La Sécurité sociale en France, institution anti-paritaire ? Un regard historique long terme

Antoinette CATRICE-LOREY *

Le paritarisme est généralement présenté comme un caractère de la gestion des systèmes assurantiels de sécurité sociale. Associés, à part égale ou non, en raison de leur contribution financière au régime, employeurs et salariés assurent conjointement, en accord avec l'Etat mais avec une certaine autonomie, la responsabilité de la conduite du système. Le mode paritaire est en même temps porteur d'une signification de régulation sociale, la confrontation des intérêts divergents constituant une tentative réformiste de résolution des oppositions de classe.

Tout en reproduisant les traits formels du système bismarckien, l'institution française, dans sa tradition et son fonctionnement sur le long terme (du moins jusqu'en 1996), n'apparaît pas incarner cette problématique. Si l'idée paritaire a réellement pris corps dans le champ de la protection sociale, c'est à la périphérie du système de sécurité sociale lui-même, dans certains îlots spécifiques tels les régimes complémentaires de retraites ou l'assurance chômage.

Ce caractère ponctuel du paritarisme en France renvoie assurément à un contexte spécifique des rapports entre l'Etat et la société civile. Mettant en scène des groupes sociaux segmentés et rivaux, volontiers défiants de l'Etat central, la société française témoigne, de longue date, d'une faible aptitude à la médiation corporatiste (Jobert, 1988).

Il importe toutefois d'expliciter la difficulté de l'institution principale d'intégrer pour sa gestion un processus de régulation paritaire. L'examen de la question comporte deux volets ; il s'agit d'une part d'analyser le type de

* *CNRS et ADIS Université Paris Sud*

lien réunissant les représentants des employeurs et des assurés autour d'un enjeu reconnu comme commun, d'autre part d'apprécier les contours du champ d'autonomie laissé par l'Etat aux acteurs en place.

La construction ou la déconstruction de ces deux pôles de rapports, constitutifs de toute dynamique paritaire, ne peut s'appréhender que sur une période longue, englobant les différentes étapes de l'édification d'une protection sociale obligatoire, et notamment les termes de la confrontation avec l'héritage institutionnel de la prévoyance libre (Faure, Dessertine 1994). Avant d'évoquer les principes qui fondent le modèle de sécurité sociale instauré en 1945, nous retracerons donc, entre 1921 et 1930, l'histoire du premier système d'assurances sociales obligatoires, la teneur des projets d'Etat, la manière dont ils ont été reçus par les groupes intéressés,... en l'occurrence, la contestation victorieuse des acteurs de la prévoyance libre.

S'interposant comme groupe de pression, les mutualistes imposeront, en 1930, une conception fortement identitaire, relativement exclusive et fermée, du modèle de gestion par les intéressés ; ils refouleront les tentatives publiques de 1921-28 d'introduire une structure et un esprit paritaires. Les réactions de défense à l'origine, la manière de penser la gestion majoritaire par les bénéficiaires, et corrélativement la présence des employeurs constitueront un obstacle à une intégration progressive du principe paritaire, comme ce fut le cas en Allemagne.

Dans un contexte quasi révolutionnaire, l'étape de fondation du système de sécurité sociale, en 1945, incorporera certaines transcriptions du modèle mutualiste. L'opération aboutit, on le sait, à confier aux organisations syndicales la gestion de l'institution. La rupture avec le passé qu'elle consacre, écartant une catégorie d'acteurs jusque-là prédominante dans le fonctionnement de l'ancien système (Gibaud, 1986) n'est pas sans rendre compte d'une donnée propre à l'histoire sociale française, à savoir la dissociation intervenue à la fin du XIX^{e} siècle, au sein du monde ouvrier, entre la mutualité et le syndicalisme.

En tout état de cause, qu'on se réfère aux compromis adoptés en 1930 pour le premier système obligatoire ou aux données de fondation de la Sécurité sociale en 1945, on met en relief un certain enracinement anti-paritaire de l'institution. Celle-ci s'est organisée autour d'une logique différente, celle de démocratie ouvrière. Elle tendra à récuser la légitimité de la participation patronale requise pour l'instauration d'une démocratie paritaire.

Ajoutons que si l'on suit la ligne longue des rapports de l'institution avec l'Etat, l'analyse du partage initial des pouvoirs, comme de ses développements, conduit à mettre en lumière un tripartisme de fait, à dominance étatique. Celui-ci est intervenu, dès après 1945, comme axe correctif au

principe de gestion ouvrière. Il s'est affirmé par la suite, tout en coexistant avec un paritarisme de façade.

Le devenir des modèles institutionnels sur le long terme est lié aux objectifs que leur assigne la société, elle-même sans cesse confrontée à des nouveaux défis. Ancrées dans la structure socio-politique de chaque nation, les institutions ne doivent pas moins répondre à des impératifs d'efficience. Les problèmes de l'assurance maladie [1], face à la régulation des dépenses de santé, en sont une illustration centrale. Les impasses cultivées par les partenaires sociaux, en France, dans leur mission de négociation avec la profession médicale ont conduit à accroître encore le champ d'intervention de l'Etat. Une telle évolution aurait pu déclencher une crise de l'existence même du dispositif démocratique. Il apparaît, au contraire, qu'avec la réforme « Juppé », en 1996, certains changements, tant d'infrastructures de pouvoir que d'attitudes d'acteurs, ouvrent la perspective d'un nouveau départ de l'idée paritaire en sécurité sociale.

Un enracinement anti-paritaire

Le précédent allemand, institutionnalisant dès 1883 un régime d'assurance maladie, constitue pour la France, en 1919, avec le retour des départements d'Alsace-Lorraine, une forte incitation à mettre en œuvre, aux côtés des législations d'assistance qui s'étoffent, un système national d'assurances sociales obligatoire. Celui-ci doit relayer les avancées de la prévoyance volontaire, remédier à son éclatement et à ses discontinuités. Le 22 mars 1921, un projet de loi couvrant la maladie, la vieillesse, l'invalidité, le décès, la maternité, est déposé à la Chambre par Daniel Vincent, ministre du Travail. Neuf années d'oppositions diverses, en provenance des mutualistes, des agriculteurs, du patronat, des médecins, reporteront à avril 1930 la sortie de la loi. Les contestations visent tant l'idée d'obligation, qui va à l'encontre du paradigme libéral régnant alors, que les formes d'administration du système (Hatzfeld, 1971). La loi de 1930 ne verra le jour qu'au prix de remaniements radicaux du dessin initial d'organisation.

---

1. Il est, à l'épreuve, difficile de traiter du modèle de sécurité sociale dans son ensemble, indépendamment de ses volets maladie, vieillesse, allocations familiales. L'histoire des débuts de la couverture de chaque risque au temps de la prévoyance volontaire, celle de leur inscription dans les systèmes ultérieurs comporte des aspects spécifiques. Peut-on dire par exemple avec Gilles Pollet et Didier Renard (1995, p. 552-3) qu'au tournant du siècle c'est le mode de gestion tripartite qui apparaît attaché à l'émergence d'une protection sociale organisée par l'Etat ? Si l'observation est valable pour la retraite, l'est-elle pour la maladie ? La référence par nous ici adoptée est celle de l'hisoire du risque maladie. Nous posons néanmoins, qu'à partir de 1945, en raison du principe initial de la caisse unique, et en dépit d'une spécificité sans cesse croissante des branches, le régime général maladie peut être considéré comme le creuset du modèle de sécurité sociale.

La genèse du premier modèle obligatoire d'assurances sociales : 1921-1930

Sans détailler les processus de construction et d'oppositions qui s'entrecroisent pendant cette période, nous mettrons l'accent, d'une part sur la structure du projet présenté par l'Etat en 1921, sur sa portée dans le contexte de société d'alors, d'autre part sur la nature et les significations du compromis de 1930.

Le legs d'organisation de la prévoyance libre est en fait dominé par l'intervention de deux types d'acteurs, la mutualité et le patronat [2]. Il y a coexistence des initiatives de l'un et de l'autre pour créer des organes de secours et de prévoyance. Cependant, les modes de gestion de la protection collective ainsi générée sont différents, gestion par les bénéficiaires d'un côté (peu à peu encadrés, il est vrai, par des notables bienfaiteurs), par les seuls employeurs (sauf exceptions) de l'autre, sur un mode paternaliste. Au sein des grandes entreprises, une revendication de gestion ouvrière a pris corps, portée par la CGT (Pollet, Renard, 1995).

