

La Sociale contre l'Etat providence. Prédation et protection sociale

Philippe Batifoulie* (philippe.batifoulie@univ-paris13.fr)

Nicolas Da Silva* (nicolas.dasilva@univ-paris13.fr)

Mehrdad Vahabi* (mehrdad.vahabi@wanadoo.fr)

* CEPN, UMR-CNRS 7234, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité

Janvier 2020

Résumé : Ce travail a pour objet de relire l'histoire de l'Etat providence français à la lumière de la théorie d'un Etat prédateur. On oppose une approche de la protection sociale portée par l'Etat où la protection est un instrument de la prédation à une approche qualifiée de « La sociale » dominée par un « citizen welfare » et axée sur un auto gouvernement des individus. L'Etat providence est l'aboutissement de la guerre de masse moderne et la politique sociale (notamment la politique de population) est orientée vers les besoins de la guerre. Cependant bien qu'elle soit en partie le résultat de la guerre, la protection sociale trouve aussi ses racines en France dans l'affirmation d'un bien être porté par les citoyens eux-mêmes et non par l'Etat. Les origines de cette exception française remontent à la commune de 1871 et se poursuivent par la création du régime général de sécurité sociale en 1945/1946. On montrera que toute l'histoire de l'Etat-providence français consiste à se réapproprier le bien-être citoyen autogéré par un processus de réformes engagées à partir de 1947. Ce mouvement d'étatisation du "citizen welfare", en plus de constituer une dépossession du pouvoir politique d'auto-gouvernement des citoyens, s'est accompagné de la marchandisation des politiques sociales.

Mots clés : Etat providence. La Sociale. Etat prédateur. Marchandisation

Codes JEL : D6, D74, H1, H53, N4, O1

La Sociale contre l'Etat providence. Prédation et protection sociale¹

Et pourtant il résiste ! L'Etat providence est souvent attaqué mais il maintient un haut niveau de dépenses sociales. Les prélèvements obligatoires représentent 45 % du PIB français en 2017 contre 30 % en 1960. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est passée de 4% du PIB en 1960 à 8.5 % en 2017. La période récente qui est celle de la « grande bifurcation » (Levy et Dumesnil, 2014) a freiné cette évolution mais ne l'a pas stoppée. En 1995, les prélèvements obligatoires comme la CSBM étaient inférieurs à ce qu'ils sont en 2017 (respectivement 42.5 % et 8 %)

On pourrait choisir d'autres dates repère ou d'autres ratios. Mais les statistiques s'obstinent à montrer que l'Etat providence² est toujours présent et à un niveau élevé. Pour autant son retrait est une perception largement partagée si l'on ne réduit pas la qualité de l'Etat providence à des quantités.

Sur ce registre, en effet, les conclusions sont beaucoup plus contrastées. Outre son rôle contra cyclique, la protection sociale réduit bien les écarts de niveaux de vie entre redistribuant des plus riches et les plus pauvres. Les prestations sociales en espèce composent l'essentiel du revenu des plus pauvres alors que les prestations en nature permettent d'accéder aux services publics sociaux (Ramaux, 2012). Mais l'Etat providence ne parvient pas à lutter efficacement contre l'augmentation des inégalités (Piketty, 2013). Il semble avoir renoncé à faire de la propriété sociale (Castel, 1995) le moyen privilégié pour répondre au besoin de sécurité quand la propriété privée devient essentielle en matière de retraite ou de santé. Il est désarmé face à la prise en charge des jeunes enfants ou de la dépendance qui exigent davantage des solidarités familiales.

L'émancipation des individus par la protection sociale est fragilisée par le débat sur le coût du travail qui met en scène une opposition entre la compétitivité des entreprises et le financement des besoins sociaux. Les réformes managériales organisent la dégénérescence des services sociaux et gommement la spécificité des institutions de protection sociale. Le retour au marché, essentiellement en matière de couverture retraite et santé, est aujourd'hui considéré comme l'horizon attendu de la protection sociale. Le périmètre de la protection sociale est en effet pénétré par les assurances privées et les banques qui tendent à réduire la couverture sociale à l'état d'une marchandise. La protection sociale intéresse la finance de marché qui considère le médicament et plus récemment l'hôpital à but lucratif comme un bon placement. Ce capitalisme de protection sociale trouve des relais au sein de la bureaucratie du social (ou élite du Welfare) et conduit à faire de l'Etat providence le pivot d'un nouveau modèle d'accumulation (le capitalisme anthropogénique, Boyer, 2015).

On comprend alors que l'Etat providence soit l'objet de nombreuses critiques qui ne viennent pas du camp libéral. Il est attaqué par ceux qui le soutiennent, voire qui en vivent. Les soignants protestent contre l'hôpital devenu inhospitalier, les retraités contre leur paupérisation, les chômeurs contre le management du chômage, etc. L'Etat providence est

¹ ¹ Une version préliminaire de ce texte a été présentée au séminaire « Etat prédateur, conflit et résistance » du CEPN à la MSH Paris Nord en novembre 2019. Nous remercions tous les participants à ce séminaire et en particulier Michael Zemmour, Benjamin Coriat et Guillemette de Larquier pour leurs commentaires stimulants. Nous remercions aussi Victor Duchesne et Jean Paul Domin pour leur relecture et suggestions qui ont permis d'améliorer le texte. Toutes les erreurs ou omissions restent les nôtres.

² ² Nous employons dans ce texte l'expression d'Etat providence moins large que celle d'Etat social (Ramaux, 2012). C'est la conception positive, bienveillante de l'Etat providence et non son versant négatif et péjoratif porté par les libéraux (Merrien, 1997) qui est questionnée dans ce texte.

devenu pour une large part indésirable et la socialisation heureuse s'est installée au rang du mythe.

L'explication traditionnelle de ce désamour pour l'Etat providence l'associe au moment néolibéral, mauvais moment à passer qui exigerait de la patience. L'Etat providence ne serait pas en cause en tant que tel puisqu'il porterait intrinsèquement la résistance et serait même le dernier rempart au néolibéralisme. L'Etat est composé de plusieurs institutions qui se font concurrence et les ministères sociaux sont les plus progressistes. Il convient alors de valoriser cette « main gauche » de l'Etat (Bourdieu, 2012).

En considérant que l'Etat est ambidextre et qu'il peut faire la même chose des deux mains, la thèse défendue dans cet article est différente. Elle explore une autre piste où l'Etat en lui-même est incriminé en constatant que les moments les plus forts de protection sociale en France ne sont pas portés par l'Etat mais par un système d'autogouvernement. On oppose un Etat providence ou welfare state à un citizen welfare que nous appelons "La sociale" et qui désigne les formes économiques et politiques d'auto-organisation de la protection sociale qui se construisent explicitement ou implicitement contre l'Etat.

La protection sociale française à la fin du 19^{ème} siècle s'est construite sur le conflit entre ces deux visions de la protection sociale. Mettant à distance les approches qui reposent sur le consensus (Bec, 2014), nous insistons sur le poids du conflit à l'instar d'autres analyses (par exemple, la power resources theory, Korpi, 1995). L'originalité de notre contribution est de s'appuyer sur l'approche de l'Etat prédateur (Vahabi, 2016 a et b) qui substitue le « conflit » par « prédation » pour envisager à la fois une inégalité fondamentale de position entre les belligérants et la domestication de la proie ou encore la transformation de la proie en la propriété du prédateur. La protection sociale est alors envisagée comme une technologie de la prédation et est analysée comme contrepartie de la prédation de l'Etat (Vahabi, Batifoulier et Da Silva, 2019). L'Etat providence en lui-même est questionné et non le plus ou moins d'Etat providence. Cette conception est de nature à contribuer à expliquer la grande originalité du système de sécurité sociale français par rapport aux expériences étrangères.

La démonstration est organisée en 3 parties. Dans une première partie, on lit la naissance de l'Etat providence comme une contrepartie à l'état de guerre. L'Etat providence est alors un Etat prédateur dans la mesure où la protection sociale est une réponse nécessaire à l'économie de guerre pour les militaires autant que les civils. Tout au long de la période 1871-1945, des formes alternatives de réponse à la question sociale se sont opposées à cet Etat providence. La Commune de 1871 en est un cas emblématique mais pas isolé. La seconde partie prend appui sur la création du régime général de sécurité sociale en 1945 qui offre une version renouvelée du citizen welfare. Comme la commune de 1871 et avec des circonstances historiques bien différentes, l'affirmation d'un bien être porté par les citoyens eux-mêmes se construit contre l'Etat. Ce moment d'autogouvernement a ensuite été réapproprié par l'Etat prédateur au cours de grandes étapes de réforme. Dans une troisième partie, on montre que le processus d'Etatisation de la protection sociale conjugue à la fois une marchandisation et une bureaucratisation du social. L'Etat providence est dominé par une logique prédatrice quand il est porteur de régressions sociales et débouche sur des dispositifs socio politiques qui permettent aux intérêts privés de se renforcer tout en délitant le pacte social.

Section 1. L'émergence de l'Etat providence et son conflit fondateur avec La Sociale

L'Etat providence qui naît à la fin du 19^{ème} siècle se caractérise par le développement progressif de politiques sociales (en plus des traditionnelles politiques régaliennes et planificatrices). Ce welfare state est poussé par l'Etat guerrier et la logique prédatrice se révèle dans l'imbrication du *warfare state* et du *welfare state*. L'Etat providence. En opposition, des formes économiques et politiques d'auto-organisation de la production et de la protection sociale se construisent explicitement ou implicitement contre l'Etat. Si la Commune de 1871 apparaît comme le cas emblématique d'auto-organisation, elle s'inscrit dans une histoire plus large où de multiples formes d'organisation contestent l'hégémonie étatique et capitaliste : coopératives, mutuelles, associations, etc.

Dans un premier temps, nous montrons que la question sociale et les réponses en termes d'auto-organisation proviennent de l'incapacité de l'Etat à mettre en œuvre des institutions de protection sociale remplaçant celles de l'Ancien Régime devenues obsolètes du fait du développement du mode de production capitaliste (1.1.). Ensuite, nous verrons que malgré cette forte conflictualité autour de la question sociale, l'Etat providence naît économiquement et devient légitime politiquement par la guerre totale (1.2.).

1.1. De la fin de l'Ancien Régime à la Commune : la question sociale

Le développement du mode de production capitaliste a rendu obsolète les institutions de protection sociale héritées de l'Ancien Régime. A cette période, la société était organisée en ordre hiérarchisés par niveaux de dignité (Duby, 1978). Au sommet de la pyramide sociale le clergé avait pour fonction principale d'organiser le culte mais aussi de tenir l'état civil, d'assurer l'instruction publique, l'assistance sociale et médicale. La noblesse était chargée des armes, c'est-à-dire de la protection intérieure (police, justice) et extérieure (guerre). Enfin, le tiers-état dans toute sa diversité avait pour fonction la production de richesse, raison pour laquelle, afin d'entretenir les ordres non-productifs, il assumait presque entièrement la charge de l'impôt.

