



FÉDÉRATION NATIONALE
ÉQUIPEMENT
ENVIRONNEMENT

ANALYSER ET COMPRENDRE
LES SYSTÈMES
POUR LES COMBATTRE

NOTRE SANTÉ N'EST
PAS UN MARCHÉ

#5 - 18 juin 2026

IMPULSION

Bulletin d'information des agents des
ministères chargés de l'écologie, des
transports, du logement et des
relations avec les collectivités
territoriales

Fédération Nationale de l'Équipement
et de l'Environnement - CGT

Directeur de publication Ivan Candé

Directeur de la rédaction Benjamin
Briant

Conception et réalisation Arnaud
Laffon

Ont participé à la rédaction de ce
numéro :

Ivan Candé - Benjamin Briant - Joseph
Diveres - Claude Lerouge

Photo couverture : pexels-bushra-
islam - page 9 pexels-diegolf11

page 30 pexels-pavel-danilyuk page
42 pexels-markusspiske

Contact : fnee@equipement.cgt.fr

Site : www.fnee-cgt.fr



FÉDÉRATION NATIONALE
ÉQUIPEMENT
ENVIRONNEMENT

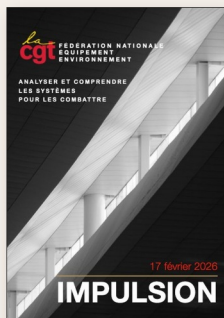
IMPULSION

Sommaire

Éditorial , <i>ce que la ligne « PSC » ne dit pas</i>	page 5
La conquête : du secours mutuel au salaire socialisé	page 11
Le « trou de la sécu », ou comment on fabrique une évidence	page 19
La PSC : quand l'État employeur organise le transfert	page 25
Quand la santé devient un sport de compétition	page 31
Le corps des agents : ce que l'administration refuse de compter	page 37
Le 100 % Sécu : notre projet	page 43
Pour prolonger la réflexion	page 49

Dans les numéros précédents

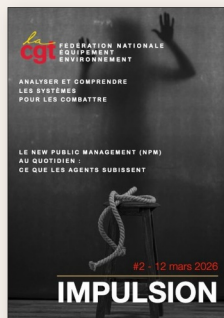
La série Impulsion



N°1

Février 2026

*Décrypter le
New Public Management*



N°2

Mars 2026

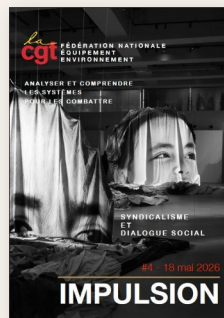
*Le NPM au quotidien :
ce que les agents subissent*



N°3

Avril 2026

*L'extrême droite
et nos métiers*



N°4

Mai 2026

*Syndicalisme
et dialogue social*

Impulsion est la publication thématique de la fédération nationale équipement-environnement de la CGT. Chaque numéro propose une analyse d'un dispositif, d'une transformation ou d'un enjeu qui pèse sur le travail des agents — sans urgence rhétorique, sans slogan, dans la durée.



Éditorial

« Ce que l'histoire du mouvement ouvrier a construit dans un pays dévasté par la guerre, ce que Croizat et les militants CGT ont érigé en quelques mois parce qu'ils savaient que le temps était compté, aucune fatalité ne justifie qu'on le laisse défaire. »

Ce que la ligne « PSC » ne dit pas

Sur la fiche de paie de chaque agent du ministère de la Transition écologique figure désormais une ligne « PSC », pour protection sociale complémentaire, assortie d'un prélèvement dont le montant varie selon les options souscrites. La plupart d'entre nous la voient, l'acceptent comme on accepte un nouveau prélèvement — c'est-à-dire sans y penser. Quelques-uns s'interrogent sur le rapport entre ce qu'ils paient et ce qu'ils reçoivent, comparent les garanties avec celles de l'ancienne mutuelle, constatent que la prévoyance n'est plus couplée, que l'accès aux soins ne s'est pas amélioré, que le reste à charge n'a pas diminué. Presque personne ne se demande comment on en est arrivé là, ni ce que cette ligne recouvre comme choix politiques, comme renoncements, comme transferts de richesse du collectif

vers le marché. C'est pourtant cette question-là que ce numéro pose.

Depuis le 1er janvier 2025, l'opérateur qui gère la complémentaire santé obligatoire de nos agents n'est plus la MGEN, organisme mutualiste fondé en 1947 par des enseignants dans le prolongement direct de l'idéal de 1945. C'est Alan, une start-up de l'assurance numérique fondée en 2016, valorisée à cinq milliards d'euros après plusieurs levées de fonds étrangères, dont les dirigeants ont rencontré à plusieurs reprises le président de la République dans le cadre des salons « French Tech » et « Choose France », et qui ne dispose d'aucun point d'accueil physique pour ses assurés. Le référencement MGEN a été résilié un an avant son terme, à la demande du ministère. La fédération s'y était opposée. Le basculement ne doit rien au hasard.

Pour comprendre ce qui se joue dans cette substitution, il faut remonter loin. Jusqu'à un pays en ruines, libéré depuis quelques mois à peine, où un ministre communiste du Travail, Ambroise Croizat, et le corps militant de la CGT érigent en quelques mois 138 caisses primaires de Sécurité sociale et 113 caisses d'allocations familiales. Ce qui se construit alors n'est pas une « couverture » — terme d'assureur, qui suppose un risque individuel à couvrir. C'est une institution politique, fondée sur un principe que le marché ne peut pas produire : chacun cotise selon ses moyens, chacun reçoit selon ses besoins. La cotisation sociale, prélevée sur les richesses produites et redistribuée immédiatement sous forme de prestations, soustrait la santé à la logique du profit. En 1938, les prestations sociales représentaient 5 % du revenu des ménages. En 1950, elles atteignent 16 %. La Sécurité sociale n'est pas un filet de sécurité. C'est une conquête.

Depuis, cette conquête fait l'objet d'un démantèlement méthodique que ce numéro retrace. La scission du régime général en 1967, la suppression de l'élection des administrateurs, l'introduction de la CSG qui fiscalise le financement, les lois de financement de la Sécurité sociale qui transfèrent aux parlementaires le pouvoir d'arbitrage que détenaient les

partenaires sociaux, les exonérations massives de cotisations patronales qui représentent aujourd'hui près de 88 milliards d'euros : chaque étape obéit à la même logique, qui consiste à assécher les recettes fondées sur la cotisation pour justifier ensuite la réduction des prestations, créant mécaniquement l'espace économique où s'engouffrent les complémentaires privées. En 2007, Denis Kessler, alors numéro deux du MEDEF, formulait le programme sans détour : « Il s'agit aujourd'hui de sortir de 1945, et de défaire méthodiquement le programme du Conseil national de la Résistance. » La cotisation sociale représente désormais moins de la moitié des financements du régime général. Ce n'est pas un déclin. C'est un programme.

L'ordonnance du 17 février 2021, issue de la loi de transformation de la fonction publique, s'inscrit dans cette séquence. En rendant obligatoire la participation de l'employeur public à la protection sociale complémentaire tout en organisant la mise en concurrence des opérateurs, elle substitue à un acte volontaire d'adhésion mutualiste une affiliation administrative à un prestataire sélectionné par appel d'offres. Le découplage entre santé et prévoyance aggrave le dispositif : la prévoyance n'étant plus obligatoire, de nombreux agents, faute de ressources ou d'information, se retrouvent sans couverture en cas d'accident de la vie. Ce que l'on nous présente comme un progrès — l'employeur participe enfin — est en réalité l'instrument d'un transfert : du régime général vers la complémentaire, de la mutualité vers le marché, de la solidarité entre travailleurs vers la gestion individuelle du risque.

Les agents de nos ministères paient ce transfert dans leur corps. Le rapport social unique 2024 documente une réalité que l'administration préfère traiter par le silence ou par les moyennes : 1 108 accidents du travail, en hausse de près de 5 %, dont 768 accidents de service qui ont généré à eux seuls 16 489 jours d'arrêt ; 63 maladies professionnelles reconnues, en augmentation de 57 % en un an, concentrées dans les directions interdépartementales des routes où les corps ouvriers sont les plus exposés ; 61 chocs psychologiques, qui totalisent le plus fort ratio

de jours d'arrêt par accident de tout le tableau. 36 % de nos effectifs ont été absents au moins une fois pour raisons de santé, cumulant 570 769 journées. Les jours de carence frappent les catégories C trente-deux fois plus que les A+. La médecine de prévention, censée protéger ces agents, s'effondre : 18 médecins du travail pour 7,3 équivalents temps plein en 2024, contre 28 et 10,1 trois ans plus tôt. Leur âge moyen est de 63 ans. L'administration ne remplace pas. Elle attend.

C'est dans ce contexte que l'opérateur Alan, désormais en charge de la complémentaire santé de ces mêmes agents, envoie le 8 juin 2026 un courriel invitant l'ensemble des affiliés à participer à un « Challenge » : cinq semaines de compétition entre entités du ministère, avec des points à collecter par des « actions santé » dans l'application, des défis du jour, un classement, une coupe. Des personnages animés brandissent un trophée dans un stade. On propose aux agents de compter leurs pas en se mesurant à Mbappé. Le ton est enjoué. La logique est glaçante : elle introduit dans la relation entre l'assuré et son organisme de santé une mécanique de performance, de classement et de collecte de données comportementales qui n'a plus rien à voir avec le mutualisme — et tout à voir avec l'acculturation progressive à la tarification au comportement, où ce que vous coûterez demain sera calculé sur ce que vous faites aujourd'hui. Joseph Diveres, dans ce numéro, en fait l'anatomie précise.

