

Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Midi-Pyrénées

Le Souvenir, non comme une Nostalgie

Mais comme une raison de vivre au présent

Marie Rouanet

LA GOUVERNANCE DE LA PROTECTION SOCIALE

**sous la direction de
Michel Lages**

Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole

LA GOUVERNANCE DE LA PROTECTION SOCIALE

LA GOUVERNANCE DE LA PROTECTION SOCIALE

**sous la direction de Michel Lages,
président du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale
Midi-Pyrénées**

Actes du colloque

**organisé le 15 octobre 2013
par le Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale
Midi-Pyrénées**

**en partenariat
avec la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
Midi-Pyrénées
et l'Université Toulouse 1 Capitole**

Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole

Copyright et diffusion : 2014

**Presses de l'Université
Toulouse I Capitole
2 rue du doyen Gabriel Marty
31042 Toulouse cedex**

ISBN : 978-2-36170-093-5

**Cette publication a été permise grâce au soutien financier du
Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Midi-
Pyrénées et de l'Université Toulouse 1 Capitole - FCV2A
(Formation continue, validation des acquis et apprentissage).**

TABLE DES MATIERES

ALLOCUTIONS D'OUVERTURE	
par Philippe Delvit.....	11
par Francis De Block.....	19
par Albert Arséguel.....	23
par Michel Lages.....	17
PREMIERE PARTIE : GOUVERNANCE DES REGIMES DE BASE DE SECURITE SOCIALE	
LA GOUVERNANCE DE LA PROTECTION SOCIALE DES ORIGINES DE LA SECURITE SOCIALE AUX ORDONNANCES DE 1967	
par Michel Laroque.....	33
LA GOUVERNANCE DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE DE BASE DEPUIS LE PLAN JUPPE DU 15 NOVEMBRE 1995	
par Rolande Ruellan.....	51
PREMIERE TABLE-RONDE : LE POINT DE VUE DES PARTENAIRES SOCIAUX	
animée par Albert Arséguel	75
QUESTIONS ET INTERVENTIONS DE LA SALLE.....	93

DEUXIEME PARTIE : PROTECTION COMPLEMENTAIRE ET REGROUPEMENTS DANS LES REGIMES DE BASE	
LA GOUVERNANCE DES REGIMES DE RETRAITE COMPLEMENTAIRES DES SALARIES par Jean-Jacques Marette.....	103
ANNEXE : HISTORIQUE DES REGIMES DE RETRAITE COMPLEMENTAIRES DES SALARIES AGIRC-ARRCO.....	111
QUESTIONS ET INTERVENTIONS DE LA SALLE.....	115
LES CONSEQUENCES DES REGROUPEMENTS DANS LA GOUVERNANCE DES MUTUELLES par Alain Rey.....	119
QUESTIONS ET INTERVENTIONS DE LA SALLE.....	133
DEUXIEME TABLE-RONDE : LES REGROUPEMENTS REGIONAUX animée par Michel Lages.....	137
QUESTIONS ET INTERVENTIONS DE LA SALLE.....	157
SYNTHESE DES TRAVAUX : HISTOIRE ET GEOGRAPHIE DE LA GOUVERNANCE par Ludovic Azéma et Mathieu Peter.....	161

Table des matières

SELECTION D'OUVRAGES ET DE DOCUMENTS proposée par Marie-Henriette Pic.....	181
---	-----



ALLOCUTION D'OUVERTURE

**par Philippe Delvit,
professeur à l'Université Toulouse 1 Capitole,
membre du Comité régional d'histoire
de la Sécurité sociale Midi-Pyrénées**

C'est un honneur et un plaisir que de vous saluer ici, au siège de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Midi-Pyrénées, qui accueille cette rencontre. Qu'elle en soit remerciée, son directeur Francis De Block, celles et ceux qui lui donnent vie et substance.

C'est aussi une interrogation sur l'avenir.

Honneur, ai-je dit ?

Historien, universitaire, je suis loin d'être indifférent à ce grand mouvement qui depuis plusieurs générations a la prétention insolente de vouloir transcrire dans l'exigeante réalité sociale et humaine la protection sociale. Nous en sommes les témoins, parfois des acteurs directs, souvent des bénéficiaires.

Plaisir.

Car la vie est faite aussi de rencontres pendant lesquelles les points de vue sont confrontés ; les arguments, aiguisés ; les difficultés, identifiées pour être mieux franchies ; les espoirs, partagés. Parfois, il faut le dire, le pessimisme et la conjonction des obstacles élèvent la barrière. Mais quelle muraille ne finit pas par céder ? Il n'y a pas de fatalité de la misère, ni de la résignation.

Je sais, pour avoir participé à la construction de cette rencontre, combien les interventions qui vont suivre éviteront la langue de bois, une variété de langage intraduisible lorsqu'il s'agit de tracer les voies de la gouvernance de la protection sociale.

Interrogation sur l'avenir. Une partie de nos compatriotes, lassés d'un présent incapable de leur apporter le lot de leurs aspirations les plus immédiates, croient pouvoir se réfugier en eux-mêmes, dans la construction d'une bulle qui les protégerait

Allocution d'ouverture

des turbulences du temps. Funeste illusion qui laisse le champ libre à des lendemains qui déchantent.

A nous, à vous, de savoir, à travers la gouvernance de la protection sociale, mise ici en espaces et en perspectives, animer la dynamique d'une solidarité plus nécessaire que jamais.



ALLOCUTION D'OUVERTURE

**par Francis De Block,
directeur général de la Caisse d'assurance retraite
et de la santé au travail Midi-Pyrénées**

Madame Ruellan, présidente honoraire de la sixième chambre de
la Cour des comptes et présidente du Comité d'histoire de la
Sécurité sociale,

Monsieur Laroque, inspecteur général honoraire des affaires
sociales,

Monsieur Arséguel, professeur, représentant Monsieur Sire,
président de l'Université Toulouse 1 Capitole,

Mesdames et Messieurs les présidents,

Mesdames et Messieurs les directeurs,

Mesdames et Messieurs,

Je suis particulièrement heureux de vous accueillir au sein de
la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)
Midi-Pyrénées pour ce colloque du Comité régional d'histoire
de la Sécurité sociale (CRHSS) Midi-Pyrénées sur la
gouvernance de la protection sociale.

La CARSAT Midi-Pyrénées que j'ai le privilège de diriger
depuis 2006, s'honore de la présence dans ses murs de
personnalités prestigieuses qui vont nourrir les débats tout au
long de cette journée.

L'univers de la protection sociale est en continuel
remaniement et il nous est apparu opportun, dans le cadre du
Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale, d'organiser
une réflexion sur la gouvernance de la protection sociale qui,

comme les institutions qui la composent, se trouve impactée par les évolutions multiples qui se sont succédées depuis le plan de 1945 mis en œuvre par Pierre Laroque.

Dans le cadre de mon allocution, je souhaite vous faire part de quelques éléments relatifs au Comité régional d'histoire et à la CARSAT.

Le CRHSS Midi-Pyrénées s'inscrit dans un dispositif progressivement généralisé au plan national.

L'histoire des comités d'histoire commence avec le comité national d'histoire de la Sécurité sociale, créé en 1973 à l'initiative d'Edgar Faure sur une proposition de Pierre Laroque. Sa mission est de contribuer à une meilleure connaissance de l'histoire de l'institution de la Sécurité sociale, de son rôle et de ses sources. Il est actuellement présidé par Madame Rolande Ruellan.

Des comités régionaux ont ensuite été mis en place. On en compte seize à ce jour. Le Comité régional d'histoire Midi-Pyrénées a été installé en 2000 en présence du secrétaire général du Comité national. Paule Ricci, ancienne directrice de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), en a été élue présidente et Michel Lages secrétaire général. J'ai eu l'honneur de lui succéder, à la direction de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), lorsque qu'il a pris la présidence du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale en 2006.

La caisse régionale a toujours accueilli cette instance régionale et en assure la logistique et le secrétariat par l'intermédiaire de Madame Josie De Block.

Quelques mots sur la CARSAT Midi-Pyrénées : elle est chargée de préparer et payer la retraite par répartition, d'aider et d'accompagner les assurés fragilisés par un problème de santé ou de perte d'autonomie, enfin de prévenir les risques

professionnels, d'assurer la santé et la sécurité au travail, de tarifier les risques professionnels.

En 2012, la CARSAT Midi-Pyrénées a versé plus de 3,7 milliards d'euros de prestations vieillesse à 534 295 retraités. Au titre de l'action sociale, elle a engagé plus de douze millions d'euros en 2012 pour le soutien à domicile des retraités. Elle a également versé 17 500 000 euros au titre de l'aide à l'habitat, sous forme de prêts ou de subventions pour la construction, la rénovation ou l'équipement des lieux d'accueil collectifs intermédiaires entre l'habitat individuel et les établissements d'accueil médicalisés pour personnes âgées.

885 agents sont employés par la caisse régionale, dont 265 dans les services décentralisés.

Voilà, Mesdames et Messieurs, les quelques éléments régionaux que je souhaitais avec fierté vous présenter.



ALLOCUTION D'OUVERTURE

**par Albert Arséguet,
professeur à l'Université Toulouse 1 Capitole,
représentant le président de l'Université Toulouse 1
Capitole**

Mesdames, Messieurs,

Je voudrais tout d'abord excuser le président de l'Université Toulouse 1 Capitole, Monsieur Bruno Sire, qui a été retenu à Paris.

Je serai très bref, compte-tenu de l'heure avancée, mais je tiens à mentionner trois figures majeures qui illustrent les liens entre la Sécurité sociale et l'Université.

La première figure est, bien entendu, celle de mon ami Michel Lages, président du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale, qui a été directeur de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) avant de prendre sa retraite. Jeune retraité, et quelque peu inquiet de cette situation, il est venu me trouver pour évoquer ses projets universitaires. Il a su se déployer : il a fait un master, brillant, il a fait une thèse, brillante, et maintenant il enseigne à l'Institut d'études politiques (IEP) de Toulouse où il est chargé de la préparation aux concours administratifs, particulièrement celui de l'Ecole nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S) ;

Je voudrais également remercier mon ami Philippe Delvit, professeur à l'Université Toulouse 1 Capitole, qui s'intéresse depuis longtemps à la Sécurité sociale. C'est grâce à lui que nous bénéficions de cette belle exposition bibliographique sur la protection sociale, préparée en partenariat avec le Service commun de la documentation (SCD) de l'Université. Il serait souhaitable qu'elle sorte des murs de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et qu'elle soit montrée aux étudiants : on leur parle beaucoup du père de la

Sécurité Sociale, Pierre Laroque, mais il faudrait aussi leur présenter des choses plus concrètes ;

Enfin, je suis obligé de parler de moi... J'en dirai juste un mot, pour ne pas retarder vos travaux. Je collabore aussi, depuis des années, au fonctionnement de la Sécurité sociale et aux relations entre la Sécurité sociale et l'Université. Dans les années 1970, sous la direction de Jean Becquelin, nous avons monté le Centre de formation de la Sécurité sociale, avec un responsable que j'appréciais beaucoup, Jean Pons, malheureusement décédé trop tôt, et grâce à Madame Falguéras qui en a assuré le secrétariat pendant des années. Si aujourd'hui ce centre jouit de beaux locaux, nous logions à l'époque dans une sorte de cagibi au cinquième étage de la CRAM alors située sur le boulevard Lascrosses. Par ailleurs, j'ai longtemps assuré la présidence du concours d'entrée de l'EN3S, me rendant à Saint-Etienne régulièrement, où nous avons passé d'excellents moments en compagnie du directeur de l'époque, qui nous obtenait toujours des places pour aller voir jouer les Verts...



ALLOCUTION D'OUVERTURE

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

Mesdames, Messieurs,

Je tiens à remercier Monsieur le directeur Francis De Block de nous accueillir à la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Midi-Pyrénées, dont vous avez rappelé les liens étroits avec le Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale.

Je voudrais tous vous remercier d'être venus aussi nombreux aujourd'hui dans cet amphithéâtre Paul Descours. Grande figure de la Sécurité sociale, Paul Descours a dirigé cet organisme pendant une trentaine d'années. Déjà, avant-guerre, du temps des assurances sociales, il était le directeur de l'Union régionale des caisses maladie maternité, puis en 1946, de la Caisse régionale de Sécurité sociale, devenue, en novembre 1967, la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM). Paul Descours, ancien résistant, dirigera la CRAM Midi-Pyrénées, jusqu'à son départ en retraite, en décembre 1968.

Je me plais à souligner les horizons divers des participants à cette journée : dirigeants de la Sécurité sociale (présidents et directeurs d'organismes des diverses branches et des divers régimes), administrateurs et agents de direction de la CARSAT (actuels ou plus anciens), adhérents à l'Union des retraités des organismes sociaux (UROS) Midi-Pyrénées, mais aussi représentants des régimes complémentaires de retraites et de la mutualité.

Bien entendu, les personnes qualifiées du Comité régional d'histoire ont répondu nombreuses à l'invitation, tout comme les enseignants et les étudiants de l'Université Toulouse 1 Capitole, des étudiants d'Albert Arséguet et de l'Institut d'études

politiques (IEP) de Toulouse qui préparent le concours de l'École nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S).

J'adresse un remerciement tout particulier à Madame Monique Durrieu, adjointe au maire de Toulouse, en charge de la santé publique, de la politique de prévention et d'éducation sanitaire et de la communauté municipale de santé, et qui représente aujourd'hui Monsieur Pierre Cohen, maire de Toulouse, empêché.

Ce colloque est organisé par le Comité régional d'histoire, en partenariat avec la CARSAT Midi-Pyrénées et l'Université Toulouse 1 Capitole.

Je soulignerai combien est important pour un comité d'histoire, le soutien technique et logistique d'un organisme comme la CARSAT. Bénéfique aussi est la participation des universitaires et des chercheurs aux travaux du comité.

Le partenariat avec l'Université Toulouse 1 Capitole a permis en outre la mise en place d'une exposition d'une soixantaine d'ouvrages et de documents sur la protection sociale dont certains sont très anciens. Grâce au professeur Delvit, ils ont été sélectionnés et mis en place par Madame Marie-Henriette Pic de la Bibliothèque universitaire de l'Arsenal. Elle a établi la bibliographie que vous trouverez à la fin des actes de ce colloque. Cette exposition d'ouvrages hors les murs de la bibliothèque universitaire est une première. Qu'ils en soient tous les deux remerciés.

Je vous invite à voir ces vitrines situées dans l'atrium de la CARSAT. A leur côté, examinez aussi les panneaux réalisés par Madame Jacqueline Villa, adhérente et ancienne présidente de deux clubs philatéliques, qui a rassemblé une centaine de documents, cartes-postales et timbres, retraçant l'histoire de la

couverture sociale depuis le XIX^e siècle¹. Je remercie Madame Jacqueline Villa pour cette belle réalisation, ainsi que Monsieur Pierre Delteil, membre du Comité régional d'histoire, d'avoir été à l'origine de leur intégration à cette exposition.

Je remercie également les membres du conseil scientifique et du bureau du Comité régional d'histoire, réunis à cinq reprises depuis février pour préparer ce colloque, avec l'aide constante de Josie De Block, secrétaire du comité.

Enfin, cette journée ne serait rien sans les intervenants qui tous ont répondu immédiatement à ma demande de participation. Une nouvelle fois, je vous remercie tous d'être parmi nous.

Quelques mots sur le Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale (CRHSS) Midi-Pyrénées.

Créé en 2000, il était présidé à l'origine par Paule Ricci, directrice régionale des affaires sanitaires et sociales honoraire². Je lui ai succédé en 2006.

Le Comité national a été créé il y a quarante ans, sur proposition de Pierre Laroque, qui en a été le premier président de 1973 à 1989. Il est aujourd'hui présidé par Madame Rolande Ruellan qui nous fait l'honneur d'être parmi nous. L'ancienneté de ce comité et son travail en partenariat avec les comités régionaux, sont des éléments significatifs par comparaison à d'autres comités d'histoire de l'administration et du parapublic. Le comité régional d'histoire a pour but, d'une part, de promouvoir et réaliser, directement ou indirectement, tous travaux et recherches, réunir toute documentation ayant un intérêt pour l'étude de l'histoire de la protection sociale, d'autre

¹ Ces documents sont consultables sur le site internet du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Midi-Pyrénées (<http://www.histoiresecump.fr/content/la-protection-sociale-en-france>).

² Association déclarée le 17 juillet 2000 à la préfecture de la Haute-Garonne.

part, de travailler en collaboration avec le Comité d'histoire de la Sécurité sociale.

Depuis sa création, relativement récente, le comité de Midi-Pyrénées a réalisé l'étude de l'histoire des organismes toulousains du régime général (CRAM, CPAM, CAF, URSSAF), du régime minier, du régime social des indépendants (RSI), ainsi que des mutualités sociales agricoles (MSA) de la Haute-Garonne et de l'Ariège.

Ces études, fruit d'un partenariat entre le comité et l'organisme étudié, sont synthétisées dans la *Lettre d'information*, publication du Comité régional d'histoire, disponible sur son site internet³. Ce site, mis en ligne en janvier 2008, comporte aussi des documents publiés à l'occasion des anniversaires de la Sécurité sociale, les « Mémoires de CRAM Midi-Pyrénées » rédigées par d'anciens administrateurs, ainsi qu'un historique des dirigeants des organismes des régimes général, agricole, indépendant et minier de la région.

Vingt-trois de ces organismes adhèrent au comité, deux associations (anciens administrateurs et UROS), les Archives départementales de la Haute-Garonne, une trentaine de personnes qualifiées et de membres d'honneur. Y adhèrent également les universités Toulouse 1 Capitole et Toulouse 2 Le Mirail. La coopération avec l'Université Toulouse 1 Capitole est particulièrement féconde et plusieurs de ses chercheurs ont étudié l'histoire des organismes. Deux sont parmi nous, Ludovic Azéma, qui a fait des recherches sur la MSA de la Haute-Garonne, et Mathieu Peter, qui a rédigé une étude sur celle de l'Ariège. Ils auront la lourde tâche de faire la synthèse de cette journée.

Pourquoi un colloque sur la gouvernance de la protection sociale ?

³ <http://www.histoiresecump.fr/lettres-d-information>.

A l'occasion du soixantième anniversaire de la Sécurité sociale en 2005, le Comité régional d'histoire avait déjà organisé un colloque sur un thème voisin⁴. Y intervenaient notamment Michel Lagrave, président du Comité d'histoire de la Sécurité sociale, et Bruno Valat, maître de conférences au Centre universitaire Jean-François Champollion, qui présidera les travaux cet après-midi.

Monsieur Bruno Valat concluait ainsi son intervention : « Malgré la fierté des Français pour leur 'modèle social', celui-ci s'est montré incapable jusqu'à aujourd'hui de réduire significativement [la] fracture sociale. [...] Voilà sans doute pourquoi la question de son avenir est appelée à occuper une place centrale dans les débats à venir. »

Nous avons voulu avec le conseil scientifique associer une approche historique et le ressenti du terrain, à un moment où la Sécurité sociale est quelquefois remise en cause. Cette inquiétude sur l'avenir semble corroborée par une enquête de l'Institut français d'opinion publique (IFOP), effectuée en septembre dernier, selon laquelle 71 % des sondés estiment que l'argent public consacré chaque année par le pays à sa politique de protection sociale et de santé est utilisé de manière inefficace. Ce sentiment de défiance « nouveau » incite d'autant plus à s'interroger sur la gouvernance de la protection sociale.

Ce matin, la partie historique du colloque sera retracée par deux spécialistes nationaux : Michel Laroque et Rolande Ruellan. Nous avons souhaité donner ensuite la parole aux partenaires sociaux, présidents des organismes de la région, en essayant de concilier représentativité, branches et régimes, ce qui explique la présence de sept intervenants à la table-ronde

⁴ Les interventions à ce colloque ont été réunies dans un petit fascicule disponible sur le site internet du comité : <http://www.histoiresecump.fr/publications/colloque60ans.pdf>.

qu'Albert Arséguel, professeur à l'Université Toulouse 1 va animer.

Cet après-midi, nous verrons si les mêmes évolutions se retrouvent au sein de la protection sociale complémentaire, avec les interventions de Jean-Jacques Marette, directeur général de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) et de l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO) et d'Alain Rey, secrétaire général de la Mutualité française Midi-Pyrénées. Enfin, les regroupements dans les régimes de base feront l'objet d'une table-ronde que j'animerai avec la participation de dirigeants de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et du RSI de Midi-Pyrénées et des deux MSA de la région.



PREMIERE PARTIE :

**GOUVERNANCE DES REGIMES DE BASE
DE SECURITE SOCIALE**

**sous la présidence de Philippe Delvit,
professeur à l'Université Toulouse 1 Capitole**



**LA GOUVERNANCE DE LA PROTECTION
SOCIALE DES ORIGINES DE LA SECURITE
SOCIALE AUX ORDONNANCES DE 1967**

**par Michel Laroque,
inspecteur général honoraire des affaires sociales,
ancien professeur associé à l'Université Paris 1
Panthéon-Sorbonne**

Le thème hautement politique de la gouvernance de la Sécurité sociale plonge ses racines dans toute notre histoire.

La Révolution française remet en cause les formes de protection sociale assurées sous l'Ancien Régime par l'Eglise, la noblesse territoriale (seigneuries et « dames du château »), les corporations ou confréries de métier et les collectivités territoriales, essentiellement les municipalités.

L'Etat ne joue sous l'Ancien Régime, qu'un rôle modeste, tourné notamment vers les invalides de l'armée avec l'Hôtel des invalides, et la marine avec la création du régime national des invalides de la marine, devenu l'ENIM. Il s'intéresse aux pauvres, mais surtout avec des préoccupations de police : l'arrêt de la Cour du Parlement du 30 décembre 1740 pour la subsistance des pauvres prévoit surtout des mesures répressives : « Tous les pauvres mendiants et qui ne sont point en état présentement de gagner leur vie seront tenus de se retirer dans la paroisse dont ils sont natifs ou de celle de leur domicile [...] sous peine de prison ou de châtimens corporels [...] Il est enjoint à tous pauvres valides de travailler toutes les fois qu'il se présente l'occasion de le faire et défenses de leur fournir aucune subsistance lorsqu'il y aura des ouvrages sur les lieux auxquels ils pourront gagner suffisamment pour avoir de quoi vivre. »

L'arrêt reconnaît toutefois la nécessité de secourir ceux qui ont besoin d'assistance à cause de leur âge, de leurs infirmités ou du trop grand nombre d'enfants dont ils sont chargés. En 1784, Necker, dans son *Traité de l'administration des finances*, évoque les hôpitaux et dépôts de mendicité qui accueillent plus de 100 000 malheureux, dont 25 000 malades, 40 000 enfants

trouvés, 40 000 infirmes et pauvres. Turgot crée en 1782 un inspecteur général des hôpitaux.

La Révolution commence par mettre à bas une partie des institutions existantes. La loi Le Chapelier du 14 juin 1791, au nom de l'intérêt général, supprime les corps intermédiaires entre l'Etat et le citoyen, notamment les associations ouvrières qu'elles soient sous forme corporative ou mutualiste. L'Eglise est privée de ses biens qui lui permettaient de mener une action charitable. C'est à la Nation de fournir des travaux à ceux qui en ont besoin pour leur existence et des secours aux infirmes. La Constitution du 3 septembre 1791 prévoit dans son titre 1^{er} qu' « il sera créé et organisé un établissement général de secours public, pour élever les enfants abandonnés, soulager les pauvres infirmes et fournir du travail aux pauvres valides qui n'auraient pu s'en procurer ». Le préambule de la Constitution du 24 juin 1793 édicte en son article 21 que « les secours publics sont une dette sacrée ». La Révolution française affirme donc de nouveaux concepts et une nouvelle approche de la gouvernance du social, mais ses objectifs restent inapplicables malgré les efforts du Comité de mendicité, puis du Comité des secours publics. Comme l'écrit Henri Hatzfeld, « supposer que du centre de la Nation pourraient être réparties sur tout le territoire les sommes nécessaires à la vie des hôpitaux et plus généralement à l'existence des citoyens hors d'état de travailler relevait évidemment de la plus généreuse des utopies en 1793 et dans les années qui suivront »⁵.

Les termes du débat sur la gouvernance n'en sont pas moins posés : de quel type d'organisation doit relever la protection sociale ? Corporatisme ou mutualité, libéralisme et charité ou intervention de l'Etat concentrée ou décentralisée ?

⁵ H. HATZFELD, *Du paupérisme à la Sécurité sociale (1850-1940) : essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*, Presses universitaires de Nancy, Nancy, 2004 (réédition de Armand Colin, Paris, 1971).

Ce rappel permet d'approfondir quatre périodes : les origines du mode de gouvernance de la protection sociale (I), le foisonnement institutionnel de la gestion des assurances sociales (II), l'effort de rationalisation d'une gouvernance de la Sécurité sociale reposant sur une gestion largement décentralisée de 1945 à 1967 (III), l'organisation d'une concentration de la gouvernance de gestion de la Sécurité sociale au niveau des caisses nationales dans le cadre des ordonnances de 1967 (IV).

I – Les origines du mode de gouvernance de la protection sociale au XIX^e siècle

Des formes de protection sociale vont prendre corps au cours du XIX^e siècle à travers divers courants qui plongent leurs racines dans les débats antérieurs et opposent libéralisme et charité à de premières formes de solidarités obligatoires. Ces thèmes relativement connus peuvent être schématisés en cinq points.

Le mouvement mutualiste se développe au cours du XIX^e siècle et obtient un corps juridique spécifique (lois de 1852 et 1898), ce qui traduit son implantation et son émancipation progressive du contrôle de l'Etat.

Les syndicats, reconnus en 1884, ne s'investissent que peu dans la protection sociale, sous réserve de caisses de secours en cas de chômage ou de grève. Ils privilégient la revendication et la lutte des classes contre le capital. La charte d'Amiens de 1905 s'inscrit dans cette conception anarcho-syndicale, mais s'ouvre à une autogestion : « le syndicat, aujourd'hui, groupement de résistance, sera, dans l'avenir, le groupe de production et de répartition, base de la réorganisation sociale ».

Quelques régimes de protection sociale sectoriels se constituent en matière essentiellement de retraite : fonction publique, réseaux de chemin de fer, mines, mais l'instauration d'une protection sociale dans un cadre obligatoire pour le secteur privé fait l'objet de violents débats. L'Etat se contente

d'organiser par la loi du 18 juillet 1850 une caisse nationale de retraite qui fonctionne sur une base volontaire en capitalisation.

Aux assurances sociales, sont préférées, à la fin du siècle et au début du XX^e siècle, de grandes lois d'assistance (loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, loi de juin 1904 sur l'assistance à l'enfance, loi du 14 juillet 1905 sur les vieillards, infirmes et incurables), lois dont la mise en œuvre est confiée aux conseils généraux des départements avec le concours des bureaux d'assistance publique des communes.

Le grand progrès social, que constitue, au terme de vingt ans de discussions parlementaires, la loi sur la réparation des accidents du travail de 1898 pour la protection des travailleurs, s'articule avec une gouvernance libérale : les employeurs choisissent leur organisme d'assurance, lorsqu'ils ne restent pas leur propre assureur. Toutefois, un corps étatique de commissaires contrôleurs des assurances va être constitué.

II – Le foisonnement institutionnel de la gestion des assurances sociales et des allocations familiales (1910-1944)

Il est marqué par plusieurs étapes : 1910, 1930, 1932, 1936.

L'élaboration de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes de 1910, est laborieuse et oppose les partisans d'une assurance volontaire à ceux d'une assurance obligatoire. Après une victoire législative, elle capote pour partie devant les restrictions de la Cour de cassation (arrêt du 22 juin 1912) qui exonère l'employeur de toute responsabilité en cas de non présentation par le salarié de sa carte d'assuré. Sur dix-huit millions d'assurés escomptés, on comptera 1,5 million d'affiliés à partir de 1915. Ce régime en capitalisation peut être géré par des organismes divers : caisses mutualistes ou patronales, collectant les cotisations et prenant en charge le service des retraites, ou Caisse nationale des retraites pour la vieillesse relevant de la Caisse des dépôts et consignations.

Tout aussi laborieuses sont l'élaboration et l'adoption de la loi de 1930 sur les assurances sociales, précédée d'une loi de 1928 que les oppositions des mutualistes et du corps médical obligent à adapter. La rationalité initiale de gouvernance du projet de l'administration élaboré au début des années 1920 sous l'égide notamment de Georges Cahen-Salvador cède la place à la prise en compte des institutions existantes, principalement mutualistes. Les mutualistes finissent par accepter l'obligation sous plafond d'affiliation, dès lors que leurs institutions peuvent participer à la gestion de la nouvelle organisation des assurances sociales. La loi prévoit donc que les caisses départementales ne recevront que les assurés qui ne font pas le choix d'une autre structure.

Comme le montrent les auteurs de *Se protéger, être protégé, une histoire des assurances sociales en France*⁶, l'enjeu parlementaire a largement été de savoir laquelle des organisations préconisées par l'Etat ou par les groupes opposants l'emporterait et à quelles conditions. « A la promulgation de la seconde loi sur les assurances sociales en 1930, le résultat sera éclatant : le corps médical, plus exactement la médecine libérale, et les milieux mutualistes auront gagné sur tous les tableaux. Le premier en conservant sa pleine liberté de manœuvre ; les seconds en se taillant la part du lion dans la gestion des assurances sociales. »

Si la forme juridique de la société de secours mutuel prévaut, elle recouvre toutefois des caisses d'origines diverses.

En 1936, il y aura ainsi, selon un classement et un décompte des services du ministère, mises à part les 353 caisses du secteur agricole, plusieurs centaines d'organismes que l'on peut répartir en plusieurs catégories.

⁶ M. DREYFUS, M. RUFFAT, V. VIET, D. VOLDMAN, *Se protéger, être protégé : une histoire des assurances sociales en France*, Presses universitaires de Rennes, Rennes, 2006.

Premièrement, les caisses d'assurance maladie fonctionnant en répartition, dites d'affinité : 272 caisses mutualistes, issues de la mutualité ou des caisses patronales (176 mutualistes, 96 interprofessionnelles) ; 78 caisses familiales confessionnelles (Fédération nationale catholique et CFTC) ; 52 caisses ouvrières, « Le Travail », de la CGT confédérée ; enfin 192 caisses d'entreprise.

Des unions représentent ces caisses au niveau national : Union nationale (Fédération nationale de la Mutualité française) des caisses primaires mutualistes d'assurances sociales, Union nationale des caisses familiales d'assurances sociales, Fédération nationale des mutuelles ouvrières « Le Travail ».

Deuxièmement, s'y ajoutent les 86 caisses départementales, dotées de conseils d'administration paritaires de 24 membres (douze représentants des salariés, douze représentants des employeurs, auxquels s'ajoutent deux représentants des praticiens). Ces caisses qui devaient être supplétives vont accueillir 60 % des assurés (3 775 000 assurés), les caisses d'affinité étant minoritaires. Toutefois, la présence mutualiste sera prépondérante en pratique dans leurs conseils. Elles sont représentées au niveau national par la Fédération nationale des caisses départementales d'assurance maladie.