Face à cette situation diversifiée et contrastée, le gouvernement présente un projet radicalement neuf, en rupture avec l'existant. Conçu par de hauts fonctionnaires, le dessin d'organisation est d'inspiration jacobine ; il prévoit un nouveau réseau de caisses, unitaire, à base territoriale (la région, le département), et laisse transparaître une volonté de contrôle étatique. Les conseils de ces caisses doivent être élus ; quant à leur composition, on préconise une structure paritaire, présentée comme principe de régulation sociale (*cf.* le rapport Grinda de 1923). Imposé d'en haut, le projet prend à contre-pied la tradition de décentralisation et de liberté de la prévoyance volontaire. Cherchant à promouvoir une voie moyenne de résolution des antagonismes sociaux, il tente d'insérer un principe paritaire que les groupes dominants ne sont pas prêts à recevoir. Dans leur double direction, ces conceptions de l'organisation du régime obligatoire seront refoulées. Les compromis auxquels on parvient en 1930 auront peu de liens avec le contenu initial. Devant la force de la résistance de la prévoyance libre, particulièrement accentuée en France, et pour faire passer le principe de l'obligation, l'Etat s'est résolu à céder sur les modalités d'administration du système.

A l'issue des débats à la Chambre, les étapes des processus de transaction entre pluralisme et centralisation sont, tout d'abord, le projet renvoyé par le Sénat en 1924, puis les textes de la loi (non appliquée) de 1928, enfin les correctifs qui lui sont appliqués et qui mènent à 1930.

Peu à peu les caisses prévues par le nouveau système voient leur champ d'application et leurs fonctions s'amenuiser. Si elles se maintiennent à l'é-

2. Il s'agit essentiellement de patrons des grandes entreprises et du mouvement catholique social.

chelon départemental, c'est finalement en coexistence avec les anciennes caisses d'affinité, elles-mêmes institutionnalisées sous le couvert du statut de la mutualité [3]. Pluralisme et libre choix ont été rendus aux assurés. S'agissant de leurs compétences, les caisses départementales seront peu à peu dépouillées, et de leur pouvoir de contrôle sur le réseau local, et de leur fonction de compensation financière. Relevant, en définitive, elles aussi d'un statut privé, elles se voient attribuer une fonction dite résiduelle, celle d'accueillir les assurés qui n'auront pas effectué de choix. L'évolution montrera que, ce faisant, elles deviendront les caisses les plus importantes. Il faut souligner l'autre versant de l'effacement des pouvoirs des caisses départementales ; dans la version de 1930, les services extérieurs de l'Etat gardent la haute main sur d'importantes fonctions du régime, comme l'immatriculation des assurés et le recouvrement des cotisations (Poirier, 1986).

On notera par ailleurs que la victoire du type d'organisation pluraliste sera de courte durée. Quinze ans après, en 1945, le dessin d'organisation de la Sécurité sociale renoue avec les projets de 1921, en instituant un réseau unique de caisses, à base territoriale (Pollet, 1995).

Le refus du mode d'organisation prescrit à l'origine n'est pas sans incidence sur le sort du projet paritaire public. Intégrées dans le cadre juridique de la mutualité, selon les termes de la loi de 1928, toutes les caisses d'affinité rejoignent une autre formule : elles doivent être gérées par des conseils composés pour les 2/3 de représentants des assurés, pour 1/3 des employeurs, ces derniers étant admis « à titre de membres honoraires ». Avec le second rectificatif de la loi de 1928, les pouvoirs publics tentent une nouvelle démarche en faveur d'une application générale du principe paritaire ; celle-ci répond en même temps à la préoccupation de réduire le poids de la participation des assurés. Finalement, dans la loi de 1930, le paritarisme n'est retenu que pour les caisses départementales. Encore faut-il préciser qu'il ne sera aucunement mis en œuvre : en l'absence d'organisation des élections prévues, les conseils de ces dernières se trouveront, dans la pratique, investis par le militantisme mutualiste.

Proposé par les pouvoirs publics dans les années vingt, le paritarisme comme mode de gestion de la protection sociale est récusé dès le premier système obligatoire. Imprégné d'une logique opposée dans ses principes de fondation, le projet de sécurité sociale de 1945 confirmera une telle orientation.

Les rapports de l'Etat avec la société civile, à propos du legs de la prévoyance libre, s'étaient présentés différemment en Allemagne lors de l'élaboration de la loi de 1883. Après quelques hésitations centralisatrices [4], Bis-

3. Etabli par la loi de 1898. Le patronat, ralliera, pour ses institutions propres, cette solution du moyen terme.
4. Bismarck avait envisagé un financement par l'Etat et les entreprises, de même que la création d'offices impériaux et une organisation unifiée des caisses professionnelles existantes.

marck se rallie rapidement au respect de la tradition, d'une part celui d'un financement par double cotisation, celui d'autre part d'un réseau étoffé et largement décentralisé d'organisations avec choix libre d'affiliation (Zöllner, 1982). On notera que les caisses locales générales créées par la loi de 1883 aux côtés des caisses mutualistes, d'entreprises, de corporations... sont, elles aussi, multiples, n'ayant pas de circonscription imposée, ne répondant pas à la planification territoriale. De même les conseils de ces instances ne sont-ils pas paritaires. Ils réunissent pour 1/3 des représentants des employeurs, pour 2/3 des représentants des salariés. Ce type de répartition des sièges recoupe la contribution financière de chaque partie. Il y a toujours eu en Allemagne un lien direct entre la participation financière des intéressés et leur pouvoir de gestion (Perrin, 1982). Un telle liaison logique sera déniée en France par les organisations ouvrières [5]. L'instauration du paritarisme dans les organes allemands d'assurance maladie, dans son sens strict d'égalité numérique, sera un point d'arrivée et non de départ. Le processus recouvre un grand pragmatisme de la démarche publique d'institutionnalisation, il s'expliquera dans le temps par une stratégie de retouches progressives du système. Acquise en 1951, l'idée paritaire s'insère alors comme une solution de continuité. Elle intervient par ailleurs à la suite d'une égalisation des contributions financières. Ce type de configuration des pouvoirs n'a pas, depuis, connu de retour en arrière. Accrochée à la volonté d'autonomie par rapport à l'Etat, la conception paritaire est partie intégrante du principe d'auto-administration des caisses.

Pour similaire qu'elle apparaisse, la composition 2/3-1/3 présentée à l'origine par les conseils, en France et en Allemagne, n'avait déjà pas la même signification. La participation patronale introduite par la législation de 1930 s'entend en quelque sorte comme une obligation ; elle est plus tolérée que voulue par les intéressés comme une donnée constructive. En Allemagne, les mêmes proportions recèlent un consensus sur l'idée de coopération entre employeurs et salariés. Tout ceci renvoie, il est vrai, à des données de fond des rapports sociaux de part et d'autre, culture d'antagonismes de classes d'un côté, pratique du compromis social de l'autre.

Le modèle de 1945 et ses significations

En 1945, à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, avec retard par rapport à d'autres pays comme l'Angleterre et l'Allemagne, un système national de sécurité sociale est instauré en France, couvrant un large ensemble de risques. La nature et le sens du modèle d'organisation et de gestion qu'il

---

5. *Cf.* plus loin l'argument du salaire différé. Qui plus est, contributions financières et pouvoir de représentation sont en France en rapport inverse. En 1994 les employeurs payent les 2/3 des cotisations et ne disposent que des 2/5e des sièges. En 1949, ils assumaient 80 % des cotisations, leur représentation étant réduite au quart des sièges.

prône ont fait l'objet de nombreuses analyses [6]. Pour éclairer la manière dont le système de 1945 confirme un certain enracinement anti-paritaire de l'institution, nous nous contenterons de souligner certains points forts de la situation, rappelant d'une part les termes du rapport Etat-société civile qui préside à cette naissance, relevant d'autre part les implications idéologiques d'une structure qui se veut novatrice.

Dans la société française d'après guerre, le climat des rapports sociaux se transforme, sous le signe d'un effacement des forces conservatrices. Un large éventail des partis de gauche, dont le parti communiste, est au gouvernement, tandis que l'Etat est aux prises avec l'impérieuse mission de reconstruction de la nation. Forts de leurs actions de résistance à l'occupant, les syndicats sont un partenaire dynamique et sollicité du redressement. Le patronat est momentanément en situation de retrait. La représentation des salariés n'est pas encore vraiment fragmentée. Deux syndicats sont sur la scène ; réunifiée, la CGT mobilise une masse importante de travailleurs ; quoique très minoritaire, la CFTC n'en est pas moins un interlocuteur présent. Entre l'Etat et les forces sociales agissantes, il y a une volonté commune d'instauration d'un ordre social nouveau. La Sécurité sociale doit en être une pièce maîtresse

Le projet d'ensemble est conçu par Pierre Laroque et conduit par des élites de la haute administration. Le modèle d'organisation présentera une configuration entièrement neuve. Qu'il s'agisse du réseau de caisses ou des acteurs gestionnaires, celle-ci s'inscrit délibérément en rupture avec la pratique en vigueur depuis 1930. Les tournants pris portent la marque d'un Etat fort.