Ce numéro d'*Impulsion* remonte le fil : de la conquête de 1945 au démantèlement organisé, du cadre légal de la PSC au cas concret d'Alan, des données du rapport social unique aux conditions réelles dans lesquelles nos collègues travaillent, tombent malades, renoncent à se soigner. Il le fait sans pathos, parce que les chiffres suffisent et que les mécanismes parlent d'eux-mêmes. Mais il le fait aussi avec une conviction : ce que l'histoire du mouvement ouvrier a construit dans un pays dévasté par la guerre, ce que Croizat et les militants CGT ont érigé en quelques mois parce qu'ils savaient que le temps était compté, aucune fatalité ne justifie qu'on le laisse défaire. Le projet du 100 % Sécu, que nous portons et que ce numéro expose dans son dernier

chapitre, n'est pas une nostalgie. C'est un programme — et il se mesure à celui de Kessler.

La ligne « PSC » sur la fiche de paie ne dit rien de tout cela. Ce numéro le dit.

Ivan Candé

Secrétaire général de la FNEE-CGT



Récents

Le Courrier du Militant



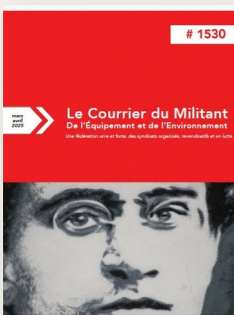
N°1527
septembre-octobre 2024
*Équipement-
Environnement-Mer,
la rue contre les casses*



N°1528
novembre-décembre 2024
*Mobilisations,
la fédération dans la rue*



N°1529
janvier-février 2025
*Conférence
Palestine Médicale*



N°1530
mars-avril 2025
*Gramsci, hégémonie
et guerre de position*



N°1531
janvier 2026
*Palestine,
la paix et le droit*



N°1532
mars 2026
*No Pasarán,
Madrid 1936*

Revue bimestrielle de liaison, de documentation et d'information syndicale de la Fédération Nationale CGT de l'Équipement et de l'Environnement. Dossiers, débats, entretiens, lectures — la pensée syndicale au long cours.

Disponible sur demande à : fnee@equipement.cgt.fr



La conquête : du secours mutuel au salaire socialisé

Avant que la Sécurité sociale ne devienne une institution, avant même que le mot n'existe, il y a eu des corps usés et personne pour les soigner. Pendant des siècles, la protection des travailleurs malades, invalides ou trop vieux pour produire a relevé de la charité ecclésiastique — c'est-à-dire d'une faveur révocable, distribuée au gré des ordres religieux et des paroisses, sans droit opposable et sans logique de solidarité entre égaux. La Révolution de 1789 proclame l'assistance publique comme devoir de la Nation, mais ne crée aucun dispositif capable de la rendre effective. Ce qui change la donne, ce n'est pas la loi. C'est l'usine.

Le mouvement d'industrialisation du début du XIXe siècle provoque en France et en Europe une mutation sociale d'une brutalité sans précédent. Des millions de travailleurs, arrachés à l'économie rurale, sont jetés dans des manufactures où la journée de travail excède couramment quatorze heures, où les enfants sont employés dès l'âge de six ans, où l'accident de travail n'ouvre droit

à rien. Face à cette précarité absolue, ce ne sont ni les gouvernants ni les philanthropes qui inventent les premières formes de protection. Ce sont les ouvriers eux-mêmes. Les caisses de secours mutuel, arrachées par les grèves et financées par les cotisations des travailleurs, se multiplient dans la seconde moitié du siècle. Elles couvrent la maladie, parfois le décès, parfois les premiers jours de chômage. Elles sont modestes, fragiles, souvent clandestines dans un cadre juridique qui interdit les coalitions ouvrières jusqu'en 1864. Mais elles portent en germe un principe que toute l'histoire ultérieure de la protection sociale va développer ou combattre : celui d'une solidarité organisée par les travailleurs, pour les travailleurs, sans intermédiaire charitable et sans logique de profit.

Le patronat perçoit très tôt la menace que représente cette solidarité autonome. Les grands industriels développent leurs propres œuvres sociales — logements, économats, caisses de retraite d'entreprise — dans le cadre de ce que l'on appelle alors le patronage, dont la fonction explicite est d'intégrer les travailleurs aux logiques et aux impératifs du capitalisme en faisant dépendre leur protection de la bienveillance de l'employeur plutôt que de l'organisation collective. Le syndicalisme naissant — la CGT est fondée en 1895 — se construit en partie contre cette captation patronale, en défendant l'idée que la protection du travailleur est un droit attaché au travail, non une concession du capital. Cette ligne de fracture entre protection-droit et protection-concession n'a jamais été refermée. Nous la retrouvons intacte, cent trente ans plus tard, dans le choix d'imposer Alan à nos agents.

Les premières lois de protection sociale viennent tard, par fragments, et toujours sous la pression des luttes. La loi du 8 avril 1898 reconnaît la responsabilité de l'employeur en matière d'accidents du travail pour les seuls salariés de l'industrie. Les retraites des mineurs sont instituées en 1894, celles des cheminots en 1909 — des régimes pionniers, conquis par des corps de métier dont la combativité impose ce que le droit commun refuse encore. La loi de 1910, qui instaure les premières retraites ouvrières et paysannes obligatoires, est fondée sur le principe de la capitalisation — c'est-à-dire sur l'épargne individuelle, non sur la

solidarité. La CGT la combat et la nomme « retraite des morts », parce qu'elle n'ouvre droit à une pension qu'à partir de 65 ans alors que l'espérance de vie moyenne ne dépasse pas 50 ans. L'expression est brutale. Elle est exacte. En 1928, une loi instaure un système d'assurances sociales couvrant la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse et le décès pour les salariés dont le revenu est inférieur à un plafond. Le patronat en bloque l'application pendant deux ans.

Ce qu'il faut retenir de cette longue préhistoire, ce n'est pas seulement que chaque avancée a été arrachée et chaque conquête combattue. C'est que deux logiques s'affrontent dès l'origine, et que leur affrontement structure encore le présent : d'un côté, une logique assurantielle, qui couvre un risque individuel proportionnellement à la capacité de chacun à payer, qui sélectionne les bons profils et exclut les mauvais, qui fait de la protection un produit ; de l'autre, une logique solidaire, qui couvre un droit collectif indépendamment du risque individuel, qui mutualise entre ceux qui tombent malades et ceux qui ne tombent pas, qui fait de la protection une institution. La première enrichit ceux qui la vendent. La seconde enrichit ceux qu'elle protège.

C'est la seconde logique qui triomphe en 1945, dans des circonstances que nous aurions tort de considérer comme un simple contexte favorable. La France est un pays dévasté. Les infrastructures sont détruites, l'économie est exsangue, la pénurie est généralisée. Rien, dans les conditions matérielles de l'époque, ne rendait la Sécurité sociale « possible » au sens où les économistes emploient ce mot. Ce qui l'a rendue possible, c'est un rapport de forces exceptionnel, construit dans la Résistance et prolongé dans les premiers mois de la Libération. Le programme du Conseil national de la Résistance, rédigé en pleine guerre, prévoit explicitement un « plan complet de Sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail ». Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 le concrétisent. La loi de généralisation du 22 mai 1946 l'étend. Le principe fondateur est d'une clarté absolue : « La garantie donnée à chacun qu'en toutes

circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. »

Ambroise Croizat, ministre communiste du Travail et de la Sécurité sociale, et Georges Buisson, secrétaire de la CGT à la Libération, savent que le temps est compté. La fenêtre politique ne restera pas ouverte indéfiniment. Le patronat, provisoirement affaibli par la Collaboration, se réorganise. Les forces conservatrices au Parlement reprennent du terrain. Croizat, qui ne restera qu'à peine un an et demi au ministère, fait le choix de mobiliser le corps militant de la CGT pour bâtir l'édifice avant que la conjoncture ne se retourne. En quelques mois, 138 caisses primaires de Sécurité sociale et 113 caisses d'allocations familiales sont érigées sur l'ensemble du territoire, gérées par des administrateurs élus par les assurés, financées par la cotisation sociale. Ce n'est pas une réforme technique conduite par des hauts fonctionnaires. C'est une construction militante, portée par des milliers de syndicalistes qui installent les caisses, recrutent le personnel, organisent les premières liquidations de prestations dans des locaux souvent de fortune. Ceux qui aujourd'hui invoquent les « contraintes budgétaires » pour justifier le recul de la protection sociale devraient méditer le fait que cette institution a été bâtie dans un pays qui n'avait littéralement plus rien.

Le mécanisme de la cotisation sociale est au cœur de l'édifice, et c'est lui qu'il faut comprendre pour saisir ce qui se joue dans les réformes contemporaines. La cotisation n'est pas un impôt. Elle n'est pas non plus une prime d'assurance. C'est une part du salaire qui est socialisée — c'est-à-dire prélevée directement sur les richesses produites par le travail et redistribuée immédiatement sous forme de prestations, sans passer par le marché, sans passer par l'État, sans être soumise à l'arbitrage budgétaire annuel du Parlement. La distinction entre cotisation dite « salariale » et cotisation dite « patronale » est une fiction comptable : l'ensemble constitue la rémunération de la force de travail, et la part dite patronale ne sort pas davantage de la poche des employeurs que la part salariale. Ce que la cotisation produit, ce n'est pas un fonds d'investissement ni un budget d'État. C'est un circuit économique

qui échappe au capital et que les travailleurs administrent eux-mêmes. En cela, la Sécurité sociale n'est pas seulement un système de protection. C'est une institution anticapitaliste.

