

### *La Caisse primaire d'Assurance Maladie du Gers*



Après la Lettre d'information n° 19 consacrée à la Caisse départementale des Assurances sociales (CDAS) du Gers, la suite de l'étude de Charline Rousset permet de nous remémorer les 70 ans de la Caisse primaire du Gers et plus généralement de la Sécurité sociale.

Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, leur acte de naissance, sont évoquées succinctement par le Conseil d'administration de la CDAS du Gers en novembre 1945. Cette réforme passe inaperçue, la presse et les actualités cinématographiques n'en font pas état. Elle met en place une gestion plus unifiée des risques dans une caisse qui aurait dû être unique, gérée par un conseil d'administration élu et composé majoritairement de syndicalistes salariés. Ces changements seront faiblement ressentis par assurés sociaux dans leur quotidien.

Dès l'origine le Conseil d'administration (CA) de la Caisse primaire de Sécurité sociale du Gers se préoccupe de l'équilibre financier en veillant à l'économie de certaines prescriptions et à l'encassement des cotisations. Le rétablissement financier de la branche maladie sera à l'origine de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 qui sépare les risques et change la dénomination des caisses devenant Caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM). De même, la réforme Juppé de 1996 et la loi de 2004, dite Douste-Blazy, visent à ce rétablissement. Ce sera un objectif clairement assigné aux CPAM par la Caisse Nationale issue de la réforme de 1967.

Ces réformes vont aussi revoir la gouvernance et alimenter le sentiment de perte d'autonomie des Conseils d'administration (devenus « Conseils » en 2004). Dès 1960, apparaît l'expression « réforme de la Sécurité sociale » dans les procès-verbaux du CA du Gers qui adresse au préfet une motion de protestation à l'encontre du décret du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la Sécurité sociale. Après l'ordonnance d'août 1967 instaurant le paritarisme et supprimant les élections des conseils d'administration, s'ensuit en leur sein une longue opposition entre syndicats de salariés. A noter que les réformes récentes feront peu l'objet de débats.

Charline Rousset montre que les 70 ans de la CPAM sont le reflet d'une politique nationale axée aujourd'hui notamment sur la lutte contre l'exclusion et la précarité et témoignent des importantes évolutions dans l'organisation et la gestion de l'Assurance Maladie.

Dans son avant-propos (page 2), le Président Sespiaut souligne, entre autres, ces transformations ainsi que le rôle économique joué par la Caisse du Gers dans un département rural.

Michel Lages,  
Président du Comité régional d'histoire  
de la Sécurité sociale de Midi-Pyrénées



## Avant-propos

### **Protection Sociale, Assurance Maladie Transmettre pour pérenniser**

Je tiens à remercier le Comité Régional d'Histoire Midi-Pyrénées et particulièrement son Président Monsieur Michel LAGES pour cette belle initiative.

Ce livret, qui retrace l'histoire de notre Caisse Gersoise, réalisé par Charline Rousset souligne la longue tradition dans la gestion paritaire des organismes sociaux, des Caisses primaires d'Assurance Maladie en particulier qui en ont fait une réussite sociale incontestable, indispensable au point de faire partie de notre « patrimoine » commun.

Amortisseur social irremplaçable en période de crise, fondateur du Pacte Républicain qui réunit tous les Français, ce système éprouvé garant de la solidarité inter générationnelle, est un modèle unique, réducteur des inégalités sociales et envié par tous les pays qui disposent d'un environnement économique comparable.

C'est un contributeur indispensable particulièrement pour un territoire rural comme notre département du Gers.

L'Assurance Maladie, c'est concrètement, en 2015 dans les Gers, 125 000 bénéficiaires et 470 millions d'euros qui viennent au soutien de nos assurés sociaux.

Elle s'est transformée à travers les époques jusqu'à l'adoption de la Couverture Maladie Universelle. 70 ans, pour mieux simplifier la vie des assurés, jusqu'aux services numériques autour de la généralisation du compte AMELI, elle renforce son interaction avec une préoccupation constante : « assurer les équilibres tout en assurant la continuité des droits ».

Ce témoignage historique, pour une transmission de la mémoire, souligne, s'il en était besoin, notre responsabilité collective, au prix d'indispensables réformes pour en assurer la pérennité au bénéfice des générations à venir.

C'est aussi notre devoir.

Michel SESPIAUT

Président du Conseil



Rappelons qu'à l'occasion des 70 ans de la Sécurité Sociale, la Caisse primaire d'assurance maladie du Gers et le Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Midi-Pyrénées ont souhaité évoquer l'histoire de cette Caisse primaire et revenir sur ses origines. L'étude de la Caisse départementale des assurances sociales du Gers a fait l'objet de la précédente Lettre d'information (n° 19 de juillet 2016). Charline Rousset, doctorante en histoire du droit à l'Université Toulouse 1 Capitole, et Attachée temporaire d'enseignement et de recherche (ATER) à la Faculté de droit et des sciences économiques de Limoges a dépouillé avec attention les archives de l'organisme. Elle retrace ici l'histoire de la Caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Gers, seconde partie de son étude.

### La Sécurité sociale d'hier à aujourd'hui



« La France est sortie de la guerre particulièrement meurtrie. Les vieux cadres sont brisés, il faut reconstruire du neuf, sous l'angle social, comme sous l'angle économique. C'est dans le cadre d'un effort d'ensemble pour l'édification d'un ordre social nouveau que s'inscrit notre plan de Sécurité sociale. Cet ordre social nouveau, nous le concevons comme procédant d'idées qui tranchent sur le passé, comme faisant disparaître les tares d'un régime aujourd'hui révolu, comme reposant sur des principes entièrement neufs»<sup>1</sup>.

#### I L'acte de naissance de la Sécurité sociale, une volonté de rupture pourtant empreinte de continuité

##### A. Les ordonnances du 4 et 19 octobre 1945, l'année zéro de la Sécurité sociale ?

Ces ordonnances donnent naissance à notre système de Sécurité sociale, et mettent officiellement fin à la loi sur les assurances sociales. Bien que fondatrices du nouveau système, elles sont évoquées de manière succincte par le

Conseil d'administration de la Caisse départementale d'assurances sociales du Gers, comme lors de la séance du 19 novembre 1945, où il est dit que « M. Laignoux tient au courant des derniers textes parus ». Selon le procès-verbal de cette séance, le directeur Laignoux<sup>2</sup> aurait fait une rapide analyse des deux ordonnances, en mettant l'accent sur « le nouveau régime des Assurances sociales » ainsi que sur « le Titre 2 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 concernant le reclassement du personnel des Caisses de Sécurité sociale ».

Dans son contenu, l'ordonnance du 4 octobre 1945 porte principalement sur l'organisation du nouveau système. Elle prévoit la création d'une Caisse nationale de Sécurité sociale et la mise en place de cinq fonds nationaux afin de financer respectivement les assurances maladie, accidents du travail, leur prévention, les allocations familiales, l'action sanitaire et sociale<sup>3</sup>. Au niveau départemental, les Caisses primaires de Sécurité sociale géreront désormais seules les assurances maladie, maternité, invalidité et décès sur la circonscription qui leur est attribuée.

<sup>1</sup> P. Laroque, « Le plan français de Sécurité sociale », *Revue française du travail*, n°1, avril 1946, p. 9, dans M. Dreyfus, M. Ruffat, V. Viet, D. Voldman, « *Se protéger, être protégé, une histoire des Assurances sociales en France* », sous la direction de B. Valat, Presses Universitaires de Rennes, 2006, p. 261.

<sup>2</sup> Directeur de la Caisse départementale des Assurances sociales depuis le 2 septembre 1944 puis de la Caisse primaire de Sécurité sociale jusqu'au 28 juin 1966.

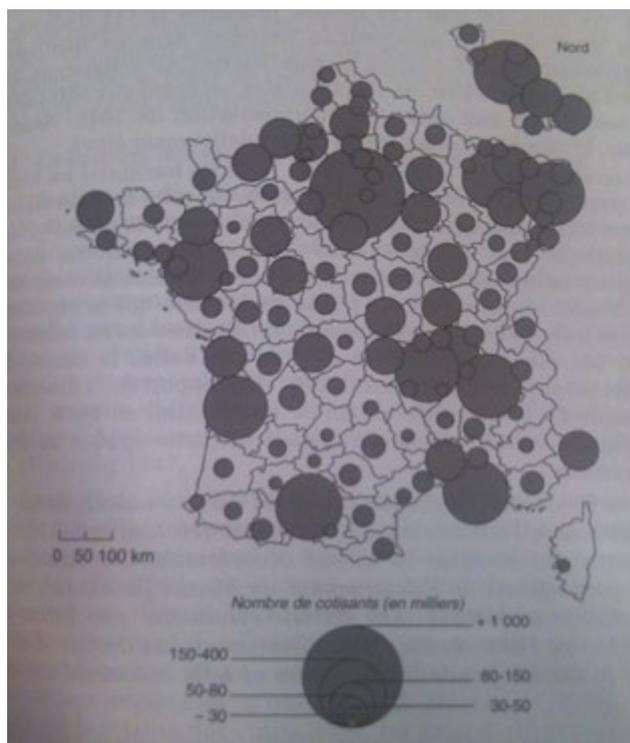
<sup>3</sup> A. Barjot, « *La Sécurité sociale, son histoire à travers les textes, tome III, 1945-1981* », Comité d'histoire de la Sécurité sociale, p. 39.

C'est donc la fin du système mis en place en 1930 qui permettait à l'assuré de choisir sa caisse, entraînant de fait une concurrence entre les organismes de gestion. Les cotisations sont fixées en pourcentage du salaire et dans la limite d'un plafond. Celles pour les risques maladie, maternité et vieillesse sont pour moitié patronales et salariales, alors que les cotisations « familiales » sont seulement patronales selon un taux fixé par arrêté ministériel. Quant à l'ordonnance du 19 octobre 1945, elle instaure en outre, des tarifs opposables et des jours de carence pour les indemnités journalières, mais maintient le ticket modérateur<sup>4</sup>.

Parmi les changements importants, le système de 1945 abandonne la capitalisation pour les retraites, au profit d'un système par répartition. Viendront ensuite d'autres textes législatifs pour compléter ces ordonnances, visant notamment la généralisation de la Sécurité sociale et l'organisation de l'assurance vieillesse.

### **La Caisse primaire de sécurité sociale du Gers (CPSS)**

Une des conséquences majeures de l'ordonnance du 4 octobre 1945, est la disparition des Caisses départementales d'assurances sociales. Le Conseil d'administration de celle du Gers se réunit pour la dernière fois le 27 mai 1946, le président Dilhan indique alors : « à partir du 1er juillet prochain, notre Conseil d'administration devra céder sa place à celui de la Caisse primaire de Sécurité sociale (...) Ainsi donc nos pouvoirs touchent à leurs fins ».



*Taille des CPSS en 1947 - source : Revue de la sécurité sociale, n° 6, février 1949*

Le Conseil d'administration de la Caisse primaire de Sécurité sociale (CPSS) du Gers est constitué et installé le mercredi 20 mars 1946<sup>5</sup> par le directeur du Service régional assisté du contrôleur du Ministre du travail, sa création résultant de l'arrêté du 16 janvier 1946 et d'un règlement d'administration publique du 10 février 1946 qui détaille la composition des conseils d'administration des caisses primaires<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> « Si la plupart des limitations artificielles de prestations en vigueur dans les assurances sociales sont supprimées ou considérablement atténuées (...). Le ticket modérateur restant théoriquement à la charge du patient est inchangé (20 %). Des possibilités d'exonérations accrues sont prévues, notamment dans le cas d'intervention chirurgicale », dans M. Dreyfus, M. Ruffat, V. Viet, D. Voldman, *op. cit.*, p. 272.

<sup>5</sup> Il est fait référence à cette réunion d'installation par le procès-verbal de la séance de la CDAS du 27 mai 1946.

<sup>6</sup> Ces deux textes sont mentionnés dans le procès-verbal de la séance du 25 février 1946.

Comme dans les caisses régionales, elle sera à majorité syndicale<sup>7</sup>, alors que le conseil d'administration des caisses départementales était composé des représentants mutualistes et des syndicats ouvriers, à part égale.

Les premières élections auront lieu le 24 avril 1947, après une importante campagne nationale de communication<sup>8</sup>. Trois listes seront déposées pour la C.P.S.S. du Gers : deux listes représentant les travailleurs<sup>9</sup> et une, les employeurs<sup>10</sup>. Ces nouveaux administrateurs remplacent ceux désignés lors de la réunion du 20 mars 1946, et sont pour le Gers, majoritairement issus de l'Union départementale des syndicats confédérés de la CGT (7 sur 8). Au sein du Conseil d'administration, on trouve également des représentants des organisations patronales et des associations familiales. S'ajoutent une personne qualifiée<sup>11</sup> et deux praticiens. La structure gersoise va ainsi connaître un important renouvellement de ses membres. Seuls six anciens administrateurs de la Caisse départementale des assurances sociales sont reconduits dans le nouveau Conseil d'administration, dont Dilhan, issu des représentants mutualistes qui siège comme personne qualifiée.

Ces changements ne sont pas sans entraîner certaines réactions, notamment des membres de la Mutualité. Ces derniers se sentent, comme lors des discussions des ordonnances de 1945, exclus du nouveau système, d'autant que la Mutualité jouait un rôle majeur dans celui des Assurances sociales et par extension dans notre système de protection sociale. Cette exclusion sera évoquée au cours des dernières réunions du Conseil d'administration de la Caisse départementale, notamment par le Président Dilhan : « en raison de la structure nouvelle des conseils, plusieurs d'entre nous vont s'en trouver écartés »<sup>12</sup>. Il fait ainsi référence à l'éviction de la Mutualité, parle d'« une perte sensible pour les caisses », du fait que « ces administrateurs (...) qui, par leurs fonctions dans les organismes volontaires de prévoyance, offraient les plus sérieuses références en matière de Sécurité sociale » et regrette cette « retraite imposée ».

À noter également une certaine inquiétude dans la bouche d'anciens dirigeants de structures d'assurances sociales : ainsi, Yung, membre de la Fédération régionale des Caisses départementales du Midi, n'hésite pas lors du dernier congrès de cette Fédération à conseiller les diverses Unions départementales de Syndicats dans le choix de leurs représentants.

<sup>7</sup> Suite à l'ordonnance du 4 octobre 1945, suivant le projet de l'Administration soutenu par la CGT, les Conseils d'administration sont désignés par les organisations représentatives des salariés (deux-tiers de représentants) et d'employeurs (un tiers). La loi du 30 octobre 1946 instaure l'élection sans monopole de présentation pour les salariés (trois-quarts des sièges) ainsi que les employeurs (un quart des sièges).

Source : M. Lages, « *L'évolution de la gouvernance de la Sécurité sociale* », thèse de droit privé, 3 octobre 2012, Université Toulouse 1 Capitole, p. 132.

Thèse disponible en ligne : <http://publications.ut-capitole.fr/18339/1/LagesMichel2012.pdf>

<sup>8</sup> Lors de ces élections, 75 % des électeurs inscrits se rendent aux urnes, la CGT obtient 59,2 % des suffrages, les listes CFTC 26,4 %, les listes mutualistes 9,1 % et les listes divers 5,2 %, source : <http://fresques.ina.fr/securite-sociale/fiche-media/secuso00001/les-premi%C3%A8res-%C3%A9lections-de-la-securit%C3%A9-sociale.html>.

<sup>9</sup> La liste CFTC : la liste d'action familiale et mutualiste / la liste CGT, intitulée la liste d'union pour la défense de la Sécurité sociale, procès-verbal de la séance du 23 juin 1950.

<sup>10</sup> La liste d'Union familiale indépendante, *ibid.*

<sup>11</sup> « Les personnes qualifiées sont au nombre de deux et sont selon la loi du 30 octobre 1945, proposées par le Conseil d'administration à l'agrément de M. le ministre du Travail et de la Sécurité sociale » précision faite par le nouveau président du Conseil d'administration Bordes, procès-verbal de la séance du 28 mai 1947.

<sup>12</sup> Procès-verbal de la séance du 27 mai 1946.

Il faut que « Les hommes choisis pour la tâche de Sécurité sociale soient choisis, non pas pour des raisons de camaraderies personnelles ou de tendances politiques, mais pour des raisons d'ordre professionnel, pour leur capacité administrative, pour leur sens social, pour leurs activités, pour l'âme qu'ils pourront mettre dans les conseils de Sécurité sociale »<sup>13</sup>.

On le voit, les ordonnances de 1945 bouleversent en profondeur le système de gestion mis en place par la loi sur les assurances sociales. Qu'en est-il des prestations ? Les assurés se retrouvent-ils eux aussi face à d'importants changements ?

### **Un changement structurel faiblement ressenti dans le quotidien des assurés**

À la lecture des procès-verbaux des délibérations du Conseil d'administration de la Caisse primaire du Gers, on constate une attention toute particulière portée à la mise en place de ces nouvelles institutions. Les administrateurs ne manquent pas de rappeler ô combien ces premières années sont importantes pour « notre système de protection sociale ». Dans cette optique, lors de la réunion du 25 novembre 1946, le directeur résume le discours du ministre Croizat<sup>14</sup>, prononcé lors du

congrès de la FNOSS à Paris<sup>15</sup>: « nous vivons la phase la plus importante de la Sécurité sociale, et je vous invite à continuer notre plan de Sécurité sociale qui, dans ce domaine, placera la France au premier rang des nations ». Un message repris quelques semaines plus tard par Pierre Laroque<sup>16</sup>, lors de sa visite à Toulouse, le 17 novembre 1946 : « cet énorme travail législatif qui a été accompli n'est pas encore terminé : il reste à intégrer le chômage, notamment, la Sécurité sociale étant une création continue et il nous faut aussi passer de la loi aux faits »<sup>17</sup>.

Bien que ces deux figures fondatrices du système de 1945 soulignent le changement opéré et les bouleversements qui en découlent, dans les faits on constate cependant une réelle continuité avec les assurances sociales. Les quelques changements majeurs portent sur la hausse du montant des prestations et sur la généralisation des conditions d'ouverture des droits. Ainsi, pour bénéficier de l'assurance maladie il suffit d'avoir « travaillé soixante heures au cours des trois mois précédant la date de la première constatation médicale de la maladie, de la grossesse ou de l'accident », ou être « en état de chômage involontaire constaté pendant une durée équivalente au cours de ladite période »<sup>18</sup>. Autre changement principal, l'augmentation du nombre de personnes concernées<sup>19</sup> par le texte, du fait de la suppression du plafond d'affiliation à l'ensemble des salariés.

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> Ambroise Croizat, d'origine savoyarde, issu d'une famille ouvrière, son père était un syndicaliste actif. Il devient très tôt militant de la cause sociale. Elu député du PCF en 1936, il est emprisonné de 1939 à 1943, comme 35 autres députés communistes. Ministre du travail de 1945 à 1947, il fait partie des acteurs essentiels à l'émergence du système de Sécurité sociale. Son rôle est cependant souvent oublié.

<sup>15</sup> Conférence d'ouverture le 28 octobre 1946, le congrès s'est déroulé sur plusieurs jours, il en est mention dans le procès-verbal de la séance du 25 novembre 1946.

<sup>16</sup> Directeur général de la Sécurité sociale depuis le 5 octobre 1944. cf. Lettre d'information n° 2 « Pierre Laroque et la Sécurité sociale », texte issu de l'exposé de B. Valat, lors de l'assemblée générale du Comité régional d'histoire de la sécurité sociale en Midi-Pyrénées, 26 avril 2001.

<sup>17</sup> Procès-verbal de la séance du 25 novembre 1946.

<sup>18</sup> Ordonnance n° 45/2454 du 19 octobre 1945, article 79. Auparavant, la loi sur les assurances sociales prévoyait « 60 jours au moins lors du trimestre précédant la survenue de la maladie », cité dans M. Dreyfus, M. Ruffat, V. Viet, D. Voldman, *ibid.*, p. 270 et 272.

