

# La resocialisation contre la Covid-19. Le retour de *La Sociale* ?

\* Professeur  
d'économie  
à l'Université  
Sorbonne  
Paris Nord.

Philippe Batifoulier\*

Les plus grands moments de protection sociale dans l'histoire française sont fondés sur l'autogouvernement et se sont souvent élevés contre la politique poursuivie par l'État.

**I**l aura fallu ainsi des millions de morts et l'explosion de la pauvreté et de l'insécurité sociale pour que l'État social soit plébiscité. L'État social semble avoir fait un grand retour. Il était déjà très présent et les statistiques s'obstinent à montrer que les dépenses sociales et en particulier les dépenses de santé augmentent régulièrement et se maintiennent à un niveau élevé. Le haut niveau de dépense n'est pas en vain. La dépense sociale, c'est du revenu, de la consommation et de la production. La dépense sociale, c'est aussi l'un des meilleurs moyens de lutter contre les récessions du fait de son rôle dit contra cyclique (elles augmentent en période de chômage). La dépense sociale, c'est enfin un moyen d'enrayer les inégalités. Sans dépenses sociales, les inégalités seraient beaucoup plus fortes.

Ce qui a changé n'est pas l'importance de l'État social mais l'affirmation de nouveaux principes. Tout particulièrement, la défense de la vie humaine a été préférée à l'équilibre budgétaire qui apparaissait avant comme l'horizon indépassable de toute politique publique. Ce qui s'est affirmé également est la volonté de sauvegarder ce que les sociétés considèrent comme des biens communs et la santé l'est au premier rang. L'expression citoyenne pour ce qui est tenu comme un

droit fondamental s'est traduite dans l'attachement aux services publics de santé.

Cet attachement n'est cependant pas un attachement à la politique menée par l'État. Si on a applaudi les soignants, on n'a pas applaudi l'État et la politique néolibérale qui a été menée depuis plusieurs décennies.

Au contraire, nombreux sont ceux qui se sont révoltés contre la politique poursuivie. Face à l'épidémie de pauvreté qui s'est développée, les citoyens ont multiplié les dispositifs d'entraides. Devant l'incapacité manifeste du *management* public à gérer la crise, les personnels hospitaliers ont dû se débrouiller et prendre en main l'organisation du travail pour sauver des vies. L'État social est désormais attaqué par ceux qui le font vivre et qui ne se reconnaissent plus dans les politiques sociales portées par l'État depuis plusieurs années. Le cortège de ceux qui revendiquent est grand. Les professionnels de santé rejoignent les enseignants ou les personnels de Pôle emploi. Les bénéficiaires des prestations sociales : patients, chômeurs, étudiants, retraités, etc., s'indignent aussi de la politique sociale (ou anti sociale) de l'État. C'est l'État social qui est accusé des régressions sociales en matière de retraites, d'aide au logement, d'allocations chômage ou de santé. Il y a dans ces oppositions l'expression de l'effritement du mythe

de l'État social mais aussi l'affirmation de la nécessité de droits d'accès universels qu'il faut attacher à certains biens. C'est l'esprit de la Sécurité sociale de 1945 qui a soufflé pendant la crise de la Covid-19 et qui se retrouve dans les initiatives citoyennes et dans la résistance des personnels hospitaliers à la politique hospitalière. Contre la politique mise en œuvre par l'État social qui a conduit à la crise, l'affirmation d'un social porté par les citoyens a permis de parer à l'urgence et d'imaginer une sortie de crise.

## La Sécurité sociale de 1945 : *La Sociale* contre l'État

Ces mouvements citoyens au nom de la primordialité de la santé renouent avec l'histoire. L'histoire sociale française est en effet assez singulière. Les plus grands moments de protection sociale dans l'histoire française sont fondés sur l'autogouvernement et se sont souvent élevés contre la politique poursuivie par l'État. On peut ainsi opposer deux lectures de la protection sociale française :

– Un modèle d'État social (ou « Welfare state ») où la protection sociale est étatisée. Ce Welfare state a une grande responsabilité dans la crise.