Cette autonomie de la cotisation par rapport à l'impôt n'est pas une subtilité technique. C'est la clef de voûte de tout l'édifice, et c'est elle que les réformes ultérieures vont systématiquement attaquer. Tant que la Sécurité sociale est financée par la cotisation, son niveau de ressources dépend mécaniquement de la masse salariale — c'est-à-dire du rapport de forces entre capital et travail sur la répartition des richesses produites. Les travailleurs qui se battent pour des augmentations de salaire se battent aussi, par le même geste, pour le financement de leur protection sociale. Et surtout, les décisions relatives aux prestations relèvent des administrateurs de la Sécurité sociale, non du gouvernement ni du Parlement. Le système est géré par ceux qui cotisent, pour ceux qui en bénéficient. Il échappe à l'arbitrage politique annuel.

Les effets sont immédiats et massifs. L'insécurité sociale recule. Les prestations sociales, qui représentaient 5 % du revenu des ménages en 1938, bondissent à 16 % dès 1950. Des millions de travailleurs et de familles accèdent pour la première fois à des soins qu'ils ne pouvaient pas se permettre, à des indemnités qui les protègent de la misère en cas de maladie, à des allocations qui reconnaissent la charge d'élever des enfants. Ce qui change n'est pas seulement le niveau de vie. C'est le statut du travailleur dans la société : il n'est plus un individu isolé face au risque, dépendant de la charité, de l'épargne personnelle ou de la bienveillance patronale. Il est membre d'une institution collective qui lui garantit des droits. La santé n'est plus un privilège. Elle est un droit.

Dans le prolongement direct de cette conquête, les fonctionnaires et agents publics développent leurs propres structures mutualistes. La Mutuelle générale de l'Éducation nationale est fondée en 1947 par des enseignants qui refusent que la complémentaire santé obéisse à une logique de profit. Le principe est celui du mutualisme pur : une société de personnes, non de capitaux ; un but non lucratif ; un conseil d'administration

composé de représentants des adhérents, non d'actionnaires ; une solidarité entre membres qui ne sélectionne pas les profils de risque. Ce modèle se diffuse dans l'ensemble de la fonction publique. La mutuelle n'est pas un prestataire de services. C'est un prolongement du service public, géré par ceux qu'il protège. Le Code de la Mutualité, qui encadre juridiquement ces organismes, les distingue radicalement des sociétés d'assurance à but lucratif — une distinction que le langage courant a fini par effacer en appelant « mutuelle » tout organisme qui rembourse des soins, qu'il relève de l'économie sociale et solidaire ou du CAC 40.

C'est exactement cette autonomie que le glissement de la cotisation vers l'impôt va détruire. Le premier acte décisif est l'instauration de la Contribution sociale généralisée par le gouvernement Rocard en 1990. Présentée comme une mesure de « diversification » du financement, la CSG est un impôt assis sur l'ensemble des revenus — travail, patrimoine, retraites, allocations chômage — dont le produit est affecté à la Sécurité sociale. Ce qui change n'est pas le montant : c'est la nature du lien. Un impôt est voté par le Parlement, fixé par le Parlement, modifié par le Parlement. En substituant progressivement la CSG à la cotisation, on transfère le pouvoir de décision sur le financement de la protection sociale des partenaires sociaux vers les représentants de l'État. La CSG, relevée à plusieurs reprises depuis sa création, est devenue la deuxième source de recettes du régime général de l'Assurance maladie. Le salaire socialisé recule. L'impôt avance. Et avec l'impôt, l'État.

Le second acte est plus brutal encore. En 1996, la révision constitutionnelle du 22 février, portée par le gouvernement Juppé, crée les lois de financement de la Sécurité sociale. Chaque année, désormais, le Parlement vote un projet de loi — le PLFSS — qui fixe les prévisions de recettes, détermine les objectifs de dépenses et arrête les conditions nécessaires à ce que l'on appelle, dans le langage technocratique, l'« équilibre financier » de la Sécurité sociale. L'expression est trompeuse : il ne s'agit pas d'équilibrer les besoins et les moyens, mais d'adapter les prestations aux recettes disponibles — c'est-à-dire de partir non pas de ce dont les assurés

ont besoin, mais de ce que le gouvernement est disposé à financer. Le renversement est complet. Avant 1996, l'arbitrage appartenait aux partenaires sociaux qui administraient les caisses ; depuis 1996, il appartient à un Parlement qui vote chaque automne, dans une loi de financement que la plupart des citoyens ignorent, le niveau de protection auquel ils auront droit l'année suivante. La Sécurité sociale n'est plus une institution autonome des travailleurs. Elle est un chapitre du budget de l'État.

Les exonérations massives de cotisations patronales, consenties au nom de la compétitivité et de la réduction du « coût du travail », achèvent le dispositif. Elles représentent aujourd'hui près de 88 milliards d'euros, compensées en partie seulement par des transferts budgétaires de l'État. La mécanique est d'une simplicité redoutable : on réduit les cotisations au nom de l'emploi, ce qui assèche les ressources de la Sécurité sociale, ce qui justifie la réduction des prestations, ce qui crée le marché sur lequel les complémentaires privées s'engouffrent. En 2007, Denis Kessler, ancien vice-président du MEDEF, formulait le programme sans détour : « Il s'agit aujourd'hui de sortir de 1945, et de défaire méthodiquement le programme du Conseil national de la Résistance. » La cotisation sociale, qui était le cœur du système, représente désormais moins de la moitié des financements du régime général. Ce que les travailleurs avaient construit pour échapper au marché et à l'État est désormais soumis aux deux.

Ce que nous décrivons ici n'est pas un âge d'or suivi d'une chute. L'édifice de 1945 comportait des limites, des exclusions, des insuffisances que les décennies suivantes ont en partie corrigées et en partie aggravées. Mais ce qui doit être retenu, c'est la nature de ce qui a été construit et la logique de ce qui est en train de le défaire. Ce qui a été construit, c'est un mécanisme par lequel les travailleurs prélèvent collectivement sur les richesses qu'ils produisent pour se protéger collectivement contre les aléas de l'existence, sans intermédiaire lucratif et sans dépendance envers l'État ou le patronat. Ce qui le défait, c'est la substitution méthodique de l'impôt à la cotisation, du Parlement aux partenaires sociaux, du marché à la solidarité. Et c'est dans l'espace

ainsi ouvert — celui que les remboursements, les franchises et les transferts de charges ont créé entre ce que la Sécurité sociale couvre encore et ce dont les assurés ont besoin — que la protection sociale complémentaire s’est installée, avec ses opérateurs, ses appels d’offres et ses logiques de profit. Le chapitre suivant en retrace la mécanique dans notre périmètre ministériel.



Le « trou de la sécu », ou comment on fabrique une évidence

Il existe dans le vocabulaire politique français une expression qui a acquis, par la force de la répétition, le statut de fait objectif : le « trou de la Sécu ». On la prononce dans les rédactions, dans les cabinets ministériels, dans les conversations ordinaires, avec la même assurance tranquille que l'on met à énoncer la couleur du ciel. La Sécurité sociale coûte trop cher. Elle est en déficit. Il faut la réformer, c'est-à-dire la réduire. Cette idée ne fait plus l'objet d'un débat. Elle fait partie du sens commun, de ce que Gramsci appelait cette couche de certitudes partagées, si profondément intériorisées qu'elles n'ont plus besoin d'être argumentées pour être crues. C'est précisément là que commence notre problème.

Car le « trou de la Sécu » n'est pas un constat. C'est une construction. Et comme toute construction hégémonique réussie, elle tire sa puissance du fait qu'elle a cessé d'être perçue comme une construction pour devenir une évidence. Si nous voulons comprendre pourquoi un agent du ministère de la Transition écologique se retrouve aujourd'hui affilié de force à une start-up de

l'assurance numérique pour couvrir ce que la Sécurité sociale ne couvre plus, il faut remonter non pas seulement aux mécanismes financiers que le chapitre précédent a décrits, mais à l'opération culturelle et politique qui a rendu ces mécanismes acceptables — et même, aux yeux du plus grand nombre, nécessaires.

L'archéologie de cette opération est instructive. L'expression « trou de la Sécu » n'apparaît pas dans le débat public comme un constat comptable neutre. Elle s'installe à partir des années 1970-1980, portée par les milieux patronaux, relayée par des économistes proches du pouvoir et amplifiée par une presse qui traite la protection sociale comme un coût et jamais comme un investissement. Le CNPF puis le MEDEF en font un axe central de leur communication, non pas sous la forme d'un programme explicite de démantèlement — cela viendra plus tard, avec la franchise de Kessler en 2007 — mais sous la forme, infiniment plus efficace, d'une évidence gestionnaire : les comptes sont dans le rouge, il faut les assainir, la responsabilité est collective, les efforts doivent être partagés. Le vocabulaire est celui de la rigueur comptable, non celui de la lutte des classes. C'est ce qui le rend redoutable.

La fabrication du déficit est pourtant d'une transparence confondante pour qui veut bien regarder les chiffres. Les exonérations de cotisations patronales, instaurées à partir des années 1990 au nom de la « compétitivité » et de la « baisse du coût du travail », représentent aujourd'hui près de 88 milliards d'euros par an. Elles ne sont compensées par l'État qu'en partie, et leur compensation elle-même constitue un mécanisme de dépendance : la Sécurité sociale, privée de ses recettes propres, doit attendre de l'État qu'il veuille bien combler l'écart. Chaque euro d'exonération est un euro de cotisation en moins. Chaque euro de cotisation en moins creuse le « trou ». Et chaque euro de « trou » sert d'argument pour réduire les prestations. La boucle est d'une perfection mécanique : le même acteur qui assèche les recettes se présente ensuite comme le médecin appelé au chevet du malade qu'il a empoisonné. Il ne s'agit pas d'une dérive. Il s'agit d'un programme.

