3. La protection d'abord octroyée suivant des règles éthiques ou religieuses devient un "droit du citoyen" garanti par la Nation. Les conséquences de la protection sociale sur le plan économique et humain ont une importance telle que l'intervention des pouvoirs publics dans son fonctionnement devient prépondérante; la protection sociale devient une "affaire de gouvernement".

4. La protection sociale est soumise à un effort d'adaptation constant, les solutions successives coexistant et se complétant. Généralisation et effort constant d'adaptation nécessitent des structures et une institution importantes, une législation et une réglementation volumineuses et parfois touffues.

F - Quelques événements de l'évolution de la protection sociale en France.

	Fondation de l'hospice des Quinze-Vingt par Saint Louis.
1545	Ordonnance du 16 janvier 1545 de François Ier prévoyant la fourniture d'emplois ou la distribution de nourriture
1547	Edit de St Germain d'Henri II, 9 juillet 1547, faisant obligation de travailler et prévoyant, pour les malades, la nourriture et l'hospitalisation.
1554	Création du Grand Bureau des Pauvres.
1604	Edit d'Henri IV imposant l'organisation des soins pour les mineurs.
1612	Décret de Marie de Medicis organisant des sections de travail dans les hôpitaux.

- 1656 Edit du 4 mai 1656 création de l'Hôpital Général à Paris et début du "grand renfermement" des pauvres.
- 1662 Edit étendant les hôpitaux généraux à l'ensemble du royaume.
- 1670 Création de l'Hôtel des Invalides par Louis XIV.
- 1673 Règlement du 23 septembre 1673 de Colbert instituant le premier régime de retraite pour les gens de mer.
- 1789-1796 Ensemble des textes de la période révolutionnaire (Constituante-Convention).
- 1794 Projet de loi du 22 floréal an II (22 mai 1794) présenté par Barère et consacré à "moyens d'extirper la mendicité et aux secours que doit accorder la République aux citoyens indigents".
- 1808 Texte du 5 juillet 1808 sur la généralisation des "dépôts de mendicité".
- 1813 Loi sur les soins aux mineurs.
- 1830 Enquête des "hygiénistes" : Buret-Villermé-Frégier.
- 1831 Création du régime des pensions militaires.
- 1838 Loi sur l'assistance aux aliénés.
- 1844 "Extinction du paupérisme".
- 1850 Institution de la "Caisse Nationale de Retraite".
- 1852 Loi du 15 mars 1852 sur la Mutualité dont l'organisation sera donnée par la loi du 5 avril 1858.
- 1853 Création d'allocations pour les fonctionnaires civils et militaires en cas de maladie et de retraite.
- 1860 Institution d'une indemnité pour charges de famille en faveur des inscrits maritimes.
- 1884 Liberté syndicale.
- 1891 Encyclique "Rerum novarum" de Léon XIII.
- 1893 Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite pour les indigents.
- 1894 Loi sur le droit aux soins et à l'assistance à la vieillesse pour les mineurs.
- 1898 Loi sur la réparation des accidents du travail, 9 avril 1898, complétée en 1919 par la réparation des maladies professionnelles et par la reconnaissance par la loi de juillet 1938 de la notion de "risque professionnel".
- 1900 Loi sur la Mutualité agricole.

1904	Loi sur l'assistance à l'enfance.
1905	Loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.
1909	Loi sur le droit aux soins et à l'assistance à la vieillesse pour les agents de chemins de fer.
1910	Loi sur les retraites ouvrières et paysannes.
1913	Loi sur l'assistance aux femmes en couches.
1924-1930	Adoption d'un régime d'assurances sociales en 1924, loi de 1928 et application définitive loi du 30 avril 1930.
1932	Loi sur les allocations familiales.
1939	Décret-loi du 29 juillet 1939 créant le "Code de la famille".

II - LA SECURITE SOCIALE

A - La protection sociale, phénomène international.

L'importance de l'intervention des pouvoirs publics a fait de la protection sociale une "affaire de gouvernement" et son fonctionnement l'assimile à un service public, l'importance de ses conséquences économiques va lui donner un caractère international.