<sup>19</sup> Notons que cette hausse des affiliés débute sous le régime de Vichy. Durant cette période, il est décidé, à plusieurs reprises « de relever le maximum de salaire au-dessus duquel le travailleur est renvoyé à sa propre prévoyance », P.J. Hesse et J.P. Le Crom, « la protection sociale sous le régime de Vichy », Presses Universitaires de Rennes, 2001, p. 52-54. En outre, la question du plafond d'affiliation avait déjà fait l'objet de débats. En 1935, le ministre du Travail, Frossard, parle de supprimer ce plafond, idée reprise plus tard, sous la plume de Pierre Hanon, dans la France socialiste (du 26 novembre 1941). Ce plafond sera supprimé pour les ouvriers par la loi du 6 janvier 1942.

En contrepartie de cette suppression généralisée, il est prévu d'instaurer un plafond de cotisation<sup>20</sup>. Enfin, la prise en charge de la maladie de longue durée est portée à trois ans au lieu de six mois. Sinon, dans la pratique le système reste globalement le même pour l'assuré.

Durant les premières années, l'action de la Caisse primaire de Sécurité sociale ressemble à celle de la Caisse départementale. On continue notamment certaines aides en nature, comme la distribution de layettes : draps, deux brassières, culotte de laine (tricotée par les « vieilles nécessiteuses »), thermomètre médical, langes de laine, deux chemises en toile, chemise fine, six couches doubles, six couches simples et deux langes en coton. Une distribution qui souligne toute l'attention portée aux nourrissons. La Caisse maintient également son soutien financier aux diverses structures sanitaires et sociales du département. C'est par exemple le cas pour la Maison maternelle, créée grâce au soutien financier de la Caisse départementale. Il est décidé de lui rendre hommage et d'apposer sur le bâtiment une plaque commémorative rappelant son implication dans la création et l'ouverture de cette structure<sup>21</sup>. La Caisse primaire dirige évidemment son soutien vers les divers hôpitaux du département, mais aussi vers le développement de projets nouveaux, comme l'établissement du col des Marrous, projet porté par la Caisse de l'Ariège. Elle vient également en aide à plusieurs associations et "œuvres sociales", tels que la Croix Rouge,

le dispensaire d'Hygiène sociale d'Eauze, un foyer de lutte contre l'alcoolisme, etc. Si l'action sanitaire et sociale ne semble pas, ou peu, bouleversée, ce n'est pas forcément le cas de la situation des employés de la Caisse primaire.

### *De nouvelles conditions de travail*

Pour les employés des organismes de Sécurité sociale, le principal changement concerne l'application de conventions collectives qui viennent modifier les rémunérations, opèrent une nouvelle classification des emplois, modifient l'accès aux promotions, aux titularisations etc. La première convention collective est signée par la FNOSS et les divers syndicats intéressés le 16 octobre 1946 et reçoit l'agrément ministériel le 3 décembre de cette même année. Elle devait prendre effet au 1er juillet 1946. Ces éléments sont évoqués par le Président Bordes lors de la séance du 22 avril 1947 qui précise : « c'est dire qu'il y a longtemps que la mise en application de cette convention aurait pu nous être demandée ». Il semblerait donc que l'application de la convention par la Caisse primaire du Gers ait été retardée et ne sera effective qu'à partir d'avril 1947. Le président souligne le travail du directeur de la Caisse pour appliquer cette convention et ainsi régulariser la situation des agents. Il justifie le retard pris par le directeur Laignoux par le fait que ce dernier s'est vu confier de nombreuses nouvelles missions : « consacrer tous ses soins au meilleur accomplissement possible des nouvelles tâches écrasantes qui vous ont été confiées depuis quelques mois et que vous connaissez »<sup>22</sup>.

<sup>20</sup>Ce plafond est ainsi présenté comme nécessaire par P. Laroque dans « Le plan français de Sécurité sociale », *Revue française du Travail*, n°1, avril 1946, p. 16 cité par M. Dreyfus, M. Ruffat, V. Viet, D. Voldman, *op. cit.* p. 267 : « il n'y a pas de sécurité véritable pour les travailleurs si les prestations ne sont pas dans une certaine mesure proportionnées aux revenus perdus » (...) c'est pourquoi notre système repose sur l'idée de cotisations et de prestations proportionnelles au revenu (...) ».

<sup>21</sup> Procès-verbal de la séance du 24 novembre 1965 qui mentionne que « la maison maternelle a été offerte au département du Gers avec les fonds des assurances sociales à la fin de l'année 1939. Le directeur croit se souvenir que le contrat passé avec le département prévoyait l'apposition d'une plaque mentionnant ce don ». Le Conseil d'administration demande alors à la Caisse régionale une copie de ce contrat, malheureusement introuvable. De fait, le directeur s'est mis en relation avec le directeur de l'Action sanitaire et sociale afin que la plaque soit apposée.

<sup>22</sup> Procès-verbal de la séance du 22 avril 1947, les discussions et négociations pour appliquer cette convention se sont déroulées lors d'une réunion du bureau du Conseil d'administration, qui a « duré plus de trois heures ». Ce procès-verbal précise : « dans la plupart des cas, il s'est agi d'une application méthodique de la convention, qui ne peut donner lieu à aucune contestation. Mais, dans d'autres cas, par suite de nos nouvelles attributions, nous avons été obligés de donner de nouvelles attributions à certains agents et d'en tenir compte dans l'évaluation de leur traitement. Dans ces cas-là, comme dans les autres, aucune discussion ne s'est élevée, les propositions de notre directeur nous paraissent sages ».

Autre changement, le passage à la semaine à 44 heures et par conséquent la mise en place de nouveaux horaires d'ouverture<sup>23</sup>. À Auch, la nouvelle structure entraîne surtout l'arrivée de nouveaux collègues dès janvier 1947 et une profonde réorganisation de l'organigramme. Face à l'augmentation de la population concernée par la nouvelle législation suite à la mise en place d'une caisse unique pour les prestations maladie, maternité, invalidité et décès, il apparaît plus que nécessaire de renforcer les effectifs. Jusque-là, la Caisse départementale disposait de 12 employés<sup>24</sup>. Il était question, dans un premier temps, de reclasser en priorité le personnel employé dans les anciennes structures d'assurances avant de procéder au recrutement de nouveaux agents. Cette mission revenait à la Commission nationale de reclassement, limitant ainsi la liberté de choix des caisses primaires dans leur recrutement. Mais du fait de l'absence de réactivité de cette commission<sup>25</sup>, la Caisse du Gers s'autorise à procéder elle-même aux recrutements nécessaires. C'est alors l'arrivée de 22 employés qui se profile. En 1952, on en dénombre 34, auxquels s'ajoute le nombre qui ne cesse de croître des

correspondants locaux<sup>26</sup> : parmi eux, M. Gounous à Condom<sup>27</sup> qui, par exemple, a reçu 1200 personnes en 1950, ou encore celui de Barbotan-les-Thermes, en charge du remboursement des soins aux nombreux curistes présents dans cette station thermale et dont l'affluence ne cesse de croître au fil des années.

Le mode de recrutement est aussi redéfini : en plus du concours permettant d'intégrer la caisse, la titularisation est désormais soumise à l'obtention d'un deuxième concours. Dans les faits, et sous la pression du personnel, ce dernier prendra plutôt la forme d'un examen<sup>28</sup>. Les modalités du concours d'entrée sont également précisées par le règlement intérieur. Les épreuves sont une dictée, une rédaction sur un sujet général, une épreuve d'arithmétique et un test de calcul mental<sup>29</sup>.

Un autre changement dans la vie de la Caisse, concerne la mise en place d'un comité d'entreprise<sup>30</sup>, chargé en outre, de distribuer des avantages aux employés et d'organiser la vie sociale au sein de la Caisse primaire, à travers certains événements comme l'arbre de Noël<sup>31</sup>.

<sup>23</sup> Procès-verbal de la séance du 22 novembre 1948 qui fait état du règlement intérieur de la Caisse primaire de la Sécurité sociale du Gers (commun à toutes les CPSS). L'article 8 prévoit que « la durée de travail est de 44 heures par semaine, réparties à raison de 4 heures sur le lundi et de 8 heures sur chacun des cinq jours suivants. En cas de coupures de courant, la direction pourra modifier cette répartition pour que l'ensemble du personnel puisse travailler effectivement pendant la durée fixée par le présent règlement intérieur ».

Cet article 8 sera modifié suite à une demande du personnel. Les modifications portent sur la répartition des heures de travail. Le personnel demande que les 44 heures soient réparties comme suit :

- le mardi, mercredi, jeudi et vendredi de 8h à 12h et de 14 h à 18h30;
- Le samedi de 8 h à 12 h et de 14 h à 18 h 30;
- Un lundi sur deux de 14 h à 18 h.

En outre les bureaux seront fermés au public tous les lundis, la réception ayant lieu tous les jours de 8 h à 12 h et de 14 h à 16 h.

<sup>24</sup> La suppression de la section agricole ayant entraîné la division de l'équipe initiale, procès-verbal de la séance du 8 février 1943. Sur la mise en place de la section agricole au sein de la Caisse départementale du Gers et la fin des sections agricoles voir la *Lettre d'information précédente* (n° 19) pages 21 à 23.

<sup>25</sup> Procès-verbal de la séance du 21 décembre 1946, mentionnant une lettre de la Caisse primaire du Gers envoyée au Président de la Commission de reclassement : le Conseil d'administration de la CPSS du Gers lui laisse jusqu'au 25 décembre pour répondre à cette question : « doit-on compter sur vous pour nous procurer le personnel ? ».

<sup>26</sup> Procès-verbal de la séance du 7 juillet 1947, le Conseil d'administration désigne les deux premiers d'entre eux : M. Gounous à Condom et M. Castex à Riscle.

<sup>27</sup> Ce bureau fonctionne depuis le 18 janvier 1948, selon le procès-verbal de la séance du 9 février 1948.

<sup>28</sup> Procès-verbal de la séance du 28 novembre 1948, où il est fait mention de la modification du règlement intérieur annexé à la convention collective. Dans ce règlement il est fait référence à cet « examen de titularisation ».

<sup>29</sup> Procès-verbal de la séance du 28 novembre 1948.

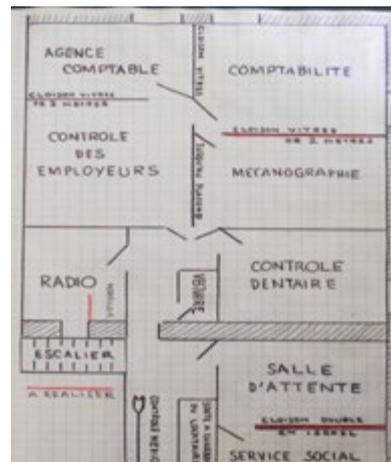
<sup>30</sup> Mis en place par la loi du 16 mai 1946, le CE « coopère avec la direction à l'amélioration des conditions de travail », source Légifrance.

<sup>31</sup> Procès-verbal du 20 février 1950 détaille les avantages qu'offre le Comité d'entreprise aux salariés de la C.P.S.S.

La mise en place des comités d'entreprise au lendemain du second conflit mondial faisait partie du programme du Conseil national de la Résistance, visant à instaurer « une véritable démocratie économique et sociale », en permettant notamment « la participation des travailleurs à la direction de l'économie » de leur entreprise.

### De déménagements en déménagements

Durant ses premières années d'existence, la Caisse primaire de Sécurité sociale du Gers choisit de rester dans les locaux de la Caisse départementale, au 11, rue Guynemer. Ces locaux s'avèreront rapidement insuffisants. Au manque de place, viennent s'ajouter les relations tendues avec la Caisse mutuelle agricole, copropriétaire des locaux<sup>32</sup>. Dès 1946, il est donc question de chercher un nouvel immeuble ou bien un terrain constructible<sup>33</sup>. Cette recherche va s'étaler sur plusieurs années. En 1950, la question des locaux n'est toujours pas résolue, tout en étant de plus en plus pressante. Le problème de l'aménagement des locaux est alors soulevé par le contrôleur général Pujou et ce manque de place ne s'arrange pas avec l'arrivée du dentiste conseil et celle d'un appareil de radiologie plutôt imposant<sup>34</sup>. Le directeur rappelle alors que « nous disposons que de 7m<sup>2</sup> pour la salle d'attente des contrôles médicaux et dentaires, que de 6m<sup>2</sup> pour l'assistante sociale et la secrétaire médicale, (et) ne disposons même pas d'une salle de réunion pour le Conseil d'administration, qui est obligé de siéger, de nuit, dans le service des accidents du travail préalablement déménagé, où nous ne pourrons plus bientôt loger les dossiers de prestations »<sup>35</sup>.



Plan du deuxième étage - 11, rue Guynemer.

La situation finit par se débloquer avec la possibilité d'achat d'une maison, au 10 et 10 bis de la rue Victor Hugo. Les bureaux seront transférés à la nouvelle adresse à la fin de l'année 1954<sup>36</sup>. Quant aux anciens locaux, malgré plusieurs déconvenues avec la Caisse mutuelle agricole, ils seront finalement rachetés par cette dernière le 31 décembre 1954<sup>37</sup>. Les nouveaux locaux sont inaugurés le 17 octobre 1955, inauguration suivie d'un vin d'honneur<sup>38</sup>.



<sup>32</sup> La C.P.S.S. du Gers ne dispose que d'une partie de l'immeuble, une des conséquences de la suppression de la section agricole au sein des CDAS, procès-verbal de la séance du 21 avril 1948.

<sup>33</sup> Procès-verbal de la séance du 21 avril 1948, où il est question d'acheter une partie du garage ADER, au moins les 5/8, qui était à ce jour réquisitionné par la mairie et occupé par les sapeurs-pompiers.

<sup>34</sup> Procès-verbal de la séance du 12 juillet 1950, le CA fait état de lettres en date du 22 et 26 juin 1950 du contrôleur général Pujou rattaché au ministère du Travail, qui demande que la Caisse primaire procède à un aménagement plus « rationnel ». Il incite le conseil à entrer en négociation avec la Caisse mutuelle agricole en vue « de l'acquisition de sa part » de l'immeuble.

<sup>35</sup> Procès-verbal de la séance du 20 octobre 1951.

<sup>36</sup> Procès-verbal de la séance du 29 décembre 1954 mentionne que « les locaux sont entièrement occupés ».

<sup>37</sup> *Ibid.*

<sup>38</sup> Procès-verbal de la séance du 29 septembre 1955.

Mais, le sentiment d'espace procuré par ce déménagement ne dure qu'un temps. Les nouveaux locaux s'avèrent insuffisants et en non-conformité avec la circulaire de la Caisse nationale de Sécurité sociale du 28 mai 1956<sup>39</sup>. D'après les nouvelles normes, la Caisse devrait disposer de 300 m<sup>2</sup> supplémentaires ! Il sera question d'acheter l'immeuble voisin, mais la vente ne se fera pas et la question du manque de place est laissée en suspens jusqu'à ce que la Caisse n'ait d'autres solutions que de forcer la discussion, et ce, en partie du fait de la hausse des effectifs. On dénombre 43 agents en 1964, puis 71 en 1971 et 110 en 1977 et la fréquentation des assurés est en constante hausse. Pour ce nouveau déménagement, il est question de réunir l'ensemble des organismes de Sécurité sociale<sup>40</sup> : la Caisse primaire, l'URSSAF<sup>41</sup> et la Caisse d'Allocations familiales<sup>42</sup>. Ce projet mettra dix longues années à aboutir, plusieurs lieux sont successivement envisagés<sup>43</sup> dont la caserne Subervie.



En 1967, la Mairie accepte de céder son droit de propriété sur la caserne, mais il faut encore attendre le départ des écoles, et sur-

tout espérer que le dossier soit validé en amont, aussi bien par la Caisse nationale et l'autorité de tutelle que par le Comité interarmées du domaine militaire, dont l'accord est nécessaire. Ainsi, ce n'est qu'en 1968 que le choix de la caserne est définitivement arrêté. Pendant ce temps, les services de la Caisse primaire sont dans l'obligation de faire avec l'existant. Des aménagements notamment du hall d'accueil<sup>44</sup> sont proposés ou encore le déménagement des services de l'URSSAF, durant l'année 1967<sup>45</sup>. Une fois le lieu fixé, reste encore la question du choix de l'architecte, d'autant qu'il est décidé de détruire la caserne pour rebâtir un immeuble pouvant accueillir les trois services.

Cette question divise : pour la CAF et l'URSSAF, il faut consulter des architectes ayant réalisé un ou plusieurs organismes de Sécurité sociale alors que la Caisse primaire refuse d'exclure la possibilité de se tourner vers un architecte du Gers<sup>46</sup>. Finalement il est décidé d'ouvrir l'appel à candidature aux architectes du Gers. L'acte d'achat est signé à la fin de l'année 1970, la démolition de l'immeuble est décidée pour l'hiver 1970.



<sup>39</sup> Procès-verbal du 24 octobre 1957, « les locaux dont nous disposons actuellement, qui paraissent vastes lors de leur acquisition ne répondent plus aux nouvelles normes fixées par la circulaire 194 CNSS du 28 mai 1956 ».

<sup>40</sup> Procès-verbal de la séance du 15 juin 1966 mentionnant que la Caisse primaire de Sécurité sociale du Gers engage les pourparlers avec la CAF « en vue du regroupement des trois organismes ».

<sup>41</sup> La création d'une Union de recouvrement, résultant du décret du 12 mai 1960, est décidée à l'unanimité par le Conseil d'administration lors de la séance du 13 juillet 1960. Elle remplace le service commun de recouvrement qui existe depuis « huit ans déjà », propos de Lousteau, président du Conseil d'administration.

<sup>42</sup> Procès-verbal de la séance du 8 décembre 1967, où la petite taille des locaux occupés par la CAF est évoquée.

<sup>43</sup> Notamment la prison désaffectée depuis le 1er juin 1966, procès-verbal de la séance du 15 juin 1966.

<sup>44</sup> Procès-verbal de la séance du 30 juin 1965.

<sup>45</sup> Procès-verbal de la séance du 8 décembre 1967, il est fait référence à la construction d'un préfabriqué, dans le jardin de la Caisse primaire pour déplacer le service de l'URSSAF.

<sup>46</sup> Procès-verbal de la séance du 19 décembre 1968.

Mais ce n'est que deux ans plus tard que le choix de l'architecte est arrêté : ce sera Yann Boesse. Les travaux débuteront en juillet 1974, le planning prévoyait alors dix-huit mois de travaux. La première réunion du Conseil d'administration dans le nouvel immeuble aura lieu le 6 février 1976, il sera rejoint quelques mois plus tard (avril) par les différents services.

### **B. L'affaire Cassagne et les relations avec la MSA, des litiges liés à l'ère des Assurances sociales**

La Caisse primaire de Sécurité sociale se retrouve face à deux conflits dont l'origine remonte à l'époque des assurances sociales : la question de la révocation de l'ancien directeur et un problème d'affiliation l'opposant à la Caisse mutuelle agricole avec qui la CPSS entretient des relations compliquées depuis la suppression des sections agricoles au sein des Caisses départementales.

#### **L'affaire Cassagne**

Nous l'avons vu dans la première partie, l'ancien directeur de la Caisse départementale d'assurances sociales a fait l'objet, à la Libération d'une mesure administrative d'épuration. Si, dans un premier temps, il réclame que lui soient versées certaines indemnités jusqu'à la date de sa révocation, la situation se complique lorsque le tribunal administratif de Pau annule l'arrêté du 30 juin 1945 pris par le commissaire de la République radiant le directeur de l'organisme<sup>47</sup>. Le 3 mars 1956, la Caisse primaire reçoit une dépêche de l'administration supérieure l'informant de la décision du tribunal administratif de Pau, suivie quelques jours plus tard, d'un courrier du Directeur régional de la Sécurité sociale demandant au président de la CPSS de répondre aux droits et demandes d'Urbain

Cassagne. Le Directeur régional précise qu'il convient d'accorder au requérant une indemnité pour rupture abusive de contrat et dont la somme peut être réévaluée, le secrétaire d'État au Travail et à la Sécurité sociale ne s'y opposant pas. Par contre, ce dernier se prononce contre la réintégration de l'intéressé. Or, c'est précisément ce que réclamait Urbain Cassagne<sup>48</sup>.

