



Comité Régional Rhône-Alpes
d'Histoire de la Sécurité Sociale

Les Rencontres

Traiter de l'histoire de la Sécurité Sociale suppose bien évidemment que l'on se penche sur notre passé au demeurant riche et que l'on tente d'en extraire la « substantifique moelle ».

S'il est de tradition de soutenir, tant au niveau national que local les démarches de recherches effectuées par les étudiants, par contre ces moments de réflexion s'inscrivaient nécessairement dans le ponctuel ne reflétant qu'incomplètement le champ vaste dont nous avons la charge.

*Ceci explique que le Conseil d'Administration du Comité Régional Rhône-Alpes d'Histoire de la Sécurité Sociale ait retenu, pour une périodicité qui restera à définir, le principe de **RENCONTRES** entre les divers acteurs concourant à l'évolution de la Protection Sociale Française.*

*Les **Rencontres** voulues et souhaitées comme des moments forts d'échanges et de réflexion sont articulées autour d'exposés thématiques par des spécialistes et un débat aussi large que possible avec les participants.*

*Pour garder une trace de ces **Rencontres**, un thésaurus élaboré à partir des interventions des divers experts est réalisé. Ce document n'a pas la prétention d'en constituer les actes puisque les débats ne sont pas relatés, mais simplement de permettre à chacun de resituer le contexte de la réflexion. Pour faciliter encore l'approche rapide, une note synthétique, donc très lapidaire, permet de retracer les grandes lignes de la réflexion des experts.*

Le premier thème choisi est centré sur la Maladie avec trois éclairages diversifiés mais complémentaires pour mieux cerner cette question toujours d'actualité.

Traiter des problèmes de la maladie passe inévitablement par une analyse des rapports entre les médecins et la Sécurité Sociale ou, comme l'intitule Monsieur René Guillaume, les médecins face à la Sécurité Sociale.

Le second exposé est centré sur la prise en charge du coût des soins par la Sécurité Sociale en 1945 et Bruno Valat s'interroge sur le comportement de l'époque en rupture ou en continuité.

Troisième et dernier temps fort : celui développé par Olivier Faure qui traite d'une question tout aussi fondamentale par rapport à la mise en perspective de la Protection Sociale, l'installation, le développement et les problèmes de l'assistance médicale durant la période de forte émergence 1850-1940.

Donc trois éclairages diversifiés mais dont le but est davantage d'alimenter la réflexion citoyenne sur la question de la Protection Sociale contre le risque « Maladie » que de dégager des amorces de solution tant l'histoire prouve dans ce domaine qu'elle a une fâcheuse tendance à se répéter.

Le Conseil d'Administration espère vivement que chacune et chacun d'entre vous pourront puiser dans ces rencontres et, d'une manière plus générale, dans l'activité du Comité Régional Rhône-Alpes d'Histoire de la Sécurité Sociale ce supplément d'information si nécessaire pour faire face aux contraintes et aux menaces qui pèsent au quotidien sur le système français reconnu comme l'un des plus performants au monde.

*Pour le Conseil d'Administration
Le Vice Président*

Lucien Jullian

Synthèse de l'intervention de Pierre GUILLAUME Les médecins français face à la médecine sociale

Connus pour leur dévouement, les médecins français n'ont pas vu d'un bon œil l'arrivée de la médecine sociale, au début du 19^{ème} siècle. Ils considéraient alors l'essor de la médecine sociale comme une menace directe sur leurs propres revenus.

Serment d'Hippocrate à l'appui, ils ont tout d'abord rappelé qu'ils étaient les médecins de tous, quelle que soit la condition sociale.

Et, pour mieux le montrer, ils prirent à l'époque un certain nombre de mesures en direction des plus pauvres :

- la médecine sommaire avec la loi du 19 Ventôse an XI,
- les soins hospitaliers aux indigents par les jeunes médecins,
- les honoraires variables selon les revenus du patient.

Mais sur ce dernier point, les jeunes médecins et ceux des campagnes rencontrèrent de graves difficultés financières car leur clientèle était pauvre. Ce qui entraîna à cette époque une baisse des effectifs des médecins.

Le Congrès médical énonça trois principes pour relancer la médecine :

- dénonciation de la pratique illégale de la médecine,
- rejet de la fonctionnarisation de la médecine,
- admission uniquement des indigents dans les hôpitaux.

Les Sociétés de secours mutuels :

Elles se développent avec le décret impérial du 26 mars 1852. De la Société Philanthropique à Paris à la Société de Bienfaisance à Marseille en passant par la Société Girard à Bordeaux, toutes sont créées par des médecins qui lancent ainsi la médecine mutuelle. Même si certains sont inquiets par l'arrivée de ces sociétés, les médecins s'accordent à reconnaître qu'il s'agit là d'un bon moyen pour lutter contre les charlatans, pour enseigner l'hygiène et pour favoriser la médicalisation des couches défavorisées.

Cette période ne va pourtant pas durer !

A partir de 1880, et notamment en 1882 au congrès de Bordeaux, le syndicalisme médical et la mutualité vont s'affronter. Pour le syndicalisme médical, il n'est pas question de voir supprimer le libre choix du praticien par le malade. C'est ce qui risque pourtant d'arriver avec l'application des lois sur l'assistance !

Deux autres points vont également inquiéter les médecins :

- en créant ses propres cliniques, ses propres pharmacies... la mutualité va salarier ses médecins.
- elle va toucher progressivement les classes moyennes comme les instituteurs, alors que son public visé au départ devait être uniquement le milieu populaire. Les médecins voient ainsi disparaître une partie de leur clientèle aisée.

Toutes ces inquiétudes arrivent à la veille de la première guerre mondiale. Cela n'empêche pas une minorité de médecins, regroupés dans le syndicat national de médecine sociale, de souhaiter encore plus de mutualité.

Les grands débats autour des assurances sociales :

La première guerre mondiale terminée, c'est la période de la reconstruction.

Un débat au Parlement sur les Assurances sociales va avoir lieu. Les médecins vont faire-part de leurs exigences, afin que la loi sur les Assurances sociales du 30 avril 1930 respectent un certain nombre de principes comme celui du libre choix du médecin, de l'exclusion du tiers payant ou encore de la liberté des honoraires.

Pour les médecins, la mise en place des Assurances sociales est positive car elle facilite l'accès aux plus pauvres à la médecine.

Mais, la volonté par la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française) de créer de nouvelles structures relance à nouveau les hostilités. En effet, l'arrivée des pharmacies, des cliniques, des dispensaires mutualistes et des caisses chirurgicales n'est pas du tout appréciée par le corps médical.

Le corps médical va créer ses propres caisses chirurgicales. Ces caisses de médecins vont ensuite se réunir avec les mutuelles car elles ont en fait les mêmes objectifs.

Autre conflit, celui des hôpitaux. Alors que le corps médical souhaite maintenir leur ouverture aux seuls indigents, la mutualité propose de l'étendre aux assurés sociaux. Et, c'est le régime de Vichy qui fait passer cette loi !

La mutualité, qui a touché les classes moyennes comme les instituteurs ou les postiers, symbolise le progrès de la médecine sociale.

Ce qui a entraîné peu à peu le glissement politique de la gauche vers l'extrême droite d'une grande majorité de médecins, qui n'ont jamais accepté cette concurrence. Certains d'entre eux se sont avoué profondément antisémites et racistes.

Synthèse de l'intervention de Bruno VALAT

La prise en charge du coût des soins par la Sécurité sociale en 1945 : rupture ou continuité

Avec la création de la Sécurité sociale en 1945, un ordre social nouveau voit le jour. La rupture avec le système ancien est déterminante. Cet exposé s'attachera à décrire plus particulièrement le remboursement des dépenses des médecins, dans le cadre du régime général des salariés.

Quelle était la situation avant 1945 ?

Après la Mutualité, les Assurances sociales sont créées en 1830. Elles vont vite montrer leurs limites.

Et pourtant, l'objectif initial était fort ambitieux avec le remboursement à 80 % des soins médicaux.

Mais, ce système là s'avère vite contraignant avec ses règles complexes qui vont mettre de côté de nombreux français en difficultés, dont les demandeurs d'emplois.

Par ailleurs, les médecins ne vont pas jouer le jeu et vont augmenter leurs tarifs, sans tenir compte de la convention passée.

Enfin, la période d'occupation ne va pas arranger les choses, où l'on atteindra des remboursements des frais médicaux de l'ordre de 40 % voire 30 %.

Pour remédier à cette situation, l'ordonnance du 19 octobre 1945 va instituer la Sécurité sociale. Elle va se caractériser comme une importante avancée sociale.

Un assouplissement des règles va permettre de mettre fin aux insuffisances de l'ancien système. Moins contraignante, elle va être ainsi plus accessible à tous.

Concernant le remboursement à 80 % des frais médicaux, une convention entre le syndicat des médecins et les caisses de Sécurité sociale est passée, les médecins ne souhaitant pas l'intervention de L'Etat dans la fixation des tarifs.

Des sanctions sont prévues pour les médecins qui iraient à l'encontre de cette convention.

Cela dit, de nouveau ce sera un échec car les accords passés ne sont pas respectés par les médecins.

De plus, avec l'inflation, les médecins augmentent leurs tarifs. Et, l'arrivée des antibiotiques entraîne la hausse de la consommation médicale chez les Français.

Par ailleurs, les médecins sont attachés à leur indépendance et à leur statut. Le syndicalisme médical, dont les représentants n'ont pas

changé en 20 ans, est très conservateur. Son action auprès des gouvernements successifs de la 4^{ème} République est vindicative et il est soutenu par une partie de l'opinion. Il s'agit alors de défendre la médecine libérale, avec son principe inébranlable de la liberté tarifaire. Même à l'occasion du premier déficit de la Sécurité sociale, aucune solution n'est trouvée.