Troisièmement des caisses d'assurance vieillesse-décès et des caisses d'assurance invalidité fonctionnent en capitalisation. Elles sont 80.

Quatrièmement, quinze unions régionales assurant la compensation ou la garantie des caisses de leur circonscription et, au niveau national, une Caisse générale de garantie.

Cinquièmement, le ministère du Travail avec sa direction des assurances sociales et de la mutualité, son service du contrôle général des assurances sociales et ses quinze services régionaux des assurances sociales, chargés non seulement du contrôle des caisses, mais surtout de l'immatriculation et du recouvrement des cotisations.

Pierre Laroque, en 1935, se préoccupe déjà de la cohérence du système : « les 727 caisses primaires de répartition et les 80 caisses de capitalisation ne doivent pas apparaître comme des organismes gérant à leur gré les risques dont l'assurance leur est confiée : l'assurance sociale est et reste une institution nationale dont le fonctionnement exige une étroite solidarité de tous les organismes qui y collaborent et même de tous les assurés ⁷ ». Il n'était sans doute pas inutile de le rappeler à l'époque face à ce paysage institutionnel foisonnant...

A cet édifice, il convient encore d'ajouter les caisses patronales de compensation d'allocations familiales, soit professionnelles, soit interprofessionnelles, avec des compétences géographiques variables. Elles sont déjà 232 en 1930 auxquelles s'ajoutent les caisses d'allocations familiales mutuelles de l'agriculture (32 en 1931)⁸. Elles seront 399 à la Libération. La loi du 11 mars 1932 oblige les employeurs à adhérer à une caisse de compensation et l'Etat fixe un taux minimum d'allocations familiales. La compensation reste, sauf exception, limitée à chacune des caisses patronales. La surcompensation nationale prévue par le décret-loi du 12 novembre 1938 ne sera jamais mise en œuvre pour ces dernières ; en revanche, elle est organisée entre les caisses agricoles.

Il faut enfin prendre en compte, dans le nouveau cadre des relations collectives mis en place en 1936, l'extension des assurances sociales aux salariés dont les revenus dépassaient le plafond d'affiliation des assurances sociales (cadres, ingénieurs, agents de maîtrise). Des accords collectifs, dont celui du 14 mai

⁷ P. LAROQUE, « La prévoyance », *Protection de la faiblesse physique et sociale*, cité dans *Se protéger, être protégé... Op. cit.*, p. 86.

⁸ D. CECCALDI, « Chapitre 9. Les allocations familiales et la compensation », *Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale*, sous la dir. de Michel Laroque, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, La Documentation française, Paris, 1999.

1937 entre l'Union des industries métallurgiques et minières (UIMM) et la Fédération nationale des syndicats d'ingénieurs (FNSI), sont conclus et mettent en place une gestion paritaire, en-dehors du cadre mutualiste des assurances sociales de 1930.

III – L'effort de rationalisation d'une gouvernance de gestion qui reste décentralisée dans la cadre de la construction d'une sécurité sociale globale de 1945 à 1967

L'organisation de la Sécurité sociale en 1945 ne peut faire table rase de ce qui a déjà été mis en place. Les organismes de Sécurité sociale sont issus de la croisée de la tradition mutualiste et syndicaliste et d'une conception moderne de l'Etat, le tout s'inspirant d'un certain idéal.

Elle s'inscrit, en effet, selon Pierre Laroque dans « une certaine conception de la démocratie qui ne serait pas seulement politique, mais aussi sociale. De même que la démocratie politique implique une gestion des affaires publiques confiée à des élus de la population, au niveau local, départemental, régional et national, de même la démocratie sociale voudrait que des représentants des institutions sociales assument la responsabilité de la gestion des institutions créées au profit de ces derniers. »⁹

« C'est (aussi) par défiance à l'égard de l'Etat, sur la base du sentiment qu'une représentation spécialisée plus proche des bénéficiaires sera mieux à même d'assurer la protection de l'individu et la satisfaction de ses intérêts. L'existence d'une telle représentation est dans la ligne des traditions mutualistes et syndicalistes. Elle traduit aussi l'élément d'anarchie que l'on trouve toujours au fond de la conception française de la liberté, celle-ci étant dirigée pour une large part contre l'Etat, contre une

⁹ P. LAROQUE, Actes du colloque *Culture, valeurs et éthique de la Sécurité sociale*, CNESS Paris, 1992.

collectivité considérée comme un ennemi dont il convient de se défier. »¹⁰

Les caisses continuent à se voir dotées de la forme juridique des sociétés de secours mutuels auxquelles elles succèdent généralement ; ce n'était toutefois pas le cas des caisses patronales d'allocations familiales et des organismes d'assurance accident du travail. Les nouvelles caisses sont des sociétés de secours mutuels à statut particulier.

Cette organisation de la Sécurité sociale s'inscrit aussi dans un courant juridique qui tend à définir l'Etat « comme une coopération de services publics organisés et contrôlés par les gouvernants. [...] Le développement de la décentralisation par service est la condition indispensable pour que le nombre de services publics puisse s'accroître sans que la puissance de l'Etat ne devienne excessive et absorbe les initiatives individuelles. »¹¹

Dans ce cadre, l'organisation de la Sécurité sociale est un modèle exemplaire et innovateur de gestion décentralisée et participative.

Les grandes étapes structurelles de la gouvernance de la Sécurité sociale vont être un reflet direct des mutations politiques. Les fluctuations de la composition des conseils d'administration, des modes de désignation de leurs membres, de l'organisation des caisses oscillent entre les partisans de plus de démocratie sociale et les défenseurs de plus d'efficacité gestionnaire.

1945 marque, dans l'atmosphère de la Libération, la victoire de l'idéal de démocratie sociale avec la conquête de la gestion de la Sécurité sociale par des syndicats de salariés forts qui se

¹⁰ P. LAROQUE, « Préface », *Histoire politique de la Sécurité sociale* d'Henri Galant, Armand Colin, Paris, 1955.

¹¹ L. DUGUIT, *Les transformations du droit public*, Armand Colin, Paris, 1952.

voient attribuer les trois-quarts, puis les trois cinquièmes des sièges par le législateur. Après une phase de désignation, des élections ouvertes sans monopole syndical et organisées tant pour le collège des assurés que pour le collège des employeurs, viennent légitimer en 1947, puis périodiquement jusqu'aux dernières élections de 1962, des conseils d'administration. Leur contribution sera précieuse dans la mise en place des nouvelles institutions qui intègrent les centaines d'organismes existants avec leur personnel, sans pratiquement de mouvement social. Pierre Laroque déclare en 1945 dans une conférence :

« la tradition française dans le domaine de la Sécurité sociale n'est pas une tradition d'étatisme bureaucratique ; c'est une tradition d'entraide volontaire, c'est la tradition d'un effort désintéressé et généreux d'assistance mutuelle, c'est la tradition de la mutualité, c'est la tradition du syndicalisme, c'est la tradition du vieux socialisme français, du socialisme de Fourier, de Louis Blanc, de Proudhon, c'est cette tradition qui a son nom inscrit dans notre devise nationale, c'est la tradition de la fraternité .

« Il incombera aux responsables de l'organisation de la Sécurité sociale de faire l'éducation des travailleurs pour les inciter à prendre réellement une part active à la gestion de leurs institutions. Il leur appartiendra aussi d'animer ces institutions par cet esprit de générosité, cet esprit de désintéressement sans lequel aucun effort social ne peut être vraiment efficace. [...]

« Dans le domaine social, il ne suffit pas d'être technicien, il faut être un apôtre. La technique, l'organisation ne peuvent être pleinement efficace 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, par cette foi des Tolain, des

Varlin, des Pelloutier, des mutualistes et des syndicalistes, par cette foi qui est la base de toutes nos révolutions : car c'est une révolution qu'il faut faire et c'est une révolution que nous ferons. »¹²

Certes, au niveau local, la caisse unique, que prévoyait le plan de Sécurité sociale, échoue pour partie, compte tenu, d'une part, de l'opposition des défenseurs de l'autonomie des caisses d'allocations familiales, d'autre part, du maintien de la spécificité agricole, de l'hostilité des travailleurs indépendants et de l'attachement manifesté par leurs ressortissants aux régimes spéciaux, maintenus à titre provisoire. Toutefois, en ce qui concerne ce qui reste du régime général, n'est instituée au niveau national qu'une seule caisse nationale, de caractère tripartite (partenaires sociaux salariés et employeurs, représentants de l'Etat), présidée par un conseiller d'Etat, désigné par le vice-président du Conseil d'Etat, ce qui assure son indépendance (elle restera de taille limitée : 250 agents en 1967). Au niveau local, le nombre de caisses est considérablement réduit par rapport au foisonnement des assurances sociales et des allocations familiales. Au niveau le plus souvent départemental, coexistent généralement une caisse primaire d'assurance maladie et une caisse d'allocations familiales auxquelles s'ajoutent des caisses régionales, notamment pour la vieillesse et la prévention des accidents du travail. La Fédération des organismes de sécurité sociale (FNOSS) et l'Union nationale des caisses d'allocations familiales (UNCAF) assurent une représentation des caisses locales au niveau national. Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) ne verront le jour qu'ultérieurement à partir des

¹² P. LAROQUE, Conférence à l'Ecole nationale d'organisation économique et sociale, 23 mars 1945.

services des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des caisses d'allocations familiales (CAF).

Les administrateurs de ces caisses jouent un rôle efficace et responsable dans la mise en place des nouvelles institutions sous l'égide notamment de la CGT encore unifiée jusqu'en 1947, avant que les divisions syndicales ne conduisent à des surenchères entre les organisations syndicales auxquelles peut contribuer la perspective d'élections. Il s'agit d'abord d'une démocratie sociale de terrain et de gestion.

Les décrets de mai 1960, après quelques autres mesures, visent à remédier aux dérives de gestion, qu'entraînent la surenchère de syndicats désormais divisés et parfois le laxisme de certains conseils d'administration. Ils renforcent la compétence des directeurs, au détriment des conseils d'administration, et la tutelle de l'Etat.

Un autre aspect des problèmes de gouvernance de la Sécurité sociale est celui qui tient au rôle des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé dans la régulation du système de santé. L'opposition des médecins, dans le cadre des assurances sociales de 1930, n'avait pas permis de mettre en place des tarifs opposables garantissant un remboursement adéquat aux assurés sociaux. Cette question, comme le montre notamment Bruno Valat, dans son *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967)*¹³, a fait l'objet de négociations constantes pour assurer l'effectivité de l'assurance maladie face aux principes de liberté que s'efforcent de défendre les syndicats médicaux. En 1946, est prévu un système de conventions locales entre les caisses et les syndicats de praticiens entraînant le remboursement des assurés, soit sur la base de tarifs conventionnels opposables, soit sur la base de tarifs d'autorité fixés à un taux inférieur par arrêté ministériel. Des conventions

¹³ B. VALAT, *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967) : L'Etat, l'institution, la santé*, Economica, Paris, 2001.

départementales ne seront signées que dans 57 départements sur 91 et, même dans ces départements, elles sont contournées aisément grâce aux autorisations de dépassement en cas de situations de fortune, d'exigences particulières de l'assuré ou de notoriété du médecin. Ces critères sont resserrés, notamment par la création de listes de notoriété dans le cadre de la réforme du 12 mai 1960 ; surtout, à défaut de convention locale, les médecins peuvent, dès lors, adhérer individuellement à une convention-type, ce à quoi ils furent invités.

IV – L'organisation d'une concentration de la gouvernance de gestion de la Sécurité sociale au niveau des caisses nationales dans le cadre des ordonnances de 1967

Les problèmes financiers de la Sécurité sociale et l'augmentation des charges sociales sont une préoccupation périodique. Les mesures des décrets de mai 1960 sont considérées comme insuffisantes par une partie de l'opinion, notamment par les organisations d'employeurs. Des projets de réforme sont élaborés qui débouchent sur la réforme de 1967 menée sans débat parlementaire, par ordonnances, ce qui suscite un vif mécontentement, qui ne sera sans doute pas totalement étranger à l'extension du mouvement de 1968.

La réforme de 1967 remet en cause les principes de gouvernance de 1945 par la recherche d'une véritable efficacité gestionnaire grâce tout d'abord à un paritarisme égalitaire au profit des représentants des employeurs, en particulier dans le contexte français de « concurrence » syndicale. Les membres des conseils d'administration sont désignés par leurs organisations, dotées d'un nombre de sièges forfaitaires ; ils perdent la légitimité tirée d'une élection. Surtout, la création de

caisses nationales¹⁴ par grandes branches va conduire à une concentration progressive de la gestion autour du système d'information, outil majeur de gestion.

La réforme de 1967 vise également à renforcer la responsabilité des conseils d'administration des caisses nationales en séparant clairement les comptabilités des différentes caisses nationales, dotées de l'autonomie juridique et financière. C'est en particulier le cas pour la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) qui se voit confier la responsabilité de l'équilibre financier de sa branche : au niveau des dépenses, elle doit prescrire les mesures nécessaires aux caisses locales d'assurance maladie ; elle doit également décider, à défaut de ressources, la modification du taux de remboursement des prestations ou l'augmentation des cotisations. Dans ce dernier cas, la décision doit cependant être approuvée par un décret. Vous connaissez l'échec de cette tentative qui préfigure toutefois des réformes ultérieures. Enfin la Caisse nationale de sécurité sociale et le Conseil supérieur de la Sécurité sociale sont supprimés. C'est le conseil d'administration de la caisse nationale compétente qui est consultée sur les nouveaux textes législatifs et réglementaires.

La réforme de 1967 conduit également à un conventionnement national de l'assurance maladie avec les syndicats médicaux. A partir de la convention nationale de 1971, sont conventionnés les médecins qui ne se dégagent pas explicitement de la convention, ce qui entraîne une amélioration substantielle de la couverture médicale des assurés.

¹⁴ Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), puis Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), ainsi que l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS).

L'arrivée de la gauche au pouvoir, en 1981, provoque de nouvelles mutations temporaires qui visent à corriger, en 1982, les excès des réformes de 1967 en restituant les trois cinquièmes des sièges aux représentants des syndicats. Les élections des représentants des assurés sont rétablies dans le cadre d'un monopole institué au profit des cinq organisations syndicales les plus représentatives. Elles n'auront néanmoins lieu qu'une seule fois et le paritarisme sera remis en place à l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS), puis dans les autres caisses nationales, le courant de l'efficacité gestionnaire l'emportant à nouveau.

Conclusion : des formes de gouvernance à relativiser

Les partenaires sociaux constituent toujours l'essentiel des conseils d'administration, tant au niveau des caisses locales que nationales, ce qui contribue à leur assurer une bonne connaissance de la Sécurité sociale, une possibilité d'action sur sa gestion et une influence sur sa réglementation. Mais il faut prendre acte qu'au niveau du régime de base de sécurité sociale le rôle principal revient à l'Etat, responsable de l'élaboration de la législation et de la réglementation, même s'il consulte les partenaires sociaux. Il en a toujours été ainsi depuis les premières lois sur les assurances sociales. C'est le corollaire d'un système général d'obligation, de solidarité nationale et de prélèvements obligatoires.

La démocratie sociale visée par le plan de Sécurité sociale de 1945 était essentiellement une démocratie de gestion, dont l'impact, après la phase de mise en place des caisses, a été moindre qu'attendu. La présence des administrateurs dans les conseils d'administration des caisses et de leurs commissions a pourtant joué sur l'action sociale de certaines caisses et contribué à la bonne gestion des directeurs, même si l'autonomie des directeurs par rapport aux conseils n'a cessé d'être renforcée, tout en étant de plus en plus réduite vis-à-vis de

leur caisse nationale. Pierre Laroque manifestait, toutefois, sa déception, à l'occasion du dixième anniversaire de la Sécurité sociale : « Sur le plan formel, sur le plan organique, la gestion de la Sécurité sociale est une gestion démocratique. Mais ce que l'on doit se demander, c'est si l'on est parvenu par cette voie à associer, non pas seulement les représentants des travailleurs, mais les travailleurs eux-mêmes dans leur masse, à la gestion des institutions et sur ce point nous devons bien répondre : non. La raison en est que les administrateurs ont été trop absorbés au cours de ces dernières années par leurs besognes administratives et aussi, il faut bien le dire, par les rivalités entre tendances et entre organisations pour pouvoir se consacrer, comme on l'avait espéré à l'origine, à un effort d'éducation des bénéficiaires de la Sécurité sociale. Sur ce point, on peut dire que tout ou presque tout reste à faire. Cela ne veut pas dire que cela ne se fera pas dans l'avenir, mais jusqu'à présent le but poursuivi à cet égard n'a pas été complètement atteint. »¹⁵

La démocratie sociale a été sans doute plus effective dans les régimes complémentaires de retraite et dans l'assurance chômage, où les partenaires sociaux sont intervenus de manière paritaire, tant sur la gestion que sur les règles de financement et de prestation, l'influence des organisations d'employeurs l'emportant toutefois sur celle des organisations syndicales rarement unies.

¹⁵ P. LAROQUE, « Des assurances sociales à la Sécurité sociale », *Force Ouvrière informations*, juillet 1955, repris dans le *Bulletin du Comité d'histoire de la Sécurité sociale*, n° spécial 2005-2006 à l'occasion du Soixantième anniversaire de la Sécurité sociale.



**LA GOUVERNANCE DES REGIMES
DE SECURITE SOCIALE DE BASE
DEPUIS LE PLAN JUPPE
DU 15 NOVEMBRE 1995**

**par Rolande Ruellan,
présidente honoraire de la sixième chambre
de la Cour des comptes,
présidente du Comité d'histoire
de la Sécurité sociale**

Le plan Juppé a profondément modifié la gouvernance des régimes de sécurité sociale de base. Ce n'était pas la première grande réforme institutionnelle depuis 1945, comme on vient de le rappeler. Les ordonnances de 1967 avaient déjà apporté de grands bouleversements au seul régime général. En 1967, comme en 1995, la réforme de l'organisation et de la gouvernance fut motivée par la nécessité de lutter contre les déficits, et singulièrement ceux de l'assurance maladie.

Il arrive en effet que des organisations historiques ne répondent plus à l'évolution des enjeux sociaux et économiques. Il faut alors dans notre pays un certain courage politique pour les réformer. Et ce courage doit souvent être dopé par des contraintes extérieures. En l'occurrence, il s'est agi depuis 1995 et il s'agit toujours des contraintes que nous impose l'Union européenne.

On s'attachera à expliquer le contexte dans lequel est intervenu le plan Juppé (I), avant de démontrer en quoi il a bouleversé les responsabilités en matière de sécurité sociale par la présentation de ses points forts (II). Enfin on essaiera de porter une appréciation sur son impact (III). Au plan Juppé, proprement dit, seront jointes les réformes de gouvernance intervenues juste avant et dans son prolongement : la loi sur la Sécurité sociale de 1994, la loi de 2004 sur l'assurance maladie et la loi organique de 2005 réformant les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et organisant la certification des comptes de la Sécurité sociale. Le plan Juppé fut une réforme institutionnelle au service de la maîtrise des dépenses avec une ambition de clarification des pouvoirs.

I – Le contexte de la réforme de la gouvernance

A – Des relations conflictuelles entre les partenaires sociaux et l’Etat

Presque vingt ans ont passé et cela paraît un siècle, tant les relations ont évolué. Jusqu’au milieu des années 1990, il y avait une contestation, une opposition presque systématique à l’Etat des partenaires sociaux gestionnaires des caisses.

Si la légitimité de l’Etat dans l’organisation de la Sécurité sociale n’était pas contestée dans son principe, l’ampleur de son intervention était un sujet de controverse récurrent alimenté par les querelles idéologiques propres à la société française.

La puissance publique, en pratique le gouvernement, se retrouvait alors face aux partenaires sociaux dans une sorte de ménage à trois, clandestin comme il se doit, et conflictuel, pour piloter la Sécurité sociale. Le syndicalisme français, très morcelé, reste encore parfois marqué par des tendances anarchistes hostiles à l’Etat, qui empêchent certaines de ses composantes d’être des partenaires constructifs.

Le lien assurantiel établi entre la cotisation, salaire indirect ou différé, et le droit à prestations fondait la démocratie sociale et a pu justifier de la part de certains syndicats et du CNPF/MEDEF la revendication d’un partage de territoires entre l’Etat et les partenaires sociaux. On y reviendra.

Cette opposition entre les acteurs de la démocratie sociale et l’Etat peut expliquer, par exemple, la lente maturation, jusqu’à sa création en 1991, de la contribution sociale générale (CSG) à laquelle s’opposaient FO et la CGT malgré une assiette étendue aux produits du capital. Sa qualification d’imposition de toute nature votée par le Parlement portait en germe l’intrusion de celui-ci dans le « ménage à trois », ce que ces syndicats refusaient.

C’est dans ce contexte qu’est intervenu le plan Juppé de 1995. Un contexte marqué par l’ampleur des déficits, l’échec

des méthodes déjà utilisées, la nécessité de responsabiliser l'ensemble des acteurs et enfin l'évolution récente de certains partenaires sociaux désormais favorables à l'intervention du Parlement car ils étaient conscients de leur incapacité à maîtriser tous les enjeux. Le gouvernement, de son côté, sentait bien que la légitimité de la politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, qu'il tentait d'imposer depuis deux ans, serait renforcée par l'intervention du Parlement. Enfin, cette réforme est intervenue dans le contexte de la préparation de l'entrée de la France dans la monnaie unique, entrée qui exigeait une réduction des déficits publics.

Ce fut une réforme considérable que rien, dans le discours politique, ne laissait prévoir jusqu'à l'automne 1995, alors que se préparaient les manifestations du cinquantième anniversaire de la Sécurité sociale.

Pourtant, pour un nombre croissant d'acteurs et d'observateurs, la Sécurité sociale était arrivée, cinquante 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 de ses 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'Etat dans les choix stratégiques concernant la Sécurité sociale.

Le plan a été présenté par le premier ministre, Alain Juppé le 15 novembre 1995 à l'Assemblée nationale. Il a été ovationné debout par les parlementaires de la majorité.

La surprise a été totale pour les Français, y compris la plupart des partenaires sociaux et les milieux politiques. Il y avait eu très peu de consultations et elles étaient restées très discrètes. La CFDT notamment avait contribué à la réflexion.

Les forums régionaux sur la protection sociale qui avaient été organisés à partir du 9 octobre n'évoquaient pas le sujet de la réforme institutionnelle, sans doute jugé trop explosif. Le fait est que le soir même du 15 novembre, à l'émission télévisée « la Marche du siècle », certains syndicalistes éructaient de fureur.

B – Une revendication ambiguë : la clarification des pouvoirs

La clarification des pouvoirs était revendiquée par tous les partenaires sociaux et continuera à l'être après la réforme. Mais tous ne lui donnaient pas le même contenu. Pour les uns, elle correspondait davantage à la notion de blocs de compétences exclusifs sur des secteurs de la protection sociale ou sur des populations définies qu'à une répartition des responsabilités en fonction de la nature des décisions à prendre. Ainsi, l'Etat s'occuperait de la protection des chômeurs, des handicapés, des Rmistes etc, toutes catégories qui cotisent peu et dont les syndicats ne se sentent pas responsables. En échange, les partenaires sociaux seraient plus libres d'organiser l'assurance maladie des salariés. Une telle proposition distinguant assurance et solidarité est un vieux serpent de mer. Mais ses auteurs ne voyaient pas qu'elle renfermait le risque d'une privatisation de la partie assurantielle dès lors que la dimension de solidarité était exclue. En effet, la jurisprudence européenne ne reconnaît aux caisses de sécurité sociale le monopole de la gestion qu'en contrepartie de la solidarité qu'elles mettent en œuvre.

Ainsi, cette revendication signifiait cloisonnement, cantonnement des pouvoirs alors que la complexité des enjeux militait, au contraire, pour le partenariat et le partage des responsabilités sur la base de règles du jeu claires.

La clarification des pouvoirs telle que décidée en 1995 par les pouvoirs publics est totalement différente de celle souhaitée par certains partenaires sociaux : elle consiste à préciser quels sont les acteurs compétents tout au long du processus qui conduit de la création de la règle à l'exercice par un assuré des

droits et obligations qu'il tient de cette règle. Le processus se décompose en trois temps : en amont la fixation des cadres juridiques et financiers dans lesquels va s'exercer la gestion du système et, en aval, le contrôle de cette gestion. A l'Etat revient la responsabilité de l'amont et de l'aval, aux organismes décentralisés, celle de la gestion.

Tout cela n'était pas vraiment nouveau, notre système fonctionnant déjà sur ces trois temps. Ce qui était nouveau, c'était plus l'affirmation, la consécration de ce partage de responsabilités, en rupture avec le discours ambiant issu de l'idéologie des ordonnances de 1967. Jusqu'en 1993, le discours politique consistait à flatter les partenaires sociaux en leur disant : « la Sécurité sociale n'est pas l'affaire de l'Etat, mais celle des partenaires sociaux ». Mais rien de concret ne venait étayer ce discours. En outre, chacun savait que les partenaires sociaux ne souhaitaient pas réellement voir leurs responsabilités accrues.

Les textes de 1996 ont essayé d'harmoniser le discours, les contraintes, les textes et la pratique.

II – Les points forts de la réforme de la gouvernance

Avant le plan Juppé, il y eut la loi du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale. Elle a commencé à introduire le Parlement, de façon encore modeste, et à modifier le rôle des caisses.

On peut considérer que cette loi a préparé les réformes de 1996 : elles ont en effet les mêmes objectifs de clarification des responsabilités entre les caisses et l'Etat. Cependant, la loi de 1994 est surtout intervenue sur l'organisation financière avec la séparation effective des trésoreries des branches, tandis que les textes adoptés en 1996 ont revu la distribution des pouvoirs entre le Parlement et le gouvernement, entre les pouvoirs publics et les caisses nationales, entre ces dernières et les caisses locales et au sein de ces dernières entre les conseils et les directeurs.

Paradoxalement, l'esprit dans lequel ces deux textes ont été élaborés est assez différent : la loi de 1994 était l'aboutissement d'une recherche, assez infructueuse jusque-là, d'accroissement des pouvoirs des caisses, surtout de responsabilisation financière des caisses nationales. L'ordonnance de 1996, elle, intervient dans un contexte de partage des responsabilités. Mais, finalement, alors qu'elles sont l'œuvre de deux gouvernements dont le discours sur les pouvoirs respectifs de l'Etat et des caisses était assez différent, la loi de 1994 et le plan Juppé sont en totale cohérence, la première étant une sorte de galop d'essai ayant préparé le second. Dans cette affaire, l'influence de Simone Veil qui a défendu la loi de 1994 fut déterminante.

La dernière réforme de gouvernance, intervenue en 2004, a encore répondu au même souci de financement de la branche maladie, préoccupation qui est à l'origine de toutes les réformes d'organisation depuis 1967. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a fortement accru la spécificité de la gouvernance de la branche maladie.

Venons-en aux points forts.

A – L'accroissement des pouvoirs du Parlement

Le Parlement était traversé de contradictions : d'un côté il souhaitait voir son rôle renforcé et de l'autre certains parlementaires demandaient de façon un peu démagogique le respect et l'accroissement des compétences des caisses.

La demande d'intervention était cependant la plus forte : depuis de longues années, le Parlement demandait « le contrôle des finances de la Sécurité sociale ». Il n'était compétent depuis la Constitution de 1958 que pour voter des lois abstraites, portant uniquement sur les principes fondamentaux de la Sécurité sociale dans le respect de l'article 34 de la Constitution. Comment comprendre qu'il ait été tenu à l'écart des finances de la Sécurité sociale qui dépassaient celles de l'Etat et qui sont, pour le Conseil constitutionnel depuis 1961, des fonds publics ?

La distinction entre cotisation et impôt, la première ouvrant des droits, à la différence du second, a maintenu le Parlement à l'écart alors que le principe du consentement à l'impôt par les élus du peuple aurait dû être, non pas étendu mais transposé aux ressources de la Sécurité sociale. Mais les pouvoirs publics savaient que c'était un *casus belli* à l'égard des partenaires sociaux qui ne voulaient pas voir la démocratie politique empiéter sur la démocratie sociale.

La loi de 1994 n'avait pas osé prévoir le vote d'une loi de financement. Elle s'était bornée à décider un débat annuel au Parlement sur la base de rapports du gouvernement et de la Cour des comptes.

Pourtant, seulement un an plus tard, le vote d'une loi était décidé. Désormais, le Parlement adoptera chaque année une LFSS.

Mais cette loi n'autorisera pas la perception des cotisations. Cela aurait transformé les cotisations en impositions de toute nature et risqué de conduire à la budgétisation de la Sécurité sociale. Le gouvernement voulait, à juste titre, maintenir une stricte séparation entre loi de finances et LFSS.

La création de cette nouvelle catégorie de loi va exiger une réforme de la Constitution (loi constitutionnelle du 22 février 1996) et une loi organique du 22 juillet 1996 pour en préciser le contenu.

Le texte de la loi organique marque la volonté des pouvoirs publics de faire le lien entre les objectifs des politiques sanitaires et sociales et les objectifs des dépenses de sécurité sociale. La traduction de ce lien n'est pas simple mais l'expression de l'ambition est une première. Elle est logique car les prestations de sécurité sociale par leur masse constituent l'instrument financier essentiel des politiques sanitaires et sociales. Le Parlement devra donc approuver les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale avant d'approuver les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre

financier de la Sécurité sociale. Ensuite, et c'est là le véritable objectif des LFSS, il fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'ensemble des régimes. Enfin, pour chaque régime entrant dans son champ, la loi fixe les limites des ressources de trésorerie auxquelles il peut recourir.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour l'année N, y compris le rapport du gouvernement, les nombreuses annexes et le rapport de la Cour des comptes sont déposés sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre de N-1.

La LFSS, considérée comme un progrès démocratique essentiel, souffrait cependant d'insuffisances importantes mises en évidence notamment par la Cour des comptes. La loi organique du 2 août 2005, compte tenu notamment des amendements parlementaires souvent inspirés par la Cour des comptes, renforce considérablement l'emprise du Parlement sur le financement de la Sécurité sociale, qu'il s'agisse du contenu de la loi ou du contrôle de son application.

S'inscrivant dans le prolongement de la réforme des finances de l'Etat par la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), elle inclut explicitement les finances de la Sécurité sociale dans la problématique générale des finances publiques. Ainsi, elle intègre les prévisions financières de la Sécurité sociale dans un cadrage pluriannuel et les fonde sur les hypothèses macroéconomiques associées à la loi de finances et transmises à la Commission européenne. Elle introduit une démarche « objectifs/résultats » en prévoyant une annexe sur les programmes de qualité et d'efficacité de la politique de sécurité sociale.

La LFSS comprend désormais quatre parties. Pour l'exercice clos, la loi approuve les tableaux d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant à leur financement. Le Parlement

prend position sur les fonds de financement, le traitement des excédents, des déficits, des dettes, des réserves etc. Pour l'exercice en cours, la loi rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre ainsi que les objectifs de dépenses par branche, l'ONDAM et ses sous objectifs, enfin les conditions d'amortissement de la dette sociale portée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Pour l'année à venir, la loi approuve le rapport qui accompagne le projet de loi et elle détermine les conditions générales de l'équilibre financier de la Sécurité sociale. La quatrième partie est consacrée aux dépenses de l'année à venir, notamment à l'ONDAM et ses sous-objectifs.