L'article 427 du Traité de Versailles, à la fin de la première guerre mondiale, soulignait déjà que la "non adoption par une nation quelconque d'un régime de travail vraiment humain fait obstacle aux efforts des autres nations désireuses d'améliorer le sort des travailleurs de leur propre pays".

C'est à la suite de la grande crise économique des Etats-Unis, en 1929, que paraît la loi du 14 août 1933 (dite "Social Security act") qui utilise pour la première fois l'expression "sécurité sociale". Une autre crise, celle de la deuxième guerre mondiale, va entraîner une expansion des principes de sécurité sociale. Roosevelt dans son message au Congrès du 6 janvier 1941 insiste sur la nécessité de libérer le monde du "besoin". L'article 5 de la Charte de l'Atlantique (1941) cite la sécurité sociale parmi les buts de guerre. "Les Etats-Unis et la Grande-Bretagne désirent faire en sorte que se réalise dans le domaine économique la plus active collaboration entre toutes les nations, afin d'assurer à tous de meilleures conditions de travail, le progrès de leur économie et la sécurité sociale". Le plan de Lord Beveridge, publié en 1942, dispose "le plan de

sécurité sociale part du diagnostic de "besoin" c'est-à-dire des circonstances dans lesquelles des familles ou des citoyens, pris isolément, manquent des moyens d'existence nécessaires à une vie saine. Ainsi chaque fois qu'une famille ou un citoyen ne peut pas trouver par son travail des ressources suffisantes pour le mettre à l'abri de la misère, la solidarité des hommes doit venir à son secours". Le plan orientait la lutte contre les quatre géants : le Besoin, - la Maladie, - la Saleté et l'Ignorance, définissait ainsi la sécurité sociale "La sécurité sociale a pour but d'abolir l'état de besoin en assurant à tout citoyen un revenu suffisant, à tout moment, pour satisfaire à ses charges".

La Déclaration de Philadelphie (10 mai 1944) affirme le droit de tout homme à la Sécurité sociale; droit repris à l'article 22 de la "Déclaration universelle des droits de l'Homme" (Nations Unies, 10 décembre 1944).

En France le Conseil National de la Résistance adopte ces principes et les inscrit à son programme, ils inspirent directement les termes de l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Le préambule de la Constitution de 1946, repris en 1958, sans utiliser l'expression "sécurité sociale" propose des principes identiques "La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement, elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs la protection et la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique et mental, de la situation économique se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence". Des prescriptions identiques se trouvent aux articles 22 et 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 décembre 1948 par l'Assemblée des Nations Unies. Article 22 : Toute personne, en tant que membre de la Société, a droit à la sécurité sociale, elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays. Article 25. a) Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation,

l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires. Elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. b) La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants qu'ils soient nés dans le mariage ou hors du mariage jouissent de la même protection sociale.

Le pape Jean XXIII dans son Encyclique "Pacem in Terris" rappelle que : "l'homme a droit à la sécurité en cas de maladie, d'invalidité de veuvage, de vieillesse, de chômage et chaque fois qu'il est privé de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté".

La diffusion internationale de la Sécurité sociale crée de difficiles problèmes d'harmonisation et d'évaluation des régimes, d'où de nombreux accords et conventions bi ou plurilatérales.

B - La protection sociale actuelle en France.

Le préambule de la Constitution en donne bien les principes : "La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle 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 vivant qui, en raison de son âge, de son état physique et mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a droit à obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence". La réalisation d'une protection sociale aussi généreuse entraîne une lourde charge pour la Nation, effort traduit chaque année dans un document "retracant l'effort social de la nation".