L'affaire est à nouveau portée devant les tribunaux. Dans un premier temps, c'est le juge de paix qui est appelé à se prononcer<sup>49</sup>. L'avocat de la Caisse primaire l'informe que le juge a débouté Cassagne et le condamne aux dépens. Va-t-il faire appel ? Un courrier de l'avoué du 12 juillet 1957 évoque que cette possibilité semble de plus en plus aléatoire. En effet, un arrêt de la Cour de cassation confirme la solution du juge de paix d'Auch : elle a décidé, pour les cas de non réintégration d'un fonctionnaire ou d'un salarié ayant fait l'objet de mesure d'épuration annulée, que seul l'État est responsable du préjudice résultant du refus de réintégration. Malgré tout, le 23 juillet 1957, la Caisse primaire reçoit l'acte d'appel du jugement du 14 juin devant le tribunal civil d'Auch, affaire plaidée le 2 octobre 1957. Le 16 octobre, la Caisse reçoit une lettre l'informant que le tribunal a débouté Cassagne. Ce dernier obtient finalement une indemnité en réparation du préjudice subi par la mesure d'épuration annulée, dans le procès qui l'oppose au ministre des Affaires sociales<sup>50</sup>. Le préjudice maintenant reconnu, le différend opposant Cassagne à l'État va désormais porter sur l'évaluation du préjudice donnant lieu à l'indemnisation. Le 3 février 1960, le plaignant saisi à nouveau le tribunal administratif de Pau afin de demander une nouvelle indemnité, qui lui est alors refusée, le poussant alors à déposer une requête devant le Conseil d'État<sup>51</sup> visant à faire annuler ce jugement.

<sup>47</sup> TA Pau, 13 juillet 1955.

<sup>48</sup> Comme en atteste la sommation de l'huissier du 16 février 1956, reçue par la Caisse primaire. La caisse, au vu des instructions reçues par la direction régionale lui répond alors de se tourner vers le ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

<sup>49</sup> Le jugement est rendu le 14 juin 1957.

<sup>50</sup> TA de Pau, 11 juillet 1957.

<sup>51</sup> Requête en date du 10 mai 1960.

Le 10 janvier 1960, le conseil d'État rejette la demande de Cassagne. Mais l'histoire ne s'arrête pas là. L'ancien directeur se retourne encore une fois contre le ministre des Affaires sociales<sup>52</sup>, invoquant cette fois la perte de ses droits à pension causée par sa révocation. Saisi de la question, le Conseil d'État, dans sa décision du 25 juin 1969, sursoit à statuer<sup>53</sup>.

### *Les relations avec la Caisse mutuelle agricole et l'affaire Ducler*

Les relations entre la CPSS et la caisse mutuelle agricole sont compliquées. « La loi du 5 avril 1941 crée un nouveau régime d'assurances sociales, le régime social agricole et consacre sa spécificité avec des caisses particulières pour les assurances sociales, allocations familiales, assurances mutuelles et les nouvelles allocations aux vieux travailleurs agricoles »<sup>54</sup>. Il en découle en outre, la suppression des sections agricoles au sein des Caisses départementales. En 1945, le statut de 1941 est maintenu, Pierre Laroque envisage en effet « des statuts adaptés »<sup>55</sup> à certaines activités. La nouvelle Caisse primaire de Sécurité sociale prend la suite de la Caisse départementale, elle hérite donc des "accords" passés avec la Caisse mutuelle agricole, notamment sur les questions de "partage" de l'immeuble. Et c'est notamment autour de cette question que les deux caisses s'opposent, rendant les relations entre les deux organismes quelque peu "orageuses". Il est d'abord difficile de s'entendre sur la question du bail des locaux occupés par la Caisse

primaire au 11 rue Guynemer : cette dernière ne possède pas la totalité de l'immeuble, l'obligeant à louer la partie appartenant à la Caisse mutuelle agricole<sup>56</sup> qui refuse de signer un bail de longue durée<sup>57</sup>.

Une fois partie au 10 et 10 bis rue Victor Hugo, la Caisse primaire souhaite mettre en location une partie des anciens locaux. Un premier accord est intervenu entre les délégués des deux caisses en décembre 1951. Cet accord a été transmis en mai 1952 à la Caisse agricole, qui pose alors de nouvelles conditions, faisant sortir M. Dilhan de ses gongs. Ce dernier « refuse d'être berné plus longtemps et envisage toutes les solutions qui s'offrent à nous [C.P.S.S. du Gers] pour exercer nos droits »<sup>58</sup>. Il finira pourtant par accepter les conditions posées : la vente de la part de l'immeuble appartenant à la Caisse primaire et la réalisation de travaux pour l'installation du locataire, avec participation des deux caisses au prorata<sup>59</sup>. Un acte contenant à la fois un contrat de vente et le bail du futur locataire est rédigé et transmis pour signature à la Caisse agricole qui ne donne aucune réponse, si ce n'est un appel du directeur pour soulever certaines objections. La Caisse primaire qui a pu se procurer une note écrite de ces objections, décide de prendre avis auprès du directeur régional qui conseille à la Caisse d'obtenir l'accord de la Caisse nationale concernant certaines objections de la Caisse mutuelle agricole<sup>60</sup>. La promesse de vente contenant le bail sera enfin signée le 12 septembre 1953<sup>61</sup>, la vente devant avoir lieu le 31 décembre 1953<sup>62</sup>.

<sup>52</sup> TA de Pau, 4 novembre 1966 – demande rejetée.

<sup>53</sup> CE 25 juin 1969, mentionné aux tables du recueil Lebon.

Requérant ayant demandé, à la suite de l'annulation en 1955 de la révocation dont il a été l'objet en 1945 de ses fonctions de directeur de Caisse d'assurances sociales, réparation du préjudice que lui aurait causé la perte de ses droits à pension.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000007640251>

<sup>54</sup> M. Lages, « *L'évolution de la gouvernance de la Sécurité sociale* », thèse citée, p. 217.

<sup>55</sup> P. Laroque, cité par M. Lages, *op. cit.*, p 218.

<sup>56</sup> La Caisse mutuelle agricole a hérité de ces locaux suite au rattachement de la section agricole de la Caisse départementale à l'organisme agricole.

<sup>57</sup> Procès-verbal de la séance du 23 octobre 1946, il est mentionné l'absence d'entente, le refus d'une réunion commune et l'échec des négociations pour la signature du bail.

<sup>58</sup> Procès-verbal de la séance de la séance du 25 mars 1953.

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> Procès-verbal de la séance du 6 juin 1953.

<sup>61</sup> Procès-verbal de la séance du 27 novembre 1953.

<sup>62</sup> Procès-verbal de la séance du 29 décembre 1953.

On le voit par ces exemples, les relations entre les deux organismes sont parfois compliquées. Comme au temps des assurances sociales et du système du libre choix de la caisse d'affiliation, certains conflits d'affiliation persistent. À titre d'exemple, l'affaire Ducler<sup>63</sup> : cette société effectue des travaux non agricoles et relève pourtant de ce régime. Dès septembre 1964 les services de l'URSSAF s'étaient aperçus de cette situation irrégulière. L'organisme procède alors au changement d'affiliation mais l'employeur s'oppose alors à cette décision. Ainsi à deux reprises la commission de recours gracieux a dû maintenir la position des services contre les prétentions de l'employeur, rigoureusement soutenu par la Mutualité sociale agricole et par l'inspection des lois sociales en agriculture. Et ce n'est qu'après avoir obligé la société à aller devant les tribunaux de première instance que la Caisse primaire obtient gain de cause, mais sans effet rétroactif. Ainsi l'entreprise Ducler ne relèvera du régime général qu'à partir du 1er octobre 1965.

**Il S'adapter à l'environnement, une condition nécessaire à la persistance de l'institution.**

### A. Les difficultés financières récurrentes des Caisses primaires au travers l'exemple de celle du Gers

Parmi les questions récurrentes dans les procès-verbaux de la Caisse primaire de Sécurité sociale du Gers, se trouve celle de l'équilibre financier, fortement liée à la maîtrise des dépenses de santé. Ces deux thématiques deviennent au fil des années, une priorité pour les Caisses primaires de Sécurité sociale, comme pour les pères fondateurs du système. Pierre Laroque avait ainsi souligné que « l'équilibre de la Sécurité sociale est la condition de son indépendance, où se trouve même l'avenir de la Sécurité sociale »<sup>64</sup>.

### L'inquiétante question de la maîtrise des dépenses de santé :

Il est notable que, dès les premières années d'existence des CPSS, les difficultés financières sont déjà présentes. Au cours de la réunion du 3 octobre 1947, il est fait mention par le Conseil d'administration de la Caisse primaire du Gers, d'un déséquilibre entre recettes et dépenses. Ainsi, il est de plus en plus fréquent de voir les dépenses augmenter plus vite que les recettes laissant présager certaines difficultés pour l'avenir. Outre, réduire les effectifs des caisses<sup>65</sup> et améliorer les méthodes de travail, il sera donc porté une attention toute particulière à la maîtrise de ces dépenses de santé.

Exemple d'un bilan - 1950

Au demeurant, lors des premières années d'existence, la CPSS du Gers apparaît comme "bon élève"<sup>66</sup> en matière de dépenses.

<sup>63</sup> Procès-verbal de la séance du 16 novembre 1966, où est fait un récapitulatif de l'affaire.

<sup>64</sup> Procès-verbal de la séance du 24 septembre 1950, Laroque, cité par Bordes, Président du Conseil d'administration.

<sup>65</sup> L'effectif de la Caisse est ramené à 33 dont 3 "agents de direction", 30 "d'exécution" dont 6 "agents de maîtrise". Il est ensuite précisé que d'ici la fin de l'année, l'effectif pourrait être ramené à 31. Procès-verbal de la séance du 3 février 1949, lors de la présentation du budget prévisionnel de gestion.

<sup>66</sup> En témoigne le procès-verbal de la séance du 21 novembre 1949, où il est fait référence au contrôle financier effectué par la direction régionale, qui s'accorde sur le fait que « la situation générale de la caisse est jugée favorablement et la comptabilité est bien tenue ».

Ce qui s'explique, en partie, par plusieurs actions menées en vue de maintenir les finances à l'équilibre. Ainsi, le Conseil d'administration veille à ce que certaines prescriptions soient restreintes<sup>67</sup>, et que soient opérés davantage de contrôles. L'accent est notamment mis sur la récupération des cotisations en retard ou volontairement non payées. Les comptes employeurs sont plus fortement surveillés, ce qui se traduit par davantage de visites et un contrôle assidu des fichiers employeurs. Une politique de rappels est alors mise en place pour récupérer les cotisations manquantes. À titre d'exemple, au 31 juillet 1947 ce sont 2071 rappels qui ont été lancés pour le premier semestre, permettant en août d'avoir récupéré 2 068 364 francs de cotisation. Lors de la séance du 3 octobre 1947, le Conseil d'administration décide de poursuivre ces contrôles qui permettent, dès février 1948, de constater un net rétablissement de la situation financière de la caisse<sup>68</sup>. Cet effort en matière de contrôle sera d'ailleurs porté en exemple par la Cour des comptes dans un rapport de 1952 : « il ressort qu'une Caisse primaire d'importance moyenne, ne comptant que 15 000 assurés, avait pu mettre au recouvrement au 31 décembre 1949, au titre des répercussions prévues par l'article 52 précité de l'ordonnance du 4 octobre 1945, une somme de 1 508 000 F »<sup>69</sup>. Les années 50 sont, malgré tout, marquées par des difficultés de maîtrise de dépenses poussant les pouvoirs publics à intervenir. Des actions sont alors menées sur les postes les plus onéreux pour « une maîtrise du prix des biens et des services médicaux consommés par les assurés »<sup>70</sup>. L'Etat, sans engager de véritables réformes, cherche à agir prin-

cipalement sur le prix des médicaments et de l'hôpital<sup>71</sup>, en pratiquant une politique de blocage des prix. Ces mesures permettent, de manière générale au sein des Caisses primaires, un retour à la stabilité entre les années 1952 et 1955.

La photographie montre deux pages d'un rapport financier. La page de gauche est intitulée 'ETUDE SUR L'ASSURANCE MALADE' et contient un tableau à plusieurs colonnes avec des données numériques. La page de droite est intitulée 'REPARTITION ET PROGRESSION DES DEPENSES MALADES EN PHARMACIE ET DANS LE DEFI' et contient également un tableau à plusieurs colonnes avec des données numériques. Les titres des pages sont écrits en lettres capitales.

*Etude financière réalisée par la CPSS du Gers*

Cette politique menée par les pouvoirs publics transparaît dans les discussions du Conseil d'administration de la CPSS du Gers. Ainsi, il est souvent fait référence aux discussions de la F.N.O.S.S. autour de la réforme de l'hôpital. En ce qui concerne les dépenses, il est décidé en 1949, de mettre en place, de manière provisoire, un contrôle pharmaceutique par le contrôle médical<sup>72</sup>. Il sera plus tard également fait état du projet Gazier, soutenu par la F.N.O.S.S.<sup>73</sup> qui visait « à limiter les profits des fabricants et de la distribution et de limiter le gaspillage ». Malgré tout, les difficultés financières auront tendance à s'amplifier. La Caisse primaire du Gers pointe du doigt un problème essentiel à la maîtrise des dépenses de santé : l'absence dans plusieurs départements d'une politique conventionnelle avec le corps médical, impactant la maîtrise des tarifs médicaux par l'Assurance maladie.

<sup>67</sup> Dans les années 50-60, l'attention se portera sur les dépenses d'hospitalisation, des demandes de remboursement des cures thermales, de soins dentaires et sur la consommation des médicaments.

<sup>68</sup> Procès-verbal de la séance du 9 février 1948. Pour l'année suivante, on trouve les chiffres suivants : contrôle cotisations et prestations : au 9 Juin 1949, 760 dossiers ouverts, 625 lettres de rappels envoyées, seules 151 restent sans réponse, 41 contentieux sont en cours, procès-verbal de la séance du 21 novembre 1949.

<sup>69</sup> Procès-verbal de la séance du 23 février 1952.

<sup>70</sup> Sur cette question B. Valat, « Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967) L'État, l'institution et la santé », Economica, 2001, p. 361 à 390.

<sup>71</sup> Cf. B. Valat, *op. cit.*, p.367 et suivante, où il est question de la nécessaire réforme de l'hôpital.

<sup>72</sup> Procès-verbal de la séance du 13 Juin 1949.

<sup>73</sup> « La F.N.O.S.S. aimerait connaître l'opinion des Caisses sur les mesures gouvernementales visant à modifier le remboursement des honoraires médicaux » indique le procès-verbal de la séance du 4 avril 1957.

Dans le Gers, il existe depuis 1950, une convention médicale<sup>74</sup>, source de dépenses plus importantes pour la Caisse primaire<sup>75</sup>, les départements ayant trouvé un accord avec le corps médical remboursant des sommes plus élevées que ceux appliquant les tarifs d'autorité, plus bas.

De manière générale, face aux difficultés financières, les principales mesures prises consisteront à augmenter les cotisations, notamment patronales. Pourtant dès les années 50, une autre solution sera évoquée<sup>76</sup> par le Conseil d'administration : l'hypothèse de mettre en place une fiscalisation, soulevant ainsi la question du rôle de l'État dans la participation au financement de la Sécurité sociale; déjà l'autonomie du système de Sécurité sociale semblait faire l'objet d'interrogations.

Malgré les réformes visant à maîtriser des dépenses de santé<sup>77</sup>, les thèmes de déficit et de non maîtrise de ces dépenses de santé sont récurrents dans les procès-verbaux des décennies suivantes. Les années 80 et 90 seront particulièrement marquées par ces questions. Ainsi, le directeur de la CPAM, Maurice Sorbets, fait le constat lors de la séance du 21 juin 1984 d'une augmentation des dépenses supérieure dans le Gers à la moyenne nationale : 14,6 % contre 11,3 %. L'une des explications avancée étant la forte proportion de personnes âgées dans le département, une population plus "consommatrice de soins". Thèse soutenue par le rapport d'activité du contrôle médical, présenté lors de la séance du 28 septembre 1988, qui souligne une hausse des bénéficiaires âgés de 65 à 95 ans de 13 % (et de 20,34 % des plus de 80 ans).

Au cours des années 1980-1990, les soins ambulatoires et notamment les frais de transports, pharmaceutiques, de laboratoires, infirmiers et de kinésithérapie inquiètent successivement la Caisse du Gers. Elle cherchera à mieux en maîtriser la prescription, comme

le souligne le directeur adjoint Jean-Louis Fages, lors de la réunion du 16 juin 1987: « l'analyse de la consommation médicale totale fait apparaître (...) que les soins ambulatoires augmentent (...) les plus fortes hausses concernent les auxiliaires et les laboratoires (...) les dépenses pharmaceutiques sont elles aussi en augmentation, une hausse supérieure à la moyenne nationale (12,05 % contre 10,30 %) ». Il souligne également la part croissante des dépenses de santé, « En 1986 les Français ont consommé pour leur santé 402 968 millions de francs soit 7260 F par personne (...) la consommation médicale croît plus vite que le PIB, et, en francs constants on constate même une légère accélération + 4,8 % en 1986 contre + 4,2 % en 1985 »<sup>78</sup>. Cette hausse continue des dépenses inquiète de plus en plus, aussi bien au niveau local que national comme le traduit une lettre de la CNAMTS adressée aux organismes locaux en 1995. Il leur est demandé « de se mobiliser en matière de maîtrise des dépenses de santé au-delà même de ce qui est prévu actuellement dans le champs d'actions de chaque organisme »<sup>79</sup>.

### *Rétablir l'équilibre financier de la Sécurité sociale, et notamment celui de la branche maladie, un objectif clairement assigné aux Caisses primaires :*

La lutte contre la hausse des dépenses de santé passera par deux types de mesures : certaines ponctuelles, de rééquilibrage et d'autres d'envergure visant à réformer le système de protection sociale. Revenons dans un premier temps, sur certaines mesures ponctuelles évoquées au sein des procès-verbaux de la Caisse primaire du Gers.

Dans les années 50-60, ce sont notamment les dépenses de frais d'hospitalisation, dentaires et les demandes de cures qui sont pointées du doigt.

<sup>74</sup> Procès-verbal de la séance du 20 février 1950, notifiant que la convention est en cours d'élaboration et le procès-verbal de la séance du 9 mai 1950, où Bordes signale que la convention avec le syndicat médical du Gers a été homologuée le 2 mars 1950 et publiée au JO le 14 mars 1950.

<sup>75</sup> Procès-verbal de la séance du 9 mai 1950.

<sup>76</sup> Procès-verbal du 31 mai 1948.

<sup>77</sup> En particulier la réforme de 1967.

<sup>78</sup> Procès-verbal de la séance du 16 juin 1987, propos issus de la présentation sur l'évolution des dépenses de santé.

<sup>79</sup> Procès-verbal de la séance du 21 novembre 1995, lettre lue par Alain Brousse, directeur de la CPAM du Gers.