Dans ce cadre, la protection sociale, entendue comme ensemble des institutions permettant aux individus de vivre lorsqu'ils sont en incapacité de travailler, étaient assurée par la famille, la corporation et la charité. Son niveau d'organisation pertinent n'était pas l'Etat mais la paroisse et la commune, où s'exerçait l'influence des notables locaux. Financé par l'église, l'hôpital était le lieu central de la protection sociale (Imbert, 1947, 1988, Domin 2008). Initialement, il n'avait pas une fonction médicale mais uniquement une fonction d'accueil et de surveillance des personnes qui ne pouvaient pas être prise en charge par leur famille : femmes enceintes, orphelins, malades, vieux, handicapés, etc. Le recul progressif de la foi eu pour effet la substitution de la charité par la bienfaisance, sans pour autant remettre en cause la fonction de contrôle des populations de l'hôpital.

L'industrialisation, le développement technologique, l'urbanisation et la croissance démographique ont alors complètement déstructuré les modes de socialisation et de protection antérieurs (Kerr et al. 1960, Wilensky et Lebeaux, 1965). Comme à d'autres époques, le bouleversement des rapports sociaux de production a provoqué des crises d'intégration et de désaffiliation (Castel, 1995, De Swaan, 1988). La famille a commencé à se décomposer, les corporations ont été interdites et la laïcisation a radicalisé le recul du clergé toujours moins en capacité de pratiquer la charité.

En plus de ces effets sur la division sociale du travail, le développement des activités industrielles s'est accompagné d'effets négatifs sur la santé des ouvriers. Le travail devint

plus répétitif et plus dangereux (manufactures, mines, chemin de fer, etc.) et, dans une situation où il y a séparation grandissante entre le producteur et les moyens de production, les ouvriers n'étaient pas en position de pouvoir vis-à-vis des capitalistes et des formes que ceux-ci imposaient sur le travail. La dégradation des conditions de vie et de travail est un lieu commun des études sur le 19^{ème} siècle. Cela se donne à voir notamment par le célèbre ouvrage d'Engels, *La situation des classes ouvrières en Angleterre en 1844*. Suite à ses observations à Manchester, cœur industriel de l'Europe, cet ouvrage décrit la dégradation des conditions de vie de la population du fait de l'industrialisation. En France, en 1837, l'académie des sciences morales et politiques met au concours un mémoire pour expliquer l'effet de la mécanisation sur les corps. Louis René Villermé est devenu célèbre avec son mémoire *Tableau de l'Etat physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* (1840) qui propose un exposé détaillé des conditions de travail dans divers secteurs industriels.

L'effondrement des institutions traditionnelles de la protection sociale et la transformation des conditions de production appelaient à la création de nouvelles institutions. Cependant, face à ces évolutions structurelles, l'Etat demeura de marbre. Le raisonnement qui fonde la non-intervention de l'Etat est appelé par le sociologue Henri Hatzfeld (1971) l'objection libérale. A l'argument économique lié aux effets désincitatif de l'aide sur l'offre de travail, s'ajoute un argument juridique fondé sur l'obligation de l'aide. Dans les débats sur le secours aux pauvres, le devoir moral est opposé à la dette légale. En effet, dès que l'Etat s'oblige envers les indigents, non seulement il encourage « une hygiène morale et sociale détestable » (p. 75) mais en plus l'« obligation d'assister entraîne le droit d'assistance » (p. 73).

Dès lors, il n'est pas étonnant d'observer dans les statistiques le faible poids de l'Etat dans l'économie en général, et dans les budgets sociaux en particulier, tout au long du 19^{ème} siècle. En 1789 les dépenses publiques représentent 10% du PIB contre 12.6 en 1912 (Tableau 1)³. En 1872, 47.9% du budget de l'Etat était consacré soit directement à la guerre (26.4%) soit au remboursement de la dette (41.5), le creusement de celle-ci étant principalement liée aux guerres passées. Les dépenses sociales sont marginales (2% du budget pour les interventions sociales et 2.1% pour l'éducation) (Tableau 2) ce qui confirme la prédominance du *warfare state* dans la construction de l'Etat en France au 19^{ème} siècle.

Tableau 1 : Rapport des dépenses publiques sur le PIB (en %)

	1789	1815	1872	1912	1920	1938	1947
Etat	10	11.7	8.2	8.8	27.8	20.1	29.0
Collectivités locales	-	-	2.8	3.8	5.0	5.5	3.7
Sécurité sociale	0	0	0	0	0	0.9	8.1
Total	-	-	11.0	12.6	32.8	26.5	40.8

Source : André et Delorme (1991, p. 52)

Tableau 2 : Structure des dépenses de l'Etat central par domaines (en %)

	Def.	Pouv. Publi.	Anciens combat.	Interv. sociales	Educ.	Log. Urba	Transp.	Ind.	Agric.	Dette	Divers
1872	26.4	18.0	0	2.0	2.1	0.6	6.7	0.1	0.5	41.5	2.1
1900	37.1	14.3	0	0.8	7.4	1.2	6.9	1.7	1.7	26.2	2.2
1930	31.7	11.4	12.0	4.3	8.1	1.5	6.9	0.2	0.5	21.4	2.0

Source : André et Delorme (1991, p. 53)

³ Voir également André et Delorme (1983) et Fontvielle (1976).

Bien sûr, cette perspective générale ne doit pas laisser penser qu'il ne s'est rien passé dans le monde de la protection sociale. En l'absence de développement des assurances privées, ce sont les mutuelles qui se sont développées lentement (Dreyfus, 2001, Gibaud, 1995). Celles-ci visaient principalement à garantir un salaire continué en cas de maladie et le paiement des frais funéraires lors du décès d'un des membres. Les mutuelles devinrent une institution exprimant la contradiction entre la volonté d'auto-organisation des ouvriers et le contrôle étatique. A une époque où les syndicats étaient interdits (jusqu'en 1884), l'un des lieux d'organisation clandestine des ouvriers était la mutualité. Par exemple, les mutuellistes détournaient parfois le but initial des cotisations pour en faire une caisse de grève. La mutualité était un espace où pensait et se pensait le monde ouvrier. La protection sociale restait néanmoins une question annexe dans le combat ouvrier. L'un des enjeux fort de la période a été de lutter contre le salariat tel qu'il existait et de le reconstruire salariat en opposition à sa définition comme prix de la force de travail, c'est-à-dire en reconnaissant par des droits le statut de producteur au travailleur et la responsabilité du capitaliste face aux aléas de la production (Didry, 2016, Friot, 2017). De son côté, en dépit d'un libéralisme de principe, l'Etat cherchait continuellement à contrôler les mutuelles avec par exemple le décret impérial du 28 mars 1852 qui légalisa les mutuelles sous deux formes distinctes : à côté des mutuelles autorisées, étaient créés des mutuelles approuvées bénéficiant de subventions publiques en échange d'un contrôle politique (la mutuelle devait être dirigée par un clerc ou le maire, nommé par le préfet).

Il a fallu attendre la guerre franco-prussienne de 1870 et l'épisode de la Commune de Paris en 1871 pour voir avancer significativement les institutions de protection sociale. En juillet 1870 Napoléon déclara la guerre à la Prusse avant de capituler le 2 septembre à Sedan puis de voir naître la IIIème République le 4 septembre. Après l'éprouvant siège de Paris de l'hiver, le gouvernement choisit de capituler et parvint à l'armistice général en février 1871. Entre temps les élections législatives du 8 février ont donné une majorité royaliste peu conciliante avec les parisiens. Ces derniers refusèrent l'armistice après la douloureuse épreuve du siège et souffrirent des premières mesures économiques décidées par l'assemblée : fin des moratoires sur les dettes (loyers, effets de commerce, etc.) et suppression de la solde des gardes nationaux, seul revenu pour les citoyens mobilisés le temps de la guerre et incapables de trouver de l'ouvrage dans ces conditions d'instabilité. La tension entre le pouvoir étatique et les citoyens parisiens déboucha sur l'insurrection le 18 mars lorsque les forces militaires républicaines ont essayé de désarmer les gardes nationaux parisiens (prise des canons de Montmartre).

Après les élections du 26, le conseil de la commune de Paris fut proclamé le 28 mars 1871. Les premières mesures prises exprimèrent par des mesures sociales la radicalité du moment : moratoire sur les loyers et les dettes, fin des poursuites contre les endettés insolvables, réquisition de nourriture, rationnement, réquisition logement vacant, etc. Le Conseil de la commune annonce la création d'une pension pour les blessés, veuves et orphelins. Politiquement, la Commune mit en place le mandat impératif, étendit la citoyenneté aux étrangers, rétablit le calendrier républicains (laïc), détruit la colonne Vendôme (érigée pour commémorer la bataille d'Austerlitz), etc. Elle ouvrit un espace pour le progrès du droit des femmes, libéra la presse et étendit la laïcisation.

Sans idéaliser l'épisode de la Commune qui connut des contradictions, il est nécessaire de pointer la radicalité de son projet politique et économique aux antipodes de l'Etat impérial ou même de l'Etat Républicain. La Commune a exprimé le projet d'une nouvelle modalité d'organisation de la production et de la distribution antiétatique et, dans une certaine mesure, anticapitaliste. Cette ambition s'est largement traduite par des mesures de protection sociale.

Le point intéressant pour notre argumentation est le lien entre la guerre totale et le développement des institutions de protection sociale. La guerre franco-prussienne et la guerre civile qui s'en suit peuvent être considérées comme précurseurs des guerres totales du 20^{ème} siècle. La guerre totale se définissant comme la participation de toutes les dimensions de la société (économique, politique, éthique, artistique, etc.) à la guerre (Corwin, 1970), la guerre-franco-prussienne répond pour la première fois à cette caractéristique : la mobilisation des gardes nationaux et la réorganisation de Paris pendant son siège ont eu pour effet d'abolir progressivement la séparation entre militaires et citoyens. Parce que la guerre était totale et engageait chacun, des nouveaux modes d'organisation étaient nécessaires pour renforcer la stabilité politique de la société.

Durant l'épisode de la Commune, l'incapacité de la III^{ème} République à résoudre les problèmes économiques et sociaux nés de la guerre a poussé les parisiens à contester la légitimité politique de l'Etat au profit d'un mouvement d'auto-organisation. L'état de guerre civile a conduit à la résistance, pas uniquement contre l'ennemi extérieur mais aussi contre l'Etat, devenu ennemi intérieur. En refusant de mettre en place des politiques sociales de type *welfare state*, les parisiens ont été contraint d'inventer le *citizen welfare*. Insistons sur le fait que l'épisode de la Commune de Paris trouve ses racines dans le mouvement ouvrier mais aussi au-delà : les membres élus au conseil étaient majoritairement artisans, on y trouve des professions libérales (médecin, avocat, architecte), des journalistes et marginalement des ouvriers

La Sociale ou *citizen welfare* est donc cette façon spécifique née sous la Commune de Paris de répondre à la question sociale. Elle se caractérise par deux éléments : i) la distribution d'une protection sociale et d'assurance contre les risques sociaux et ii) l'auto-organisation des citoyens au niveau politique contre l'Etat, pour répondre aux conditions de la guerre totale.