B – La contractualisation des relations entre l'Etat et les caisses

Jusqu'au plan Juppé, parler de partenariat autour d'objectifs communs entre l'Etat et les caisses était, notamment dans le domaine de l'assurance maladie, un chiffon rouge agité sous le nez des partenaires sociaux. C'était un gros mot !

L'état d'esprit était au cloisonnement. L'idée que la prise en charge des soins devait prendre en compte des objectifs sanitaires et que l'équilibre financier de la Sécurité sociale devait obéir aux contraintes économiques nationales et européennes, compétences relevant de l'Etat, n'était pas couramment reçue dans les milieux de la Sécurité sociale.

Le rapport au président de la République qui accompagne l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'organisation de la Sécurité sociale ose le terme de « partenariat » : c'est là une vraie révolution !

On va donc passer d'un cloisonnement stérile à un partenariat constructif et l'outil en sera le contrat, instrument de la responsabilisation de tous les acteurs : la réforme distribue avec précision les responsabilités entre le Parlement, le gouvernement, les caisses nationales, les organismes locaux, et,

au sein des caisses entre les conseils d'administration et les directeurs.

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) sont désormais courantes dans tous les secteurs de l'action publique que l'Etat délègue à des partenaires. A l'époque, c'était plutôt novateur. Il y avait eu des prémisses dans le régime général sous la forme des contrats budgétaires pluriannuels initiés par la direction de la Sécurité sociale (DSS) dès avant 1990. Mais les COG vont plus loin. Signées pour une période minimale de trois ans, elles déterminent dans le respect de la LFSS les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires. Des avenants annuels sont prévus, notamment en fonction des LFSS annuelles ou pour tenir compte de modifications importantes de la charge de travail des caisses dues aux évolutions législatives et réglementaires. Enfin, elles précisent le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

C – Un nouveau partenariat entre les régimes d'assurance maladie et entre ceux-ci et l'Etat : les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les agences régionales de santé (ARS) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)

Puisqu'il n'est plus envisagé de fusionner les caisses des différents régimes, il s'agit, non seulement de rapprocher progressivement le contenu de ces régimes, mais encore de les faire coopérer sur des politiques nécessairement communes, telles la gestion du risque maladie. En effet, dès lors que la maîtrise des dépenses vise l'offre de soins et non plus seulement la demande des patients, l'action à l'égard des professionnels de santé ne peut être conduite par chaque régime indépendamment des autres. En outre, la gestion du risque pilotée par une

vingtaine d'unions régionales était jugée plus efficace que par deux cents organismes.

La mise en œuvre des URCAM n'a pas été simple, en raison notamment de la méfiance qu'inspire aux autres régimes le poids du régime général. Par ailleurs, elles constituaient un échelon supplémentaire, dans la bonne tradition française selon laquelle on ajoute mais ne retranche jamais rien.

Parallèlement, la réforme de 1996 a créé des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) dans lesquelles les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), non incluses dans les URCAM, ont eu une place importante. Il s'agissait là d'étapes vers une gouvernance plus cohérente de l'assurance maladie au plan régional mais aussi national.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie comporte un volet organisationnel très important. Un de ses objectifs essentiels a été la mise en place d'une nouvelle gouvernance nationale de l'assurance maladie qui repose sur l'organisation du leadership de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur les autres régimes et sur les caisses locales de son propre réseau.

La création de l'UNCAM, établissement public administratif, permet de regrouper les trois grands régimes sous la direction de la CNAMTS qui représente 85 % des assurés. L'UNCAM, plus précisément son collège de directeurs mené par le directeur général de la CNAMTS, devient responsable de la négociation et de la signature des conventions avec les professions de santé, compétence retirée au conseil de la CNAMTS.

La loi réforme profondément les organes de la CNAMTS et des caisses primaire d'assurance maladie (CPAM) : le directeur désormais général de la CNAMTS est nommé en conseil des ministres pour une période de cinq ans pendant laquelle il ne peut être démis qu'avec un vote favorable des 2/3 du conseil, d'où une certaine indépendance. Il a autorité sur le réseau des

caisses régionales et locales : de fait, le réseau est désormais hiérarchisé même si les caisses locales gardent leur personnalité juridique. Le conseil n'est plus un conseil d'administration : ses pouvoirs sont recentrés sur des tâches d'orientation.

La loi érige les organismes de protection complémentaire en acteurs institutionnels de la couverture maladie en créant une union, l'UNOCAM, regroupant les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs. Elle peut être associée à la signature d'accords et conventions.

Au plan régional, c'est la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 qui parachève l'organisation régionale du pilotage de la santé/assurance maladie en créant les ARS.

Le pilotage unifié confié aux ARS est destiné à remédier à un éclatement des responsabilités, préjudiciable à la bonne organisation du système de soins. Leurs missions sont très larges : elles couvrent l'organisation de l'offre de soins hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux ainsi que la sécurité sanitaire et la gestion des crises, la prévention et la santé publique, y compris en matière environnementale.

Elles regroupent les services déconcentrés de l'Etat, les URCAM, une partie des services des CRAM et des directions régionales du contrôle médical (DRSM) de la CNAMTS, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les groupements régionaux de santé publique.

La conséquence fut le changement de nom des CRAM qui perdaient la compétence hospitalière et sont devenues les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

Le conseil de surveillance des ARS est présidé par le préfet de région et comprend des élus locaux, des représentants de l'Etat et des organismes d'assurance maladie ainsi que d'usagers et des personnes qualifiées.

D – La réforme des organismes gestionnaires

La rénovation des conseils d'administration

Alors que la DSS proposait en 1995 de limiter le nombre des administrateurs au sein des conseils afin de les responsabiliser davantage, la réforme a fait l'inverse : les conseils compteront encore plus de membres.

Outre le retour (dans les textes car dans les faits c'était déjà le cas) à la désignation des administrateurs syndicalistes, la réforme introduit des personnes qualifiées issues de la société civile et désignées *intuitu personae* par l'Etat. Il s'agissait d'introduire du sang neuf. Mais ces personnes qualifiées ne peuvent être ni élues à la présidence des conseils d'administration, ni participer à l'élection. La réforme limite le mandat des administrateurs à cinq ans, renouvelable une seule fois et l'âge à la nomination à 65 ans.

On a vu que la loi de 2004 a transformé les conseils d'administration de la branche maladie du régime général en conseils. Dans les sphères de l'Etat, certains auraient voulu étendre cette évolution aux autres branches, voire à d'autres régimes. Pour le moment, ce n'est pas le cas.

La création de conseils de surveillance

Institués auprès de chaque caisse nationale du seul régime général, ils sont composés de représentants du Parlement et des collectivités locales, de personnes qualifiées et, selon l'organisme, de représentants des retraités, des familles et des organisations œuvrant dans le domaine économique et social. Le conseil de surveillance de la branche maladie comprend également des représentants des professions et établissements de santé. Ils devaient se réunir au moins deux fois par an pour examiner les conditions de mise en œuvre des COG.

L'idée était intéressante à un double titre : elle permettait d'éviter l'entrée dans les conseils d'administration de

représentants d'intérêts divers qui auraient pu perturber le fonctionnement en introduisant des débats politiques ou des revendications spécifiques ; elle permettait aussi d'associer des parlementaires au moment où le Parlement, peu familier de la Sécurité sociale, allait devoir voter chaque année les LFSS.

Mais cette réforme est plutôt en sommeil.

III – Appréciation : comment a été reçu ce grand bouleversement ? Etatisation abusive ou responsabilisation des acteurs ?

Les objectifs ont-ils été atteints ?

Les syndicats opposés à la réforme de 1996 l'ont tout de suite accusée d'organiser une étatisation de la Sécurité sociale, c'est-à-dire un recul de la démocratie sociale mise en œuvre par les partenaires sociaux. Par étatisation, ils entendent non seulement l'accroissement du rôle de l'Etat, mais aussi des caisses nationales assimilées à l'Etat du fait que leurs directeurs sont nommés en Conseil des ministres.

La loi de 2004 a également été accusée de renforcer l'étatisation de l'assurance maladie, accusation encore ressortie à l'occasion de la loi HPST.

La réforme peut en effet inspirer des sentiments contradictoires.

A – Etatisation ?

Par le biais des COG, l'Etat intervient dans tous les domaines d'activité des caisses. L'ordonnance impose les sujets que les COG doivent traiter, ce qui peut apparaître directif mais qui est finalement légitime puisque l'Etat est signataire, que ces COG doivent mettre en œuvre les LFSS et que l'Etat s'impose aussi des contraintes qui sont autant de garanties pour les caisses. Elle limite clairement les pouvoirs des caisses de base à la gestion de la Sécurité sociale et institue officiellement un

partenariat entre les caisses nationales et l'Etat : celui-ci, garant du bon fonctionnement du service public de la Sécurité sociale interviendra plus directement dans la gestion administrative qui était considérée traditionnellement comme de la compétence exclusive des caisses.

Il a été dit que les conseils des caisses locales sont les grands perdants de la réforme au profit de l'Etat et des caisses nationales. Ils perdent en effet le pouvoir de nommer leur directeur et leur agent comptable. Par ailleurs, ils perdent des pouvoirs au profit des directeurs dont les attributions sont élargies : désormais, ceux-ci proposent aux conseils d'administration la nomination de leurs collaborateurs directs hormis l'agent comptable (directeur-adjoint, sous-directeur), ce qui signifie que les conseils ne gardent qu'un rôle formel. Désormais, le directeur décidera des actions en justice et représentera la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile ; enfin, il présidera le comité d'entreprise.

Si l'on considère que les caisses nationales, surtout la CNAMTS, sont des prolongements de l'Etat, et que les pouvoirs ont été transférés des conseils aux directeurs, et des caisses locales aux caisses nationales, les partenaires sociaux sont fondés à se sentir perdants.

A l'inverse, le renforcement de la démarche contractuelle engagée par l'administration avec les caisses depuis la fin des années 1980, va dans le sens d'un accroissement de la responsabilité et de l'autonomie des gestionnaires. Les COG signées par les caisses nationales avec l'Etat seront mises en œuvre par des contrats pluriannuels de gestion conclus entre chacun des organismes nationaux et chacun des organismes locaux de leur réseau. Conventions et contrats sont signés pour le compte de chaque caisse par le président du conseil d'administration et le directeur.

Ainsi, plus que d'une volonté interventionniste de l'Etat, il s'agit de tirer les conséquences de l'imbrication des tâches et

des responsabilités : il n'y a pas de frontière étanche entre la gestion administrative, la gestion du risque et la mise en œuvre des réformes décidées par les pouvoirs publics.

En fait, tout découle de la LFSS : or, aucun partenaire social n'a contesté ouvertement la légitimité du Parlement à intervenir. Par ailleurs, les nouvelles générations de partenaires sociaux qui cultivent moins la nostalgie des origines ont parfaitement compris que les temps ont évolué.

B – Responsabilisation et partenariat nouveau entre les caisses et l'Etat : traits majeurs de la réforme

On peut en citer plusieurs aspects.

L'allègement de la tutelle permet aux décisions des conseils des caisses prises en application des COG, y compris celles relatives aux budgets des caisses nationales, d'être exécutoires de plein droit vingt jours après leur transmission aux autorités de tutelle, sauf opposition de celles-ci. Avant, il fallait une approbation expresse.

L'Etat/exécutif est tenu de respecter non seulement la LFSS, mais aussi les engagements pris dans les COG : il ne pourra modifier unilatéralement en cours d'année l'équilibre des conventions par un exercice régalien de ses pouvoirs.

Le droit à l'inertie est refusé aux différents partenaires grâce à des solutions de substitution prévues à tous les niveaux en cas de carence de tel ou tel partenaire, notamment de non respect des délais stricts prévus pour le dépôt, le vote du PLFSS, puis la signature des avenants aux COG et à la convention médicale.

L'ordonnance prévoit le renforcement des pouvoirs de propositions et d'avis que les conseils des caisses nationales avaient déjà même s'ils en faisaient un usage modéré (consultation sur les PLFSS, leur avis étant transmis au Parlement). Les conseils peuvent faire des propositions de modifications de nature réglementaire ou législative qui sont transmises au Parlement et au conseil de surveillance concerné.

Les conseils des caisses nationales seront désormais invités à donner leur avis sur la désignation du directeur qui reste, dans le régime général, nommé par l'Etat en conseil des ministres.

L'ordonnance conforte enfin le rôle des conseils des caisses locales en insistant sur leur responsabilité d'orientation et de contrôle de l'activité des caisses et en précisant qu'ils se prononcent notamment sur les rapports qui leur sont soumis par le directeur dont un doit porter sur les relations avec l'usager et un autre (sauf URSSAF) sur l'action sanitaire et sociale. Au moins une séance annuelle du conseil est consacrée aux relations de la caisse avec les usagers et cette séance est publique (tombé en désuétude). Les COG doivent prévoir des objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ; manière de dire aux conseils qu'ils s'étaient trop peu préoccupés du traitement de ceux qu'ils représentent.

La loi de 2004 relative à l'assurance maladie réorganise la répartition des pouvoirs de décision, de régulation et d'expertise ; ainsi que les modalités d'association à l'exercice de ces pouvoirs. Elle répond ainsi aux critiques du MEDEF sur la confusion des rôles entre l'Etat et les caisses.

Le législateur a recentré l'action de l'Etat sur la détermination des objectifs et des principes généraux de l'assurance maladie, tout en lui conservant les moyens d'agir directement en cas de difficulté. Dès lors, il institue ou renforce des structures indépendantes chargées de participer notamment à la maîtrise des dépenses. Enfin, il entend associer les organismes de protection complémentaires et les professions de santé aux décisions qui les concernent. Ainsi :

Ainsi, l'UNCAM hérite de compétences exercées avant par l'Etat : admission au remboursement des actes et prestations et fixation du niveau des remboursements. L'objectif était que l'UNCAM détienne les deux leviers de la rémunération des professionnels de santé : l'inscription et la hiérarchisation des

actes dans les nomenclatures et les négociations conventionnelles.

La création de la Haute autorité de santé (HAS) lui permet d'exercer en propre des pouvoirs décisionnels (certification des hôpitaux, élaboration de référentiels de soins) ou de rendre des avis (admission au remboursement des médicaments). Elle est confrontée à la difficile articulation entre avis scientifique et décision politique. Elargissement de la composition et des pouvoirs du Comité d'évaluation des produits de santé (CEPS) : il reçoit des pouvoirs exercés avant par le ministre (fixation du prix d'un médicament en cas d'échec de la négociation conventionnelle).

Un comité d'alerte rend un avis chaque année avant le 1^{er} juin sur le respect de l'ONDAM : en cas de risque de dépassement, il le notifie au Parlement, au gouvernement et aux caisses qui doivent proposer des mesures de redressement dans le délai d'un mois.

C – Les contrôles

Il était de bon ton chez les partenaires sociaux de critiquer le poids écrasant de la tutelle sur les caisses. Il est exact que depuis 1945, le mouvement avait été dans le sens d'un renforcement de la tutelle *a priori* de l'Etat sur les décisions des caisses, qu'il s'agisse d'un contrôle de légalité ou d'un contrôle de nature financière. Mais à partir des années 1990, le contrôle *a priori* avait été allégé au profit d'une évaluation *a posteriori* de la gestion des caisses. Cette évaluation devait porter de plus en plus sur la gestion des risques –le bon usage des fonds dépensés en prestations– et non plus exclusivement sur la gestion administrative qui ne représente que quelques pourcentages des dépenses de la Sécurité sociale. La loi de 1994 avait consacré cette évolution en prévoyant que le contrôle de l'Etat porte sur l'efficacité de l'action des organismes et la mesure des résultats au regard des objectifs fixés par eux-mêmes et par l'Etat.

Le rapport au président de la République accompagnant l'ordonnance de 1996 indique que les COG visent à accroître l'autonomie de gestion des caisses et à renforcer le partenariat entre les parties signataires. Dès lors, le contrôle porte désormais sur l'action des partenaires, sur la manière dont chacun a rempli ses engagements. Si les contrôles peuvent être ressentis comme contraignants par les services administratifs des caisses, il n'y a plus de contestation sur la légitimité de ces contrôles qui sont directement liés aux nouvelles procédures :

L'évaluation contradictoire de la mise en œuvre des COG est faite par les inspections générales, au premier chef, l'IGAS. Le renforcement de l'évaluation de la gestion des services publics par les autorités de tutelle était certes devenu une priorité gouvernementale à la fin des années 1980, en application de la circulaire du premier ministre du 23 février 1989 relative au renouveau du service public. Mais il a fallu des années pour élaborer les méthodologies et les outils. L'ordonnance de 1996 a donné un nouvel essor à la démarche d'évaluation de la Sécurité sociale.

Le plus frappant est sans doute l'essor important du rôle de la Cour des comptes à l'égard de la Sécurité sociale. Si, depuis 1949, elle avait le pouvoir de contrôler la gestion des caisses, c'est la loi organique du 22 juillet 1996 qui prévoit que « la Cour des comptes assiste le Parlement et le gouvernement dans le contrôle de l'application des LFSS ».

Sur ce fondement, la Cour établit chaque année un rapport sur l'application de la LFSS (RALFSS). Les LFSS couvrant toutes les branches, tous les régimes, les rapports de la Cour traitent au fil des ans, non seulement des comptes et des problèmes de financement mais aussi des politiques et de la gestion par les caisses ainsi que du rôle de la tutelle. Depuis la loi organique de 2005, son rapport inclut un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre des branches de la Sécurité sociale et du régime général.

En application de la loi organique de 2005, la Cour remet également au gouvernement et au Parlement chaque année un rapport sur la certification de la régularité, de la sincérité, et de la fidélité des comptes des caisses nationales du régime général et des comptes combinés des branches et de l'activité de recouvrement du régime générale.

Enfin, la Cour peut être saisie par les commissions parlementaires compétentes de toute question relative à l'application de ces lois et procéder aux enquêtes demandées sur les organismes soumis à son contrôle. Elle doit participer aux travaux de la mission d'évaluation et de contrôle chargée de l'évaluation permanente des LFSS et faire les enquêtes qu'elle lui demande. Elle doit enfin établir un programme de contrôles sur les dépenses hospitalières et en rendre compte dans le RALFSS.

Conclusion

Depuis vingt ans, l'organisation, le fonctionnement, la répartition des pouvoirs en matière de sécurité sociale ont été profondément modifiés.

La croissance formidable des ressources affectées aux prestations sociales, la nécessité de contenir la progression des dépenses sociales au sein de l'ensemble des dépenses publiques toutes financées par des prélèvements obligatoires, impôts ou cotisations, a légitimement conduit le Parlement à intervenir.

Il faut rendre hommage aux décideurs politiques qui depuis vingt ans ont réussi, sinon à assurer l'équilibre de la Sécurité sociale, lequel dépend de la croissance économique et d'autres choix politiques, du moins à clarifier les responsabilités, à dédramatiser le fonctionnement de l'institution.

Certes, les mécanismes nouveaux mis en place par les textes ne fonctionnent pas tous de manière satisfaisante ou ne sont pas en eux-mêmes suffisants ou totalement pertinents (je vous renvoie aux rapports des corps d'inspection et de la Cour).

On peut citer l'endormissement des conseils de surveillance (mais est-ce grave ?), le champ excessif des conventions avec les professions de santé qui présente le risque de subordonner l'organisation du système de soins aux objectifs d'optimisation des revenus ainsi qu'à des positionnements d'appareils syndicaux. L'Etat ne fait pas toujours preuve d'une grande cohérence quand il cède à ses vieux démons en pénétrant dans le champ des compétences déléguées aux caisses.

Mais, globalement, la nouvelle gouvernance, intervenue sous la pression des contraintes européennes, de la prise de conscience de l'interdépendance des politiques publiques et de la nécessité d'inclure la Sécurité sociale dans les grands arbitrages, a constitué un progrès considérable.

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

Droit social, n° 9/10 (septembre - octobre 1995) : la protection sociale demain.

Droit social, n° 3 (mars 1996) : le plan Juppé I.

Droit social, n° 9/10 (septembre - octobre 1996) : le plan Juppé II.

Droit social, n° 9/10 (septembre - octobre 1997) : la mise en œuvre du plan Juppé.

R. RUELLAN, « Qui doit gérer la Sécurité sociale ? », *Encyclopédie Protection sociale : quelle refondation ?*, sous la dir. de François Charpentier, Editions Liaisons, Economica, Paris, 1998.

R. RUELLAN, « Partenaires sociaux, Etat et protection sociale : la légitimité de l'Etat », *Regards*, revue du CNESSS (devenu EN3S), n° 19, octobre 2000.

R. RUELLAN, « Vers une réconciliation de la politique de la santé et de l'assurance maladie », *Droit social*, n° 4, avril 2003.

« La gouvernance de la Sécurité sociale », *Problèmes économiques et sociaux*, n° 913, juin 2005.

R. RUELLAN, « Les nouvelles relations Etat/assurance maladie », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, juillet - août 2009.



**PREMIERE TABLE-RONDE :
LE POINT DE VUE DES PARTENAIRES
SOCIAUX**

**animée par Albert Arséguel,
professeur à l'Université Toulouse 1 Capitole**

**avec la participation
des présidents des organismes
de sécurité sociale de Midi-Pyrénées**

Etaient présents :

Alain Gadou, président de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Midi-Pyrénées

Bernard Gil, représentant de l'Institut d'histoire sociale (IHS) de la Haute-Garonne

Bernard Giusti, président de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Haute-Garonne

André Maury, président du Régime social des indépendants (RSI) Midi-Pyrénées

Guy Patti, président de la Caisse d'allocations familiales (CAF) de la Haute-Garonne

Gérard Tudo, président de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Ariège

André Vié, premier vice-président de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Aveyron

**Albert Arséguel, professeur à l'Université
Toulouse 1 Capitole**

Pour aborder la seconde phase de cette matinée sur la gouvernance, je souhaiterais à nouveau féliciter les organisateurs qui ont pensé à solliciter les acteurs de la protection sociale. Ce thème est généralement abordé de manière académique, à travers des conférences de très grande qualité mais parfois déconnectées de la pratique. Or, la gouvernance de la Sécurité sociale, c'est avant tout des partenaires sociaux, des administrateurs. Il est donc bienvenu de

... première table ronde sur le point de vue des partenaires sociaux

leur permettre ce matin de donner leur point de vue sur la gouvernance et ses évolutions, notamment depuis 1967.

J'ai l'habitude d'indiquer à mes étudiants que la Sécurité sociale d'aujourd'hui n'est plus celle de Pierre Laroque, même si les structures en ont été maintenues : les évolutions ont en effet abouti à une harmonisation des différents régimes dont il faut évidemment tenir compte quand on aborde la question de la gouvernance. La gouvernance aujourd'hui ne peut plus être ce qu'elle a été. Avant d'aborder le fond du débat, je demanderais à chacun des participants de la table-ronde et des intervenants de la salle de bien vouloir se présenter.

Un administrateur peut-il être simplement un bénévole animé par un souci de défense des intérêts de ses mandants (assurés sociaux, employeurs, travailleurs indépendants...) ? En effet, les décisions à prendre sont désormais très techniques, à l'exemple de celles rendues par les commissions de recours amiable dont le contrôle par la tutelle paraît de plus en plus présent. L'administrateur doit-il se transformer en « professionnel » de la Sécurité sociale (ce qui pourrait lui assurer autonomie et pertinence par rapport à des directions souvent nommées par la caisse nationale) ? Un administrateur – ou maintenant un conseiller – doit-il donc être un apôtre, un technicien ou un expert ? Quelles sont les qualités nécessaires à l'exercice de ce mandat ?

Gérard Tudo, président de la CPAM de l'Ariège

Je suis engagé dans des mandats d'administration depuis 1987, d'abord comme conseiller puis comme vice-président à la CPAM de l'Ariège. Je préside depuis 2001 le conseil d'administration de cette caisse.

Faut-il être un expert ? Tout dépend des valeurs que l'on porte et que l'on investit dans son mandat pour défendre les

droits des assurés sociaux. Un président de caisse primaire est comme un chef d'orchestre : il doit mettre en musique et réussir à animer une partition où chacun joue de son instrument. Il faut maintenir un consensus pour continuer à défendre les valeurs fondamentales de la Sécurité sociale comme la solidarité. Madame Rolande Ruellan a présenté les textes de 2004 qui ont permis de recomposer les partenaires sociaux autour des conseils après le départ regrettable de certaines composantes en 2001. Même si chacun défend sa sensibilité avec conviction, l'unité demeure importante pour faire avancer l'institution.

Bernard Gil, représentant de l'IHS de la Haute-Garonne

Administrateur de la CARSAT Midi-Pyrénées et de la CPAM de la Haute-Garonne, j'interviens ici en qualité de représentant de l'IHS de la Haute-Garonne.

Je ne suis pas un apôtre mais un militant syndicaliste. Il peut y avoir des approches différentes, mais je suis d'abord salarié et je ne peux voir le problème de la Sécurité sociale que de ce point de vue... Selon moi, les ordonnances de 1945 sont un acte politique à l'initiative d'Ambroise Croizat qui a eu comme référence les travaux du Conseil national de la Résistance. Il ne faut pas oublier cette dimension historique ! Si la Sécurité sociale a évolué, ces fondamentaux ne doivent pas être perdus. Comme militant, je me sens porteur de cette vision universelle de la protection sociale.

Alain Gadou, président de la CARSAT Midi-Pyrénées

Je suis président du conseil d'administration de la CARSAT Midi-Pyrénées depuis novembre 2011. J'ai vu l'évolution de la gouvernance de cette caisse puisque j'ai commencé, il y a une

... première table ronde sur le point de vue des partenaires sociaux

quinzaine d'années, comme administrateur de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) Midi-Pyrénées, alors dirigée par Michel Lages.

Cette terminologie de la gouvernance des caisses n'est pas tout à fait la mienne. Pour moi, participer à la gouvernance des caisses, c'est d'abord faire acte de citoyenneté, c'est s'inscrire comme citoyen dans un cadre légaliste. La solidarité sociale doit intégrer le monde économique. Il ne peut y avoir d'Etat sans ce mélange de l'économique et du social. Le plan Juppé est une bonne réforme, même si le bilan de fonctionnement peut encore aujourd'hui être largement critiqué. Comme administrateur de caisse locale, je pense que les conventions d'objectifs et de gestion (COG) et les contrats pluriannuels de gestion (CPG) restent une très bonne stratégie, mais nous avons des difficultés à atteindre les objectifs fixés faute de budgets suffisants.

La stratégie, c'est une chose, mais lorsque l'on souhaite faire de la stratégie, il faut un budget correspondant. Dans un monde particulièrement anxieux, il demeure important que l'Etat joue le jeu dont il a déterminé les règles dans les années 1990, notamment dans la gestion budgétaire, et qu'il ne laisse pas la gouvernance des caisses s'orienter vers des impasses.

André Maury, président du RSI Midi-Pyrénées

Je suis président du conseil d'administration du RSI Midi-Pyrénées depuis la fin de l'année 2012 ; je n'ai pas la longue expérience de mes collègues, mais je sais qu'il n'y a pas de président sans conseil d'administration. Un président ne peut assumer ses responsabilités qu'avec l'appui et les compétences des hommes et des femmes qui l'entourent au conseil d'administration, notamment au sein des commissions d'action sociale et de recours amiable. C'est le conseil d'administration qui donne l'impulsion de la politique définie. Il faut donc un

conseil d'administration solide, dont les membres s'appuient sur de fortes convictions.

Bernard Giusti, président de la CPAM de la Haute-Garonne

Mon premier mandat d'administrateur remonte aux années 1980 et je suis président de la CPAM de la Haute-Garonne depuis 2001. Je tiens à remercier Monsieur Alain Gadou, président de la CARSAT Midi-Pyrénées pour la tenue de cette journée dans son organisme.

Je voudrais aborder le rôle quotidien des conseils d'administration. Notre première mission est de permettre à tous d'accéder à des soins de qualité. Aujourd'hui, près de neuf millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté, une précarité que nous allons retrouver dans notre action sociale. Comment peut-on intervenir ? Nous disposons de plusieurs possibilités, dont les centres d'examen de santé qui sont des dispositifs au service du public.

La région Midi-Pyrénées a une particularité : les huit présidents des CPAM se réunissent très régulièrement, sept à huit fois par an, pour échanger et partager sur les difficultés qu'ils rencontrent. Nous avons dernièrement convié les personnalités politiques départementales sur le thème des indemnités journalières : aujourd'hui, un salarié travaillant moins de 200 heures par trimestre n'en bénéficie pas. Ce sont des réalités quotidiennes, même si elles ne sont pas médiatiques. Nous avons également eu un rôle dans le projet de l'Oncopole de Toulouse en réussissant –les huit présidents– à mettre en place un accueil spécifique pour les assurés sociaux, ainsi que des prestations favorisant le retour à domicile après l'hospitalisation. Même s'il y a des problèmes très économiques que nous ne pouvons pas nier, nous devons travailler ensemble !

... première table ronde sur le point de vue des partenaires sociaux

Notre région s'inscrit dans les principes édictés en 1945. Par exemple, en octobre 2007, sur la question des franchises médicales, nous avons fait une déclaration unanime qui est remontée à l'Assemblée nationale... Avec ces franchises, il ne s'agit plus de solidarité car on fait payer les malades.

Au-delà des problématiques liées aux dépenses, régulièrement abordées par le monde politique, se posent aussi celles des recettes. Voulons-nous nous engager ? Etre réellement au service des assurés sociaux ? Nous ne sommes pas actifs parce que nous avons telle ou telle étiquette syndicale, nous sommes là pour être au service d'une population !

André Vié, premier vice-président de la CPAM de l'Aveyron

C'est avec plaisir que je participe, comme ancien président de la CRAM Midi-Pyrénées, à cette table-ronde. J'ai été élu en 1983 et j'ai assuré deux mandats et demi de président à la CPAM de l'Aveyron, dont je suis actuellement le premier vice-président.

J'ai compris au fil de mes mandats qu'on ne peut pas être des techniciens. Dès que je commençais un nouveau mandat, je rencontrais les directeurs (dont Michel Lages) pour examiner nos domaines respectifs de compétences et anticiper la gestion des éventuelles anicroches. Mon rôle a d'abord été de donner de l'importance au conseil, aux administrateurs, aux conseillers (le changement de terminologie n'est pas anodin). Les présidents, des techniciens ? Surtout pas, même si ce mot n'a rien de péjoratif ! Comme représentants des assurés sociaux, nous ne devons pas nous immiscer dans la technique, qui relève davantage du directeur. Nous devons donner une orientation à nos caisses. Certes, pour ce faire, il faut être instruit des dossiers et du droit. Et nos centrales syndicales nous proposent d'ailleurs

des formations. Cependant, les réformes successives évoquées par Madame Rolande Ruellan me font craindre une déconcentration au niveau départemental : les directeurs rendant directement compte au niveau national. Les présidents sont là pour indiquer une stratégie, une marche à suivre, ou que l'on aimerait suivre, car diverses contraintes politiques, sociales, sociétales, viennent en réalité réduire une marge de manœuvre déjà extrêmement étroite. Malheureusement, la technique devance souvent la stratégie, au contraire de ce qui devrait se passer. Les orientations suivent les contraintes budgétaires... En définitive, il faut se battre ! Le faire quotidiennement, être présent, rappeler les textes, voire les interpréter, pour donner un rôle positif à nos conseils.

