

C'est "la Sécu que j' préfère" ...

Une longue naissance

Avant 1789 existait une solidarité restreinte dans le cadre familial ou des métiers. Une nouvelle conception qui marie "assistance" pour faire face aux situations d'incapacité et "prévoyance" pour anticiper celles-ci (ou le temps après le travail) a vu le jour avec la révolution et la déclaration des droits de l'homme. Cette conception, avec ses insuffisances et ses limites donnera naissance dès le début du XX siècle à des tentatives de création d'une protection sociale qui débouchera en 1945 sur la mise en place de la sécurité sociale.

Rappels historiques :

● **1830-1835 : création d'un système d'assistance publique et d'un système de libre prévoyance, principes fondateurs des mutuelles et de l'aide sociale.**

Assistance publique : un système d'aide sociale avec des droits soumis aux conditions de ressources. La loi du 15 juillet 1883 institue l'assistance médicale gratuite. La loi du 26 juin 1904 crée le service départemental d'assistance à l'enfance. La loi du 14 juillet 1905 crée l'assistance aux vieillards infirmes et incurables.

Libre prévoyance : création de sociétés de secours mutuels qui se limitent à quelques activités ou entreprises qui seront reconnues légalement en 1835, puis officialisées par la loi du 1^{er} avril 1898.

● **1898-1939 : création d'un système d'assurances sociales.**

Les sociétés de secours mutuels et l'aide sociale n'ont profité qu'à une petite partie de la population. Avec le développement de l'industrialisation et la création d'usines et d'entreprises, se développent sous la pression des ouvriers le principe de l'assurance obligatoire pour financer certains risques sociaux :

Accidents de travail : la loi du 9 avril 1898 reconnaît la responsabilité de l'employeur qui peut s'assurer pour y faire face.

Assurance vieillesse : la loi du 5 avril 1910 institue un régime d'assurance obligatoire mais par capitalisation pour les seuls salariés du commerce et de l'industrie.

Les lois du 5 avril 1928 et 30 avril 1930 instituent pour les salariés une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. La loi du 30 avril 1928 crée un régime spécial pour les agriculteurs.

La loi du 11 mars 1932 prévoit des allocations couvrant les dépenses familiales financées par des versements patronaux.

A la veille de la 2nde guerre mondiale, la France dispose, dans les textes, d'un système de Protection Sociale fragile et inégalitaire qui sera profondément revu après la guerre pour

l'étendre à tous et le faire vivre sur des bases solidaires.

● **1945-1946 : la volonté de mettre en place la "Sécurité Sociale pour tous"** fondée sur un principe essentiel "contribuer selon ses moyens, percevoir selon ses besoins".

Le 15 mars 1944, le Conseil National de la Résistance vote un texte préconisant « 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, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État » avec comme objectifs :

- L'unité de la sécurité sociale, (rassembler les différentes "branches" dans un ensemble cohérent).

- La généralisation à tous les citoyens, actifs, retraités, salariés, professions libérales ...

- L'extension des risques couverts.

Pierre Laroque, chargé d'élaborer ce plan, s'inspire des systèmes allemand (Bismarck) et anglais (Beveridge) et va bâtir un système, solidaire et redistributif, alliant protection universelle et gestion autonome par les partenaires sociaux.

En 1945, ce texte sera suivi de la création de l'assurance maladie.

Deux textes fondateurs :

- Ordonnance du 4 octobre 1945 qui prévoit un réseau coordonné de caisses se substituant à de multiples organismes.

- Ordonnance du 19 octobre 1945 qui concerne la couverture des risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès.

La loi du 22 août 1946 concerne l'extension des Allocations Familiales à toutes les familles.

La loi du 30 octobre 1946 intègre la réparation des accidents du travail à la sécurité sociale.

La loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la "SECU" à toutes les professions.

● **Depuis 1946 : les grands principes de 1945 se mettent en place progressivement** avec quelques réticences comme celles des

travailleurs indépendants et des mutuelles qui y voient une perte d'une partie de leurs prérogatives au bénéfice de la sécurité sociale « organisme national ». L'unité administrative n'est toujours pas totalement réalisée aujourd'hui. Les évolutions démographiques et le développement du salariat amènent tout de même à la suppression de petites caisses. La généralisation de la couverture à toute la population se poursuit.

● Loi du 9 avril 1947, extension de la SECU aux fonctionnaires.

● La réforme Jeanneney de 1967 réorganise le régime général. Il n'y a plus que 3 caisses : la CNAMTS (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), la CNAVTS (assurance vieillesse), la CNAF (allocations familiales).

● Loi du 4 juillet 1975 généralise à l'ensemble de la population active l'Assurance Vieillesse obligatoire.

● Ordonnance du 26 mars 1982 abaissant l'âge de la retraite à 60 ans.

● 1988 : création du Revenu Minimum d'Insertion (RMI).

● 1999 : création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) pour les plus démunis.

● 2000 : création de l'Aide Médicale d'État (AME).

Malgré des difficultés, des oppositions, ce système de protection sociale "à la Française" qui repose sur les principes d'égalité et de solidarité s'est développé et étendu. Cette conquête sociale est un élément déterminant dans le recul de la pauvreté, dans l'amélioration de l'état de santé de la population et dans l'allongement de la durée de vie de nos concitoyens. Cependant les années 2000 sont marquées par un changement de paradigme. L'insuffisance de débat sur son financement va mettre la "Sécu" sous la pression de logique comptable et engager une série de réformes qui vont chercher uniquement à faire baisser les coûts.