– Un modèle de « citizen welfare » que l'on peut appeler *La Sociale* qui met en avant la volonté des

citoyens de prendre en main leur protection sociale pour satisfaire ce qui apparaît comme relevant des droits humains fondamentaux<sup>1</sup>. Ce modèle de bien-être citoyen a jeté les bases d'une sortie de crise.

La Sécurité sociale de 1945 est l'archétype de *La Sociale*. Mais l'histoire française est émaillée de mouvements d'opposition à l'État central qui ont conduit à des avancées sociales. Ainsi, pour ne citer qu'un seul exemple, La Commune de Paris de 1871 faisant suite à l'insurrection des Parisiens contre l'État le 18 mars a promulgué un certain nombre de mesures sociales : moratoire sur les loyers et les dettes, fin des poursuites contre les endettés insolubles, réquisition de nourriture, rationnement, réquisition des logements vacants, annonce de la création d'une pension pour les blessés, veuves et orphelins, etc. Mais c'est bien sur la création du Régime général en 1945 qui constitue le point focal des expériences relevant de *La Sociale*. La création d'un fonds unique, d'un taux de contribution interprofessionnel et surtout la gestion confiée aux intéressés constituent un nouveau modèle de protection sociale. Le régime général tranche en effet avec les assurances sociales antérieures parce qu'il est structuré par un autogouvernement, lui-même institutionnalisé dans les conseils d'administration des caisses qui sont composés de trois quarts des représentants syndicaux et d'un quart des représentants des employeurs. Cet arrangement institutionnel confiait la gestion de l'institution aux travailleurs eux-mêmes.

Le « moment 1945 » est emblématique d'un « citizen welfare ». Il n'est pas porté par l'État. Alors que l'État a été discrédité : la presque totalité des parlementaires a voté les pleins pouvoirs à Pétain, l'appareil d'État a collaboré avec les nazis. D'autres institutions sont également discréditées : le monde des affaires, l'Église, les élites militaires, financières et bureaucratiques. Seul le monde du travail sort grandi de la guerre parce qu'il a nourri les rangs de la Résistance. Les animateurs de la Sécurité sociale de 1945 continuent de résister à l'État et à l'étatisation, comme ils l'avaient fait pendant la période de Vichy.

Ils résistent par d'autres moyens. Le Régime général est une dette de guerre. L'impératif démocratique d'après-guerre ne peut pas être porté par l'État ni par le marché mais par l'organisation d'un « citizen welfare », fondé sur la force des travailleurs. Il s'exprime par le poids du Parti communiste et de la CGT et par le rôle d'Ambroise Croizat, ministre communiste chargé d'organiser le système de sécurité sociale à la libération. La création de la Sécurité sociale en 1945, consacrée par la loi : le plan français de sécurité sociale est le produit de ce rapport de force.

On sait que ce modèle de *citizen welfare* (ou *La Sociale*) a été très vite contesté et est parvenu à résister à l'État planificateur et centralisateur en faisant valoir que la socialisation n'est pas la nationalisation ni l'étatisation. L'État finira par prendre le pouvoir sur la Sécurité sociale en expropriant les travailleurs et en absorbant progressivement la protection sociale.

En devenant davantage encastrée dans l'État, la protection sociale s'est davantage encastrée dans le capitalisme. Le transfert de charge de la Sécurité sociale aux assurances privées pour les frais de santé a développé un grand marché assurantiel où naissent progressivement des grands groupes financiers proposant des couvertures pour les bien-portants alors que les plus malades ou les plus pauvres sont laissés à la solidarité nationale. La législation sur le brevet à fait du médicament un excellent placement pour un capitalisme financiarisé. L'*empowerment* d'une bureaucratie du social convaincue de la vérité du marché et de la logique entrepreneuriale a conduit à générer le modèle de « l'hôpital entreprise » où le soignant est un producteur de coût et non de soins. Le développement d'un référentiel de gestion du social venant directement des entreprises à but lucratif conduit à systématiquement préférer le flux au stock et à conduire à un manque criant de lits, de respirateurs, de masques, etc.

En se détournant de *La Sociale*, la protection sociale est devenue porteuse de régressions sociales. Si la gestion de crise a été une cause de la crise, c'est parce que la représentation politique de la protection sociale est en crise. La

façon dont le système de santé est conçu a favorisé le développement de la crise. La mise à distance de ce référentiel a permis de trouver des solutions à la crise.