Un terme est mis à l'organisation par affinités, au libre choix des assurés. On se réfère aux inconvénients du foisonnement d'organismes, mais l'on retrouve aussi la tentation jacobine présente en 1921. Accroché à une logique territoriale (l'échelon primaire étant le département), le réseau des caisses sera unitaire, monopolistique. La caisse unique doit en principe gérer tous les risques : maladie, invalidité, vieillesse, allocations familiales. Les tenants du pluralisme (le MRP, la CFTC) obtiendront certains aménagements, en particulier celui d'une administration et d'une gestion séparées pour le secteur allocations familiales.

La décentralisation est loin, par ailleurs, d'être absente de la structure du système. Les caisses territoriales sont des organismes privés, non hiérarchisés, ayant chacun à leur tête un conseil d'administration composé de représentants des bénéficiaires et des employeurs. Le principe d'autonomie de gestion est affirmé au départ ; la tutelle qui s'exercera à partir des services extérieurs régionaux de l'Etat doit être légère. L'évolution contredira cette intention première. Le réseau décentralisé est coiffé par une caisse nationale de

---

6. *Cf.* entre autres, et pour un exposé plus détaillé, notre article « La Sécurité sociale et la démocratie sociale : impasse ou refondation ? » in *Prévenir* n°29, 1995, pp. 61-79.

sécurité sociale, établissement public, qui tout en promouvant une action sanitaire et sociale, complémentaire des prestations légales, a pour mission d'assurer la compensation financière de l'ensemble. En face, à l'échelon national, une fédération volontaire des caisses, organe privé, s'est créée dès 1946 [7] : la FNOSS. Intervenant comme groupe de pression, elle sera l'interlocuteur politique des gouvernements. Elle assure aussi, au plan central, les rapports avec le corps médical.

Cependant, une autre novation est attachée au modèle de 1945 ; elle concerne la composition des conseils. Non seulement leur structure interne consacre un pouvoir largement majoritaire des bénéficiaires, mais c'est aux syndicats et non plus aux mutualistes que sont remis les trois quarts des sièges [8]. La légitimation du changement n'est pas sans revêtir quelque ambiguïté. L'exposé des motifs des ordonnances se réfère explicitement à la « tradition mutualiste de gestion par les intéressés ». Il reste que, s'agissant des acteurs les représentant, on a procédé à un transfert. Les employeurs, pour leur part, ne sont présents qu'en contre-point. Le modèle de 1945 pose, en fait, le principe d'une gestion syndicale de la Sécurité sociale. Dépossédés de leurs institutions propres, les patrons, comme les mutualistes, sont les perdants de l'opération.

Deux raisons de fond, combinées, rendent compte du bouleversement. La première a trait aux évolutions de la mutualité.

A l'issue d'un long cheminement, la mutualité s'est transformée en force conservatrice. Ouvrière à l'origine, combattue par l'Etat, puis agréée et encadrée par lui, investie par des membres bienfaiteurs, elle est victime de sa réussite et de son intégration. Dans les années 1880, en tout cas, elle s'est dissociée d'un syndicalisme qui, lui, prône de plus en plus des attitudes de contestation, voire révolutionnaires (Hatzfeld, 1984).

La seconde raison renvoie à la portée symbolique du modèle de gestion au-delà même de l'institution, aux significations de société qu'il revêt. Dans le contexte de rééquilibrage des rapports sociaux de la Libération, la structure des conseils de sécurité sociale recoupe la volonté de réserver une place accrue aux syndicats dans la vie nationale, d'institutionnaliser un pouvoir ouvrier.

La participation des employeurs représente plus une donnée inévitable, héritée de l'histoire sociale, que le fondement d'un nouveau jeu de régulation, alliant confrontation, coopération, et conflit ; au-delà de ses aspects minoritaires, le sens d'une telle présence ne laisse guère augurer de la possibilité d'une évolution vers le paritarisme. La CGT, pour sa part, vit la situation comme une conquête, celle d'un droit ouvrier à gérer la Sécurité so-

---

7. Comme les textes des ordonnances de 1945 en laissaient la possibilité.
8. C'est la proportion qui ressort de la loi de 1946, qui arrête aussi le principe de l'élection des conseils. Le passage des 2/3, prévus par les textes de 1945, aux 3/4, est entraîné par une permutation des représentants du personnel. Tout d'abord partie intégrante du collège salariés, ils en sont ensuite séparés.

ciale [9] ; la suprématie ouvrière s'entend sur fond d'antagonismes sociaux. Cinquante ans après, la charge idéologique du modèle d'origine est toujours perceptible dans les réactions des intéressés, notamment de Force Ouvrière et de la CGT.

Le système de fondation de la Sécurité sociale en France est généralement présenté comme ayant hésité entre Beveridge et Bismarck, combinant des éléments des deux modèles, empruntant au premier la visée d'universalité de la couverture sociale, au second ses modes de financement, et, partant, d'organisation (Palier, Bonoli, 1995). Ainsi qu'on l'a montré, une analyse plus fouillée des processus de filiation avec le système bismarckien laisse apparaître, concernant les modes d'organisation, d'importants contrastes de conception. Cette donnée ajoutée, qui introduit une coupure entre modes de financement et de gestion, ne plaide-t-elle pas en faveur d'une autre acception du système français, traité dès lors comme modèle spécifique plus que comme cas intermédiaire ?

L'absence de consensus présidant à la réunion des partenaires n'est pas le seul argument de l'anti-paritarisme recélé par l'institution. L'Etat, de son côté, s'écarte peu ; il s'interposera même comme gestionnaire concurrent. La seconde faille du paritarisme en sécurité sociale se définit à partir d'une analyse de l'autonomie de l'institution, de l'histoire du partage des champs des pouvoirs et de décision entre elle-même et l'Etat.

Cinquante ans de fonctionnement : du principe de démocratie ouvrière à un tripartisme de fait

L'examen de la distribution du pouvoir entre les gestionnaires et l'Etat met en relief, durant les premières décennies du fonctionnement de la Sécurité sociale, une certaine absence d'enjeu de gestion concernant les partenaires. A partir des année 1980, la nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé s'impose réellement comme enjeu assigné à l'assurance maladie. Le système de responsabilité a-t-il évolué pour autant ?

L'histoire d'un jeu tripartite Etat, syndicats, patronat

Au thème d'un partage très spécifique des responsabilités, il faut ajouter celui du contrôle de l'Etat sur l'institution. On en verra les voies multiples. On peut avancer notamment que la réforme de 1967, corrigeant le modèle de structures initial, témoigne aussi, sous maints aspects, d'une volonté publique d'emprise sur l'institution.

---

9. Il s'assortira rapidement d'un sentiment de propriété à l'égard de l'appareil, *cf.* A. Catrice Lorey, *Prévenir*, 1995, *op. cit.*

L'Etat et son emprise. des gestionnaires plus preneurs d'autonomie que de responsabilités financières

La Sécurité sociale est constituée en 1945 en terrain exemplaire de l'institutionnalisation d'un pouvoir ouvrier. Mais de quel pouvoir s'agit-il ?

Remarquons au préalable que, lors de la fondation, c'est l'Etat seul qui définit les missions de l'institution. L'association des partenaires, appelés pour la gestion, intervient après coup : elle n'est pas concomitante de l'invention d'un projet commun. Ce trait différencie le cas de la Sécurité sociale de celui des régimes de retraites complémentaires, par exemple.

Il est un autre point fort du partage des pouvoirs à l'origine, qui concerne la responsabilité financière du système. L'Etat central [10] s'est gardé pour lui seul la capacité d'intervenir sur les cotisations et sur les prestations, en vue d'assurer l'équilibre des comptes. Les gestionnaires des caisses, en France, n'ont pas, comme en Allemagne, la latitude et la responsabilité de moduler les taux des cotisations ainsi qu'une marge des prestations. La définition de leurs compétences s'organise principalement autour de la distribution des prestations légales, de la conception (encadrée) d'une « action sanitaire et sociale » est complémentaire. Pratiquement, le pouvoir majeur qui leur est dévolu est celui de la gestion interne du système. Dans ce champ, les intéressés s'attacheront particulièrement à la construction et à la gestion de la fonction personnel ; celle-ci portera longtemps la marque de la qualité syndicale de l'employeur ; elle deviendra aussi un enjeu entre fractions syndicales rivales, donnant lieu à certains abus [11]. Privée de la pièce maîtresse que représente la responsabilité financière, la fonction gestionnaire en sécurité sociale se présente comme un pouvoir tronqué.