Ce document permet de saisir non seulement l'importance de l'effort financier consenti mais aussi la diversité des formes que revêt cette protection et des organismes chargés de la gérer. Ainsi se trouvent associés des services dépendant directement des pouvoirs publics centraux ou locaux, des oeuvres privées à but charitable, des organismes appartenant au secteur associatif mutualistes ou autres, des institutions médico-sociales à but lucratif ou non lucratif. Dans cet ensemble assez disparate d'institutions, celles qui constituent le régime de sécurité sociale sont de beaucoup les

plus importantes.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 instituant un régime de sécurité sociale en France détermine son rôle dans son article premier : "Il est institué une organisation de 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 ou les charges de famille qu'ils supportent".

Cette définition diffère peu de la définition internationale de la Sécurité sociale : "La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'il disposera en toutes circonstances de ressources suffisantes pour assurer à lui-même et à sa famille une existence décente

1. Importance économique de la sécurité sociale.

Parmi les risques sociaux la maladie et l'accident ont toujours occupé une place particulière d'où l'intérêt qui s'attache à la couverture de ces risques. Cet intérêt est venu s'associer à l'attention que porte l'individu moderne aux problèmes de santé pour conduire à la médicalisation de nombreuses situations qui relevaient auparavant simplement du social et à la généralisation de la notion de "droit à la santé".

Cet aspect de la sécurité sociale ne doit pas faire perdre de vue son caractère fondamentalement économique, bien mis en évidence par P. Laroque : "C'est toujours, en effet, l'économie du pays, prise dans son ensemble, qui supporte la charge et ce n'est plus qu'une question d'opportunité économique ou psychologique que de savoir si, pour recouvrer les ressources nécessaires à la couverture de la masse des dépenses de sécurité sociale il est préférable d'adopter telle méthode plutôt qu'une autre. Dans tous les cas le résultat est le même, il y a toujours d'une part un service public fonctionnant au profit de la collectivité toute entière, et d'autre part, et surtout, une répartition par voie d'autorité du revenu national".

2. Sécurité sociale et système de santé.

L'importance particulière de la couverture des risques maladie et accidents explique la place que les organismes de sécurité sociale occupent dans le fonctionnement du système de santé français. Ce système ne peut être assimilé à un "marché libéral" mais se présente comme une relation triangulaire dans laquelle le demandeur, la

population qui fait une demande de santé, et le fournisseur, les professions de santé qui font une offre de biens et de services, vont entrer en relation par l'intermédiaire des organismes de garantie sociale publics ou privés d'abord pour prendre en charge la contrepartie financière des biens et services fournis puis pour fixer les tarifs de cette fourniture puis enfin intervenir dans les structures des deux partenaires pour influencer le montant de l'offre et le niveau de la demande.

Des rôles aussi divers et aussi nécessaires vont demander la mise en place d'organismes et de structures nombreuses qui vont constituer une institution que certains vont juger trop lourde et trop complexe, écrasante et susceptible de transformer l'assujéti en un assisté attendant tout, passivement, de l'assistance collective. Par la nature même de son action la Sécurité sociale est obligée à se transformer, se réformer constamment pour mieux s'adapter à la réalité mais ceci va encore l'exposer à des critiques alors qu'il n'y a là qu'une manifestation de sa vitalité et de son rôle indispensable au bien-être de la population.

3. Modalités différentes d'application d'un régime de Sécurité sociale.

Bien que la définition de la Sécurité sociale soit une donnée internationale les applications vont varier avec les impératifs nationaux. A. Jauniaux dans son exposé à la IXe assemblée générale de l'Association internationale de Sécurité sociale note cette grande diversité de régimes dans le monde "Il est instructif de comparer le rythme de développement de la sécurité sociale à celui de l'industrialisation. Ces deux processus ne vont pas de pair comme on pourrait le croire. L'industrialisation était déjà très poussée quand l'Allemagne a inventé les assurances sociales, mais dès que l'on a compris que cela était possible et quels avantages cela comportait les assurances sociales ont été introduites dans d'autres pays à une phase moins tardive de leur industrialisation. On voit des pays comme le Guatemala ou Ceylan, où l'industrie est encore dans l'enfance, établir des programmes de sécurité sociale. La prospérité générale, par contre, comme aux Etats-Unis et au Canada, tend à diminuer le besoin immédiat de sécurité sociale qui, cependant, est indispensable à de larges secteurs de la population".