Il est donc décidé dans le Gers, de renforcer le contrôle médical, pour chasser toutes dépenses frauduleuses<sup>80</sup>. Le service du contrôle médical se voit ainsi confier de plus en plus de dossiers, en faisant un rouage essentiel de l'organisme. Au cours de ces mêmes années, des mesures nationales sont également prises, comme par exemple les tentatives législatives en matière de fixation du prix des médicaments<sup>81</sup>. À partir des années 70, la situation devient de plus en plus préoccupante, sans s'améliorer au cours des décennies à venir. Ainsi, en 1984, la CNAMTS demande que soit menée des actions d'information sur la visite médicale, via la circulaire du 8 juin 1984, portant sur le bon usage des soins<sup>82</sup>. Des lettres du président Derlin<sup>83</sup> de la CNAMTS aux présidents des Conseils d'administration des Caisses locales visent à les sensibiliser à la maîtrise des budgets de gestion et à celle des dépenses de santé par la promotion d'actions susceptibles d'être entreprises. Le Conseil d'administration de la Caisse du Gers souligne alors qu'il est « difficile de maîtriser les dépenses sur de simples contrôles et qu'il convient d'informer et d'éduquer les prescripteurs et les bénéficiaires »<sup>84</sup>, rappelant qu'il n'est pas le seul à détenir les clefs pour une bonne maîtrise des dépenses de santé. Ainsi, le monde médical doit lui aussi être intégré aux réflexions sur

la maîtrise des coûts, ce qui passe par la signature de conventions médicales<sup>85</sup>, sujet délicat et abondant dans les procès-verbaux gersois. Enfin, parmi les acteurs du système, l'assuré, le bénéficiaire ou encore le client, comme le désigne certains, est lui aussi un acteur majeur de la maîtrise des coûts.

À partir de la présidence Giscard-d'Estaing, sont adoptés des plans de redressement. Figurent notamment dans les procès-verbaux du Gers, les plans Séguin et Veil, en particulier celui de 1993. Jean-Louis Fages, le directeur adjoint de la CPAM du Gers précise que « si le plan Séguin est correctement appliqué par les partenaires sociaux que sont les médecins libéraux, on devrait voir ce poste baisser sensiblement » : il parle ici des dépenses pharmaceutiques dont l'augmentation dans le Gers est supérieure à la moyenne nationale<sup>86</sup>. L'année 1988 voit la mise en place du plan Évin<sup>87</sup> visant lui aussi « la poursuite du plan de rationalisation des dépenses de santé<sup>88</sup> » et du plan SPRESS (système de prévention rapide des risques sociaux) ayant pour objectif la lutte contre les facteurs de pauvreté. Le plan Veil<sup>89</sup> de 1993 visait aussi à agir sur les dépenses de santé et propose de relancer la signature de conventions notamment avec les médecins<sup>90</sup>.

<sup>80</sup> À titre d'exemple, procès-verbal de la séance du 22 novembre 1948 : les demandes de remboursement de cure thermale, en 1948 étaient de 202, contre 286 en 1947. Une baisse qui s'explique par une circulaire, adressée par la Caisse nationale aux médecins, leur exposant les conditions de cure. Ainsi, le Conseil d'administration remercie les médecins d'avoir fait moins de demandes. Sur les 202 demandes, seules 125 ont été acceptées. Les actions menées portent aussi sur le remboursement des prothèses dentaires.

<sup>81</sup> Cf. en outre les mesures "autoritaires" de blocage des prix du président du Conseil, Antoine Pinay de 1952, accompagnées d'une baisse de 5 % du prix des médicaments, B. Valat, *op. cit.*, p. 362.

<sup>82</sup> Procès-verbal de la séance du 18 octobre 1984.

<sup>83</sup> Lettres du 11 juillet 1984 et du 30 juin 1986. Derlin a été président FO du CA de la CNAMTS de 1967 à 1991.

<sup>84</sup> Procès-verbal de la séance du 18 octobre 1984.

<sup>85</sup> Longtemps laissée à la négociation de l'échelon local, la signature des conventions avec le corps médical devient nationale à partir de 1971.

<sup>86</sup> 12,05 % dans le Gers contre 10,30 % au niveau national, ces chiffres sont issus du rapport sur l'évolution des dépenses de santé par le directeur adjoint Fages, procès-verbal de la séance du 16 juin 1987.

<sup>87</sup> Plan mentionné dans le procès-verbal de la séance du 21 décembre 1988.

<sup>88</sup> Procès-verbal de la séance du 28 septembre 1988, propos du médecin-conseil M. Bernier, lors de sa présentation du rapport d'activité du contrôle médical.

<sup>89</sup> Présenté le 29 juin 1993 par Simone Veil, ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville, du 31 mars 1993 au 12 mai 1995, sous le gouvernement Balladur.

<sup>90</sup> Procès-verbal de la séance du 28 octobre 1993, mentionnant une convention médicale nationale "récemment" signée par les Syndicats des Médecins et les CNAMTS et MSA (la Caisse des travailleurs indépendants ne l'a pas signée).

En parallèle, il est décidé une hausse du ticket modérateur et du forfait hospitalier<sup>91</sup>, entraînant l'opposition de certains administrateurs et l'étonnement du directeur adjoint Fages de voir « ô combien » les administrateurs s'offusquent devant de telles mesures gouvernementales et restent pourtant passifs face aux hausses excessives de certains praticiens »<sup>92</sup>. C'est notamment le cas dans le Gers des dentistes et chirurgiens-dentistes. Le directeur rappelle alors sur ce point les propos du directeur de la CNAMTS, Gilles Johanet, lors des journées de l'Assurance maladie : « il est paradoxal que quand un médecin décide unilatéralement d'augmenter le ticket modérateur de 5 F on ne bouge pas et on trouve ça normal et à l'inverse quand le gouvernement décide d'augmenter de 5 points le ticket modérateur en application des lois de la République, on trouve la démarche scandaleuse ».

Toujours pour une meilleure maîtrise des coûts, on assiste ensuite au lancement des génériques afin de limiter la hausse des dépenses pharmaceutiques : « les médicaments génériques peuvent être une étape pour limiter les dépenses de santé »<sup>93</sup>. À partir de 2012, le projet « tiers payant contre générique » est mis en place et constitue le point central du plan d'économie de la Caisse nationale pour 2012 et par anticipation pour les années à venir. Ces engagements nationaux résultent du constat d'une baisse de l'utilisation des génériques, c'est notamment le cas du Gers. Certains médecins ont ainsi pris l'habitude de préciser dans leurs ordonnances : médicaments « non substituables », ne permettant pas aux pharmaciens de proposer le générique. La Caisse du Gers décide de mener des actions favorisant leur recours et vise trois publics : inciter les pharmaciens à remplacer, lorsque cela est possible, le médicament par le générique ; ne plus pratiquer l'avance des frais pharmaceutiques pour les personnes ne souhaitant pas de génériques ; enfin, communiquer avec le corps médical sur le sujet et plus particulièrement auprès des médecins utilisant la mention « non substituable ». En 2013, grâce à ces actions, le Gers est le département de la région où le taux de substitution par des génériques est le plus important<sup>94</sup>.

Mais c'est aussi davantage par le biais de grandes lois de réformes que les pouvoirs publics cherchent à agir sur la maîtrise des dépenses de santé.

Les ordonnances de 1967, bien qu'elles constituent la première réforme structurelle de la Sécurité sociale, seront présentées comme ayant pour objectif le redressement de la situation financière du régime général. Elles visaient à mettre en place un système responsabilisant les ménages, en limitant notamment leur « consommation médicale ». Cet axe de la réforme se traduit alors par une hausse du ticket modérateur et une limitation du recours au tiers-payant.

La réforme Juppé s'attachera elle aussi à organiser une meilleure maîtrise des dépenses de santé. Elle institue un contrôle des dépenses par le Parlement qui se traduit par le vote annuel d'une Loi de financement de Sécurité sociale, instaurant une nouvelle logique, le Parlement fixant des objectifs de dépenses par branche. Ainsi, le plan Juppé vient renforcer les responsabilités étatiques sur le système de Sécurité sociale en impliquant le Parlement et les relations de pouvoirs au sein du système français de protection sociale s'en trouvent modifiées. Un autre élément important de la réforme Juppé en matière de gouvernance est la mise en place des conventions d'objectif et de gestion (COG)<sup>95</sup>, déclinées auprès des caisses locales par des contrats pluriannuels de gestion (CPG). Le premier est signé, pour la Caisse primaire du Gers, en 1998<sup>96</sup>. À l'origine conclus pour trois ans minimum, ils étaient signés entre le directeur et le président de la Caisse primaire et le directeur et le président de la Caisse nationale et fixent les principaux axes d'orientation de la Caisse pour les années à venir. Le plan Juppé vient également renforcer le contrôle du gouvernement en tentant d'instaurer un dispositif de maîtrise comptable avec les professions médicales.

Entre 2001 et 2003 la situation économique se dégrade<sup>97</sup>. Le déficit de l'assurance maladie prévu pour 2004, est évalué à 11 milliards d'euros et le nouveau Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie pronostique qu'en cas de persistance de cette tendance il s'élèverait à 29 milliards en 2010<sup>98</sup>.

<sup>91</sup> Ce dernier passera à 55 francs, arrêté du 23 juillet 1993, JO du 30 juillet 1993.

<sup>92</sup> Procès-verbal de la séance du 2 juillet 1993.

<sup>93</sup> Procès-verbal de la séance du 16 janvier 1997, extrait du rapport sur les génériques annexé au procès-verbal.

<sup>94</sup> Procès-verbal de la séance du 25 mars 2014.

<sup>95</sup> Art. L 227-1 Code de la sécurité sociale (CSS).

<sup>96</sup> Procès-verbal de la séance du 15 janvier 1998.

<sup>97</sup> Le déficit s'élève en 2001 à 2 milliards d'euros.

<sup>98</sup> Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 23 janvier 2004, p. 11.

La loi de 2004, dite loi Douste-Blazy veut revoir l'organisation du système pour mettre fin durablement à ces difficultés financières. Ces dernières sont notamment pointées du doigt par le premier rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, dit rapport Fragonard. Son contenu est examiné le 19 février 2004 par le Conseil d'administration de la Caisse du Gers qui revient sur son but : parvenir à « un diagnostic partagé » et « évaluer le système de l'assurance maladie » tout en « appréciant les conditions requises pour en assurer la validité ». Sont également soulignés les problèmes récurrents du système. Ainsi, « la qualité ne serait pas à la hauteur de l'investissement. L'offre est parfois excessive et éclatée et mal coordonnée ... Elle serait financée par un système trop passif de prise en charge ». Les administrateurs s'accordent sur la nécessité « d'introduire des outils de pilotage et de gestion, de délimiter clairement les compétences ». La sortie de ce rapport est concomitante au remplacement du ministre Jean-François Mattei par Philippe Douste-Blazy, chargé de proposer une réforme. Quatre mois et demi plus tard, la loi du 13 août 2004 est publiée, avec comme mot d'ordre de responsabiliser les assurés face aux dépenses de santé. Plusieurs mesures seront donc prises dans ce but, comme notamment le parcours de soins : passage par un médecin traitant pour consulter un spécialiste (sauf à accepter une augmentation du ticket modérateur). Est aussi mise en place une franchise d'un euro par consultation, non prise en charge par les complémentaires santé<sup>99</sup>. Il était aussi question d'instaurer, un dossier médical personnel informatisé<sup>100</sup>. Enfin la loi prévoit un contrôle plus strict des arrêts de travail, incite au développement des génériques et prône une meilleure orientation de l'assuré au sein de l'offre de soins.

## ***B. Une gestion des organismes de Sécurité sociale plusieurs fois repensée : des conseils d'administrations des CPAM aux prérogatives de gestion de plus en plus limitées.***

En 1945, le choix est fait de confier la gestion des organismes de Sécurité sociale aux intéressés, les représentants majoritaires des salariés. Cette autonomie de gestion des organismes de Sécurité sociale sera progressivement remise en question, notamment par les ordonnances de 1967.

### ***Des prémices aux ordonnances de 1967, des attaques indirectes à l'autonomie de gestion des organismes.***

La réforme de 1967 vient chambouler le mode de gestion prévu en 1945 et s'inscrit dans un processus de réforme enclenché dès les années 1950-60. Si la loi sur les Assurances sociales faisait l'objet d'attaques régulières visant à modifier le texte initial, il en va de même pour les textes fondateurs de la Sécurité sociale. Ainsi, dès 1952, il est question de modifier les ordonnances de 1945. Parmi les questions posant problème, on trouve celle du rôle dévolu au Conseil d'administration et aux prérogatives des directeurs. Quels sont leurs marges de manœuvre ? Les textes de 1945 donnaient une autonomie importante aux conseils d'administration dans la gestion, mais ils seront remis en question par l'augmentation de pouvoirs propres aux directeurs<sup>101</sup>. Parmi les premières tentatives de réforme, le décret du 9 août 1953<sup>102</sup> donne à l'autorité ministérielle le droit d'examiner les mesures relatives aux éléments de rémunération des agents des organismes de Sécurité sociale.

<sup>99</sup> La loi reprend en fait le ticket modérateur d'ordre public (TMOP) du plan Barrot de 1979, cette mesure, prévue dans la réforme de 1967, ne sera pas appliquée.

<sup>100</sup> Mesure qui n'est pas à ce jour effective. Son refus pourrait se traduire par une baisse des remboursements.

<sup>101</sup> Sur le sujet cf. Rapport de l'EN3S « *La place et le rôle des directeurs locaux au sein des nouvelles organisations des organismes de Sécurité sociale* », sous la direction de M. Philippe Georges, décembre 2012.

<sup>102</sup> Décret n°53-707 du 9 août 1953 *relatif au contrôle de l'Etat sur les entreprises publiques nationales et certains organismes ayant un objet d'ordre économique ou social*. Il prévoit en son article 6 que « ... dans les organismes de Sécurité sociale, les mesures relatives aux éléments de rémunération du personnel doivent, avant toute décision, être communiquées au ministre intéressé, qui les soumet pour avis à une commission interministérielle présidée par le ministre des finances et des affaires économiques ... » J.O. du 10 août 1953, p, 7051. Un décret du 22 juin 1960 complète cet article par : « Ces mesures ne deviennent ensuite exécutoires qu'après avoir reçu l'approbation du ministre intéressé et du ministre des finances ».

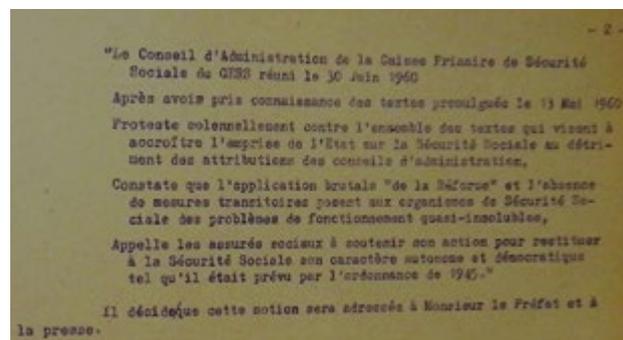
Ce texte, « visant à porter atteinte à l'autonomie de nos structures »<sup>103</sup>, va provoquer de vives réactions chez les administrateurs de la Caisse du Gers. La question de la perte d'autonomie des Conseils d'administration est récurrente et cristallise souvent les débats lors des projets de réforme du système de protection sociale, allant parfois jusqu'à en éluder certaines priorités<sup>104</sup>.

Cependant, ce n'est que le 16 juin 1960, qu'apparaît, pour la première fois, l'expression « réforme de la Sécurité sociale » dans un procès-verbal du Conseil d'administration de la CPSS du Gers. Une expression employée par le Président Lousteau, en écho au décret n° 60-452 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la Sécurité sociale. Les caisses s'interrogent notamment sur le transfert de certaines attributions des caisses régionales aux caisses primaires<sup>105</sup>. Ce décret prévoit des pouvoirs propres des directeurs jusque-là exercés par les conseils d'administration, et crée une structure bicéphale<sup>106</sup>.

Outre son contenu, c'est son processus d'élaboration qui suscitera une vive contestation des organismes de Sécurité sociale et de la FNOSS. Les discussions sur le projet débutent lors d'une réunion du 7 janvier 1960, entre le ministère et les directeurs de l'UNCAF et de la FNOSS. Un texte très général leur est alors présenté, qualifié par la FNOSS de "non alarmant". Or, le 9 février, apprenant "par hasard" que « le Conseil supérieur de la Sécurité sociale est convoqué pour examiner un projet de réforme qui ne serait pas soumis aux organisations syndicales », elle décide de réagir auprès du ministère du Travail qui annule cette réunion. Le 19 février, le Conseil d'administration de la FNOSS constate que le projet de décret apporte de « profondes modifications dans plusieurs domaines sauf celui des prestations ». Une motion contre le texte est adoptée, et un bras de fer s'engage entre ses

représentants et le gouvernement. Le 1er mars, le président et le directeur de la Fédération sont convoqués à Matignon. Après plusieurs heures de discussions « un texte très différent est arrêté ». Le 4 mars 1960, les présidents et directeurs de Caisses se réunissent à Paris<sup>107</sup> pour en discuter.

La réaction des administrateurs de la Caisse du Gers est en adéquation avec les craintes de la FNOSS. Ils voient dans ces mesures, des tentatives de l'État visant à accroître son « emprise sur la Sécurité sociale au détriment des attributions des conseils d'administration »<sup>108</sup>. Ainsi, une motion déposée par les administrateurs Lacave et Lasserre est adoptée lors de la réunion du Conseil du 30 juin 1960.



*Motion du 30 juin 1960*

On constate par la suite une baisse significative du nombre de réunions. Ainsi, de mai à décembre 1960, le Conseil d'administration de la C.P.S.S. du Gers se réunira trois fois. En 1961, on dénombre seulement trois réunions<sup>109</sup>, suscitant à son encontre un rappel à l'ordre du directeur régional de la Sécurité sociale, qui par courriers des 13 octobre et 17 novembre relève « le nombre réduit des réunions du conseil »<sup>110</sup>.

<sup>103</sup> Procès-verbal de la séance du 21 août 1953. Le Conseil d'administration décide « d'envoyer à chaque parlementaire du Gers une lettre de protestation contre le décret 53.707 du 9 août 1953 ».

<sup>104</sup> R. Ruellan, « Qui est responsable de la Sécurité sociale », *Droit social*, n° 9-10 septembre-octobre 1995, p.720

<sup>105</sup> Notamment en matière d'invalidité et d'accidents du travail. Ce point est soulevé par le Président Lousteau, procès-verbal de la séance du 16 juin 1960.

<sup>106</sup> Par l'article 14 du décret « le directeur assure le fonctionnement de l'organisme sous le contrôle du conseil d'administration ... a seul autorité sur le personnel et fixe l'organisation du travail dans les services ». JO 13 mai 1960, p. 4361.

<sup>107</sup> Cette réunion et l'ensemble des événements évoqués dans ce paragraphe sont extraits du procès-verbal de la séance du 17 mars 1960.

<sup>108</sup> Procès-verbal de la séance du 30 juin 1960.

<sup>109</sup> Le 19 janvier, le 21 septembre et le 30 novembre.

<sup>110</sup> Procès-verbal de la séance du 30 novembre 1961.

Le Conseil d'administration pour se justifier, avance qu'il n'y a « pas lieu de se réunir, d'autant que les différentes commissions règlent la plupart des questions ». Sous la pression de la direction régionale, une nouvelle réunion aura finalement lieu le 20 décembre. Pour l'année 1962, on compte cinq réunions.

La dernière atteinte est portée par le décret du 5 janvier 1963. Ce texte prévoit notamment une « désignation par le Pouvoir » des personnes qualifiées, jusque ici choisies par le Conseil d'administration. Ce texte confirme ainsi l'immixtion de l'État dans la gestion des caisses. Les administrateurs de la Caisse Primaire du Gers vont alors chercher à s'opposer à l'autorité de tutelle en émettant un avis défavorable aux propositions du ministre et en demandant que soient retenus leurs candidats : Bordes et Dilhan. En vain.