Cette assertion appelle toutefois une observation complémentaire. L'hésitation fondamentale de l'Etat français, en 1945, à déléguer une part essentielle du pouvoir, sera relayée, plus tard, par un refus tacite des partenaires sociaux d'assumer ce type de pouvoir. L'événement d'une formule paritaire imposée par les pouvoirs publics, lors de la réforme de 1967, est en effet assortie d'une demande de responsabilisation financière, à l'adresse de la caisse nationale maladie [12]. Cependant, les acteurs paritaires ne mettront pas en œuvre cette disposition des ordonnances.

Pour retranscrire l'évolution du poids de l'Etat dans le système, il faut invoquer en outre deux autres registres d'intervention. Le premier est celui de son emprise progressive sur le fonctionnement, par les voies de la tutelle

---

10. Plus précisément l'exécutif, sans le contrôle du Parlement.
11. Des relations de clientélisme entrant en concurrence avec des questions de compétence. En 1960, l'Etat intervient par une réforme : il s'agit d'interposer, entre les conseils syndicaux et les agents, pour les politiques locales du personnel, la fonction professionnelle de direction.
12. En cas de déséquilibre financier d'une caisse locale, elle devait intervenir pour faire modifier cotisations et/ou prestations.

et du contrôle. Rapidement, pendant la période de gestion ouvrière, la présence des services extérieurs régionaux de l'Etat se fait envahissante. De part et d'autre la défiance est de mise. Tutelle et contrôle prennent des formes *a priori* ; les décisions des conseils sont volontiers suspendues ou même annulées. Dès 1959, les budgets des caisses sont soumis à une approbation préalable (Catrice-Lorey, 1982, pp. 40-48). Peu à peu tous les champs de gestion seront touchés. L'autonomie de fonctionnement de l'institution est assurément un leurre.

Le second registre est celui des interventions de l'Etat sur la structure de l'appareil. A cet égard, la réforme de 1967, les transformations administratives qu'elle initie, marquent un tournant stratégique. A un système encore très décentralisé, non hiérarchisé, se substitue une organisation à bien des égards verticalisée. Dans le cadre de l'assurance maladie comme des allocations familiales, les caisses primaires rendent des comptes [13] à une caisse nationale, nouvellement créée. Posée comme établissement public, celle-ci a à sa tête un directeur nommé en Conseil des ministres. Des représentants du ministère des Finances et de celui des Affaires sociales sont présents aux travaux de son conseil d'administration. Bref, par caisse nationale interposée, l'Etat a accru son emprise sur le système, désormais éclaté en branches. L'ancienne caisse nationale unique qui assurait une certaine unification organique de l'ensemble, a été supprimée. La FNOSS sera dissoute.

Le changement donnera lieu par ailleurs, sur près de trente ans, à une intériorisation progressive des contrôles, certaines démarches des tutelles régionales étant transférées à la caisse nationale, notamment en ce qui concerne les dotations budgétaires des organismes. Dans le même temps, un certain assouplissement des modes d'exercices de l'autorité de tutelle elle-même est programmé, orienté vers un contrôle *a posteriori*.

Quoi qu'il en soit, l'évolution, dans son ensemble, décrit un système où le pouvoir des gestionnaires, à la fois encadré et déconnecté de responsabilités majeures, tend à être une fiction. Au total, c'est d'une régulation étatique qu'il s'agit, non d'une régulation par les partenaires sociaux. Et pourtant, fidèle à son idéologie d'origine, l'institution reste imprégnée d'une exigence de démocratie.

La persistance et la coexistence de ces tendances contraires, auxquelles s'ajoute le conflit entre démocratie ouvrière et démocratie paritaire n'ont conduit qu'à des impasses. Retraçant brièvement les conditions de l'épisode paritaire qui, de 1967 à 1982, impose une variante au modèle de sécurité sociale, nous tenterons un bilan de ses contradictions internes.

---

13. Le risque vieillesse est aussi organisé en branche séparée mais comme structure centralisée. La caisse nationale vieillesse fonctionne avec des antennes sises dans les caisses régionales maladie.

Les impasses d'un paritarisme imposé

Le problème de la maîtrise des dépenses de santé est assurément sous-jacent à l'importante réforme de 1967. La création d'une caisse nationale par branche exprime aussi la volonté d'organiser la clarté des comptes. Il s'agit en outre, on l'a vu, de confier à la caisse nationale maladie la charge d'équilibrer dépenses et recettes. Dans cette perspective gestionnaire, une transformation de la structure des conseils apparaît nécessaire. C'est l'occasion d'introduire, avec l'égalité numérique et une mission commune, le principe paritaire en sécurité sociale.

Cette transformation des conseils répond à une requête de longue date du patronat, lui-même historiquement producteur – et gestionnaire – d'institutions sociales. Dans des contextes de société qui ont évolué, la formule paritaire représente pour cet acteur une solution médiane et d'équilibre. Mais surtout, depuis 1947, le principe est à l'œuvre avec succès dans le cadre de régimes qu'il a initiés sur la base du contrat, qu'il s'agisse de retraite complémentaire des cadres ou de l'assurance chômage. Dans un important rapport publié en 1965 [14], le CNPF avait préconisé une telle option pour la Sécurité sociale. Argumentant sur le changement, les ordonnances de 1967 se réfèreront explicitement à l'expérience positive des dits régimes.

Cependant, la réduction de la représentation salariée, le renforcement de la présence patronale dans les conseils, entraînent des réactions très vives de refus de la part des principales organisations syndicales. Ce paritarisme est vécu comme une dépossession, il est récusé comme illégitime. Comment ne pas souligner qu'il s'agit non pas d'un paritarisme contractuel, mais d'une formule imposée par l'Etat (Catrice-Lorey, 1982, pp. 60-76) ?

Les différentes centrales auront toutefois à se positionner concrètement. On notera l'ambiguïté de l'attitude de Force Ouvrière, entre doctrine et pratique. Le syndicat est contre le principe paritaire, rappelant que la gestion de la Sécurité sociale revient aux salariés ; les cotisations versées, qu'elles soient d'origine patronale ou ouvrière, sont en effet dans leur totalité un salaire différé. Néanmoins, en raison de la politique contractuelle qu'il mène par ailleurs avec le patronat dans les régimes précités, il jouera le jeu. Force Ouvrière accédera ainsi pour plus de vingt-huit ans à la présidence de la CNAM.

Deux autres centrales entreront dans une longue opposition [15]. Il s'agit de la CGT, fidèle à sa conception de gestion ouvrière de la Sécurité sociale, mais aussi de la CFDT. Il ressort ainsi que la question controversée de la légitimité d'une présence patronale à part égale, dans les conseils de sécuri-

---

14. *Cf.* Yvon Chotard « La Sécurité sociale et son avenir » 1965.
15. Pendant quinze ans, elles refuseront la présidence des conseils, s'abstiendront de voter les budgets.

té sociale, intervient comme un facteur supplémentaire de division syndicale, affaiblissant finalement les chances réelles de négociation.

Non consensuel, le paritarisme imposé par l'Etat se révélera aussi instable. Le retour à une gestion majoritaire par les syndicats était au programme de la gauche. Les socialistes accédant au gouvernement en 1981, le projet se réalisera en 1982. La structure des conseils s'organise cette fois autour d'une répartition 3/5e, 2/5e. En 1996, la réforme Juppé réinstaurera une formule paritaire, il est vrai élargie. L'avènement du paritarisme en sécurité sociale, en France, est-il définitivement lié à l'intervention de majorités de droite ?

Le changement introduit en 1982 a surtout une portée symbolique. Le renforcement numérique des représentants salariés ne s'accompagne pas d'un accroissement des pouvoirs des conseils. La politique de la CNAM, les jeux d'alliances, ne connaîtront pas d'importantes variations. La période 1982-95 s'illustre cependant par une confirmation de l'empreinte de Force Ouvrière sur l'appareil, notamment aux échelons locaux [16]. Elle voit aussi, sur sa fin, le CNPF s'écarter symboliquement de la gestion d'un secteur qu'il estime dominé par la confusion des pouvoirs.