La conférence de Philadelphie a adopté en 1944 deux recommandations capitales portant l'une sur les soins médicaux, l'autre sur la

qui vient remplacer les assurances sociales qui le précédaient. De nombreux textes sont venus par la suite préciser l'organisation du régime et des organismes de gestion ainsi que le champ d'application des diverses branches de garantie. Le développement de cette législation s'est fait dans le cadre des objectifs définis par le "Plan français de sécurité sociale" et en conservant une articulation pratique avec l'assistance des pouvoirs publics, avec le fonctionnement des oeuvres privées et en respectant les règles traditionnelles de la distribution de soins en France.

- Ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale (création d'un régime de sécurité sociale en France).
- Ordonnance du 19 octobre 1945 instituant la couverture des risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès (RAP 29/XII/45).
- RAP du 8 juin 1946 relatif au financement de l'institution.
- Loi du 24 octobre 1946 organisant le contentieux.
- Loi du 30 octobre 1946 modifiant le régime de réparation des accidents du travail.
- Loi du 22 août 1946 modifiant et complétant le régime d'attribution des allocations familiales.
- Loi du 22 mai 1946 posant le principe de la généralisation de la sécurité sociale.
- Décret du 12 mai 1960, réforme de la sécurité sociale : création de l'IGAS, autorité du directeur, création du Ht. Comité médical, création des URSSAF, fusion des caisses vieillesse et régionale maladie.
- Décret du 10 décembre 1956 créant le "Code de la Sécurité sociale"
- En 1965 création du régime des professions non salariées non agricoles.
- Ordonnances du 21 août 1967 (ratifiées par la loi du 31 juillet 1968) relatives à l'organisation administrative et financière : paritarisme des conseils, désignation des membres du conseil, création d'organismes nationaux distincts (Caisses nationales - Agence centrale - union nationale) - généralisation de l'assurance volontaire.
- Loi du 4 juillet 1975; décret du 13 août 1975 (suite Loi des Finances 24 décembre 1974). Deux principes : généralisation de la sécurité sociale à tous les Français - harmonisation des régimes, l'élément de base est les "prestations en nature", le modèle le

"régime général" (compensation).

- Loi de décembre 1982, modifiant la composition des conseils d'administration, abandonnant la parité. Rétablissement des élections pour la désignation des représentants des assurés au sein des conseils d'administration (19 octobre 1983).

- Décrets 85.1353 du 17 décembre 1985, nouveau code de la SS (J.O. du 21/XII/85) partie législative/ partie réglementaire.

- 1985. Nouveau code de la Sécurité sociale, divisé en deux parties l'une législative, l'autre réglementaire.

- Refonte des codes en "Code de la famille et de l'aide sociale" le 24 janvier 1986.

III - ORGANISATION DE LA SECURITE SOCIALE

1. Coût de la protection sociale.

En 1984 la dépense de protection sociale s'est élevée, en France, à 1.298,5 milliards de francs soit une dépense de 23.632 francs par habitant. Cette dépense représente 30,4 % du revenu national.

Pour le seul régime général de sécurité sociale la dépense a été de 268,715 milliards de francs.

Il s'agit donc d'une charge très lourde pour la Nation, dépassant le budget de l'Etat et croissant plus vite que le revenu national mais elle représente un des facteurs capitaux du bien-être de la population et de la protection du niveau de santé générale.

2. Bénéficiaires de la protection sociale.

Actuellement la couverture de la population française s'établit ainsi :

(Sécurité sociale	: 99,2 % de la population
) dont	(75 % par le régime général
() 9,9 % par le régime agricole
)	(7,2 % par le régime des non-salariés
() 7,1 % par les régimes spéciaux
)Aide sociale	: 0,4 %
(Sans aucune couverture :	0,4 %

A noter que 69,3 % de la population adhère à une société mutualiste (dont 74 % des assurés sociaux).