Ce programme a un nom dans la théorie politique : c'est une stratégie de conquête hégémonique, menée non pas par les armes ni par la loi seule, mais par la lente transformation de ce que les gens tiennent pour vrai. Le patronat n'a pas eu besoin de convaincre les Français que la Sécurité sociale était une mauvaise idée — personne ne l'aurait cru. Il lui a suffi de les convaincre qu'elle était devenue trop chère, que son déficit était un fait de nature et non un choix politique, que les « réformes » qui la réduisaient étaient des actes de responsabilité et non de régression. C'est la logique du TINA — *there is no alternative* — appliquée à la protection sociale : non pas dire que la Sécu doit mourir, mais faire en sorte que chacun la croie condamnée. Le génie de cette opération est qu'elle a transformé les victimes du démantèlement en ses complices consentants. L'agent qui soupire en disant « de toute façon, la Sécu ne rembourse plus rien » prononce exactement la phrase que le MEDEF a mis trente ans à inscrire dans le sens commun.

Le récit du « trou » a une fonction opératoire précise : il prépare et justifie un double transfert de charges dont les effets concrets se lisent sur chaque fiche de paie et dans chaque renoncement aux soins. Le premier transfert — de la cotisation vers l'impôt, de l'autonomie sociale vers l'arbitrage parlementaire —, nous l'avons retracé au chapitre précédent. Le second est à la fois plus diffus et plus directement ressenti par les assurés : c'est le transfert de la Sécurité sociale vers la complémentaire.

La mécanique est la suivante. Chaque déremboursement décidé dans le cadre d'une loi de financement de la Sécurité sociale — un médicament dont le taux de prise en charge passe de 65 % à 30 %, une consultation dont le tarif opposable n'a pas été revalorisé depuis dix ans pendant que le dépassement d'honoraires augmente, une prothèse dentaire classée en « reste à charge zéro » avec des matériaux que les praticiens considèrent insuffisants — crée un écart entre ce que la Sécurité sociale couvre et ce dont l'assuré a besoin. Cet écart, c'est le marché de la complémentaire. Plus la Sécu se retire, plus la complémentaire devient indispensable. Plus la complémentaire devient indispensable, plus

son coût pèse sur les ménages. Et plus son coût pèse, plus le discours selon lequel « la santé coûte cher » se vérifie dans l'expérience quotidienne des assurés — qui attribuent ce coût à la fatalité du progrès médical ou au vieillissement de la population, jamais aux choix politiques qui l'ont organisé.

Le basculement est considérable. En 1945, la Sécurité sociale avait été conçue pour couvrir l'intégralité des besoins, rendant la complémentaire inutile. Aujourd'hui, 96 % de la population est couverte par une complémentaire santé, précisément parce que la Sécurité sociale ne couvre plus l'intégralité des besoins. Ce qui devait être un système unique et universel est devenu un système à deux étages, où le premier étage se réduit et où le second — soumis aux lois du marché, à la concurrence entre opérateurs, à la sélection des risques et à la logique du profit — prend une part croissante. Le concept fondateur — « chacun cotise selon ses moyens, chacun reçoit selon ses besoins » — ne s'applique plus. Plus on a de moyens, plus on peut cotiser à une complémentaire de haut niveau et plus on reçoit. Moins on en a, moins on est couvert. La solidarité entre travailleurs, entre actifs et retraités, qui était le cœur battant de l'institution de 1945, est enrayée.

Et la mutualité elle-même, qui aurait pu constituer un rempart contre cette logique marchande, a été progressivement aspirée par elle. Les grandes mutuelles de fonctionnaires, nées dans le prolongement de 1945 comme des outils de solidarité professionnelle gérés par leurs adhérents, ont connu en quarante ans un processus de concentration, d'externalisation de la gestion et d'alignement concurrentiel qui les a rapprochées, dans leur fonctionnement sinon dans leur statut juridique, des complémentaires privées qu'elles étaient censées combattre. La mise en concurrence systématique dans le cadre des marchés de protection sociale complémentaire a accéléré cette convergence : pour remporter un appel d'offres, une mutuelle doit proposer des tarifs comparables à ceux d'un assureur privé, ce qui signifie rationaliser, automatiser, réduire les coûts de gestion — c'est-à-dire se comporter comme un assureur privé. La MGEN qui couvrait les agents de notre ministère jusqu'en 2024 n'était plus, depuis

longtemps, la MGEN des instituteurs de 1947. Et lorsque le ministère a choisi de résilier ce référencement pour basculer vers Alan, il n'a fait que franchir le dernier pas d'un chemin que l'ensemble du système avait préparé.

Ce qu'il faut voir dans ce double transfert, ce n'est pas seulement un appauvrissement des assurés — même si cet appauvrissement est réel, mesurable et socialement injuste. C'est un changement de nature du système. La cotisation sociale fait de la santé un droit collectif financé par le travail. L'impôt fait de la santé un chapitre du budget de l'État, soumis à l'arbitrage gouvernemental. La complémentaire fait de la santé un produit sur un marché, accessible en proportion des moyens de chacun. On n'est pas passé d'un système imparfait à un système amélioré. On est passé d'un droit à une marchandise.

C'est pourquoi le combat pour la Sécurité sociale ne peut pas se mener sur le seul terrain budgétaire. Réclamer « plus de moyens pour la Sécu », contester tel déremboursement ou telle franchise, s'indigner du montant des exonérations patronales — tout cela est juste, nécessaire, et insuffisant. Insuffisant parce que ces combats, aussi légitimes soient-ils, acceptent le cadre imposé par l'adversaire : celui d'un système en difficulté qu'il faudrait « sauver », c'est-à-dire maintenir en l'état, rafistoler, défendre. Or ce cadre est lui-même le produit de la conquête hégémonique que nous venons de décrire. Défendre la Sécu dans le langage de ceux qui la démantèlent, c'est combattre depuis les tranchées de l'adversaire.

Ce qui est en jeu, ce n'est pas la « sauvegarde » du système existant — un système déjà profondément dégradé, dont la logique originelle a été détournée par trente ans de transferts, de fiscalisation et de mise en marché. Ce qui est en jeu, c'est la reconstruction d'un système fondé sur le principe que Croizat avait posé en 1945 et que tout le travail hégémonique du patronat vise précisément à rendre impensable : la santé n'est pas un risque individuel à couvrir par un produit d'assurance proportionnel aux moyens de chacun. C'est un droit collectif, financé par la

socialisation du salaire, administré par les travailleurs eux-mêmes, et soustrait au marché comme à l'arbitrage étatique.

Ce projet a un nom : le 100 % Sécu. Nous ne l'exposerons pas ici dans le détail — le dernier chapitre de ce numéro en développe le contenu, les mécanismes de financement, les implications institutionnelles. Mais ce qu'il faut poser dès maintenant, c'est la nature de ce projet. Le 100 % Sécu n'est pas une revendication défensive. Ce n'est pas « sauvons ce qui reste ». C'est un projet de reconquête — reconquête du financement par la cotisation, reconquête de la gestion par les assurés, reconquête de la couverture intégrale que les complémentaires ont remplacée sans l'égaliser. Et avant toute chose, c'est un projet de reconquête du sens commun. Tant que les agents de nos ministères, tant que les travailleurs de ce pays croiront que le « trou de la Sécu » est une réalité objective et non une fabrication politique, tant qu'ils croiront que la complémentaire est un progrès et non un symptôme de régression, tant qu'ils croiront que la santé est un coût et non un droit, aucune victoire électorale, aucun rapport de forces institutionnel ne suffira à reconstruire ce qui a été défait. La bataille est d'abord culturelle. C'est une guerre de position. Ce numéro d'*Impulsion* en est un instrument.



La PSC : quand l'État-employeur organise le transfert

Les deux chapitres précédents ont décrit un processus général : la construction de la Sécurité sociale comme institution autonome des travailleurs, puis son démantèlement par l'assèchement de la cotisation, la fiscalisation du financement et la fabrication hégémonique du « trou ». Ce processus touche l'ensemble des assurés sociaux. Mais il prend, dans la fonction publique, une forme spécifique qui mérite un examen à part, parce que l'État y occupe une position que n'occupe aucun employeur privé : il est à la fois celui qui légifère, celui qui emploie, celui qui fixe les rémunérations, et celui qui choisit l'opérateur de protection sociale de ses agents. Dans la fonction publique, le démantèlement n'est pas seulement subi. Il est administré.

L'instrument de cette administration est l'ordonnance du 17 février 2021, prise sur habilitation de la loi du 6 août 2019 dite de « transformation de la fonction publique » — une loi dont le titre même constitue un programme. Cette ordonnance rend obligatoire la participation des employeurs publics au financement de la

protection sociale complémentaire de leurs agents, en santé comme en prévoyance, sur le modèle de ce qui existait déjà dans le secteur privé depuis 2016. Présentée comme un progrès — l'employeur paie enfin sa part —, elle organise en réalité trois basculements simultanés que le discours officiel se garde bien de nommer.

Le premier basculement est celui du volontariat vers la contrainte. Jusqu'alors, l'agent public qui souhaitait bénéficier d'une complémentaire santé choisissait d'adhérer à une mutuelle — souvent celle de sa profession, historiquement ancrée dans la tradition mutualiste que nous avons décrite au premier chapitre. Ce choix était un acte : il supposait une démarche, une adhésion à un collectif, un engagement dans une structure dont l'agent pouvait élire les administrateurs et contester les orientations en assemblée générale. L'ordonnance substitue à cet acte une affiliation administrative à un opérateur sélectionné par appel d'offres, selon des critères définis par l'employeur, dans le cadre d'un marché public où les organisations syndicales n'ont qu'un rôle consultatif. L'agent ne choisit plus sa mutuelle. Il est affilié à un prestataire. La différence n'est pas cosmétique : elle est politique. Dans un cas, l'agent est membre d'une institution collective. Dans l'autre, il est client d'un service.