Paritarisme d'autorité ou de contrat, de fondation ou de gestion, paritarisme de responsabilité ou de prérogatives, autonome ou téléguidé, tels peuvent être rassemblés les traits qui différencient la situation de la Sécurité sociale, avant 1996, d'un mode de paritarisme plus authentique, celui réalisé en France par les régimes complémentaires de retraite.

La gestion démocratique face à l'impératif d'efficience : l'assurance maladie et la maîtrise des dépenses de santé

Régulation étatique, fiction paritaire, la combinaison aurait pu continuer à fonctionner, appuyée sur un large consensus non avoué, si n'était intervenu, avec la question de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, l'impératif d'efficience. Il jouera un rôle de révélateur des dysfonctions du système.

Dans le cadre de la réforme de 1967, l'Etat assigne cet objectif déterminé à l'assurance maladie. La CNAM, nouvellement créée, reçoit à cet effet le pouvoir de conduire une négociation nationale [17], quasi permanente, avec les représentants syndicaux des médecins libéraux. Cette mission contractuelle deviendra, en fait, un axe central de l'institutionnalisation de l'assurance maladie, légitimant la présence des partenaires sociaux en son sein. A

16. Par renforcement du pouvoir d'influence des nouveaux conseils sur les directeurs locaux.
17. Antérieurement, celle-ci était décentralisée, des conventions départementales étant conclues entre les syndicats médicaux de chaque département et les caisses régionales de sécurité sociale. Le système d'une négociation nationale prévoit la conclusion d'une convention tous les quatre ans. La première intervient en 1971.

ses débuts, la démarche publique relève d'une inquiétude devant la propension au déséquilibre financier d'un régime de protection qui, par ailleurs, connaît un essor continu : progrès économique et progrès social sont allés de pair, accroissant sans cesse les masses financières en jeu. Peu à peu, le problème de la maîtrise revêtira d'autres dimensions, situant le débat à l'échelle de la société globale, tandis que l'urgence d'aboutir devient plus pressante. Subissant, à partir des années 1980, les contrecoups de la crise économique internationale, le système est mis en difficulté au niveau de ses ressources. L'aggravation de la situation financière posera la question du niveau de protection assuré, de certains arbitrages entre l'économique et le social. La décennie 1990 surajoute, sur fond de construction européenne, une exigence de réduction des déficits sociaux.

Bref, désormais attaché, au niveau macro-économique, à des options de conduite des politiques publiques, l'objectif de maîtrise proposé à l'institution est de plus en plus confronté à un impératif d'efficience.

Face à cet ensemble de défis, le constat est connu : c'est celui d'une relative faillite de l'assurance maladie dans sa mission d'intermédiaire au profit d'une régulation concertée, c'est celui du retard français dans la maîtrise des dépenses de santé. La politique contractuelle fonctionne depuis vingt-cinq ans, mais en contournant une série d'impasses. Les médecins libéraux ont, certes, subi une érosion progressive de leur autonomie d'exercice ; mais, s'agissant de mettre en œuvre une régulation effective, c'est, en définitive, leur capacité de résistance qui est la plus forte. Il reste que, pour interpréter cette situation-clé des médecins, il faut aussi relever, de la part des différents intervenants politiques, une longue tendance à ménager les positions de défense du corps médical.

Recherchant les raisons premières d'un tel état de fait, nous fonderons l'analyse sur une mise en cause globale du réseau d'acteurs Etat-assurance maladie-médecins libéraux, qu'il s'agisse d'incriminer une certaine confusion de pouvoirs entre l'Etat et l'institution, ou de recomposer la trajectoire historique de leurs rapports avec les médecins. Cependant, l'assurance maladie, de son côté, est directement impliquée dans cet achoppement, et, avec elle, la crédibilité des partenaires sociaux. On tentera de préciser ses responsabilités propres, s'agissant de la manière dont, aux différents niveaux de son intervention, elle a conçu et orienté son action.

Les échecs de la régulation : une mise en cause du collectif d'acteurs

Dans la perspective d'une responsabilité à la charge de tous les acteurs du réseau, nous examinerons successivement les attitudes du corps médical libéral, celles de l'Etat, dans la confrontation qui les oppose depuis près d'un siècle.

La résistance du corps médical comme phénomène de long terme

La résistance, victorieuse, du corps médical en France doit être mise en évidence comme un phénomène de long terme. On se reportera à nouveau à la construction du premier régime obligatoire d'assurances sociales entre 1921 et 1930 [18].

Concernant le système des caisses, le projet du gouvernement se situait, comme on l'a vu, en rupture avec la situation antérieure, à l'inverse d'ailleurs de la conception de l'organisation allemande. S'agissant des rapports des médecins et des caisses, il est de même offensif, tout en s'inspirant cette fois du schéma outre-Rhin de la médecine de caisse. Observons-le en passant, les emprunts, si souvent évoqués, au modèle allemand sont assurément discontinus,... leur issue étant aussi, parfois, d'être refoulés.

La mobilisation des intéressés contre le projet de médecine socialisée à l'allemande est immédiate. Le texte qui est voté en 1924 à la Chambre met en effet en cause, à partir d'un mode de rémunération spécifique, le statut libéral d'autonomie qu'ils défendent déjà sur d'autres fronts. Selon les dispositions prévues, et en vigueur en Alsace-Moselle, la rémunération des médecins sera forfaitaire ; adressée au groupe professionnel, elle doit être restituée et répartie sur un mode de capitation. Le groupe de pression est influent (Hassenteufel, 1997) : il est fort d'une organisation syndicale qui s'est forgée depuis les années 1880, il bénéficie de relais parlementaires actifs, il profite d'alliances objectives (avec la mutualité, le patronat, les indépendants...). Revu par le Sénat, le texte qui est soumis à la Chambre en 1928 marque ainsi un spectaculaire retour en arrière. On revient au paiement à l'acte ; entre les médecins et les caisses, la médiation de l'association professionnelle est supprimée (Prieur, 1976). Il reste toutefois que des contrats collectifs sont prévus à l'échelon local, fixant des tarifs opposables aux médecins. Une certaine menace de tiers payant, laissé à l'initiative locale, subsiste par ailleurs. Mais la loi de 1928 n'est votée que sous condition de rectificatifs.

Dans les textes qui sortent le 30 avril 1930, toute connotation de médecine de caisse est définitivement gommée. Non seulement le produit final de dix ans de débats est à l'extrême opposé au projet initial, mais il consacre une totale liberté d'honoraires pour les médecins. Si les caisses fixent des tarifs de responsabilité, ils ne seront pas opposables. On relèvera de la sorte que la création du premier régime d'assurances sociales est contemporaine d'une victoire éclatante du syndicalisme médical. Réunifié sous la bannière ultralibérale, celui-ci a fait entériner par l'Etat et les caisses l'autonomie des médecins par rapport au nouveau système de protection ; il a même obtenu

---

18. Pour retracer la trajectoire complète, il faudrait remonter en amont, autant aux rapports que les médecins ont noués avec la prévoyance libre qu'à ceux qui les ont liés à l'Etat à propos des premières lois d'assistance.

du législateur que soient insérés dans la loi les principes de la charte médicale adopté en 1926-27 par le groupement corporatiste. Il s'agit de l'entente directe avec le patient, impliquant un paiement direct à l'acte, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté thérapeutique et du respect du secret professionnel.

Ainsi les rapports entre les médecins et les caisses en France se sont-ils noués négativement dès l'origine. Des décalages marquant les temps de construction de chaque partenaire sont, sans doute, en cause dans le rapport des forces. L'assurance sociale naît comme un acteur hésitant alors que les médecins ont déjà mis en œuvre un système de défense efficace. Ce constat n'exclut pas l'impact propre des représentations culturelles particulières chez l'acteur médical français, enclin à transposer, en termes d'idéologie, son identité libérale.

La situation est inverse en Allemagne où, à la fin du XIX^{e} siècle, l'assurance maladie est d'emblée un acteur fort. A l'égard des médecins, les caisses disposent d'un pouvoir d'agrément et de négociation de contrats de travail individuels (Hassenteufel, 1997, chap. 2). Apparaissant seulement à partir de 1900, l'Association professionnelle interviendra à maintes reprises, avec succès, comme contrepoids à cette dépendance. En 1913, le syndicalisme emportera le principe de contrats collectifs. De même, en 1931, les médecins obtiendront-ils l'auto-surveillance de leurs pratiques (Labisch, 1994). Il n'en reste pas moins que l'inscription de l'exercice médical dans l'orbite des caisses, recouvrant entre autres le tiers payant, est une donnée de départ qui demeurera non contestée.