Il y a trois grandes catégories de bénéficiaires :

a. Les assujettis qui s'ouvrent des droits par le versement de la

cotisation sociale, ils sont immatriculés à un régime et affiliés à un organisme.

b. Les "ayants-droit" qui bénéficient sous certaines conditions des droits que s'est acquis l'assujetti.

c. Les sujets qui reçoivent une aide, habituellement une allocation sans avoir versé de cotisation ou en ayant versé insuffisamment. La solidarité nationale joue alors en leur faveur.

3. Grands principes d'organisation.

À la base de l'organisation d'un régime de sécurité sociale se situent deux choix déterminants :

a. le premier choix porte sur la philosophie du programme à adopter :

- certains nient toute utilité à l'assistance accordée aux malheureux, aux diminués, jugeant même qu'un secours accordé dans ces conditions est indigne de l'humanité (Nietzsche). Aucune protection n'est réalisable dans cette hypothèse.

- d'autres reconnaissent la nécessité et la validité de l'octroi d'une aide aux indigents pourvu que cette aide ne constitue pas une promotion sociale, elle sera donc limitée à la fourniture du "minimum vital".

- les derniers reconnaissent le devoir de la collectivité à fournir à tous les individus dans le besoin, les moyens de retrouver leur part de bien-être et à se réinsérer dans la vie sociale. C'est là essentiellement le but de la sécurité sociale et de la solidarité nationale.

b. le second choix porte sur le rôle de l'Etat dans le système de protection sociale.

- les pouvoirs publics peuvent assurer directement et totalement l'organisation et le fonctionnement du système de protection sociale.

- les pouvoirs publics peuvent laisser la gestion du système à des organismes privés ou à caractère associatif, conservant la tutelle de ces organismes et parfois en participant au financement.

- les pouvoirs publics peuvent laisser toute l'initiative de la protection sociale aux organismes privés ne conservant que l'assistance à certaines catégories particulièrement déshéritées de la population.

4. Caractéristiques de l'organisation française. Le plan français de sécurité sociale, P. Laroque.

- a. L'État se réserve les rôles de législation, de réglementation et de tutelle.
- b. La gestion est confiée à des organismes privés, de statut mutualiste, gérés par des représentants élus des assurés.
- c. Les organismes de sécurité sociale se divisent en deux catégories : organismes de gestion et organismes de contrôle et de tutelle.
- d. Le financement du système est assuré par les "cotisations sociales" versées par le salarié et par l'employeur.
- e. L'action des organismes de sécurité sociale se traduit principalement par le service de prestations aux assujettis.

Les organismes sont répartis suivant trois principes :

- a. Le principe de "l'unité d'organisme" l'assujetti devant pendant toute son existence être en rapport avec le même organisme de sécurité sociale. Ce principe n'a pas été respecté et la sécurité sociale s'est divisée en trois branches : maladie, invalidité, - allocations familiales, - vieillesse. Chacune de ces branches a ses caisses distinctes et une organisation particulière. Il faut ajouter que dans de très nombreux cas l'intéressé s'attache volontairement une garantie supplémentaire conventionnelle ou mutualiste.
- b. Le principe de "l'unité géographique" veut que tous les assujettis d'une même circonscription dépendent obligatoirement du même organisme. Ce principe s'oppose à la constitution des caisses d'affinités.
- c. Le principe de "l'unité des prestations et des cotisations" sur l'ensemble du territoire veut que les prestations soient versées et les cotisations perçues suivant les mêmes bases dans tous l'hexagone.

Enfin le Plan français de Sécurité sociale définit ainsi les objectifs à atteindre.