Une nouvelle initiative en 1953 n'aboutit pas. Une autre en 1956 connaît le même sort.

Il faut en fait attendre l'année 1960 pour voir adopter le conventionnement, par le gouvernement de Michel Debré. La forte personnalité du général De Gaulle n'est pas étrangère à la réussite de cette réforme !

Dans le respect de la médecine libérale, la nouvelle loi va donner au médecin la possibilité d'adhérer individuellement à la convention avec la caisse de la Sécurité sociale. C'est au total 74 départements et 10 millions d'assurés qui vont bénéficier de cette nouvelle loi. On notera toutefois qu'à Paris et Lyon et dans deux autres départements l'adhésion au système sera moins rapide.

Mais, dans l'ensemble, cette loi est aussi bien accueillie chez les médecins que chez les assurés.

D'abord pour les médecins dans les campagnes et pour les villes populaires où leurs revenus étaient faibles, cet accord était nécessaire compte tenu de la hausse continue du coût de la santé.

Pour les assurés, c'est la garantie d'un meilleur remboursement des soins médicaux. D'autant plus que cela est étendu aux frais dentaires et autres frais para médicaux. Et autre point primordial : on réussit enfin à rembourser à 80 % les soins médicaux.

Sur ce dernier aspect, il est important de souligner qu'avec la hausse du déficit de la Sécurité sociale, ce taux sera ramené à 75 % en 1967 et enfin à 65 % aujourd'hui.

Cela dit, le conventionnement est bel et bien présent et reste une avancée sociale incontestable.

Synthèse de l'intervention de Olivier FAURE

Installation, développement et problèmes de l'assistance médicale (1850-1940)

Dans le cadre d'une politique sanitaire, l'assistance médicale gratuite a permis aux plus pauvres d'accéder aux soins.

A la Révolution, il s'agit de répondre au manque d'hôpitaux et de médecins dans les campagnes. On va ainsi mettre en place des médecins cantonaux.

Plus tard, ce sont les conservateurs qui vont poursuivre cette action. L'objectif est différent : il est politique. On remercie les fidèles électeurs.

Il s'agit également de lutter contre les charlatans. Et le médecin est aussi considéré comme le gendarme ou l'instituteur qui surveille le peuple.

D'autres raisons expliquent ce souci de disposer d'une assistance médicale gratuite. Elles sont d'ordre démographique, économique et politique :

- lutter contre la mortalité infantile,*
- améliorer l'état de santé des futurs conscrits face à la menace allemande,*
- garantir une bonne santé à la main d'œuvre en pleine révolution industrielle...*

Cependant les oppositions sont nombreuses. Les royalistes n'en veulent pas, invoquant une augmentation des dépenses budgétaires. Ils craignent par ailleurs le développement du nombre des fonctionnaires avec la mise en place de cette mesure.

Les médecins ne sont pas partisans de cette médecine sociale et souhaitent maintenir leur indépendance et leur statut.

Et pourtant tout au long du 19^{ème} siècle l'idée de l'assistance médicale est régulièrement relancée. Mais les tentatives sont souvent avortées et ce jusqu'à la révolution de 1848.

En 1851, une loi permet aux indigents d'être acceptés dans les hôpitaux. Mais, dans la pratique elle n'est pas appliquée, n'étant pas obligatoire.

Durant le Second Empire, les départements et les communes sont mis à contribution. 800 000 français sont concernés.

Enfin, en 1893, une loi instaure l'obligation d'assistance médicale gratuite pour toute personne sans ressources. Chaque collectivité a son rôle à jouer. Les communes se chargent

d'inscrire les indigents. Les départements s'occupent de l'organisation avec les médecins.

Quant au financement, les subventions modestes sont à la fois données par les Conseils généraux et l'Etat.

Or, il s'avère très vite que les dépenses sont beaucoup plus importantes que prévues. L'augmentation du nombre d'usagers qui apprennent l'existence de cette loi, la hausse des dépenses pharmaceutiques... Tout cela va entraîner une dénonciation des pauvres qui profitent du système.

Des mesures vont même être prises pour supprimer certains médicaments coûteux.

Mais, avec l'arrivée de nouveaux médicaments, la hausse des dépenses va repartir en flèche.

Toutes les parties sont mécontentes : les assurés, les pharmaciens, les médecins et même l'Etat qui voit le coût de cette opération grever son budget. Ce système ne convient toujours pas.

Et pourtant, l'assistance médicale gratuite est indispensable dans toute société qui se veut démocratique. L'Etat va prendre à cœur sa mission. A partir de 1895, il va mener une politique ambitieuse de transformation de l'ensemble des hôpitaux français. On hérite aujourd'hui de cette politique, courageuse à l'époque.

Même si certains, au sein des hôpitaux, ne se montrent pas très coopérants, l'accessibilité à tous s'améliore nettement. Les relations entre le malade et son médecin vont se développer. Elles seront plus fréquentes.

Mais certains pauvres ne souhaitent pas bénéficier de l'assistance. Par conservatisme, par fierté, ces derniers vont purement refuser toute aide. Ils ne souhaitent pas être assistés tout simplement.

Face aux plus faibles et aux plus démunis, la société en général porte un regard méfiant. On parle d'eux en terme d'assistanat. Ce n'est pas comme cela que l'on risque de les responsabiliser et d'en faire de vrais citoyens !

Les médecins français face à la médecine sociale

Sans méconnaître la générosité, pouvant aller en cas d'épidémie jusqu'à l'esprit de sacrifice, de bien des médecins, on peut aussi considérer que les positions du corps médical français face à l'émergence, puis au développement, de la médecine sociale, ont été largement dictées par un souci légitime de rentabilisation de leur pratique. Dès le 19^{ème} siècle, et sans doute bien avant, les médecins sont en effet les éléments les plus représentatifs de ces nouvelles classes moyennes qui ne vivent pas de leur patrimoine mais de l'exercice d'une profession à laquelle ils ont accédé par des études. Certes, pendant longtemps, il a fallu, pour faire des études de médecine, être issu, en règle générale, d'un milieu relativement aisé, mais pour garder ensuite son rang, après une installation souvent rendue possible par la seule dot de l'épouse, la pratique devait être rentable. La précarité du statut social des médecins, à laquelle n'échappaient que les gloires reconnues du corps médical, explique la vigilance avec laquelle ils ont suivi le développement d'une médecine dite sociale que l'on peut voir comme étant sans but lucratif. Celle-ci ne leur a été tolérable que pour autant qu'elle ne les privait pas d'une partie de leur clientèle solvable.

Les solutions initiales

Pour éviter que l'on leur impose une concurrence qui, dès le début du 19^{ème} siècle, pouvait être celle de médecins salariés soit par l'Etat, soit par les collectivités locales, les médecins, que l'on ne disait pas encore libéraux mais « de famille », devaient démontrer qu'ils pouvaient répondre aux besoins de toutes les catégories sociales comme ils en reconnaissaient l'obligation aux termes du fameux serment d'Hippocrate.

Plusieurs dispositions légales ou pratiques devaient le permettre.

On retiendra la loi du 19 ventôse an XI qui, en admettant la dualité docteur en médecine – officiers de santé, donne pour fonction à ceux-ci, comme le dit sans ambages Michel Augustin Thouret, de proposer aux pauvres la médecine sommaire qui convient à la nature de leurs maux considérés comme plus simples que ceux des gens de bien (RSM22-23).

On retiendra ensuite la place donnée aux soins hospitaliers dispensés par des médecins qui n'en tirent aucune rétribution. Le passage à l'hôpital est, pour les jeunes médecins, un temps de formation, d'expérience acquise auprès des indigents, le temps également où doit se forger la réputation du bon médecin à la fois compétent et charitable. La contrepartie des charges qu'implique ce passage à l'hôpital est la perspective d'un établissement réussi en clientèle. (HB 76).

On retiendra enfin le principe de l'adaptation du montant des honoraires demandés aux capacités financières du malade. En demandant davantage au riche, le médecin doit se donner la possibilité de soigner à bas prix, voire gratuitement le pauvre ; il faut, pour cela, qu'il ait pleine liberté pour négocier, au cas par cas, sa rétribution, les honoraires n'étant pas le prix des soins donnés mais le signe de reconnaissance du service rendu. Il faut aussi qu'ils aient, dans leur clientèle, un équilibre judicieux de pauvres et de riches, ce qui est rarement le cas des jeunes médecins ou de ceux des campagnes déshéritées.

Très vite, dès les années 1830, et pendant la longue préparation qui devait aboutir à la réunion du fameux congrès médical de 1845-1846, ces règles de conduite furent dénoncées. Il apparaît alors que bien des praticiens ne survivent qu'à grand peine, ce qui entraîne des difficultés de recrutement, la baisse des effectifs des

écoles de médecine et des trois facultés existantes et une diminution du nombre des médecins en exercice relevée par Jacques Léonard.

Pour faire face à ces difficultés, le congrès médical insiste sur les points suivants :

- Dénonciation vigoureuse de toute forme de pratique illégale de la médecine, prêtres thaumaturges et religieuses pharmaciennes étant particulièrement visés ;
- Malgré quelques voix très isolées s'exprimant en faveur d'une fonctionnarisation de la médecine sur le modèle de celle de l'enseignement populaire (Dr Valat la Nièvre et Dr Thiaudière en 1839) (RSM p.49), rejet de la solution des médecins cantonaux initiée par le préfet de Strasbourg Lezay-Marnesia dès le Premier Empire.
- Attention très ferme à ce que ne soient admis dans les hôpitaux ou dispensaires que les véritables indigents. On peut penser que ces prises de position ont inspiré, par-delà la révolution, la loi du 7 août 1851 sur l'organisation de secours hospitaliers.