Le deuxième basculement est celui de la solidarité vers le marché. Le mécanisme du référencement, en vigueur depuis 2007, reposait sur une mise en concurrence encadrée, mais le choix de l'opérateur restait négocié avec les organisations syndicales représentatives et l'offre devait répondre à des critères de solidarité intergénérationnelle et familiale. Le passage au contrat collectif obligatoire, tel qu'il se met en place à partir de 2025, durcit la logique concurrentielle. L'appel d'offres porte sur un cahier des charges que l'employeur définit, et le critère déterminant — quoi qu'en disent les textes — est le rapport entre le niveau de garanties et le coût. Or dans une mise en concurrence entre opérateurs, le rapport qualité-prix favorise structurellement les acteurs qui maîtrisent leurs coûts de gestion, c'est-à-dire ceux qui automatisent, dématérialisent, suppriment les accueils physiques, remplacent le conseil humain par des algorithmes. Ce n'est pas un

hasard si l'opérateur retenu pour notre ministère est une entreprise technologique dont le modèle repose précisément sur l'application mobile, l'intelligence artificielle et l'absence totale de guichets.

Le troisième basculement est le plus silencieux et peut-être le plus grave. L'ordonnance de 2021 prévoyait initialement un couplage entre le volet santé et le volet prévoyance, c'est-à-dire que l'adhésion à la complémentaire santé emportait automatiquement une couverture prévoyance — incapacité de travail, invalidité, décès. Ce couplage a été abandonné. La prévoyance n'est plus obligatoire. Elle est proposée en option, à adhésion facultative, à un coût supplémentaire. La conséquence est directe et mesurable : un nombre croissant d'agents, en particulier dans les catégories C où les rémunérations sont les plus basses, ne souscrivent pas de prévoyance. Ils prennent ainsi des risques considérables en cas d'accident de la vie, de longue maladie ou d'invalidité, parce que la part statutaire — le niveau de couverture minimale — est loin de tout couvrir. Le découplage fabrique, au sein même de la fonction publique, une protection sociale à deux vitesses dont la ligne de fracture suit exactement celle des inégalités salariales.

Le cas de notre périmètre ministériel est, à cet égard, exemplaire. Depuis le 1er janvier 2019, le ministère et les établissements publics associés avaient référencé, à l'issue d'une négociation avec les organisations syndicales, une offre de la MGEN baptisée « MET Ministère Écologie et Territoire ». L'offre couplait deux niveaux de couverture en santé et deux niveaux en prévoyance. Le ministère s'était engagé sur une participation financière plafonnée à 900 000 euros par an, correspondant au montant des transferts de solidarité intergénérationnels et familiaux. Depuis 2022, il prenait également en charge une partie des cotisations de complémentaire santé de ses agents, à hauteur de 15 euros bruts par mois. En 2024, 24 770 agents bénéficiaient de ce remboursement.

Les limites de ce dispositif étaient réelles. Sur un périmètre de plus de 34 000 agents, seuls 3 483 étaient effectivement adhérents à l'offre référencée MGEN fin 2024 — un taux de pénétration de

l'ordre de 10 %, qui témoigne à la fois d'un déficit d'information, d'une concurrence avec d'autres mutuelles historiques et d'un coût jugé excessif par une partie des agents. Le référencement n'avait pas résolu le problème de la couverture. Mais il relevait encore d'une logique mutualiste : la MGEN est une société de personnes, régie par le Code de la Mutualité, sans actionnaires, administrée par des représentants de ses adhérents. Ses insuffisances étaient celles du dispositif, non celles du principe.

La décision du ministère de demander à la MGEN une résiliation anticipée d'un an du référencement — qui devait courir jusqu'au 31 décembre 2025 — ne peut se comprendre que dans le cadre du basculement vers le contrat collectif obligatoire prévu par l'ordonnance de 2021. La MGEN a accepté. À compter du 1er janvier 2025, les agents du ministère sont affiliés à un nouveau contrat santé à adhésion obligatoire, avec une prise en charge à 50 % par l'employeur. L'opérateur retenu est la société Alan.

Alan n'est pas une mutuelle. C'est une société d'assurance, constituée sous forme de société anonyme, à but lucratif, fondée en 2016, valorisée à cinq milliards d'euros après plusieurs levées de fonds internationales. Elle ne dispose d'aucun point d'accueil physique. Son fonctionnement repose sur l'application mobile et l'intelligence artificielle. Ses dirigeants ont rencontré à plusieurs reprises le président de la République dans le cadre des salons de promotion de la *French Tech*. La différence entre Alan et la MGEN n'est pas une différence de degré dans la qualité du service. C'est une différence de nature dans la conception de la protection sociale. La MGEN, quelles que fussent ses limites, incarnait encore le principe selon lequel la complémentaire santé des fonctionnaires devait relever de l'économie sociale et solidaire, être gérée par ses adhérents et ne poursuivre aucun but lucratif. Alan incarne le principe inverse : la santé comme marché, l'assuré comme utilisateur, la donnée comme matière première. Ce choix a été fait contre l'avis de la fédération CGT de l'Équipement et de l'Environnement. Il n'a pas fait l'objet d'un débat public au sein des instances représentatives du personnel à la hauteur de ce qu'il engage.

Nous n'ignorons pas que la plupart des agents vivent ce basculement avec indifférence ou résignation. L'ancienne mutuelle coûtait cher, la nouvelle application est commode, les remboursements arrivent vite. Ces constats de surface ne sont pas faux. Mais ils passent à côté de l'essentiel, qui ne se lit pas dans le délai d'un remboursement mais dans l'architecture d'un système. Ce qui s'est passé entre 2019 et 2025 dans notre ministère, c'est exactement, à l'échelle d'un périmètre ministériel, le processus décrit dans les deux chapitres précédents à l'échelle nationale : le passage d'une logique solidaire à une logique marchande, organisé par l'État-employeur lui-même, dans le silence relatif des agents qui en sont les premiers concernés. Le chapitre suivant, signé Joseph Diveres, en examine un épisode révélateur : le moment où l'opérateur ne se contente plus de rembourser des soins, mais entreprend de gamifier la santé de ses assurés.





Quand la santé devient un sport de compétition

par Joseph Diveres

Les chapitres précédents ont retracé le processus qui a conduit, dans notre ministère, au remplacement d'une mutuelle par une société d'assurance numérique. Joseph Diveres part ici d'un fait minuscule — un courriel reçu par les agents le 8 juin 2026 — pour en montrer la portée. Ce que ce courriel annonce n'est pas un avantage. C'est un changement de monde.

Il y a des signes des temps qui ne trompent pas. Non pas les grands bouleversements, les ruptures fracassantes dont les historiens font leurs chapitres, mais les petits glissements, les reclassifications discrètes, les réaménagements sémantiques qui reconfigurent le monde en silence. Celui dont il est question ici tient en un courriel. Un courriel de l'assurance santé obligatoire du

ministère de la Transition écologique, envoyé le 8 juin 2026 à l'ensemble des agents affiliés à Alan.

Le ton est enjoué. L'illustration, animée. On y voit des personnages de dessin animé brandir un trophée dans un stade. Le message est clair : le 11 juin, le Challenge Alan commence, et vous êtes déjà qualifiés. Cinq semaines de compétition entre les entités du ministère. Chaque « action santé » réalisée dans l'application rapporte des « berries » à votre équipe — peu importe laquelle : DREAL, DDT, établissement public, service central. Plus vous collectez, plus votre entité grimpe dans le classement face aux autres entités du ministère. Des duels contre Mbappé pour compter ses pas. Des boosts pour encourager ses collègues. Des défis du jour. Une coupe.

Bienvenue dans la gamification de votre organisme de santé.

Le mot qui résiste

Commençons par un mot qui résiste, qui accroche, et que les concepteurs de ce dispositif ont soigneusement évité : mutualisme.

Une mutuelle, dans sa conception originelle, est une organisation fondée sur la solidarité entre ses membres. Elle repose sur un principe simple et robuste : ceux qui ne tombent pas malades cotisent pour ceux qui tombent malades. C'est le contraire exact de l'assurance privée individuelle, qui cherche à sélectionner les bons risques, à éloigner les mauvais, à tarifier selon le profil. Le mutualisme ne s'intéresse pas au profil. Il s'intéresse au collectif. Il ne demande pas si vous faites vos dix mille pas quotidiens. Il vous couvre parce que vous êtes membre.

Cette logique-là n'est pas simplement une question de technique assurantielle. C'est une logique politique. Elle implique que la santé d'un individu n'est pas son problème privé, sa responsabilité personnelle, son capital à entretenir — mais une réalité sociale, traversée d'inégalités de condition, d'exposition professionnelle, d'héritage biologique et de déterminants sur lesquels l'individu n'a

qu'une prise limitée. La mutualité, en ce sens, est une institution anti-méritocratique. Elle refuse de juger. Elle couvre.

Le Challenge Alan fait exactement le contraire. Il introduit dans la relation entre l'assuré et son organisme de santé une logique de performance, de comparaison, de classement. Il ne dit pas encore : ceux qui jouent seront mieux remboursés. Mais il dit quelque chose d'aussi important : votre santé est une pratique mesurable, vos comportements sont des données, et ces données peuvent faire l'objet d'un classement collectif. Ce n'est pas encore la tarification au comportement. C'est l'acculturation à cette idée. Et dans les dynamiques institutionnelles, l'acculturation précède toujours la normalisation.

La donnée, le corps, et celui qui regarde

Il y a, dans ce dispositif, une deuxième dimension que le ton festif dissimule avec efficacité : la collecte de données de santé.

Pour gagner des « berries », il faut agir dans l'application. Renseigner des démarches de soin. Compléter des défis santé. Compter ses pas. Ces actions produisent des données — des données de santé au sens large, c'est-à-dire ce que le règlement général sur la protection des données range dans la catégorie des données sensibles par excellence, celles qui appellent le plus haut niveau de protection, parce qu'elles concernent l'intégrité de la personne et peuvent nourrir des discriminations profondes.