- a. Fournir à tous, hommes et femmes, une activité rémunératrice reposant sur une économie et une organisation du travail garantissant à tous le "plein emploi". Une orientation et une formation professionnelles doivent permettre de placer chacun au poste où il a le meilleur rendement pour la collectivité tout en ayant, pour lui-même, le maximum de bien-être.
- b. S'assurer que l'activité du travailleur lui procure des ressources suffisantes pour assurer une vie décente à lui-même et à sa

famille. Ce qui pose le problème de la fixation des salaires, de leur évolution en fonction du coût de la vie et du maintien du "pouvoir d'achat" des ménages. Dans le cas d'un travailleur chargé de famille un salaire de complément viendra compenser ses charges (allocations familiales).

c. Assurer au travailleur la rémunération qu'il a acquis lui procurant les ressources nécessaires pour lui-même et sa famille. Ce problème qui est celui de la "conservation de l'emploi" se posera dans deux circonstances :

1) Le moment de l'embauche et celui du licenciement. Le travailleur sera protégé contre l'arbitraire patronal par les dispositions des conventions collectives de sa branche professionnelle et par l'arbitrage et les décisions de l'inspection du travail.

2) La protection de la santé du travailleur. Les prestations servies doivent "permettre au malade de guérir et de recouvrer sa capacité de gain" (art. 35 de l'ordonnance du 19 octobre 1945). Les actions de santé orientées vers la prévention s'y ajoutent (Médecine du travail - Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles - Examens de santé).

d. Parer les conséquences de la perte de l'activité rémunératrice par l'attribution de prestations compensant le salaire perdu.

La perte de l'activité rémunératrice survient en trois circonstances principales :

- d'ordre physiologique : maternité - vieillesse
- d'ordre pathologique : maladie - accident
- d'ordre économique : chômage

REFLEXIONS SUR LES CIRCONSTANCES QUI ONT PRESIDE A LA NAISSANCE ET AU DEVELOPPEMENT DE LA SECURITE SOCIALE DEPUIS 1945

Si l'on réfléchit actuellement aux conséquences de la promulgation de l'ordonnance du 4 octobre 1945 pour toute la vie sociale de notre pays et à la place qu'occupe le régime de sécurité sociale qu'elle instituait dans les relations humaines ou économiques, il paraît impensable que cet événement n'ait pas provoqué de profondes réactions dans la population. Or, la création de la Sécurité sociale, alors que cette institution est aujourd'hui un des sujets les plus névralgiques de notre organisation sociale en jeu de discussions passionnées, de luttes, de dissensions économiques, politiques ou sociales, n'a entraîné, au moment de la publication de l'ordonnance que peu de réactions dans le grand public. A part quelques individus appartenant aux milieux syndicaux ouvriers et patronaux, à la Mutualité ou aux directions de grandes entreprises qui étaient au courant des théories et du programme de Lord Beveridge et des travaux du Conseil National de la Résistance il paraissait, pour la grande majorité de la population, ne s'agir que d'une refonte et d'un aménagement du régime des Assurances sociales, tel qu'il existait en France depuis 1930 et qui avait déjà été refondu deux fois. Le souvenir des querelles, des discussions et des atermoiements qui avaient occupé toute la période de création des assurances sociales de 1925 à 1930 était encore présent à tous les esprits et renforçait la tendance au scepticisme et à l'attentisme devant ce qui ne paraissait n'être qu'une simple réforme supplémentaire.

Les circonstances favorisaient d'ailleurs cet état d'esprit : en 1945 on se trouvait dans la période "d'immédiate après-guerre" marquée par la parution d'un nombre considérable de textes importants, législatifs ou réglementaires nécessités par la remise en ordre du pays et le retour à la légalité républicaine.

A l'indifférence ou plutôt à la passivité du plus grand nombre s'opposaient les réactions de certains groupes bien individualisés dans la population; réactions vives, nombreuses, variables dans leur nature comme dans leurs causes et on devra se borner à en citer certaines, choisies parmi celles qui ont été directement vécues.

Il était inévitable que certaines catégories de sujets qui voyaient

dans l'institution nouvelle et dans les organismes mis en place pour son application, une menace pour leurs situations et leurs intérêts ne cèdent à des réactions de mécontentement, de contestation et finalement d'opposition. C'était le cas des personnels touchés par la disparition des caisses d'affinité remplacées par la caisse unique à circonscription géographique, ou encore celui des personnels des services privés d'assurance en raison de l'intégration de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le système global de garantie sociale. Ces réactions humaines, prévisibles et assez légitimes de la part d'individus qui se trouvaient brusquement devant une transformation et souvent une diminution de leur situation soumise aux aléas de multiples commissions de reclassement, ne nous retiendront pas plus longtemps.