1871 fut une première expérience de La Sociale en France mais le déséquilibre du rapport de force a conduit à sa destruction matérielle et symbolique. Matériellement, la Commune de Paris et ses innovations moururent durant la semaine sanglante. Symboliquement, la III^{ème} République se construisit contre la Commune (et l'Empire) dont elle voulut expier les péchés, notamment en construisant la Basilique du Sacré Cœur sur les cendres des communards (Harvey, 1979).

1.2. La naissance de l'Etat providence prédateur par la guerre totale

A la veille de la seconde guerre mondiale, en dépit des événements de la Commune de Paris et de la violence des conflits sociaux, l'Etat se refusait toujours à mettre en œuvre des politiques sociales. Ce ne fut que par l'effet de la guerre totale de 1914-1918 que la protection sociale est devenue une technologie de la prédation de l'Etat. Contrairement à 1871, afin de maintenir la stabilité politique l'Etat a démultiplié les dépenses sociales. Si 1914 a été le principal détonateur de ce mouvement, il est possible de percevoir le lien entre guerre totale et politiques sociales dans les années de préparation à la guerre.

Depuis la guerre franco-allemande le solde naturel français était régulièrement négatif, notamment au cours de la décennie 1890. Plusieurs commissions parlementaires furent créées afin de discuter des moyens de relancer la natalité dans un contexte de peur des effets de la dépopulation sur les capacités militaires (Becchia, 1986). Face à l'Allemagne et ses 2 millions de naissances par an, les 800 000 naissances françaises font craindre le pire en cas de nouvelle guerre. Pour le ministre des finances (1910-1913) et de l'Intérieur (1913) Louis-Lucien Klotz la chose est évidente : la « lutte contre la dépopulation est un facteur primordial de défense nationale » (ibid., cité p. 212). Si le parlement s'est saisi de la question de la dépopulation au

début du 20^{ème} siècle, plusieurs associations de défense⁴ et de promotion des familles nombreuses ont été créées⁵ auparavant produisant par un véritable travail de lobbying et ayant des résultats significatifs en termes de politique publique (Luca Barrusse, 2009).

Ce contexte a débouché sur la création de nombreux dispositifs destinés à encourager les naissances : libéralisation du mariage (1907), allocation annuelle pour enfant de moins de 13 ans au-delà du 3^{ème} (1913), 8 semaines de congés maternité sans solde ne peuvent être motif de rupture de contrat (1909), allocation de remplacement pendant la grossesse (1913), interdiction d'incitation à l'avortement et la contraception (1920), bon de pain quotidien à prix réduit pour familles d'au moins trois enfants ou veuves avec deux enfants (1920), habitations à loyer modéré, tarifs préférentiels pour le transport, quotient familial pour l'impôt, etc. Après la guerre, toutes ces initiatives sont couronnées institutionnellement avec la création le 27 janvier 1920 du Conseil supérieur de la natalité, à l'initiative du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la prévoyance sociale. Le 21 juin 1921 le Conseil se voit attribué la protection de l'enfance et, par le décret du 27 janvier 1920, la mission « de rechercher toutes les mesures susceptibles de combattre la dépopulation » (Becchia, *ibid.*, p. 55). Le 11 mars 1932 sont votées les allocations familiales qui rendent obligatoire à tous les employeurs l'adhésion à une caisse de compensation d'allocation familiale (4 200 000 personnes). Enfin, le 29 juillet 1939 entre en vigueur le Code de la Famille et de la Natalité qui reprend et étend les lois précédentes⁶.

La préparation à la guerre renouvelle également la façon de penser la santé. La qualité des soldats constituant l'armée étant décisive pour la détermination de l'issue militaire des conflits, les hygiénistes militaires commencent à réinventer l'épistémologie et les pratiques médicales avec la mise en avant de la santé des masses.

Inventé au cours du 19^{ème} siècle, l'hygiénisme militaire est défini par l'historienne Anne Rasmussen comme la « prévention et la préservation de la santé des grandes masses d'hommes qui concourent à la défense nationale » (Rasmussen, 2016b, p. 71). Elle met en évidence deux enjeux centraux : l'obligation de conserver la santé des soldats qui paient l'impôt du sang et la différenciation des risques sanitaires entre risques inévitables (principalement l'exposition au combat) et risques évitables (sur lesquels une action est possible). Avec l'universalisation de la conscription et le service militaire obligatoire, ces enjeux deviennent plus importants encore et tout un édifice institutionnel est mis en œuvre (service spécialisé à l'hôpital militaire du Val-de-Grace, concours médicaux spécifiques, autonomisation du service de santé par rapport à l'autorité militaire, bureau de la statistique médicale au sein du Conseil de la santé des armées, revue *Statistique médicale de l'armée*, etc.).

Le « collectif militaire » devient un objet de recherche pour la médecine expérimentale puisqu'il a des propriétés facilement reconnaissables différentes de la population générale permettant de tester des hypothèses de recherche avec plus de rigueur méthodologique. L'hygiénisme militaire opère une séparation avec l'approche classique de la clinique (dont la figure tutélaire est Claude Bernard) en s'intéressant aux grands nombres. L'intérêt du collectif militaire est qu'il est doublement sélectionné sur des critères d'âge et de santé permettant un plus grand contrôle sur les résultats. En outre, par nature, ce collectif est sous contrôle hiérarchique strict ce qui donne une plus grande latitude stratégique sur les protocoles

⁴ La part des familles avec quatre enfants est passée de 19.8% en 1901, à 18.6% en 1911 et 11.5% en 1926.

⁵ La plus importante de ces associations est l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française, fondée en 1896 par le docteur Jacques Bertillon. Elle assimile le fait d'élever un enfant à un impôt et demande par conséquent l'introduction d'une péréquation des charges familiale par l'imposition.

⁶ Notons qu'en plus des politiques cherchant à augmenter la quantité des naissances, la période est marquée par un encadrement progressif de la qualité des enfants à naître (Cahen, 2014).

envisagés. D'une certaine manière la sanitarisaiton de l'armée constitue une anticipation de l'épistémologie contemporaine dominante en santé : la médecine fondée sur les preuves⁷. Durant la guerre, les tranchées constituent un milieu particulièrement pathogène. La diffusion de maladies infectieuses génère la mise en place de politiques interventionnistes contraignantes comme la vaccination obligatoire contre la typhoïde (Cooter, 2003, Hardy, 2000).

Les liens entre militarisation et organisation sanitaire d'Etat se donnent également à voir dans le cadre général de la nouvelle forme de solidarité issue du contexte de guerre totale :

« Dans le contrat qui se joue entre l'Etat et la nation armée, la nation est assujettie au paiement de l'impôt du sang, mais à la condition de la protection que l'Etat s'engage à lui accorder pour sa sauvegarde sanitaire. L'édifice des devoirs et des droits échus au citoyens fait de la mobilisation des hommes en âge une obligation, mais en corollaire leur confère le droit à l'assistance et oblige l'Etat à déployer les moyens nécessaires pour préserver – c'est-à-dire, aux différents stades de son intervention, prémunir, soigner, prendre en charge socialement, indemniser – ceux qui mettent leur corps en péril, voire en font le sacrifice » (Rasmussen, 2015, p. 73-74).

En faisant la guerre, l'Etat se crée de nouvelles obligations vis-à-vis des recrues, la prise en compte des questions de santé permettant d'éclairer le « pacte républicain » (ibid., p. 74). Alors qu'en 1870-1871 l'Etat avait peu investi la question de l'adhésion symbolique des citoyens/soldats aux buts de guerre, ici la problématique est centrale. Cela s'observe également par les lourdes dépenses consenties à la fin du 19^{ème} siècle pour l'école républicaine où les « hussards noirs de la république » ont pour mission de combattre tant le clergé que les idées socialistes. En effet, à l'aube de la seconde guerre mondiale, en dépit d'un intérêt grandissant pour la maîtrise de la population (en quantité et en qualité), seules les dépenses d'éducation ont bondi passant de 2.1% du budget de l'Etat en 1872 à 7.4% en 1900 (Tableau 2).

La conduite de la guerre totale modifie en profondeur l'Etat en remettant en cause le dogme de la non-intervention dans le domaine du social. D'abord, la guerre totale induit une forte centralisation et planification des décisions, contre la tradition libérale française issue de la Révolution (Nord, 1994, 2016). Par exemple, du fait des destructions la France se trouve en pénurie de logements et de nouveaux acteurs émergents avec une vision technique des questions sociales : des ingénieurs favorables à la planification d'Etat (Gustiaux, 2016). Ensuite, la conduite de la guerre est un moment bien connu d'augmentation de la fiscalité. La France n'échappe pas cette règle avec la création de l'impôt sur le revenu par un vote du 3 juillet 1914. La mise en place de l'impôt sur le revenu ouvre un espace cognitif sur la question de l'obligation et offre à l'Etat des moyens d'action nouveaux une fois la guerre terminée. Enfin, la conduite de la guerre engendre des modifications de frontières qui ne sont pas neutres sur le rôle de l'Etat. Ces changements impliquent d'organiser politiquement et économiquement la cohérence entre des systèmes légaux différents. Cela a été décisif dans l'histoire de la protection sociale Française. Avec le retour de l'Alsace et de la Moselle, ce sont non seulement des territoires qui reviennent mais aussi ses institutions : depuis les réformes de Bismarck en 1883 l'Alsace et la Moselle bénéficient du système allemand d'assurance sociale très généreux par rapport à la France. Les responsables politiques ont rapidement abandonné l'idée de revenir sur ces dispositions car ils avaient peur de perdre le soutien de la population locale (ils en firent même un modèle pour le reste de la France).

⁷ Par la statistique les hygiénistes militaires ont pour « ambition de normaliser [l]es données en les classant dans des nomenclatures standards aux fins de permettre les comparaisons » (ibid., p. 83).

Plus radicalement que la conduite de la guerre totale, les conséquences de la guerre totale sont favorables à la transformation du rôle de l'Etat dans l'économie. La guerre crée des catégories de population et des besoins nouveaux qui doivent être pris en charge tant pour se prémunir des débordements sociaux d'ordre révolutionnaire que pour assurer la réalité de la nouvelle forme de solidarité expérimentée par le combat. En plus des pensions pour les invalides et blessés de guerre, l'Etat s'oblige désormais vis-à-vis des veuves et des orphelins.