### **Les ordonnances "scélérates" de 1967 :**

Afin de lutter contre la hausse des dépenses de santé, la réforme de 1967 prévoit une réforme structurelle des institutions de Sécurité sociale par une séparation des risques. Depuis plusieurs années les rapports sur le sujet s'accumulent<sup>111</sup>. À partir de septembre 1966, la réforme apparaît inévitable, seule incertitude, son étendue. Le discours du Premier ministre Pompidou laisse penser à un projet ambitieux, parlant « de présenter un plan général de réforme de la Sécurité sociale dans un grand débat devant une assemblée nouvellement élue pour cinq ans (...). On pourra étudier à fond le problème car il faut que le pays et ses représentants la tranche »<sup>112</sup>. Si le Premier ministre reste

vague sur le contenu de la réforme, il informe sur le calendrier : il est décidé d'attendre les élections législatives de 1967 pour présenter le projet. Mais, suite à la faible majorité obtenue par son parti, Georges Pompidou décide d'avoir recours à la procédure de l'ordonnance. Ce choix, mal perçu par l'opposition parlementaire, coupe court au grand débat annoncé quelques mois plus tôt. Le climat autour du projet de réforme se crispe<sup>113</sup>. Finalement, le 21 avril 1967, quatre ordonnances sont déposées, suivies au cours de l'automne 1967 de plusieurs décrets d'application.

L'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 *relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale* reprend nombre d'éléments du rapport du CNPF de juin 1965, notamment l'éclatement de la Caisse nationale de Sécurité sociale en trois caisses, un changement de terminologie la Caisse primaire de Sécurité sociale devenant Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM), la modification de la composition des conseils d'administration et du système de représentation.

Les critiques porteront surtout sur la suppression des élections et l'instauration du paritarisme au sein des conseils d'administration avec un nombre égal de représentants du patronat et des syndicats ouvriers, le nombre d'administrateurs passe de 31 à 18 (9 représentants des syndicats de salariés et 9 du CNPF). Mais c'est avant tout la suppression de leur élection qui sera à l'origine des plus vifs débats. Les représentants sont désormais désignés par les organisations syndicales, ce qui désavantage l'organisation la plus représentative (CGT). À l'inverse, ce nouveau type de désignation profite au syndicat des cadres (CGC).

<sup>111</sup> Le rapport Dobler (1963) chargé d'examiner les perspectives financières de la Sécurité sociale à l'horizon 1970, le rapport Bordaz (mai 1965) sur l'étude de l'évolution des prestations, les rapports Canivet et Friedel (avril 1964) portant sur le premier sur l'Assurance maladie et le second sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale et la réforme institutionnelle. Enfin le rapport CNPF de juin 1965, prévoyait notamment des Conseils d'administrations paritaires dont les membres seraient désignés et non plus élus. Source : J. Bichot, « *Les politiques sociales en France au XXe siècle* », Armand Colin, Paris, 1997. p. 99 à 102.

<sup>112</sup> A. Barjot, « *La Sécurité Sociale, son histoire à travers les textes* », Tome 3 : 1945-1981, Comité d'histoire de la Sécurité sociale Paris, 1988, p. 481.

<sup>113</sup> Plusieurs motions de censure sont déposées sans succès contre le Gouvernement, les 20 mai, 9 et 16 Juin 1967.

Ainsi, le 8 novembre 1967, le Conseil d'administration nouvellement désigné de la Caisse primaire d'Assurance maladie du Gers est installé et se compose comme suit :

#### REPRESENTANTS DU PATRONAT

ZANCANARO Ambroise  
NASSANS Albert  
GUEUGUIL Jean  
DURRIEU Jacques  
CASTEL Roger  
CHABANON Maurice  
BRANET Marc  
BENAC Henri  
ALLETZ René

#### REPRESENTANTS DES SYNDICATS OUVRIERS

LASSERRE Camille	CGT
MORAIN Jacques	CGT
PUJOL Augustin	CGT
BERENGUER Gaston	CGT-FO
CLAVE Jean	CGT-FO
LACAVE Robert	CFDT
MEYNENT André	CFDT
SABALOS Gabriel	CFTC
SENS Jean	CGC

Cette première désignation du Conseil d'administration<sup>114</sup> s'accompagne des premières motions syndicales relayant les revendications nationales. Les critiques les plus acerbes viennent de la CGT qui condamne dans leur totalité les ordonnances de 1967, position également soutenue par la CFDT. Les administrateurs CGT du Gers reprennent ainsi les éléments rhétoriques nationaux : « Nous avons engagé la lutte et nous la poursuivrons jusqu'à l'abrogation pure et simple de l'ensemble des textes ». Ils reprochent la division de la Caisse nationale de Sécurité sociale en trois organismes « le morcellement de la Sécurité sociale en trois secteurs, administrativement et financièrement distincts, constitue une atteinte très grave à son unité et détruit la solidarité des risques ». Ils y voient une volonté d'isoler l'assurance maladie et de limiter son efficacité.

Mais c'est surtout le début d'une opposition marquée entre les syndicats de salariés et notamment entre les administrateurs FO et CGT pour qui : « en raison de l'attitude des dirigeants FO, les patrons et le gouvernement obtiennent l'appoint pour mettre la haute main sur les Conseils d'administration ». Il est ainsi reproché au syndicat FO de « jouer le jeu » des institutions, au lieu de s'y opposer purement et simplement, comme le feront les administrateurs CGT qui décident de ne plus participer aux votes lors des réunions du Conseil d'administration ni aux désignations : « La CGT ne présenterait pas de candidats pour les présidences et vice-présidences de tous les conseils d'administration ».

Ainsi, lors de la mise en place du Conseil d'administration, en novembre 1967, la candidature au poste de vice-président à la CPAM du Gers sera le fruit d'un accord entre les différentes forces syndicales salariales en présence, exception faite de la CGT, volontairement exclue. Les représentants des organisations syndicales demandent une « pause » du fait de l'absence de candidature. Après une brève suspension de séance, il est déclaré : « à la demande des Organisations Syndicales ci-après : FO, Cadres, CFTC, nous proposons la candidature de Monsieur Berenguer ». Ainsi jusqu'en 1982, le Conseil d'administration du Gers sera présidé par un administrateur issu du CNPF, Jacques Durrieu et un vice-président CGT-FO, Gaston Berenguer. Une fois le président et le vice-président élus, le nouveau président Durrieu souligne « avoir pris le climat de la réunion » et que le Gers ne fait pas exception, « comme ailleurs on a suivi des directives nationales ». Il fait une requête : « je fais appel à vous pour que nous fassions une exception (...) je vous demande pour administrer la Caisse d'oublier ce que vous êtes sur le plan social et ne penser que ce que vous êtes sur le plan humain ».

Les ordonnances du 21 août 1967 entraînent presque quinze années de relations tendues au sein du Conseil d'administration et chaque nouvelle élection sera l'occasion de rappeler l'opposition à la réforme de 1967.

<sup>114</sup> Procès-verbal de la séance du 8 novembre 1967 pour les références de ce paragraphe et du suivant.

Les administrateurs CGT continuent de s'abstenir de tout vote, réclamant le retour du système électif et la fin de la parité. Ainsi, lors du renouvellement du Conseil d'administration le 12 novembre 1971, ils soulignent que, « quatre années d'application des ordonnances confirment la justesse de notre attitude. Les cotisations et le ticket modérateur ont été augmentés. Les prestations se sont dégradées, mais le prétendu déficit est aujourd'hui brandi en permanence par M. Boulin<sup>115</sup> pour justifier de nouvelles mesures restrictives, comme il l'était hier par M. Jeanneney pour préparer les ordonnances ». Ils rajoutent que « la CGT conteste formellement au Patronat le droit de gérer le régime de Sécurité sociale et même d'être représenté dans les conseils ». En 1975, elle tire un bilan plus que négatif de ces huit années de gestion paritaire, dénonçant une nouvelle fois la connivence entre les ordonnances de 1967 et la CNPF : « Cette gestion a été confiée au CNPF par les Ordonnances de 1967 (...) François Ceyrac<sup>116</sup>, dans une déclaration en date du 31 mai 1972, admet les liens entre la réforme de 1967 et le projet du CNPF "la ligne politique du CNPF avait été précisée en 1965 dans un fameux livre blanc, qui indiquait les conceptions gouvernementales, les buts politiques du CNPF en matière de Sécurité sociale et qui a joué un rôle déterminant dans les réflexions ultérieures du Gouvernement" ». En 1980 encore, la CGT souligne l'affaiblissement du rôle des conseils d'administration<sup>117</sup>, tout en dénonçant la complexité du système « La Sécurité sociale est devenue une énorme machine régie par des dizaines de milliers de textes où personne, même les ministres, ne s'y retrouve plus ». Le syndicat FO maintient ses positions tout en répondant aux attaques qui lui sont faites : « nous

avons cessé de mener ce combat afin que, dans ce domaine qui nous est propre, celui de l'Assurance maladie, nous débouchions enfin sur une politique de santé efficace et réaliste permettant de passer les caps difficiles »<sup>118</sup>. Son représentant au Conseil d'administration, Gaston Berenguer se défend et souligne le manque d'implication de « certains » qui « se sont abstenus depuis huit ans de prendre leurs responsabilités » dans plusieurs domaines « qu'il s'agisse de la gestion administrative c'est à dire des budgets des caisses; qu'il s'agisse des prestations c'est à dire de la politique de fermeté qui doit présider aux rapports avec les professions de santé dans le cadre de conventions ».

Ce n'est qu'après l'arrivée de la gauche au pouvoir en 1981, que les syndicats opposants obtiendront satisfaction, comme le souligne l'administratrice CGT Mme Canezin « La loi du 17 décembre 1982 a ouvert la voie à un changement dans la gestion de la Sécurité sociale. C'était là le résultat de nombreuses luttes menées contre les ordonnances de 1967, luttes pour lesquelles la CGT a joué un rôle essentiel »<sup>119</sup>. La loi revient à l'élection uniquement des représentants salariés qui redeviennent majoritaires et permet le retour de représentants issus de la Mutualité<sup>120</sup>.

Au sein du Conseil d'administration de la Caisse du Gers, la CGT se réjouit de cette réforme : « Nous devrions être nombreux dans cette assemblée à nous féliciter de ce que la domination patronale dans les conseils ne soit plus possible », tout en taclant au passage le syndicat Force-ouvrière qui perd sa position de privilégié. Ainsi, « avec 29,12 %, la CGT a été confirmée comme la première organisation syndicale de notre département »<sup>121</sup>.

<sup>115</sup> Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, du 22 juin 1969 au 5 juillet 1972.

<sup>116</sup> Président du CNPF de 1972 à 1981.

<sup>117</sup> Procès-verbal de la séance du 18 janvier 1980, motion CGT « malgré toutes nos contestations le Conseil d'administration est de plus en plus une simple chambre d'enregistrement, le transfert des pouvoirs aux commissions n'ayant, de toute évidence, pour seul objet que de minorer encore la représentation de la CGT et de la CFDT en les mettant hors d'état de jouer un rôle ».

<sup>118</sup> Procès-verbal de la séance du 12 novembre 1971.

<sup>119</sup> Procès-verbal de la séance du 12 Avril 1984, propos de Mme Canezin, administratrice CGT.

<sup>120</sup> « la loi du 17 décembre 1982 fixant la nouvelle composition des Conseils d'administration des organismes du régime général a permis que les représentants du mouvement mutualiste français siègent, aux côtés des représentants des organisations syndicales et professionnelles, dans les Conseils d'administration des Caisses d'Assurance maladie. », Pouches, procès-verbal de la séance du 12 avril 1984.

<sup>121</sup> Résultats aux élections de la Sécurité sociale du 19 Octobre 1983, ces chiffres sont rappelés par l'administratrice CGT Mme Canezin, procès-verbal de la séance du 12 avril 1984.

Il apparaît alors évident pour les administrateurs CGT de présenter un candidat à la présidence, poste qui selon eux « nous revient ». Cette candidature CGT est soutenue par la CFDT, qui demande la vice-présidence. Mais la présidence restera aux mains de la coalition antérieure : Claude Lacambra (FO) est élu président, M. Sens (CGC), premier vice-président et M. Lambey (Patronat) deuxième vice-président<sup>122</sup>.

Si la loi du 17 décembre 1982 voulait rétablir l'élection des représentants de salariés, son application est rapidement remise en question. En 1991 de nouvelles élections devaient être organisées mais n'auront jamais lieu. Les Conseils d'administration sont alors renouvelés sur les résultats des élections de 1983. La CGT le déplore : « Ne devons-nous pas nous interroger sur la suppression de cette élection ? Ne sape-t-elle pas une fois de plus les principes de la gestion démocratique à l'origine de la création du système ? »<sup>123</sup>. Elle regrette la suppression du débat qui aurait pu avoir lieu à cette occasion.

Un débat a cependant eu lieu en 1987<sup>124</sup>, lors des États généraux de la Sécurité sociale. S'ils sont mentionnés lors de la séance du 24 mars 1987, le Conseil d'administration du Gers fait peu référence à cet événement censé « convaincre la population que la Sécurité sociale était en crise »<sup>125</sup> tout en apportant certaines solutions. Parmi elles, la mise en place d'un financement fiscalisé qui verra le jour au 1er février 1991 par la contribution sociale généralisée (CSG) marquant un tournant dans le financement de la Sécurité sociale<sup>126</sup> non plus seulement basé sur les cotisations, fondement de base du système de 1945.

### **La réforme Juppé, une nouvelle réorganisation des pouvoirs :**

« À l'automne 1995 (...) la Sécurité sociale était arrivée, 50 ans après sa création, à la croisée des chemins. La permanence et l'importance des déficits, la nécessité absolue de maîtriser l'évolution des dépenses, la fiscalisation croissante des ressources accompagnant sa généralisation à toute la population, militaient objectivement pour une nouvelle définition des responsabilités. Par ailleurs, la prise de conscience de l'interdépendance des problèmes économiques, sanitaires et sociaux débouchait, à l'évidence, sur une redéfinition des responsabilités de l'État dans les choix stratégiques concernant la Sécurité sociale »<sup>127</sup>. Ces phrases de Rolande Ruellan résumant le contexte et les objectifs de la réforme de 1996, communément appelée réforme Juppé.

Depuis la réforme de 1967, les motions des organisations syndicales dénoncent la perte d'autonomie et de prérogatives des Conseils d'administration. Ce sentiment de perte de pouvoir se traduit le plus fréquemment, par un absentéisme élevé en leur sein, comme en attestent les procès-verbaux de la Caisse du Gers. Il traduit un sentiment d'impuissance face aux décisions à prendre : « Nous administrateurs nous avons peu de pouvoirs. Ainsi, nous ne sommes pas associés à la préparation des décisions à l'élaboration des budgets, des projets. On nous informe des uns et des autres et nous devons nous déterminer, le temps d'un Conseil d'administration, sur des sujets où la réflexion a été menée par d'autres. Une des conséquences est un fort absentéisme, de 4 à 12 absents ou excusés sur 25 administrateurs à chaque réunion lors des années précédentes »<sup>128</sup>. De fait, la réforme Juppé se donne pour mission de clarifier les modes de gestion des institutions de Sécurité sociale.

<sup>122</sup> Élection lors de la séance du 12 avril 1984.

<sup>123</sup> Déclaration de la CGT, lors de l'installation du nouveau Conseil d'administration, annexe du procès-verbal de la séance du 3 avril 1991.

<sup>124</sup> Les États généraux de la Sécurité sociale débutent en mars 1987, « ils se déroulent dans chaque département pendant plus d'un mois et sont pilotés par un comité de six sages, présidé par P. Laroque. Ils se terminent le 12 et 13 novembre, avec la remise d'un rapport au Premier ministre (Jacques Chirac) », article de M. Landré « *Sécu : quand Fillon imite Séguin* », Blog du Figaro, 25 novembre 2010.

<sup>125</sup> B. Palier, « *Gouverner la Sécurité sociale, les réformes du système français de protection sociale depuis 1945* », PUF, 2002, p. 366

<sup>126</sup> La CSG sera appliquée à partir du 1er février 1991.

<sup>127</sup> R. Ruellan, « Clarification des pouvoirs et rénovation du système », *Droit social*, n° 9-10, septembre-octobre 1996, p. 779.

<sup>128</sup> Déclaration de la CGT lors de l'installation du nouveau Conseil d'administration, annexe du procès-verbal de la séance du 3 avril 1991.

En 1990, le rapport de la Cour des comptes sur la CNAMTS vient discréditer la gestion des partenaires sociaux et des révélations gênantes concernant la gestion des caisses paraissent dans la presse<sup>129</sup>. Ce rapport de la Cour des comptes révèle certaines dérives financières des partenaires sociaux, dénonce l'utilisation des régimes par certains syndicats pour asseoir leur position dominante. La CNAMTS est ainsi décrite comme « un fief Force ouvrière »<sup>130</sup>.

À ces révélations, s'ajoute un déficit en constante augmentation. En 1995, la Commission des comptes de la Sécurité sociale estime le déficit du régime général pour 1994 et 1995 à respectivement 56 et 62 milliards de francs. En la matière, le plan Juppé veut rompre avec les précédents plans de redressement des comptes<sup>131</sup>. Il traduit la volonté de l'État de mettre en place une politique publique de protection sociale globale, visant à transformer le système tout en clarifiant le rôle des acteurs. Le rapport de la Cour des comptes mettait en lumière une crise de gouvernance.

Depuis la réforme de 1967, la gestion est aux mains de trois acteurs majeurs : État, représentants des employeurs et des syndicats de salariés. Or, depuis quelques années l'État tendait à affirmer son autorité sur les partenaires sociaux mais sans pleinement maîtriser la politique de protection sociale. Jusque-là, les réformes proposées renforçaient son rôle en la matière, accentuaient son pouvoir réglementaire, sans remettre en cause le

principe de gestion des organismes de Sécurité sociale par les intéressés, fondement de la démocratie sociale voulue par les pères fondateurs. En 1996, la réforme Juppé veut clarifier la répartition des pouvoirs entre les acteurs et revoir la question des moyens de gestion et de contrôle du système de Sécurité sociale.

Le plan Juppé réintroduit la gestion paritaire des organismes de Sécurité sociale, remet en question le rôle joué par les partenaires sociaux dans leur gestion ce qui est justifié par l'évolution du mode de financement de la Sécurité sociale. Le système de 1945 prévoyait une adéquation entre type de financement et mode de gestion, le financement reposait sur les cotisations sociales d'où une gestion aux mains des représentants sociaux et la Sécurité sociale concernait essentiellement les salariés. Il semblait donc logique de confier sa gestion à leurs représentants. Avec la généralisation du système et l'introduction progressive du financement par l'impôt, il apparaît nécessaire de se pencher sur d'autres modes de gestion. Ce à quoi s'ajoute la faible audience des syndicats auprès des salariés à la différence du lendemain de la Seconde Guerre. Tout ceci appelait une remise en question du rôle des représentants syndicaux au sein des caisses de Sécurité sociale. Comme en 1967, cette analyse est en partie soutenue par le patronat, dans un rapport du 25 janvier 1995<sup>132</sup>.

Il se prononce également pour une redéfinition du rôle du Conseil d'administration qui aurait plus un rôle de conseil de surveillance, les acteurs sociaux jouant plus un rôle d'orientation que de gestion. Les syndicats des salariés s'opposent à la remise en question de leur légitimité dans la gestion des organismes, tout comme au financement fiscalisé qui légitime cette perte d'autonomie.

<sup>129</sup> B. Palier, *op. cit.*, p. 357, Le 29 juin 1990, *L'Express* titre sa première page « Sécu la vieille dame indigne », *Le Monde* parle lui de la munificence excessive de la CNAM, l'article de J.M Lenormand fait référence au rapport de la Cours des comptes en ces termes "jamais un rapport de la Cour des comptes aura été aussi radical". À quoi s'ajoute une série d'articles publiés du 26 juin au 1er juillet 1995, intitulés « Protection sociale : enquête sur 1500 milliards au-dessus de tout soupçon ». Le quotidien *Les Échos* quant à lui jette le doute sur les partenaires sociaux.