Les réactions de méfiance et de passivité hostile des organismes publics : administrations départementales, services de la Santé, administrations hospitalières et services publics divers sont moins facilement compréhensibles. Ces réactions négatives se recontraient cependant couramment au cours des prises de contact, ou des réunions de travail consacrées à la mise en place des dispositifs nécessaires à l'application de la législation, à la recherche des locaux indispensables pour l'installation des nouveaux services et aux demandes des innombrables bons d'achat de matériel et de fournitures. Il semble que, pendant toute cette période initiale de l'installation de la Sécurité sociale les esprits se soient attardés au maintien d'une distinction nette entre le domaine de l'action publique consacrée à l'assistance et à la bienfaisance au profit des indigents et le domaine de la Sécurité sociale réservée à une clientèle bien individualisée dans l'ensemble de la population.

La coopération technique et l'articulation entre les actions de tous les organismes qui participent à la protection sociale de la population, ce qui nous paraît, aujourd'hui, la condition essentielle de l'efficacité des services rendus au public ne s'obtenaient qu'avec réticence et sans grand enthousiasme comme en témoignent les procès-verbaux des nombreuses réunions et des multiples conventions réalisées dans ce but et conclues entre les caisses et les services d'hygiène sociale, les caisses et les dispensaires de prophylaxie ou de soins, les caisses et les établissements de cure. Il arrivait même que les subventions accordées aux établissements, dans le cadre de l'action sanitaire et sociale, ne soient acceptées par les administrations hospitalières qu'avec une certaine méfiance.

Devant l'apparition d'un partenaire nouveau dans le système de la

garantie sociale, le secteur public paraît se replier et s'enfermer dans une réaction d'attente et de résistance et des structures pourtant récentes comme les services de la médecine du travail adoptaient une position analogue.

Les prestations familiales qui représentaient un grand progrès d'homogénéité et d'efficacité par rapport à la situation antérieure n'ont pas provoqué de réactions importantes sinon en 1946 et 1947 lors de leur reconnaissance comme branche essentielle et individualisée de la Sécurité sociale.

Par contre la nouvelle assurance maladie a été très tôt l'objet de réactions nombreuses et diverses et a rapidement eu à s'adapter à la situation. Les réactions les plus vives et aussi les plus complexes ont été celles des professions de santé et particulièrement celles du corps médical. Le moins que l'on puisse dire est que le comportement général des médecins vis-à-vis des caisses était dominé par une incompréhension marquée et une hostilité tempérée d'ironie. Les organismes de Sécurité sociale étaient considérés comme des adversaires dont on redoutait le comportement inamical vis-à-vis des praticiens, l'appétit d'hégémonie et d'autorité sur l'exercice de la profession et la mainmise sur la fixation des honoraires. La collaboration avec les services des caisses était considérée comme une sorte de trahison de l'éthique professionnelle. La position défavorable de l'ensemble du corps médical était en partie basée sur la conception qu'avaient les caisses des motivations de l'acte médical et sur deux expériences, celles des "cliniques d'accidents du travail" récemment développées et dont le fonctionnement était critiqué et celle des "médecins contrôleurs des assurances sociales" accusés d'être trop dépendants de leurs employeurs, de manquer de vocation; trop souvent la confusion de ces médecins avec les nouveaux "médecins conseils" de la sécurité sociale était soigneusement entretenue. La profession médicale, suivie par l'ensemble des professions de santé, redoutait que l'ordonnance du 4 octobre 1945 ne soit le début de la fonctionnarisation de la médecine française.

Il faut noter, et cela contribue à la complexité de la question, que cette attitude hostile de la grande majorité du corps médical s'est toujours associée à une collaboration loyale des praticiens dans la distribution des soins, le service des malades, et la réalisation des actes nécessaires à l'application de la législation.