Les veuves sont l'une des premières catégories de personnes dont la guerre modifie la situation et ouvre des droits en vertu de l'union sacrée. Avant la guerre, le législateur s'intéresse à d'autres groupes prioritaires (Chainéaud, 2009) : les sources de dangers pour l'ordre public (délinquants, aliénés, vagabonds) et les groupes producteurs/utiles (enfants comme future ouvrier ou soldat, femme qui travaille, mère, ouvrier). La veuve ne faisant partie d'aucune de ces catégories, elle est exclue du système d'assistance. La guerre va faire accéder cette population à une nouvelle place. La guerre tue environ 1.3 millions de soldats laissant derrière eux 680 000 veuves, souvent des mères jeunes. Les veuves représentent 9.4% de la population en 1851 et 12.9% en 1911. La première réaction pour les veuves est le remariage si bien qu'en 1921 la statistique du nombre de veuve tombe à 266 000. La loi du 31 mars 1919 réforme les pensions pour les veuves. Elle dépend du grade du mari, de la cause de sa mort et du nombre d'enfant. La loi modifie également le statut des veuves : elles deviennent des ayant-droit. La guerre est en quelque sorte pensée comme un risque social ce qui rend obsolète le statut d'assisté : « les dons d'hier sont devenus un dû » (Bette, 2016, p. 81).

Outre le cas des veuves, la guerre a modifié la tradition d'assistance à l'enfance issue du 20^{ème} siècle (Rivière, 2016). Depuis le décret de 1811, la prise en charge des enfants dont les parents ne peuvent pas ou ne veulent pas assurer la garde est du ressort de la bienfaisance privée et des œuvres religieuses. La puissance publique impose le caractère irréversible de l'admission : aucun retour de l'enfant n'est possible sauf dérogation exceptionnelle. Mais, dès le début de la guerre les admissions temporaires sont facilitées pour les filles et fils de mobilisés (hausse de 30% des admissions temporaires) et l'administration réquisitionne des bâtiments privés sous utilisés pour gérer la surpopulation. Non seulement les abandons augmentent de façon sensible mais la plupart des enfants sont rendus à leur famille. Cette évolution consécutive aux conditions de guerre modifie la perception des familles sur le rôle de la puissance publique. D'un service d'assistance fondé sur la libéralité de l'Etat, les parents jugent que l'abandon temporaire est un droit : « l'abandon n'est plus perçu comme une faculté offerte aux parents par la mise en place de structures d'accueil ad hoc financées par les pouvoirs publics, mais comme la conséquence subie des insuffisances de l'Etat social » (p. *ibid.*, p. 47).

Dans le cas des veuves comme celui des orphelins, non seulement la guerre totale engendre des dépenses sociales nouvelles pour l'état mais en plus la signification de l'intervention de l'état change : le devoir moral et la libéralité cèdent face au droit des victimes de la guerre et à l'obligation d'Etat. L'Etat apparaît comme la seule institution capable de prodiguer la solidarité nationale (il est protecteur) alors que c'est lui qui a conduit la population à la guerre et à ses conséquences désastreuses (il est prédateur). La part des dépenses publiques dans le PIB a crû de 12.6% en 1912 à 32.8% en 1920. En 1930, les dépenses sociales ont atteint 12% pour les anciens combattants, contre 0% en 1900 (Tableau 1 et 2). Alors que la guerre était finie, le champ de bataille s'est étendu à la vie civile (mutilés, blessés, veuves, orphelins, sans compter les destructions matérielles). En effaçant les frontières entre la société civile et l'armée, la guerre totale a généré le besoin de solidarité nationale. Après le temps de l'union sacrée et de l'impôt du sang, l'Etat est apparu comme l'unique remède pour des millions de personnes. C'est ainsi que l'Etat prédateur s'est transformé en Etat providence prédateur.

Section 2 L'Etat contre le citizen welfare et la logique prédatrice

La protection sociale est un produit de la guerre même après l'arrêt des conflits (Titmuss, 1958). Il ne s'agit pas seulement d'avoir des soldats en nombre et en bonne santé mais doivent l'être également les enfants qui peuvent être appelés au service militaire et tous les civils qui vont participer à l'effort de guerre. L'Etat providence est alors un Etat prédateur dans la mesure où la providence est la contrepartie nécessaire à la prédation. C'est dans ce contexte que l'Etat s'est réapproprié des initiatives privées auto-organisées, venant des mutuelles ou des municipalités. Cette logique prédatrice/protectrice a débouché sur les lois sur les assurances sociales (1928-1930) et sur les allocations familiales qui ont rencontrés beaucoup d'oppositions. Par exemple, la CGT qualifiait les pensions prévues par la loi comme des retraites pour les morts. En effet, l'âge de la retraite à partir duquel un ouvrier pouvait obtenir une pension suffisante était supérieur à l'espérance de vie des retraités. La marche vers la seconde guerre mondiale a renforcé les tensions avec l'Etat. Dans un contexte de collaboration avec l'ennemi (Paxton, 1972), la résistance a légitimé l'auto-organisation pour la gestion des questions sociales. La sécurité sociale a été le produit de la résistance face à l'Etat. Le « moment 1945 » signe le retour de « La Sociale » et fait ressurgir distinctement l'alternative posée par l'épisode de la Commune entre Etat et citoyenneté (2.1). L'histoire sociale française est ensuite caractérisée par l'opposition entre un welfare state et un citizen welfare. A partir de trois grandes étapes historiques (1946, 1967, 1995), l'Etat a cherché et est parvenu à reprendre le pouvoir sur la sécurité sociale en évinçant la société civile (2.2).

2.1 Le « moment 1945 ». Retour à la sociale

La mémoire collective française retient l'année 1945 comme la date de la naissance de la sécurité sociale. Il n'en est rien car les assurances sociales existaient bien avant et en particulier avec les lois de 1928-1930 et garantissait un paiement en cas de réalisation d'un risque social. L'innovation majeure de 1945 est la création du régime général qui est une caisse d'assurance destinée aux travailleurs salariés (avec un salaire plafond). Ce régime général tranche avec les assurances sociales antérieures parce qu'il est structuré par les intéressés eux-mêmes. Il correspond à ce que nous avons appelé un « citizen welfare » et n'est pas porté par l'Etat. Le « moment 1945 » est une expérience de protection sociale particulièrement originale qui ne peut pas être qualifiée d'Etat providence car non seulement l'Etat est absent de son organisation mais il est volontairement mis à distance.

Ce modèle d'autogouvernement est institutionnalisé dans les conseils d'administration des caisses, composés des trois quarts des représentants syndicaux et du quart des représentants des employeurs. Cet arrangement institutionnel confiait la gestion de l'institution aux travailleurs eux-mêmes par l'intermédiaire des syndicats et des mutuelles.

Ce pouvoir des travailleurs est particulièrement puissant puisqu'il porte sur un fonds d'assurance unique gérant tous les avantages sociaux, alors qu'il existait naguère une pluralité de fonds d'assurance. Il est assorti sur un taux de contribution unique et « interprofessionnel » (interbranches) sur les salaires, impliquant un financement via une contribution sociale forfaitaire pour l'ensemble de l'industrie.

Cette situation exceptionnelle de la protection sociale française en 1945 est une dette de guerre. Elle s'inscrit dans la volonté portée par le conseil national de la résistance de généraliser la sécurité sociale comme en témoigne P Laroque⁸ (2015 [1945] p 6) : « L'organisation à réaliser doit être générale. En effet, prenons les différents risques, les

⁸ Directeur général des Assurances sociales en 1945 puis directeur de la Sécurité sociale.

différentes législations : que voyons-nous ? une série de situations tout à fait analogues, une série de cas où les travailleurs, pour des causes différentes, se trouvent privés de leurs moyens d'existence : c'est le chômage, c'est la maladie, c'est l'accident du travail. Eh bien les prestations qu'on leur donne sont différentes, sans aucune raison valable, puisque les besoins sont les mêmes ».

Mais surtout elle révèle l'opposition à l'Etat. La presque totalité des parlementaires ont voté les pleins pouvoirs à Pétain, l'appareil d'Etat a collaboré avec les nazis et la démocratie parlementaire est discréditée. Mais d'autres institutions le sont également : le monde des affaires, l'église, les élites militaires, financières et bureaucratiques. Seuls le monde du travail sort grandi de la guerre parce qu'il a nourri les rangs de la résistance (Lacroix-Riz 2007, 2009, Lorwin, 1952). L'impératif démocratique d'après-guerre ne peut pas être porté par l'Etat ni par le marché. Le pouvoir sans précédent acquis par les travailleurs s'exprime dans la création du régime général et l'organisation d'un « citizen welfare ». Il est notifié par le poids du parti communiste et de la CGT et par le rôle d'Ambroise Croizat, ministre communiste chargé d'organiser le système de sécurité sociale à la libération.

Les animateurs de la sécurité sociale de 1945 continue de résister à l'Etat comme il l'avait fait pendant la période de Vichy. Ils résistent par d'autres moyens

La protection sociale n'est pas le fruit d'un consensus mais du conflit et en particulier du conflit de classes (Friot, 2012, 2014). C'est pourquoi la conception de la redistribution est originale. Il ne s'agit pas comme dans le système britannique de faire des politiques sociales, la conscience collective de la société envers les plus démunis à l'image d'un robin des bois (Titmuss, 1958), une conception qualifiée parfois d'idéaliste (Offer, 1999). En France, il n'y a pas de référence à un planificateur bienveillant mais l'expression d'un combat politique gagné par le salariat⁹. La distinction entre riche et pauvre n'apparaît pas primordiale quand il s'agit de contribuer en fonction de ses moyens et de bénéficier en fonction de ses besoins.

Cet encastrement de la protection sociale française dans le conflit la rend instable et vulnérable au rapport de force. Dès 1946, l'hégémonie ouvrière est contestée et les concessions sur les grands principes apparaissent rapidement. Les régimes créés à côté du régime général (des fonctionnaires, pour les cadres, la loi Morice de 1947 qui donnent des droits de gestion aux mutuelles, etc.), s'opposent au principe fondateur d'unicité du régime général. L'introduction d'un plafond (pas de cotisation au-dessus) rompt avec le principe de contribution unique et ouvre la porte aux caisses.

Le débat de 1947 à l'assemblée nationale montre à quel point est attaqué le modèle d'autogouvernement de la sécurité sociale française (troisième principe de pouvoir aux intéressés). Comme en témoigne les actes des débats (Da Silva, 2017 ; Batifoulier, Da Silva, Duchesne, 2019), les arguments sont ceux que l'on retrouve aujourd'hui pour dénigrer la sécurité sociale : son coût et le poids qu'elle ferait porté sur les finances publiques, la suspicion de fraude chez les assurés, la nécessité de recentrage sur les plus démunis . Une autre gamme de critiques se développe rapidement : la supériorité de l'Etat sur l'autogouvernement pour gérer la protection sociale. Il est exprimé par exemple par Paul Reynaud (député de droite, ex président du conseil) : « Le seul vrai contrôle, c'est celui du Parlement. C'est ici seulement qu'on peut faire toute la lumière, car seul le Parlement a le droit d'exiger des informations et des éclaircissements sur tout. [...] Si vous me suiviez, à partir de

⁹ Cette importance de la lutte des classes est illustrée par un représentant du syndicat des travailleurs chrétiens (CFTC) cité dans Valat et Laroque (2015 p 92) : « nous avons intérêt à ce que les conseils d'administration soient plutôt entre les mains des travailleurs, même s'ils sont de la CGT, plutôt qu'entre les mains des patrons CFTC, qui sont tout de même des patrons ».