Dans l'un et l'autre pays, le rapport de face à face semble conditionné dès l'origine. On est d'un côté devant une coopération conflictuelle, de l'autre devant un refus de composer avec le système.

Formulée par l'Etat de manière plus pressante à partir des années 1980, la demande de coopération à la maîtrise des dépenses de santé intervient dans ce contexte d'opposition des syndicats médicaux. De nos jours, le problème n'est pas sorti d'un interminable débat sur la légitimité même de cette maîtrise, au regard des risques de rationnement des soins qu'elle recouvre. Là aussi, comme en 1920-30, la stratégie de défense est accrochée à un système de valeurs, y puisant sa force de frappe.

Appuyée sur la charte, la préservation de l'autonomie de l'exercice libéral, notamment en ce qui concerne le mode de rémunération (paiement direct par le patient, refus de tout tiers payant), et le montant des honoraires (entente directe avec le malade), avait été imposée, en 1930, comme le garant de la qualité d'un exercice professionnel centré sur le colloque singulier avec le patient. S'agissant de la régulation, le problème moral s'insère dans la confrontation du besoin de santé et des exigences de l'économie. La contribution du corps médical à une politique publique de maîtrise ne se con-

çoit, pour ce dernier, qu'en dehors de toute sujétion à des données économiques a priori. La seule voie possible, contournant les signes de rationnement des soins, est celle d'une maîtrise médicalisée. Cette dernière donnera lieu à un accord conventionnel, à portée de compromis, en 1993. Mode de régulation à la française, il vise à promouvoir une rationalisation des pratiques sur fond d'évaluation collective, basée sur la mise en œuvre de recommandations élaborées par consensus entre les médecins libéraux et les médecins des caisses : les RMO [19]. Leur non application est assortie de sanctions individuelles.

Cependant, dès 1990, l'Etat aux prises avec des impératifs d'efficacité, a remis en chantier l'idée d'enveloppe globale déjà lancée en 1979. En matière d'évolution annuelle des dépenses, les représentants des syndicats médicaux ne veulent retenir que des taux prévisionnels indicatifs, non opposables. Pour le gouvernement, la maîtrise médicalisée, au rendement aléatoire, doit être encadrée par un engagement global négocié, assorti de sanctions en cas de non-observance. Le corps médical récuse toute forme de maîtrise comptable. Les points de vue sont-ils irréductibles, toute contractualisation devient-elle impossible ? La réforme Juppé, imposant la mise en œuvre d'objectifs publics formulés par le Parlement est, en tous cas, une voie de réponse à une situation bloquée.

L'Etat central, fort-faible, et omniprésent

Les positions de l'Etat, dans ses rôles d'auteur des politiques publiques comme d'ordonnateur des partages de pouvoir entre acteurs, sont aussi à mettre en cause.

L'Etat français, Etat centralisé dit fort (Merrien, 1990), se révèle faible sur une longue période, face aux médecins, qu'il s'agisse pour lui de défendre avec succès ses propres projets ou de s'interposer autoritairement en cas d'impasse du système de négociation.

Considérant la période 1930-1996, il faut souligner la rareté des interventions de réforme, la longueur des temps de réponse à des situations bloquées. Lors de l'instauration du système de sécurité sociale en 1945, le corps médical refuse à nouveau de conclure avec les caisses les conventions prévues au niveau départemental, afin de garantir aux assurés un remboursement à 80 %. Il faudra attendre 1960 pour que, dans le contexte de la cinquième République, l'Etat fort impose par décret (Hatzfeldt, 1963) la contractualisation des honoraires sur la base de tarifs opposables [20]. De même, plusieurs décennies s'écouleront-elles avant que les pouvoirs publics n'in-

19. Références médicales opposables.
20. Les textes ont prévu un processus qui forcera l'évolution. Dans le cas où le syndicat départemental ne conclut pas une convention, les praticiens du département peuvent adhérer, à titre individuel, à une convention nationale type.

terviennent de manière déterminée pour garantir la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

L'Etat frileux est un Etat tenu par la manière dont la profession a moralisé les débats autour des différentes catégories d'enjeux, valorisant les liens avec les patients et mobilisant avec succès l'opinion à partir d'argumentaires à résonance éthique. L'Etat qui temporise est en même temps un Etat lié politiquement par la pression du groupe professionnel et les points d'impact dont celui-ci dispose sur les sphères de décision. Le pouvoir d'intervention des élus médecins dans les assemblées parlementaires, la capacité d'influence, depuis les années 1960, des élites hospitalières sur les cabinets ministériels, sont des processus permanents neutralisant les volontés publiques de changement.

L'Etat central peut être mis en cause, sur un autre de ses registres d'action, à propos, cette fois, du faible rendement du système concerté. Il s'agit de la façon dont il a structuré les pouvoirs de l'assurance maladie et de ses gestionnaires.

Le thème a déjà été traité. Il comporte deux volets (Catrice-Lorey, 1996). Dans le champ de la médecine de ville, où les partenaires sociaux ont reçu des attributions contractuelles, la négociation est, en fait, très encadrée par l'Etat, en amont comme en aval [21]. L'entrecroisement des compétences, notamment en matière de tarifs d'honoraires, dessine un jeu à trois où l'institution ne dispose pas des marges d'autonomie nécessaires. Le manque de cohérence des pouvoirs de l'assurance maladie s'intensifie lorsqu'on prend en compte sa capacité de contrôle sur le secteur hospitalier, qui représente la moitié de ses dépenses.

Tuteur de l'hôpital, l'Etat règne comme régulateur autoritaire et n'entend pas partager son pouvoir avec le payeur. Ce dernier revendique en vain, à ses côtés, un statut de partenaire de régulation. Depuis 1983, date d'instauration d'un budget global pour les établissements, l'assurance maladie est associée à la marge : on sollicite l'avis de ses caisses régionales sur les budgets prévisionnels des hôpitaux [22], la possibilité de cosigner, avec l'Etat, des contrats avec les établissements, prévue dans la loi hospitalière de 1991, reste théorique. Cependant, sur le terrain, les services déconcentrés de l'Etat, DDASS et DRASS, n'ont pas les infrastructures nécessaires pour assumer seuls une impulsion efficace de restructuration du dispositif des soins, public et privé. L'appoint des systèmes d'information et des ressources d'expertise de l'institution [23] semble requis, tandis que les administrations, riva-

---

21. *Cf.* les analyses détaillées de P. Hassenteufel dans ce même numéro.
22. L'avis comporte un volet qualitatif, les médecins conseils de l'assurance maladie ayant été invités à apprécier sur place le fonctionnement des services hospitaliers.
23. Le potentiel de contribution de l'assurance maladie se fonde notamment sur sa décentralisation, sa capacité informatique, l'importance du corps de ses médecins conseils (2 500).

les, tendent à esquiver toute coopération. En créant les agences régionales d'hospitalisation, structure composite et surajoutée, la réforme Juppé tente d'apporter, en 1996, une réponse à une situation sans issue. Associés à parité avec les services d'Etat, mais sous l'autorité finale de celui-ci [24], les gestionnaires de l'assurance maladie accèdent à un large pouvoir d'intervention sur le secteur, au demeurant partagé et subordonné. Dans le même temps progresse, en direction des établissements publics et privés, une autre approche de régulation, privilégiant la voie contractuelle.

Les responsabilités propres de l'assurance maladie

En l'état de ses pouvoirs jusqu'en 1996, l'assurance maladie n'a assurément pas mis en œuvre une politique résolue de maîtrise, face au corps médical libéral.

L'analyse doit être menée aux différents niveaux, national et local, de son intervention. Elle mettra en cause, outre les gestionnaires en titre, certaines distorsions de son réseau interne d'acteurs. Entre conseils d'administration, directeurs et médecins conseils, la convergence des lignes d'actions n'est pas toujours assurée.

La négociation nationale avec les médecins libéraux est sous-tendue, depuis la première convention nationale conclue en 1971, par un axe CNPF-FO. La fin de l'épisode de parité stricte entre patronat et syndicats intervient, avec l'arrivée de la gauche au pouvoir, entre les conventions de 1980 et 1985. Pendant dix ans la coalition persiste, quoique marquée progressivement par un leadership renforcé de Force ouvrière, et un effacement de la participation du patronat, qui effectue un retrait symbolique entre 1993 et 1995 [25]. Un autre événement doit être noté. A partir de 1990, suppléant aux défaillances du système de concertation, l'Etat intervient de manière plus directe pour actualiser l'objectif de maîtrise, court-circuitant éventuellement l'institution, donnant en tout cas de l'extérieur des impulsions à la politique conventionnelle.