Les premières applications de l'ordonnance d'octobre 1945 se sont donc déroulées dans une atmosphère lourde et marquée de méfiance mais cela ne doit pas faire oublier les aspects positifs de cette période. Par exemple

l'entrain, la bonne volonté et l'application tenace des administrateurs et des personnels des caisses, véritable enthousiasme qui a permis de surmonter tous les obstacles et toutes les incompréhensions pour réaliser l'installation des organismes et assurer le service des assurés, et cela dans des conditions matérielles difficiles. Tous étaient animés d'une même volonté née du sentiment de créer quelque chose de neuf et d'utile pour le bien-être de l'ensemble de la population.

Il faut rappeler que la France se trouvait, en 1945, dans une des situations les plus dramatiques qu'elle ait connu sur le plan sanitaire. La désorganisation des services sanitaires, la ruine des établissements de cure, le pillage des équipements, la pénurie de moyens et de matériels associés aux conséquences des restrictions et des conditions de vie du temps de guerre avaient entraîné une recrudescence effrayante de cas de tuberculose et une augmentation considérable de la mortalité due à cette maladie. Devant ce véritable fléau, la lutte antituberculeuse manquait de structure et de moyens, les actions permises par les Assurances sociales ou par l'Assistance médicale étaient insuffisantes et incapables de rétablir une situation normale. Or, à partir de 1945 et en quelques années, la situation va complètement se transformer; les méthodes de dépistage vont se normaliser et devenir plus fiables, les équipements vont s'améliorer et les établissements de cure en se diversifiant vont répondre mieux et plus complètement aux besoins des malades, les actions de tous les participants à la lutte contre la tuberculose vont être articulées entre elles par une législation adaptée. Tout l'armement antituberculeux va être rénové en fonction des nouvelles thérapeutiques efficaces chirurgicales ou médicales avec l'utilisation des familles successives d'antibiotiques à partir de la pénicilline. Les conditions de vie ont changé en s'éloignant des années de guerre mais également la couverture sociale des malades et de leurs familles s'est améliorée avec les prestations de longue-maladie, le régime de l'invalidité, les prestations familiales de la Sécurité sociale. L'exemple de la tuberculose a été choisi car c'est le plus démonstratif en raison de la gravité de la maladie et de l'exceptionnelle importance des résultats obtenus mais la même démonstration pourrait être conduite dans le cas des affections cardio-vasculaires et de l'apport des organismes de Sécurité sociale aux premières cures chirurgicales notamment en matière d'affections cardiaques d'origine congénitale. Il en serait de même pour les méthodes de réhabilitation et de réadaptation des handicapés physiques et du rôle des caisses dans l'effort consenti pour permettre à la France de rattraper le retard dû aux

années d'isolement. Comme exemple d'adaptation de l'action de nos organismes aux comportements et aux besoins réels des assurés on peut citer la modification rapide des règles initiales de la "longue-maladie" à la suite de quelques drames humains et douloureux.

Il serait puéril d'attribuer à la seule Sécurité sociale le mérite de tous les succès remportés en deux décennies par la lutte contre la tuberculose; mais l'analyse des faits, au cours de cette période, permet d'affirmer qu'une part importante doit lui être reconnue dans les résultats obtenus. Une telle analyse met clairement en évidence trois caractéristiques essentielles de l'assurance-maladie :

- la capacité de fournir à un très grand nombre d'individus atteints les moyens de se traiter et ceci dans le cas d'une maladie grave par son pronostic vital et par ses conséquences sociales, coûteuse par son caractère invalidant et son évolution chronique dans certains cas;

- la capacité d'adapter son intervention d'une part à la complexité et à l'évolution des doctrines et des techniques médicales, d'autre part aux modifications de l'environnement économique, familial ou social du malade;

- la capacité de permettre et de promouvoir le progrès et l'innovation médicale; l'acquisition et la diffusion de tous les moyens nouveaux utiles aux malades et à la collectivité entière.

P^r. E. DESANTI