1950 serait présenté un état de prévisions en dépenses et en recettes, qui serait voté par le Parlement dans ses grandes masses au début de chaque exercice. Le contrôle a posteriori de la cour des comptes, dont on parle beaucoup, c'est très bien ; mais le contrôle a priori du Parlement, c'est mieux. » (JORF 1949, p. 4554).

Si l'Etatisation de la protection sociale est souhaitée, elle n'est pas (encore) actée. Dans le contexte français de l'époque, cette résistance de la sécurité sociale est très originale. Tous les secteurs de l'économie française sont en effet dans les années 1950 sous la coupe de l'Etat. Le programme de nationalisation d'après-guerre est une réponse à l'attitude collaborationniste de nombreux dirigeants d'entreprise et la volonté de bâtir une économie dirigée (Kuisel, 1981). L'idée d'un Etat planificateur se diffuse dans toutes les élites de la société et les hauts fonctionnaires. L'historien Philip Nord (2016) a montré la grande stabilité de la conception de l'Etat depuis la crise de la IIIème République dans les années 1930 jusqu'à l'avènement de la Vème République en 1958. L'autogouvernement dans le cadre du régime général contraste fortement avec le mouvement continu de centralisation du pouvoir. La sécurité sociale demeure le dernier bastion de résistance et s'oppose à « ces monstres bureaucratiques entre lesquels se débattent les citoyens de tous les pays civilisés. L'organisation française de la sécurité sociale devra être conçue de manière à éviter ce risque de bureaucratie. Elle devra être faite d'institutions vivantes, se renouvelant par une création continue, par l'effort des intéressés eux-mêmes chargés par leurs représentants d'en assurer directement la gestion » Laroque (2015 [1945] p 8). La socialisation s'oppose alors à la nationalisation.

2.2 La réappropriation de la sécurité sociale par l'Etat

La reprise en main de l'Etat va être actée en 1967 avec la création de 3 caisses séparées contre l'unicité du régime général et la gestion des caisses par le paritarisme mettant fin à la supériorité de la représentation ouvrière. Elle donne au patronat les mêmes prérogatives que les salariés alors que les prestations sociales ne sont pas à destination des employeurs mais des employés.

L'idée paritaire, qui se substitue à la gestion par les intéressés, est portée par le patronat qui était dominant dans la gestion de la protection sociale d'avant-guerre mais marginalisé ensuite. Le patronat s'appuie sur l'expérience des régimes complémentaires pour imposer sa présence dans la gouvernance de la Sécurité sociale (Catrice Lorey, 1997, Vincent, 2019).

La réforme initiée par Jean-Marcel Jeanneney (du nom du ministre et professeur d'économie) de 1967 est menée au nom de la « bonne » gouvernance et de la nécessité de maîtrise des comptes publics pour faire face à la concurrence internationale. La gestion par les intéressés qui fondait le citizen welfare est jugé d'un point de vue technique et non politique. Elle est associée à une modalité de gouvernement inefficace pour réduire les dépenses (Duchesne, 2018). Si le patronat est mobilisé pour « freiner les ardeurs dépensières des administrateurs ouvriers » (Valat et Laroque, 2015), cette évolution s'inscrit dans la montée en gamme du ministère des finances, considéré comme un super ministère, pivot de la gestion économique et sociale. La sécurité sociale est soumise aux injonctions budgétaires et ne doit plus s'émanciper des prérogatives managériales décrétée par les gouvernements.

Bonne gouvernance et maîtrise des dépenses sont aussi les fondements du plan Juppé de 1995 qui couronne le processus d'Etatisation et de réappropriation de la sécurité sociale par l'Etat. Cette réforme est axée sur 3 processus d'Etatisation

1. Un nouveau pouvoir accordé au parlement pour contrôler la sécurité sociale. Le parlement vote chaque année le budget et des cibles de dépenses. Les prestations sont tributaires des arbitrages budgétaires de l'Etat. Le financement de la Sécurité sociale

évolue davantage en fonction de la contrainte budgétaire que des besoins sociaux. La sécurité sociale est accaparée pour servir des objectifs d'austérité budgétaire

2. La fiscalisation croissante de la protection sociale avec la confirmation de la contribution sociale généralisée (CSG, créée en 1991). Cet impôt qui concurrence la cotisation sociale sans la faire disparaître renforce le poids de l'administration fiscale. Il est utilisé comme instrument de la politique fiscale de l'Etat comme en témoigne les évolutions récentes pour donner ou retirer du pouvoir d'achat à certains retraités¹⁰. Premier impôt sur les ménages en France (plus important que l'impôt sur le revenu¹¹), la CSG n'ouvre pas de droits sociaux tout en reposant principalement sur les revenus du travail et de remplacement. L'avancée de la fiscalisation de la protection sociale conteste la prétention de financer la protection sociale par un système indépendant de l'Etat, qui était l'ambition du modèle de 1945.

3. La prolifération d'agence et de bureaucraties techniques, intimement liées à l'Etat chargées de proposer ou de piloter la politique sociale. Le pouvoir de l'Etat se mesure dorénavant à la prolifération des sigles : ARH, ANAES, HAS, ARS, ANAP, ANESM pour ne citer que des exemples dans le domaine de la santé. Ces agences renforcent le pouvoir central au détriment des interlocuteurs sociaux et font du social un secteur où progresse la bureaucratisation. Avec ces agences, l'Etat central recentralise la politique sociale. Ainsi pour la médecine libérale, le directeur général nommé par décret de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) créée en 2004 dispose d'une autorité renforcée sur la négociation des tarifs avec les médecins et le respect des enveloppes budgétaires. Pour la politique hospitalière, les Agences Régionales de la Santé sont dirigées par un « préfet sanitaire » directement nommé par le gouvernement et qui nomme lui-même les directeurs hôpitaux. La chaîne de commandement va du ministère à l'hôpital.

Le processus d'Etatisation met un terme au modèle historique de 1945 en dépossédant les individus et le monde du travail de la Sécurité sociale. Au cours des dernières décennies, l'histoire de la protection sociale française est celle de sa réappropriation par l'Etat. Les travailleurs qui avaient créé le système de 1945 ont été progressivement expropriés de leur propriété. Il est clair que les syndicats ne sont plus aujourd'hui des acteurs influents dans la gestion de la protection sociale. Le modèle d'autogouvernement de la protection sociale s'est heurté à un Etat prédateur voulant assimiler le social à l'Etat comme le public (la chose publique) a été progressivement absorbé par l'Etat alors qu'il en était initialement disjoint (Orsi, 2018). La logique d'Etat propriétaire va s'exprimer dans la conception que la sécurité sociale est dorénavant une propriété de l'Etat

Section 3 Capitalisme politique et Etat providence prédateur

Fondée sur un projet d'autogouvernement axé sur la participation de chacun aux règles qui les gouvernent, la protection sociale est dorénavant largement assimilée à une politique étatique, assise sur une forte bureaucratisation et le social est dissous dans la notion d'Etat.

La logique prédatrice de l'Etat providence combine à la fois protection et prédation. D'un côté l'Etatisation de la protection sociale s'accompagne du maintien d'un niveau élevé de prise en charge des besoins. D'un autre côté l'Etatisation rime avec la mise en marché du social qui renforce la puissance des acteurs privés.

¹⁰ La CSG vaut 9,2 % en régime normal mais certains payent un taux réduit ou en sont exonérés. Selon la conjoncture politique, la CSG peut être augmentée sur les retraites (en 2018) ou l'augmentation peut être annulée pour certains retraités (en 2019)

¹¹ 115,5 milliards d'euros en 2019 contre 88,5 milliards d'euros pour l'impôt sur le revenu

L'une des conséquences de l'Etatisation de la protection sociale est d'avoir développé une bureaucratisation qui alimente la dépossession des individus. Elle se traduit par l'empowerment de hauts fonctionnaires convaincus de la vérité des marchés et développant la bureaucratisation du social pour mieux installer le marché. La transformation de l'Etat en grande bureaucratie au service des intérêts privés peut être qualifiée de capitalisme politique ou « capitalisme à orientation politique » selon les termes de Weber ([1922]1968, pp. 164-166) pour désigner plusieurs orientations *typiques* d'activités rémunératrices «capitalistes»¹² et le développement de rentes par la politique publique.

Cette conception peut être reliée à la notion d'Etat prédateur développée par Galbraith (2009) dans laquelle les intérêts privés puissants ont pris possession de l'Etat providence comme on s'empare d'un « butin » (Weber, 1922 ; Vahabi, 2004). Mais l'Etat providence lui-même en s'emparant de la Sécurité sociale s'est tourné vers les intérêts privés au point de brouiller les frontières entre ce qui relève de la protection sociale et ce qui relève de la recherche du profit.

Le processus d'Etatisation a fait levier à une stratégie d'accumulation (Jessop, 1982) qui s'exprime par la mutation des biens et services sociaux en marchandise dont la production et la distribution est à la recherche de rentabilité.

L'Etat providence est lui aussi porteur de régressions sociales quand la protection sociale, vue comme une technologie de la prédation, débouche sur des dispositifs socio politiques qui permettent aux intérêts privés de se renforcer. La thématique de la dette et des déficits en est une première illustration. En se réappropriant la sécurité sociale, l'Etat providence a pris aux travailleurs pour donner aux marchés financiers (3.1). La réappropriation est prédatrice quand elle conduit par des processus divers de privatisations à renforcer le poids des acteurs privés et à déliter le pacte social (3.2).

3.1 Dette sociale et marchés financiers

La protection sociale est assurément une affaire de dette. Dès sa naissance, chaque individu est redevable de soins qui ont été financés par les autres. Toute sa vie, s'il tombe malade, il bénéficiera du soutien financier de la collectivité. La dette sociale n'est rien d'autre que l'expression de la solidarité nationale. Cette logique est bâtie sur un échange de dons contre dons (Chanial 2008) entre actifs et inactifs, malades et bien portants, avec un contre don à plus ou moins longue échéance. Ce « système réciprocaire non étatique ...qu'une société démocratique contracte à l'égard d'elle-même » et dont « chaque personne hérite en naissant et entretient en vivant » (Théret, 2018, p 199) est incarné dans le dispositif de cotisation sociale comme obligation de donner sans contrepartie.