### Changement de programme : le retour de *La Sociale* ?

La crise sanitaire a amorcé un changement de programme. L'affirmation de la primauté de la santé et du bien être citoyen a fait bouger les lignes. Ce qui était impensable hier est devenu réalité aujourd'hui. La dépense publique autrefois décriée est devenue la solution. Les assurances santé privées dont le marché semblait sans fin ont été privées des remboursements quand la Sécurité sociale s'est positionnée comme assurance complète. Les chiffres en témoignent : alors que le déficit du régime général de Sécurité sociale est estimé à 44 milliards d'euros, les assurances santé complémentaires privées ont bénéficié d'une « cagnotte » estimée à 2,6 milliards que les pouvoirs publics veulent maintenant taxer au nom de la perception d'un avantage indu.

Derrière ces chiffres se cache une réalité nouvelle : pour limiter l'épreuve financière liée à la maladie, des mesures radicales ont été prises. Être malade de la Covid-19 ne relève pas d'une affection de longue durée (ALD) prise en charge à 100 %, ce qui annonce des factures astronomiques à l'hôpital pour les pas ou mal assurés. L'épreuve financière pour ces malades semblait devoir être terrible si le système avait fonctionné comme avant.

Le monde d'avant est en effet celui de reste à charge que même l'administration qualifie de « catastrophique » pour certains patients, y compris à l'hôpital, y compris pour les plus malades<sup>2</sup>. Le monde d'avant, c'est celui du retrait de la Sécurité sociale, particulièrement pour les soins courants qui sont les plus fréquents, et de l'augmentation induite de la place des complémentaires santé. Le développement du marché de l'assurance santé privée se traduit par une augmentation du chiffre d'affaire de 118 % en 15 ans (37 milliards d'euros en 2017 contre 17 en 2001) alors que dans le même temps, l'évolution des dépenses de la branche maladie

1. P. Batifoulier, N. Da Silva et M. Vahabi (2020). « *La Sociale* contre l'État-providence. Prédation et protection sociale ». *Document de travail CEPN*, 2020. En ligne <2020/1\_ffhal-02487791f>.

2. P. Batifoulier, N. Da Silva, et J.-P. Domin, *Économie de la santé*. Armand Colin, 2018.



## On a redécouvert l'existence des inégalités sociales de santé. La Covid-19 ne fait que mettre en scène de façon spectaculaire le rôle des conditions de vie sur la maladie.



(régimes obligatoires de base) est de +73 % entre 2001 et 2017.

La Covid-19 est arrivée sur une organisation du financement du soin qui ne va pas bien. C'est pourquoi, pour résister à la pandémie et ne pas rajouter une épreuve financière à l'épreuve mentale et physique de la maladie, il a fallu revenir à l'essentiel : en appeler à la Sécurité sociale.

Pour tous les patients, les téléconsultations, quel qu'en soit le motif, ont été prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Ce que les professionnels de santé n'avaient pas réussi à obtenir en régime d'austérité budgétaire, la crise sanitaire a fini par le conquérir : les salaires ont été timidement augmentés avec le Ségur de la santé et on a augmenté les tarifs médicaux : depuis le 11 mai 2020, la consultation médicale pour les malades de la Covid est désormais facturée 55 euros, soit 30 euros d'augmentation pris en charge intégralement par la Sécurité sociale.

Pour les patients, les tests de dépistage (chaque test coûte 73,59 euros) ont été intégralement remboursés par la Sécurité sociale. Alors que dans le monde d'avant, on n'avait cessé de condamner « l'assistanat », de dénoncer les dispositifs pour les plus pauvres, trop coûteux et gangrenés par la « fraude », de freiner l'accès aux droits par des barrières administratives, on a cette fois donné des droits à couverture santé de façon automatique.

En effet, pour les plus modestes, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)<sup>3</sup> et même l'Assurance médicale d'État pour les sans-papiers (AME) ont été prolongés de 3 mois. Dans le même temps, pour

les plus malades en Affection de longue durée, l'exonération du ticket modérateur qui arrivait à échéance a été prolongée.