Par contre, on peut relever que rien n'est dit, au cours du congrès et dans ses actes, des sociétés de secours mutuels, sans doute parce qu'à l'époque, elles n'ont encore qu'une importance très marginale.

L’Affirmation des sociétés de secours mutuels et la perplexité initiale des médecins

Les Sociétés de secours mutuels ne prennent leur essor qu'en application du décret impérial du 26 mars 1852, mais ce que l'on peut considérer comme leur préhistoire est, ponctuellement au moins, fort riche. Les travaux de Catherine Duprat ont mis en évidence le rôle de la Société Philanthropique à Paris, qui encourage et contrôle la création de sociétés de secours mutuels et qui ouvre à leurs membres ses dispensaires dès le Premier Empire. A Marseille la Société de Bienfaisance suit le modèle parisien et crée, en 1821, le Grand conseil des sociétés de secours et de prévoyance.

Grenoble, avec ses gantiers, est un haut lieu de cette mutualité précoce ; à Nantes, agit la Société industrielle, à Rouen l'Emulation chrétienne, à Bordeaux enfin, après 1838, la société Girard, du nom de son fondateur, A toutes ces structures sont associés des médecins qui, tels Acharde à Marseille, Guépin à Nantes ou encore Vingtrinier à Rouen en sont souvent les promoteurs. Il apparaît ainsi qu'à Paris comme en province les médecins sont portés à voir dans cette mutualité naissante le moyen de substituer à une pratique purement caritative, et donc gratuite, une médecine rétribuée, même si les honoraires demandés sont faibles.

L'essor donné à la mutualité par la volonté impériale concrétisée par le décret du 26 mars 1852 séduit et, tout à la fois, inquiète le corps médical. Elle le séduit puisqu'en 1859, l'Association des médecins de France crée, pour ses membres, une société de secours mutuels. Le discours de l'un des fondateurs, LE DOCTEUR Arthaud, dit une certaine gêne des médecins, conscients du risque de se mettre, par cette création, en contradiction avec les propres principes fondamentaux d'une pratique libérale de leur art (MM 48 et 50).

De 1852 à la fin des années 50, ce qui semble l'emporter c'est une bonne volonté réciproque. Corps médical et sociétés de secours mutuels se voient comme objectifs communs la lutte contre le charlatanisme, donc l'exercice illégal de la médecine (MM54), l'enseignement de l'hygiène (MM 56) et, par delà l'hygiène d'une sage morale individuelle, et sociale dont les médecins ont tendance à se dire les propagandistes les plus qualifiés par leur connaissance de toutes les couches de la société (MM 57-58).

En contrepartie, de l'aide qu'elles apportent aux médecins dans leur combat sans fin contre l'exercice illégal de la médecine, et de la tribune qu'elles leur offrent pour accélérer la médicalisation des milieux populaires, les sociétés de secours mutuels attendent des médecins qu'ils aident à avoir une gestion saine de leurs maigres ressources (MM61).

Ces bonnes intentions initialement affichées sont cependant vite mises en échec dans les débats portant sur deux points :

Soumission des honoraires à un tarif
Rapports des médecins et des sociétés de secours mutuels tentées de les traiter en salariés.

Les médecins y voient une menace pour leurs libertés fondamentales, liberté de choix du médecin par le patient et du patient par le médecin, liberté de fixer le montant des honoraires non pas en fonction de la complexité des soins, mais des ressources du malade, et s'y ajoutent des inquiétudes sur la liberté des prescriptions et traitement proposés.

Dès les années 1860, il y a donc d'une part affirmation que les médecins ont intérêt à la rentabilisation d'une fraction de la population précédemment insolvable et sous-médicalisée, affirmation aussi que les sociétés de secours mutuels ne peuvent fonctionner sans la bonne volonté et l'aide des médecins, d'autre part l'apparition des raisons d'affrontement qui seront celles de toute la période suivante.

L'aggravation des affrontements

Cette aggravation est patente au cours des années 1880. Elle est fondamentalement due à l'organisation des forces en présence, le syndicalisme médical d'une part, la mutualité se concertant à l'échelle nationale d'autre part. Le syndicalisme médical apparaît dès 1880, est légalisé en 1892. Le premier congrès national de la mutualité, se réunit à Lyon en 1883. C'est au congrès de Bordeaux, en 1892, qu'a lieu la grande confrontation. Sont également proposées à Bordeaux les bases d'une entente entre ceux qui s'y sont posés en antagonistes mais qui ne peuvent oublier que leurs intérêts sont liés (MM98).

La querelle dont on ne peut évoquer les multiples épisodes est alimentée par l'évolution de la législation d'une part, par des initiatives de la mutualité, regroupée au sein de la F.N.M.F depuis 1904, après le vote par le Parlement de la

« charte de la Mutualité » en 1898, d'autre part. L'application des lois sur l'assistance médicale gratuite, sur les accidents du travail ou encore sur l'assistance aux vieillards fait craindre aux médecins la généralisation d'une pratique de tarifs demandés par la mutualité, mais auxquels ils sont, nous l'avons vu, radicalement hostiles. Les médecins craignent aussi, non sans raison, que l'application de ces lois limite ou fasse disparaître le libre choix du praticien par le malade. Ils y voient une menace de fonctionnarisation de la médecine doublée de celle que fait peser l'affirmation d'une médecine d'entreprise ou « d'assurance », celle-ci étant d'ailleurs combattue par la mutualité.

Dans le même temps la mutualité dit sa volonté de mettre en place ses propres structures de soins, pharmacies, dispensaires puis clinique mutualiste, volonté qui met ces innovations au centre du conflit qui marque le congrès de la mutualité réuni dans cette ville en 1913. Le corps médical n'admet pas que la clinique mutualiste ait ses propres médecins et chirurgiens, qui sont ainsi ses salariés, et qu'elle soit fermée aux autres praticiens du lieu. La clinique mutualiste, quant à elle, au départ ouverte à tous, affirme ne pouvoir survivre si chaque praticien y reste libre d'y imposer ses propres honoraires.

Les médecins sont également très sensibles à ce qu'ils perçoivent comme une évolution de la composition même des sociétés de secours mutuels. Celles-ci se voulaient initialement ouvertes aux élites populaires, urbaines et rurales, capables de s'imposer une petite épargne. Il apparaît qu'elles le sont de plus en plus à ce que l'on peut considérer comme les classes moyennes inférieures, dont les instituteurs donnent un excellent exemple. Il est vrai que, dès les années soixante, il y a eu création de sociétés de secours mutuels ouvertes aux instituteurs dans tous les départements, le plus souvent sous la présidence de l'inspecteur d'académie. Les médecins estiment alors que les sociétés de secours mutuels détournent une fraction sans cesse croissante de leur clientèle rentable, leur impose de les soigner à des prix négociés

avec ces sociétés et bien inférieurs aux honoraires qu'ils considèrent comme normaux.

Cette inquiétude du corps médical va de pair avec celle qui découle d'un élargissement possible de la catégorie des indigents qui découlerait de l'application de la loi de l'AMG.

Ainsi, la mutualité, après avoir permis la médicalisation et la rentabilisation au moins relative des milieux populaires, en viendrait à amputer une clientèle potentiellement payante.

A la veille de la première guerre mondiale le corps médical est ainsi, dans son immense majorité, inquiet des progrès d'une médecine sociale encouragée par de nouvelles dispositions légales et largement gérées par la mutualité. Une fraction limitée de ce corps médical, regroupée en 1909 dans le syndicat national de médecine sociale estime, au contraire, que la mutualité ne va pas assez vite et assez loin, et recherche une coopération directe avec les syndicats mais ne parvient pas à s'entendre avec une CGT qui se veut purement ouvrière (RSM 130).

Les grands débats autour des assurances sociales

C'est dès 1920 que s'ouvre devant les chambres le débat qui devait conduire, dix ans après, à la loi du 30 avril 1930, instituant en France les assurances sociales.

Aux lendemains de la première guerre mondiale la France se voit dans l'obligation de combler son retard tant sur l'Allemagne que sur la Grande-Bretagne, accentué par l'échec de la loi de 1910, par l'impératif, pour l'Etat, de prendre en charge la foule des victimes de la guerre, ce qui est fait aux termes de la loi dite des pensions du 2 Avril 1919.

S'impose aussi la nécessité d'harmoniser la protection sociale entre France dite de l'intérieur et provinces récupérées d'Alsace et de Lorraine qui ont bénéficié du système bismarckien, le plus élaboré de l'époque.

Les médecins, constitués en groupe de pression, amicales parlementaires notamment, jouent un rôle considérable dans les débats parlementaires et les présidents des deux plus importantes commissions de la chambre et du sénat sont les docteurs Grinda et Chauveau. Ils ne sont ni l'un, ni l'autre opposés au principe des assurances sociales mais ils vont œuvrer à faire respecter les conditions posées par le corps médical. Elles sont sans originalité : libre choix du médecin, paiement à l'acte et exclusion du tiers-payant, liberté thérapeutique, respect du secret médical donc impossibilité pour les gestionnaires des caisses d'assurances sociales d'exercer un quelconque contrôle sur le bien-fondé des traitements et prescriptions, liberté enfin des honoraires puisqu'il est admis que le tarif de responsabilité des caisses ne doit pas couvrir l'intégralité des coûts. Les médecins acceptent cependant une harmonisation de ces honoraires par leurs propres syndicats, donc leur propre codification des actes.