Guy Patti, président de la CAF de la Haute-Garonne

Je suis devenu président de la CAF de la Haute-Garonne en 2011, après avoir exercé un mandat national.

Pour la branche famille, le président de la CAF a un rôle identique à celui évoqué par mes collègues, qui consiste essentiellement à obtenir un consensus. Si ce n'est pas moi qui signe la COG, je suis néanmoins responsable de sa déclinaison au niveau local, mission qui n'est jamais facile. Nous ne sommes pas des experts et nous devons pouvoir compter sur l'appui technique du directeur. Pour avoir un tandem le plus étroit possible, il est très important de pouvoir comprendre les sujets abordés. Or, si les formations existent, comme cela a été très justement souligné tout à l'heure, nous ne serons jamais des directeurs. Nous devons rester de vrais politiques, dans l'intérêt général.

... première table ronde sur le point de vue des partenaires sociaux

Gérard Tudo, président de la CPAM de l'Ariège

Les textes de 2004 nous ont attribué des territoires sur lesquels nous avons la possibilité d'intervenir. Nous avons mis à profit l'assentiment de nos conseils pour parvenir à un positionnement, non plus de chaque caisse locale, mais de l'ensemble des présidents de Midi-Pyrénées soutenus par leur conseil. De ce fait, toute une région –l'une des plus importantes de France– s'est rassemblée. Cela dure depuis près de deux mandats et notre travail paie puisque nous sommes désormais écoutés. Voilà la démonstration de nos convictions ! Il faut porter un mandat avec ses tripes et défendre la notion de partenaires sociaux car les pouvoirs de ces derniers leur sont peu à peu retirés par le législateur. Il existe une autre dimension que l'on cultive et que l'on entretient. Il s'agit de ces rencontres, déjà évoquées, avec nos élus, que nous organisons systématiquement avant les lois de financement de la Sécurité sociale. Ce ne sont pas forcément, comme l'a justement souligné Madame Rolande Ruellan, des techniciens de la Sécurité sociale. Ils ont également besoin d'une information du terrain. Nous sommes par définition des représentants des assurés sociaux, des usagers, donc il reste important que l'on puisse donner du corps à nos prises de décision.

Alain Gadou, président de la CARSAT Midi-Pyrénées

Je souhaite faire une petite parenthèse. On parle beaucoup d'assurés sociaux, mais j'exerce un mandat de président en qualité de représentant de l'Union professionnelle artisanale (UPA), un syndicat d'employeurs. Il ne faut pas oublier la représentation des employeurs dans ce débat. Dans les années 1990, il y a eu un élargissement de la représentation, avec l'ouverture d'une troisième voix, à côté d'un dispositif de type

MEDEF/CGPME, celle de l'UPA. Cela a été une manière de développer le dialogue social entre partenaires sociaux, notamment au sein de la protection sociale.

Pour continuer le débat terminologique, je ne vois rien d'injurieux dans le terme de technicien. Etre technicien, cela signifie d'abord avoir une bonne connaissance du système. Il ne peut y avoir de bonne politique que si l'on a pris en compte le système. J'ai été vice-président, ce qui m'a permis d'observer et de comprendre comment il fonctionnait. Je suis aujourd'hui président du conseil d'administration de la CARSAT et je pense avoir une bonne compréhension de ce système. Les relations avec le directeur sont franches, claires et nettes. Territoire partagé ? Je n'ai pas ce sentiment, parce que j'ai la liberté d'intervenir sur tous les sujets. Néanmoins, j'ai toujours essayé de conserver une certaine retenue, nécessaire dans l'expression publique et la gouvernance du conseil d'administration. J'entends ce qui vient d'être dit, notamment sur l'indispensable dimension humaine, mais je ne veux pas opposer la notion de technique et de politique car ce clivage fait perdre du sens à notre rôle.

**Albert Arséguel, professeur à l'Université
Toulouse 1 Capitole**

L'un des chantiers importants, d'ici quelques mois, sera effectivement celui de la révision de la représentativité patronale.

De manière plus large, comment pensez-vous que votre mission générale de représentation pourrait se traduire dans le cadre des regroupements actuels. Quelle est la position des administrateurs sur ces questions qui demeurent très sensibles ? On glisse là vers des thématiques plus économiques...

Bernard Giusti, président de la CPAM de la Haute-Garonne

Pour vous donner un exemple : un beau matin, on découvre cette volonté de regrouper les structures chargées du dépistage des cancers dans chaque département... En tant que représentants des assurés, nous demandons (en 2012) un rendez-vous auprès de l'agence régionale de santé (ARS) et nous apprenons que l'opération doit être réalisée un an plus tard. Or, aujourd'hui, en octobre 2013, plus personne n'en parle. Dans ce pays, pour faire des économies d'échelle, on procède à des regroupements ! Je viens du secteur bancaire dans lequel les regroupements sont intervenus il y a environ quinze ans. Quand on m'explique, à la caisse primaire ou ailleurs, que la méthode du regroupement est nouvelle et inévitable, j'éprouve certains doutes... Voilà pour le discours ! La réalité consiste à supprimer tout ce qui relève de l'action de proximité : fermeture d'accueils, réduction des services, etc. Dans une société de communication, ce que l'on fait est moins important que ce que l'on fait croire. Nous –les huit présidents, après avoir pris rendez-vous et donné notre point de vue– sommes confrontés désormais à un mur de silence... On n'en parle plus. Ce n'était peut-être pas une bonne idée... Si, en tant que représentant des assurés sociaux, nous étions convaincus que la solution résidait dans le regroupement des structures, nous n'y serions pas hostiles. Mais la tendance actuelle, à l'image du traitement de la question des retraites, consiste plutôt à retarder les problèmes qu'à les régler.

Prenons l'exemple du seul département de la Haute-Garonne. Pensez-vous que la problématique de ce département soit la même que celle des autres ? Pensez-vous que la problématique à Toulouse soit la même qu'à Saint-Gaudens ou dans la vallée de Luchon, en termes d'accès aux soins ? Pensez-vous que la problématique des transports ne soit pas un enjeu dans la question de l'accès aux soins ? Le risque, c'est la

réduction des moyens. Le risque, c'est qu'une décision, économique, venue d'en haut, méconnaisse la réalité du terrain.

Bernard Gil, représentant de l'IHS de la Haute-Garonne

Je m'inscris dans la continuité de ces propos. Ceux qui, à un certain niveau, réfléchissent aujourd'hui à l'organisation de la Sécurité sociale, ne connaissent pas leur territoire. Je vais à mon tour prendre un exemple, celui de l'Ariège. Ses vallées, ses plaines, ses montagnes et les difficultés des assurés sociaux pour se rendre à la CPAM de Foix ou à la CARSAT de Toulouse. A la problématique du transport, s'ajoute celle de l'âge. De nos jours, l'informatique est présentée comme la réponse magique, censée répondre à toutes ces questions-là. Il n'est pas certain qu'un assuré de 80 ans soit féru d'informatique... Certes, nous obtiendrons une réponse économique, mais pas une réponse adaptée à ces besoins. Je ne suis pas opposé à la mutualisation, à la condition qu'elle soit efficace et positive pour l'assuré. Or, je le vois à la CARSAT, cela n'apparaît pas comme un plus pour l'assuré.

Autre petite anecdote : un jour, en conseil d'administration, il est proposé –pour raisons d'économie, je ne porte pas de jugement de valeur– de supprimer la permanence de Tarascon, qui se déroulait un jour de marché. On annonce donc aux assurés qui habitent Les Cabannes, perdus dans la montagne : « désormais, vous irez à Foix ! ». Mais connaît-on la distance entre Tarascon et Foix ? Et celle entre Les Cabannes et Foix ? Surtout en hiver ! C'est une situation qui se présente ailleurs. Je pense que les schémas types de la nouvelle gouvernance, élaborés par quelques technocrates parisiens, ne prennent pas assez en compte la réalité des territoires.

La rigueur de gestion, c'est important, c'est un bien commun, mais la question des ressources n'est jamais

... première table ronde sur le point de vue des partenaires sociaux

réellement abordée... La COG tient compte de différents paramètres, comme les effectifs ou les moyens, mais sans évoquer la question sous-jacente des ressources.

Alain Gadou, président de la CARSAT Midi-Pyrénées

Les interventions que l'on vient d'entendre traduisent une situation économique et sociale difficile, ainsi qu'un climat extrêmement anxiogène qui aboutit à de l'amertume... Je crois que la gestion de la protection sociale n'a de sens que si l'on peut mettre en adéquation les objectifs avec la réalité budgétaire. Dans le cas contraire, on risque de se retrouver confronté à de gros problèmes de gouvernance pour l'ensemble des caisses. Représentant des employeurs, je reste très attaché à l'efficacité des actions et à la bonne utilisation des fonds. Pour autant, je suis également très attaché à la notion de solidarité. Et d'équité dans la solidarité. Nous avons tous en tête une manière de concevoir positivement la solidarité, mais il faut, là encore, que l'on puisse disposer d'une vraie visibilité entre les objectifs et les moyens. Il en va de notre propre responsabilité de gouvernance. C'est le cadre légal, le cap que nous a fixé l'Etat à travers les COG. Encore faut-il en avoir des moyens.

Gérard Tudo, président de la CPAM de l'Ariège

Je souhaiterais présenter quelques chiffres : les dépenses totales de santé atteignent actuellement les 240 milliards d'euros, dont 180 pour le seul budget de la Sécurité sociale. Les cotisations représentent un peu moins de 60 % des recettes du régime général, le reste représentant la part d'impôts et de taxes. L'Etat a donc aujourd'hui mis la main sur l'intégralité de nos dépenses de santé. Depuis la loi « hôpital, patients, santé,

territoires » (HPST), il est extrêmement difficile pour les conseils d'administration de s'exprimer. Ceux qui nous gouvernent sortent quasiment tous de l'École nationale d'administration, situation favorisant un cadre de pensée unique. Ce qui faisait la richesse du système, il y a une quarantaine d'années, c'était la diversité, le melting-pot des formations : les gens sortaient de Polytechnique, de Centrale, des Arts et métiers, de Normale sup', etc. L'organisation et la distribution des pouvoirs dans les instances appartiennent aujourd'hui à l'ARS. Les partenaires sociaux ne pèsent pratiquement plus rien, alors qu'ils sont censés être les gestionnaires de 180 milliards d'euros. Nous n'y sommes plus...

Guy Patti, président de la CAF de la Haute-Garonne

Pour la branche famille, nous allons être confronté aux mêmes problèmes : la mutualisation peut avoir des bons effets, à condition que l'accès aux services soit facile et que les informations soient partagées. Si les gens ne savent pas se servir de l'informatique, ils ne demanderont plus rien. Que ce soit en matière de soins, d'allocations familiales ou d'autres prestations... Un fossé, technologique et social, va se creuser au sein de la population. Et les économies que l'on aura réussi à réaliser risquent de perturber fortement le climat social.

André Maury, président du RSI Midi-Pyrénées

S'agissant du regroupement des caisses, alors que le RSI vient de se regrouper dans chaque région, certains pensent que l'on pourrait aller plus loin, avec une réflexion sur un échelon interrégional. Le regroupement n'a de sens que si l'on peut être

... première table ronde sur le point de vue des partenaires sociaux

plus efficace en faisant des économies, mais il n'est pas sûr que cela puisse se faire dans tous les domaines...

Je crois cependant au « travailler ensemble » et je voudrais signaler ici deux actions révélatrices. La première concerne le GIE « prévention, évaluation, autonomie » (PREVA) qui rassemble le RSI, la MSA et la CARSAT, pour mener des actions liées au maintien à domicile des personnes âgées et favoriser le « mieux vieillir ». La seconde concerne le rapprochement que nous avons fait avec la MSA Midi-Pyrénées Sud. Je crois donc que dans certains domaines, les groupements permettent d'être meilleurs et plus efficaces envers nos ressortissants.

Albert Arséguel, professeur à l'Université Toulouse 1 Capitole

Vous avez mentionné les COG qui sont des accords passés entre l'Etat et les caisses nationales et déclinées ensuite au niveau départemental par les contrats pluriannuels de gestion (CPG). Qu'est-ce qui a changé dans votre vie d'administrateur lorsque l'on a mis en application ces différentes conventions ?

André Vié, premier vice-président de la CPAM de l'Aveyron

J'ai connu le moment où les CPG étaient signés par le directeur et le président de la caisse locale et c'est avec un grand étonnement que j'ai vécu l'éviction des présidents des caisses primaires d'assurance maladie de la signature des CPG. Désormais, seuls les directeurs engagent la caisse locale auprès de la caisse nationale. Auparavant, cette signature était précédée d'un processus participatif. Signer le CPG, c'était engager le politique aux côtés des techniciens. Le projet de contrat faisait

l'objet d'explications de la part du directeur et du service médical réunis. Je faisais en retour des remarques personnelles, prises en compte ou non, mais le directeur savait que lorsque le conseil d'administration allait délibérer, j'évoquerais ces remarques et porterais un jugement sur le CPG proposé. J'ai parlé de déconcentration tout à l'heure, voilà un bon exemple ! On se sent démuni...

Bernard Giusti, président de la CPAM de la Haute-Garonne

Si je conçois parfaitement qu'une orientation soit prise au niveau national, je suis davantage gêné par la méthode employée. J'ai parfois eu le sentiment qu'on avait posé le résultat et rempli ensuite un document pour arriver au résultat posé. Dans le cadre d'une maîtrise médicalisée, ce n'est pas du tout la bonne démarche... L'autre risque des CPG serait qu'on doive atteindre un résultat qui ne corresponde pas à notre mission envers les assurés sociaux. Le contrat peut laisser certains points de côté. Par exemple, les directeurs sont notés par la caisse nationale sur des éléments qui relèvent totalement du conseil d'administration, notamment l'action sanitaire et sociale. Il faudra donc que l'action sanitaire et sociale prenne telle direction, non pas parce qu'elle a été discutée, mais parce qu'elle permet au directeur d'avoir tant de points dans le CPG. C'est le genre de déviations qui ne sont pas acceptables. Seule l'orientation générale est acceptable, le reste devrait relever de notre responsabilité...

... première table ronde sur le point de vue des partenaires sociaux

Alain Gadou, président de la CARSAT Midi-Pyrénées

J'ai un point de vue un peu différent : je vois une vraie utilité aux COG et aux CPG qui constituent d'excellents outils pour les directeurs. Il faut respecter l'ensemble des opérateurs qui participent à la gouvernance des organismes : les partenaires sociaux (représentants des assurés et des employeurs) comme les personnes qualifiées. Nous devons faire face aujourd'hui à d'énormes contraintes. Il y a eu comme une forme de maldonne, s'agissant surtout du versant retraite et assistance aux personnes fragilisées, lorsqu'un certain nombre de prestations ont été transférées aux conseils généraux. C'est le budget qui détermine tout le reste. Il ne sert à rien de signer des COG ou des CPG sans prévision d'un budget correspondant. Ce serait une erreur monstrueuse. Si on ne respecte pas ce principe, il ne peut y avoir aucune gouvernance.

Gérard Tudo, président de la CPAM de l'Ariège

La réforme de la gouvernance de l'assurance maladie de 2004 réservant la signature des CPG aux directeurs n'a pas fondamentalement modifiées mes fonctions de président, mais elles ont affecté mon implication dans la poursuite de leurs objectifs. J'en serais encore le signataire, ce serait certainement différent... L'organisation des caisses primaires reste bicéphale, avec un directeur (administratif) et un président (politique). Alors que le directeur demeure soumis à des obligations administratives, je suis, comme président, un électron libre. Je peux adopter certaines positions que le directeur ne peut pas prendre, parce qu'il est lié par un devoir de réserve. Dans le cadre de mon mandat, je n'ai pas un tel devoir : si j'ai quelque chose à dire à un ministre, je vais le lui dire. Si nous parvenons à une bonne entente entre le pouvoir administratif et le pouvoir

politique, nous arriverons à défendre les intérêts des assurés sociaux et des caisses primaires. Il faut également, comme l'a très justement souligné Monsieur Alain Gadou, que les budgets soient en adéquation avec les COG. Or, aujourd'hui ce n'est toujours pas le cas et j'attends avec une grande inquiétude les nouvelles COG...

QUESTIONS ET INTERVENTIONS DE LA SALLE

Claude Souquières, conseiller de la CPAM du Lot

Je suis venu pour entendre parler de gouvernance et vous avez orienté le débat sur l'économique. Selon moi, la gouvernance, c'est certes le quotidien des caisses... (j'ai entendu notre quotidien, ce qui se passe dans les conseils, être rappelé, mais il n'y avait là rien de véritablement nouveau). La gouvernance, c'est essentiellement le rapport qu'une institution entretient avec une personne, en l'occurrence la Sécurité sociale d'un côté et l'assuré social de l'autre. Par exemple, on ne va pas s'intéresser à ce qui se passe en Conseil des ministres ou à l'Assemblée nationale, mais on va chercher à connaître les relations du gouvernement, de l'Assemblée nationale avec les citoyens. Les anciens ont mis en place un certain nombre de choses ; sur ce point, les premières interventions de la matinée étaient historiquement très intéressantes. Mais aujourd'hui, on fait quoi ? Si le RSI a un régime fondé sur des élections, si la MSA a aussi un régime fondé sur des élections, le régime général n'en a pas... Récemment, il a été proposé au conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) et il a été rejeté par tous les conseillers (sauf deux, qui ont pris acte). On fait comment ? Progressivement, le politique a de plus en plus d'emprise sur le social. La démocratie sociale régresse... Qu'est-ce que nous sommes aujourd'hui en capacité de proposer ? Quelles sont les nouvelles pistes ? C'est cela la gouvernance, selon moi... Et non

ce qui se passe dans les conseils. J'attends des propositions. Parce qu'un colloque sur la gouvernance, c'est avant tout un espace d'échanges et de propositions...

**Albert Arséguet, professeur à l'Université
Toulouse 1 Capitole**

Je crois que le terme de gouvernance fait partie de ces vocables qui sont à la mode. Il y a la rénovation, la modernisation, la gouvernance, etc. Derrière le terme « gouvernance », on peut mettre beaucoup de choses, énormément de choses. Vous en citez une, mais il y en a bien d'autres. Votre question présente un réel intérêt, mais ce n'est pas le sujet de ce matin car je crains que nous ayons des discussions interminables qui ne débouchent pas sur beaucoup de solutions. Nous devons choisir un thème de réflexion et un angle de discussion, c'est ce que nous avons fait...

**Bernard Giusti, président de la CPAM
de la Haute-Garonne**

Pour ma part, je crois que la gouvernance consiste avant tout dans l'application des textes, en l'occurrence le code de la Sécurité sociale. Ce sont les textes qui nous permettent de voter les orientations, d'effectuer des opérations immobilières. Ce dernier exemple n'est pas pris au hasard : la gouvernance connaît aujourd'hui une dimension immobilière considérable : il faut acheter et vendre ! Et nous avons notre mot à dire. La dimension judiciaire est importante également. Qui peut ester en justice ? En 1991, les textes permettaient au directeur d'ester en justice, seul, sans prendre l'avis de personne, notamment en ce qui concerne les personnels, les établissements, les médecins. La

gouvernance actuelle consiste à faire en sorte que ces actions soient précédées d'une consultation. Le conseil d'administration joue désormais pleinement son rôle.

**Francis De Block, directeur de la CARSAT
Midi-Pyrénées**

On a beaucoup parlé des présidents mais pas beaucoup des directeurs, ou alors pour faire le procès de leurs relations avec les présidents. J'aurais souhaité assister à une table-ronde des directeurs. Je suis directeur depuis 1999 et j'ai connu six présidents. Je ne dis pas que j'ai « usé » six présidents, le sixième est encore là et il est en bonne santé. Selon moi, l'opposition directeur/président reste quelque chose de très surfait. Je suis resté ami avec les six présidents que j'ai connus. Le tandem directeur/président est très important, il ne faut pas le galvauder, ni le traiter comme vous l'avez fait ce matin. Le président est au-dessus de la mêlée, il doit faire fonctionner le conseil d'administration qui représente l'ensemble des tendances des partenaires sociaux, parfois divergentes. Par conséquent, le rôle du président est prépondérant dans la gouvernance des organismes de sécurité sociale, et notamment dans les questions indispensables de partenariat inter-régimes. On ne peut pas se laisser enfermer dans ces problématiques de gestion, il faut gérer au mieux. Il ne faut pas « saucissonner » en inter-régimes, il faut « complémentariser » en inter-régimes. S'agissant de l'informatique, la région Midi-Pyrénées apparaît comme un très bon exemple parce que la CARSAT a noué un partenariat numérique avec le conseil régional : là où nous ouvrons des cyber-bases, un employé du conseil régional reçoit l'assuré social pour lui en expliquer le fonctionnement. Cette solution nous permet de mieux rediriger nos moyens,

notamment en faveur des personnes dans l'incapacité d'utiliser ces matériels.

**Alain Gadou, président de la CARSAT
Midi-Pyrénées**

Je souhaiterais reprendre les propos de Monsieur Francis De Block pour m'adresser à mon collègue du RSI, Monsieur André Maury. Si on va vers un rapprochement des régimes, il faut regarder les composantes de ces régimes. Actuellement, s'agissant des retraites, le RSI doit prendre en compte un statut particulier de personnes qui ne cotisent pas à la retraite. Si le rapprochement des régimes consiste à aligner les situations et à faire rentrer dans notre système des personnes qui n'ont pas cotisé volontairement pour leur faire valider des trimestres, je pense que l'équité est largement remise en question. Avant même d'évoquer le rapprochement des régimes, il va falloir revoir l'équité au sein de chaque régime.

André Maury, président du RSI Midi-Pyrénées

Je pense que Monsieur Alain Gadou parle d'une situation spécifique, celle des auto-entrepreneurs. Il est vrai que si cela continue, et s'amplifie, le régime du RSI connaîtra très certainement de grosses difficultés. Si je comprends le refus d'un rapprochement de la part des autres régimes pour cette raison, je ne comprends pas qu'ils nient les difficultés que nous aurons à surmonter.

**Gérard Dubail, ancien médecin-conseil de Midi-Pyrénées
et directeur-coordonnateur de la gestion du risque**

Madame Rolande Ruellan a évoqué ce matin un partenariat spécifique mis en place dans la branche maladie par la loi du 13 août 2004. Or, les organismes d'assurance maladie ont travaillé en partenariat avec l'Etat et ses agences dès avant cette date. J'ai notamment souvenir qu'on travaillait déjà, dans les années 1980, avec la DDASS. Ce partenariat avec l'assurance maladie a contribué au succès des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Avec la récente loi HPST de 2009, il ne s'agit plus forcément d'un partenariat puisqu'une agence d'Etat a absorbé les forces vives de l'assurance maladie. Cela a suscité des craintes... Sur le principe des vases communicants : absorbé d'un côté, vidé de l'autre. On dépossède ainsi l'assurance maladie de ses compétences. Il devient alors facile de dire qu'elle ne peut pas atteindre ses missions. S'agit-il encore de partenariat ? De partenariat-absorption ou d'absorption-partenariat ? Je pose la question car je souhaiterais que ces absorptions ne continuent pas...

Par ailleurs, il faut préciser que les CPG ont été efficaces. Depuis la loi de 2004, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est atteint. Auparavant, les députés votaient un ONDAM mais il était purement théorique, complètement dépassé par les réalités. On ne fait pas des tours de passe-passe quand on est technicien de l'assurance maladie, on suit des indicateurs. Quand les indicateurs sont dans le rouge, on en recherche les causes et on prend les mesures qui s'imposent.

**Yves Bellande, ancien directeur-adjoint de la CRAM
Midi-Pyrénées**

Face à des règles forcément uniformes et à des COG forcément contraignantes pour les caisses, je pense que le rôle des conseils d'administration et de leur président consiste à être les garants de l'adaptation de ces règles et de ces COG à la diversité des populations, des entreprises et des cas sociaux rencontrés par les caisses. Pour cela, je crois que les présidents ont un pouvoir que les directeurs n'ont pas : celui d'être insolent. L'insolence peut être une vertu si elle est exercée dans l'intérêt général. Ils ont aussi le pouvoir de désobéir et de préconiser la désobéissance ; c'est souvent une innovation qui réussira. Pour reprendre le célèbre titre du manifeste de Stéphane Hessel, décédé au début de l'année : « Indignez-vous ! ».

**Georges Portalès, responsable de la commission histoire
de l'union départementale CGT-FO**

Je souhaiterais livrer à la réflexion des participants de ce colloque une citation de Denis Kessler, ancien vice-président du MEDEF de 1988 à 2002, qui exprime le but profond poursuivi par les réformateurs de la Sécurité sociale : « Le modèle social français est le pur produit du Conseil national de la résistance, un compromis entre gaullistes et communistes. Il est grand temps de le réformer et le gouvernement s'y emploie : il s'agit aujourd'hui de sortir de 1945 et de défaire méthodiquement le programme du Conseil national de la résistance. » (*Challenges*, n° 4, octobre 2005).

Pour terminer, j'aimerais parler de Georges Buisson, dont le rôle considérable n'a pas été évoqué à sa juste valeur ce matin. Dirigeant syndicaliste spécialiste des assurances sociales, Buisson est secrétaire-adjoint de la CGT en 1920 et collabore

... questions et interventions de la salle

avec Léon Jouhaux (secrétaire général de la CGT pendant près de quarante ans et fondateur en 1947 de la CGT-FO). En mai 1943, Buisson est délégué au Comité français de libération à Alger et participe à l'élaboration du plan français de la Sécurité sociale ; il devient le rapporteur en août 1945 du projet d'organisation de la Sécurité sociale à l'Assemblée constituante.



DEUXIEME PARTIE :

PROTECTION COMPLEMENTAIRE ET REGROUPEMENTS DANS LES REGIMES DE BASE

**sous la présidence de Bruno Valat,
maître de conférences au Centre universitaire
Jean-François Champollion**

LA GOUVERNANCE DES RÉGIMES DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRES DES SALARIÉS

**par Jean-Jacques Marette,
directeur général de l'Association
générale des institutions de retraite des cadres
et de l'Association pour le régime de retraite
complémentaire des salariés**

Les régimes de retraite complémentaires présentent à de nombreux égards des caractéristiques qui les rapprochent de régimes de Sécurité sociale. Fonctionnant selon la technique de répartition, ils sont obligatoires pour l'ensemble des salariés du secteur privé au plan interprofessionnel.

Ils obéissent néanmoins à un cadre juridique qui fait une très large place à la dynamique conventionnelle, cette caractéristique étant la conséquence de régimes dont la gouvernance relève à l'ensemble de leurs échelons de la responsabilité des partenaires sociaux.

Il est assez remarquable que, dans un pays volontiers jacobin, aient pu se développer, selon des étapes successives ne relevant pas de plans préétablis ou d'approches strictement rationnelles, des systèmes qui ont progressivement pris une place prépondérante dans le dispositif de retraite national.

Néanmoins, la mise en place et l'essor des régimes n'ont pu se faire sans lien avec l'Etat. Celui-ci va permettre au lendemain de la Seconde guerre mondiale la création d'un régime

complémentaire pour l'encadrement en contrepartie de son assujettissement à la Sécurité sociale et va venir consacrer par la loi de généralisation de 1972 l'œuvre conventionnelle des partenaires sociaux instituant des régimes complémentaires pour l'ensemble des salariés du secteur privé.

Il reste que les régimes complémentaires présentent la particularité majeure d'être pilotés par les partenaires sociaux qui, dans le cadre de la mise en œuvre de régimes exprimant leurs droits en points, fixent périodiquement les paramètres de fonctionnement dans un souci d'équilibre pluriannuel.

Les régimes versent 70 milliards d'euros de prestations, soit le quart des retraites du système obligatoire (public et privé et non salariés). Ils constituent 40 % de la retraite globale moyenne des ex-salariés du privé : un peu plus de 30 % pour les retraités non cadres, près de 60 % pour les cadres.

Un déplacement progressif de la gouvernance paritaire du niveau local vers le national peut être constaté : cette évolution concerne le double domaine de responsabilité paritaire qui couvre tant le pilotage des régimes (I) que leur gestion (II).

I – L'évolution du pilotage des régimes

A – Les évolutions du pilotage au sein même des régimes

De l'institution à la fédération

1. La mise en place d'institutions, reflet de la situation de catégories professionnelles et de secteurs

Au moment de leur mise en place, la concrétisation des régimes se faisait dans l'Institution de retraites complémentaires (IRC). La situation était certes plus simple dans le régime de retraite des cadres, système unique dès l'origine.

Dans le domaine de la retraite des non cadres, on était en présence d'une juxtaposition d'institutions-régimes, chacune disposant de ses paramètres et de sa réglementation. Chacun des

régimes était le porteur d'une histoire dans le cadre d'une région, d'une branche d'activité ou d'une entreprise. Chacun avait ses propres caractéristiques : régimes en points, en pourcentage de salaires, avantages non contributifs divers...

La création de l'Association du régime de retraites complémentaires (ARRCO), fédération de régimes pluriels en 1961, marque la volonté de mieux faire cohabiter un ensemble de régimes hétérogènes, résultat du foisonnement des accords paritaires.

2. D'un outil conçu pour faire fonctionner harmonieusement 45 régimes en une transformation en un régime unique : une réforme systémique en 38 ans

En 1971, des outils centraux sont créés afin d'améliorer le service de cet ensemble complexe : le centre informatique national (CIN) et les centres d'information et de coordination de l'action sociale (CICAS).

Le pilotage des régimes ARRCO va se resserrer progressivement grâce à la mise en place d'une compensation financière organisant les flux financiers autour d'un régime pivot et corrigeant les prestations prises en compensation en fonction des caractéristiques du régime.

L'accord du 25 avril 1996 marque un tournant important par le fait qu'il prévoit la mise en place du régime unique ARRCO (Association pour le régime complémentaire des salariés) au 1^{er} janvier 1999, ouvrant la voie à un pilotage plus fin et à une modernisation de la gestion.

De la fédération aux accords paritaires

Mais surtout les accords de 1996, signés le même jour pour l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) et l'ARRCO, comportent un texte qui concerne les deux régimes et qui organise une solidarité financière entre eux.

Dès lors, les accords successifs seront tous communs à l'AGIRC et à l'ARRCO et mèneront à une forme de dépossession progressive des conseils d'administration des fédérations au profit des accords paritaires négociés au niveau des partenaires sociaux au plan national qui interviennent à fréquence triennale ou quinquennale (accords de 2011, 2013 et 2014 ou 2015 ?).

L'approche financière et les projections menées dans chacun des régimes font place à une appréciation plus globale AGIRC-ARRCO-AGFF¹⁶ (égalisation des rendements, harmonisation des majorations familiales...).

