

### *La Caisse primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne de 1967 à 1982*



A la demande et en collaboration avec les dirigeants de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne le Comité régional d'histoire a fait réaliser par Dimitri Chaminade l'étude de l'histoire de cette CPAM. Cette recherche est la suite de celle effectuée par Carole Juéry et publiée dans la Lettre d'information n° 7 en septembre 2001.<sup>1</sup>

Cette Lettre d'information est consacrée à la première partie de l'étude. Elle couvre la création de la caisse qui succède à la Caisse primaire de Sécurité sociale à la suite de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967, texte controversé qui instaure le paritarisme et la désignation des administrateurs et remis en cause par la loi du 17 décembre 1982 borne de cette partie.

Cette étude met en avant deux aspects de la gestion des caisses aujourd'hui méconnus.

Dimitri Chaminade souligne tout d'abord l'autonomie de la Caisse et sa « souveraineté » dans l'action locale. Est notable la continuité avec la gouvernance précédente, le président Elie Ousteau étant en place de 1963 -1984. Le vote des budgets de gestion administrative sera une source de tensions internes et d'affrontement avec la tutelle de la Direction régionale de la Sécurité sociale. A la suite notamment du déménagement du siège dans l'immeuble actuel en 1973, la tension sociale importante occasionnera d'importants retards de production.

Ensuite l'auteur examine l'instauration de l'informatique de la Caisse avec le choix du Conseil d'administration de mettre en place le Centre de Traitement Électronique Inter-Caisse, préféré aux systèmes existant alors à l'URSSAF et à la CRAM. Rapidement la CNAMTS, résultant de l'ordonnance de 1967, va contrôler cette informatisation qui sera dans un second temps le moyen d'augmenter la production, de réaliser des séries statistiques pour rationaliser les dépenses médicales et aussi d'asseoir son autorité sur les caisses locales.

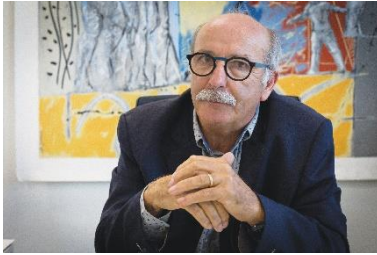
Les dernières pages de cette Lettre retracent la visite du Comité régional d'histoire au Musée de national de l'Assurance maladie à Lormont le 12 septembre, journée appréciée par les nombreux participants très satisfaits du contenu et de l'accueil des responsables du Musée.

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

---

<sup>1</sup> « *Des assurances sociales à la Caisse Primaire de Sécurité sociale de la Haute-Garonne* », pp. 3à 10, disponible en ligne : [http://www.histoiresecump.fr/sites/default/files/lettre\\_crhmp\\_7.pdf](http://www.histoiresecump.fr/sites/default/files/lettre_crhmp_7.pdf)

## Avant-propos du Président du conseil de la Caisse primaire d'Assurance Maladie



*L'ignorance du passé ne se borne pas à nuire à la connaissance du présent : elle compromet, dans le présent, l'action même.* **Marc Bloch** (1886-1944)

Connaître le passé pour comprendre le présent et se projeter dans l'avenir n'est pas l'apanage de l'histoire nationale ou mondiale.

L'histoire de la CPAM de la Haute-Garonne décrite dans cet ouvrage n'est d'ailleurs pas un long fleuve tranquille.

Elle met en lumière la transformation impressionnante d'un organisme composé aujourd'hui de plus de 1 200 salariés au service des 1,3 million d'assurés du département.

Elle témoigne également des débats intenses et démocratiques des partenaires sociaux sur leur rôle dans la gouvernance de notre modèle d'assurance maladie auquel nos concitoyens sont, à juste titre, si profondément attachés.

Connaître cette histoire et l'histoire de la Sécurité Sociale, c'est enfin rendre hommage aux générations de dirigeants et de salariés qui font vivre au quotidien les valeurs de solidarité au service de l'accès aux soins de tous.

Je tiens à remercier chaleureusement Dimitri Cheminade, étudiant en histoire du droit, qui a eu la lourde tâche de réaliser ce travail de recherche, grâce à sa lecture attentive et pertinente des milliers de pages de procès-verbaux du Conseil de la CPAM.

Mes remerciements vont également à Michel Lages, président du comité régional d'histoire de la Sécurité Sociale et à Michel Davila, directeur de la CPAM de la Haute-Garonne, d'avoir accepté ce projet et de l'avoir soutenu tout au long de ces mois.

L'histoire de la CPAM continue. Bonne lecture.

Bernard Gil

Président de la CPAM de la Haute-Garonne



Dimitri Chaminade est titulaire d'un Master en histoire du droit de l'Université Toulouse I Capitole qu'il a brillamment obtenu avec mention *summa cum laude*.