Dans la logique mutualiste traditionnelle, l'organisme de santé connaît vos remboursements. Il ignore, délibérément, vos comportements. La distinction est fondamentale : le remboursement atteste d'un soin déjà réalisé, d'une dépense déjà engagée. Le comportement, lui, est une donnée prédictive. Il dit quelque chose sur ce que vous serez susceptible de coûter demain. Et c'est précisément ce que les assureurs privés cherchent à obtenir depuis des décennies : non plus le profil passé de l'assuré, mais son profil futur, calculé à partir de ses habitudes, de ses déplacements, de son sommeil, de son alimentation.

Alan n'est pas une mutuelle classique. C'est une insurtech — une entreprise technologique qui s'est positionnée sur le marché de la complémentaire santé en misant sur l'application mobile, la donnée et l'expérience utilisateur. Sa proposition de valeur n'est pas seulement de rembourser des soins. C'est de connaître ses assurés. Le Challenge Alan, avec ses défis quotidiens et ses actions santé mesurées, est une pompe à données remarquablement bien conçue — et d'autant plus efficace qu'elle est volontaire, ludique et collective.

Car c'est là un troisième point : la participation collective crée une pression sociale que la participation individuelle ne crée pas. Quand c'est votre entité qui monte ou descend dans le classement, vous n'êtes plus seul face à votre application. Vous êtes face à vos collègues. Face au regard qui demande, même sans le formuler explicitement : et toi, tu joues ?

Le corps au travail, ou le travail sur le corps

Il faut s'arrêter un instant sur le cadre dans lequel tout ceci se déroule : le ministère de la Transition écologique. Des agents publics. Des fonctionnaires et contractuels soumis à des obligations de service, à des hiérarchies, à des cultures professionnelles qui ne sont pas neutres quant à la pression collective.

Dans ce cadre, la frontière entre participation volontaire et participation implicitement attendue est infiniment plus poreuse qu'il n'y paraît. Un employeur qui organise ou tolère un dispositif de ce type dans le temps de travail — ou dans les marges de ce temps — n'est pas neutre. Il envoie un signal : votre corps, vos comportements de santé, votre engagement dans l'application de votre assureur, tout cela est un objet légitime d'intérêt collectif.

C'est une extension considérable du regard institutionnel sur le corps du travailleur. Et c'est une extension qui s'opère sans débat, sans négociation, sans même que la question soit posée en comité social d'administration. Elle arrive par courriel, avec des emojis et un personnage de dessin animé qui brandit un trophée.

La littérature sur la santé au travail distingue depuis longtemps deux approches : l'une qui s'intéresse aux conditions objectives de travail — l'exposition aux risques, la charge, l'organisation — et l'autre qui s'intéresse aux comportements individuels — la sédentarité, l'alimentation, le stress géré par la méditation. La première est collective et engage la responsabilité de l'employeur. La seconde est individuelle et engage la responsabilité du salarié. Le Challenge Alan s'inscrit résolument dans la seconde. Il ne dit rien des conditions de travail dans les DREAL sous-dotées, des agents de DDT débordés par la gestion de crise, des contractuels dont les fins de contrat se négocient dans l'angoisse. Il dit : faites vos pas, faites vos défis, boostez vos collègues.

C'est ce qu'on appelle, dans un vocabulaire moins policé que celui du marketing de la santé, un déplacement de responsabilité.

Ce que cela révèle

Je ne pense pas que les concepteurs du Challenge Alan soient des idéologues cyniques dont le projet conscient serait de détruire le mutualisme et de préparer la tarification comportementale. Les dispositifs de ce type n'ont généralement pas besoin d'une intention mauvaise pour produire des effets mauvais. Ils se suffisent à eux-mêmes, portés par une logique techno-commerciale qui n'a pas besoin d'être méchante pour être nocive.

Ce qui me frappe davantage, c'est ce que ce courriel révèle de l'état de nos représentations collectives sur la santé. Nous vivons une époque qui a largement intériorisé l'idée que la santé est une performance individuelle. Qu'elle se mérite. Qu'elle se gère. Que les malades, quelque part, ont peut-être un peu de responsabilité dans leur maladie — trop sédentaires, trop stressés, pas assez attentifs à leurs indicateurs. Cette idée n'est pas marginale. Elle irrigue les politiques de santé publique, les discours managériaux, les applications mobiles, et désormais les challenges intraministériels.

Or cette idée est empiriquement fausse et politiquement réactionnaire. Empiriquement fausse, parce que les déterminants de la santé sont massivement sociaux et environnementaux :

revenus, conditions de logement, exposition professionnelle, accès aux soins, héritage biologique. Politiquement réactionnaire, parce qu'en rendant chaque individu responsable de sa santé, elle absout les structures — les employeurs, les États, les systèmes économiques — de leur responsabilité dans la production des inégalités de santé.

Une question, pour finir

Je terminerai par une question, posée sans rhétorique : qui a validé ce dispositif ? Qui, dans la chaîne des décisions qui lie le ministère de la Transition écologique à Alan, a examiné ce que le Challenge Alan implique en termes de traitement de données de santé, de pression collective sur les agents, de logique mutualiste dévoyée ?

Y a-t-il eu une délibération en comité social d'administration ministériel ? Une saisine du délégué à la protection des données ? Un avis juridique sur la compatibilité de ce dispositif avec le règlement général sur la protection des données et avec les principes qui gouvernent la protection sociale des agents publics ?

Ou bien ce courriel est-il arrivé comme il est arrivé — avec ses emojis, son personnage animé et sa promesse de berries — sans que personne, dans l'appareil administratif, ait jugé utile de poser la question ?

La réponse à cette question-là en dit probablement plus long sur l'état de nos institutions que n'importe quel billet d'humeur.

Joseph Diveres est un nom de plume. L'auteur travaille dans le champ des relations sociales dans la fonction publique d'État.



Le corps des agents : ce que l'administration refuse de compter

Les chapitres précédents ont suivi une logique — celle d'un système qui troque la solidarité contre le marché. Mais une logique ne se lit pas seulement dans les ordonnances et les appels d'offres. Elle s'inscrit dans les corps. Ce chapitre rassemble ce que le rapport social unique disperse, ce que les moyennes dissolvent, ce que le silence administratif protège : la mesure de ce que travailler dans nos ministères fait à la santé de ceux qui y travaillent.

Il faut d'abord dire un mot de la statistique elle-même, car elle n'est jamais neutre. Le rapport social unique existe, il est volumineux, ses tableaux sont nombreux — et c'est précisément ce foisonnement qui protège l'essentiel. Les chiffres y sont rangés par catégories étanches, dispersés entre les chapitres consacrés aux effectifs, à la rémunération, à l'action sociale, de sorte qu'aucun lecteur pressé ne puisse les réunir et lire, dans leur rapprochement, ce qu'ils disent ensemble. La santé physique d'un côté, les absences de l'autre, les femmes dans un encadré à part, la médecine de

prévention reléguée en annexe. L'administration ne ment pas ; elle compartimente. Et la compartimentation est une manière de ne pas voir. Réunir ces chiffres, les faire dialoguer, c'est déjà un acte — le seul qui permette de passer du tableau de bord au constat.

Commençons par les corps abîmés. En 2024, le périmètre ministériel a enregistré 1 108 accidents tous types confondus, en hausse de près de cinq pour cent sur l'année précédente — un accident pour 77 agents. Sur ce total, 835 accidents du travail, dont 768 accidents de service, 42 de plus qu'en 2023. Ces seuls accidents de service ont généré 16 489 journées d'arrêt, contre 14 249 un an plus tôt : 2 240 jours de travail perdus en plus, en douze mois, pour la seule rubrique qui engage le plus directement la responsabilité de l'employeur. La courbe ne fléchit pas. Elle monte. Et derrière la régularité comptable de ces nombres, il y a des chutes, des manutentions, des collisions sur des chaussées que d'autres agents entretiennent.

Les maladies professionnelles disent la même chose avec plus de netteté encore. 63 reconnues en 2024, contre 40 en 2023 — une progression de plus de moitié en une seule année, qui ne traduit pas une dégradation soudaine de la santé des agents mais la remontée tardive de pathologies installées de longue date, enfin reconnues parce qu'enfin déclarées. 43 de ces 63 maladies frappent les directions interdépartementales des routes. Le fait n'est pas un hasard statistique : ce sont les corps ouvriers du ministère, les agents d'exploitation, ceux qui travaillent dehors, au bord du trafic, exposés au bruit, aux vibrations, aux postures contraintes, qui paient dans leur organisme le prix d'un service rendu aux autres. La maladie professionnelle est l'archive du travail réel. Elle dit, des années après, ce que les conditions de travail ont produit — et ce que le sous-déclaratif a longtemps tenu hors des comptes.

Vient ensuite ce que l'on ne voit pas, ou que l'on s'applique à ne pas nommer. 61 chocs psychologiques ont été reconnus comme accidents de service en 2024, totalisant 1 305 journées d'arrêt : le plus fort ratio de jours par accident de tout le tableau, c'est-à-dire la blessure qui éloigne le plus longtemps du travail. Une souffrance

psychique reconnue immobilise davantage qu'une fracture, parce qu'elle touche au rapport même que l'agent entretient avec son métier. Dans le même temps, les agressions entre agents ont triplé — 7 en 2024 contre 2 en 2023. Le chiffre est petit ; sa signification ne l'est pas. On ne s'agresse pas entre collègues dans un collectif de travail qui tient. La violence interne est le symptôme d'équipes sous tension, désorganisées par les réorganisations successives, privées des marges qui permettaient autrefois d'absorber les conflits avant qu'ils n'éclatent.