Il est à cet égard révélateur que la fixation de la valeur du point qui est une décision majeure des conseils fait l'objet de décisions en amont par les partenaires sociaux lors de leurs négociations, laissant aux conseils d'administration le seul soin d'appliquer leur décision.

B – Les régimes complémentaires dans le suivi des comptes nationaux

Les régimes complémentaires ont participé –souvent positivement– au solde de Maastricht : il n'a guère été relevé par les observateurs qu'en 2002, le déficit de la Sécurité sociale toutes branches confondues était couvert... par les excédents de la retraite complémentaire AGIRC-ARRCO. Le resserrement des politiques publiques dans le cadre de la crise de la dette et de la programmation du retour à l'équilibre des finances publiques a conduit le gouvernement à augmenter les sujétions pesant sur les régimes complémentaires dans le cadre d'une loi organique du 17 décembre 2012.

¹⁶ Association pour la gestion du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO.

Le projet d'instauration d'un comité de suivi des retraites dans le cadre du texte de la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites actuellement en discussion marque la volonté de disposer d'une vision de la trajectoire financière du système de retraite national dans sa globalité et donc de la retraite complémentaire qui en est une composante.

Cette interaction nouvelle qui reste à construire entre une gouvernance paritaire et un échelon plus central ne peut manquer de poser des questions quant à ses modalités, sa finalité et ses conséquences.

II – L'évolution de la gouvernance de la gestion des régimes

La gouvernance de la gestion des régimes effectuée au sein des institutions va progressivement voir se déplacer des responsabilités vers les fédérations d'une part (aspect vertical) et vers les groupes de protection sociale d'autre part (aspect horizontal).

A – De l'institution à la fédération

1996 marque là encore un tournant : la gestion était jusque-là restée dans le strict domaine de l'institution et obéissait à un modèle très décentralisé. L'enveloppe de gestion était, au sein de l'institution-régime ARRCO, prélevée au moment du calcul du rendement. Avec la mise en place du régime unique, ce sont les partenaires sociaux qui fixent le montant global du prélèvement affecté à la gestion : une dotation est redistribuée à chaque entité gestionnaire en fonction des actes de gestion accomplis.

Des indices convergents vont marquer un engagement accru des fédérations dans la gestion, cette implication ne faisant que croître au fur et à mesure des années. Ces évolutions se traduisent notamment par un écrêtement des réserves de gestion et d'action sociale au profit des fonds techniques des régimes (1996), par la mise en place de contrats d'objectifs liant les fédérations aux groupes d'institutions AGIRC-ARRCO (2001).

La politique volontariste de rapprochement des structures gestionnaires (2003), l'agrément des directeurs par les fédérations, la mise en œuvre d'une politique de convergence informatique sont autant d'évolutions structurantes. Toutes ces évolutions déplacent le curseur d'un modèle qui tout en restant d'essence décentralisée constate un déplacement des équilibres de l'institution vers les fédérations.

B – De l'institution au groupe de protection sociale

Les institutions sont gérées au sein de groupes de protection sociale (GPS) au sein desquels cohabitent des personnes morales relevant de statuts différents pour la mise en œuvre d'activités qui relèvent y compris du secteur concurrentiel.

Ces entités vont se restructurer rapidement, le nombre de groupes passant de 55 groupes en 1999, à douze groupes de protection sociale aujourd'hui. L'activité de ces entités de gestion est fortement concentrée, les six premiers intervenants représentant 85 % des opérations.

Le groupe de protection sociale présente cette caractéristique de marcher sur deux jambes : l'activité retraite, d'une part, le champ concurrentiel, d'autre part. Le poids de la retraite complémentaire reste dominant en terme d'encaissements (75/25), il n'en va pas de même s'agissant des ressources de gestion : ces dernières qui témoignent bien de l'activité des entités membre du groupe, et des apports de chacune, s'établissant dans une relation équilibrée mais faisant ressortir une prédominance du secteur concurrentiel (54/46).

Soucieux d'un pilotage adéquat de ces ensembles et d'un fonctionnement compatible avec les intérêts de la retraite, les partenaires sociaux ont souhaité dans les accords du 25 avril 1996 qu'ils soient administrés par une structure de tête dite « Association sommitale ».

En coiffant ainsi le groupe et ses entités de base, les équilibres des pouvoirs sont modifiés ceux-ci se déplaçant de

l'institution vers l'Association sommitale en charge des « orientations politiques et stratégiques du groupe », selon les termes de l'accord du 8 juillet 2009 précisant les dispositions existantes.

Conclusion

Ces évolutions de la gouvernance qui, partie de la base remonte progressivement au sommet, est une évolution profonde qui concerne tant le pilotage que la gestion des régimes. En allant vers un modèle plus centralisé, il importe de veiller à respecter les points d'équilibre qui font le patrimoine des régimes, dont la première caractéristique est la gestion paritaire, et leur efficacité, en se gardant de certaines visions parfois trop technocratiques et monolithiques.

Dans ces deux fonctions indissociables de pilotage et de gestion, il importe que des partenaires sociaux, sans doute moins nombreux et mieux formés, puissent exercer la plénitude de leurs responsabilités afin de replacer les régimes dans les conditions de l'équilibre financier et de faire évoluer le modèle de gestion pour un meilleur couple coût/qualité.

ANNEXE : HISTORIQUE DES REGIMES DE RETRAITE COMPLEMENTAIRES DES SALARIES AGIRC-ARRCO¹⁷

Un fonds de retraite complémentaire des cadres est créé dès 1937, avec la signature d'un accord, le 14 mai, entre l'Union des industries métallurgiques et minières (UIMM) et la Fédération nationale des syndicats d'ingénieurs (FNSI).

A la Libération, dans le sillage des ordonnances de 1945, les lois du 22 mai 1946 et du 13 septembre 1946 posent respectivement un principe de généralisation de la Sécurité sociale et de l'assurance vieillesse à l'ensemble de la population.

Cependant, le législateur ne réalisera pas son souhait d'unification. Le 14 janvier 1947, les cadres, qui disposent de régimes particuliers depuis 1937, manifestent contre cette affiliation généralisée.

Le 14 mars 1947, leurs revendications débouchent sur la signature d'une convention collective nationale qui crée un régime de retraite complémentaire en faveur des cadres de l'industrie et du commerce, géré par les partenaires sociaux : l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC).

La loi du 17 janvier 1948 organise des régimes d'assurance vieillesse pour les non-salariés : commerçants, artisans, professions libérales et agriculteurs. Les trois premiers sont mis

¹⁷ Source : <http://www.agirc-arrco.fr/l-agirc-et-larrco/dates-cles/>.

en place dès 1949 avec l'Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC), la Caisse autonome nationale de compensation des assurances vieillesse des artisans (CANCAVA) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL). Les exploitants agricoles devront attendre la loi du 10 juillet 1952 et la création de la Caisse nationale d'assurance vieillesse mutuelle agricole (CNAVMA).

Prenant exemple sur le régime AGIRC, des régimes professionnels de retraite de non cadres vont s'organiser au cours des années 1950 dans des entreprises (accords Renault du 15 septembre 1955) ou des secteurs d'activité (papier-carton, bâtiment,...).

Ces initiatives conduites de façon éparpillée vont mener à un foisonnement de régimes et d'institutions dans un cadre inorganisé et fragmenté.

Un premier effort visant à organiser la retraite des non cadres a donné lieu à la création de l'Union nationale des institutions de retraite (UNIRS), créée en 1957 : cette structure de regroupement des entités gestionnaires va permettre une première rationalisation de la retraite des non cadres.

Afin de poursuivre l'harmonisation, la coordination et la compensation, les différents régimes de retraite des salariés non cadres signent l'accord du 8 décembre 1961 qui crée l'Association des régimes de retraite complémentaire des salariés (ARRCO).

Tout en faisant coexister des régimes divers, l'ARRCO fonde des structures spécifiques dans les domaines de l'informatique et de l'action sociale, avec la création du Centre informatique national (CIN) en 1969 et de centres d'information et de coordination de l'action sociale (CICAS) en 1971.

En 1972, une loi de généralisation en date du 29 décembre étend les systèmes de retraite complémentaire obligatoire à

l'ensemble des assurés du régime général et aux salariés du régime agricole.

Dans les années 1980, plusieurs institutions de retraite des cadres intègrent l'AGIRC comme l'Institution de retraite et de prévoyance des voyageurs représentants placiers (IRPVRP) en 1981, l'IRCACIM en 1984, ou les régimes de retraite des cadres supérieurs en 1988.

En 1991, l'AGIRC et l'ARRCO créent l'Observatoire des retraites pour encourager l'étude et l'analyse de tous les systèmes de retraite, français et étrangers, en répartition comme en capitalisation.

A la suite d'un accord signé le 13 septembre 1993, les régimes de retraite des banques d'une part, et du personnel des caisses de sécurité sociale d'autre part, sont intégrés dans l'AGIRC et l'ARRCO.

La loi du 8 août 1994 précise le cadre juridique de la protection sociale complémentaire par la transposition en droit français de directives européennes. Les textes opèrent une séparation entre ce qui relève de la retraite complémentaire et des institutions de prévoyance.

Dans les années 1990, les partenaires sociaux signent plusieurs accords (1993, 1994, 1996) sur le fonctionnement de l'AGIRC et de l'ARRCO (fixation du taux de cotisation, modalités de compensation financière entre les deux régimes).

En 1999, l'ARRCO passe d'une organisation en 44 régimes (comprenant chacun une réglementation, une valeur de service et un prix d'achat du point) à un régime unique comprenant 83 institutions adhérentes, avec pour conséquence la mise en œuvre d'une réglementation unique, d'une seule valeur du point et d'un seul salaire de référence.

Après de nombreuses péripéties, les partenaires sociaux signent un nouvel accord sur le fonctionnement de l'AGIRC et de l'ARRCO le 10 février 2001 qui vient renouveler le dernier

en date de 1996 et s'attachera à progresser sur les questions liées à la gestion des régimes.

En 2002, les fédérations de l'AGIRC et de l'ARRCO mettent leurs services et leurs moyens en commun au sein d'un groupement d'intérêt économique (GIE) qui travaille pour le compte commun des deux régimes en rationalisant les processus de gestion, améliorant la qualité de service et permettant une convergence des systèmes d'information.

Signe d'un contexte général économique et social difficile, les accords entre les partenaires sociaux des régimes AGIRC et ARRCO pour prendre de nouvelles mesures se succèdent (2003, 2009, 2011, 2013).

QUESTIONS ET INTERVENTIONS DE LA SALLE

**Michel Lages, président du Comité régional
d'histoire de la Sécurité sociale**

Il me semble que le rôle des institutions de retraites complémentaires (IRC) diminue à mesure que s'accroît le rôle des deux fédérations. N'y a-t-il pas une nouvelle tendance, au niveau des groupes paritaires de protection sociale (GPS), à s'intéresser moins à ce domaine des retraites et à privilégier la partie prévoyance et santé et donc la partie concurrentielle ?

Par ailleurs, le modèle AGIRC sur le rôle des administrateurs a souvent été présenté comme un exemple particulièrement intéressant. Qu'en est-il de la formation des administrateurs dans les régimes complémentaires ?

**Jean-Jacques Marette, directeur général
de l'AGIRC et de l'ARRCO**

Quand on dit que le rôle de l'administrateur a diminué, cela ne signifie pas qu'il est moins important, cela signifie qu'il est partagé. Est-ce que le rôle des pouvoirs publics français a diminué parce que l'on a créé l'Europe ? Non, ce n'est pas le même rôle... Certains éléments doivent être partagés dans la prise de décision. Dans les logiques de rapprochements, dans celles de convergence informatique, dans les problématiques de service, le rôle de l'administrateur dans les IRC est loin d'être

anecdotique. Cependant, à l'intérieur des GPS, le centre de gravité des équipes dirigeantes s'est déplacé. Sur la partie retraite, l'administrateur ou le dirigeant n'est pas responsable, il intervient sur la gestion, alors que sur la partie prévoyance, il est responsable de son compte de résultat. Leur rôle n'est plus le même. Le vrai moyen de mobilisation et de reconnaissance sera aujourd'hui le contrat d'objectifs. Il faut mettre des systèmes de bonus-malus, c'est-à-dire une sorte de motivation sur la partie retraite complémentaire. C'est une bonne motivation pour les équipes dirigeantes. C'est aussi le rôle des administrateurs que d'être exigeants envers les équipes pour mettre en œuvre des contrats d'objectifs d'amélioration, de la qualité du service et de dématérialisation du service.

En terme de formation, l'AGIRC avait une tradition de formation des administrateurs, l'ARRCO ne l'avait pas parce que c'était une fédération de régimes. Avec le passage au régime unique ARRCO, on a mis en place pour l'AGIRC et pour l'ARRCO des stages d'administrateurs, à la fois généralistes et de perfectionnement (dans le domaine informatique, social ou du contrôle de gestion). Par exemple, dans le domaine européen, nous avons un programme de stages pour administrateurs, qui est très suivi, avec des marges d'appréciation plutôt favorables. La formation d'administrateur est indispensable dans des contextes qui se sont modifiés

**Aimé Fraysse, directeur honoraire de la Caisse primaire
d'assurance maladie (CPAM) du Tarn**

On a vu que la réforme du régime obligatoire a posé un certain nombre de problèmes, alors que, vu de l'extérieur, on a l'impression que les décisions relatives aux régimes complémentaires ont été prises de façon quasiment idylliques... Il n'y pas eu de manifestations, il n'y a même pas eu de vague

médiatique. Comment se sont passées, en réalité, les discussions entre les partenaires sociaux ? Peut-on penser qu'il y a eu une logique générale de gestion pour obtenir des équilibres qui ont facilité les prises de décision ?

**Jean-Jacques Marette, directeur général
de l'AGIRC et de l'ARRCO**

A mon arrivée en fonctions en 1997, je me suis retrouvé dans le bureau du conseiller social de Matignon. Ce dernier paraissait extrêmement surpris de l'absence de réaction des salariés alors que nous venions d'augmenter le prix d'achat du point de plus de 4 % pendant trois ou quatre ans et des retraités alors que nous avions gelé, dans les années 1990, pendant deux ans les retraites. Il cherchait, à la demande de Monsieur Lionel Jospin, la martingale sur le sujet...

Cela n'a pas été idyllique ! Ces négociations sont souvent difficiles. La dernière négociation (2013) a surtout recherché des prévisions. Les partenaires sociaux, dans leur accord de 2011, ont formé une sorte de comité de pilotage des régimes de retraite (COPILOS), pour vérifier tous les ans l'évolution de la trajectoire des objectifs par rapport aux prévisions. En 2012, nous présentons des prévisions avec un scénario macro-économique qui n'était pas celui des pouvoirs publics, mais en leur disant que s'il se réalise, le tout dévie sérieusement de la trajectoire. Les partenaires sociaux ont alors rouvert les négociations pour trouver un accord. Celui-ci n'a pas réglé tous les problèmes, mais il rééquilibre les choses. Ce n'est pas évident. Et le contexte économique difficile ne rend pas les négociations simples du tout. Pour avoir participé à quelques négociations, à l'avant dernière réunion de la négociation on croit toujours que l'on ne va pas s'en sortir... Ce sont les partenaires sociaux qui décident. Fondamentalement, la

négociation des partenaires sociaux crée, d'une certaine manière, leur légitimité à gérer et à piloter les régimes.

LES CONSEQUENCES DES REGROUPEMENTS DANS LA GOUVERNANCE DES MUTUELLES

**par Alain Rey,
secrétaire général de la Mutualité française
Midi-Pyrénées, président de l'Association
nationale de la presse mutualiste**

Le titre même de l'exposé que vous m'avez confié appelle en préalable quelques précisions pour mieux comprendre un contenu qui diffère sous plusieurs angles des exposés précédents. Ceux-ci traitaient exclusivement d'institutions « officielles », certes de droit privé, mais étroitement encadrées, et soumises à des règles de fonctionnement qui tiennent compte de l'obligation d'adhésion. En mutualité, au contraire, nous entrons dans le champ de la libre adhésion et d'une gouvernance liée à ce statut.

Il faut donc préalablement situer le monde des mutuelles, puis évoquer les regroupements en cours, pour évaluer enfin les conséquences sur la gouvernance. Je puiserai mes exemples à la fois dans le cas d'une grande mutuelle qui vient juste de fusionner fin 2012 cinq mutuelles régionales (Harmonie Mutuelle) et dans les éléments statistiques fournis par la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) pour ses « journées de rentrée » de septembre dernier.

La diversité mutualiste

Si les mutuelles sont des sociétés de droit privé, elles sont d'abord et avant tout des « sociétés de personnes », qui se distinguent en cela des « sociétés de capitaux ». Cette distinction est fondamentale dans la gouvernance, dans la mesure où le pouvoir appartient globalement aux adhérents, à égalité de droits pour chacun d'eux et non en fonction des sommes détenues ou même en fonction de l'utilisation qu'ils font des produits et services pour lesquels ils cotisent.

En ce sens, on se rapproche du fonctionnement des institutions de Sécurité sociale, surtout quand la « démocratie directe » qui en est le fondement juridique se transforme de plus en plus en « démocratie de représentation », sous l'effet notamment des regroupements.

Le Code de la mutualité, qui régit les organismes mutualistes, date de 1898. Il a été modifié et révisé à plusieurs reprises, essentiellement en 1947, 1985 et 2001.

Pour comprendre le monde de la mutualité, il faut prendre en compte la grande diversité des groupements qui la composent et qui sont tous régis par le même Code :

- les mutuelles de la fonction publique, qui recrutent exclusivement dans les administrations, mais qui s'ouvrent au secteur privé, et qui gèrent de plus en plus des contrats collectifs « référencés » ;

- les mutuelles interprofessionnelles, à l'origine à recrutement individuel, puis ouvertes aux contrats collectifs, qui ont peu à peu intégré deux autres types de mutuelles : les mutuelles professionnelles, essentiellement de professionnels indépendants, longtemps autonomes, et gestionnaires du régime obligatoire (RSI) ; les mutuelles d'entreprise, qui se sont développées dans les années 1960 dans les grandes entreprises, puis interentreprises.

Toutes ces mutuelles se retrouvent au sein des unions (territoriales, régionales) et de la FNMF.

Le Code de la mutualité (2001) et la concentration des mutuelles

La dernière version du Code de la mutualité (2001), sous l'influence des directives européennes et au nom de la protection des consommateurs, a introduit le « principe de spécialité », qui classe les groupements en fonction de leur activité : L1. Unions et fédérations ; L2. Assurance et capitalisation ; L3. Etablissements et services médico-sociaux et action sociale.

Du même coup, on a assisté à une recomposition du paysage mutualiste, accentuée par les nouvelles règles qui imposent une assise financière et des marges de solvabilité renforcées. Les petites mutuelles n'ont eu d'autre solution que de s'adosser à des groupes, ou carrément de fusionner pour répondre aux critères du nouveau Code.

Aussi, le mouvement n'a fait que s'amplifier ces dernières années : il y avait plus de 10 000 mutuelles lors du premier code de la mutualité en 1898, elles étaient 14 000 au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, à la création de la Sécurité sociale ; au moment du code de 2001, on en comptabilisait 5 000. Fin 2012, elles n'étaient plus que 1 340, toutes catégories confondues. Et parmi elles, les mutuelles de livre II, qui pratiquent des opérations d'assurance, sont passées ces dix dernières années de 1 359 à 622.

Dans les faits, les regroupements de mutuelles ne sont pas un phénomène récent. Dès 1947, les mutuelles de la fonction publique constituaient les premiers regroupements, profitant de la législation qui leur donnait délégation pour la gestion de l'assurance maladie et se développant sur l'ensemble du territoire national.

Pour les mutuelles interprofessionnelles, le mouvement a débuté au milieu des années 1980 sous l'influence de plusieurs facteurs : le déplacement des centres de décision du niveau départemental au niveau interdépartemental, régional, voire national ; le développement des contrats collectifs d'entreprises ;

le désengagement de l'assurance maladie obligatoire, qui élargit le marché... et augmente la concurrence avec les autres opérateurs.

L'exemple d'Harmonie Mutuelle : une construction progressive...

Prenons le cas d'Harmonie Mutuelle, aujourd'hui première mutuelle santé (4,5 millions de personnes protégées) en France depuis la fusion de cinq mutuelles régionales en 2012. En voici les principales étapes :

- 1988. Mutuelle Préviade : fusion de quatre mutuelles départementales en Lorraine pour 350 000 personnes protégées ;
- 1988. Union ATV (Anjou-Touraine-Vendée) : regroupement de trois unions mutualistes départementales pour 500 000 personnes protégées ;
- 2000. Mutouest : fusion de quatre mutuelles départementales bretonnes pour 400 000 personnes protégées ;
- 2003. Préviade-Mutouest : fusion de Préviade et de Mutouest pour 1 000 000 personnes protégées ;
- 2006. Préviadies : fusion de Préviade-Mutouest et Imadiès (Normandie) pour plus de 1 600 000 personnes protégées ;
- 2008. Harmonie Mutualité : fusion d'une douzaine de mutuelles départementales pour 1 400 000 personnes protégées ;
- 2012. Harmonie Mutuelle : fusion de Previadies, Harmonie Mutualité, Existence (Sud-Est), Santévie (Midi-Pyrénées) et Spheria Val-de-France pour 4,5 millions de personnes protégées.

Au total, sur les 25 dernières années, on aura comptabilisé pour Harmonie Mutuelle une trentaine d'opérations de fusions concernant 72 mutuelles. Ceci a forcément entraîné un resserrement de la gouvernance : sur la seule fusion de 2012, le nombre total de délégués élus aux assemblées générales est passé de 974 à 296, et le nombre d'administrateurs de 166 à 40. Et il n'y a plus qu'un seul président...

Mais la gestion du nombre n'est pas forcément la plus délicate... Chaque mutuelle est porteuse d'une histoire, de traditions, très souvent liées à la vie économique et sociale de son territoire d'origine. Lorsqu'il s'agit de recomposer totalement une gouvernance, de former une nouvelle équipe dirigeante, il faut intégrer des cultures différentes, qu'identifient les personnalités qui représentent chacune des mutuelles.

... et un « bouillon de culture »

Dans le cas d'Harmonie Mutuelle, c'est un véritable « bouillon de cultures » qui accompagne la fusion. Sans trop caricaturer, on peut repérer dans les mutuelles fusionnantes une typologie qui comprend à la fois des syndicalistes autogestionnaires (Bretagne, Loire-Atlantique), des patrons sociaux libéraux (Rhône-Alpes), des chrétiens sociaux (Lorraine, Vendée), des républicains solidaristes (Val-de-Loire, Normandie), enfin des bourgeois traditionnalistes (Normandie, Champagne).

Le « bouillon de cultures » est parfois épicé... mais il permet de réunir tout le monde autour de la table ! Et de nourrir la réflexion, les échanges, pour déboucher sur des solutions qui prennent en compte l'intérêt général. C'est là toute la spécificité des mutuelles en tant que sociétés de personnes, qu'illustrent quelques citations des principaux dirigeants :

- « Puisqu'il n'y a pas de liens de capitaux entre nous, il faut faire confiance à la démocratie pour que tout le monde soit bien représenté. » (Daniel Havis, président d'Imadiès) ;

- « Les aventures, les bonnes, celles qui réussissent, le font à partir du primat de l'écoute et du dialogue... Ce que nous avons fait ensemble dépasse ce que nous aurions fait chacun. » (Claude Hemme, président d'Harmonie Mutualité) ;

- « Il n'y a pas de social s'il n'y a pas d'économique... ou ça ne dure pas très longtemps » (Guy Herry, président d'Harmonie Mutuelle).

La représentation des adhérents : l'assemblée générale

Dès les premiers regroupements, les mutuelles ont été obligées d'adapter leur gouvernance aux nouveaux périmètres qui se dessinaient. Cela a été le cas avec les mutuelles de la fonction publique dès leur création, puisqu'elles se sont organisées à travers des « sections locales », le plus souvent départementales, pour permettre une représentation correcte des adhérents.

Les mutuelles interprofessionnelles ont adapté le même système au fur et à mesure qu'elles se regroupaient et que leur taille augmentait, ne permettant plus la représentation directe de tous les adhérents en assemblée générale. Le périmètre est à géométrie variable, suivant le territoire couvert par la mutuelle et le nombre d'adhérents concernés.

Enfin, ces mutuelles ont dû aussi faire une place aux adhérents en collectif, à travers des « sections d'entreprise », qui permettraient de conserver une base militante active dans les entreprises, en particulier lors de l'intégration de mutuelles d'entreprises au sein des mutuelles interprofessionnelles.

Mais tous ces dispositifs ne se sont pas avérés suffisants pour garantir à la fois une bonne représentation des adhérents et une présence militante de proximité. C'est pourquoi les grands groupes interprofessionnels, à l'image des mutuelles de la fonction publique, ont « rajouté une couche » de représentation non statutaire, en procédant à l'élection de « délégués territoriaux », qui ne siègent pas forcément à l'assemblée générale, mais qui représentent la mutuelle dans leur territoire, et interviennent principalement pour l'action sociale, les opérations de prévention, et les partenariats locaux.

Les dirigeants élus : vers la professionnalisation

Bien entendu, cette évolution des structures s'est accompagnée d'une évolution du « profil » des élus. Dans la

fonction publique et dans les mutuelles d'entreprise, on a vu très rapidement arriver des « élus à temps plein », véritables professionnels de la mutualité, intervenant à la fois sur le champ politique et sur le champ opérationnel.

Cette situation était favorisée par le système des « détachements » et « mises à disposition », soit par les administrations pour la fonction publique, soit par le biais des délégations syndicales dans les entreprises. Je dis « était » parce que ce qui pouvait apparaître comme un « avantage », voire un « privilège », a été peu à peu réduit et ne subsiste aujourd'hui qu'exceptionnellement. Si les dirigeants sont toujours à temps plein, professionnels, leur rémunération est à la charge de la mutuelle, même s'ils restent par ailleurs sous le statut de l'administration.

Le monde interprofessionnel a mis plus de temps pour professionnaliser ses élus. Nombre de petites mutuelles fonctionnent encore sous le régime du bénévolat intégral (mais jusqu'à quand ?). Car il s'agit de faire face au problème de la disponibilité des dirigeants dans le pilotage de véritables entreprises. De la disponibilité mais aussi de la compétence. Se pose alors la question de l'indemnisation, longtemps tabou en mutualité, mais qui finit par s'imposer au nom de l'efficacité de la gouvernance.

Enfin, la séparation des pouvoirs entre président et directeur, qui a longtemps constitué une « ligne jaune » parfaitement dessinée, est en train d'évoluer dans le sens de la complémentarité des compétences... et des personnalités. Le président ne peut plus être que « politique », et le directeur ne peut se contenter de superviser l'opérationnel. Le « binôme » (couple) est donc plus que jamais la clef du (bon) fonctionnement de la mutuelle.

Les dirigeants salariés : des profils différents suivant les périodes

Attardons nous quelques instants sur les profils de ces directeurs, ou de ces cadres de direction, dont certains ont effectué toute leur carrière en mutualité. Vous avez compris qu'il s'agit là de personnes rentrées dans les années 1960, au début de la période de développement des mutuelles, et qui ont gravi les échelons au nom de la promotion interne et de la maintenance de l'esprit mutualiste dans l'entreprise.

Dans les années d'après-guerre, le profil idéal est le comptable... Il est là pour exécuter les décisions de son conseil d'administration et veiller à la bonne utilisation des cotisations mutualistes.

Le juriste apparaît dans les années 1960-70, au moment où il faut commencer à rationaliser toutes les structures, embaucher du personnel, gérer un patrimoine immobilier, passer des conventions avec les professions médicales... et accessoirement se confronter à elles en développant des services de soins.

L'informaticien est l'homme-clef des années 1970-80, où l'on passe de la mécanographie et des cartes perforées à l'ordinateur et aux logiciels.

Le communicant-développeur naît de la concurrence avec les autres institutions d'assurance, à des périodes diverses suivant les territoires et les mutuelles, dans les années 1980-90. Il est chargé tout à la fois d'enrayer les chutes d'effectif ou simplement de développer le portefeuille, en revisitant l'offre de produits et de services, en modernisant l'image de la mutuelle, et l'ouvrant vers des techniques « commerciales » jusque-là jugées contraires à l'esprit mutualiste.

Les années 2000, avec les nouvelles règles du Code de la mutualité, mais surtout avec l'explosion de la dimension des entreprises mutualistes sous l'effet des regroupements, nécessitent avant tout de bons managers, capables d'alimenter la stratégie de la mutuelle tout en veillant à sa réussite

opérationnelle. La filière interne n'est plus systématiquement privilégiée, et parfois même occultée. Et l'on voit apparaître une nouvelle génération, issue le plus souvent des grandes écoles, et donc proche par sa culture des concurrents de l'assurance.

La gouvernance : des évolutions peu marquées

Après ce tour d'horizon du paysage mutualiste et de ses évolutions récentes, voyons la traduction sur la gouvernance des mutuelles en général. Les données que je vais présenter ici sont celles qui ont été utilisées au cours d'un atelier spécifique sur la gouvernance, lors des journées de rentrée de la FNMF, les 27 et 28 septembre derniers.

Elles visent à mesurer les évolutions sur le plan du rajeunissement, de la féminisation et du cumul des mandats.

- La répartition hommes/femmes dans les conseils d'administrations (toutes mutuelles) : le pourcentage de femmes élues comme déléguées aux assemblées générales est de 33 % (il était de 34 % en 2005) ; 89 % des présidents sont des hommes ; 76 % des directeurs sont des hommes ; dans les bureaux des mutuelles, le poste le plus souvent occupé par des femmes est celui de secrétaire général (dans près d'un cas sur deux : 47 %).

- La répartition des administrateurs par âge (toutes mutuelles) : l'âge moyen des présidents est de 63 ans (61 ans en 2005) ; 62 % des administrateurs ont plus de 60 ans.

- L'ancienneté des mandats dans les mutuelles : 64 % des administrateurs en poste en sont au moins à leur deuxième mandat (soit une dizaine d'années minimum de fonction).

La gouvernance : les enjeux de demain

Cette situation, qui semble bloquée, a pour autant ses explications : dans une phase de regroupement, où l'on réduit à la fois le nombre de structures et le nombre d'élus, il est encore plus difficile de procéder à des renouvellements. Malgré tout, si

les évolutions sont encore peu marquées, on peut estimer, vu les circonstances, que le processus est enclenché.

Le nouveau paysage mutualiste qui se met en place va se dessiner de toute évidence autour d'une vingtaine de groupes (fonction publique et interprofessionnels) autour desquels graviteront encore des mutuelles indépendantes mais fortement liées techniquement et financièrement à ces groupes. Les enjeux de gouvernance pour ces groupes sont de trois ordres : le recrutement, la formation, l'équilibre des pouvoirs.

Le recrutement

Il s'agit, bien sûr en premier lieu de renouveler la classe dirigeante. Ce renouvellement est en cours, sous l'effet du simple phénomène de l'âge.

Chez les directeurs, on a assisté ces dernières années au départ en retraite de la plupart des « historiques » qui ont accompagné les mouvements de regroupement et de fusion de ces trente dernières années. Le renouvellement est déjà visible à ce niveau, avec notamment l'arrivée de diplômés des grandes écoles, et devrait s'accélérer dans les années à venir.