La réappropriation de l'Etat fragilise le lien réciprocaire en transformant la dette en une anomalie profonde. En la remboursant, on doit s'en débarrasser. Avec cette nouvelle représentation, il s'agit de libérer les individus du lien qui les unit aux autres : ils doivent être quitte et en avoir pour leur argent. L'équivalence entre le reçu et le rendu développe une conception commerciale ou patrimoniale de l'assurance où pèse la logique de la contributivité

¹² Weber ([1922]1968, pp. 164-166) cite : « 3. L'orientation peut se faire en fonction des chances de profit résultant d'activités pour le compte de groupements ou de personnes politiquement engagés: financement de guerres et de révolutions, prêts et subventions accordés à des chefs de partis. 4. Elle peut se faire en fonction des chances de gains permanents résultant d'une position de domination garantie par le pouvoir politique: (a) dans les colonies (par l'acquisition de plantations soumises au régime des livraisons obligatoires et du travail forcé ou par une activité commerciale monopolistique ou contrôlée par le pouvoir politique, commerce « forcé ») ; (b) sur le plan fiscal (gains par l'affermage des impôts et des fonctions publiques, dans les colonies ou en métropole). 5. Elle peut se faire en fonction des chances de gains résultant de livraisons exceptionnelles à des groupements politiques. »

qui inspire les réformes des retraites (Le Lan, 2010) ou le développement des couvertures santé privées (Batifoulier, 2014).

Cette vision négative de la dette est nourrie par des référents du langage cherchant à véhiculer un ordre des choses. Les mots employés sont des raccourcis cognitifs très efficaces pour exprimer le changement de registre. Le débat public est ainsi saturé des termes « dette », « déficit », « trou (de la Sécu) » « fraude ». Cette opération « sémantique » (Boltanski, 2009), induite par l'Etatisation vise à dire ce qui est important et ce qui est secondaire, à mettre en avant certains aspects de la sécurité sociale et fermer les yeux sur d'autres. Si de nombreux travaux ont montré le caractère construit de la dette (Tinel, 2016, Lemoine, 2016) ou du déficit (Duval, 2007, Da Silva, 2017), l'opinion commune fait de l'Etat providence une victime des marchés financiers. La dette est présentée contre la contrepartie subie de dépenses sociales toujours plus élevées. La dette serait une dette contractée par l'ensemble de la population et non une résultante des choix de politique économique renonçant à augmenter les cotisations sociales. Pour satisfaire les besoins de la population, l'Etat providence serait contraint de faire appel aux marchés financiers qui achètent des titres de dette. Les exigences des marchés financiers au nom du triple A seraient alors la conséquence de dépenses inconsidérées qu'il convient de réduire.

Pourtant la protection sociale sous régime d'Etatisation participe au développement des marchés financiers. Elle ne résiste pas contre eux mais collabore avec eux. Le pouvoir donné aux marchés financiers dans le financement du social illustre la dépossession par l'Etat du pouvoir citoyen sur la protection sociale. En effet, l'Etatisation de la protection sociale est assortie d'une financiarisation croissante du financement de la sécurité sociale par l'émission de titres portés par l'ACOSS et la CADES (Cordilha ; 2019, 2020). Ces deux institutions ont été créées à des moments clefs de la reprise en main par l'Etat : les moments 1967 (réforme Jeanneney) et 1995 (réforme Juppé). Le transfert de souveraineté des travailleurs vers l'appareil d'Etat par la réappropriation de la sécurité sociale se double ainsi d'un autre transfert de souveraineté où l'Etat délègue une partie le financement du social aux marchés financiers.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est la banque de la sécurité sociale, chargée de gérer la trésorerie des différentes caisses à partir des cotisations et contributions collectées (498,7 Md€ en 2017). Elle s'emploie à « optimiser » le décalage de temps entre les prestations sociales et le recouvrement des recettes. Pour ce faire, elle fait appel aux marchés financiers¹³ en empruntant en *Euro Commercial Papers* (73 % des émissions en 2017¹⁴). Entre 2007 et 2017, le montant emprunté sur les marchés domestiques et extérieurs a été de 156 milliards. La solvabilité de ces opérations financières est garantie si on en juge par les notes des grandes agences de notations, Moody's (Etats-Unis), Standard's and Poors (Etats-Unis) et Fitch (Royaume-Uni) : AA2, AA, AA.

Si le déficit de court terme que gère l'ACOSS est un excellent placement, la dette sociale de long terme que pilote la CADES l'est également. La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est une filiale de l'Etat qui fonctionne comme une banque d'affaire. Elle est financée principalement par la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) payée essentiellement par les travailleurs et les retraités. Le déficit de la sécurité sociale est transformé en titres émis sur le marché et acquis par différentes banques et organismes spéculatifs. Avec la CADES, la dette sociale donne l'apparence d'être déconnectée de la dette de l'Etat et de faire l'objet d'un traitement spécifique alors qu'elle est un produit de l'Etatisation. Les ressources de la CADES augmentent régulièrement et elle a pu depuis sa

¹³ Avant 2006, la caisse des dépôts et consignations assuraient les prêts nécessaires.

¹⁴ Selon le site de l'ACOSS <https://www.acoss.fr/home/investisseurs/euro-commercial-paper.html>

création en 1996, payer 53,8 milliards d'euros à ses créanciers et rembourser 155,2 milliards de dette. Comme le reconnaît son président, la CADES devrait « durant ces prochaines années rester encore très actifs, tant sur les marchés court que moyen et long terme et continuer de proposer à nos investisseurs internationaux des gammes d'instruments financiers toujours extrêmement variées, tant en devises qu'en maturité »¹⁵.

La politique de la dette place la protection sociale sous l'emprise de l'endettement et impose une paupérisation des services sociaux. Il n'y a pas de meilleure illustration que celle fournie par les hôpitaux qui cumulent 30 milliards d'euros de dette en 2019. La cour des comptes (2014) a décrit la mécanique de l'endettement organisée par l'Etat providence: financement à l'activité qui pousse à la dépense ; suppression quasi totale des contrôles sur les emprunts des hôpitaux publics, plein pouvoir donné au directeur d'hôpital, taux d'intérêt plus élevé que pour des emprunts d'Etat mais sécurité gagée par l'Etat, effet amplificateur des Partenariats Public Privé qui peuvent induire des situations d'endettement à moyen et long terme quand le loyer payé aux partenaires marchand est élevé, etc.

La pénurie budgétaire organisée pour les hôpitaux les a conduits à se tourner vers les marchés financiers en contractant parfois des « emprunts toxiques ». En raison de la faiblesse des cibles de dépenses votées par le parlement, les hôpitaux ont dû recourir à des modalités de financements alternatives pour investir. Pour reprendre le contrôle de leur endettement et des charges financières, les hôpitaux publics ont dû se résoudre à une politique de rigueur et sacrifier les soins et les investissements dans un contexte de concurrence avec le secteur privé lucratif (Juven et Lemoine, 2018)

Cette architecture s'inscrit dans ce que Streek (2014) a appelé « l'Etat débiteur » qui cherche à maintenir ses prestations par l'endettement quand il se refuse à prélever sur les plus aisés ou les entreprises pour financer les besoins sociaux. Pour Streek, la nouvelle phase de « l'État de la consolidation », est une réponse à l'endettement organisé. L'Etat providence, pour continuer à séduire les marchés financiers est contraint de leur céder et faire des coupes dans les dépenses sociales ou les privatiser.

3.3.2 Privatisation des assurances sociales et division des assurés sociaux

La privatisation du social est aussi une illustration de la façon dont la réappropriation de la protection sociale par l'Etat conduit à une prise de pouvoir du marché sur les citoyens. L'étatisation s'accompagne d'une primauté accordée au « Marktvolk » (le monde du marché) sur le Staatsvolk (les citoyens)¹⁶.

Les processus de privatisation de la protection sociale qui désignent le transfert de financement ou de compétence de la sécurité sociale vers des opérateurs privés ont été largement documenté par la littérature (André et Herman, 2009, André et al. 2016, Castel, 2009). Ainsi, les produits de capitalisation sont encouragés pour financer sa retraite. En matière de santé, les assurances privées financent une partie croissante des soins (en particulier les soins courants), sont dominantes sur certains soins (optique, dentaire, auditif) et ont acquis des droits de régulation¹⁷.

¹⁵ Site de la CADES https://www.cades.fr/pdf/lettres/fr/Lettre_CADES_43_VF.pdf

¹⁶ Selon le vocabulaire de Streek (Streek et Labrousse, 2016)

¹⁷ La récente politique de Reste à charge 0 (RAC 0) ou 100% santé redéfinit le RAC non plus comme le reste à charge après Sécurité sociale mais comme le RAC après l'addition des deux couvertures : Sécurité sociale et assurance privée. Il existerait dorénavant une continuité, si ce n'est une fongibilité entre les deux formes d'assurances alors qu'elles n'ont historiquement ni les mêmes objectifs ni les mêmes moyens.

L'Etat providence organise une double différenciation. Une première différenciation horizontale consiste à segmenter les individus selon leur classe de risque. D'un côté les individus qui peuvent assumer le poids du transfert de charge vers le privé, de l'autre ceux qui ne le peuvent pas et doivent s'en remettre à la solidarité nationale. Ainsi, si les barrières d'âge et la durée éligible de cotisation a augmenté, les salariés ayant effectué des carrières longues peuvent bénéficier d'arrangements spécifiques. La pénibilité¹⁸ est aussi un critère mobilisé pour exonérer certains et pas d'autres des nouvelles règles en matière de retraite et bénéficier d'une retraite anticipée. Les plus vulnérables peuvent bénéficier de couvertures santé spécifiques : la CMUC ou l'ACS pour les plus pauvres sont venus à partir des années 2000 accompagner le dispositif ALD pour les plus malades. Ces politiques sociales sont qualifiées de ciblage ou de dualisme (Palier, 2010). Sous couvert de ce « Yalta du risque », il s'agit de séparer les assurés pour focaliser la prise en charge publique sur ceux que le marché ne considère pas comme de bons clients (Batifoulier, 2015).

L'autre différenciation est verticale et fonctionne par étages ou par piliers pour les assurés soumis aux processus de privatisations. Le premier étage est celui de la couverture de base. Le deuxième est celui d'une couverture complémentaire obligatoire passant par l'entreprise pour la retraite ou la santé. Le troisième est celui de la surcomplémentaire laissée à la libre prévoyance.

Ces processus sont l'œuvre de l'Etat providence. L'institutionnalisation de protections à géométrie variable est encouragée par le système fiscal. Les crédits d'impôts et exonérations de cotisations sociales sont des instruments de privatisation particulièrement développés en matière de retraite, de santé, de retour à l'emploi, de prise en charge de la dépendance ou d'accueil des jeunes enfants (Morel et al., 2018). La fiscalité d'Etat tend à se substituer aux prestations sociales directes pour faire levier aux dispositifs de protection sociale d'entreprise. Ce « fiscal welfare » est couteux pour les finances publiques tout en subventionnant une offre sociale privée (Zemmour, 2015)

Le développement d'une action publique en faveur de la privatisation renforce le poids des acteurs privés. Ainsi les assurances privées ont été évincées de la généralisation de la sécurité sociale en 1945. La mutualité a obtenue de conserver une part de marché sous forme de « ticket modérateur » (fraction du prix des soins non pris en charge par la sécurité sociale) en se posant en rempart à l'abus du patient. Mais cette participation mutualiste devait rester résiduelle comme le souligne P Laroque en 1946 « Désormais les travailleurs sont assurés d'être couverts de leurs dépenses médicales à 80 %, et encore leur participation de 20 % sera-t-elle réduite ou supprimée, dans tous les cas où l'abus n'est pas possible » (cité par Tabuteau, 2013 p 201).