Ces exigences du corps médical, qui sont celles qu'il formule depuis bien des décennies, sont codifiées dans un texte voté par le congrès de la Confédération des syndicats médicaux le 30 novembre 1927 et c'est ensuite le texte de référence auquel on se réfère dans tout conflit.

Ces exigences étant respectées par le texte d'avril 1930, le corps médical accepte de faire l'essai du système qui est mis en place en affirmant devant l'opinion qu'il est le garant d'une médecine de qualité et d'un refus d'une médecine de seconde zone pour les classes populaires. Sa vigilance est extrême devant le constat de la place prise par les mutualités dans la gestion des caisses (MM 137), les mutualistes étant dénoncés comme les grands adversaires traditionnels de la médecine libérale.

Quelles que soient sa défiance et sa vigilance, le corps médical doit admettre assez vite, dès 1938, qu'il tire bénéfice de la mise en place des assurances sociales qui entraîne la médicalisation de nouvelles catégories sociales et la confédération des syndicats médicaux en

vient, en matière d'honoraires, à prôner une attitude fort conciliante de rapprochement des tarifs dits de responsabilité de caisses et des tarifs proposés par les syndicats médicaux (RSM214).

Un certain nombre d'initiatives de la mutualité, ainsi que le débat autour de ce que doit être désormais le rôle des hôpitaux inquiètent par contre beaucoup les médecins. La FNMF affirme de plus en plus clairement sa volonté de mettre en place des structures de soins nouvelles (MM147).

Cela se traduit par la multiplication des pharmacies mutualistes, les premières ayant été ouvertes à Marseille dans les années 1860, par l'ouverture de plusieurs cliniques mutualistes à Marseille (1926), Bordeaux (1930), Nîmes (1932), Saint-Etienne (1933), Lyon (1935). Celle de Bordeaux a une histoire particulièrement mouvementée ; elle était à l'origine ouverte à tous les praticiens, mais, en 1932, elle doit recruter son propre corps médical. Le syndicat médical girondin lui intente alors un procès, mais le perd, ce qui provoque un émoi considérable dans le corps médical.

A Paris, c'est la multiplication des dispensaires, mutuellistes ou non, qui jette l'émoi dans le corps médical.

Vient encore la création de caisses chirurgicales qui assurent leurs cotisants contre le risque chirurgical par une cotisation complémentaire. Chirurgiens et médecins craignent d'être mis progressivement dans l'obligation de travailler pour des institutions mutuellistes, et, à la limite, d'en devenir les salariés. Ils dénoncent le précédent allemand des « médecins de caisse ». Ils sont d'autant plus inquiets que la gestion du risque maladie par la mutualité omniprésente dans les caisses d'assurance maladie, largement excédentaires jusqu'au milieu des années trente au moins, dégage des ressources considérables.

Sur certains points ils trouvent des réponses appropriées, créant notamment leurs propres mutuelles chirurgicales,

gérées par le corps médical, et à buts ouvertement lucratif. Caisses mutuellistes et caisses créées par les médecins ont, finalement, des modes de fonctionnement si proches qu'elles se réunissent en 1941 dans la même fédération à l'initiative du Girondin Raymond Belly.

L'évolution des hôpitaux est aussi au cœur des préoccupations du corps médical qui veut s'en tenir à la définition de leur rôle donné en 1850, l'accueil des seuls indigents. La mutualité se bat, au contraire, pour qu'ils s'ouvrent notamment aux assurés sociaux. Le corps médical partant du constat d'évidence que, pour être assuré social, il faut, dans les années trente, être un salarié, donc ne pas être reconnu comme indigent, s'insurge, et empêche que n'aboutisse le débat ouvert au Parlement. C'est finalement la loi du régime de Vichy du 21 décembre 1941 qui ouvre les hôpitaux publics à toutes les catégories de la population. On doit relever que le régime de Vichy s'est affirmé, au grand dam des médecins, très favorable à la mutualité dont les dirigeants ont, avec une certaine légèreté, affirmé leur adhésion à la Charte du Travail et leur volonté de prendre en charge les institutions sociales qu'elle prévoyait. La mutualité devait payer très cher cette erreur au moment de la mise en place des caisses de sécurité sociale dont la gestion lui échappe.

Depuis la fin du 19^{ème} siècle, la mutualité a cherché des solutions aux difficultés des petites classes moyennes, très vulnérables au risque maladie. Ainsi les instituteurs ont-ils ouvert leur propre sanatorium à Sainte-Feyre dans la Creuse dès 1906 (DST 184), bientôt imités par les postiers, voire par le clergé. Ce glissement social a été perçu par le corps médical comme un empiètement sur sa clientèle solvable. Son mécontentement s'est traduit par une évolution de ses positions politiques. Alors qu'avant 1914 les médecins étaient très majoritairement attachés à une gauche modérée, sensible au positivisme et volontiers anti-cléricale, nombreux sont ceux qui, dans les années trente ne sont pas insensibles aux idées d'extrême-droite (RSM 256). Un racisme largement doublé d'antisémitisme virulent sévit aussi dans un corps médical inquiet de voir s'établir

en France des praticiens de nationalité étrangère, juifs d'Europe orientale formés à Bucarest, ou « levantins » formés à Beyrouth. C'est à Paris que la concurrence est la plus vive, c'est à Paris que ce racisme médical explose en 1938, tandis que le docteur Martial, qui eut son heure de gloire sous Vichy, pourfend le métissage (RSM 254-255). Les progrès de la médecine sociale, largement orchestrés par la mutualité, n'expliquent pas cette dérive, mais ils ont bien suscité les inquiétudes qui en sont l'origine.

Pierre Guillaume

Références :

DST : P. Guillaume, Du désespoir au salut, les tuberculeux aux 19^{ème} et 20^{ème} siècles, Paris, Aubier, 1986, 380 p.

HB P. Guillaume, Les hospices de Bordeaux au XIX siècle, 1796-1855, Bordeaux, Les Etudes hospitalières, 2000, 273 p.

RSM P. Guillaume, Le rôle du médecin depuis deux siècles (1800-1945), Paris, Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale, La documentation française 1996, 319 p.

MM P. Guillaume, Mutualistes et médecins, Conflits et convergences, Paris, Les Editions de l'Atelier, 2000, 207 p.

La prise en charge du coût des soins par la Sécurité sociale en 1945 : Rupture ou continuité ?

L'historiographie de la Sécurité sociale a longtemps privilégié la part de rupture dans la création du régime général par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945. Cette attitude a d'ailleurs été accréditée par quelques uns des artisans principaux de sa naissance. Ainsi, Pierre Laroque, directeur général des Assurances sociales au ministère du Travail et maître d'oeuvre des ordonnances fondatrices, déclarait-il en 1946 :

"C'est dans le cadre d'un effort d'ensemble pour l'édification d'un ordre social nouveau que s'inscrit notre plan de Sécurité sociale. Cet ordre social nouveau, nous le concevons comme procédant d'idées qui tranchent sur le passé, comme faisant disparaître les tares d'un régime aujourd'hui révolu, comme reposant sur des principes entièrement neufs¹."

Je me propose, dans cet exposé, de voir si et dans quelle mesure on peut effectivement parler de rupture en matière de remboursement des soins dans les années qui suivent la Libération. Plutôt que de faire l'histoire de la prise en charge dans ses diverses facettes, sujet très vaste, je m'en tiendrai au remboursement des dépenses "de ville", c'est à dire celles qui correspondent à des soins dispensés en cabinet médical ou au domicile du patient par des praticiens libéraux. Il ne sera donc pas question des soins hospitaliers, qui constituent un autre secteur, très différent. Le problème, par contre, se pose dans les mêmes termes, en ce qui concerne la

médecine de ville, pour les médecins, les dentistes ou les soins dispensés par les professions para-médicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...), dont la part dans l'enveloppe financière consacrée aux soins par la Sécurité sociale est marginale en 1945 mais en progression constante par la suite. Enfin, on l'aura compris, il sera uniquement question du régime général - qui regroupe les salariés du commerce et de l'industrie ainsi que les fonctionnaires, pour ce qui est de l'Assurance-maladie - car c'est, et de loin, le plus important, à l'époque qui nous intéresse.

Pour répondre à notre question de départ, il est nécessaire de prendre en compte la situation qui prévalait à la veille de la naissance de la Sécurité sociale : d'une part, en effet, celle-ci n'est pas une création *ex-nihilo* ; il existe une législation sociale antérieure dont elle vient prendre la place. Or, c'est précisément pour répondre aux insuffisances de cette législation qu'est créée la nouvelle institution. Ce préalable rempli, on pourra alors saisir la nature et l'ampleur des changements apportés en 1945 et au cours des années qui suivent.

La situation à la Libération

A la fin de la guerre, il existe dans le pays une législation de protection sociale assez complète, notamment pour les salariés : les Assurances sociales en constituent le fer de lance. Elles ont été créées en 1930 pour répondre aux insuffisances de la Mutualité - institution qui s'adresse à tous, mais où l'adhésion est entièrement libre - et de l'Assistance médicale gratuite, réservée aux plus démunis. Pour procurer une protection efficace à la masse des

¹ P. Laroque, "Le plan français de Sécurité sociale", *Revue française du Travail*, avril 1946, p. 9.

ouvriers, concernés au premier chef, il fallait en effet remplir deux conditions qui ne l'étaient pas ou mal dans le cadre de la Mutualité, à savoir l'obligation, seule à même d'amener tous les intéressés à s'assurer et d'autre part la nécessité de disposer de cotisations importantes, afin de garantir une prise en charge efficace. La loi de 1930 prévoyait le remboursement des honoraires à hauteur de 80 % du tarif médical. Les médicaments étaient également remboursés à 80 % dans la majorité des cas. Enfin, un revenu de remplacement - l'indemnité journalière - était versé en cas de maladie entraînant un arrêt de travail de plusieurs jours.