Chez les élus, le problème est plus complexe. Les présidents qui ont mené la plupart des regroupements ont atteint aujourd'hui la soixantaine, voire plus. La transition est en cours dans la plupart des grandes mutuelles, mais l'horizon est limité, faute de candidats potentiels beaucoup plus jeunes.

Faute surtout de disponibilité. L'exercice de la fonction, dans les grandes mutuelles, nécessite une grande disponibilité et, suivant les mandats, un temps complet au service de la mutuelle. Situation quasi impossible pour un salarié, à plus forte raison un travailleur indépendant. Et les quelques possibilités accordées par le code aux salariés sous forme de délégation sont pratiquement inapplicables.

Les critères de compétence qui sont désormais exigés par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) posent le problème de

l'élection. Comment en effet conjuguer le principe démocratique de l'élection des dirigeants avec l'obligation (sous réserve de non agrément) de présenter des « profils » répondant à des critères de compétences qui font référence davantage à des cursus universitaires qu'aux expériences de « militants gestionnaires » qui dominaient jusqu'ici ?

En tout état de cause, toujours sous les directives ACP, le nombre d'administrateur dans chaque mutuelle devra être réduit. Toujours dans un souci de cohérence et d'efficacité... au détriment peut-être de la diversité culturelle et des principes démocratiques.

La formation

La formation des élus devient désormais une mission fondamentale pour les mutuelles. La FNMF a d'ores et déjà mis en place, avec l'université, des formations de longue durée pour les dirigeants, tant élus que salariés. Mais faute de disponibilité, trop peu d'élus en ont bénéficié à ce jour. Les formations spécialisées, de plus courte durée, ont plus de succès. Mais elles ne suffisent pas à former de nouveaux dirigeants au pilotage de ces nouvelles entreprises de plusieurs milliers de salariés.

Les grandes mutuelles, qui ont compris l'enjeu, vont devoir développer leur propre centre de formation. C'est déjà le cas depuis longtemps pour la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN), et on en perçoit la réussite dans le nombre et la qualité de ses militants qui ont accédé à des fonctions dirigeantes dans les unions territoriales et régionales, et au sein même de la Fédération.

Harmonie Mutuelle prend le même chemin, mais avec plusieurs années de retard... La majorité des mutuelles s'insère donc dans des processus de formation continue mis en place par la Fédération et ses unions régionales. Pour prendre l'exemple de Midi-Pyrénées, en 2013, une douzaine de stages auront permis de former 180 militants, issus de toutes les mutuelles.

Ces formations sont de trois ordres : perfectionnement individuel (animation de réunions, écriture, etc.) ; perfectionnement « professionnel » sur les missions de l'élu (rôle et statut, Code de la mutualité, valeurs et performance économique, etc.) ; perfectionnement « technique » (environnement de la protection sociale, système de santé, métiers liés aux services de soins, etc.)

L'équilibre des pouvoirs

Un enjeu majeur pour les mutuelles –et surtout les groupes– réside dans l'équilibre des pouvoirs. Le principe « un homme une voix », déjà adapté par le biais d'une démocratie de représentation, est de plus en plus mis à mal sous l'effet des circonstances, de l'évolution du marché, ... et de la législation.

Aujourd'hui, d'une façon générale, et quelles que soient ses imperfections, la démocratie repose sur l'élection de personnes qui se présentent à titre individuel, en tant que simples adhérents. L'apparition des contrats collectifs a entraîné quelques aménagements de pure forme, mais la gouvernance reste globalement fidèle aux principes originels.

Toutefois, leur pratique devient de plus en plus difficile : pour éviter toute « récupération » au profit d'un groupe ou même d'individus isolés, les mutuelles ont tendance à utiliser largement le système des « listes bloquées » qui, même largement ouvert aux nouveaux, demeure restrictif. Et la participation des adhérents aux élections de délégués plafonne autour de 20 % dans le cas de votes par correspondance, comme cela a tendance à devenir la règle.

La généralisation annoncée de la complémentaire santé dans les entreprises risque de remettre en cause cet équilibre. On voit difficilement les partenaires sociaux (employeurs et salariés) accepter de choisir une mutuelle sans y être spécifiquement représentés et sans pouvoir exercer un droit de regard sur sa gouvernance. Le « droit du contrat » qui sortira de la future loi

intègrera-t-il les principes du droit mutualiste ? Rien n'est moins sûr, tant l'exercice est compliqué sur le plan juridique... et difficilement réalisable au plan opérationnel.

Si les regroupements n'ont pas (encore) bouleversé la gouvernance des mutuelles, ils ont en tous cas enclenché un processus de rénovation qui n'en est qu'à ses débuts, à moins que la législation ne vienne codifier de nouvelles règles liées à l'évolution des structures mutualistes dans leur environnement.

En tout état de cause, il est indispensable de veiller à ce que la spécificité mutualiste puisse continuer à s'exprimer dans la gouvernance des mutuelles. Car la maxime de Winston Churchill reste toujours d'actualité, et elle s'applique parfaitement à la Mutualité : « La démocratie est le pire des régimes, à l'exception de tous les autres ! »

QUESTIONS ET INTERVENTIONS DE LA SALLE

**Bruno Valat, maître de conférences
au Centre universitaire Jean-François Champollion**

Sur un plan plus général, plus politique, avec la difficulté sans cesse accrue pour un nombre croissant de Français d'accéder aux soins, qui reporte une certaine forme de pression sur les mutuelles, les relations générales avec l'Etat ont-elles changé de nature ? Est-ce que cela a eu des conséquences sur les missions internes de la mutualité ?

Alain Rey, secrétaire général de la Mutualité française

Je ne crois pas que les relations avec l'Etat se soient modifiées, elles sont toujours de même nature, mais l'Etat a tenté de rechercher de nouvelles sources de financement. Les dernières relations avec l'Etat n'étaient pas très heureuses pour les mutuelles, puisqu'elles étaient basées sur la taxation. Les relations s'étaient donc tendues ces dernières années, en raison de ce phénomène de taxation, mais cela a assez peu joué sur la gouvernance. Les rapports avec l'Autorité de contrôle prudentiel demeurent des rapports normaux entre des institutions et une autorité de contrôle. Ce qui est davantage inquiétant pour les mutuelles, ce sont les suites qui seront données à l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 généralisant les assurances complémentaires santé dans les entreprises. Nous

pouvons nous attendre à une concurrence féroce dans les années à venir entre les mutuelles et les institutions de prévoyance.

La Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) est aujourd'hui à un tournant de son histoire, parce que l'apparition des grands groupes mutualistes modifie son rôle. Lorsqu'il y avait 600 ou 700 mutuelles adhérentes, la Fédération se contentait de gérer la cohésion du mouvement de manière globale. Aujourd'hui, elle est confrontée à une dizaine de grands groupes qui sont puissants, qui s'expriment eux-mêmes et qui ont leurs propres positions. La Fédération est en train de changer de nature sous l'effet de ces regroupements. Elle n'a que peu de prise sur les groupes, sur les regroupements proprement dits. Ces regroupements se sont effectués en dehors de l'action de la Fédération. En conséquence, on se dirige plutôt vers une fédération qui sera un outil de représentation, de l'audit interne, un peu comme l'est la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) pour les compagnies d'assurances. Il y aura une distinction entre les gestionnaires qui seront sur le terrain et la Fédération qui aura une mission de lobbying et d'organisation globale du mouvement.

Michel Lages, président du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale

Faut-il encore parler de « mutuelles » pour des institutions inscrites dans le code des « assurances » ?

Alain Rey, secrétaire général de la Mutualité française

C'est la question qui fâche... Le mot « mutuelle » est passé dans le langage courant qui ne retient pas les nuances du monde de la mutualité. Il y a des mutuelles d'assurance, type

MATMUT, MACIF, etc., qui sont aussi des sociétés de personnes mais qui peuvent utiliser leurs fonds, contrairement à une mutuelle au sens propre qui ne peut faire de la redistribution si elle a des excédents. Et puis, il y a les mutuelles qui sont au Code de la mutualité mais qui sont issues des groupes paritaires de protection sociale (GPS). Ces mutuelles ont adhéré à la Fédération nationale de la Mutualité française, si bien qu'aujourd'hui au sein d'un même mouvement, vous trouvez des mutuelles qui sont de nature totalement différente et souvent concurrentes sur le terrain.

Le Code de la mutualité a séparé les gestionnaires d'œuvres et de services (soins, accompagnement, etc.). Une réflexion stratégique de recomposition est en cours avec, en matière de santé, une séparation entre les mutuelles « assurances » du livre II et les mutuelles gérant des réalisations sanitaires et sociales du livre III. Cette séparation est contraire à toute la culture du monde mutualiste et pose un certain nombre de problèmes sur le plan économique.

Jean Le Pottier, directeur des Archives départementales de la Haute-Garonne

Plus qu'une question, une inquiétude... Avec toutes ces fusions, quel est le sort des archives des organismes mutualistes supprimés ? On a bien vu ce matin qu'elles datent du XIX^e siècle pour certaines. J'éprouve de grandes inquiétudes sur le sort de ces archives...

Alain Rey, secrétaire général de la Mutualité française

Nous avons eu l'occasion de travailler avec Monsieur Jean Le Pottier lorsqu'il était en poste dans le département du Tarn. Il

a récupéré les archives de la Mutualité tarnaise, qui sont bien conservées, je vous le confirme. Pour le reste, je viens de terminer un ouvrage sur les mutuelles qui ont fondé Harmonie Mutuelle. Mon grand souci a été chaque fois, avec mes interlocuteurs, d'évoquer le sort des archives. Aujourd'hui, Harmonie Mutuelle emploie une personne chargée de faire la liste de toutes les archives (où se trouvent-elles ? comment sont-elles conservées ?), afin de prévoir leur maintenance et leur conservation dans les années à venir.



DEUXIEME TABLE-RONDE : LES REGROUPEMENTS REGIONAUX

**animée par Michel Lages,
président du Comité régional d'histoire de la
Sécurité sociale Midi-Pyrénées**

**avec la participation de
dirigeants des organismes fusionnés de la région**

Etaient présents :

Jean-Marc Cazals, directeur général de la Mutualité sociale agricole (MSA) Midi-Pyrénées nord.

Luc Doury, directeur général du Régime social des indépendants (RSI) Midi-Pyrénées.

Bernard Pladepousaux, président de la Mutualité sociale agricole (MSA) Midi-Pyrénées sud.

Guy-Francis Raynaud, directeur régional de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) Midi-Pyrénées.

Michel Lages, président du CRHSS Midi-Pyrénées

Une des premières manifestations des regroupements de moyens est apparue dans les années 1970 avec la création des centres informatiques. Monsieur Michel Laroque le rappelait ce matin, ce fut un des moyens pour les caisses nationales d'affirmer la mise en place d'un certain nombre de programmes informatiques nationaux et donc de structuration des réseaux. L'origine du phénomène est donc technologique, informatique. Depuis, avec l'arrivée d'Internet, les évolutions ont été grandes en la matière. Actuellement, un dossier peut être traité n'importe où en France. Internet a facilité la restructuration des réseaux d'organismes. Cette notion de « réseau » apparaît dans le code de la Sécurité sociale avec l'ordonnance du 24 avril 1996 qui institue les conventions d'objectifs et de gestion (COG), dont nous avons parlé ce matin, précisant « le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du

réseau des caisses locales ». Il s'agissant alors d'une possibilité et non d'une obligation.

Les rapprochements vont se traduire par des mutualisations provenant, soit d'initiatives locales, soit d'initiatives nationales (avec l'attribution de crédits « fléchés », notamment pour la création de plateformes téléphoniques et autres fonctions transversales). Alors que les textes de 1996 organisaient seulement la possibilité de mutualisations, la Cour des comptes va considérer ces opérations, dans son rapport de 2004, comme insuffisantes et recommander d'accentuer les fusions dans les prochaines conventions d'objectifs et de gestion (COG), notamment les regroupements de caisses infra-départementales. A l'époque, dans le département du Nord par exemple, il y a neuf caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), huit caisses d'allocations familiales (CAF) et quatre URSSAF. La Cour des comptes envisageait que les départs à la retraite offriraient une belle opportunité à saisir en matière de restructuration des réseaux.

A la suite de ce rapport, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 donne un certain nombre de moyens juridiques aux directions des caisses nationales pour mettre en place ces mutualisations. Les COG vont organiser la départementalisation des CPAM, des CAF et des URSSAF. Après cette départementalisation, se pose la problématique de la régionalisation qui offre à l'échelon national de meilleures liaisons avec son réseau local, comme cela se constatait dans les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Cette tendance au pilotage régional va s'étendre à toutes les branches : Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). La COG 2010-2013 de l'ACOSS, juste après avoir procédé à la départementalisation, prévoit la régionalisation des URSSAF. De la même manière, le régime agricole aboutit au regroupement de la Mutualité sociale

agricole (MSA) en 35 entreprises –terme officiel–, puis les caisses retraites des artisans et commerçants fusionnent avec la caisse maladie des indépendants. Nous pouvons donc constater qu’il s’agit d’un mouvement important.

Il reste un point d’interrogation en ce qui concerne la coopération entre les branches et les régimes. D’une part, il est prévu la mise en place de systèmes d’information communs conformes au plan stratégique des systèmes d’information du service public de la Sécurité sociale, arrêté par le ministère des Affaires sociales et de la Santé le 31 juillet 2013. D’autre part, une convention-cadre de performance devait être mise en place au 1^{er} janvier 2013 pour s’imposer aux COG mais il n’est pas encore certain qu’elle voit le jour.

Où en sommes-nous de ces fusions et de ces projets ? Quatre dirigeants d’organismes de la région ont vécu ces évolutions et sont actuellement à la tête d’organismes fusionnés dont l’histoire a d’ailleurs été retracée ces dernières années par le CRHSS. Ils ont accepté de partager avec nous le souvenir et le vécu de ces opérations, qu’ils en soient une nouvelle fois grandement remerciés :

– Bernard Pladepousaux, président de la MSA Midi-Pyrénées sud, est entré très tôt dans le syndicalisme agricole, puisqu’il a dirigé dès 1984 le syndicat des Jeunes agriculteurs (JA) des Hautes-Pyrénées, avant de prendre la présidence de la Fédération départementale des syndicats d’exploitants agricoles (FDSEA) des Hautes-Pyrénées. Il s’est également très tôt intéressé à la protection sociale agricole en devenant délégué cantonal de la MSA à la même date. Président du conseil d’administration de la MSA des Hautes-Pyrénées, entre 1999 et 2003, il connaîtra l’époque de la Fédération, préalable institutionnel à la fusion, en occupant les fonctions de président de la Fédération des caisses de la MSA de Midi-Pyrénées sud (regroupant les départements de l’Ariège, de la Haute-Garonne, du Gers et des Hautes-Pyrénées) jusqu’en 2009, date à laquelle

il devient président de la MSA Midi-Pyrénées sud. Toutes ces activités lui ont permis d'être élevé au grade de commandeur de l'ordre du Mérite agricole.

– Jean-Marc Cazals, directeur général de la MSA Midi-Pyrénées nord depuis février 2011, a antérieurement occupé les postes de directeur de la MSA Tarn-Aveyron (fusionnée en 1995) et de directeur de la MSA du Tarn. Il a donc connu toutes les évolutions de la MSA Midi-Pyrénées nord. Il a commencé sa carrière à la Caisse centrale, avant d'aller dans le Finistère, département agricole qui forge le caractère.

– Luc Doury, directeur général du RSI Midi-Pyrénées depuis août 2006, a auparavant occupé le poste de directeur de la caisse maladie régionale des indépendants (1989). Il est passé par la branche famille, commençant sa carrière à la CAF de Tarn-et-Garonne, puis à celle d'Armentières (l'une des CAF du Nord) comme directeur et ensuite directeur-adjoint de la CAF de la Haute-Garonne.

– Guy-Francis Raynaud est directeur régional de l'URSSAF Midi-Pyrénées depuis 2012, après en avoir été le « directeur préfigurateur » et occupé le poste de directeur de l'URSSAF de la Haute-Garonne (1993) après en avoir été sous-directeur puis agent-comptable. Il a commencé sa carrière à la Caisse primaire centrale de la région parisienne, avant d'être agent-comptable à la CAF du Lot.

Ces trois directeurs généraux, tous formés à l'Université de Toulouse, présentent donc le profil classique des anciens élèves de l'École nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S). Ils ont ensuite fait preuve de mobilité en début de carrière, avant de rejoindre leur caisse actuelle.

Bernard Pladepousaux, président de la MSA Midi-Pyrénées sud

Ma rencontre avec la MSA s'est faite de manière pour le moins brutale, ayant été à l'époque l'un des organisateurs d'une manifestation qui prévoyait, entre autre chose, le refus du paiement des cotisations sociales parce que nous considérons que cela coûtait trop cher... J'ai néanmoins intégré par la suite la MSA parce qu'il y avait à Tarbes des équipes et une direction que j'appréciais.

Les regroupements au sein de la MSA ont des origines et des dates tellement diverses... Certaines opérations ont été des réussites, d'autres n'ont pas abouti. J'ai le souvenir d'une tentative de fusion en 1998 de la MSA des Hautes-Pyrénées avec ses voisines d'Aquitaine, des Landes et des Pyrénées-Atlantiques. Les délégués s'y sont opposés et l'opération ne s'est pas faite... Les regroupements, les fusions, sont toujours des sujets délicats car ils impliquent pour partie une perte d'identité des caisses concernées.

A compter des années 2000, on commence à voir poindre les difficultés liées aux particularismes du milieu rural en termes de démographie. Naît alors une volonté de s'organiser, de se regrouper, de regrouper les moyens, mais sans réelles exigences à l'époque de la tutelle étatique ou de la caisse centrale. En 2000, les présidents de l'Ariège, de la Haute-Garonne, du Gers et des Hautes-Pyrénées se rencontrent pour développer une forme de partenariat. La démarche finit par aboutir à l'idée d'une fédération, comme vous l'avez rappelé tout à l'heure. En 2003, nous avons commencé à donner du corps à cette structure fédérative : l'ensemble des équipes de direction, alors composées de seize agents répartis sur quatre sites, a intégré cette fédération avec des missions transversales (action sanitaire et sociale, protection des salariés, des non-salariés, etc.). Cette organisation a bien fonctionné jusqu'en 2009, mais certaines

difficultés de fonctionnement, notamment sur les politiques d'actions à mener dans les départements, imposaient de poursuivre le processus de regroupement. En effet, il existait des différences importantes d'une caisse à l'autre : l'Ariège et les Hautes-Pyrénées sont deux départements à peu près identiques, mais très différents de départements comme le Gers ou la Haute-Garonne. Les sources de financement de notre action sanitaire et sociale ou de nos politiques de prévention santé n'étaient pas les mêmes en Hautes-Pyrénées ou dans le Gers. Pour illustration, l'écart entre les caisses au niveau national allait de 1 à 8. Or, ne pas traiter les assujettis de manière identique sur tout le territoire reste une situation inconcevable dans un système mutualiste.

Progressivement, nous sommes parvenus à ce fameux réseau de trente-cinq entreprises. En Midi-Pyrénées, nous avons anticipé, sans attendre les exigences de la Caisse centrale. Ainsi, les quatre départements du sud de la région ont engagé dès 2003 un processus de regroupement. Et cela n'a pas été chose facile que de regrouper autant de personnes... Beaucoup de délégués y ont perdu leur poste. En 2000, l'élection des délégués commence dès l'échelon communal, il y avait alors 76 000 délégués communaux sur tout le territoire national. En 2005, ce premier échelon communal disparaît, l'élection commençant directement à l'échelon cantonal. On s'est retrouvé avec 25 000 représentants sur toute la France, ce qui impliquait donc que 50 000 délégués avaient dû abandonner leur place. Or, être délégué MSA représente un bon tremplin pour les municipales ou les cantonales. Par conséquent, je peux vous assurer qu'il n'a pas toujours été facile d'expliquer à ces personnes qu'il fallait passer la main.

**Jean-Marc Cazals, directeur général de la MSA
Midi-Pyrénées nord**

Pour compléter le propos du président sur l'évolution de la MSA, il faut ajouter qu'à la différence des débats au sein du régime général, le débat sur la fusion des caisses de MSA n'est pas venu d'un rapport avec l'Etat. Il s'agit d'un acte volontariste, né au milieu des années 1990 pour les caisses pionnières, qui s'est ensuite singularisé au milieu des années 2000 autour d'une alternative : fusion ou fédération. Enfin, en 2006, l'assemblée générale de la Caisse centrale a voté, notamment pour les quelques caisses qui ne voulaient pas faire le grand saut, l'organisation générale du réseau des caisses de MSA. A aucun moment donc, la puissance publique, dans le cadre des COG ou autre, n'a demandé au réseau des caisses MSA de se restructurer.

Michel Lages, président du CRHSS Midi-Pyrénées

Les lois de financement de la Sécurité sociale vous ont quand même un peu aidé, en donnant des pouvoirs de la Caisse centrale lorsque le processus ne se passait pas bien...

**Jean-Marc Cazals, directeur général de la MSA
Midi-Pyrénées nord**

Certes, les pouvoirs publics sont intervenus pour les quelques caisses départementales réfractaires à la procédure de regroupement, en donnant à Caisse centrale la capacité de le faire. Mais, je voudrais insister là-dessus : c'est l'assemblée

générale de la Caisse centrale qui a décidé d'aboutir au réseau de trente-cinq caisses fusionnées.

Pour le nord de Midi-Pyrénées, il y a eu trois étapes... Est-ce que cette progressivité est une bonne chose ? Sur le plan organisationnel, certainement pas (il vaut toujours mieux procéder en une seule fois), mais sur le plan politique, c'est autre chose... Première étape, alors que nous mettons en place, en 1994, la fusion entre les caisses du Tarn et de l'Aveyron, il n'existait en France qu'une seule autre fusion entre celles de l'Orne et de la Sarthe. Nous avons créé les règles à l'époque, car le Code rural ne prévoyait pas la fusion des caisses MSA (composition des conseils d'administration, vote des assemblées générales). Je travaillais pour le compte des deux directeurs locaux à l'époque, Guy Lavinal et François Dubeau ; j'ai le souvenir d'avoir passé des journées entières, en 1994, à des échanges téléphoniques tripartites entre le ministère de l'Agriculture, les services déconcentrés de l'Etat et la caisse centrale. Deuxième étape, en 2007, le Lot fusionne avec la caisse Tarn-Aveyron. Pourquoi le Lot ? Ce département devait participer au processus dès 1995 mais les dirigeants de la caisse lotoise préféraient le système de la fédération à celui de la fusion. Troisième et dernière étape, en 2010, le Tarn-et-Garonne nous rejoint –je crois pouvoir le dire– sous le timbre de l'exigence... En effet, les dirigeants du Tarn-et-Garonne n'adhéraient pas au principe de la fusion. Or, l'acte volontaire des dirigeants dans le processus de fusion demeure un élément majeur.

Les raisons des regroupements sont différentes de l'approche du régime général. D'abord, le régime agricole faisait face à une baisse importante des populations gérées, d'où la nécessité d'anticipation perçue par les dirigeants du régime. Ensuite, à partir du 1^{er} janvier 2014, le système de financement de la gestion et de l'action sociale des caisses va changer pour être calqué sur celui du régime général avec des dotations de gestion.

Ce n'est pas un système habituel pour le régime agricole. Jusqu'à ce jour, le système de financement du régime agricole fonctionnait comme un élément fondamental de la responsabilisation des élus. Pour faire simple, à la différence du régime général où il y a une seule cotisation, dans le régime agricole il y a des cotisations techniques pour les prestations et des cotisations complémentaires pour la gestion. Ces dernières étaient nécessaires pour la gestion locale. Le réseau a organisé par la suite un système de péréquation à l'intérieur des caisses de MSA : il y avait des caisses excédentaires et d'autres déficitaires, seul l'équilibre global du système permettait de fonctionner. Un tel système ne pouvait pas durer. Au-delà des baisses de populations, c'est donc l'équilibre économique des caisses qui les a poussées à se restructurer. Le comble, c'est que ce n'était pas obligatoirement celles qui en avaient le plus besoin sur le plan économique qui ont été à l'origine du phénomène ; je pense même que c'étaient celles qui étaient déjà dans une stratégie d'économies d'échelle qui ont impulsé le mouvement. Enfin, la dernière raison concernait la qualité de service à l'usager. Le dimensionnement des entreprises et des services, en termes de qualité de service, devait être au rendez-vous.

Michel Lages, président du CRHSS Midi-Pyrénées

Avant d'évoquer le régime général, évoquons la situation du RSI qui représente, semble-t-il, un processus intermédiaire... Quel est l'historique de ce regroupement et quelles en sont ses raisons ?

Luc Doury, directeur général du RSI Midi-Pyrénées

Un certain nombre de similarités se retrouvent dans les démarches qui ont eu lieu au régime des agriculteurs et au régime des indépendants.

Ces derniers ont, eux aussi, pris leur sort en main avant le rapport de la Cour des comptes. Le processus a démarré à la fin des années 1990, avec comme premier objectif la prise en compte de la gestion de la trésorerie. Les travailleurs indépendants avaient un certain intérêt à maîtriser les flux de trésorerie. La fusion s'est faite en 2006, suite à l'ordonnance du 8 décembre 2005 : de l'établissement de la règle à l'application pratique, il s'est écoulé peu de temps (nomination en février 2006 du directeur préfigurateur –le terme date de cette époque– et élections au conseil d'administration en avril 2006).

A l'origine, il y a un souci des travailleurs indépendants de créer un véritable régime pour regrouper tous les risques : retraite, maladie, voire allocations familiales (même si l'intérêt des travailleurs indépendants étant probablement de rester avec l'ensemble de la population au sein d'une CAF).

En termes d'effectifs, nous sommes passés de 90 présidents à 30, de 90 directeurs à 30, de 90 agents comptables à 30. L'opération a été assez brutale pour les personnels, même accompagnée d'un plan social exceptionnellement généreux. L'objectif des pouvoirs publics consistait à simplifier les démarches administratives. Une des particularités du système est que le RSI a donné délégation aux URSSAF pour le calcul et l'encaissement des cotisations dans un souci de maîtrise de la trésorerie des régimes. Le gouvernement voulait surtout asseoir le régime. Malgré la convergence d'intérêts divergents, la population du RSI demeure encore disparate. Je rappelle que nous n'avons pu intégrer les professions libérales en matière de retraites, alors que nous les avons intégrées en matière de maladie.

Pour le RSI, l'intérêt de ce regroupement ne concernait pas tant les économies de gestion parce que les trois régimes étaient constitués de caisses relativement petites (l'essentiel des effectifs était orienté vers la production et la part des services supports était extrêmement réduite ; par exemple, il n'y avait pas de service des ressources humaines développé). Bien au contraire ! Nous sommes passés de caisses de 60 à 80 salariés à des caisses de 200 à 400 salariés. Il est donc rentré dans une certaine industrialisation de la gestion des structures. En revanche, il y avait un véritable intérêt à se regrouper en matière de retraites, notamment complémentaires. Au 1^{er} janvier 2013, nous sommes parvenus à créer un régime unique complémentaire des travailleurs indépendants (à l'exception des professions libérales qui ont préféré conserver leur système de retraites). Contrairement au régime maladie qui lui est plutôt équilibrée, le régime retraite représente environ sept milliards et demi de cotisations et de prestations, dont plus de trois milliards sont dus à la générosité nationale, avec des financements complémentaires permettant d'équilibrer le budget. Dans l'esprit des travailleurs indépendants, asseoir un régime regroupant la totalité des indépendants était probablement un gage de pérennité, voire de survie...

**Guy-Francis Raynaud, directeur régional de l'URSSAF
Midi-Pyrénées**

J'interviens logiquement le dernier, puisque l'URSSAF Midi-Pyrénées est encore toute jeune, la dernière fusion datant du 1^{er} janvier 2012.

Tout le monde semble penser que pour les URSSAF, contrairement aux autres, la régionalisation a été imposée par les pouvoirs publics. Ce n'est pas le cas ! Bien sûr, il y a eu des rapports de la Cour des comptes et de l'inspection générale des

affaires sociales qui évoquaient cette piste, mais les pouvoirs publics n'ont pas imposé une telle démarche régionale. C'est un choix volontaire de la branche, même s'il paraît certain que la régionalisation nous aurait, à terme, été imposée.

Nous sommes partis d'un constat : nous avons un bon réseau, mais un réseau fragile. Un bon réseau parce qu'il était représenté au niveau des départements et cette proximité avec les cotisants reste une des conditions de la qualité du service ; un réseau fragile, particulièrement dans notre région, parce qu'il était composé de petites unités dans certains départements (avec un effectif inférieur à 50 personnes) et de grandes structures dans d'autres. Or, le service continue de s'étendre avec les missions que l'on rajoute à notre réseau... Ce qui est une bonne chose d'ailleurs, que nous acceptons volontiers, mais nous savions qu'il fallait renforcer notre réseau. C'est donc un choix : nous nous sommes engagés dans la régionalisation pour renforcer nos structures départementales, et non pour les faire disparaître.

Cet élément-là explique également le choix que nous avons fait au niveau régional d'inscrire ce projet dans la COG qui est en cours et qui se termine à la fin de l'année. Cela nous a permis d'être parmi les régions pilotes : la régionalisation a commencé avec trois régions et s'est développée par la suite avec deux autres vagues qui sont en cours, les dernières fusions devant intervenir au 1^{er} janvier 2014. Midi-Pyrénées a donc choisi d'être dans les trois premières URSSAF pilotes, parce que nous étions convaincus de l'intérêt de cette démarche, parce que nous avions envie d'être acteur de ce changement et de définir sous quelle forme il fallait conduire ce processus. Nous avions envie de faire une bonne régionalisation qui, d'une part, gardait effectivement tout ce qui était bon dans nos organisations (c'est-à-dire la proximité) et qui, d'autre part, gagnait en efficacité en regroupant un certain nombre d'activités au niveau régional. C'était d'autant plus facile qu'avant même la régionalisation,

nous avons déjà en Midi-Pyrénées un fonctionnement régional, commun, les huit URSSAF travaillant ensemble sur de nombreuses thématiques : nous n'en avons pas l'obligation, nous en avons l'habitude, donc nous avons eu envie de continuer.

Ce processus de régionalisation est toujours en cours, même si nous avons fait l'essentiel au 1^{er} janvier 2012 avec changement juridique et une harmonisation des principaux modes de fonctionnement. Nous accomplissons un effort permanent d'amélioration de l'efficacité de nos activités en vérifiant, les unes après les autres, quelles sont celles qui doivent rester au niveau de chaque département et quelles sont celles qui doivent être regroupées. Et elles ne le seront pas forcément sur le site central, mais éventuellement sur les autres sites de la région afin de développer l'expertise de chacun de ces sites.

Michel Lages, président du CRHSS Midi-Pyrénées

Quel premier bilan peut-on tirer de ces regroupements ? Et quelles perspectives peut-on dégager pour l'avenir ?