Son domaine d'étude se situe dans la justice d'Ancien régime, et son mémoire de Master 2 a porté sur *Les arrêts de règlement du Parlement de Toulouse de 1680 à 1740*.

Enrichi par ce travail et l'expérience acquise grâce à l'étude sur la CPAM de la Haute-Garonne, il entame une thèse en histoire du droit sur le pouvoir réglementaire dans la région de Toulouse entre 1680 et 1740.

## INTRODUCTION

« [...] Nous continuons à faire fonctionner un système de protection sociale qui donne à la solidarité une dimension universelle. Mais dans les faits, ce que nous constatons, c'est que tous les jours l'effectivité de ces droits est remise en cause [...], que l'universalité est mitée d'exceptions, de disparités, d'impasses, que les situations ou les droits promis ne sont pas des droits réels. » (Discours à la Mutualité française, 9 juin 2018 d'Emmanuel Macron, Président de la République).

Pour celles et ceux nés après 1945, la Sécurité sociale a toujours été là, ils ont toujours eu cet organisme « bienveillant » pour venir couvrir leurs problèmes de santé. Pourtant, il s'agit d'un acquis instable, relativement jeune au regard de certaines institutions de la République. Il ne s'agit encore que d'une innovation en quête d'équilibre aux yeux de l'histoire de nos nations et de nos sociétés.

### La Sécurité sociale...

Qu'est-ce que la Sécurité sociale ? Comment définir une telle entité ?

Selon Serge Braudo, conseiller honoraire à la Cour d'appel de Versailles, la Sécurité sociale est « un Service public de l'Etat, qui assure l'ensemble des risques sociaux des travailleurs, salariés et des professions libérales, des travailleurs indépendants et des travailleurs non-salariés, des salariés agricoles, que ces personnes travaillent sur le territoire métropolitain

de la France, ou comme salariés détachés à l'étranger. La Sécurité sociale fournit les prestations prévues par le Code de la Sécurité sociale. L'Etat en a confié la gestion à divers organismes de droit privé qui, de ce fait, sont chargés d'une mission de service public »<sup>2</sup>.

Dans une approche plus abstraite et globale, « Sécurité sociale » est un terme performatif qui recouvre une réalité, qui prend vie au travers de cette expression bien déterminée : c'est un ensemble de phénomènes, de structures et de discours qui touchent à la réalité institutionnalisée de la couverture des risques sociaux par l'Etat. Autrement dit, la Sécurité sociale est l'expression qui recouvre les procédés matériels et les infrastructures engagées dans la couverture des risques sociaux par les autorités étatiques. Pour les Français, « Sécurité sociale » englobe donc aussi bien la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et les caisses primaires locales que le processus permettant le remboursement des dépenses de pharmacie par télétransmission, mais fait aussi référence, dans le discours quotidien, au principe du remboursement des soins pour tous et à la couverture des autres risques.

Dans cette étude, nous allons nous restreindre aux éléments organiques de la branche maladie de la Sécurité sociale, et particulièrement à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne (CPAM-31).

<sup>2</sup> <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/securite-sociale.php> Consulté le 6 novembre 2018

## Jalons historiques

Dans l'Ancien Régime, la protection des individus face aux risques se faisait soit au travers de la charité, organisée par l'Eglise au profit des pauvres et des orphelins notamment, soit au travers des mécanismes des corporations, qui permettaient le développement de la solidarité en cas de maladie, d'infirmité ou de veuvage. Les statuts des corporations étant donnés par lettres patentes par le Roi, et la charité étant règlementée par les autorités royales en province, et la Chancellerie au niveau du royaume, on pourrait déjà voir ici une sorte de « proto-protection » au niveau étatique. Cependant, il faut garder à l'esprit que nombreux sont les exclus et les individus qui ne bénéficient d'aucune aide. On ne peut donc pas parler de protection sociale, au sens d'une protection de niveau étatique et s'appliquant à tous de façon égale.

La « protection sociale » commence à émerger au XIX<sup>ème</sup> siècle, avec notamment les systèmes de mutualité et d'assurance privée qui vont permettre aux travailleurs, en échange d'une cotisation, de voir certains aléas de leur vie professionnelle couverts, et principalement les accidents du travail, hantise du travailleur ouvrier<sup>3</sup>. On pense aux premières retraites pour les ouvriers, dénoncées à l'époque comme une vaste farce destinée à ponctionner un peu plus les maigres salaires des « prolétaires » au profit d'une retraite que la majorité d'entre eux ne verront pas arriver, celle-ci étant prévue à 60 ans alors que l'espérance de vie moyenne de l'ouvrier était de 45 ans en 1900<sup>4</sup>. Les différentes initiatives patronales, telles celles d'E.J. Menier par exemple<sup>5</sup>, n'ont pas eu de répercussion au niveau national, et touchaient principalement les employés qui travaillaient dans leurs usines : autrement dit, la couverture du risque n'était pas la préoccupation de tous, et était laissée à certains entrepreneurs humanistes ou à des « associations », des bourses du travail et autres organisations clandestines destinées à structurer la solidarité ouvrière et artisanale, et ce malgré les interdictions et sanctions qui planent sur leurs têtes. N'oublions pas qu'il fût un temps pas si lointain où l'individu était seul

face à l'Etat, dans la droite ligne des volontés révolutionnaires et des textes de d'Allarde et de Le Chapelier de 1791.