Malgré ce dispositif assez complet, la législation des Assurances sociales passe, à la Libération, pour insuffisante et inefficace : tout d'abord, les prestations sont faibles. Il existe en effet des règles très contraignantes qui en limitent le bénéfice pour les assurés : il faut ainsi avoir travaillé 60 jours dans le trimestre précédant une maladie pour avoir droit aux prestations. Depuis 1936, le nombre maximal de jours ouvrés dans un trimestre est de soixante-cinq environ. La législation ne s'adresse donc qu'aux travailleurs à plein temps. En période de chômage, un grand nombre d'entre eux étaient exclus de fait de l'assurance : ainsi, l'équivalent de 20 000 chômeurs seulement avaient bénéficié des prestations en 1935, alors que 400 000 étaient secourus dans le pays au même moment, qui en comptait plus de 1,5 million au total.

La plupart des prestations sont également limitées artificiellement, pour éviter les "abus", redoutés par le législateur : ainsi, le remboursement à 80 % des médicaments est limité à 25 francs par ordonnance ; un "délai de carence" de 5 jours est imposé aux malades qui attendent de percevoir leurs indemnités journalières ; enfin, le droit aux prestations cesse au bout de six mois, laissant démunis les nombreux malades chroniques - tuberculeux notamment - que compte le pays.

Mais surtout, l'objectif formulé en 1930 d'un remboursement à 80 % des frais

d'honoraires n'a pas été atteint : la majorité des médecins a en effet refusé de se plier au jeu conventionnel prévu par la loi et les accords passés avec les caisses d'Assurances sociales sur les tarifs - lorsqu'il en existe - n'ont pas été respectés, le plus souvent. Je ne reviendrai pas sur les raisons multiples qui expliquent l'attitude des médecins car elles sont bien connues et cela nous amènerait trop loin². Notons que l'Occupation, à partir de 1940, n'a fait qu'aggraver la situation : tandis que les caisses multipliaient leurs tarifs par 2 ou 3 entre 1939 et 1943, pour combattre les effets de l'inflation, les médecins relevaient les leurs dans des proportions encore plus grandes, de sorte qu'à la Libération, il semble que les tarifs réels de remboursement n'atteignaient, selon les témoignages, que 40, voire 30 % des frais dans le meilleur des cas. Enfin, dernière insuffisance décriée, certains salariés qui auraient pu prétendre au bénéfice des Assurances sociales en étaient exclus, soit par l'existence d'un plafond d'assujettissement, qui limitait l'adhésion aux personnes dont le salaire n'excédait pas un certain seuil, soit par décision expresse de la loi, comme les fonctionnaires.

Dans ces conditions, les critiques formulées à l'encontre de l'assurance-maladie n'avaient pas manqué, dès 1930, et s'étaient encore aggravées sous l'effet de la crise, puis du traumatisme engendré par la défaite de 1940. C'est pour y remédier que la Sécurité sociale créée en 1945 fut dotée d'un fort volet consacré à la prise en charge des dépenses de soins.

Les réformes de 1945

L'ordonnance du 19 octobre 1945, consacrée aux prestations, répondait point par point aux insuffisances constatées : elle prévoyait d'abord un abaissement

² On pourra se reporter à H. Hatzfeld, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Les éditions ouvrières, 1963 et à P. Guillaume, *Le rôle social des médecins depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris, Comité et Association pour l'histoire de la Sécurité sociale, 1996.

considérable des conditions nécessaires pour avoir droit aux avantages prévus par la loi : de 60 jours jusque là, on passait ainsi à 60 heures seulement de travail requises dans le trimestre. La nouvelle législation était donc très libérale, en rupture complète avec le passé sur ce point. Le "délai de carence" pour les prestations en espèces était ramené pour sa part de cinq à trois jours. La création d'une assurance longue-maladie, enfin, permettait de porter à trois ans la durée de prise en charge des malades chroniques, délai au bout duquel une assurance invalidité modernisée prendrait le relais dans la majorité des cas. Le plafond d'assujettissement était également supprimé, ce qui permettait l'immatriculation d'une partie des employés, restés en dehors de l'assurance jusque là et de ceux que l'on n'appelait pas encore les "cadres". Les fonctionnaires étaient également incorporés dans l'assurance-maladie obligatoire à partir de 1947.

En ce qui concerne le degré de prise en charge des honoraires médicaux, par contre, l'ordonnance du 19 octobre 1945 réaffirmait le principe d'un remboursement à 80 %. Elle prévoyait un dispositif conventionnel entre les syndicats de médecins et les caisses de Sécurité sociale, l'État ne disposant que de pouvoirs limités dans la fixation des tarifs. Tirant les leçons de l'échec passé, le texte prévoyait toutefois des sanctions pour les praticiens qui ne respecteraient pas les accords passés.

On le voit, les changements par rapport aux Assurances sociales sont donc importants, mais il existe également une certaine continuité, perceptible au niveau des honoraires, mais pas seulement : ainsi, la portée du plafond, aboli en 1945, avait déjà été limitée une première fois en janvier 1942, date à laquelle il avait été supprimé pour tous les travailleurs payés "à l'heure, à la journée, à la semaine fixe, aux pièces ou à la tâche", c'est à dire la quasi totalité des ouvriers. D'autre part, les nouveaux assurés de 1945-1947 appartiennent aux catégories qui avaient su le mieux s'organiser dans le cadre de la prévoyance libre : les fonctionnaires, par exemple, bénéficiaient de mutuelles parmi

les plus favorables pour l'époque³. Ces salariés ne partaient donc pas de rien. Leur intégration au régime général apparaissait davantage comme un progrès supplémentaire que comme une véritable rupture, de ce point de vue.

Mais surtout, les choix faits en ce qui concerne la prise en charge des frais d'honoraires apparaissent comme une confirmation des principes antérieurs. Le remboursement à 80 %, qui laisse un "ticket modérateur" à la charge de l'assuré, se justifie par la nécessité de décourager toute "surconsommation" médicale de la part des assurés. Le rôle de la prévoyance libre dans ce domaine est ainsi réaffirmé. Le choix de privilégier un dispositif conventionnel - qui avait pourtant fait la preuve de son échec avant-guerre - répond quant à lui à un souhait des partenaires sociaux (médecins et caisses), soucieux d'éviter un face à face avec l'État dans les négociations tarifaires. L'Administration, qui avait manifesté, au cours des discussions sur le texte de la loi, sa préférence pour une fixation par les médecins, mais sous le contrôle strict du gouvernement, accepta de parrainer la solution réclamée par médecins et caisses, pariant sur une bonne volonté nouvelle des parties dans le contexte de l'après-guerre. Or, bien vite, il s'avéra que l'accord tacite passé en juillet 1945 était en fait un marché de dupes, les médecins refusant comme avant de collaborer dans la grande majorité des cas.

L'échec du remboursement à 80 % jusqu'en 1960

Ce refus repose sur un certain nombre de raisons, anciennes ou nouvelles, dont certaines sont structurelles et d'autres plus conjoncturelles : parmi les secondes, on citera l'inflation et la pénurie qui règnent en France dans les années qui suivent la Libération. Dans un contexte de dérive rapide des prix, la signature d'un accord

³ Voir J Siwek-Pouydesseau, "Les mutuelles de fonctionnaires avant la Seconde Guerre mondiale", dans *Démocratie, solidarité et Mutualité* ; "autour de la loi de 1898", Paris, Economica-FNMF, 1999, p. 259-272.

avec les caisses et surtout son respect par les médecins apparaît difficile : à quoi bon engager une négociation difficile sur des tarifs quand l'inflation leur ôte toute valeur au bout de quelques semaines, voire quelques jours ? La vigueur de la demande de soins que manifestent les français dès 1946, au moment où les antibiotiques entraînent une véritable révolution dans la lutte contre les maladies infectieuses, pousse du reste les médecins à majorer leurs tarifs pour mieux défendre leurs chances, dans l'âpre compétition des groupes sociaux pour s'approprier une part du maigre gâteau disponible pour la consommation, dans un pays ruiné par deux décennies de crises et de guerre. La faiblesse des tarifs proposés par des caisses qui connaissent dès 1948 des difficultés financières joue également un rôle. On y reviendra. Plus profondément peut-être, le refus des médecins repose, comme auparavant, sur leur attachement à une liberté tarifaire perçue comme la condition *sine qua non* de l'indépendance du praticien. Comme le note Henri Hatzfeld, le changement du mode de détermination des honoraires qu'impliquait la Sécurité sociale devait entraîner de profondes modifications de la profession elle-même :

"Le médecin libéral [...] assurait sa promotion et son ascension professionnelle en accroissant son prestige et sa notoriété, ce qui lui permettait d'augmenter le nombre de ses clients, et, lorsqu'il le jugeait bon, d'augmenter ses honoraires. Si les honoraires étaient bloqués, quel autre moyen de promotion qu'une multiplication épuisante des "actes", multiplication discutable au point de vue médical et au point de vue financier pour les organismes payeurs ? [...] Passer de nouveaux concours ? Changer de catégorie au sein de la profession ? Voilà bien des problèmes typiques des professions salariées⁴".

Tout autant que leurs revenus, les médecins défendent donc leur statut. Ce constat, formulé pour l'entre-deux-

⁴ H. Hatzfeld, *Du paupérisme à la Sécurité sociale*, 2e édition, Nancy, PUN, 1989, p. 291.

guerres, reste valable en 1946. On notera d'ailleurs, à ce propos, que les dirigeants de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), qui jouit d'un monopole dans la représentation de la profession, sont, jusqu'au début des années cinquante, les mêmes que ceux qui dirigeaient la confédération dans les années trente.