Même aux États-Unis, où la haine de la gratuité est telle que le surendettement est fréquent pour payer les factures astronomiques de l'hôpital, on a mis en place la gratuité des tests du Covid-19 pour tous les Américains, qu'ils soient couverts ou pas par l'assurance maladie. On a instauré un congé maladie transitoire pour les PME, ce qui est extraordinaire pour ce pays.

Alors que dans le monde d'avant, l'arrêt de travail était systématiquement dénigré et faisait l'objet de dispositifs visant à le décourager (comme le délai de carence), il a bénéficié de dispositions favorables en France comme ailleurs. L'OCDE, dans un rapport de juillet 2020<sup>4</sup>, a dressé un inventaire des différentes mesures qui ont été mises en œuvre : amélioration des aides en matière de congé maladie pour les salariés qui en bénéficiaient déjà (France, Irlande, Slovaquie) ; instauration d'un congé maladie spécial Covid-19 (Canada, NZ) ou indemnité spéciale (Australie, Espagne) ; création d'indemnités de maladie pour les travailleurs infectés (États-Unis, Corée) ; suppression des délais de carence (France, Estonie, Lettonie, Portugal, Royaume-Uni et Suède), etc.

L'assurance santé complémentaire revendiquait d'être plus efficace sur la prise en charge des petits risques. Or, la Covid-19 a fait voler en éclats la distinction entre petit risque et gros risque parce que les personnes infectées peuvent tout aussi bien avoir des symptômes bénins que des complications très graves. La grande affaire de la responsabilité individuelle qui donnait du

crédit à l'assurance privée (parce qu'elle peut davantage faire payer le patient en fonction du risque) est devenue subitement secondaire. On a (re) découvert que la maladie est subie !

On a redécouvert l'existence des inégalités sociales de santé. La Covid-19 ne fait que mettre en scène de façon spectaculaire le rôle des conditions de vie sur la maladie. Si la Covid-19 dans sa forme grave touche les plus âgés, ce sont les plus modestes qui sont en première ligne comme le montre le cas exemplaire de la Seine Saint-Denis : département jeune mais qui a connu l'augmentation la plus grande du nombre de décès entre le 1er mars et le 30 avril 2020 par rapport à la même période en 2019 : +123 % selon l'Insee<sup>5</sup>. Les corps portent les stigmates des sociétés inégalitaires. Les plus exposés au virus (les « premiers de corvée ») sont souvent ceux qui sont le plus soumis au pouvoir patronal<sup>6</sup>. Ils sont plus exposés parce que plus exploités.

L'omniprésence des inégalités sociales de santé écrase la stratégie de responsabilité individuelle et le soi-disant avantage que pouvaient avoir des assurances privées capables de mieux faire payer le patient pour le responsabiliser. La Covid-19 a montré que les assurances privées n'avaient aucun avantage concurrentiel sur la Sécurité sociale. Les maladies frappent le plus souvent et le plus durement les plus modestes, qui ont une espérance de vie plus courte et qui, du fait de la place grandissante de l'assurance privée, sont aussi les moins couverts par leur assurance quand ils en ont une<sup>7</sup>. Face à la maladie, une couverture dégradée conduit à des problèmes de santé individuelle mais aussi à des problèmes de santé publique quand l'impossibilité de se soigner parce que c'est trop cher a des effets externes négatifs. On sait que le renoncement aux soins qui se traduit par un retard de soins peut conduire à des dommages collatéraux allant jusqu'au décès. La crise du Covid-19 a révélé l'ampleur des dégâts que peut provoquer un retard de soins<sup>8</sup>.

3. La CMUC (pour ceux dont le revenu est inférieur à 745 euros mensuels) et l'ACS (un chèque santé pour ceux dont le revenu se situe entre 745 euros et 1007) ont fusionné dans le cadre de la Complémentaire santé solidaire.

4. OCDE (2020) « Paid sick leave to protect income, health and jobs through the COVID-19 crisis ». <[https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134\\_34797-9iq8w1fnju&title=Paid-sick-leave-to-protect-income-health-and-jobs-through-the-COVID-19-crisis](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_34797-9iq8w1fnju&title=Paid-sick-leave-to-protect-income-health-and-jobs-through-the-COVID-19-crisis)>.

5. <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4500439>>.