Le choix de l'Etat pour l'ouverture du marché (Domin, 2019) a fait exploser le chiffre d'affaire des assurances privées (+117 % en 15 ans de 2001 à 2017 où il atteint 37 milliards d'euros) comme celui des produits d'assurance vie dont la collecte représente 28 milliards d'euros en 2018. A côté des réformes les plus visibles, un empilement de dispositifs plus insidieux a déplacé la trajectoire de la protection sociale pour la privatiser (Hacker, 1998, Streek et Thelen, 2005).

Le mouvement de généralisation de sécurité sociale de 1945 avait aussi mis à mal la médecine à identité libérale qui a lutté vaillamment contre l'instauration d'un tarif unique par acte. La bataille du « conventionnement » n'a été gagnée qu'en 1971 et un tarif de la sécurité sociale, servant de base de remboursement a été appliqué partout en France (Hatzfeld, 1963,

¹⁸ La pénibilité est difficile à mesurer et à mettre en œuvre. Elle est souvent réduite à une incapacité permanente d'origine professionnelle (d'au moins 10 %, et sous conditions). Elle peut aussi s'exprimer par un compte professionnel de prévention (C2P) qui est un compte à points.

Hassenteufel, 1997). Mais en 1980, la création du secteur à « honoraires libres » a permis à certains médecins de pratiquer leurs propres prix tout en restant conventionnés avec la Sécurité sociale (Da Silva et Gadreau, 2015). Immergut (1992) explique ce pouvoir médical non pas par l'hostilité de la médecine libérale à l'Etat providence que l'on retrouve dans beaucoup de pays mais par la capacité de la profession à avoir trouvé des relais politiques dans l'appareil d'Etat français (gouvernement et parlement) au moins jusqu'à la période récente (Pierru, 2007).

La connivence des hauts fonctionnaires ou du personnel politique avec les intérêts privés a été illustrée par la mise en évidence de conflits d'intérêt. Différents scandales sanitaires ont souligné l'alignement des experts (de la HAS, de l'Agence du médicament) sur les intérêts de l'industrie (Rodwin, 2014, Abecassis et Coutinet, 2018). La pratique du « pantouflage » qui consiste pour les fonctionnaires à aller travailler pour les entreprises privées est encouragée dans la haute administration française. Les allers retours entre le public et le privé sont courants. Ces pratiques assument l'entrecoupement des carrières entre le privé et le public et alimente la conception d'une continuité entre le public et le privé, entre le service de l'intérêt général et celui des intérêts privés (Pelletier et Bonelli, 2010, Gervais, 2019). Ce brouillage des frontières se retrouve particulièrement dans la protection sociale où la bureaucratisation a développé un référentiel de gestion venant directement des entreprises à but lucratif. Si l'hôpital public en est un cas exemplaire (Belorgey, 2010), les agences de l'emploi (Pillon et Vives, 2016) ou les caisses de sécurité sociale (Martin, 2016) fonctionnent sur le même modèle : Le management entrepreneurial conjugue davantage de bureaucratisation avec la mise à distance de la culture de service public. L'Etat providence a alors largement délité le lien social.

Le retour en force de l'assistance dans un contexte de protections à géométrie variable a un effet désastreux sur le pacte social. Si les dispositifs de ciblage sont présentés comme des progrès sociaux parce qu'ils donnent des droits aux plus pauvres, aux plus malades ou aux plus usés par une vie de travail, leurs insuffisances ont été largement documentées (Gazier et al., 2014, Batifoulier et al. 2018) . Ainsi la prise en charge à 100% des frais de santé laisse subsister des restes à charge (RAC) très importants particulièrement pour les patients en ALD (5 % des bénéficiaires de la CMUC ont un reste à charge). Le RAC des ALD est plus élevé que celui des patients non ALD sur tous les postes de soins sauf le généraliste. Les bénéficiaires du welfare state doivent constamment faire la preuve de leur bonne foi. Le parcours du combattant est conçu comme un parcours d'intégration et l'ouverture des droits doit aller aux plus méritants ou aux plus résistants. On demande alors beaucoup à ceux qui ont le moins. Le labyrinthe administratif conduit à des situations de non recours importants : 36 % pour le RSA, 30 % pour la CMUC et 65 % pour l'ACS.

Ce welfare state qui va à rebours de la généralisation et de l'universalisation voulue en 1945 par le citizen welfare est aussi insupportable pour les individus qui ne sont pas bénéficiaires du ciblage et qui expriment leur inimitié vis-à-vis des personnes protégées¹⁹ . Les cibles du ressentiment sont souvent les pauvres incriminés de fraude sociale, qui n'a pourtant aucune réalité statistique (Warin, 2012), les plus âgés qui entretiennent une dette sociale que devront payer les jeunes générations, les étrangers accusés de tourisme social... Le danger est que les personnes non protégées par le ciblage ne voient pas (ou moins) l'intérêt de payer pour la solidarité, ce qui peut conduire à un risque de sécession sociale. En créant un maquis de

¹⁹ En matière de protection santé, le malade est pris en charge à 100 % en France jusqu'à 720 euros de revenu mensuel. Au-delà et jusqu'à 980 euros, il peut faire valoir un chèque santé. En revanche, les salariés au niveau du SMIC doivent payer des forfaits, franchises et autres en expansion.

protections, l'Etatisation de la protection sociale ruine insidieusement le principe de solidarité qui avait été mis en œuvre en 1945.

Conclusion

L'opposition entre un *welfare state* et un *citizen welfare* explique la grande originalité du système de sécurité sociale Français par rapport aux expériences étrangères, notamment en Angleterre. En renouvelant l'alternative posée par l'épisode de la Commune de 1871 entre Etat et citoyenneté, la sécurité sociale de 1946 s'est caractérisée par la mise en œuvre d'un autogouvernement : ce n'est pas l'Etat qui dirige l'institution mais les intéressés eux-mêmes (ouvrier et patronat). Cette organisation issue de la résistance armée accomplit le mouvement de retour du pouvoir politique et économique aux producteurs eux-mêmes. Il ne faut donc pas confondre en France la sécurité sociale et les différentes nationalisations d'entreprises (comme Renault par exemple). Dès lors, on peut lire l'histoire économique de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle comme la réappropriation par l'Etat de la sécurité sociale. Nous avons en effet montré à partir de trois grandes étapes historiques (1946, 1967, 1995) que l'Etat a cherché et est parvenu à reprendre le pouvoir sur la sécurité sociale en évinçant la société civile.

L'Etat a pris aux assurés sociaux pour encadrer le social dans l'univers capitaliste. La mainmise du capital sur le social est impossible dans le cadre d'un conflit de classes où les syndicats président aux destinées de la protection sociale. C'est le processus d'Etatisation et la bureaucratisation qui l'accompagne qui a fait levier au développement du capitalisme dans le domaine du social. Le lien étroit entre l'appareil d'Etat et les intérêts privés ont conduit à une mutation des biens et services sociaux en marchandise à la recherche de rentabilité

L'Etat providence est souvent considéré comme s'opposant au néolibéralisme, ne faisant pas que défendre les acquis sociaux mais organisant la résistance ou la reconquête. Le développement de l'Etat providence est alors perçu comme le moyen privilégié pour mener la contre-offensive contre le néolibéralisme. Or, l'Etat providence (*welfare state*) est lui aussi porteur de régressions sociales.

Bibliographie

- Abecassis P., Coutinet N. (2018) *Economie du médicament*, Repères, Paris, La Découverte.
- André C., Batifoulier P. Jansen-Ferreira M. (2016), Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification. *International Social Security Review*, vol. 69.
- André C., Hermann C. (2009), "Privatization and marketization of health care systems in Europe", in *Privatisation against the European Social Model*, M. Frangakis, C. Hermann and J. Hufschmid (eds), Palgrave MacMillan, Hampshire, p. 129-144
- André, C., Delorme, R. (1991). Deux siècles de finances publiques: de l'État circonscrit à l'État inséré. *Revue d'économie financière*, Hors-série, p.51-64.
- Batifoulier P. (2014), *Capital santé. Quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.
- Batifoulier P. (2015), « Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire », *Revue de la Régulation*, n° 17 en ligne.

- Batifoulier P. (2019), « Développer le marché de l'assurance pour le "bien" du patient. Les dangers d'un paternalisme marchand », *Revue de droit sanitaire et social*, septembre-octobre, p. 819-828.
- Batifoulier P. Da Silva N. et Duchesne V. (2019). The dynamics of conventions: the case of the French Social Security System. *Historical Social Research*, 44, n°1, p. 258-284
- Bec C. (2014), *La Sécurité sociale. Une institution de la démocratie*, Paris, Gallimard.
- Belorgey N. (2010). *L'hôpital sous pression, Enquête sur le nouveau management Public*. Paris, La Découverte.
- Bette, P. (2016). Des œuvres de guerre aux offices nationaux: l'évolution de la prise en charge des veuves de guerre (France, 1914-1924). *Comité d'histoire de la sécurité sociale*, 9(1), p. 68-87.
- Boltanski L. (2009) *De la critique, Précis de sociologie de l'émancipation*, Paris, Gallimard, 2009,
- Boris G. (1963). *Servir la République : Textes et témoignages. Présentation de Pierre Mendès France*. Paris : R. Julliard Évreux.
- Bourdieu P. (2012), *Sur l'État. Cours au Collège de France 1989-1992*, Seuil
- Cahen F. (2014). Le gouvernement des grosses en France (1920-1970). *Comité d'histoire de la sécurité sociale*, 1(7), 34-57.
- Castel N. (2009), *La Retraite des syndicats. Revenu différé contre salaire continué*, La Dispute, series: « Travail et salariat ».
- Castel R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*. Paris, Fayard:.
- Catrice-Lorey A. (1997), « La Sécurité sociale en France, institution anti-paritaire ? Un regard historique long terme », *La Revue de l'IRES*, n° spécial *Le paritarisme. Institutions et acteurs*, n°24, printemps-été, 1997.
- Chaineaud C. (2009), L'amélioration de la protection sociale des veuves dans l'entre-deux-guerres ou la veuve bénéficiaire directe des mesures législatives. *Revue d'histoire de la protection sociale*, 1(2), 66-76.
- Chanial P. (2008) « Donner aux pauvres », in Philippe Chanial, *La société vue du don*, La Découverte « TAP/Bibliothèque du MAUSS », p. 272-305
- CNR. (1944). Les jours heureux, <http://museedelaresistanceenligne.org/media6651-Les-jours-heureux-par-le-CNR>
- Cooter, R. (2003). Of War and Epidemics: Unnatural Couplings, Problematic Conceptions. *Social History of Medicine*, 16(2), 283-302.
- Cordilha, A. C. (2019). How does financialization reshape Social Security? Lessons from the French case. Communication présentée au Séminaire Doctorant CEPN, Université Paris 13, Villetaneuse.
- Cordilha, A. C. (2020). The financialization of public health care systems: evidence from Assurance Maladie. CEPN Working Papers, Centre d'Economie de l'Université de Paris Nord.
- Corwin, E.S. (1970). *Total war and the constitution*. New York: Alfred A. Knopf.