Le fait que l'assurance maladie n'ait pas à assumer l'équilibre financier du risque n'est pas étranger à sa faible implication en matière de maîtrise. C'est l'Etat qui, dans le cadre d'une série de plans financiers, se charge des ajustements en matière de cotisations et /ou des prestations. En Allemagne, les caisses ont à assumer, face à leurs assurés, les correctifs nécessaires. En France, jusqu'en 1996, le succès ou l'échec de la maîtrise n'ont pas de répercussion sur la politique de l'assurance maladie.

En l'absence de cette responsabilité collective majeure, les administrations, tant patronales que syndicales, ont eu tendance à se replier sur leurs mandants, préservant d'un côté la consommation des soins des assurés con-

---

24. C'est le directeur de l'agence, nommé en Conseil des ministres, qui a le pouvoir de décision.
25. Il n'occupe plus, pendant cette période, son siège de vice-président de la CNAM.

tre toute éventualité de restriction, de l'autre les intérêts de groupes de pression internes, tels l'industrie pharmaceutique. Ainsi, sur la base tacite d'une certaine alliance objective, l'assurance maladie a-t-elle développé une stratégie propre de ménagement du corps médical libéral, dans le sens d'une atténuation des contraintes mises en discussion à son endroit.

Les analyses relatives à la politique contractuelle laissent trop souvent dans l'ombre la question de la mise en œuvre locale des conventions nationales. L'intervention des 129 caisses primaires est pourtant décisive pour donner réalité aux engagements de bon usage des soins et d'autodiscipline pris par les représentants des praticiens jusqu'en 1993.

Deux instances conventionnelles ont été prévues dans chaque organisme de base pour établir un dialogue avec les syndicats de médecins locaux et arrêter des actions.

La première met en face les partenaires sociaux du conseil et les représentants médicaux. Il s'agit de conclure des contrats sur des objectifs jugés prioritaires dans la circonscription. En l'absence d'enjeu d'équilibre financier, la maîtrise n'est pas une obligation incontournable, et les administrateurs ne sont guère déterminés. De leur côté les syndicats médicaux se sentent peu liés par les engagements conventionnels nationaux. Ajoutons que, dans les faits, les caisses ne sont pas redevables d'un bilan de leurs efforts et de leurs résultats, ni en interne devant la CNAM, ni en externe devant les DRASS. La situation est en quelque sorte atomisée [26].

Cependant, le réseau d'acteurs des caisses primaires n'est pas exempt de tensions. Aux côtés de conseils peu offensifs, les directeurs des caisses n'ont guère de légitimité pour conduire les politiques de maîtrise. Les exigences de la régulation ont, au contraire, mis en avant le corps des médecins conseils, renforcé en nombre et dans ses missions. Antérieurement cantonnés dans le contrôle individuel et le suivi des assurés malades, ils ont reçu en charge, depuis 1980, des attributions de type plus politique, relatives aux pratiques professionnelles des médecins, et au fonctionnement des structures de soins. L'orientation médicalisée de la maîtrise accroît encore, après 1993, la nécessité de leur intervention. Un nouveau pouvoir est donc apparu dans l'assurance maladie.

Il reste que, travaillant dans les caisses, les médecins conseils sont en situation d'indépendance relativement au directeur – et au conseil – de l'organisme. Etroitement hiérarchisé, le corps est directement relié, au-delà d'un relais régional fort, au médecin conseil national et à ses direc-

---

26. Prévue par la réforme Juppé, la création des URCAM (Unions régionales des caisses primaires) devrait remédier à cet état de fait ; de même engendre-t-elle un système de contrats pluriannuels entre la caisse nationale et chaque caisse locale incluant des objectifs de maîtrise.

tives [27]. Non seulement la situation entretient des risques de parallélisme de conceptions de l'actions mais elle comporte, s'agissant des acteurs locaux de régulation, une tendance à la marginalisation des directeurs. Consciente du problème, la CNAM cherche depuis des années à recréer les bases d'une dynamique de coopération médico-administrative. Cependant, une question demeure : qui, parmi les trois types de responsables œuvrant dans les organismes, va conduire la mobilisation autour de la maîtrise des dépenses ?

Il faut ajouter que les médecins conseils ont contribué pour leur part à la politique de ménagement des praticiens libéraux. Leur mission de surveillance de l'exercice médical comporte un volet de détection des abus, ou des déviances, en matière d'honoraires et de prescriptions. Depuis les années 1980, cette attribution débouche sur une seconde instance conventionnelle, purement médicale, le comité médical paritaire local, où face aux syndicats de médecins, ils ont à statuer sur les cas litigieux. Devant des confrères en exercice, les représentants de l'assurance maladie sont peu portés à des attitudes de fermeté . S'ils adhèrent facilement à une conception de leur fonction en termes d'expertise et de conseil – encore que le volet communication de ce conseil demeure flou parce que non organisé –, ils sont très réticents à endosser la responsabilité d'une démarche de contrôle-sanction, fut-elle réservée aux cas d'abus les plus patents. Au sein des comités paritaires, entre collègues, c'est la tolérance qui prévaut, les sanctions n'ont guère cours. Finalement, dans l'institution, la distance entre l'activité d'analyse des pratiques professionnelles et le faible nombre de décisions d'intervention est considérable. Prévus dès 1971 comme moyen de contrôle des cas déviants, mis en œuvre vers 1976, les TSAP (tableaux statistiques de l'activité des praticiens), de leur côté, sont devenus essentiellement un moyen d'information des médecins, tenus au courant de l'évolution de leur nombre d'actes et de leurs dépenses de prescription. Si l'assurance maladie accumule les procédures d'examen, elle est aussi porteur, paradoxalement, d'une culture de non-contrôle. En l'absence, pour ce qui est des médecins, d'une coopération volontaire du groupe professionnel, prenant en charge, comme en Allemagne, l'autosurveillance de ses pratiques, la position est-elle tenable ?

Une autre difficulté est intervenue ces dernières années, rejaillissant actuellement sur le suivi de l'application de la maîtrise médicalisée. Si la proportion de sanctions pour non respect des RMO apparaît basse (Poindron, 1997) [28], c'est aussi parce que certains syndicats médicaux ont renoncé à

---

27. A l'origine, le contrôle médical était placé sous l'autorité des caisses régionales. Le statut d'indépendance par rapport aux caisses locales a été obtenu à l'occasion de la réforme de 1967.

28. 75 en 1995, 87 en 1996, pour un nombre croissant de RMO (243).

siéger dans les instances conventionnelles, en contestation de la convention de 1990 (finalement résiliée) ou des récentes ordonnances réformant la Sécurité sociale.

La mise en œuvre de la politique contractuelle aux niveaux décentralisés, le fonctionnement des instances conventionnelles locales, ne sont pas le moindre problème aux mains des acteurs paritaires de l'assurance maladie.

1996 : nouvelles données pour un paritarisme en Sécurite sociale

Quelles sont, en 1996, les implications du plan Juppé sur le devenir d'un dispositif démocratique marqué par l'incertitude des pouvoirs, l'instabilité et l'inefficience ? Logiquement, la réforme de structures aurait pu déboucher sur l'abandon, au profit de l'Etat, de l'intervention des partenaires sociaux. D'autant que des données objectives indiquaient un déclin de la légitimité de la présence des acteurs syndicaux, qu'il s'agisse de leur faible coefficient de représentativité des salariés [29] ou d'une certaine inadéquation à la dimension d'universalité acquise par le régime de protection. Il apparaît, au contraire, qu'en dépit d'un renforcement global de l'emprise étatique sur le système, la réforme Juppé amène des chances nouvelles d'instauration d'un véritable paritarisme (Catrice-Lorey, 1995).

Laissant les objections théoriques, les pouvoirs publics réaffirment le principe de démocratie sociale et manifestent à nouveau une volonté de contribution effective des partenaires sociaux à la gestion de l'institution. Cette prise de position intervient moyennant un rééquilibrage des pouvoirs entre forces sociales au sein de conseils fonctionnant désormais sous le signe d'une parité stricte. On soulignera toutefois la spécificité de la conception paritaire prévalant en Sécurité sociale : elle adjoint aux partenaires sociaux la présence de personnes qualifiées [30], disposant de voix délibérative [31]. Si cet accompagnement est de tradition, il est, en 1996, renforcé : on passe de deux personnes qualifiées à quatre. La mutualité garde en outre dans les organes de l'assurance maladie sa représentation de deux sièges. Cet élargissement plus marqué des conseils, au-delà du bloc paritaire répond, en 1996, à une nécessité de mise à jour du système, s'ouvrant désormais à une plus large représentation de la société civile.