6. N. Da Silva, « Le système de santé malade du Covid-19 ou du capital ? » *Contretemps*, 2020.

7. P. Batifoulier, *Capital santé : quand le patient devient client*, La Découverte, 2014.

8. Une étude britannique récente dans le cas du cancer a révélé l'importance des décès prématurés du fait de l'absence d'une prise en charge adéquate. Amit Sud, Michael Jones, John Broggio *et al.*, « Collateral damage : the impact on cancer outcomes of the COVID-19 pandemic », *Annals of oncology*, 2020.



9. D. Naouri, G. Ranchon, A. Vuagnat *et al.*, « Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France », *British Medical Journal Qual Saf*, 2020;29:449-464.

10. P. Batifoulier, « L'assurance maladie face à la Covid-19. La sécurité sociale élargie seule réponse à l'épreuve financière », *Revue Espace Marx*, 2020.

En France, si les urgences sont saturées, on le doit en grande partie à la place qu'occupe l'assurance privée, au retrait de la Sécurité sociale pour les soins courants et à l'insuffisance criante de la médecine de ville. Les soins aux urgences qualifiés « d'inappropriés » sont en fait associés à une forte vulnérabilité économique et tout particulièrement à l'absence de couverture complémentaire santé, comme le montre une vaste étude sur près de 30 000 patients français<sup>9</sup>.

### Pour une sécurité sociale élargie

Ce qu'a révélé la crise de la Covid-19 est le rejet de la privatisation et la nécessité de resocialiser. La Sécurité sociale s'est imposée comme une assurance totale, rendant inutiles les assurances santé privées. Il en va ainsi parce que le sentiment que le marché sacrifie des besoins fondamentaux de santé est largement partagé. Le choix fait par les gouvernements pour développer les assurances santé privées au détriment de la Sécurité sociale est un choix coûteux en inégalités et en dépenses.

Ce retour de la Sécurité sociale exprime la volonté citoyenne de

sauvegarder ce que les sociétés considèrent comme étant primordial. La volonté de repousser la mort le plus longtemps possible doit se traduire par un accès à la santé qui doit être abordable. C'est la Sécurité sociale qui a porté cette revendication citoyenne.

Si la crise sanitaire a montré un retour du *citizen welfare*, il y a à craindre que tout redevienne comme avant. Pourtant la prise de pouvoir de la Sécurité sociale face à l'urgence de la situation ne peut pas être considérée comme un moment d'exception. La crise est globale et les pandémies durables. La Covid-19 a été nommée SARS-CoV-2 pour rappeler qu'il y a déjà eu une épidémie de SARS (Cov-1) et de nombreuses autres pandémies (H1N1, VIH, MERS-Cov, etc.).

Aussi, il faut se préparer à des solutions pérennes. La crise de la Covid-19 a montré que face à la maladie, il n'y avait pas mieux que la Sécurité sociale et que les assurances privées sont inutiles pour vaincre l'épreuve financière. Une Sécurité sociale élargie n'est pas un moment d'exception mais un horizon incontournable. La crise de la Covid-19 n'a fait que mettre en lumière que le patient

aurait tout à gagner à rapatrier l'argent qu'il met dans une complémentaire santé vers la Sécurité sociale. Dès lors, il est nécessaire de s'interroger sur l'impérieuse nécessité d'une Sécurité sociale élargie, rendant inutiles ou superflues les assurances privées<sup>10</sup>.

La solidarité ne signifie pas pour autant qu'il faut tout prendre en charge. À l'inverse d'un financement privé qui est prêt à tout financer si le patient est rentable, le financement solidaire par la Sécurité sociale élargie nécessite un choix démocratique et scientifique des besoins de soins de santé. Il est dès lors nécessaire que les citoyens s'accordent sur les priorités de remboursement. Pour ce faire, il apparaît indispensable de développer la démocratie en santé en commençant par tenir compte de l'avis des patients qui sont aujourd'hui écartés des décisions qui les concernent au premier chef. La crise de la Covid-19 a mis en avant les aspirations citoyennes pour un accès aux soins et la sanctification du droit à la santé comme droit fondamental. Il reste à convertir ces aspirations citoyennes en droits politiques de façon à bâtir les institutions qui portent la satisfaction des besoins fondamentaux. ■