Face à ce refus des médecins de collaborer, l'Etat et les caisses paraissent démunis. Ces dernières n'ont pas les moyens de contraindre les médecins à respecter les accords passés, lorsqu'ils existent. Les procédures prévues en cas de non respect des conventions, qui font la part belle aux médecins, ne sont pas efficaces et des accords généraux signés en février 1947, juin 1948 et janvier 1950 ne sont pas respectés. De son côté, l'Etat apparaît faible et divisé : face à un syndicalisme médical puissant, les gouvernements de la IV^e République sont fragiles et sensibles aux groupes des pressions : le ministre de la Santé, Pierre Schneiter, déclarait ainsi en 1948 au directeur de la Fédération nationale des organismes de Sécurité sociale (FNOSS), "la situation n'est pas satisfaisante mais, que voulez-vous, moi ici, je suis le ministre des médecins"⁵.

Au sein même du gouvernement, il existe du reste un désaccord entre le ministre de la Santé et son collègue du Travail sur l'attitude à adopter. Si ce dernier est favorable à des mesures énergiques pour contraindre les médecins à passer accord avec les caisses, il ne remet pas en cause la légitimité de la médecine libérale, ce qui limite les possibilités de réforme. L'opinion publique elle-même est sensible aux arguments du corps médical qui brandit le risque d'un avilissement de la médecine en cas d'atteinte aux principes libéraux : en 1958, 84 % des assurés estimaient ainsi qu'une "fonctionnarisation" des médecins n'aurait aucune incidence sur la qualité des soins, tandis que près de 30 % prévoyaient une

⁵ Témoignage de Clément Michel, directeur de la FNOSS, au Comité d'histoire de la Sécurité sociale, le 11 juin 1975. *Archives Nationales*, 37 AS 8

dégradation⁶. Les enquêtes réalisées à cette époque montrent également que le prestige de la profession médicale est intact dans le corps social malgré les difficultés du remboursement pour les assurés sociaux. Le niveau de prise en charge reste en effet faible et très inférieur aux objectifs de la loi.

Il n'existe pas de tableau d'ensemble mais le constat général ne fait pas de doute : en 1948, les tarifs "d'autorité", décidés par les caisses en accord avec le gouvernement, sont en vigueur dans 70 départements. Or, ils ont été fixés volontairement à un niveau très bas car l'on espère provoquer ainsi un mécontentement des assurés, qui poussera les médecins à négocier. Bien que cette politique ait échoué, les difficultés financières, provoquées par la croissance rapide des dépenses hospitalières et pharmaceutiques et la disparition des excédents initiaux de l'assurance-vieillesse s'opposent par la suite à une revalorisation significative des tarifs : dès 1947, le coût de l'assurance-maladie dépasse en effet les prévisions des experts à la Libération. En 1950, le régime général tout entier connaît son premier déficit et il faut, par une loi de septembre 1951, consentir à une importante subvention du Trésor aux caisses, la première d'une longue série jusqu'à nos jours. Cette situation n'empêche pas les parties de continuer à rechercher un accord tout au long de la décennie, mais là encore c'est un constat d'échec qui s'impose.

Un premier essai a lieu en 1953, mais l'accord passé cette année là entre la FNOSS et la CSMF échoue à cause du refus du ministère des Finances, qui souhaite des garanties financières solides. Le texte proposé par les partenaires sociaux prévoyait d'exclure tout à fait l'Etat de la procédure d'approbation des tarifs, ce que le gouvernement ne pouvait naturellement accepter. Un deuxième

projet, préparé cette fois par le ministre des Affaires sociales de Guy Mollet, Albert Gazier, en 1956, échoue en partie pour les mêmes raisons. A l'hostilité des Finances, s'ajoute celle des médecins qui refusent notamment l'idée de sanctions possibles contre ceux qui ne respecteraient pas les accords passés. Ce n'est qu'en 1960 que le gouvernement de Michel Debré réussit à imposer le conventionnement, là où ses prédécesseurs avaient échoué. Ce succès s'explique par plusieurs raisons.

Tout d'abord, la constitution de la Ve République permet au gouvernement de réformer par voie réglementaire un dispositif qui nécessitait jusque là le vote d'une loi pour être amendé. L'autorité du général De Gaulle, qui apparaît au dessus des intérêts particuliers, contribue par ailleurs à faire accepter une réforme par l'opinion - qui y voit l'espoir de meilleurs remboursements pour les assurés - comme par la majorité des médecins. Le texte présenté a du reste l'intelligence de ne pas remettre en cause les principes de la médecine libérale. Bien plus, il prévoit la possibilité, pour les médecins qui le souhaitent, d'adhérer à titre individuel à une convention avec la caisse de Sécurité sociale en cas de refus du syndicat médical et assortit la signature de tels accords d'avantages matériels pour les praticiens concernés, en matière de fiscalité et de retraite notamment. Ajoutons pour finir que l'assainissement financier réalisé en 1959 après le retour au pouvoir du général De Gaulle permet un effort financier inédit de la part des caisses en matière de tarifs, ce qui favorise le succès de l'entreprise.

Les conventions individuelles n'en restent pas moins la pièce maîtresse de la réforme de 1960, puisqu'elles permettent de contourner l'opposition de la CSMF, où la fraction la plus conservatrice du corps médical s'opposait à un accord depuis 1956. Un nombre croissant de médecins, de leur côté, notamment dans les départements ouvriers ou ruraux aux salaires modestes et où les assurés constituaient la majorité de la clientèle, se montraient désireux, depuis cette date, de trouver un accord. Ceci explique sans doute le succès rapide de la réforme : à la

⁶ A. Catrice-Lorey, J-D. Reynaud, *Les assurés et la Sécurité sociale ; étude sur les assurés du régime général en 1958*, Paris, Comité et Association pour l'histoire de la Sécurité sociale, 1996, p. 342.

fin de 1960, pour la première fois, des conventions sont en vigueur dans 74 départements et concernent près de 10 millions d'assurés. Les seuls points noirs subsistant sont les grandes agglomérations, Paris, Lyon et sa région notamment, auxquelles il convient d'ajouter les Alpes-Maritimes et une zone "Centre-Loire" (Loiret, Loir-et-Cher). Dans la plupart des cas, toutefois, les adhésions individuelles sont massives et permettent de remédier à l'absence de conventions : dans la Haute-Garonne, par exemple, ce sont plus de 90 % des médecins qui adhèrent individuellement ! A Paris, la situation est plus contrastée mais de larges zones, notamment en banlieue, connaissent des taux d'adhésion supérieurs à 40, voire 50 %⁷. Dans ces conditions, l'absence de convention collective n'est plus un obstacle pour les assurés.

Ainsi, pour la première fois depuis la création d'une assurance-maladie obligatoire en 1930, le remboursement à 80 % des dépenses médicales "de ville" devient-il une réalité pour la grande majorité des assurés sociaux. La portée du changement est encore accrue par le fait que des mesures semblables sont entrées en vigueur pour les dentistes et les professions para-médicales. Il aura toutefois fallu attendre 30 ans pour que l'ambition historique formulée par les promoteurs successifs des lois de protection sociale se réalise enfin et de ce point de vue l'entrée en vigueur du plan de Sécurité sociale de 1945 n'a apporté, on l'a vu, aucun changement significatif.

Notons d'ailleurs que ce succès durement acquis sera rapidement remis en cause par la progression des dépenses de Sécurité sociale dans tous les domaines au cours des années soixante qui allait entraîner dès 1967 une réduction du taux légal de remboursement, ramené à 75, voire 70 % dans certains cas dans le cadre de la réforme réalisé par le ministre des Affaires sociales Jean-Marcel Jeanneney. Ce taux devait encore diminuer par la suite et il n'est plus aujourd'hui que de 65

% pour les cas courants, les plus nombreux, bien que le conventionnement n'ait jamais été remis en cause, en tant que réalité sociale.

Si l'on revient à 1960, force est de constater que la continuité apparaît très forte, pour ne pas dire totale, en ce qui concerne les taux de remboursement, avec la situation qui prévalait avant guerre. Pour l'opinion, ce sentiment de continuité dans l'échec tend à occulter quelque peu les progrès réalisés par ailleurs. La faiblesse des remboursements entretient en effet le mécontentement jusqu'en 1960. Reste à s'interroger, toutefois, sur la portée réelle de cette continuité et de l'échec qu'elle implique.

Tout d'abord, sous une apparente permanence dans le refus, l'attitude des médecins évolue considérablement sous la IV^e République, ce qui a sans nul doute beaucoup contribué au succès final de la réforme de 1960 : d'une part, l'assurance-maladie entre dans les mœurs; elle ne fait plus peur comme autrefois, où les esprits les plus chagrins pouvaient présager la ruine du corps médical par les Assurances sociales. D'autre part, les médecins prennent conscience de leur responsabilité collective, face au coût croissant de la santé, phénomène qui s'impose progressivement à l'opinion et aux responsables politiques après guerre. Dans le même temps, l'idée ancienne que par leur savoir ils détiennent un droit particulier à intervenir dans le débat public s'effrite, tandis que par leurs revenus, nombre de médecins s'apparentent de plus en plus aux nouvelles classes moyennes salariés, tels les "cadres", en pleine expansion numérique et qui disposent d'avantages sociaux tels que congés payés ou assurance-vieillesse, toute chose dont les médecins, attachés à leur statut de profession libérale, restent alors privés.