<sup>130</sup> Catrice-Lorey, « La Sécurité sociale et la démocratie sociale : impasse ou refondation ? » *Prévenir*, n°29, 2e semestre 1995, p. 68, cité par B. Palier, *op. cit.*, p.357. Le Conseil d'administration du Gers est présidé par Lacambra (FO), depuis 1982. Antérieurement Force ouvrière occupait depuis 1967 le poste de vice-président.

<sup>131</sup> Sous Giscard-d'Estaing, six plans de redressement : plans Durafour, Barre, Veil, deuxième plan Veil, plans Barrot de 1979 et 1980. Sous les deux septennats de Mitterrand, là encore, ils se multiplient : plans Questiaux, Bérégovoy, Delors et Dufoix de 1981 à 1985 ; puis de 1986 à 1992, les trois plans Séguin, plans Évin, le plan Veil de 1993. *cf.* J. Bichot, *op. cit.* p. 138 à 147.

<sup>132</sup> « *Paritarisme : conditions et enjeux* », issu des travaux d'un groupe de travail présidé par Arnaud Leenhardt, président de l'UIMM et président de la Commission des affaires sociales du CNPF, cité par B. Palier, *op. cit.*, p. 358.

Dans les faits, la réforme de 1996 se traduit par un retour à la désignation des administrateurs par les organisations représentatives mettant fin à une situation anormale : l'absence d'élections depuis 1991. Les pouvoirs des conseils d'administration sont encore réduits. Une nouvelle procédure dite des « trois noms » est mise en place pour la nomination des directeurs de caisses. Le directeur de la caisse nationale propose trois candidats qu'il soumet au Conseil d'administration de la caisse chargé d'en choisir un. Quant au directeur de la Caisse nationale, il est nommé par le gouvernement.

### *Accueil et bilan d'une réforme critiquée :*

La réforme Juppé fera l'objet d'importants mouvements d'opposition, obligeant le gouvernement à abandonner certains points. Pour les syndicats FO et CGT, leur rôle au sein de la Sécurité sociale est menacé.



*Manifestation à Toulouse, photo Georges Portalès.*

Selon Marc Blondel, secrétaire général de Force-Ouvrière, « c'est la plus grande opération de rapt de l'histoire de la République, c'est la fin de la Sécurité sociale (...). En décidant que le Parlement allait donner les orientations de la protection sociale, il rafla 2 200 milliards de francs de cotisations sociales. (...) Nous, nous disions qu'il était nécessaire de réagir pour essayer de sauvegarder la Sécurité sociale, mais on nous la vole ! »<sup>133</sup>. Face

aux levées de boucliers, certaines mesures seront reportées, d'autres seront reprises par les gouvernements suivants.

Le corps médical exprimera lui aussi son opposition au plan Juppé. La CNAMTS doit répondre à une campagne d'affiches dans les cabinets médicaux<sup>134</sup> titrant : « grève dans le corps médical prévue pour le 18 décembre 1996 ». Ces affiches « font mention d'un prétendu rationnement des soins que porterait la réforme de la Sécurité sociale en cours ». Comme le souligne le Conseil d'administration de la CPAM du Gers, lors de la séance du 19 décembre 1996, « La CNAMTS ne peut laisser circuler des informations inexactes : ni les textes des ordonnances sur la réforme de la Sécurité Sociale, ni aucune proposition formulée par les Caisses nationales ne prévoient de fixer un nombre limité d'actes par médecin ou de leur imposer une quelconque limitation individuelle de leur activité, qui pourrait les conduire à fermer leurs cabinets en fin d'année ». Les craintes des médecins sont en fait liées à la mise en place de la maîtrise comptable des actes médicaux.

Au cours des années qui suivent le plan Juppé, le dialogue entre la CNAMTS et l'État connaît des difficultés. Le transfert de la gestion de la politique de la protection sociale dans les mains de l'État est parfois difficilement accepté ; dorénavant, il a le dernier mot pour les réformes engagées, la CNAMTS ayant davantage un rôle consultatif, peu suivi d'effet<sup>135</sup>. Le plus souvent le gouvernement ne suit pas les propositions des directeurs successifs de la Caisse nationale<sup>136</sup> qui disposeront d'une faible marge de manœuvre, comme en témoigne l'échec du plan Johanet (1998-1999).

Ce plan, adopté par le Conseil d'administration de la Caisse nationale le 12 juillet 1999, prévoit une refonte du système de soins. Il est cependant peu évoqué dans les procès-verbaux de la CPAM du Gers et y soulève l'opposition de la CGT et de FO. Le MEDEF, très favorable au projet, conditionne son maintien au sein du Conseil d'administration de la CNAMTS à l'application rapide de ce plan intitulé : « des soins de qualité pour tous, passant par une refonte du système et une offre de soins plus adaptée ».

<sup>133</sup> Cité dans le Monde du 17 novembre 1995, p. 12.

<sup>134</sup> L'affaire est mentionnée en annexe du procès-verbal de la séance du 19 décembre 1996.

<sup>135</sup> Par exemple, les gouvernements Juppé puis Jospin vont désavouer les propositions faites par la CNAMTS, en refusant notamment les propositions visant à contrôler plus sévèrement l'activité médicale.

<sup>136</sup> MM. Rameix / Fragonard / Johanet

L'idée, comme le souligne Michel Lages, dans « L'évolution de la gouvernance de la Sécurité sociale », est de faire sortir l'Assurance maladie du rôle de payeur aveugle, pour celui « d'acheteur avisé »<sup>137</sup>. Gilles Johanet fait 35 propositions touchant à l'ensemble du champ de la santé. Il s'agissait de mieux définir "le panier de soins" en responsabilisant les acteurs. Le plan comportait un volet hôpital et donnait aussi une place aux régimes complémentaires.

En résumé il visait à instaurer une meilleure maîtrise de l'offre, Il était censé préparer le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000, la convention d'objectif et de gestion pour 2000-2002 et le projet de branche de l'Assurance maladie. Il prévoyait également de redonner un rôle au Conseil d'administration de la CNAM. Il restera sans suite au motif de l'empiètement de la Caisse nationale sur les prérogatives étatiques, notamment en matière hospitalière et l'Assurance maladie perdra certaines compétences au profit des Agence régionales d'hospitalisation.

Les administrateurs du régime général ne seront pas renouvelés en octobre 2001 par le MEDEF et la CGPME, mais des éléments du plan Johanet se retrouvent dans la Loi Douste-Blazy

#### *La réforme Douste-Blazy, de 2004 :*

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie est souvent décrite comme visant à responsabiliser le patient et le corps médical tout en œuvrant à une amélioration du système de soins. Elle joue un rôle central dans la définition de notre système de protection sociale actuel. Elle comporte, elle aussi, un volet institutionnel en instaurant une nouvelle gouvernance de l'Assurance maladie. Mais au-delà, elle visait avant tout à renouer avec le corps médical et avec le MEDEF. Elle doit permettre son retour dans les conseils d'administration dont il est absent depuis octobre 2001<sup>138</sup>, ce qui venait compliquer

la situation déjà tendue de l'Assurance maladie<sup>139</sup> et nuisait au caractère paritaire des conseils d'administration (bien que dans les faits ce départ n'ait eu que peu de conséquences pratiques grâce au maintien de l'Union professionnelle artisanale en leur sein).

La loi résulte de nombreux travaux préparatoires à l'initiative du Gouvernement et du Parlement, afin d'arriver à un texte consensuel. Le projet comporte un volet entier sur la "nouvelle gouvernance". Le projet de loi, bien qu'éloigné des volontés des partenaires sociaux<sup>140</sup>, sera peu remis en question par le Conseil d'administration de la CNAM. Le seul élément du projet débattu, concerne la désignation du directeur général : le Conseil d'administration aimerait pouvoir jouer un rôle de proposition et d'acceptation, qui conférerait ainsi selon lui, une double légitimité au directeur venant à la fois de l'État et du Conseil. Les débats à l'Assemblée nationale porteront peu sur les questions de gouvernance. Les deux Chambres adoptent le projet le 30 juillet 2004.

Ainsi, sur le plan de la gestion, la loi de 2004 ouvre la voie d'une gestion "par des techniciens"<sup>141</sup>, et le rôle du Conseil d'administration sera à nouveau réduit. Devenu « Conseil » dans la branche maladie, il n'a désormais plus qu'une compétence d'orientation, d'où sa nouvelle appellation. La nouvelle gouvernance positionne davantage ce dernier dans un pouvoir d'opposition plus que d'acceptation<sup>142</sup>. Quant aux directeurs des CPAM, à l'image du Directeur général de la Caisse nationale, ils voient leur rôle accru. Le directeur « dirige la caisse selon les orientations définies par la Caisse nationale ». Il lui revient en outre de négocier et signer seul « le contrat pluriannuel de gestion ». Il remet un rapport annuel d'activité au Président, au directeur général et à la tutelle ministérielle. Il devient chargé de nommer la commission des marchés ainsi que le conciliateur.

<sup>137</sup> Voir dans thèse citée de M. Lages « Le « Plan Stratégique », une occasion manquée », p. 175, 176.

<sup>138</sup> En 2001, le MEDEF met fin à sa participation dans les organismes paritaires de Sécurité sociale, au motif de l'intervention croissante de l'État dans le fonctionnement des régimes sociaux.

<sup>139</sup> Qui s'explique par des relations tendues entre CNAM et l'État, l'hostilité des médecins suite au plan Juppé, une branche maladie déficitaire, cf. sur ces points M. Lages, *op. cit.*, p. 177.

<sup>140</sup> Pour lesquels, « L'État doit être stratège, régulateur, arbitre, garant, mais pas gestionnaire. Les gestionnaires naturels sont les partenaires sociaux », dans rapport R. Ruellan, « *Les relations entre l'État et l'Assurance maladie* », 2 décembre 2002, p.8 cité par M. Lages, *op. cit.*, p.177-178.

<sup>141</sup> Cf. M. Lages, *op. cit.*, p. 180.

<sup>142</sup> Article R. 211-1-2 CSS, cité par M. Lages, *op. cit.*, p. 183.

Lors de la séance du 6 janvier 2005, le directeur de la DRASS de Midi-Pyrénées installe le Conseil de la CPAM du Gers, l'informe du « rôle du nouveau Conseil » qui se voit ouvert « aux partenaires sociaux de plusieurs institutions œuvrant quotidiennement dans le domaine de la santé » qui, désignés par la tutelle viennent remplacer les quatre personnes qualifiées. Il fait aussi allusion « au nouvel équilibre entre le conseil et le directeur », les compétences du Conseil étant précisées par l'article 58 de la loi. La Caisse est, non plus "administrée" par un Conseil d'administration<sup>143</sup>, mais doté d'un Conseil et d'un directeur, le texte les positionne sur un pied d'égalité. Le directeur régional souligne qu'« il va de soi que le Conseil et le Directeur doivent travailler en bonne intelligence et développer une relation fondée sur la complémentarité ».

### III Les 70 ans de l'Assurance maladie dans le département du Gers, reflet et singularité de l'action menée

#### A. Le Reflet d'une politique nationale

Le 12 janvier 2016, la ministre des Affaires sociales et de la santé Marisol Touraine décide de lancer une concertation citoyenne sur les vaccinations. Première étape d'un plan d'action pour la rénovation de la politique vaccinale en France, cette décision fait suite au rapport de l'ancienne députée socialiste de Seine-Maritime Sandrine Hurel portant sur la vaccination en France et qui souligne la défiance des Français face à certains vaccins. Une intervention relayée le jour même par la CPAM du Gers via sa page Facebook en renvoyant notamment sur le communiqué de presse du site du ministère. Ainsi la politique menée par les Caisses primaires est bien souvent le reflet des politiques décidées au niveau national, soit au sein du gouvernement, soit au sein de la CNAMTS.

#### Appliquer les directives nationales

Les Caisses primaires sont chargées d'appliquer localement les directives nationales. C'est notamment le cas pour la politique de vaccination et de prévention. Vacciner fait partie des grandes politiques de prévention menées par l'État. Après le second conflit mondial, face à la recrudescence de certaines maladies, l'État encourage la population à se vacciner (notamment contre la DT-polio). À partir des années 80, sont lancées les premières grandes campagnes nationales, telle celles sur la vaccination antigrippale pour les plus de soixante-quinze ans<sup>144</sup>, de la ROR<sup>145</sup> ou encore de dépistage de certaines maladies comme le cancer colorectal<sup>146</sup>. Les Caisses primaires suivent également les directives nationales pour les campagnes sur la maîtrise des dépenses de santé et la communication sur « le trou de la sécu » terminologie utilisée par la presse nationale dès le début des années 70<sup>147</sup>. Au niveau local, cela se traduit par la mise en place de politique de bonne utilisation des soins, de bon usage des médicaments, la diffusion de campagnes de communication nationales à l'échelon local, telles celle de 1992, « la sécu c'est bien, en abusez ça craint » ou de 1994, « Un petit geste, pour une grande idée ».



**LA SECU C'EST BIEN,  
EN ABUSER ÇA CRAINT.**



<sup>143</sup> Comme le stipulait l'article L. 211-2 CSS, cité par M. Lages, *op. cit.*, p. 182

<sup>144</sup> Procès-verbal de la séance du 2 décembre 1982 (vaccin étendu au plus de 70 ans, procès-verbal du 20 octobre 1988).

<sup>145</sup> Procès-verbal de la séance du 21 décembre 1989.

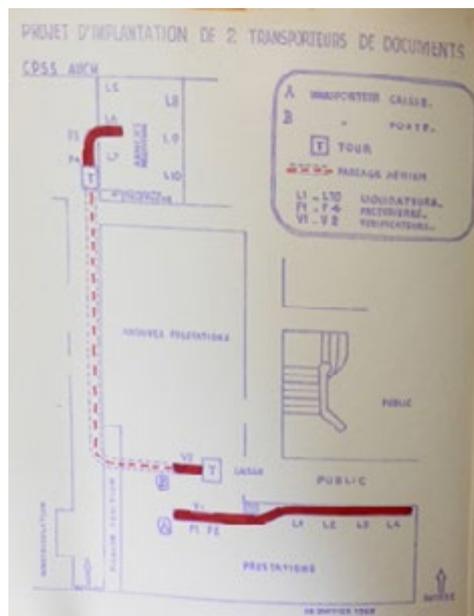
<sup>146</sup> Procès-verbal de la séance du 7 juillet 1988.

<sup>147</sup> Cf. la lettre d'information N° 18 décembre 2015, La Sécurité sociale a 70 ans, « La sécu à la télé : Brève histoire audiovisuelle de la sécurité sociale », M. Peter, Comité d'histoire régional d'histoire de la Sécurité sociale.

Ces campagnes sont le plus souvent relayées localement, pour le Gers c'est souvent via des radios<sup>148</sup> ou des événements locaux, comme la participation de la Caisse à "Gascogne Expo"<sup>149</sup>. L'accent est mis sur une thématique de santé, afin de sensibiliser le public par exemple aux accidents domestiques ou à la prévention de certaines maladies, telle que le SIDA<sup>150</sup>, les maladies cardio-vasculaires ou encore les dangers du tabac<sup>151</sup>.

Un autre domaine dans lequel les caisses primaires ont suivi les directives nationales concerne la modernisation des méthodes de travail et du matériel. À l'origine, les questions d'équipement relevaient en grande partie du Conseil d'administration (sur proposition du directeur), mais elles finiront par lui échapper du fait de leurs enjeux. Devant l'accroissement de la masse de données à traiter, il est fait le choix par les instances régionales et nationales de moderniser les méthodes de travail. L'informatique fait aujourd'hui partie de notre quotidien et de celui des Caisses primaires, mais son arrivée a été source d'interrogations et de vifs débats. Dès les premières années des Caisses départementales - la question de l'équipement apparaît comme centrale. La Caisse du Gers va se doter d'appareils de plus en plus modernes et nombreux lui permettant de traiter des flux toujours plus importants. Déjà au temps de la Caisse départementale, les procès-verbaux des réunions du Conseil d'administration, retraçant l'achat de machines à écrire, de portes documents<sup>152</sup>. Avec la Caisse primaire de Sécurité sociale, il sera question de l'achat d'un central téléphonique, de machines à calculer<sup>153</sup>, des nombreux appareils lui permettant d'imprimer et dupliquer les documents<sup>154</sup>... Ces

investissements sont synonymes de modernité et d'efficacité.



Plan pour l'installation du transporteur de documents

Face à la hausse du nombre d'assurés, les besoins évoluent et bénéficient des avancées technologiques : machines facturières, lecteurs de micro-fiches, micro-ordinateurs, imprimantes etc. Les rapports dans les procès-verbaux se font plus denses, plus techniques et les décisions finales découleront généralement de l'échelon supérieur. C'est notamment le cas avec le passage à l'informatique et la mise en place du "Système national de traitement", étape majeure dans l'évolution des méthodes de travail des Caisses primaires.

<sup>148</sup> Procès-verbaux des séances du 20 mars 1980 et du 16 septembre 1992 qui mentionnent un partenariat avec FM-32.

<sup>149</sup> Procès-verbal de la séance du 23 juin 1994 ; ou encore la Foire d'Auch (du 27 avril au 5 mai) où la CPAM occupait un stand en partenariat avec la CRAM, événement mentionné dans le procès-verbal de la séance du 20 mars 1985.

<sup>150</sup> Le stand de "Gascogne Expo" de 1994 lui est consacré, procès-verbal de la séance du 23 juin 1994.

<sup>151</sup> Mentionné dans le procès-verbal du 25 septembre 1996.

<sup>152</sup> Ensuite au temps de la CPSS aussi, certains procès-verbaux retranscrivent avec exactitude les interrogations autour des choix à faire cf. le procès-verbal de la séance du 6 juin 1953, où il est question d'acheter une "classothèque" composée de "6 rangés de 600 hamacs" et gagner ainsi de la place au sein de locaux relativement étroits.

<sup>153</sup> Pour les services "remboursement" ou "comptabilité", chacune ayant leurs spécificités.

<sup>154</sup> Duplicateur à alcool "Ormatic", petit massicot, une machine qui permet de couper du papier à la taille voulue, etc. Et des projets aujourd'hui plus étonnants : achat de deux transporteurs de documents, pour l'acheminement automatique des dossiers entre les différents services, évitant aux agents de se déplacer, cf. procès-verbal du 17 février 1965.

Celle du Gers sera l'une des toutes dernières à s'équiper. Le procès-verbal de la séance du 25 février 1971, mentionne les espoirs de la direction régionale<sup>155</sup> « de voir les Caisses de la région utiliser un ordinateur d'ici la fin 1972 », la Caisse nationale quant à elle reste plus prudente car « le problème à résoudre est immense et n'a jamais été tenté à ce jour par un autre service public ». Il est pourtant rapidement question de former le personnel<sup>156</sup> et même de créer des postes en vue de l'arrivée de cette nouvelle technologie. Si, en 1973, le Conseil d'administration de la Caisse du Gers discute toujours du choix du matériel<sup>157</sup>, en 1976, le procès-verbal du 23 septembre précise que « la Caisse devrait bientôt être équipée informatiquement ». Un souci avec le fournisseur<sup>158</sup> viendra décaler l'arrivée du matériel, obligeant alors la Caisse à transporter ses documents d'Auch à Toulouse au CETELIC (Centre de Traitement Électronique Inter Caisse). Et le président Durrieu de déplorer « que l'on soit obligé de perdre plusieurs heures pour transporter des documents avec une valise alors que l'on cherche par tous les moyens à gagner le maximum de temps en utilisant des matériels de plus en plus performants »<sup>159</sup>. Outre le retard, pris, c'est le coût de cet équipement (pourtant financé par la Caisse nationale) qui préoccupe certains administrateurs, quand il n'est pas question de l'objectif déguisé de l'informatique : éviter le recrutement de plus de personnel.