Cour des comptes (2014), *La dette des établissements publics de santé*, : communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'assemblée nationale, avril.

Da Silva N., Gadreau M. (2015), « La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme », *Revue de la régulation*, n° 17.

Da Silva, N. (2017). Le mythe du "trou de la Sécu" à l'aune des débats parlementaires de 1949. In Brunet C., Darcillon T., and Rieucan G. (Eds). *Economie sociale et économie politique. Regards croisés sur l'histoire et sur les enjeux contemporains*, Louvain: Presses universitaires de Louvain.

De Luca Barrusse, V. (2009). La revanche des familles nombreuses : les premiers jalons d'une politique familiale (1896-1939). *Comité d'histoire de la sécurité sociale*, 2(1), 47-63.

Delorme, R. et André, C. (1983). *L'État et l'Economie.*: Paris, Seuil

Domin, J-P. (2008). *Une histoire économique de l'hôpital (XIXe-XXe siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier*. Tomes 1 et 2. Paris: Comité d'histoire de la sécurité sociale.

Domin, J-P. (2019), « Monopole versus concurrence dans le secteur de la prévoyance complémentaire. Retours sur un débat méconnu (1983-1985) », Communication prononcée au colloque de l'AFEP : « Penser le système de santé de demain. Les apports de l'économie politique », Lille.

Duchesne V. (2017), « La réforme de la sécurité sociale de 1967, prémices du débat contemporain sur le modèle économique sous-jacent ? », in Brunet C., Darcillon T., and Rieucan G. (Eds). *Economie sociale et économie politique. Regards croisés sur l'histoire et sur les enjeux contemporains*, Louvain: Presses universitaires de Louvain, p. 93-108.

Duménil G. et Lévy D. (2014) *La grande bifurcation. En finir avec le néolibéralisme*, L'horizon des possibles, La Découverte.

Duval, J. (2007). *Le mythe du Trou de la Sécu*. Raisons d'agir, Paris.

Fontvielle (1976), « Évolution et croissance de l'État français de 1815 à 1969 », *Économies et sociétés*, série AF, 13, 1655–2144.

Friot, B. (2012). *Puissances du salariat*. Paris: La Dispute.

Galbraith J. (2009), *L'État prédateur*, Paris, Seuil.

Gazier B., Palier B. et Périvier H. (2014), *Refonder le système français de protection sociale*, Les presses de Sciences Po

Gervais J (2019), *L'impératif managérial. Désirs privés et devoirs publics d'un grand corps d'État*, Lille, éditions du Septentrion

Guillaume, M. (1994). *La sécurité sociale. Son histoire à travers les textes. Tome 1 – 1780-1870*. Comité d'histoire de la sécurité sociale: Paris.

Gustiaux, R. (2016), L'empreinte de la grande guerre sur le logement social en France (1912-1928). *Comité d'histoire de la sécurité sociale*, 9(1), p.88-109.

Hacker J; (1998) "the Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy", *Studies in American Political Development*, 12, p. 57–130.

- Hardy, A. (2000). Straight Back to Barbarism: Antityphoid Inoculation and the Great War, 1914. *Bulletin of the History of Medicine*, 74, p. 265-290.
- Hassenteufel P. (1997), *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de la FNSP.
- Hatzfeld H. (1963), *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Éditions ouvrières.
- Hatzfeld, H. (1971), *Du paupérisme à la sécurité sociale (1850-1945)*. Armand Colin: Paris.
- Imbert J. (1947), *Les hôpitaux en droit canonique*. Vrin: Paris.
- Imbert J. (1988), *Les hôpitaux en France*. PUF: Paris.
- Immergut E (1992), *Health politics : interests and institutions in western Europe*, Cambridge university press
- JORF. 1949, n°74 A.N. *Débats parlementaires*. 11 juillet.
- JORF. 1967, n°85 A. N. *Compte-rendu intégral des débats*. 26 octobre.
- Juven, P-A., Lemoine, B. (2018). Politiques de la faillite. La loi de survie des services publics, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 221-222, n°1, p. 4-19.
- Kerr C., Harbison F., Dunlop J.T., et Myers, C.A. (1960). *Industrialism and industrial man*. Harvard University Press: Cambridge.
- Korpi Walter (1995), Un État-providence contesté et fragmenté. Le développement de la citoyenneté sociale en France. Comparaisons avec la Belgique, l'Allemagne, l'Italie et la Suède. *Revue française de science politique*, 45^e année, n°4, p. 632-667;
- Kuisel R. (1981). *Capitalism and the state in modern France*. Cambridge: Cambridge University Press:
- Lacroix-Riz A. (2007). *Industriels et banquiers français sous l'Occupation: la collaboration économique avec le Reich et Vichy*. Paris, Armand Colin.
- Lacroix-Riz A. (2009). *Le choix de la défaite : les élites françaises dans les années 1930*, Paris: Armand Colin.
- Laroque P (2015) [1945] « Sécurité sociale et assurances sociales : la mise en œuvre de la sécurité sociale », *ERES « Vie sociale* 10, 51-71
- Le Lann Y. (2010), « La retraite, un patrimoine ? », *Genèses*, 2010/3 (n° 80), p. 70-89
- Leclerc, P. (1996). *La sécurité sociale. Son histoire à travers les textes. Tome 2 – 1870-1945*. Comité d'histoire de la sécurité sociale: Paris.
- Lemoine B. (2016), *L'ordre de la dette. Enquête sur les infortunes de l'État et la prospérité du marché*, La découverte, Paris.
- Lorwin V.R. (1952), French Trade Unions since Liberation, 1944-1951. *Industrial and Labor Relations Review*, 5(4), p. 524-539.
- Martin P. (2016), *Les métamorphoses de l'assurance maladie. Conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Merrien F-X. (1997), *L'État-providence*, Paris PUF, 1^{ère} édition.
- Michel S., Vallade D. (2007), « Une Analyse de long terme des dépenses sociales », *Revue de la régulation*, n°1, Varia, [En ligne].

- Morel N., Touzet C. et Zemmour M. (2018) « Fiscal welfare : le rôle des niches socio-fiscales dans la protection sociale en Europe » *Revue Française de Socio-Économie* 2018/1 n° 20 | p. 123-141
- Offer J. (1999), 'Idealist thought, social policy and the rediscovery of informal care'. *British Journal of Sociology*, 50(3), p.467–88.
- Orsi F. (2018) » Biens publics, communs et État : quand la démocratie fait lien ». In : Alix N. (ed.), Bancel J.L. (ed.), Coriat B. (ed.), Sultan F. (ed.) *Vers une république des biens communs*. Paris : Les Liens qui Libèrent, p.247-257.
- Palier B. (2010), The Dualizations of the French Welfare System, chapter 3. In B. Palier (ed.), *A Long Goodbye to Bismarck*, Amsterdam, Amsterdam university press.
- Paxton R. (1972). *Vichy France: old guard and new order, 1940-1944*. Columbia University Press: New York.
- Pelletier W., Bonelli L. (eds) (2010) *L'État démantelé. Enquête sur une révolution silencieuse*, Cahiers libres, Paris, La Découverte
- Piketty T (2013), *Le capital au XXIème siècle* , Paris, Seuil.
- Pillon, Jean-Marie, et Claire Vivés. « La création de Pôle emploi : entre spécificités françaises et déclinaisons de standards internationaux », *Revue française des affaires sociales*, no. 1, 2016, pp. 405-424.
- Ramaux C (2012), *L'État social. Pour sortir du chaos néolibéral*. Paris Mille et Une Nuits,
- Rasmussen A. (2008). « A corps défendant : vacciner les troupes contre la typhoïde pendant la grande guerre ». *Corps*, 2(5), p.41-48.
- Rasmussen A. (2015). Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique? *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 33, p.75-99.
- Rasmussen A. (2016a). Introduction. Protéger la société de la guerre : de l'assistance aux 'droits sur la nation'. *Revue d'histoire de la protection sociale*, 9(1), p.9-24.
- Rasmussen A. (2016b). Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914. *Le mouvement social*, 257(4), p.71-91.
- Rivière A. (2016). De l'abandon au placement temporaire: la révolution de l'assistance à l'enfance (Paris, 1870-1920). *Revue d'histoire de la protection sociale*, 1(9), p.26-51.
- Rodwin M. (2013), *Les conflits d'intérêt en médecine*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Streeck W et Labrousse A., (2016) « "Order is an exception, not the rule" », *Revue de la régulation* [En ligne], 19 | 1er semestre/ Spring 2016, mis en ligne le 27 juin 2016, consulté le 13 décembre 2019.
- Streeck W., Thelen K., 2005, Beyond Continuity, Oxford, Oxford University Press, 1–39, in Streeck W. , Thelen K. (eds.), *Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford, Oxford University Press.
- Streeck, W. (2014). *Du temps acheté. La crise sans cesse ajournée du capitalisme démocratique*. Paris : Gallimard. Parution en Allemand en 2013, Parution en folio essais en 2018
- Tabuteau D. (2013), *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob.

- Théret B (2018) « Sécurité ou protection ? Assurance des risques ou réciprocité des attentes ? », *Revue Française de Socio-Économie* 20, p.195-200
- Tinel B. (2016) *Dette publique. Sortir du catastrophisme*. Raisons d’agir. Paris 2016
- Titmuss, R. M. (1958). *Essays on the welfare state*. London: George Allen and Unwin LTD.
- Vahabi, M. (2004). *The Political economy of destructive power*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Vahabi, M. (2016a). *The political economy of predation: Manhunting and the economics of escape*. New York: Cambridge University Press.
- Vahabi, M. (2016b). A positive theory of the predatory state. *Public Choice*, 168(3–4), p.153–175.
- Vahabi, M. Batifoulier P., Da Silva N. (2019).. A theory of predatory welfare state and citizen welfare: the French case. *Public Choice*, Springer Verlag, on line,
- Valat B. et Laroque M (2015) [1945] « La démocratie sociale dans la gestion de la Sécurité sociale », *ERES « Vie sociale* 10 p. 89-107
- Viet V. (2016). La grande guerre et la lutte antituberculeuse en France. *Revue d’histoire de la protection sociale*, 1(9), p.52-67.
- Vincent C (2019) « La reconfiguration du marché du risque santé par la négociation : de l’interprofessionnel à l’entreprise et du contrat individuel au collectif », *Revue de Droit sanitaire et social*, 5 : p.810-819
- Warin P. (2012), *L’envers de la fraude sociale. Le scandale du non recours aux droits sociaux*, Paris, La Découverte
- Weber, M. (1922/1968). *Economy and society: an outline of interpretive sociology*. Vol. 1. New York, NY: Benminster Press.
- Zemmour M. (2015), « Exonérations, exemptions et dépenses fiscales : quels coûts pour la protection sociale ? », *La Revue de l’Ires*, n° 4, p. 3-34.