Jean-Marc Cazals, directeur général de la MSA Midi-Pyrénées nord

Sur une première décennie, nous avons procédé à un regroupement systématique des fonctions et des services supports (comptabilité, ressources humaines, communication). Créer ces services uniques a permis d'afficher une présence de proximité forte. Actuellement, le réseau MSA est dans une restructuration plus profonde du « cœur de métier », c'est-à-dire des services de protection sociale. Nous sommes en train de

passer à une autre étape, majeure, celle de la spécialisation des sites. Un certain nombre d'entre nous n'étaient pas convaincus ou n'y étaient peut-être pas assez préparés... Comme la MSA se targuait des vertus du guichet unique, nous pensions qu'il fallait conserver l'ensemble des services de protection sociale sur chacun des départements. Ce système, maintenu le plus longtemps possible, a aujourd'hui atteint ses limites. Nous prenons un virage organisationnel fondamental avec la spécialisation des sites. C'est une révolution pour nous !

En clair, sur le territoire Midi-Pyrénées nord, nous séparons le « front office » et le « back office » : d'une part, nous gardons l'ensemble des services de protection sociale afin d'accueillir les adhérents et de répondre à leurs attentes ; d'autre part, nous spécialisons totalement les sites pour les services de production. Ainsi, l'agence d'Albi s'occupe des branches famille et retraite ; l'agence de Cahors traite une partie de la branche santé ; l'agence de Rodez traite l'autre partie de la branche santé, mais remplit également les fonctions recouvrement, affiliation et cotisation des exploitants agricoles ; l'agence de Montauban s'occupe du contentieux, des employeurs de main-d'œuvre et des cotisations d'assurances sociales. Ce système oblige les personnels à changer de métier, bousculant les habitudes du régime entier. Cette deuxième phase représente à l'évidence un changement plus important que la première phase de restructuration politique.

Ce premier volet politique de création des services supports a permis de dégager des économies d'échelle réelles et engendrer des accroissements de compétences réels. Pour prendre l'exemple de ma propre entreprise, nous avons bâti quelque chose de solide alors que nous sommes partagés sur quatre sites différents, ayant chacun ses équipements. Ceci étant, les restructurations ne permettent pas, en elles-mêmes des économies. Les économies se font en diminuant les volumes, en termes d'effectifs, de charges d'exploitation, etc.

Le bilan est globalement positif, à condition de continuer à maintenir ce qui fait aussi la force d'un organisme de sécurité sociale, une relation de proximité avec ses adhérents et l'ensemble de ses partenaires territoriaux (conseils généraux pour la gestion du RSA, organisations professionnelles). Nous sommes en bonne voie pour réussir cette évolution. Le débat sur la réorganisation des services est un challenge d'une autre nature dont il faudra que nous fassions la preuve –et nous la ferons– afin d'être au rendez-vous des économies d'échelle et de la qualité de service.

**Bernard Pladepousaux, président de la MSA
Midi-Pyrénées sud**

C'est effectivement l'option qui a été retenue par la MSA : s'organiser à travers cette spécialisation des sites, en adéquation avec les besoins matériels et le potentiel humain existant à Auch, Foix, Tarbes et Toulouse. Pour nous, cela avait du sens, mais le débat au sein de l'institution a été assez rude. J'ai été l'un des premiers, au niveau national, à monter au créneau sur ces questions, parce que l'alternative était réduite à la spécialisation ou à la centralisation. Or, dans ce dernier cas, cela supposait la fermeture de sites. Et quand vous êtes originaire des Hautes-Pyrénées ou de l'Ariège, je peux vous affirmer que nous avons vraiment défendu ce qui paraissait le plus intéressant, le plus efficace, le plus opportun, c'est-à-dire la spécialisation.

Michel Lages, président du CRHSS Midi-Pyrénées

Est-ce qu'il y a quand même eu une mutualisation inter-caisses ou inter-régimes ?

**Jean-Marc Cazals, directeur général de la MSA
Midi-Pyrénées nord**

Les mutualisations à l'intérieur du réseau MSA ont constitué un débat important au sein de la collectivité institutionnelle, ainsi qu'avec le directeur de la Caisse centrale, Michel Braud. Nous avons joué le jeu des mutualisations inter-caisses sur certains points ou modules particuliers, lorsqu'il y avait un plus à apporter (invalidité, recours contre les tiers, coordinations internationales des retraites), mais nous ne sommes pas convaincus qu'il faille aller plus avant. Cela pose des questions d'une autre nature... Cela signifie par exemple qu'il faut une base de données informatique unique. Or, si nous possédons un produit informatique unique, les bases de données restent des bases de données d'entreprise.

C'est un autre débat qui peut d'ailleurs remettre en cause l'essence même du régime agricole. Les mutualisations ont des vertus si elles apportent des économies d'échelle. Grossir pour grossir n'a pas de sens. Dans le réseau des caisses MSA, celles qui se sont restructurées, notamment dans le nord ou l'est de la France, ont de bons résultats économiques alors qu'elles ne sont pas les plus importantes en taille. Le débat de la mutualisation entre nous est posé, il n'est pas terminé mais il reste conditionné. Nous avons l'intime conviction que nous devons faire des démarches d'amélioration dans le cadre de notre réseau actuel à trente-cinq caisses, sans obligatoirement aller au-delà, seulement en poussant la logique des visions actuelles jusqu'au bout.

Luc Doury, directeur général du RSI Midi-Pyrénées

Le bilan au RSI est assez simple : l'opération de fusion a réussi, même si elle a été brutale. Nous avons encore aujourd'hui des difficultés en termes de gestion de nos systèmes d'information. Il reste donc encore beaucoup de progrès à accomplir. Politiquement, il me semble que le régime a toute sa place dans le paysage de la protection sociale. Il s'agissait d'un des objectifs des travailleurs indépendants, et je crois qu'il a été atteint. L'un des meilleurs témoignages de la réussite de cette vaste opération est certainement la réélection des administrateurs (je rappelle qu'ils sont élus par leurs pairs), ainsi que la forte participation à ces élections : vingt points en 2012, au lieu de seize en 2006. La réflexion se poursuit aujourd'hui parce que les fusions ne sont pas tout à fait terminées. Un des objectifs sera probablement de faire en sorte que nous puissions avoir sur le terrain des organismes suffisamment forts pour réaliser des économies tout en améliorant la qualité du service.

Guy-Francis Raynaud, directeur régional de l'URSSAF Midi-Pyrénées

Il est probablement un peu tôt pour tirer un bilan, surtout pour l'ensemble de la branche recouvrement (je rappelle qu'un certain nombre d'URSSAF ne deviendront régionales qu'au 1^{er} janvier 2014), mais on peut déjà constater des résultats positifs pour la région Midi-Pyrénées. Nous avons obtenu une simplification de l'organisation. Suivant le même raisonnement que pour la MSA, le regroupement des fonctions supports semblait une évidence car il n'y a pas ce besoin de proximité vis-à-vis des cotisants. La démarche est en cours, mais il y a déjà eu une simplification qui a permis de réaliser des gains de productivité. Pour les autres fonctions, je n'aime pas trop le vocable « spécialisation » parce que nous pensons maintenir des établissements départementaux qui vont gérer les cotisants de

chaque département (les cotisants les plus nombreux : les employeurs du régime général et les travailleurs indépendants), ce qui nécessite un service de proximité. Pour les activités d'expertise, je préfère parler de développement d'expertises plutôt que de spécialisation. Il y avait un certain nombre de thèmes sur lesquels chacune de nos structures semblait un peu fragile pour être experte dans tous les domaines. Désormais, effectivement, on se « spécialise »... Un établissement départemental, ayant telle ou telle expertise, va agir pour l'ensemble de la région, ce qui va permettre d'augmenter nos compétences et aboutir à une harmonisation géographique. Cette démarche est déjà bien engagée et elle se poursuit actuellement, par exemple avec la centralisation des flux entrants non-dématérialisés (documents papiers, chèques). Il s'agit d'une démarche globale qui ne doit pas perdre de vue l'essentiel, c'est-à-dire le maintien de la qualité du service. Chaque fois que cette qualité est conditionnée par la proximité, nous avons bien l'intention de laisser l'activité sur chaque unité départementale, mais pour cela il faut que chaque site ait une réelle solidité et la capacité de faire face à ses activités.

QUESTIONS ET INTERVENTIONS DE LA SALLE

**Jean-Marie Contal, administrateur à la CARSAT
Midi-Pyrénées**

Quand le régime agricole et le régime des indépendants vont-ils s'intégrer au régime général ?

Luc Doury, directeur général du RSI Midi-Pyrénées

C'est une vieille antienne... Depuis 1945, tout le monde parle d'un rapprochement avec le régime général. Y a-t-il un intérêt ? Surement, mais il faut prendre en compte une réalité sociologique : aujourd'hui visiblement, ni les travailleurs indépendants, ni les exploitants agricoles n'ont le souci ou l'envie de se retrouver ensemble, même si nous travaillons à développer des coopérations nombreuses et variées, y compris d'ailleurs avec le régime général. C'est le législateur qui décidera si l'on doit évoluer vers un régime unique...

**Jean-Marc Cazals, directeur général de la MSA
Midi-Pyrénées nord**

Sur un plan purement organisationnel (je laisserai le président Pladepousaux s'exprimer sur le plan politique), la MSA a cultivé intelligemment une singularité structurelle à tous

les niveaux : application de produits informatiques, gestion coordonnée des dispositifs sur un plan local. Elle essaie d'apporter une qualité supplémentaire à l'adhérent, à l'assuré. Pour le reste –fusionner encore–, le débat peut se poser. Pour les poly-pensionnés, la loi prévoit qu'il y aura demain un seul régime liquidateur. Cela peut remettre en cause 400 équivalents temps-plein à la MSA et je ne sais combien au RSI... Nous serons bien obligés de discuter. Le vrai débat porte sur la mise en place d'une coopération intelligente, plus avec des compétences affichées qu'avec une représentation politique.

**Bernard Pladepousaux, président de la MSA
Midi-Pyrénées sud**

Pour ma part, je considère qu'une telle intégration n'est pas recommandée. Ce n'est d'ailleurs pas d'actualité. Je tiens à dire toute l'utilité et la nécessité de travailler avec le RSI, avec les CAF, avec les CPAM, avec la CARSAT. Nous travaillons tous dans cette direction. Selon les territoires, dans un département comme le Gers, nous couvrons pratiquement plus du tiers de la population. Il va de soi que dans la Haute-Garonne, nous sommes dans une configuration complètement différente. Nous avons des accords avec la CAF : par exemple, dans le Comminges, nos collaborateurs accueillent les allocataires du régime général. Voilà le type d'accords, de partenariats intelligents que nous souhaitons développer ; il n'y pas de raison que cela évolue davantage.

**Guy-Francis Raynaud, directeur régional de l'URSSAF
Midi-Pyrénées**

Je souhaiterais apporter un dernier petit complément plus technique que politique. Une coopération entre nos régimes existe déjà largement, Monsieur Luc Doury l'évoquait en parlant des URSSAF. Nous sommes là pour apporter nos services à ceux qui le souhaitent, y compris au-delà de la Sécurité sociale au sens strict, puisque que depuis quelques temps nous encaissons également les cotisations chômage pour le compte de l'UNEDIC. A nous d'être imaginatifs et efficaces pour nous apporter, les uns, les autres, des services utiles à tous.



**SYNTHESE DES TRAVAUX :
HISTOIRE ET GEOGRAPHIE DE LA
GOUVERNANCE**

**par Ludovic AZEMA,
maître de conférences à
l'Université Toulouse 1 Capitole**

**et Mathieu PETER,
docteur de l'Université Toulouse 1 Capitole**

Il ne passe pas une semaine sans que ne soit évoquée la Sécurité sociale, ses difficultés financières, réelles ou exagérées, la crainte, parfois, pour son avenir, pour sa capacité à assurer les missions qu'elle propose. Sur tous ces points, les avis divergent, tant quant au constat qu'aux éventuelles solutions proposées dans l'optique d'une meilleure régulation du système ou encore d'une meilleure adaptation de la protection sociale, des régimes de base et des complémentaires. Ce colloque a permis à diverses sensibilités de s'exprimer, de se confronter, dans l'espoir de comprendre une évolution et, pour certains, de la réorienter.

L'adaptation de l'organisation de la Sécurité sociale concerne les structures, le circuit de décision. Il s'agit, par conséquent, de mener une réflexion sur la « gouvernance », terme difficile à appréhender, évoquant le « gouvernement d'entreprise », la gestion de projet ou encore l'idée de contrat permettant aux parties de négocier les objectifs à atteindre avec en contrepartie une rétribution financière ou en moyens¹⁸. L'utilisation de ce terme peut paraître impliquer une évolution terminologique, à tendance technocratique. Est-elle nécessaire ? Est-elle regrettable ? Quels moyens met-elle en œuvre ? Quel bilan tirer de cette évolution ? Pour répondre à ces questions concernant le présent et l'avenir de la Sécurité sociale, il faut certainement revenir en arrière, dans le passé, afin de comprendre les buts de cette protection, et déjà ses difficultés.

L'approche historique de Michel Laroque débute par les formes de la protection sociale d'Ancien Régime, assurée par

¹⁸ M. LAGES, *L'évolution de la gouvernance de la Sécurité sociale*, thèse en droit, Université Toulouse 1 Capitole, 2012, pp. 26-27.

l’Eglise, la noblesse ou encore les corporations¹⁹. Le rôle de l’Etat reste modeste. Malgré un processus de sécularisation de l’assistance qui commence au XVI^e siècle, ce dernier ne s’occupe des pauvres qu’à travers des préoccupations de police. Il faut dire que le temps de la charité médiévale où le pauvre était assimilé au « pauvre du Christ » paraît révolu. Désormais, on se méfie du vagabondage dont le délit est une création du XVI^e siècle en Angleterre, en Espagne et en Italie²⁰. Michel Laroque souligne que l’aspect géographique de la protection sociale est une caractéristique ancienne. Il évoque la « noblesse territoriale », qui possède un embryon d’organisation charitable, rurale ou urbaine, ainsi que les premières interventions de l’Etat, limitées et coercitives, qui suivent une logique d’exclusion territoriale avec le renvoi des mendiants dans leur paroisse d’origine (arrêt du Parlement en date du 30 décembre 1740).

C’est à la Révolution française que la Nation décide de prendre en main la protection sociale. L’assistance relève en principe de la responsabilité étatique et la Nation doit procurer aux plus pauvres, soit un travail, soit les moyens d’exister²¹. Le comité de mendicité mis en place par la Constituante en 1790 rappelle que l’assistance est un devoir de la société, parce que

¹⁹ D. JEAN, *Des sociétés de secours mutuels à l’assurance en Midi-Pyrénées de 1848 à 1914*, thèse en droit, Université des sciences sociales de Toulouse, 2002.

²⁰ B. SCHNAPPER, « La répression du vagabondage et sa signification historique du XIV^e au XVIII^e siècle », *Voies nouvelles en histoire du droit : la justice, la famille, la répression pénale (XVI^e-XX^e siècles)*, Presses universitaires de France (coll. « Publications de la Faculté de droit et des sciences sociales de Poitiers, n° 18), Paris, 1991, pp. 35-51. La création du délit de vagabondage s’explique par la paupérisation des campagnes et par une hausse rapide des prix. On ne traite plus d’une « poignée de misérables » mais d’une « masse de gens dangereux ».

²¹ A. GUESLIN & P. GUILLAUME, *De la charité médiévale à la Sécurité sociale : économie de la protection sociale du Moyen-âge à l’époque contemporaine*, Les Editions ouvrières (coll. « Patrimoine »), Paris, 1992.

tout homme a le droit à sa subsistance²². Le décret d'Allarde du 2 mars 1791 proclame la liberté du travail et abolit les corporations. La loi Le Chapelier du 17 juin 1791 interdit les groupements professionnels et les coalitions. Cependant, si la Révolution bouleverse les structures charitables, la création de l'assistance publique suit un processus chaotique, rythmé par de nombreux revirements, au cours desquels les grands principes aboutissent souvent à des réalisations étriquées. La politique sociale souffre, comme les autres ambitions révolutionnaires, de l'extrême faiblesse des moyens financiers. En réalité, l'Etat abandonne bien vite la protection sociale à la charge des collectivités locales. Michel Laroque n'oublie pas de citer la traditionnelle compétence des départements en matière d'assistance publique au cours du XIX^e siècle.

A partir de ce moment, se posent de réelles difficultés de gestion. L'histoire de la gouvernance de la protection sociale oscillera dès lors entre une volonté de démocratie sociale et une nécessaire efficacité de gestion. C'est autour de ces idées que les diverses présentations et débats nous ont mené, à travers une réflexion autour du pouvoir et du territoire, les deux termes étant bien entendu liés. Le débat sur la gouvernance de la protection sociale contient en effet une dimension géographique. C'est un élément important de la réflexion sur la gestion des organismes de sécurité sociale (à rapprocher du questionnement philosophique, chez Gilles Deleuze et Michel Foucault notamment, sur les liens étroits qui unissent les concepts de « territoire » et de « pouvoir »).

Le temps est à la recherche d'un nouvel équilibre (qui est en débat), qui passe par une ambition de rationalisation dont nous avons perçu deux grands axes : une rationalisation verticale qui a trait au pouvoir (I), ou encore une rationalisation horizontale,

²² Y. DELBREL, *L'essentiel de l'histoire du droit social*, Gualino (coll. « Les carrés »), Paris, 2006, p. 35.

davantage liée, quant à elle, au territoire (II). Ces développements recourent aujourd'hui la notion moderne de « réseau », entendu comme l'ensemble des relations tissées entre une caisse nationale ou centrale et ses caisses locales. Cette organisation suppose non seulement un pilotage hiérarchique (une verticalité) mais aussi un maillage territorial (une horizontalité). Ainsi, les propos de Rolande Ruellan décrivent-ils le « leadership » de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) sur les caisses locales de son réseau. Il convient également de mentionner ici le réseau moins hiérarchisé formé par les régimes de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) et de l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO) présentés par Jean-Jacques Marette.

I – La rationalisation verticale

Partant de l'idée qu'il serait utopique de penser que tout pouvait être financé du centre de la Nation, nous avons exploré les origines du mode de gouvernance des assurances du XIX^e siècle jusqu'aux évolutions en cours autour d'une concentration de la gouvernance de gestion.

A – L'amenuisement de la démocratie sociale

La gouvernance des assurances s'est d'abord faite sur fond de mouvement mutualiste, puis autour des syndicats. Cette période se situant entre le XIX^e siècle et le premier tiers du XX^e siècle est marquée à la fois par les réticences en une organisation dans un cadre obligatoire et par un foisonnement institutionnel. Ainsi, le mouvement mutualiste, les syndicats, dans une moindre mesure, plusieurs régimes sectoriels, participent aux origines de la protection sociale au XIX^e siècle. Le législateur contribue à ce développement par la loi sur la réparation des accidents du travail du 9 avril 1898, essentielle en ce qu'elle consacre la théorie du risque professionnel et rend le patron responsable des

accidents du travail. Une telle intervention était rendue nécessaire par les nombreuses luttes entre ouvriers et patrons issues des injustices de la procédure judiciaire²³. Sur ces deux points, l'organisation de la Sécurité sociale, conçue par Pierre Laroque en 1945 sur un modèle décentralisé, est fondamentale. Elle fut déterminée par le contexte de la Libération, par la situation démographique et par l'appauvrissement du pays²⁴. On connaît également les origines étrangères de la Sécurité sociale, notamment l'influence anglaise, avec le *National Insurance Act* de 1911, ou encore le fameux rapport *Beveridge* de 1942. Nous avons vu qu'il y avait en 1945 une victoire de l'idéal de démocratie sociale, qui veut que la gestion des institutions pour travailleurs soit gérée par les représentants de ces derniers, avec la conquête de celle-ci par des syndicats de salariés forts. Parmi les trois types de régimes de sécurité sociale, la France adopte alors le régime corporatiste²⁵. Cependant, il n'était pas possible de faire table-rase du passé et la volonté d'unification se heurte déjà à des contestations présentées par Michel Laroque. Plusieurs régimes n'entrent pas dans ce cadre, nous avons ainsi pu écouter au cours de l'après-midi des représentants de la Mutualité sociale agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI). Le monde agricole est resté très attaché à la préservation de son autonomie et de son régime de protection sociale, malgré les tentatives de rattachement au régime général,

²³ J.-L. HALPERIN, *Histoire du droit privé français depuis 1804*, Presses universitaires de France (coll. « Quadrige »), Paris, 2012, p. 282.

²⁴ M. BORGETTO, « Sécurité sociale et démocratie sociale : état des lieux », *Revue française de finances publiques*, n° 64 (nov.), 1998, pp. 7-38.

²⁵ Selon Gøsta Esping-Andersen, il existe trois types de régimes de sécurité sociale : « corporatistes », « libéraux » ou « sociaux-démocrates » (G. ESPING-ANDERSEN, *Les trois mondes de l'Etat-providence : essai sur le capitalisme moderne*, Presses universitaires de France, Paris, 1999, cité par M. LAGES, *op. cit.* p. 21).

notamment par le décret du 25 mars 1949²⁶. Les travailleurs indépendants ont quant à eux refusé de se mélanger aux salariés²⁷.

Cependant, l'idéal de démocratie sociale est vite mis à mal ou, du moins concurrencé, par un autre paradigme qui est celui de l'efficacité gestionnaire. L'heure semble être désormais à la concentration de la gouvernance, à travers le pouvoir dévolu aux caisses nationales pour le régime général ou à la caisse centrale pour le régime agricole. Participent à cette évolution, non seulement les ordonnances de 1967, mais encore le plan Juppé, qui visait la maîtrise des dépenses et la clarification des pouvoirs, notamment en confiant de véritables responsabilités aux gestionnaires et en évitant la confusion des pouvoirs, source de comportements inflationnistes²⁸. En effet, les caractéristiques de la protection sociale ont évolué depuis sa création avec une véritable « socialisation des risques » et la montée du chômage. Les fondateurs n'avaient pas prévu le défi du chômage de masse et de la grande pauvreté. Il s'agissait également de sortir des rapports conflictuels entre l'Etat et les partenaires sociaux présentés par Rolande Ruellan. Les grandes lignes de la réforme de la gouvernance ont pu être évoquées avec la contrainte européenne de réduction des déficits et le lien fait entre la

²⁶ C. GROSS-CHABBERT, *La Sécurité sociale, son histoire à travers les textes (t. IV : La MSA, 1919-1981)*, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, Paris, 1991, p. 18.

²⁷ Sur la mosaïque des régimes existant dès 1945 malgré la volonté d'universalité de la Sécurité sociale, impliquant généralisation et uniformité, voir : R. RUELLAN, « L'organisation de la Sécurité sociale : la tension entre l'universalité et la persistance des particularismes », *Revue française de finances publiques*, n° 64 (nov.), 1998, pp. 39-60.

²⁸ B. VALAT, *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967) : l'Etat, l'institution et la santé*, Economica, Paris, 2001, p. 476.

Sécurité sociale et un objectif sanitaire et social. Il s'agit d'aller vers davantage de responsabilisation et de contractualisation.

La démocratie sociale recule, bien qu'en réalité elle ait été dès le départ en partie formelle en raison des missions limitées confiées aux représentants des personnes concernées, assurés sociaux ou allocataires²⁹. Ces représentants ne pouvaient modifier ni le montant des allocations et des cotisations, ni les conditions d'indemnisation ou d'immatriculation des assurés, ni créer de nouveaux régimes ou de nouvelles prestations. Déjà, les décrets de mai 1960 renforcent la compétence des directeurs et la tutelle de l'Etat dans un souci de remédier aux dérives de gestion. Quant aux ordonnances de 1967, Michel Laroque rappelle qu'elles remettent en cause la gouvernance établie en 1945 au nom de l'efficacité gestionnaire en mettent en œuvre un paritarisme égalitaire au profit des représentants des employeurs. La démocratie politique tend enfin à se substituer à la démocratie sociale. C'est « l'ère des gestionnaires » durant laquelle le gouvernement du régime général évolue avec la crise économique ; l'idée de démocratie sociale est abandonnée pour le paritarisme et l'entrée en jeu des techniciens³⁰. On assiste alors à un dessaisissement progressif des prérogatives syndicales et à l'évolution du financement du système qui change de philosophie.

Le plan Juppé prend ainsi acte de la montée en puissance du pouvoir réglementaire mais aussi législatif, avec les interventions du Parlement qui interrogeaient régulièrement le gouvernement dans le cadre de questionnaires et du débat

²⁹ M. BORGETTO, « Sécurité sociale et démocratie sociale... », *op. cit.*

³⁰ G. NEZOSI, *La gouvernance de la Sécurité sociale : une institution en quête de régulation*, La Documentation française (coll. « Problèmes politiques et sociaux »), Paris, 2010-2011, n° 279-280 (déc. - janv.), pp. 5-10. L'auteur distingue trois périodes : l'ère des pionniers (1945-1967), l'ère des gestionnaires (1967-1996) et l'ère des incertitudes, marquée depuis le plan Juppé par la recherche de nouvelles ressources.

budgetaire sur la Sécurité sociale³¹. Il met en place un véritable partage des responsabilités, souligné par Rolande Ruellan, la responsabilité étatique étant engagée dans la fixation des cadres juridiques et financiers et dans le contrôle de la gestion, alors que cette dernière revient aux organismes décentralisés. Le plan Juppé met en œuvre une responsabilisation de l'Etat par l'instauration du vote annuel par le Parlement d'une loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), répondant à une dérive des dépenses de santé et à une « absence de pilote »³². Cependant, quelques régimes résistent avec leur gestion confiée aux professionnels ou encore aux partenaires sociaux, même si certaines mutuelles sont passées d'une démocratie directe à une démocratie de représentation, évolution présentée l'après-midi par Alain Rey.

B – Un renforcement de la prégnance de l'Etat

La démocratie politique, prenant le pas sur la démocratie sociale, passe par une responsabilisation de l'Etat et, indirectement, par un renforcement du poids des caisses nationales et de la caisse centrale agricole (qui tend à avoir des compétences identiques, ou du moins se rapprochant de celles des caisses nationales). Un exemple est celui de la MSA dont la gouvernance se rapproche de celle du régime général et dont la caisse centrale voit ses pouvoirs croître du fait des conventions d'objectifs et de gestion (COG) et des LFSS³³. Un autre exemple

³¹ M. LAROQUE (dir.), *La Sécurité sociale, son histoire à travers les textes (t. VI : 1981-2005)*, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, Paris, 2005, p. 36.

³² B. PALIER, *Gouverner la Sécurité sociale : les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Presses universitaires de France (coll. « Le Lien social »), Paris, 2002, pp. 362-364.

³³ La COG 2006-2010, « convention-clé » afin de permettre la maîtrise des coûts et les réductions d'effectifs, donnait un rôle de pilotage plus important à la caisse centrale de la MSA (M. LAGES, *op. cit.*, pp. 240-252).

pourrait être celui du RSI dont les pouvoirs de la caisse nationale sont également proches de ceux du régime général³⁴. Sur tous ces points, la tendance est à un renforcement de la tutelle de l'Etat, dans un esprit gestionnaire, l'idée rappelée par Rolande Ruellan, étant la prise en compte d'objectifs sanitaires et des contraintes économiques nationales et européennes. Dès lors, la question du rôle réel des caisses nationales et centrale se pose. Sont-elles devenues de simples organismes déconcentrés appliquant une politique nationale ? Quel est le rôle des conseils, du président ou des administrateurs ? Les participants de la table-ronde du matin, réunissant partenaires sociaux et administrateurs, semblent se réunir autour d'une nécessaire « complémentarité des fonctions de président et de directeur », une « vraie présidence » n'existant pas sans conseil d'administration.

La loi du 13 août 2004, dernière étape dans l'évolution de la gouvernance concernant l'assurance maladie, fait du directeur général de la CNAM, nommé en conseil des ministres, le personnage central de l'assurance maladie. A la différence des autres branches, le directeur général a une compétence générale de principe et nomme parmi les directeurs locaux, des directeurs « coordinateurs régionaux » de la gestion du risque du régime général³⁵. Le professeur Albert Arséguet, lors de la table-ronde portant sur le point de vue des partenaires sociaux, a ainsi pu faire remarquer que les décisions à prendre sont de plus en plus techniques, à l'exemple de celles prises par commissions de recours amiables (CRA) sur lesquelles l'interventionnisme de la tutelle s'accroît. Pourtant, les intervenants à cette première table-ronde ont rappelé que les administrateurs ne sont pas des techniciens mais des représentants des assurés sociaux qui donnent une stratégie. Cependant, les contraintes budgétaires,

³⁴ *Ibid.*, pp. 268-270.

³⁵ *Ibid.*, pp. 183-184.

sociales et politiques semblent limiter considérablement leur marge de manœuvre, la technique devançant désormais la stratégie, alors que le contraire devrait se produire. Un changement de la sociologie des dirigeants n'implique-t-il pas un changement dans leur formation ? Alain Rey a ainsi démontré, dans l'après-midi, que la formation des élus est devenue un enjeu fondamental pour les mutuelles qui proposent à leurs élus des formations de longue et de courte durée. Malgré tout, les présidents ne seront jamais des directeurs et auront toujours besoin de l'appui de ces derniers, notamment pour comprendre et expliquer les décisions afin d'arriver à un consensus. Sur toutes ces questions, nous avons eu la chance de pouvoir écouter le sentiment des acteurs eux-mêmes et de comprendre les divergences quant aux moyens économiques, selon qu'il s'agisse de mettre l'accent sur l'augmentation des ressources ou sur la diminution des dépenses.

Finalement, nos débats tout au long de la journée ont concerné l'adaptation de la protection sociale et d'une certaine manière, sa survie. Tous les acteurs cherchent un équilibre, s'interrogent sur les réformes. Mais une réforme n'est jamais qu'un retour à la forme. Le monde évolue et la Sécurité sociale doit –elle aussi– s'adapter, sans délaissier la vision universelle qui marquait ses premiers pas à la Libération. Pour conclure avec les intervenants à cette première table-rond, il s'agit de prendre en compte un monde qui évolue, sans perdre les fondamentaux de la Sécurité sociale, sans en oublier les valeurs profondes.

Nous l'avons vu, les formes de cette rationalisation verticale suscitent des réactions multiples. L'aspect horizontal de la rationalisation a également nourri les débats. Les réorganisations territoriales récentes au sein des organismes de sécurité sociale soulignent une volonté manifeste d'opérer une normalisation du réseau, dont l'application reste néanmoins toujours compliquée. Les interventions des partenaires sociaux au cours de la table-

ronde du matin témoignent des difficultés à maintenir aujourd'hui l'équilibre entre un idéal social de proximité et une nécessité économique de rationalité.

II – La rationalisation horizontale

Le colloque a mis en lumière l'évolution géographique de la gouvernance, en soulignant systématiquement la recherche d'une cohérence en la matière. Toutes les réformes contiennent un effort de rationalisation territoriale de la protection sociale. S'agissant des organismes de sécurité sociale, cette volonté continue de concentration géographique (A) s'est traduite récemment par des procédures de regroupements régionaux (B).