Du côté des assurés, maintenant, on notera que la faiblesse des remboursements n'est pas un obstacle, globalement, à l'expansion des dépenses de soins. Celles-ci continuent de croître rapidement pendant toute la période 1945-1960, à un rythme indépendant du taux de remboursement, comme le note le CREDOC dans ses premières études sur

⁷ H. Hatzfeld, *Le grand tournant de la médecine libérale*, op. cit., p; 190-191.

le comportement des français. Il semble en fait qu'il faille rechercher dès avant 1945, au cœur de la guerre, les origines d'une hausse importante des dépenses que la Libération ne fera à cet égard que prolonger. Le traumatisme engendré par le conflit puis l'arrivée des antibiotiques auraient-ils joué un plus grand rôle que la Sécurité sociale dans l'expansion de la demande de soins au cours de ces années? On n'oubliera pas, non plus le rôle des mutuelles dans la prise en charge des dépenses même si, pour l'heure, leur part reste encore modeste. On se gardera donc de tirer des conclusions hâtives du constant d'échec limité formulé ici, considéré isolément. Il importe en effet de replacer l'histoire de la prise en charge financière de la maladie dans une perspective globale qui est celle du "souci de soi" dans la société contemporaine et dont le remboursement des frais d'honoraires, qui seul nous intéressait ici, ne représente qu'un aspect.

Bruno Valat

Installation, développement et problèmes de l'assistance médicale (1850-1940)

L'histoire de l'assistance médicale gratuite s'inscrit dans la durée. Un des piliers du système de protection sociale jusqu'en 1999, l'assistance médicale gratuite (plus loin AMG) connaît une mise en place difficile. Rapidement ce système d'assistance, mal perçu et considéré comme stigmatisant, est jugé inférieur à celui de la mutualité et de l'assurance. Ce système mal-aimé est pourtant nécessaire, notamment en période de crise. En outre, son rôle est essentiel dans l'établissement de la notion de politique sanitaire d'Etat. Il a également contribué à l'extension du réseau de soin et à l'ouverture de l'accès aux soins.

1. Un système nécessaire

L'AMG s'impose de façon minimale après une mise en place très longue. Bien que des réticences s'élèvent contre le financement de dépenses de santé par des fonds publics, force est de constater que le système de l'AMG correspond à des sollicitations politiques, économiques et démographiques très fortes beaucoup plus qu'à la volonté de réaliser des idéaux philanthropiques ou un projet social planifié.

11. Un vrai projet

Dès la Révolution, puis tout au long du XIX^e siècle, en particulier en 1847 et en 1871, la question de l'assistance médicale est abordée, sous des noms différents. Elle s'impose d'ailleurs de façon facultative en 1853 et 1854. Le retour périodique de cette question s'explique par le surgissement de défis de plus en plus contraignants.

Menant les premiers vrais recensements sur le réseau d'assistance et sur les besoins sociaux, le Comité de mendicité et les révolutionnaires sont choqués par

les inégalités. La plus frappante est celle qui oppose les villes minoritaires en population mais bien pourvues en matière d'assistance et les campagnes peuplées mais vides d'hôpitaux et de médecins.. Ainsi les premiers projets de médecins de districts ou cantonaux visent à pallier cette situation. Par la suite cette revendication rationalisatrice et égalitaire est reprise par les conservateurs. Ces derniers veulent favoriser des campagnes fidèles au pouvoir en place, parées des vertus traditionnelles et dont il faut empêcher l'assèchement par l'exode rural.

Mettre à la portée du plus grand nombre possible les services du médecin n'est pas seulement une mesure technique. Il se révèle un projet culturel : arracher les gens des campagnes aux rebouteux, charlatans et plus généralement à leur « obscurantisme » et à leur « passivité ». Les médecins perçus comme des gens éclairés et des agents des Lumières doivent porter la science et le raisonnement dans les campagnes. En outre, ce discours obtient un retentissement certain chez les médecins. Ces derniers se présentent alors comme les conseillers des princes et les tuteurs des pauvres. De plus, les médecins sont trop nombreux par rapport à la clientèle solvable : la profession est en crise et l'intervention des pouvoirs publics apparaît comme un moyen de combler le fossé entre offre et demande.

Civiliser, intégrer, pacifier... mais aussi surveiller le peuple. Ce plan de médicalisation s'inscrit dans un vaste projet qui place le peuple sous la surveillance du gendarme, du policier, de l'instituteur et du médecin. Ici, la médecine est la propédeutique de la prévoyance, de l'économie, de la modération. Ici, le médecin devient un intermédiaire social et culturel. Il doit aider à réaliser le rêve des autorités du

XIX^e siècle : rétablir les liens personnels entre les membres de deux classes jugées hostiles, celle des propriétaires et celle des prolétaires.

A partir de 1870 surtout, la situation démographique française particulière, face à une Allemagne menaçante, fait du problème de population, un problème politique central. Pour des raisons militaires, il faut freiner la mortalité infantile, améliorer l'état de santé des futurs conscrits. Pour assurer le développement industriel, il faut s'assurer une main d'œuvre sûre et en bonne santé. D'autres peurs interviennent. Les inquiétudes démographiques et politiques, nées de l'épisode de la Commune, débouchent sur l'obsession de la dégénérescence (syphilis héréditaire), la hantise de la tuberculose... Le désir d'introduire la médecine dans la gestion de la société est d'autant plus fort qu'après les découvertes de Pasteur, la médecine se fait fort de remédier à tous ces problèmes.

Si toute une série de raisons milite pour l'instauration d'une assistance médicale gratuite, celle-ci suscite des résistances non moins fortes.

12. De fortes oppositions

L'opposition libérale est la plus profonde et la plus constante. Non seulement, les opposants viennent des milieux conservateurs de la Monarchie de Juillet ou des royalistes mais aussi des républicains de gouvernement. Faisant appel à « l'équilibre budgétaire » érigé en dogme intangible, ces opposants refusent de voir l'état opérer des prélèvements sur l'activité économique. L'objection libérale s'appuie donc sur des arguments budgétaires et économiques. Elle est aussi sociale, politique et culturelle. A ses yeux, il s'agit d'éviter le développement du nombre de fonctionnaires, la « fonctionnocratie » dénoncée par Montalembert. Finalement, la notion de liberté est sollicitée pour défendre tout ce qui touche à l'intime, pour défendre le caractère libéral de la profession médicale.

Face à cette opposition libérale, l'opposition médicale se construit de façon plus artificielle. Les médecins sont divisés face à la crise de leur profession. Le Congrès médical de 1845, organisé par Amédée Latour et par des responsables parisiens, récuse la médecine sociale au nom de la défense de l'indépendance de la profession, de la dignité de ses membres et, déjà, de la qualité de la médecine elle-même. Au contraire le paiement à l'acte et la libre négociation des honoraires sont érigés comme des dogmes. Par la suite regroupée dans une seule association (l'AGMF), la profession va être un partenaire difficile des pouvoirs publics.

13. Tentatives et compromis

Durant le XIX^e siècle, la question de l'assistance médicale revient périodiquement. La tentative menée en 1847 se révèle prudente. Effectivement, ce projet ne prévoit de médecins cantonaux que dans les cantons privés de toute présence médicale et n'envisage pas d'en faire des fonctionnaires. De plus, la dépense incombe aux seuls conseils généraux. Cette tentative n'aboutira pas pour cause de révolution de 1848

Les grands projets d'assistance publique de la Seconde République ne débouchent que sur la loi de 1851. Elle prévoit l'accès de tous les indigents dans les hôpitaux, à condition que les communes d'origine des malades payent. Sans aucune condition d'obligation, cette loi laisse le choix aux communes de prendre en charge les frais de leurs indigents et aux hôpitaux la liberté de les recevoir ou non. Cette loi reste peu appliquée. L'hôpital est alors soupçonné d'être coûteux, inefficace et dangereux moralement et socialement.

Sous le Second Empire, les circulaires de 1854 et 1855 mettent les départements et les communes en position de pouvoir organiser un service médical gratuit pour les indigents. Ces mesures touchent environ la moitié des départements et 800 000 personnes, au mieux. Elles n'assurent pas la dépense des médicaments. Ce système s'étiole et s'essouffle à partir des années 1880.

Votée après 20 ans de débats et d'ajournements, la loi du 15 juillet 1893,

impulsée par la nouvelle direction de l'assistance publique, dirigée par Monod et le Conseil supérieur de l'assistance publique, est une loi de compromis. Certes elle impose l'obligation et prévoit que tout Français privé de ressources recevra gratuitement les soins médicaux. Elle prévoit le tiers payant, une assistance à la fois à domicile et hospitalière. Elle ménage néanmoins les finances de l'Etat en faisant des communes l'échelon essentiel de l'assistance. Ce sont elles qui inscrivent sur les listes et supportent l'essentiel du financement. Elles reçoivent des subventions automatiques du département en fonction de leur effort financier et de leurs richesses. Les conseils généraux prennent aussi à leur charge les indigents dépourvus d'un domicile de secours communal (acquis après un certain de temps de résidence). L'Etat n'intervient que dans un troisième temps pour donner des subventions aux départements et pour assurer les secours aux indigents n'ayant pas de domicile ; de secours communal ou départemental.. En échange, cette loi ménage les susceptibilités de chacun : ce sont les communes qui inscrivent, les départements qui négocient avec les hôpitaux les prix de journée et le nombre de lits, avec les médecins et les pharmaciens l'organisation du service médical et la fixation des tarifs.

On a donc le sentiment d'un système qui s'est imposé pour des raisons de haute politique mais que l'on a essayé d'asseoir au moindre coût et comme à regret. L'analyse de la gestion de ce système péniblement installé confirme cette hypothèse..