*Postes LASER entresol*

Finalement, le lecteur optique arrivera dans les locaux de la Caisse fin mars 1980<sup>160</sup>.

En 1993, le Plan National Informatique présenté aux CPAM va nécessiter l'achat de plusieurs micro-ordinateurs et imprimantes. Cette même année, il sera décidé de se doter d'une messagerie afin de satisfaire les usagers qui se plaignent des non-réponses de la Caisse.

Les années 2000 sont quant à elles marquées par l'arrivée d'internet. En 2003, un site est réalisé "www.clicsecu.com", grâce au travail commun de quatre Caisses, en plus de celle du Gers. Ce site migrera vers le modèle AMELI dans les mois qui suivront sa mise en fonctionnement. Outre une plus grande visibilité, l'internet permet également de proposer certains services en ligne, évitant ainsi le déplacement à la Caisse.

Le développement de l'informatique permet l'émergence de nouvelles méthodes de travail. La Caisse du Gers, bien que de petite taille, ne fait pas exception. Elle accuse cependant de légers retards comme pour la télétransmission avec les tiers. Les dirigeants de la Caisse primaire imputent ce retard à l'attitude de la Caisse mutuelle agricole, qui, selon eux, a pu freiner les négociations avec le corps médical. N'oublions pas que cette dernière de par son nombre important d'assurés a un rôle moteur dans le département et dans ces négociations. Ainsi, pour mener à bien ces modernisations, la Caisse a donc besoin que ses partenaires participent à cette politique. C'est dans cette optique qu'est lancée, à la fin des années 90, l'informatisation des cabinets médicaux, étape cruciale, mais pas toujours bien accueillie par le corps médical, dans la télétransmission des données.

Le tiers-payant, vise lui aussi à améliorer l'efficacité des CPAM. Il est mis en place, dans le Gers, en 1976, pour le remboursement des frais pharmaceutiques. Ce premier accord avec les pharmaciens ne se fera pas sans mal : récalcitrants, ils demandent des garanties en cas de retard de traitement des paiements.

<sup>155</sup> Celle-ci a fait parvenir un modèle de convention pour la gestion en commun d'un centre électronique, dont l'analyse est programmée pour la réunion suivante (25 mars 1971).

<sup>156</sup> Procès-verbal de la séance du 8 avril 1971, lettre du 16 mars 1971 de la CNAM demandant un agent correspondant avec le centre de traitement.

<sup>157</sup> Procès-verbal de la séance du 28 juin 1973, dans lequel il est présenté les différentes options "des moyens de saisies" : "Deux familles de matériels se distinguent : lecteurs optiques ou claviers". Au final la Caisse primaire du Gers sera équipée par le CETELIC d'un lecteur optique, choix arrêté lors de la séance du 14 septembre 1973.

<sup>158</sup> Procès-verbal de la séance du 20 janvier 1977.

<sup>159</sup> Procès-verbal de la séance du 15 décembre 1977.

<sup>160</sup> Procès-verbal de la séance du 25 septembre 1980.

Il sera plusieurs fois question de généraliser ce tiers-payant à l'ensemble des assurés, notamment en 1985<sup>161</sup> ce qui ne se fera que tardivement et après la plupart des caisses<sup>162</sup>.

Parmi les bouleversements les plus récents, on trouve le lancement de la carte SESAM-VITALE s'inscrivant dans la politique de dématérialisation des données grâce au programme DIADEME (dématérialisation et indexation automatique des documents et messages électroniques), afin de faire basculer des flux papiers en lecture automatique de document. Là encore cette modernisation passe par l'implication de l'ensemble des acteurs du système de santé. Le recours à la transmission de documents scannés par les professionnels de santé est alors fortement encouragé, tout comme les déclarations en ligne<sup>163</sup>. Les assurés sont encouragés à utiliser les services en ligne, notamment via l'utilisation « MON COMPTE AMELI »<sup>164</sup>.

Si depuis les années 90, l'accent est mis sur la maîtrise des dépenses de santé, on constate également une attention tout particulière des Caisses primaires à celle de leurs dépenses de fonctionnement. Ainsi, la CPAM du Gers s'est lancée dans la mutualisation de certains services avec d'autres caisses de la région Midi-Pyrénées<sup>165</sup>. La Plate-forme téléphonique régionale en est le parfait exemple. Ce service, implanté à Auch, centralise l'ensemble des appels des entreprises et des professionnels de santé reçus par les Caisses primaires de la région Midi-Pyrénées à l'exception de la Haute-Garonne.

En 1987, Joseph Wresinski présente au Conseil économique et social le rapport sur la « grande pauvreté et précarité économique et sociale »<sup>166</sup>. Reconnu comme à l'origine du développement des politiques françaises de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, il révèle à l'époque une situation sociale alarmante. En ce qui concerne l'Assurance maladie, il dénonce le rôle néfaste des inégalités sociales dans l'accès aux soins et plus globalement sur la santé. Face à « certains obstacles financiers »<sup>167</sup>, des personnes renonceraient à se soigner. Ce à quoi s'ajoute une plus grande fragilité de la population en situation de précarité plus touchée par certaines pathologies comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires ou encore l'alcoolisme<sup>168</sup>. Un deuxième axe du rapport souligne certaines initiatives locales permettant de dépasser les problèmes soulevés par la pauvreté dans l'accès aux soins. Un second rapport<sup>169</sup> sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, les reprendra et servira de modèle d'action aux pouvoirs publics.

La politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion reposera sur trois grandes lois : la loi instituant le revenu minimum d'insertion (1988), la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion et la loi du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle (CMU).

<sup>161</sup> Procès-verbal de la séance du 7 novembre 1985.

<sup>162</sup> Dans le procès-verbal de la séance du 26 avril 1990, il est fait mention d'une remarque de la CNAMTS soulignant que la C.P.A.M. du Gers faisait partie des dernières caisses à ne pas avoir pu signer une convention avec les pharmaciens généralisant le tiers payant.

<sup>163</sup> Telle que la déclaration du médecin traitant, l'avis d'arrêt de travail ou encore le protocole de soins électroniques.

<sup>164</sup> En 2014, 44 % des assurés gersois ont créé leur compte AMELI, Procès-verbal de la séance du 10 décembre 2014.

<sup>165</sup> Procès-verbal de la séance du 14 avril 2011, cette question est abordée dans « le cadre d'une nouvelle politique managériale » dont le but est d'optimiser l'organisation de la Caisse primaire et de lutter contre les écarts de performance au sein de la région Midi-Pyrénées. En 2011 deux opérations ont été mutualisées dont EPTICA (activité gérée à Toulouse).

<sup>166</sup> Rapport de 1985, issu d'une auto saisine du Conseil économique et social, les questions de santé sont abordées dans le quatrième chapitre du rapport.

<sup>167</sup> Tel que le ticket modérateur ou encore le forfait hospitalier, cf. Travaux préparatoires à la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, groupe de travail « santé et accès aux soins », *Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, étude pilotée par M. Legros EHESP-ONPES, 29 novembre 2012, p. 4

<sup>168</sup> F. Jusot, S. Tubeuf, A. Trannoy « Tel père, tel fils: l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe », *Retraite et Société*, 58, 2 : 68-85, dans travaux préparatoires à la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale *op. cit.*, p. 9

<sup>169</sup> Fruit d'un groupe de travail, mis en place par Philippe Séguin, alors ministre des Affaires sociales en 1986.

Avant cette politique nationale de lutte contre l'exclusion et la précarité des mesures avaient été mises en place par certains organismes. La Caisse du Gers cherche ainsi à faciliter l'accès aux soins à certaines catégories de bénéficiaires, notamment les « Rmistés »<sup>170</sup>. Elle va également travailler en partenariat avec diverses structures extérieures, venant en aide aux victimes d'exclusion, comme Emmaüs<sup>171</sup>, la mission locale ou les « Restos du cœur » où elle assure des permanences, etc. Il faut cependant attendre les années 2000, pour que la lutte contre la précarité devienne une des principales missions des Caisses primaires d'assurance maladie. Elle leur est confiée par la loi précitée du 29 Juillet 1998 complétée en la matière par celle du 27 juillet 1999 relative à la CMU. « Ces lois visent à traiter l'exclusion et à garantir l'accès aux droits fondamentaux, comme notamment la protection sociale, en garantissant un droit au remboursement des dépenses de santé »<sup>172</sup>. La mise en place de la CMU et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ont ainsi permis l'obtention de résultats significatifs pour l'accès à la santé. C'est aussi le cas des permanences d'accès aux soins et des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ainsi, selon le rapport d'activité de la CPAM de 2002, la CMU dans le Gers comptait au 31 décembre 2001, 1194 assurés et 742 ayants droit. La Caisse mène également une politique de dépistage de certaines pathologies qui concernent ce public souvent en « situation de rupture de soins ». C'est par exemple le cas, d'actions menées sur le dépistage du cancer du sein<sup>173</sup>. Ces dispositifs sont complétés par la mise en place de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) par la loi du 13 août 2004 aidant des personnes dépassant les seuils pour bénéficier de la CMU-C mais ne pouvant s'offrir une complémentaire santé (et elle donne droit au tiers-payant pour la part des

dépenses prises en charge par l'Assurance maladie). Reste encore à faire connaître cette aide ... Selon un article en ligne du Figaro économie<sup>174</sup>, du 14 avril 2015, cette aide serait méconnue « un peu moins d'un million de personnes bénéficient aujourd'hui de l'aide à la complémentaire santé, alors que 2,7 à 3,9 millions de personnes pourraient y prétendre ». Ainsi, depuis quelques années, elle s'accompagne d'un important travail de communication, notamment par la Caisse primaire du Gers. Au 1er Juillet 2013, la progression des bénéficiaires de l'ACS était de 28 %, soit près de 3100 bénéficiaires (chiffre qui devrait s'élever à 3 500, objectif fixé par la CNAMTS)<sup>175</sup>. Malgré tout en 2012, 29 % des français refusent des soins, 12 % ne peuvent y accéder, et ce, en dépit des efforts entrepris, depuis le début des années 2000<sup>176</sup>. En 2013, il est décidé de relever le plafond d'accès à la CMU-C et de l'ACS, entraînant de fait une augmentation des bénéficiaires. Dans le Gers, 11 000 à 12 000 personnes seraient concernées.

Vingt ans après le lancement des politiques de lutte contre la précarité et l'exclusion, le dispositif semble avoir perdu de son dynamisme, ce que souligne l'étude du groupe de travail « Santé et accès aux soins » : « chaque année, les rapports de Médecins du Monde, du COMEDE, du Secours catholique, des multiples observatoires dont l'ONPES et ONZUS, le CISS, mais aussi les multiples colloques et travaux notamment ceux de l'IRDES, de la DREES et du CREDOC, comme les observatoires régionaux de santé dressent le même bilan : en dépit de toutes les mesures prises, l'état de santé des personnes en situation de précarité ou d'exclusion non seulement reste moins bon que celui de la population à revenu plus élevé mais leur accès aux soins n'est pas amélioré »<sup>177</sup>.

<sup>170</sup> Procès-verbal de la séance du 23 mars 1988, la Caisse primaire du Gers participe à une action menée par la commission départementale d'insertion visant à permettre aux bénéficiaires du RMI et leurs ayants droits de profiter d'un bilan de santé annuel gratuit.

<sup>171</sup> Procès-verbal de la séance du 23 juin 1994, qui signale la signature d'une convention de tiers payant entre la Caisse primaire et l'association, afin de prendre directement en charge les frais médicaux des membres de l'association.

<sup>172</sup> Site internet [www.vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr) lutte-pauvreté.

<sup>173</sup> Procès-verbal de la séance du 9 avril 2013, expérimentation sur les cantons de Condom, Fleurance et Lectoure.

<sup>174</sup> Intitulé « Aide à la complémentaire santé : les assurés feront bientôt des économies ».

<sup>175</sup> Procès-verbal de la séance du 24 septembre 2013. Un autre dispositif de lutte contre la précarité est l'Aide Médicale d'État, qui s'adresse aux personnes qui ne peuvent juridiquement bénéficier de la CMU ou de la CMU-C

<sup>176</sup> Procès-verbal de la séance du 21 juin 2012, propos du Président du Conseil.

<sup>177</sup> Travaux préparatoires à la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, *op.cit.*, p. 6.

## B. les singularités du Gers

### Une forte population agricole et vieillissante.

Ces deux thématiques transcendent les époques et sont présentes dans l'ensemble des procès-verbaux. Ces questions sont d'ailleurs reprises, depuis quelques années, par la Caisse nationale d'Assurance maladie ou encore par certaines politiques gouvernementales. Il n'en reste pas moins que la Caisse primaire du Gers s'est constamment interrogé sur ces deux problématiques.

Le Gers est un département rural avec une population âgée plus importante qu'en moyenne comme le souligne le rapport d'activité de l'année 1996<sup>178</sup> : « dans le Gers, c'est plus de 16 % de la population qui a plus de 70 ans ». Entre 2012 et 2013 la population gersoise protégée par le régime général (122 641 personnes) a augmenté de 1,63 % et celle des plus de 60 ans de 3,94 %<sup>179</sup>. La Caisse s'est donc adaptée à cette première contrainte qui impacte directement ses dépenses de santé.

La question de la politique sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées revêt un caractère particulier pour l'Assurance maladie, et ce, depuis ses origines. À la diminution des actifs (de 10 % entre 1954 et 1962)<sup>180</sup>, s'ajoute à partir de 1960, le vieillissement de la population lié à l'allongement de l'espérance de vie<sup>181</sup>, impactant les dépenses de l'Assurance maladie notamment dans le Gers, cette catégorie étant globalement plus demandeuse de soins.

Au milieu des années soixante, la question de la prise en charge de cette catégorie d'âge devient une priorité et nécessite alors la mise en place d'une politique spécifique. C'est notamment suite au rapport Laroque<sup>182</sup> qu'un tournant s'opère dans l'orientation de la politique en direction des per-

sonnes âgées. Les procès-verbaux de la Caisse du Gers révèlent qu'elles étaient le plus souvent hospitalisées dans des services non adaptés, les hospices, seules structures existantes à l'époque ayant une image négative et souvent comparées à des « antichambres de la mort ». Le Conseil d'administration de la Caisse primaire du Gers prône alors un travail « d'humanisation » et se penche sur la question de construction de nouveaux établissements mais dans ce domaine, seule la caisse nationale et les caisses régionales peuvent participer à ces financements<sup>183</sup>. La caisse du Gers met l'accent sur l'aide à domicile, corollaire indispensable de la politique en faveur des personnes âgées. Le Conseil d'administration décide donc de la mise en place de conventions d'aide-ménagère à domicile avec les bureaux d'aide sociale ou des associations pratiquant déjà l'aide-ménagère.

En 1985, il est exposé à la Commission d'action sociale et sanitaire de la Caisse une étude, menée par une équipe de chercheurs de l'Université du Mirail et de l'URIOPSS (l'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) et de travailleurs sociaux (psychologues, assistantes sociales et éducateurs) qui vise à mieux connaître la population souffrant d'exclusion afin de répondre à ses besoins<sup>184</sup>. Les résultats concernant les personnes âgées interpellent cette Commission en 1985<sup>185</sup>. Plus proche de nous, depuis les années 2000, la prise en charge de la population âgée revêt deux volets : une population retraitée mais encore active et une population dite du « quatrième voire cinquième âge », conséquence de l'allongement de l'espérance de vie. Dans le Gers, la première catégorie va bénéficier à partir de 2013, d'un « parcours attentionné » (programme destiné à un public spécifique, il en existe sept nationaux). Pour la deuxième catégorie, ce sont les questions autour du cinquième risque qui font débat.

<sup>178</sup> Procès-verbal de la séance du 16 octobre 1997.

<sup>179</sup> Procès-verbal de la séance du 25 mars 2014.

<sup>180</sup> Procès-verbal de la séance du 4 juillet 1964, étude sur l'évolution de la démographie gersoise.

<sup>181</sup> À l'époque, 14 à 15 % de la population française a plus de 60 ans, Procès-verbal de la séance du 22 juin 1966, retranscription de l'exposé de Paul Descours, directeur de la Caisse régionale, venue faire « un exposé de la politique de la Caisse régionale en faveur des personnes âgées ».

<sup>182</sup> Rapport Laroque, commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille, 1960. Rapport mentionné dans le procès-verbal de la séance du 22 juin 1966.

<sup>183</sup> Dans le procès-verbal de la séance du 22 juin 1966, il est précisé que la Sécurité sociale ne saurait accepter une participation supérieure à 40 % de la dépense totale.

<sup>184</sup> Procès-verbal de la séance du 18 décembre 1985, où une partie de l'étude est reproduite en annexe.

<sup>185</sup> Contre toute attente, elles ne se sentent pas exclues ou isolées mais souhaitent être « acteur de leur propre vie » et la solidarité nationale ne semble pas toujours adaptée et acceptée (il s'agirait davantage de réactiver des solidarités existantes plutôt que d'en créer de nouvelles).

L'autre caractéristique de la population gersoise est sa forte proportion agricole, comme en témoignent les chiffres rapportés par le directeur Jean-Louis Fages<sup>186</sup> : 81,4 % de la population française relève du régime général alors que dans le Gers il ne représente que 58,7 % de la population.

### L'attractivité du territoire

Le département du Gers souffre parfois d'un manque d'attractivité, notamment en matière d'emploi par rapport à des départements voisins. De plus en plus de personnes font ainsi le choix de vivre dans le Gers mais travaillent en dehors. Ce manque d'attractivité se ressent notamment au sein du corps médical et de l'offre de soins, certains professionnels étant réticents à s'y installer, créant ce que certains qualifient abusivement de "déserts médicaux" qui résultent avant tout, pour le Conseil de la Caisse du Gers et de l'équipe de direction, d'un problème de répartition des professionnels de santé<sup>187</sup>. Des expérimentations sont en cours pour limiter ce phénomène. Par exemple, les maisons de santé ou la délégation des tâches qui consiste pour le praticien à déléguer certains actes pour se concentrer sur la prise en charge de pathologies plus lourdes. C'est notamment le cas des gynécologues qui travaillent en articulation avec des infirmiers pour la réalisation d'actes de première intention.

### La problématique de l'accueil des assurés dans le Gers, répondre en outre, à un habitat dispersé

Lors des premières années d'existence de la Sécurité sociale, Pierre Laroque n'aura de cesse de répéter que « l'assuré doit venir [dans nos locaux] comme chez des amis, comme chez lui »<sup>188</sup>. C'est de manière inattendue que la Caisse du Gers va répondre aux attentes de Pierre Laroque. Ainsi, au cours des années 1960, le directeur décide

de modifier les heures d'ouverture au public et ce suite à la fermeture des guichets de prestations et de liquidations deux matins par semaine<sup>189</sup>. Cette fermeture provisoire est alors compensée par l'ouverture entre 12h et 14h d'une permanence par un guichet d'accueil, chargé de remettre les imprimés, délivrer des prises en charge, recevoir les dossiers des assurés, qui une fois traités étaient transmis par voie postale ou via un guichet<sup>190</sup>.

LE SERVICE DE MIDI A 14 HEURES A LA CAISSE PRINCIPALE D'ARTH

AN	PERSONNES RECUES	PAIEMENTS		
		A	B	C
1965	7 892	1 924	19	17
MARDI	1 978	31	32	19
MERCREDI	1 150	11	34	31
JEUDI	1 979	31	32	31
VENDREDI	1 245	42	48	35
SAMEDI	1 245	40	45	35
TOTAL	6 527	162	175	175
1966	8 900	2 045	212	237
MARDI	1 884	30	44	43
MERCREDI	1 998	43	39	44
JEUDI	1 231	44	44	44
VENDREDI	1 432	59	59	64
SAMEDI	1 432	59	59	64
TOTAL	8 900	212	237	237

Étude réalisée par la CPSS sur le service de 12h - 14h

Cette plage horaire est un véritable succès, et il est alors décidé de généraliser le service de 12-14h<sup>191</sup>. Ainsi, une étude faite sur la période du 2 juin au 25 juillet 1964<sup>192</sup> révèle que, sur cette tranche horaire, du mardi au vendredi, la moyenne des personnes reçues oscille entre 23 et 29 % avec 15 % des dossiers payés par la Caisse qui en l'espace d'un an a reçu 7 892 personnes sur cette tranche horaire. Toujours pour améliorer l'accueil du public, en 1965, il est décidé de repenser le hall d'accueil, d'augmenter le nombre de places assises des services « caisse » et « liquidation », en prenant une partie de l'espace réservé au Service de recouvrement<sup>193</sup>.