Pourtant, le législateur se penche progressivement sur la question du bien-être des travailleurs, sous la pression des milieux catholiques et des patrons humanistes. On peut citer la loi du 9 avril 1898, qui renverse les dispositions précédentes : le salarié n'a plus à prouver la faute de l'employeur pour engager sa responsabilité en cas d'accident du travail. Il a désormais droit à une indemnisation forfaitaire. L'émergence de la protection sociale peut être caractérisée par l'ingérence de plus en plus étendue de l'Etat dans le domaine de la couverture du risque, au détriment de l'initiative privée : on peut parler d'une généralisation progressive de la capacité de couverture *rationae personae* grâce à la compétence absolue de l'Etat en matière législative sur les individus. La loi du 1<sup>er</sup> avril 1898 sur les sociétés de secours mutuel va permettre l'émergence de nombreux organismes de droit privé sur lesquels les patrons ne vont plus avoir le contrôle, par opposition aux structures qu'ils avaient commencé à mettre en place, comme la pratique du « sur-salaire », sorte d'anticipation sur les allocations familiales<sup>6</sup>. Cette époque marquera l'essor des organismes de mutualité et des sociétés de secours mutuels<sup>7</sup>.

En 1910, les retraites ouvrières et paysannes deviennent obligatoires. Puis le 1<sup>er</sup> juillet 1930 est votée la loi sur les Assurances sociales : des patrons crient au scandale, à la dépossession de leurs initiatives. Selon eux, l'Etat vient s'accaparer les initiatives privées, et ils percevront la gestion paritaire de ces nouvelles Assurances sociales comme une juste compensation<sup>8</sup>. Suivront les grandes ordonnances de 1945, issues du programme du Conseil national de la Résistance, qui vont avoir pour objectif d'éviter les risques pouvant porter atteinte à la capacité de gain et de supporter les charges d'une famille. L'objectif de ces ordonnances est d'étendre au maximum la couverture des risques aux Français, et elles seront suivies par la loi du 22 mai 1946, qui renforcera la capacité d'extension de la couverture en rendant l'assujettissement aux assurances sociales obligatoire pour tous,

3 Une loi de 1898 vient renverser la charge de la preuve en cas d'accident du travail, qui incombait précédemment à l'ouvrier en vertu des dispositions de l'article 1382 du Code civil.

4 <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>  
Consulté le mardi 2 avril 2019

5 Emile-Justin MENIER, dit le Baron Cacao, était un industriel français ayant mis en place, dès 1876, des mesures sociales pour assurer la subsistance de ses ouvriers. Son idée prit la forme d'une cité ouvrière composée de maisons individuelles, avec des magasins adaptés aux besoins des travailleurs, une « maison de retraite », et dans laquelle étaient dispensés éducation et soins.

6 B. DUCOS, *Aux origines de la Sécurité Sociale : les assurances sociales dans la Haute-Garonne (1928-1936)*, Paris, 1985, p. 12

7 *Ibid*, p. 6

8 *Ibid*, pp. 18-19

ce qui va se traduire par l'intégration des salariés au Régime général, qui devient « leur régime », et le maintien provisoire des régimes spéciaux<sup>9</sup>.

Plus tard, la modification de la répartition des pouvoirs entre Direction et Conseil d'administration est opérée par un décret du 12 mai 1960. Les ordonnances du 21 août 1967 vont marquer la création des caisses nationales, chacune à la tête de la gestion d'un risque précis. Cette réforme tend à la rationalisation structurelle de la Sécurité Sociale, grâce à la séparation des risques et au renforcement de la tutelle sur les organismes locaux, entre autres<sup>10</sup>. Ces ordonnances vont avoir de nombreuses conséquences pratiques dans la gestion des caisses locales.

### Des Assurances sociales à la CPAM

La genèse de la CPAM de la Haute-Garonne est à chercher dans les années 1930. A l'époque, la protection sociale est assurée dans le département par une multitude d'organismes de droit privé, créés par des initiatives variées, ainsi que par les réalisations patronales. Sociétés de secours mutuels, assurances sociales, cette constellation de petites entités va être encadrée par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1930, qui va permettre la création de Caisses primaires de répartition au niveau départemental<sup>11</sup>.