2. Un système mal aimé

Immédiatement, le problème vient d'une contradiction entre les gestionnaires qui n'admettent pas l'augmentation même modérée des dépenses et la réalité qui entraîne inévitablement la hausse des dépenses au fur et à mesure que le système est connu, que les besoins de santé s'accroissent et que les techniques médicales sont plus coûteuses.

21. Une augmentation normale

Si le nombre des inscrits reste bas et progresse peu (5% de la population), le pourcentage des inscrits utilisant chaque année le système passe très vite du tiers à la moitié.

Dans les vingt premières années de fonctionnement du système, les dépenses doublent alors que le nombre d'usagers n'a augmenté que de la moitié. Parmi ces dépenses, celles de la pharmacie augmentent plus rapidement que le reste et représentent très vite plus de la moitié des secours à domicile.

Néanmoins, comme aujourd'hui ; mais pour des raisons différentes, c'est une minorité de malades (les 10 à 12% hospitalisés), qui absorbent près de la moitié des dépenses. Loin d'être liée à des soins élaborés et coûteux, cette dépense hospitalière s'explique par la longue durée des séjours (plus d'un mois), à des prix de journée souvent surévalués. Le tout cache l'entrée de vieillards et d'infirmes (non pris en charge avant la loi de 1905 appliquée en 1908). La proportion des plus de 60 ans parmi les inscrits est de 22 % alors qu'ils représentent environ 8 % de la population.

22. Une augmentation dénoncée

Dès ses débuts et reproduisant déjà ce qui s'était passé dans les sociétés de secours mutuels, la politique de gestion de l'AMG se résume à une recherche de l'économie à tout prix et le discours à une dénonciation permanente d'abus individuels, particulièrement nombreux en matière de consommation pharmaceutique. Les dénonciations des médicaments gourmands (vins médicaux, eaux minérales), des pressions sur les pharmaciens des transformations d'ordonnances deviennent des topoï du discours officiel.. Derrière ce discours surgit en filigrane, outre l'obsession budgétaire, la représentation ancienne (XVII^e siècle) du mauvais pauvre, paresseux, filou et profiteur. En effet, le discours n'est appuyé que sur des exemples individuels et non sur des enquêtes sérieuses. La polarisation du discours sur le médicament semble aussi liée à la peur que les malades assistés puissent gérer librement leur traitement et peut-être

même accéder à un mode de consommation et à des habitudes plutôt bourgeoises qui pourraient déboucher sur des revendications dans d'autres domaines. La consommation pharmaceutique est interprétée comme une espace de liberté dangereux pour la société.

23. Une politique brouillonne

Dans les faits, la dénonciation des abus se traduit par des mesures que nous connaissons bien et qui n'ont rien de très neuf. Retrait de la nomenclature des médicaments gourmands, non inscription des spécialités nouvelles, rabais sur les mémoires des pharmaciens, supplications aux médecins de prescrire moins et mieux. Néanmoins, ceux-ci, organisés en syndicats depuis 1880, négocient leurs engagements, difficilement vérifiables, contre des concessions bien réelles : rétribution à l'acte, relèvement des honoraires et des indemnités de déplacement, ouverture du service à tous les membres des syndicats médicaux. Aussi l'un des moteurs essentiels de la dépense, l'existence d'une concurrence entre médecins, reste-t-il inchangé et se renforce-t-il sans cesse.

Aussi n'est-il pas étonnant que les résultats ne soient guère probants. Si les dépenses marquent le pas après chaque « plan » d'économie, la hausse reprend vite, encouragée par l'arrivée de nouveaux médicaments ou la multiplication de certains actes (opérations en particulier). D'autres fois, la hausse de la dépense se réfugie dans un domaine non touché par les restrictions (l'hôpital) avec à la sortie une dépense nouvelle supérieure aux économies escomptées.

En outre, cette politique à courte vue mécontente tout le monde : les assistés soumis à des procédures de plus en plus bureaucratiques, menacés de radiations ; les pharmaciens soumis à des réductions arbitraires de leurs mémoires ; les médecins qui se considèrent comme mal payés et parfois déshonorés dans la mesure où ils se disent soumis aux pressions et aux exigences des gens du peuple. Quant aux responsables politiques et administratifs (sauf au niveau de l'Etat

central), ils sont toujours déçus par les résultats de leur plan et de plus en plus hostiles à ce qu'ils considèrent, souvent à tort, comme un gouffre financier. On voit même apparaître des coalitions surprenantes entre médecins et assistés lorsqu'il s'agit de défendre ou de réclamer le libre choix du malade (ou le libre accès du médecin).

On voit par là combien l'expérience de l'AMG est fondatrice d'un mode de fonctionnement dont on n'est pas sorti en l'absence de résolution de la contradiction entre une offre libérale de soins et une demande socialisée. Le legs ne se limite pourtant pas à cela.

3. Un système essentiel

L'héritage de l'assistance médicale gratuite est fondamental dans quatre domaines : la promotion d'une politique d'état en matière de santé ; le développement du réseau de soins et son accessibilité ; les comportements quotidiens de tous face à la maladie et à la médecine.

31. Naissance d'une politique de santé

Sous l'impulsion de la Direction de l'Assistance publique et du Conseil supérieur de l'Assistance publique, la politique d'Etat vise à étendre l'application de la loi et la contribution financière du pouvoir central.

Pourtant, cette politique respecte scrupuleusement le principe de la médecine libérale et les autorités hospitalières. Elle inaugure très vite une pratique durable fondée sur la négociation tant avec les syndicats de praticiens qu'avec les hôpitaux tout en essayant de les contrôler, d'abord par le biais de subventions, avec la mise en place d'une procédure proche de ce que l'on appellerait aujourd'hui l'agrément.

32. Le développement et l'harmonisation du réseau de soins.

Sans qu'elles disparaissent totalement, les disparités de densité médicale (nord/sud, villes/campagnes) s'atténuent sans doute sous l'effet de l'AMG mais il est difficile

de mesurer exactement le rôle précis de ce dispositif.

En matière hospitalière, les choses sont plus nettes puisque après un recensement des lits, un contrôle des budgets, l'Etat consacre à partir de 1895, 1/3 de ses recettes provenant du Pari Mutuel aux établissements de bienfaisance. Rien qu'entre 1895 et 1900, pas moins de 6 millions de francs seront consacrés aux transformations des hôpitaux (surtout des petits qui seront amenés à se mettre aux normes minimales -salles d'opérations, maternité...) nous léguant le réseau actuel. Ces subventions sont accordées en priorité aux départements qui ont adopté un plan d'ensemble d'équipement hospitalier, introduisant la planification avant même que le mot n'existe.

Néanmoins le problème de l'accessibilité aux soins est loin d'être entièrement résolu. On a déjà noté la faible proportion des inscrits parmi la population.. Cette population n'est pas placée forcément à même distance d'un médecin ou d'un hôpital. Une partie d'entre ces derniers tentent de limiter le nombre de lits qu'ils réservent aux malades de l'AMG et préfèrent donner la priorité aux malades locaux quitte à laisser des lits vacants. Ici, la toute puissance des religieuses dans l'accueil et la fidélité des notables à une assistance purement locale et largement paternaliste se rejoignent pour résister aux principes d'une assistance nationale

33. La modification des comportements

A condition d'accès égales, on voit partout progresser la fréquences du recours au médecin et pharmacien. De plus en plus, la maladie se vit dans un cadre médical et la fameuse peur de l'hôpital, sans doute bien exagérée, disparaît à mesure qu'il devient accessible.

Néanmoins, cet usage accru du réseau officiel ne signifie pas une soumission totale des malades aux médecins. Des stratégies élaborées par les malades visent à jouer avec la concurrence entre médecins pour obtenir les médicaments qu'ils souhaitent. Ces médicaments ne sont pas ceux prescrits par les médecins

mais ceux souhaités par les malades. Le bouche à oreille instaure une sorte de savoir autonome sur la pharmacie.

Cet usage du réseau de soins n'est pas non plus seulement commandé par l'état de santé mais il est le reflet et le creuset de relations nouvelles entre l'individuel et le collectif, entre les citoyens et l'état.

En ce qui concerne les inscriptions sur les listes, tout ne dépend pas de la pauvreté, de l'état de santé et de l'attitude plus ou moins frileuse des autorités locales. Leur niveau reflète aussi les structures sociales et surtout les représentations sociales élaborées à partir de ces structures. Pour rester dans la région lyonnaise, les monts du Lyonnais, pays de petits agriculteurs pauvres, mais propriétaires, conservateurs politiquement et fortement religieux inscrivent peu. La plaine du Forez, certes marécageuse mais aussi peuplée de fermiers et de métayers inscrit beaucoup. D'un côté, la méfiance pour l'Etat républicain, la fierté du petit propriétaire qui refuse l'assistance. De l'autre, la revendication, l'acceptation de la pauvreté et de l'aide extérieure anonyme dans un pays où les grands propriétaires ne sont guère actifs dans la protection de leurs dépendants.

La loi de 1893 définit un nouveau champ d'application des relations entre les citoyens et les pouvoirs. Si d'un côté un droit est reconnu aux privés de ressources, ceux-ci sont aussitôt placés en position d'accusés. En sens inverse et par le biais de leur accès à un marché ils sont promus au titre de consommateur. Fondamentalement dans la définition de l'assistance, la dimension citoyenne de la protection sociale est évacuée : clients et coupables, les assistés ne sont jamais des partenaires acceptés, moins encore des citoyens. C'est peut-être là une clé pour comprendre certaines difficultés actuelles. Culpabilisés, négligés, infantilisés, les ayants droit peuvent-ils vraiment être responsables comme on les invite sans cesse à l'être ?

Olivier Faure