A – Une volonté générale de concentration géographique

L'ensemble des interventions montre en filigrane un phénomène de concentration continue des institutions, engendrant un accroissement corrélatif de leur ressort territorial. Chaque cellule de base du système va connaître ainsi un élargissement progressif de sa compétence territoriale : suivant une logique concentrique et successive, le local tendra vers le départemental, le département ensuite vers le régional, le régional enfin vers le national.

Les cadres juridiques mis en place depuis la fin du XIX^e siècle favorisent l'organisation d'actions sociales et la multiplication des structures mutualistes pour la couverture des risques sociaux. Avant la Seconde Guerre mondiale, de très nombreuses petites caisses locales d'assurance maladie, puis d'allocations familiales, se développent. Dans ses propos, Michel Laroque décrit un paysage institutionnel foisonnant. Ce mille-feuille de caisses et autres sociétés de secours mutuels fait naître chez les autorités publiques, dès les années 1930, un dessein de réforme globale.

Une première ambition semble tendre à la départementalisation. Les changements interviendront de

manière progressive. Le régime agricole fait le premier l'objet d'une unification en 1941, suivant les volontés pétainistes d'établir une corporation paysanne. Le processus se traduit au niveau local par la départementalisation des caisses de la MSA. A la Libération, le plan Laroque poursuit à son tour des objectifs unitaires pour le régime général, mais le nouveau système ne parviendra jamais à réaliser cet idéal. Les ordonnances de 1945 aboutissent, dans une certaine mesure, à l'établissement d'un échelon départemental de principe, mais bon nombre d'organismes locaux de sécurité sociale subsistent à l'échelle infra-départementale³⁶. En 2004, selon la Cour des comptes, dans la synthèse de son rapport sur la Sécurité sociale : « l'objectif, fixé à l'époque, d'une caisse par département et d'un site unique dans la ville chef-lieu de préfecture, n'a été que très partiellement atteint »³⁷. Quelques départements posséderont donc pendant longtemps une pluralité de structures, parmi les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les caisses d'allocations familiales (CAF) ou encore les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Par deux fois, lors des réformes de 1994 et de 1996, le gouvernement tentera d'inscrire le principe d'une base départementale pour les organismes sociaux. En vain. Il faut attendre les années 2000 et l'accélération du mouvement de rationalisation des territoires pour atteindre cet objectif initial de

³⁶ Continuons de filer la métaphore sur le territoire, en reprenant les propos du député Jean-Pierre Door aux termes desquels « l'organisation du régime général ne s'apparente pas à un "jardin à la française" » : *Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des LFSS, sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la Sécurité sociale*, n° 2680, Assemblée nationale, Paris, 16 novembre 2005, pp. 17-20, extrait pertinent cité par G. NEZOSI, *op. cit.*, p. 113.

³⁷ COUR DES COMPTES, *La Sécurité sociale*, synthèse du rapport de 2004, sept. 2004, p. 187.

départementalisation des CPAM et des CAF³⁸. Pour ces dernières, l'évolution est également facilitée par la consécration du département comme terrain traditionnel des politiques familiales.

Depuis le plan Juppé de 1996, le curseur de la concentration géographique semble s'être déplacé vers la régionalisation. Le système originel comprend déjà des éléments institutionnels à l'échelle de la région. Ainsi, la branche vieillesse connaît-elle depuis le début un fondement régional, à travers successivement les caisses régionales d'assurance vieillesse (CRAV), puis de sécurité sociale (CRSS) en 1962, et enfin d'assurance maladie (CRAM) en 1967, organismes de base en matière de vieillesse, invalidité et prévention des accidents du travail. De même, la tutelle des organismes locaux restera longtemps exercée par des services déconcentrés au niveau de la région, tels que les directions régionales de la Sécurité sociale (DRSS), puis les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) pour le régime général, ou encore le service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole (SRITEPSA) pour le régime agricole.

Depuis la fin du XX^e siècle, le souhait d'une rationalisation territoriale semble donc s'inscrire dans un cadre régional. La décentralisation a très tôt désigné la région comme la collectivité territoriale de base en matière de politiques de santé et d'assurance maladie³⁹. La contribution de Rolande Ruellan à

³⁸ Départementalisation des réseaux avec la réduction du nombre de CAF, de 123 à 102, et de CPAM de 128 à 101, soit « à peu près une par département » (IGAS, *Rapport annuel 2009 sur la modernisation des organismes de sécurité sociale*, La Documentation française, Paris, 2010, extrait cité par G. NEZOSI, *op. cit.*, pp. 115 et suivantes).

³⁹ R. RUELLAN, « La Sécurité sociale : le gouvernement par l'Etat-puissance publique », *Qui gouverne le social ?*, sous la dir. de Michel BORGETTO et Michel CHAUVIERE, Dalloz (coll. « Thèmes et commentaires »), Paris, 2008, pp. 193-199.

cette journée d'études présente les modifications introduites par les ordonnances de 1996 en matière d'assurance maladie, notamment la définition d'un nouvel environnement administratif à l'échelle régionale, avec la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des unions régionales des caisses de l'assurance maladie (URCAM). L'ordonnance du 24 avril 1996 institue également les fameuses COG par le biais desquelles l'Etat va inciter les caisses nationales à rationaliser le pilotage de leur réseau local (CPAM, CAF) ou à procéder au regroupement géographique de leurs organismes locaux (MSA, URSSAF).

Rolande Ruellan démontre parfaitement la volonté des autorités publiques de renforcer la coopération régionale entre les organismes de sécurité sociale dans le secteur de l'assurance maladie, mais aussi les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre de cette logique partenariale. On perçoit bien d'ailleurs, dans ses propos, l'idée d'une concentration vers le régional, mais aussi vers le national, avec la présentation de la loi du 13 août 2004 qui modifie en profondeur le fonctionnement des URCAM par la création d'une Union nationale des caisses de l'assurance maladie (UNCAM). Enfin, l'auteur précise que le texte unifie et institutionnalise la protection sociale complémentaire en créant une Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). La communication d'Alain Rey vient compléter ce dernier point en présentant un exemple réussi de concentration mutualiste. L'organisation régionale de la santé se trouve parachevée par la loi du 21 juillet 2009, dite « hôpital, patients, santé, territoires » –ce dernier mot témoignant explicitement de sa vocation d'aménagement territorial–, qui crée les agences régionales de santé (ARS) regroupant les ARH, DRASS, DDASS, URCAM et

une partie de l'activité des CRAM⁴⁰. Ces dernières prennent alors la dénomination de caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

On retrouve les mêmes tendances à la concentration des institutions en matière de tutelle des organismes locaux de sécurité sociale. D'abord exercé au niveau régional, le contrôle relève, depuis la révision générale des politiques publiques (RGPP), de l'échelon central, à travers un organisme dédié : la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC)⁴¹, rattaché à la Direction de la Sécurité sociale (DSS)⁴², tant pour le régime général qu'agricole par la suite⁴³.

Les interventions de Jean-Jacques Marette sur les institutions de retraite complémentaire et d'Alain Rey sur les mutuelles révèlent que les organismes de la protection sociale complémentaire suivent la même logique centralisatrice. Le premier constate un « déplacement progressif de la gouvernance paritaire du niveau local vers le national » qui s'accompagne d'une diminution continue du nombre d'institutions. Le second décrit la fusion progressive de mutuelles départementales, puis régionales, pour illustrer un phénomène général de centralisation

⁴⁰ P.-L. BRAS, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ? », *Droit social*, Dalloz, Paris, 2009, n° 11 (nov.), pp. 1126-1135.

⁴¹ Décrets du 18 décembre 2009 relatif au contrôle des organismes de sécurité sociale et arrêté du 9 novembre 2009 portant création d'un service à compétence nationale dénommé « Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale »

⁴² Le service comprend neuf antennes interrégionales, situées à Bordeaux, Fort-de-France, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris, Rennes et Saint-Denis-de-la-Réunion, dont les agents travaillent en partenariat avec les ARS.

⁴³ Un temps confiée à la Mission d'audit, d'évaluation et de contrôle des organismes de protection sociale agricole (MAECOPSA), mise en place auprès du ministère de l'Agriculture à la suite de la suppression des SRITEPSA, la tutelle des MSA relève maintenant de la MNC.

institutionnelle, avec un « déplacement des centres de décision du niveau départemental au niveau interdépartemental, régional voire national » pour les mutuelles interprofessionnelles.

B – Des procédures particulières de regroupements régionaux

Les regroupements régionaux réalisés récemment constituent un bon exemple de l'aboutissement du processus de rationalisation horizontale engagé depuis le plan Juppé. A travers la recherche d'une entreprise de taille suffisante ou efficiente, la technique de la fusion des caisses locales au niveau régional apparaît comme un outil majeur du pilotage des réseaux puisqu'elle doit permettre à terme la réalisation d'économies d'échelle (réduction des frais de gestion notamment) par la réunion des moyens et des compétences.

Les participants à la deuxième table-ronde, en leur qualité de présidents et directeurs des organismes concernés, ont apporté une vision très institutionnelle de cette solution, présentée comme une nécessité, inévitable, en réponse aux impératifs économiques modernes. Les intervenants ont tous décrit le choix de la fusion comme une volonté émanant de la branche ou du régime. Or, s'il faut reconnaître l'implication forte et décisive des caisses nationales et centrale, les regroupements régionaux demeurent des opérations marquées du sceau de l'Etat.

L'unification institutionnelle du RSI et sa restructuration suivant une trame régionale, sans vouloir minorer le « rôle initiateur »⁴⁴ de la Caisse autonome nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM), s'est effectuée par voie d'ordonnances, marque traditionnelle d'un interventionnisme gouvernemental. S'agissant de la MSA, le regroupement régional résulte d'une exigence inscrite au cœur des dernières COG conclues entre l'Etat et la Caisse centrale,

⁴⁴ M. LAGES, *op. cit.*, p. 262.

déclinées ensuite en contrats personnalisés d'objectifs et de gestion (CPOG) pour les caisses locales. Malgré leur caractère contractuel, ces objectifs découlent d'un rapport de force dont tout indique qu'il penche en faveur de l'Etat⁴⁵. Au total, seule la fusion régionale des URSSAF semble provenir d'une initiative de la branche, puisque c'est l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui a réclamé cette évolution⁴⁶.

La méthode de la contractualisation laisse, il est vrai, le soin aux caisses nationales et centrale d'organiser le regroupement selon un mode et un calendrier propres. Par exemple, le processus s'appuie sur la concertation des administrateurs locaux et des personnels. L'objectif d'un regroupement se fonde généralement sur la promesse, à terme toujours difficile à tenir, d'une absence de licenciements et de mobilité géographique forcée des agents. Cependant, toute restructuration emporte des conséquences en matière de ressources humaines (spécialisation des sites, centralisation des services). L'argument évoqué du maintien de la proximité, par l'existence à côté du siège régional et de son administration d'agences ou de sites locaux animés par des conseils ou des comités départementaux, n'a pas toujours su calmer les inquiétudes locales.

La seconde table-ronde n'a pas eu le temps d'aborder cet aspect, mais les regroupements régionaux ont rencontré de fortes résistances au sein des caisses locales. Aujourd'hui encore, et les participants à la première table-ronde l'ont d'ailleurs exprimé, les procédures de fusion restent un sujet sensible. L'harmonisation ne signifie pas l'harmonie : d'un point de vue lexical, la finalité du processus symbolise bien toute son ambiguïté ainsi qu'une certaine violence. Les fusions ont été

⁴⁵ G. NEZOSI, « De la démocratie sociale à la gouvernance : évolution des modes de gouvernement au sein de la Sécurité sociale », *Cahiers français*, La Documentation française, Paris, 2010, n° 358 (sept. - oct.), pp. 9-14.

⁴⁶ M. LAGES, *op. cit.*, p. 163.

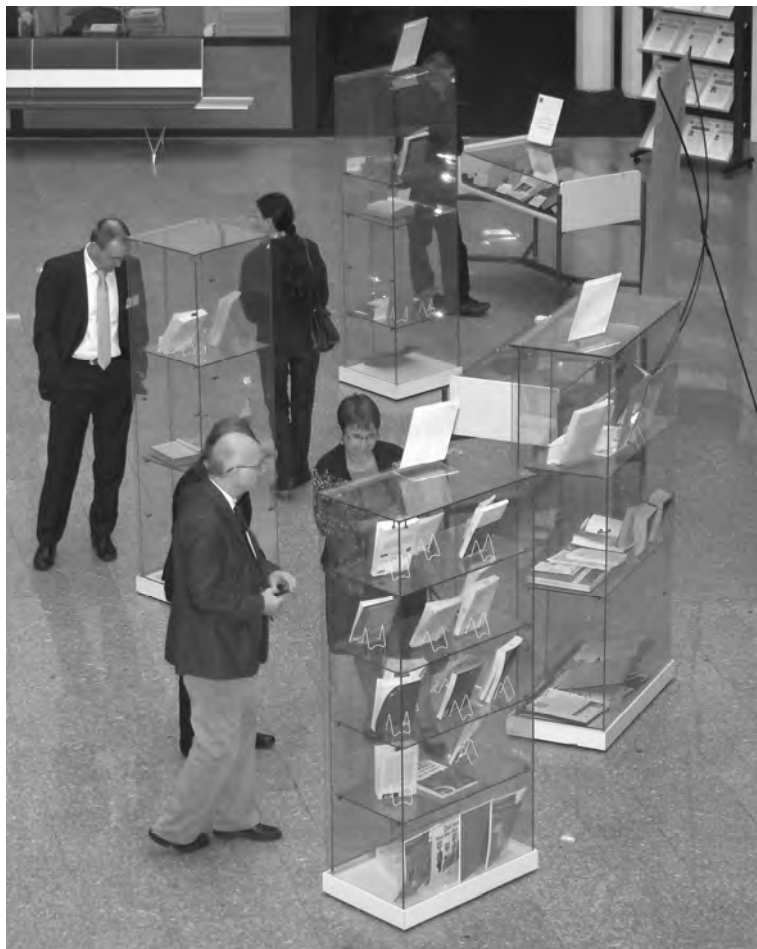
présentées comme le fruit de la concertation (harmonie), alors qu'elles émanent surtout d'une volonté unilatérale de l'Etat, portée par les caisses nationales (harmonisation). Les réactions locales proviennent peut-être du décalage entre une gestation plutôt longue, depuis le milieu des années 1990, et un accouchement rapide, voire expéditif. Cette accélération soudaine s'est heurtée à l'incompréhension des administrateurs et des personnels locaux.

La fusion a pourtant été préparée par des phases préalables, faites de mutualisation d'activités et d'organisations fédératives. L'outil informatique, notamment, a joué un rôle considérable dans les regroupements géographiques. Pour les régimes de retraite complémentaire, Jean-Jacques Marette parle justement d'une « politique de convergence informatique », que l'on retrouve également au centre des mécanismes de fusions. L'informatique fixe de nouvelles frontières aux territoires de la Sécurité sociale. Un raisonnement par l'absurde –ou d'anticipation– permet d'imaginer la fin des caisses locales au moyen du télétravail de leurs agents et de la connexion à distance de leurs bénéficiaires ! Les regroupements ont mis en lumière l'ambivalence de la technologie : tantôt suscitant l'espoir d'un meilleur équilibre des sites locaux, tantôt conduisant à la désillusion d'une concentration des services au niveau régional...

L'évolution ne semble d'ailleurs pas encore achevée, en particulier dans le régime agricole dont les caisses n'ont atteint qu'un niveau pluridépartemental ou subrégional. L'échelon régional tend à devenir l'unité territoriale de base des organismes de la protection sociale. Il n'est donc pas impossible que la MSA doive franchir un nouveau palier institutionnel. Par ailleurs, le RSI réfléchirait actuellement à l'opportunité de développer par endroits des caisses interrégionales, confirmant une logique de concentration géographique. D'une manière générale, la rationalisation territoriale à l'image du régime

général pose la question du devenir des régimes concernés. La spécificité de la MSA et du RSI, à l'origine justifiée par des particularités économiques et sociales, a progressivement perdu en pertinence avec la conquête de prestations nouvelles qui les rapprochent du régime général.

Le gouvernement de la protection sociale, on le voit, n'a rien de figé. Ses modes évoluent, dans le temps et l'espace, en fonction notamment du contexte politique, économique et social. Si la gouvernance est le fruit de nombreuses rationalisations, à la fois verticales et horizontales, elle ne peut par essence être parfaite ou achevée. L'orientation prise ces dernières décennies soulève des questionnements légitimes et suscite des débats passionnants car passionnés. A cet égard, ce colloque participe non seulement à la compréhension de la gouvernance, mais aussi, pour une part, à son évolution.



SELECTION D'OUVRAGES ET DE DOCUMENTS

**proposée par Marie-Henriette Pic,
Service commun de la documentation de
l'Université Toulouse 1 Capitole**

Avant 1945 : les premiers régimes de socialisation des risques et d'assurances sociales

- ALIBERT (R.), *Commentaire pratique de la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes et du règlement d'administration publique du 25 mars 1911*. Paris, A. Rousseau, 1911, 214 p. — BU Arsenal, K 10271.
- BROUST (H.), *La loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes*, thèse, Université de Paris, 1916, 117 p. — BU Arsenal, KJV164/R1/5490.
- DELPERIER (L.), *La protection de la santé des travailleurs du commerce*, thèse, Université de Paris, 1910, 230 p. — BU Arsenal, KJV164/R1/4030.
- DESPLANQUES (C.), *La mutualité dans l'assurance agricole*, thèse, Université de Paris, 1902, 256 p. — BU Arsenal, KJV164/R1/1618.
- DREYFUS (M.), RUFFAT (M.), VIET (V.) [et al.], *Se protéger, être protégé : une histoire des assurances sociales en France*, ouvrage issu d'une enquête réalisée par les correspondants départementaux de l'Institut d'histoire du temps présent. Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006, 347 p. — BU Arsenal, HD7175/SEP.
- FERRI DE LUDRE (A. de), *Les retraites ouvrières et paysannes, étude de la loi du 5 avril 1910*. Paris, C. Marescq fils, 1911, 259 p. — BU Arsenal, 37637.

- FLEURY (E.), *Commentaire pratique et critique de la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales*. Paris, Recueil Sirey, 1929, 415 p. — BU Arsenal, 54438.
- GUESLIN (A.) & GUILLAUME (P.) (dir.), *De la charité médiévale à la Sécurité sociale : économie de la protection sociale du Moyen-âge à l'époque contemporaine*. Paris, Les Editions ouvrières, 1992, 337 p. — BU Arsenal, HV262/1001.
- HESSE (P.-J.) & LE CROM (J.-P.) (dir.), *La protection sociale sous le régime de Vichy*. Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2001, 377 p. — BU Arsenal, HD7175/ 1012.
- LAVIRON (P.-E.), *Projet de caisse de retraite pour les ouvriers*. Paris, Librairie des sciences sociales (3^e édition augmentée d'une réplique au Congrès ouvrier de Lyon), 1878, 142 p. — BU Arsenal, 51958.
- PINOT (P.) & COMOLET-TIRMAN (J.), *Traité des retraites ouvrières : commentaire théorique et pratique de la loi du 5 avril 1910*. Paris, F. Alcan, 1911, 444 p. — BU Arsenal, 37885.
- *Recueil de documents sur la prévoyance sociale. Les assurances sociales en France de 1889 à 1905 : rapport au Congrès international de Vienne (1905) par Georges Paulet*. Paris, Berger-Levrault, 1905, 28 p. — BU Arsenal, 90997-11.
- *Recueil de documents sur la prévoyance sociale. Accords internationaux en matière de prévoyance sociale*. Paris, Berger-Levrault, 1909, 65 p. — BU Arsenal, 90997-22.
- SACHET (A.), *Traité théorique et pratique de la législation sur les retraites ouvrières et paysannes contenant le commentaire de la loi du 5 avril 1910 des règlements d'administration publique, arrêtés ministériels et instructions administratives qui en assurent l'application*. Paris, Librairie de la société du recueil Sirey, 1911, 627 p. — BU Arsenal, 38027.

- SALINGARDES (B.), *L'assurance sociale contre la maladie*, thèse, Université de Bordeaux, 1931 — BU Arsenal, 90315-I-617.
- *Traité Dalloz des retraites ouvrières et paysanne : commentaire de la loi du 5 avril 1910 et des règlements d'administration publique*. Paris, Librairie Dalloz, 1911, 736 p. — BU Arsenal, 37662.
- *Une loi pour les retraites : débats socialistes et syndicalistes autour de la loi de 1910*, présentés par Gilles Candar et Guy Dreux. [Latresne (Gironde)], Le Bord de l'eau, 2010, 325 p. — BU Arsenal, HD7105.35.F8/CAN.

En 1945 : création de la Sécurité sociale et mise en œuvre du « Plan »

- DATAIN (J.), DELEPINE (M.), PEREIRE (C.) [et al.], *L'organisation générale de la Sécurité sociale*, collection Droit social, suppl. fascicule 32, décembre 1947, 52 p. — BU Arsenal, 86959 bis-32.
- HOSTACHE (R.), *Un gouvernement clandestin : le Conseil national de la Résistance*, thèse, Université de Paris, 1956 (en annexe : le programme d'action du Conseil national de la Résistance), 473 p. — BU Arsenal, KJV164/R3/1956-8.
- *Journal officiel : lois et décrets*, ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale, signée Jules Jeanneney, ministre d'Etat, p. 6280-6286 — BU Arsenal, KJV17/P1-1945 (octobre).
- *Journal officiel : lois et décrets*, loi n° 46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la Sécurité sociale, p. 4475-4477 — BU Arsenal, KJV17/P1-1946 (mai).

- *La Sécurité sociale en France*, Notes documentaires et études, n° 451, 25 octobre 1946, 16 p. — BU Arsenal, 87119-1946-451.
- *Le programme du Conseil national de la Résistance, 15 mars 1944*, présentation de Stéphane Hessel. Le Bouscat, L'Esprit du temps, 2012, 92 p. — BU Arsenal, DC397/HES.
- *Les jours heureux : le programme du Conseil national de la Résistance de mars 1944. Comment il a été écrit et mis en œuvre, et comment Sarkozy accélère sa démolition*. Paris, La Découverte, 2010, 199 p. — BU Arsenal, HD7175/CIT.
- LAROQUE (P.), « Le plan français de Sécurité sociale », *La Revue française du travail*, n° 1, avril 1946, p. 9-20 — BU Arsenal, 92156-1946-1.
- PERRAUD-CHARMANTIER (A.), *Les assurances sociales : affiliation, cotisations, prestations, maladie, maternité, invalidité, vieillesse, allocations aux vieux travailleurs, décès, caisses, contentieux*. Paris, Editions de l'Avenir des assurances (6^e édition), 1946, 124 p. — BU Arsenal, 60954.
- VALAT (B.), *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967) : l'Etat, l'institution et la santé*. Paris, Economica, 2001, 544 p. — BU Arsenal, HD7175/1014.

Depuis 1945 : les évolutions du système français de Sécurité sociale

- BARNAY (T.) & LEGENDRE (F.) (dir.), *Emploi et politiques sociales (t. I : défis et avenir de la protection sociale)*, XXIX^e journées de l'Association d'économie sociale, Université Paris 12 Val-de-Marne [17 et 18 septembre 2009]. Paris, L'Harmattan, 2009, 343 p. — BU Manufacture, HD7091/BAR.
- BEJEAN (S.), *Economie du système de santé : du marché à l'organisation*, préface de Maryse Gadreau, avant-propos de

Jean-Jacques Laffont. Paris, Economica, 1994, 317 p. — BU Manufacture, HD7102.F8/BEJ.

- BOZIO (A.) & PIKETTY (T.), *Pour un nouveau système de retraite : des comptes individuels de cotisations financés par répartition*. Paris, Presses de l'École normale supérieure, 2008, 98 p. — BU Arsenal, HD7105/BOZ.
- *Code de la Sécurité sociale*. Paris, Dalloz (37^e édition), 2013, 3298 p. — BU Arsenal, KJV444/DAL/2013.
- *Code de la Sécurité sociale 2014 : code de la mutualité, organisation générale, financement de la Sécurité sociale, protection sociale complémentaire, risques professionnels, prestations familiales, retraites*. Paris, LexisNexis (15^e édition), 2013, 3151 p. — BU Arsenal, KJV444/LEX/2014.
- COURSIER (P.), *Le contrôle URSSAF en questions*, avec le concours d'avocats participant à la commission « protection sociale » du cabinet Capstan Avocats. Paris, LexisNexis, 2011, 145 p. — BU Arsenal, KJV3544/CON/2011.
- DORION (G.) & GUIONNET (A.), *La Sécurité sociale*. Paris, Presses universitaires de France (coll. « Que sais-je ? », n° 294), 2003, 128 p. — BU Arsenal, AC20/QSJ/294.
- DUMONT (D.), « Les traductions de l'activation : la douce européanisation des systèmes nationaux de protection sociale », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 2009, n° 63, p. 1-94 — BU Arsenal, K202/P1-2009-63.
- DUPEYROUX (J.-J.), *Droit de la Sécurité sociale*. Paris, Dalloz, 2011, 1251 p. — BU Arsenal, KJV3514/DUP/2011.
- *Journal officiel : lois et décrets*, ordonnances relatives à la Sécurité sociale, signées par Charles De Gaulle à Colombey-les-Deux-Eglises, le 21 août 1967, p. 8402-8414 — BU Arsenal, KJV17/P1-1967 (août).

- JEANSEN (E.), *Droit de la protection sociale*. Paris, LexisNexis, 2013, 278 p. — BU Arsenal, KJV3514/JEA/2013.
- « La coordination des régimes de Sécurité sociale », supplément de *Liaisons sociales Europe : les synthèses*, mars 2010, n° 247/248 — BU Manufacture, KJE3271/LIAI.
- LAFITTE (M.) & BORDERIE (A.), *Les groupes de protection sociale : évolutions depuis 1945 et perspectives en France et en Europe*. Paris, Revue banque éd., 2006, 414 p. — BU Arsenal, HD7091/LAF.
- LAGES (M.), *L'évolution de la gouvernance de la Sécurité sociale*, thèse, Université de Toulouse, 2012, 450 p. — BU Arsenal, KJV164/R5/2012-25.
- « La prévoyance complémentaire », supplément à *Liaisons sociales quotidien*, n° 12694, 1998 — BU Arsenal, KJV3372/P23-1998-12694.
- « La prévoyance en entreprise », supplément à *Liaisons sociales : numéros juridiques*, n° 16092, 2012 — BU Arsenal, KJV3372/P22-2012-16092.
- LAROQUE (M.), *Contribution à l'histoire financière de la Sécurité sociale*. Paris, La Documentation française, 1999, 557 p. — BU Arsenal, HD7175/1010.
- LAROQUE (M.), *Politiques sociales dans la France contemporaine : le social face à l'avenir*. Paris, STH, 1986 — BU Arsenal, MAG3658.
- *La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes (t. VI : 1981-2005)*. Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale / Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 2005, 592 p. — BU Arsenal, HD7175/FRA.

- *Le marché de l'assurance santé complémentaire en France et ses perspectives : une étude eurostaf*. Paris, Eurostaf, 2005, 213 p. — BU, Manufacture, HG9383/EUR.
- « Le plan Juppé II », *Droit social*, n 9/10, septembre-octobre 1996, p. 753-893 — BU Arsenal, KJV3372/P2-1996-7-12.
- « Les 50 ans de la Sécurité sociale : pourquoi une protection sociale ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, octobre-décembre 1995, 242 p. — BU Arsenal, HD7173/P6-1995-49-4.
- « Les cotisations de Sécurité sociale (1) : assiette de calcul-contrôle URSSAF », *Liaisons sociales : numéros juridiques*, n° 4, décembre 2012 — BU Arsenal, KJV3372/P23-2012-4.
- « Les cotisations de Sécurité sociale (2) : l'état des lieux après l'adoption du PLFSS pour 2013 », *Liaisons sociales : numéros juridiques*, n° 5, janvier 2013 — BU Arsenal, KJV3372/P23-2012-5.
- *Les organisations coopératives, mutualistes et associatives dans la Communauté européenne*. Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes / Editions Delta, 1986, 997 p. — BU Manufacture, KJE3271/ORG.
- « Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 », *Liaisons sociales quotidien : le dossier juridique*, n° 16266, 18 janvier 2013 — BU Arsenal, KJV3372/P23.
- *Mémento pratique Francis Lefebvre. Retraites et prévoyance d'entreprise (2007-2008) : juridique, fiscal, social, comptable*. Paris, Ed. Francis Lefebvre, 2007, 119 p. — BU Manufacture, KJV3558/MEM.
- NEZOSI (G.) (dossier réalisé par), « La gouvernance de la Sécurité sociale : une institution en quête de régulation », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 979-980, décembre 2010 / janvier 2011, 189 p. — BU Arsenal, D839/P1.

- *Rapport de la commission de la protection sociale*, présidée par René Teulade. Paris, La Documentation française, 1989, 352 p. — BU Arsenal, M11507.
- *Rapport sur la Sécurité sociale*, Cour des comptes, 2012, 608 p. — BU Arsenal, KJV3532/P1-2012.
- *Retraites : 20 fiches d'actualisation pour le rendez-vous de 2008. V^e rapport, novembre 2007*, par le Conseil d'orientation des retraites. Paris, La Documentation française, 2008, 235 p. — BU Arsenal, HD7105.35.F8/CON.
- TAURAN (T.), *Les régimes spéciaux de Sécurité sociale*. Paris, Presses universitaires de France (coll. « Que sais-je ? » n° 3534), 2000, 128 p. — BU Arsenal AC20/QSJ/3534.
- « Vers un encadrement du détachement, récents développements autour de la directive temps de travail, les modifications apportées à la coordination des régimes de Sécurité sociale : le point sur les principales initiatives législatives en cours », supplément de *Liaisons sociales Europe : les synthèses*, mars 2012, n° 299/300 — BU Manufacture, KJE3271/LIAI.

Achévé d'imprimer
G.N. Impressions - 31340 Villematier
Email : gnimpressions@wanadoo.fr
Dépôt légal : septembre 2014

Cet ouvrage regroupe l'ensemble des interventions du colloque sur la gouvernance de la protection sociale, organisé le 15 octobre 2013 par le Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Midi-Pyrénées, en partenariat avec la CARSAT Midi-Pyrénées et l'Université Toulouse 1 Capitole.

Plusieurs thèmes actuels ont été abordés comme la gouvernance des régimes de base de sécurité sociale, celle de la protection complémentaire, ou encore les procédures de regroupements au sein des différents régimes (général, agricole et des indépendants).

À travers des communications, des tables-rondes et des réponses aux questions de l'assistance, cette journée a permis de confronter les points de vue de spécialistes de l'histoire de la protection sociale, d'universitaires, de dirigeants d'organismes de sécurité sociale et de la protection sociale complémentaire.

L'utilisation actuelle du terme de gouvernance semble significative de la recherche d'un nouvel équilibre fondé sur une ambition de rationalisation, tant verticale, ayant trait au pouvoir (amenuisement de la démocratie sociale) qu'horizontale, liée au territoire (regroupements régionaux).



Copyright et diffusion : 2014

Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole
2, rue du doyen Gabriel Marty
31042 TOULOUSE CEDEX



ISBN : 978-2-36170-093-5

Prix : 15 €