L'absentéisme, que le discours managérial traite comme un problème de comportement, se lit tout autrement dans ces chiffres. 36 % des effectifs — 12 368 agents — ont été absents au moins une fois pour raison de santé en 2024, cumulant 570 769 journées. Un agent sur trois. Ce n'est pas une affaire de fragilités individuelles dispersées ; c'est une donnée de masse, qui suit les courbes de la charge de travail et de la perte de sens bien plus fidèlement que celles d'une prétendue démotivation. Et lorsque l'administration répond à ce constat par la sanction plutôt que par la prévention, elle ajoute l'injustice à l'aveuglement. Les jours de carence imputés aux agents en 2024 s'élèvent à 14 465, dont 6 085 pour les seuls agents de catégorie C, contre 188 pour les A+. La proportion n'appelle aucun commentaire moral : elle dit, brutalement, que la pénalité financière de la maladie pèse sur les plus modestes dans un rapport de 1 à 32. L'inégalité sociale est inscrite dans le jour de carence comme dans un dispositif conçu pour elle.

Il faut intégrer ici, et non reléguer dans un encadré, ce que ces chiffres révèlent dès qu'on les ventile par sexe — car la santé au travail n'est pas neutre, et la traiter comme telle, c'est déjà la fausser. 38 % des agentes ont connu une absence pour raison de santé en 2024, contre 34 % des agents. 60 % des femmes de 18 à 64 ans déclarent des troubles musculo-squelettiques du dos ou du membre supérieur, contre 51 % des hommes ; 6 % rapportent des souffrances psychiques liées au travail, contre 3 % — le double. À ces écarts mesurés s'ajoute tout ce que la statistique ne capte pas : le tabou persistant des pathologies menstruelles, l'invisibilité de la ménopause dans l'organisation du travail, la double peine que le

jour de carence inflige aux travailleuses souffrant d'endométriose ou de règles incapacitantes, contraintes de payer leur propre biologie. Que la négociation d'un accord d'égalité professionnelle ait échoué au ministère n'est pas un dossier séparé : c'est le même renoncement, qui laisse ces écarts sans réponse institutionnelle.

Reste l'instance qui devrait protéger ces corps, et qui se délite. La médecine de prévention ministérielle comptait, en 2021, 28 médecins du travail sous contrat pour 10,1 équivalents temps plein. En 2024, ils ne sont plus que 18, pour 7,3 équivalents temps plein. Leur âge moyen est de 63 ans ; deux sur trois ont dépassé 60 ans. Le nombre de visites réalisées s'est effondré de 8 200 à 6 052 en trois ans. L'administration ne remplace pas les départs ; elle attend qu'ils s'accumulent. La protection de la santé des agents, qui supposerait un investissement, devient une variable que l'on laisse décroître par simple inertie. Et la réforme des instances achève le tableau : la disparition des comités d'hygiène de plein exercice, remplacés par des formations spécialisées aux pouvoirs amoindris, prive les représentants du personnel des leviers dont ils disposaient — d'autant que 43 % des membres de ces formations n'ont reçu, depuis le début de leur mandat, aucune formation en santé et sécurité. On confie la vigilance à des instances affaiblies, dotées de membres non formés, pendant que les médecins censés alimenter leur travail disparaissent. Le recul n'est pas un accident d'organisation. Il a un nom : c'est un désarmement de la prévention.

Mis bout à bout, ces chiffres cessent d'être des indicateurs pour devenir un récit. Celui d'un travail qui use, qui blesse et qui épuise davantage chaque année ; d'une charge qui retombe le plus durement sur les corps ouvriers et sur les femmes ; d'une pénalité financière calibrée pour frapper les plus modestes ; d'une médecine du travail qu'on laisse mourir d'âge et de pénurie. Aucune de ces réalités n'est cachée — toutes figurent dans les rapports que l'administration produit elle-même. Ce qui est caché, c'est leur cohérence, et c'est elle que ce chapitre a voulu restituer. Car ce que l'administration refuse de compter, ce ne sont pas les accidents ni les jours d'arrêt, dûment recensés ; c'est ce qu'ils signifient

ensemble. Le coût de la santé, dont ce numéro a suivi la trace de 1945 jusqu'à la ligne « PSC » de nos bulletins de paie, ne se mesure pas seulement en euros transférés vers le marché. Il se mesure aussi en corps. Reste à dire ce que nous opposons à cela — c'est l'objet du dernier chapitre.



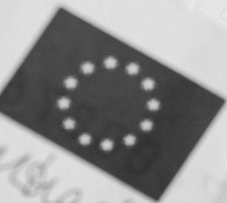


Madaghi

AB BCE EBC 2015



Madaghi



Madaghi



Le 100 % Sécu : notre projet

Les cinq chapitres précédents ont décrit une défaite — la lente substitution du marché à la solidarité, organisée par ceux-là mêmes qui prétendaient sauver l'institution qu'ils démantelaient. Reste à dire ce que nous opposons. Non pas un programme de réparation, mais un projet de reconquête. Ce dernier chapitre en expose le contenu, le financement, et la condition première : gagner d'abord la bataille des esprits.

Il faut commencer par écarter un mot qui, à force d'être prononcé par ceux qui nous sont favorables, a fini par travailler contre nous : sauver. Sauver la Sécu, sauver l'hôpital, sauver le service public — la formule revient dans nos tracts, dans nos banderoles, dans nos déclarations liminaires, et nous l'employons sans mesurer ce qu'elle concède. Car on ne sauve que ce qui est en péril, et l'on ne sauve qu'en l'état : sauver, c'est promettre de maintenir, de conserver, de rafistoler ce qui existe. Or ce qui existe aujourd'hui n'est plus l'institution de 1945. C'est sa dépouille fiscalisée, son squelette parlementarisé, le système à deux étages

que les chapitres précédents ont anatomisé. Défendre ce système au nom de sa sauvegarde, c'est défendre le résultat de quarante ans de défaites comme s'il était le bien qu'on nous a pris. C'est confondre le butin de l'adversaire avec notre propre patrimoine.

Le 100 % Sécu n'est pas un slogan défensif. Il ne demande pas qu'on arrête de réduire ; il propose qu'on reconstruise. Et pour saisir ce qu'il reconstruit, il faut revenir une dernière fois à ce que Croizat avait posé, et que nous avons décrit au premier chapitre : la cotisation sociale n'est ni un impôt ni une prime, c'est une part du salaire socialisée, prélevée sur les richesses produites et restituée immédiatement sous forme de droits, sans transiter par le marché ni par le budget de l'État. Ce mécanisme n'a rien d'archaïque. Il est, au contraire, la seule architecture connue qui soustraie la santé à la double tutelle du profit et de l'arbitrage gouvernemental. Le 100 % Sécu consiste à étendre ce mécanisme à ce que la Sécurité sociale a cessé de couvrir — c'est-à-dire à reprendre, dans le périmètre de la cotisation, tout l'espace que les déremboursements et les franchises ont abandonné aux complémentaires.

Le raisonnement est d'une simplicité que sa radicalité ne doit pas masquer. Les Français consacrent aujourd'hui près de quarante milliards d'euros par an aux organismes complémentaires — mutuelles, instituts de prévoyance, sociétés d'assurance. De cette somme, une fraction considérable ne finance aucun soin : elle paie les frais de gestion, le marketing, la publicité, les commissions des courtiers, la rémunération des actionnaires lorsqu'il y en a. Là où l'Assurance maladie gère le risque pour un coût administratif voisin de quatre pour cent, les complémentaires en absorbent quatre à cinq fois davantage — vingt pour cent, parfois plus, engloutis dans la mécanique même de la concurrence qu'on nous présentait comme un gage d'efficacité. Transférer la couverture des complémentaires vers la Sécurité sociale ne coûte donc pas ; cela économise. C'est l'un des rares projets de transformation sociale qui se paie en partie par la suppression de sa propre déperdition.

Restent les recettes nouvelles, et c'est ici que le 100 % Sécu cesse d'être une mesure de bonne gestion pour redevenir ce qu'il

est fondamentalement : un choix de répartition. Ce que les ménages versent aujourd'hui à leur complémentaire deviendrait cotisation ; ce que les employeurs versent au titre de la participation obligatoire — la fameuse moitié de la ligne « PSC » qui orne désormais nos bulletins de paie — deviendrait cotisation patronale. Les exonérations consenties depuis trente ans au nom de la compétitivité, ces quatre-vingt-huit milliards que nous avons vu creuser le « trou » dont on nous rebat ensuite les oreilles, redeviendraient ce qu'elles n'auraient jamais dû cesser d'être : du salaire socialisé. Le financement du 100 % Sécu ne suppose aucune découverte ; il suppose une décision. Les ressources existent. Elles sont aujourd'hui captées par le marché ou abandonnées par l'État. Il s'agit de les remettre dans le circuit que les travailleurs administrent eux-mêmes.

Car la question du financement, si elle est décisive, n'est pas la première. La première est celle de la gestion. Une Sécurité sociale qui couvrirait tout mais que continuerait d'administrer un Parlement votant chaque automne son « équilibre financier » ne serait qu'un étatisme sanitaire de plus — un service public de la santé soumis aux mêmes arbitrages budgétaires, aux mêmes coupes, aux mêmes lois de financement que nous avons appris à redouter. Le 100 % Sécu n'a de sens que s'il restaure ce que la scission de 1967 et la suppression de l'élection des administrateurs ont détruit : la gestion par les assurés eux-mêmes. Ce n'est pas un détail institutionnel ; c'est le cœur du projet. Une protection sociale qui n'est pas administrée par ceux qu'elle protège retombe tôt ou tard sous la tutelle de ceux qui la financent — l'État ou le capital. La démocratie sociale n'est pas l'ornement du 100 % Sécu. Elle en est la condition de survie.