... mais où va-t-elle ?

Où va-t-elle ?

- Loi du 21 août 2003 : 1^{re} réforme des retraites comportant l'évolution de la durée d'assurance en fonction de l'espérance de vie, la prise en compte des carrières longues...
- Loi du 13 août 2004 : réforme de l'Assurance Maladie concernant le médecin traitant, le dossier médical personnel... la gouvernance de l'assurance maladie et du système de santé, les généralistes...
- Loi du 2 août 2005 sur le financement de la Sécurité Sociale (LFSS), l'objectif étant de rapprocher Recettes et Dépenses par la réduction des dépenses...
- Loi du 9 novembre 2010, suite de la réforme des retraites : âge légal porté à 62 ans, pénibilité, dispositif « carrière longue », rapprochement des règles entre Fonction Publique et secteur privé, modification des règles de prise en compte des enfants.

Depuis 2010, les LFSS successives mettent en place de nouvelles restrictions diminuant ainsi la couverture de base de la sécu et développent une protection sociale de plus en plus individualiste au détriment de la solidarité.

La part des dépenses prises en charge par la sécurité sociale s'est stabilisée autour de 76%, celle des complémentaires (mutuelles + assurances santé) progressent légèrement de 12% à 13,7% et parmi elles, c'est le secteur marchand des assurances qui se développe passant de 21 à 25,5%. La part restant à charge continue d'augmenter passant de 8,3 à 9,6%. (chiffre 2012)

Devant les déremboursements, les dépassements d'honoraires, l'insuffisance de la prévention, les besoins de plus en plus importants face à l'augmentation des maladies chroniques, des cancers... **Les renoncements aux soins augmentent et relancent les inégalités.**

Notre santé

responsabilité individuelle ou pas seulement ?...

Vivre longtemps, en bonne santé, comporte une part non négligeable d'imprévisibilité, mais pas seulement !

Certes, notre responsabilité personnelle est fortement engagée par nos choix de vie : nutrition, environnement, activité physique, prévention... Ces choix de vie nous appartiennent-ils vraiment toujours ? Mais comment anticiper efficacement le coût financier, parfois consi-

dérable mais incertain, que nécessite parfois, notre santé ?

Nous devons exiger du gouvernement qu'il n'esquive pas ses responsabilités (formation, prévention accrue, recherche fondamentale publique, services publics de santé développés...) et qu'il ne se contente pas d'appeler à « plus de responsabilité personnelle » ! Sont-ils vraiment choisis les multiples renoncements aux soins pour raisons financières liées à l'emploi, à la pauvreté croissante, aux déserts médicaux ? Les conditions de vie et de travail dégradées ne sont-elles pas aussi responsables ? 10 milliards supplémentaires d'économies sur la santé, est-ce la solution ?

Les assurances privées lucratives en profitent pour nous appeler à nous couvrir, individuellement, beaucoup mieux (et donc plus cher !) ; selon nos risques, notre âge et nos moyens.



Que notre MGEN s'engage dans cette logique individualiste nous interpelle.

Notre responsabilité, pour être efficace en termes de santé, ne peut être que personnelle et solidaire. Personnelle dans nos choix de vie ; collective en contribuant, de façon déterminée, à une double exigence : des services publics de santé développés et un financement solidaire accru par la Sécurité sociale. Faisons vivre cette belle idée « Chacun contribue selon ses moyens et perçoit selon ses besoins ».

Acteurs de progrès nécessaires et possibles, non spectateurs des dégradations progressives ; n'est-ce pas cela être responsable de notre santé ?

Défendre et reconquérir notre bien commun*

Nous vivons tous les attaques incessantes depuis des années contre notre système de santé : franchises, déremboursement de médicaments, dépassements d'honoraires, etc... La sécurité sociale mise en place à la libération est remise en cause avec un transfert sur les mutuelles et l'assurantiel (pour les personnes couvertes).

Le pacte de responsabilité en application aujourd'hui prévoit, d'un côté de nouvelles aides aux entreprises (35 milliards) et de l'autre, 50 milliards de réduction des dépenses publiques dont 18 milliards d'économies sur la protection sociale et les dépenses de santé. Concrètement, cela va signifier des fermetures de lits d'hôpitaux, des suppressions d'emplois, la poursuite de la montée en puissance du secteur privé sur les missions lucratives de l'hôpital public, la mise en cause de la politique familiale,....

De nombreuses luttes contre de telles orientations se mènent dans les départements, avec les syndicats et très souvent avec des comités de luttes d'usagers. La coordination des hôpitaux et maternité de proximité, avec sa centaine de comités locaux, et les collectifs liés à la Convergence de défense et développement des services publics jouent un rôle important dans ces actions.

Mais sur le fond, chacun doit prendre conscience des enjeux fondamentaux. La question est celle de la reconquête des services publics pour répondre aux besoins de la société d'aujourd'hui et pour laquelle il faut tous nous rassembler.

*Extrait de la contribution de P. Hallinger pour convergence services public 37.