<sup>186</sup> Directeur de la C.P.A.M. du 1er janvier 1992 au 31 janvier 2000. Procès-verbal du 24 Mai 1996. Pour celui du 29 septembre 1999 le nombre d'assurés du régime général ne cesse de croître alors que celui de la MSA décroît.

<sup>187</sup> Procès-verbal de la séance du 9 avril 2013.

<sup>188</sup> Procès-verbal de la séance du 25 novembre 1946, retranscription d'une partie du discours de P. Laroque prononcé lors de la réunion de Toulouse du 7 novembre 1946.

<sup>189</sup> Procès-verbal de la séance du 2 mai 1963.

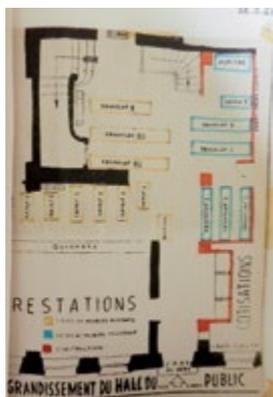
<sup>190</sup> Procès-verbal de la séance du 26 février 1964.

<sup>191</sup> Procès-verbal du 30 juin 1965.

<sup>192</sup> Procès-verbal de la séance du 29 juillet 1964, étude en annexe.

<sup>193</sup> Ce gain de place sera accru lors du départ de l'URSSAF dans le préfabriqué (déménagement mentionné dans le procès-verbal du 27 septembre 1968 qui envisage le transfert des services à la fin octobre).

Surtout l'appel lumineux facilitera l'accès aux guichets : « c'est alors que jaillit l'idée que, grâce à cet appel lumineux, nous pouvions faire asseoir nos gens ailleurs que devant les guichets, dans le petit hall, devant l'escalier, qui nous procurait une surface d'environ 10 mètres carrés, bien modeste, mais combien précieux ! »<sup>194</sup>.



Plan d'agrandissement du hall



Au 1er juillet 1970, la Caisse passe à la journée continue, d'autant plus que le personnel y est favorable<sup>195</sup>. En 1997, il est à nouveau question de modifier ses heures d'ouverture. La CPAM depuis son déménagement au 11 rue Châteaudun, partage ses locaux avec l'URSSAF et la CAF qui sont ouverts du lundi au vendredi. Ils demandent à la

Caisse primaire d'aligner ses jours d'ouverture sur les leurs et de fermer le samedi pour réduire les coûts d'entretien de l'immeuble<sup>196</sup>. Après de vives négociations avec le personnel et le dépôt d'un préavis de grève, la Caisse finira par fermer le samedi<sup>197</sup>. Déjà en 1988, il avait été demandé de calquer les horaires d'ouverture au public de la CPAM sur ceux des deux autres organismes c'est à dire de 8h30 à 16h<sup>198</sup>.



Durant les premières décennies d'existence des Caisses primaires, l'accueil permettait le plus souvent à l'assuré de recevoir ses remboursements. Dès 1969, des solutions alternatives vont être proposées et bien que les paiements aux guichets représentent encore 28 % des paiements, celui par mandat ou par correspondant tend à s'imposer. Au fil des années, ce mode de paiement est remis en question, et il est envisagé de le supprimer d'autant plus que les possibilités offertes aux assurés sont de plus en plus nombreuses<sup>199</sup>. En 1980, ces paiements ne représentent plus que 20 % des règlements et concernent seulement 12 % des assurés... essentiellement des auscitains<sup>200</sup>.

De plus, la disparition de ce service est effective dans les quatre-cinquième des Caisses primaires. En 1986, la décision est alors prise d'abandonner ce mode de règlement pour celle du Gers<sup>201</sup>.

<sup>194</sup> Procès-verbal de la séance du 30 juin 1965, rapport sur l'accueil du public.

<sup>195</sup> Afin d'assurer ce service, des tickets restaurants sont mis à la disposition des employés et à partir de 1977, les employés vont pouvoir bénéficier d'un restaurant d'entreprise, cf. procès-verbal du 7 mai 1977, qui mentionne que le restaurant d'entreprise est terminé et qu'il « appartient maintenant au CE de faire fonctionner ces installations ».

<sup>196</sup> Procès-verbal de la séance du 14 mai 1997.

<sup>197</sup> Procès-verbal de la séance du 11 septembre 1997, et ce malgré que le comité d'entreprise y soit défavorable. Il est décidé que la Caisse sera fermée au public et au personnel le samedi, à partir du 1er janvier 1998.

<sup>198</sup> Procès-verbal de la séance du 20 octobre 1988.

<sup>199</sup> Le virement bancaire, le virement ou chèque postal, ou encore la lettre chèque venant remplacer le mandat Colbert. Enfin les assurés peuvent se faire régler leurs prestations par le biais des correspondants d'entreprises ou des Sociétés mutuelles, d'autant qu'en la matière la Caisse primaire multiplie les partenariats.

<sup>200</sup> Procès-verbal de la séance du 3 avril 1986, annexe V.

<sup>201</sup> *Ibid.* le CA vote la fermeture des guichets de paiements.

Une décision qui impacte l'aménagement du hall d'accueil. Dans la nouvelle organisation, il est notamment prévu la mise en place d'une permanence de l'antenne vieillesse<sup>202</sup>.

Si on veille au bon accueil des assurés auscitains, une attention particulière est également portée à ceux du reste du département, notamment grâce dans un premier temps aux correspondants locaux progressivement remplacés par des permanences<sup>203</sup> qui se multiplient et sont assurées par deux agents itinérants. La caisse cherche ainsi à répondre à la politique de déconcentration, tout en luttant contre la dévitalisation des campagnes. Il est envisagé d'ouvrir des permanences à Masseube, Marciac ou encore Barcelonne-du-Gers. Le rapport d'activité de 1985, souligne l'effort fait par la Caisse pour améliorer leur fonctionnement dans tout le département. Cette politique se poursuit dans les années 90, avec l'ouverture de "points d'accueil" à Vic-Fezensac, l'Isle-Jourdain où un bureau sera ouvert en 1995 ainsi qu'à Condom quelques mois plus tard<sup>204</sup>. Ces initiatives sont très favorablement accueillies par les mairies de ces communes et répondent à une spécificité d'un département rural, à l'habitat dispersé. D'où cette politique de mise en place des structures ou antennes locales et le recours à un personnel itinérant pour éviter de défavoriser certains assurés peu ou pas mobiles, comme les personnes âgées ou les travailleurs ne pouvant pas rendre à Auch aux heures d'ouverture de la Caisse. Il est ainsi souvent rappelé par le Conseil d'administration que les soucis d'économie ne doivent pas faire perdre de vue certaines réalités propre au département. Ce dont témoigne la réaction de certains administrateurs suite à la mise en place de la politique de "bon usage des soins" et notamment sur la question du remboursement de la visite médicale au domicile de l'assuré. Ils rappellent l'importance de la prise en compte de « la situation particulière de certains usagers »<sup>205</sup> : les personnes âgées n'ayant pas

toutes la possibilité de se rendre au cabinet du médecin pour des raisons de motricité ou du fait de l'isolement de leur lieu de vie.

Afin d'optimiser l'offre locale, en 2004 est lancée une étude de "géomarketing"<sup>206</sup> pour évaluer l'implantation des accueils permanents dans la région et envisager le redéploiement de certains accueils itinérants, du fait notamment pour le Gers du départ en retraite des deux agents itinérants<sup>207</sup>. Cette étude justifiera la fermeture de certaines permanences, bien que le Gers reste la caisse de référence sur l'offre de proximité<sup>208</sup>.

Durant les années 2000, la thématique de l'accueil des usagers continue de faire partie des priorités de la Caisse et représente un point fort des objectifs à atteindre : 99 % sont reçus en moins de vingt minutes et le seront à partir de 2005 dans un nouvel hall.

Ces dernières années, il apparaît de plus en plus important, pour la Caisse du Gers de proposer des accueils autres que physiques. Dans cette optique est créé en 2013, le service de rendez-vous en ligne, d'une demi-heure, les vendredis après-midi de 13h30 à 16h, via internet et une webcam. Le but est d'éviter le déplacement de l'assuré, qui se connecte depuis son domicile ou un relais de service public en ville. En 2014, les guichets automatiques sont supprimés et remplacés par des bornes multi-services. Le recours à l'informatique tend à multiplier les alternatives au déplacement en agence. La caisse doit également s'adapter aux nouvelles méthodes de communication. C'est dans ce but qu'est mis en place le logiciel EPTICA<sup>209</sup>, permettant une réponse rapide aux courriels, ces derniers étant de plus en plus nombreux, du fait de la démocratisation d'internet.

<sup>202</sup> Procès-verbal de la séance du 30 octobre 1986, mentionne l'ouverture de l'antenne CRAM dans le hall de la Caisse.

<sup>203</sup> À titre d'exemple, procès-verbal de la séance du 3 avril 1986, le CA décide de supprimer le poste de correspondant local de Lectoure, du fait de la tenue d'une permanence régulière.

<sup>204</sup> Procès-verbal de la séance du 12 janvier 1995 (bureau de L'Isle-Jourdain) ; procès-verbal du 21 novembre 1995 (ouverture du centre de Condom le 12 octobre 1995).

<sup>205</sup> Procès-verbal de la séance du 18 octobre 1984, propos en réaction de la circulaire du 8 juin 1984.

<sup>206</sup> Procès-verbal de la séance du 8 septembre 2005 dans lequel sont présentés les résultats de l'étude régionale visant le redéploiement de l'offre de proximité dans le Gers.

<sup>207</sup> Procès-verbal de la séance du 15 décembre 2004, il est question de lancer une étude de proximité afin de remplacer les permanences itinérantes par des rendez-vous (pris via la plate-forme téléphonique).

<sup>208</sup> Procès-verbal de la séance du 8 septembre 2005.

<sup>209</sup> Procès-verbal de la séance du 14 avril 2011.

### *En guise de conclusion,*

J'aimerais rappeler que cette étude s'inscrit dans le cadre des cérémonies organisées pour le 70ème anniversaire de la Sécurité sociale. Plus que célébrer une énième bougie pour cette vieille dame qu'est la Sécurité sociale, ces événements avaient pour but de rappeler ô combien notre système de Sécurité sociale joue un rôle fondamental au sein de notre société, tout en sortant de l'image d'Épinal qui lui est attachée : une institution coûteuse en déficit perpétuel.

Me plonger dans les archives de cette institution locale qu'est la CPAM du Gers m'a ainsi permis de prendre conscience de la pérennité des problématiques que rencontre l'Assurance maladie depuis sa création, telles les questions de l'accueil des assurés, la visibilité de l'organisme, la prise en charge des personnes âgées, la signature de conventions avec les médecins et l'ensemble des professions médicales ou encore l'adaptabilité aux nouvelles méthodes de travail etc. Se pose également l'éternel débat de la gestion des organismes et de la place de l'État dans cette gestion. C'est notamment sur ces deux derniers points que se cristallisent les réactions des acteurs de notre système, et ce, suite aux importants chamboulements initiés par la réforme de 1967.

Ainsi, loin d'être figée dans le temps, l'Assurance maladie a connu d'importantes évolutions dans son organisation, son financement, et sa gestion. Elle s'est aussi largement ouverte à l'ensemble de la population, répondant ainsi aux objectifs initiaux : garantir à chacun une protection contre la maladie.

Fêter les 70 ans de l'institution implique forcément de rendre hommages aux pères fondateurs de la Sécurité sociale, en premier lieu Pierre Laroque, Alexandre Parodi, mais aussi Ambroise Croizat. Ce dernier soulignait aussi le rôle joué par les travailleurs : « Rien ne pourra se faire sans vous (...) La Sécurité sociale n'est pas qu'une affaire de lois

et de décrets. Elle implique une action concrète sur le terrain, dans la cité, dans l'entreprise. Elle réclame vos mains... »<sup>210</sup>. Ceci fut particulièrement vrai au cours des premières décennies. Pour ma part, je me contenterai de rappeler le rôle de certaines figures locales du département dans l'implantation de l'Assurance maladie : des administrateurs, comme Despax, qui a joué dès les premières heures, un rôle moteur via la mise en place de l'Union départementale des sociétés de secours mutuels, ou encore Roques, Carrefour, Mathieu, les deux présidents du Conseil d'administration de la Caisse départementales des Assurances sociales : Bonnafous et Dilhan, ce dernier continuera de siéger au Conseil d'administration de la Caisse primaire de Sécurité sociale comme personne qualifiée.

Pour terminer, n'oublions pas l'implication du personnel, issu dans un premier temps d'horizons variés (le directeur de la CDAS était instituteur) pour progressivement former un véritable corps, sur lequel repose le fonctionnement de l'institution mais aussi tout l'esprit du système, comme le soulignait Pierre Laroque<sup>211</sup> devant l'École nationale d'organisation économique et sociale : « dans le domaine social, il ne suffit pas d'être un technicien, il faut être un apôtre. Rien n'est plus profondément vrai. La technique, l'organisation ne peuvent être pleinement efficaces que si elles sont animées par une foi profonde, une foi ardente, par cette foi qui a soulevé les fondateurs de la mutualité et du syndicalisme, par la foi dans le progrès social, par la foi de tous ces héros obscurs qui ont fait plus peut-être pour le progrès social et pour le progrès de l'humanité que bien des généraux dont le nom est inscrit en lettres éclatantes dans l'Histoire (...) ».

<sup>210</sup> Discours du 12 mai 1946, lors de la présentation de la loi du 22 mai 1946, cité dans « La sécurité sociale souffle ses soixante-dix », *l'humanité.fr*, article en date du 2 octobre 2015.

<sup>211</sup> Discours prononcé le 23 mars 1945 pour l'inauguration de la section assurances sociales, in Lagrave Michel, Laroque Pierre, « Hommage à Pierre Laroque à l'occasion du centenaire de sa naissance », *Revue française des affaires sociales* 1/2008 (n° 1), p. 151-163.

## Présidents et Directeurs depuis 1930

### CAISSE DEPARTEMENTALE D'ASSURANCES SOCIALES

Présidents	périodes	Directeurs	périodes
BONNAFOUS	du 2 juillet 1930 à 1936(décès)	CASSAGNE Urbain	du 9 août 1930 au 30 juin 1945 (révocation)
DILHAN	du 29 juin 1936 au 20 mars 1946*	LAIGNOUX Romain**	A compter du 1er juillet 1945

\* à noter qu'il préside la dernière réunion du CA de la CDAS le 27 mai 1946

\*\* intérim du 1er septembre 1939 en août 1940 (mobilisation de M. Cassagne) puis de septembre 1944 au 17 avril 1945

### CAISSE PRIMAIRE (DE SECURITE SOCIALE puis D'ASSURANCE MALADIE)

Présidents	périodes	Directeurs	périodes
FURON Fernand (Syndicats des ouvriers)	du 21 mars 1946 au 16 mai 1947	LAIGNOUX Romain	du 11 juin 1946 au 28 juin 1966
BORDES (Syndicats des Travailleurs)	du 17 mai 1947 au 25 juin 1950	CAVALERIE Guy	du 29 juin 1966 au 28 février 1983
JUNCA (CGT-FO)	du 26 juin 1950 au 5 décembre 1955	SORBETS Maurice	du 1er mars 1983 au 31 décembre 1991
LOUSTEAU André (CGT-FO)	du 6 décembre 1955 au 7 novembre 1967	FAGES Jean-Louis	du 1er janvier 1992 au 31 janvier 2000
DURRIEU Jacques (CNPF)	du 8 novembre 1967 au 11 avril 1984	BROUSSE Alain	du 1er février 2000 au 1er novembre 2004
LACAMBRA Claude (CGT-FO)	du 12 avril 1984 au 5 novembre 2001	CASTELLETTA Angelo	du 1er avril 2005 au 28 février 2011
MISTRORIGO Joseph (CGT-FO)	du 6 novembre 2001 au 13 janvier 2015	BOYER Serge	depuis le 1er juillet 2011
SESPIAUT Michel, (CFE-CGC)	depuis le 14 janvier 2015		

Retrouvez en ligne les Lettres d'information du  
Comité régional en vous connectant sur :

[www.histoiresecump.fr](http://www.histoiresecump.fr)

puis sélectionnez l'onglet «Etudes, Publications» et rubrique «Lettres d'information»

The screenshot shows the website interface. At the top left is the logo of the 'Comité régional d'histoire de la sécurité sociale'. Below it is a banner with the text 'Le Souvenir, non comme une Nostalgie Mais comme une raison de vivre au présent' and the name 'Marie Rouzet'. A navigation bar contains links: 'Accueil', 'Qui sommes-nous?', 'Editoriaux archivés', 'Etudes, publications' (highlighted), 'Historique dirigeants', 'Bibliothèque', and 'Contacts, liens'. A dropdown menu under 'Etudes, publications' lists: 'Lettres d'information' (highlighted), 'les lettres d'information du comité d'histoire', 'Gouvernance de la protection sociale', 'Anniversaires de la Sécurité sociale', 'Contributions', and 'Mémoires et archives'. The main content area is titled 'Lettres d'information' and includes a 'Version Imprimable' link. The main article is 'La Caisse départementale des Assurances' with a sub-section 'Lettre d'information n°19 - juillet 2016' and the author 'Avant propos de Serge BOYER, directeur de la CPAM du Gers'. Below this are three sub-sections: 'I Sous l'ère des Assurances sociales par Charline Rousset', 'II Les débats autour du système assurantiel', and 'III La loi dans les faits : La Caisse départementale du Gers'. A small thumbnail of the letter is shown. The sidebar on the right has a 'Nouveautés' section with 'Mémoire d'oc, les 10 premiers Recueil...' and 'Ruptures et continuités La page d'accueil du 28 septembre...'. Below that is 'Lettre d'information n° 19' with a pagination control '1 de 3' and 'suivant >'. At the bottom of the sidebar is a 'Rechercher' section with a search input field and a 'Recherche' button. The footer of the page says 'Lettres d'information'.

ou flashez l'adresse avec votre smartphone





*Pour y retrouver aisément les publications de 2016 :*

**Mémoire d'oc, les 10 premiers :** *Recueil souvenir* de la CRAM Midi-Pyrénées pour la 10e édition du prix littéraire créé en 1991 et « *flipbook* » de cet ouvrage

**Ruptures et continuités :** *la page d'accueil* du 28 septembre 2016

**Lettre d'information n° 19 :** *La Caisse départementale des Assurances sociales du Gers* par Charline Rousset (juillet 2016).

**Nouvelles personnes qualifiées :** Désignation de 6 *personnes qualifiées* par le Conseil d'administration et l'Assemblée générale du 10 juin 2016

**Publications 70e anniversaire :** des organismes de Haute-Garonne, de la CPAM du Gers et les résultats du concours national organisé à cette occasion.

**Il était une fois un CRF à 12 devenu CIRF à 22 :** *la plaquette* de l'histoire du Centre régional de formation créé en 1969 et plus tard, étendu au Languedoc-Roussillon

**Notre activité :** *Bilan 2015* des activités du Comité régional d'histoire MP

Directeur de la publication : Michel Lages  
conception et réalisation : Service Communication, Carsat Midi-Pyrénées  
impression : Carsat Midi-Pyrénées