Le retour prescrit au paritarisme pourrait n'avoir que valeur formelle, s'il n'était soutenu, d'un côté par un réaménagement des pouvoirs entre l'institution et l'Etat, de l'autre par l'émergence de consensus inédits chez les acteurs paritaires.

---

29. Il se situe aujourd'hui autour de 8 % de la population active.
30. Nommées par le gouvernement.
31. Sauf pour l'élection du président du conseil.

L'action des partenaires sociaux est, certes, fortement encadrée par les objectifs d'ensemble, quantitatifs et qualitatifs, arrêtés par l'autorité politique. Cependant, l'intervention du Parlement apporte un supplément de légitimité aux décisions auparavant prises par le seul pouvoir exécutif. Qui plus est, dans le cadre d'un nouveau partage de compétences, défini entre l'Etat et l'assurance maladie (Spaeth, 1997), cette dernière gagne, outre certaines émancipations d'une tutelle pesante dans la gestion, d'importantes marges d'autonomie [32] pour conduire le jeu conventionnel avec les médecins.

Les chances d'un rebond du paritarisme en Sécurité sociale s'appuient sur ce préalable d'une redéfinition des pouvoirs. Cependant, elles ont leur source aussi dans une transformation des attitudes des acteurs paritaires eux-mêmes. Il s'est trouvé une majorité de gestionnaires non seulement pour adhérer, dans un cadre d'égalité des représentations, à une mission commune de maîtrise syndicats-patronat, mais surtout pour accepter, dans un contexte de pénurie une responsabilité financière quant aux indications retenues par le Parlement. Sur ce dernier point, il s'agit d'un renversement historique de tendance. L'axe porteur du changement met, cette fois, en avant la CFDT, aux côtés du CNPF [33].

Le rapport entre l'assurance maladie et l'Etat se transforme, sous le signe d'un contrat déclinant compétences respectives et engagement. Simultanément, la relation conventionnelle avec le corps médical libéral prend un tour plus contraignant. C'est un des traits novateurs de la réforme Juppé que d'avoir inscrit à tous les étages du système, à partir d'options légitimées par la représentation nationale, des mécanismes de responsabilisation. Ils modifient, au national comme au local, le contexte de la négociation entre l'assurance maladie et les médecins. Si l'institution se reconnaît une obligation de résultats, les médecins libéraux sont aussi désormais tenus par des taux prévisionnels d'évolution des dépenses : depuis 1997, ceux-ci leur sont opposables, et sont assortis de procédures de sanction-récompense. Il reste que l'affrontement sur le fond entre les syndicats médicaux, la Sécurité sociale et l'Etat, n'a toujours pas trouvé d'issue stable.

Alternative à une étatisation complète, la réussite de l'action paritaire, dans le domaine de la distribution décentralisée des prestations et de la gestion interne de l'appareil, dans celui de la maîtrise négociée de l'évolution des dépenses, implique que chacun des acteurs, syndicat, patronat, Etat, médecins, joue sa partie. Cependant, les nouveaux schémas de pouvoir, les comportements de responsabilisation, ne sont pas encore inscrits dans la durée ; les décisions de coopération ne sont pas toutes au rendez-vous, ou risquent d'être aléatoires. Les syndicats médicaux demeurent très divisés sur

---

32. *Cf.* l'article de Patrick Hassenteufel dans ce même numéro.
33. Les deux organisations étant rejointes par la CGC, la CFTC, la mutualité. Force Ouvrière et la CGT s'opposent à la réforme.

les termes mêmes de leur adhésion à la politique contractuelle. Au sein même de la fraction paritaire des conseils, la participation du patronat n'apparaît plus comme une donnée sans retour. Si le CNPF, à la CNAM, a repris position, dès 1995, en faveur d'une politique déterminée de maîtrise des dépenses, s'il appuie activement les orientations de la réforme, il tend à donner à son réengagement dans la branche maladie, les dimensions d'une expérience à terme... Cependant que certains courants, à l'intérieur de l'organisation professionnelle, alimentent un débat de principe [34] : les représentants du patronat doivent-ils continuer à assumer, dans ce secteur donné de la protection sociale, un rôle de gestionnaire paritaire ?

Le paritarisme dans l'assurance maladie trouve certes, en 1996, des voies spécifiques de réalisation. L'avenir confirmera-t-il le tournant amorcé ?

34. *Cf.* en 1997, le rapport Scherrer « Développement et évolution de l'organisation patronale » ; en 1995, le rapport Leenhardt « Paritarisme, conditions et enjeux ».

Références bibliographiques

Catrice-Lorey A. (1982), *Dynamique interne de la Sécurité sociale*, 2e ed., préface de Pierre Laroque, Paris, Economica, 351 p.

Catrice-Lorey A. (1995), « La Sécurité sociale et la démocratie sociale : impasse ou refondation ? », *Prévenir*, n°29, 2e semestre, pp. 61-79.

Catrice-Lorey A. (1996), « L'Etat social en France : genèse et évolutions d'un modèle institutionnel, 1920-1996 », *Un siècle de protection sociale en Europe*, colloque du Comité d'histoire de la Sécurité sociale, Paris, La Documentation française (à paraître).

Faure O., Dessertine D. (1994), *La maladie entre libéralisme et solidarités, 1850-1940*, Paris, La mutualité française, 163 p.

Gibaud B. (1986), *De la mutualité à la Sécurité sociale. Conflits et convergences*, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 101 p.

Hassenteufel P. (1997), *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences-po, 367 p.

Hatzfeld H. (1963), *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, les Editions ouvrières, 311 p.

Hatzfeld H. (1971), *Du paupérisme à la Sécurité sociale*, Paris, Colin, 347 p. (réed. Presses universitaires de Nancy, 1991).

Hatzfeld H. (1984), « Notes sur la mutualité au XIXe siècle », *Prévenir*, n°9, pp. 17-23.

Jobert B. (1988), « La version française du corporatisme : définitions et implications pour la modernisation de l'Etat dans une économie en crise » in *L'Etat et les corporatismes*, Paris, PUF, pp. 3-18.

Labisch A. (1994), « Emergence de la profession médicale et de l'assurance-maladie en Allemagne (1883-1931) : un compromis institutionnalisé en fondement de la société industrialisée », pp. 23-29, *in* Jobert B., Steffen M. *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Observatoire européen de la protection sociale, 225 p.

Merrien F. X. (1990), « Etat et politiques sociales : contributions à une théorie néo-institutionnaliste », *Sociologie du travail*, n°3, pp. 267-294.

Palier B., Bonoli G. (1995), « Entre Bismarck et Beveridge : "crises" de la sécurité sociale et "politiques(s)", *Revue française de science politique*, 45 (4), août, pp. 668-699.

Perrin G. (1982), « La naissance de l'assurance sociale, institution centenaire », *Prévenir*, n°5, pp. 7-17.

Poindron P. Y. (1997), « Assurance-maladie : le service médical sur la sellette », *Espace social européen*, n°3-10, pp. 12-16.

Poirier J. C. (1986), « Le rôle de l'Etat et de l'initiative privée dans la mise en place des assurances sociales », *Colloque de Montpellier 1985*, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, pp. 337-380.

Pollet G. (1995), « La construction de l'Etat social à la française : entre local et national (19e et 20e siècle) », *Lien social et politiques-RIAC*, n°33, pp.115-131.

Pollet G., Renard D. (1995), « Genèses et usages de l'idée paritaire dans le système de protection sociale français », *Revue française de science politique*, n°4, pp.545-569

Prieur C. (1976), « L'évolution historique de l'organisation des relations entre la médecine libérale et les régimes d'assurance-maladie : 1930-1976 », *Droit sanitaire et social n°2,* p.365.

Spaeth J. M. (1997), « La convention d'objectifs et de gestion : davantage de démocratie et de transparence dans les relations entre l'Etat et l'assurance-maladie », *Droit social*, n°9-10, pp. 805-809.

Zöllner D. (1982), « République fédérale d'Allemagne », *in* Köhler P., Zacher H., Hesse J. eds. *Un siècle de Sécurité sociale 1881-1981 : l'évolution en Allemagne, France, Grande-Bretagne, Autriche et Suisse*, Nantes, 612 p.