On objectera que ce projet est démesuré, qu'il ignore les contraintes, qu'il relève de l'incantation plus que de la politique. L'objection mérite qu'on s'y arrête, car elle est exactement celle que le sens commun hégémonique a fabriquée pour rendre toute reconquête impensable. Rappelons donc, une dernière fois, dans quelles conditions la Sécurité sociale a été bâtie. Un pays en ruines, sans infrastructures, sans devises, où la pénurie était la règle et la

reconstruction l'horizon. C'est là, dans ce dénuement absolu, que cent trente-huit caisses primaires furent érigées en quelques mois par des milliers de militants qui n'avaient ni les moyens ni le temps, et qui agirent précisément parce qu'ils savaient que la fenêtre se refermerait. Ceux qui aujourd'hui invoquent les « contraintes budgétaires » pour décréter le 100 % Sécu irréaliste tiennent un raisonnement que l'histoire dément point par point : ce n'est pas la richesse qui fait la protection sociale, c'est le rapport de forces. En 1945, le pays n'avait rien et il s'est doté de tout. Aujourd'hui, il a tout et l'on nous explique qu'il ne peut plus rien.

Là est le nœud, et il est gramscien de part en part. Ce qui sépare 1945 de 2026, ce ne sont pas les ressources — elles ont été multipliées — mais l'état du sens commun. En 1945, l'idée que la santé fût un droit collectif arraché au marché allait de soi dans le bloc social qui sortait victorieux de la Résistance ; elle constituait l'évidence partagée à partir de laquelle on pouvait construire. En 2026, l'évidence partagée est l'inverse : la santé coûte, la Sécu est en déficit, la complémentaire est un progrès, et chacun est comptable de son propre capital-santé qu'il lui revient d'entretenir à coups de pas quotidiens et de défis dans une application. Le Challenge Alan que Joseph Diveres a décrit au chapitre précédent n'est pas une anecdote ; c'est l'aboutissement micrologique de cette mutation macrologique. Quand l'organisme censé mutualiser le risque organise un tournoi de pas comptés, c'est que la bataille des esprits est en passe d'être perdue. La reconquête matérielle du 100 % Sécu ne précédera pas la reconquête culturelle. Elle la suivra, ou elle n'aura pas lieu.

C'est pourquoi ce projet relève d'une guerre de position et non d'une guerre de mouvement. Il ne se gagnera pas dans l'assaut d'une journée d'action ni dans l'arithmétique d'un soir d'élection — encore que l'une et l'autre y aient leur part. Il se gagnera dans le travail long, obstiné, souterrain, par lequel se défait une évidence et s'en construit une autre. Chaque agent qui cesse de croire que le « trou de la Sécu » est un fait de nature pour y voir une fabrication politique, chaque collègue qui comprend que sa ligne « PSC » est un transfert et non un progrès, chaque conversation de couloir où

l'on rappelle qu'un pays ruiné s'est jadis doté de ce qu'un pays riche prétend ne plus pouvoir s'offrir — voilà les tranchées de cette guerre. Elles sont modestes. Elles sont décisives. C'est précisément le travail qu'une publication comme celle-ci entend servir.

En 2007, Denis Kessler résumait le programme adverse d'une phrase que nous avons déjà citée et qu'il faut citer encore, parce qu'elle a le mérite de la franchise : sortir de 1945, défaire méthodiquement le programme du Conseil national de la Résistance. Ce programme-là a été suivi avec une constance que nos défaites attestent. Le nôtre lui répond terme pour terme. Là où Kessler veut sortir de 1945, nous voulons y rentrer — non pour restaurer un passé, mais pour reprendre une trajectoire interrompue. Là où il veut défaire méthodiquement, nous voulons reconstruire patiemment. Là où il fait de la santé une marchandise tarifiée au risque et bientôt au comportement, nous en refaisons un droit financé par la cotisation et administré par ceux qui cotisent. Deux programmes, deux projets de société, deux conceptions de ce qu'un travailleur doit à un autre travailleur. Entre eux, aucune synthèse n'est possible.

La ligne « PSC » sur nos fiches de paie n'était que le point d'entrée de ce numéro. Elle nous a menés du courriel d'Alan aux caisses de Croizat, du Challenge gamifié au programme du Conseil national de la Résistance, de l'expérience la plus ordinaire — un prélèvement qu'on accepte sans le penser — à l'enjeu le plus vaste : qui, du marché, de l'État ou des travailleurs, gouvernera la protection de nos corps. Nous avons retracé une défaite parce qu'il faut la connaître pour la renverser. Mais une défaite n'est jamais un destin. Ce que des hommes et des femmes ont construit dans un pays qui n'avait plus rien, d'autres peuvent le reconstruire dans un pays qui a tout — à la condition de cesser de croire qu'ils ne le peuvent pas. Le 100 % Sécu commence là : non dans une caisse, mais dans une conviction.

MÉDIAS

LIRE · ÉCOUTER · DIFFUSER



Lire

Presse, livres, essais



Écouter

Podcasts, radio, débats



Diffuser

Web, réseaux, vidéo



Pour prolonger la réflexion

Ce numéro s'est appuyé sur un travail collectif et sur des ouvrages qui l'ont précédé. En voici quelques-uns, choisis non pour leur autorité mais pour ce qu'ils permettent de penser au-delà de ces pages. Aucun n'est indispensable pour comprendre ce qui précède ; tous le sont pour aller plus loin.

Comprendre d'où vient la Sécu

Bernard Friot, *L'enjeu du salaire et Puissances du salariat* (La Dispute, 2012). Friot a donné à la notion de salaire socialisé sa formulation théorique la plus rigoureuse, et c'est à lui que ce numéro doit l'idée que la cotisation n'est pas un prélèvement mais une institution — un mécanisme par lequel les travailleurs s'approprient une part de la richesse qu'ils produisent et l'administrent hors du marché. On peut discuter ses conclusions ; on ne peut plus, après l'avoir lu, parler de la Sécurité sociale dans le vocabulaire de l'assurance. C'est sa force : il déplace le terrain de la conversation.

Colette Bec, *La Sécurité sociale, une institution de la démocratie* (Gallimard, 2014). Là où Friot raisonne en économiste de combat, Bec écrit en historienne du politique. Son livre montre que la Sécurité sociale n'a jamais été un simple dispositif de redistribution, mais une manière d'instituer le lien social lui-même — une certaine idée de ce que les citoyens se doivent les uns aux autres. Le démantèlement contemporain y apparaît pour ce qu'il est : non pas une réforme comptable, mais une transformation de la nature même du lien démocratique.

Michel Dreyfus, *Histoire de la CGT* (Complexe, 1995). Pour qui veut mesurer à quel point la protection sociale est fille du mouvement ouvrier et non d'une générosité d'État, ce livre fournit l'ancrage. On y suit, de 1895 aux années récentes, le fil qui relie les caisses de secours mutuel aux ordonnances de 1945, et l'on y comprend que rien de ce que nous défendons aujourd'hui ne nous a été donné : tout a été conquis, et chaque conquête a été disputée.

Comprendre ce qui se joue aujourd'hui

Nicolas Da Silva, *La bataille de la Sécu* (La Fabrique, 2022). Le livre le plus utile pour saisir le présent. Da Silva y démonte, pièce par pièce, la fabrication du « trou de la Sécu » que notre deuxième chapitre a évoquée, et il le fait avec une précision d'économiste qui ne cède jamais à la facilité polémique. On en sort avec une conviction durable : le déficit n'est pas un fait de nature, c'est une décision politique, et ceux qui s'en alarment sont souvent ceux qui l'ont organisé.

Danièle Linhart, *L'insoutenable subordination des salariés* (Érès, 2021). Linhart ne parle pas de la Sécurité sociale, mais des conditions de travail qui produisent les corps abîmés dont notre cinquième chapitre a rassemblé les chiffres. Sa thèse — que le management contemporain a fait de la subordination une affaire intime, intériorisée, présentée comme un épanouissement — éclaire ce que les statistiques d'accidents et de souffrance psychique laissent dans l'ombre : le mécanisme par lequel l'organisation du travail se transforme en pathologie individuelle.

Deborah Lupton, *The Quantified Self* (Polity, 2016). En anglais, et sans traduction française à ce jour, mais incontournable pour qui veut comprendre ce que le Challenge Alan annonce. Lupton analyse la mise en chiffres de soi — pas comptés, sommeil mesuré, données de santé collectées en continu — comme une nouvelle forme de gouvernement des conduites. Le dispositif que Joseph Diveres décrit au chapitre IV n'est pas une fantaisie marketing isolée : c'est un cas particulier d'une tendance que Lupton documente à l'échelle des sociétés contemporaines.

Outils CGT pour agir

Les travaux de la commission confédérale sur le 100 % Sécu constituent le socle du projet exposé au dernier chapitre. On y trouve l'argumentaire complet, les chiffrages de financement et les réponses aux objections — de quoi passer de l'adhésion de principe à la discussion détaillée, en réunion comme au comptoir.

Le guide de la CGT Fonction publique sur la protection sociale complémentaire éclaire le cadre spécifique de l'ordonnance de 2021 et des marchés qui en découlent. C'est l'outil à avoir sous la main pour décrypter un appel d'offres, comprendre ce que recouvre la ligne « PSC » et opposer à l'administration une lecture précise du droit applicable.

Les fiches pratiques de la CGT sur la déclaration des accidents de service et la reconnaissance des maladies professionnelles répondent à une question que tout agent finit par se poser, souvent trop tard. Le sous-déclaratif que ce numéro a pointé tient pour une large part à la méconnaissance des démarches : ces fiches sont faites pour la lever. Les rapports de l'UFSE-CGT sur la santé au travail dans la fonction publique d'État en fournissent le cadre d'ensemble — et rappellent que chaque déclaration individuelle est aussi un acte collectif, parce qu'elle fait exister dans les comptes ce que le silence efface.



FÉDÉRATION NATIONALE
ÉQUIPEMENT
ENVIRONNEMENT