Ces nouveaux organismes pourront être créés par des sociétés de secours mutuels, des syndicats professionnels, des institutions patronales, etc.

Vont alors se créer :

- une multitude de Caisses Primaires sous l'impulsion d'acteurs privés. La Confédération Générale du Travail (CGT) sera l'une des organisations les plus actives dans leur création ;
- la Caisse Départementale d'Assurances Sociales (CDAS), chargée de récupérer le « résidus » de non-adhérents à d'autres organismes. Elle est sous la direction de l'Etat<sup>12</sup> ;

- l'Union des Caisses Primaires d'Assurance Sociale – Haute-Garonne, regroupant l'ensemble des Caisses primaires du département, et ayant pour fonction de chapeauter leurs activités, de coordonner leurs procédures ainsi que de négocier les conventions avec les professionnels.

Dès la fin des années 1930, la CDAS couvre entre 67,5% et 69,5% des assurés : l'Etat est déjà prédominant en matière de protection des individus<sup>13</sup>.

La prochaine étape de développement est la création de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale (CPSS) en mars 1946, et qui succède à la Caisse Départementale d'Assurance Sociale (CDAS). Elle va regrouper les six Caisses primaires toulousaines suivantes<sup>14</sup> :

- Caisse du personnel « La Dépêche » ;
- Caisse interprofessionnelle d'assurance sociale de la région toulousaine ;
- Caisse de prévoyance des employés du commerce ;
- Caisse primaire « Le Travail » ;
- Caisse primaire mutualiste ;
- Caisse primaire de la « Famille Toulousaine ».

L'unification de la couverture maladie pour la Haute-Garonne se fera ensuite par l'intégration des organismes ou simplement suite à la disparition d'une partie d'entre eux. La CPSS assure alors l'immatriculation des assurés et le service des prestations, sous la surveillance d'un organe régional de tutelle, la Direction Régionale de la Sécurité Sociale (DRSS). La gestion de la Caisse se fait par un Conseil d'administration (CA) dont les membres sont principalement élus au sein des grandes organisations syndicales, et qui a un pouvoir de gestion et d'organisation jusqu'à un décret du 12 mai 1960, qui donne ce pouvoir de gestion au Directeur<sup>15</sup>. Le CA prend les décisions, nomme les agents de direction, vote les budgets, et détermine les grandes orientations qui vont guider les actions de la Caisse.

C'est en 1967 que la Caisse primaire va connaître sa première grande réforme législative : par la loi n° 67-482 du 22 juin 1967, le Parlement autorise le gouvernement à légiférer par ordonnance. L'annonce du projet avait été faite

9 M. LAGES, *L'évolution de la gouvernance de la Sécurité Sociale*, Toulouse, 2012, 450p, p.14, et M. DELSOL, S. MOISDON-CHATAIGNER, M. MESNIL, *Droit de la protection sociale* ; UNJF, Rennes-I, 2014.

10 Voir la thèse de Michel LAGES pour de plus amples développements sur l'évolution de la gouvernance de la Sécurité sociale aux XXe-XXIe siècles ; disponible en ligne : <http://publications.ut-capitole.fr/18339/1/LagesMichel2012.pdf>.

11 Le sujet a été traité par B. DUCOS, les développements qui suivent s'inspirent directement de son travail ; voir note 5, page 4

12 *Ibid*, pp. 29-30

13 *Ibid*, p. 56

14 C. JUERY, *Les archives de la Caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne*, Toulouse, 2004, p.14

15 M. LAGES, *op. cit.*, p.15



préalablement en avril 1967, et l'opinion ne tarda pas à y répondre par une grève générale le 17 mai 1967 : la gauche politique est farouchement opposée au texte. L'objectif de ces ordonnances du 21 août 1967, de cette réforme, était de « réadapter les régimes de protection sociale à l'évolution des risques et de repenser l'organisation de ces mêmes risques, [...] de telle sorte que [l'équilibre] financier, y compris celui du régime général, puisse être assuré et que soient redressés des comportements [...] qui conduiraient à des conséquences graves »<sup>16</sup>. Il s'agit d'étendre la couverture à l'ensemble de la population, et de réformer la responsabilité et l'équilibre de la gestion de la Sécurité sociale. Concrètement, selon l'article 2 de l'ordonnance O67-706, la Caisse nationale d'assurance maladie finance les Assurances maladie, maintient l'équilibre et contrôle les opérations immobilières des CPAM. Elle exerce un contrôle de la situation financière des caisses locales, selon les modalités prévues aux articles 19 à 22 de ladite ordonnance<sup>17</sup>. Cette réforme va avoir des conséquences importantes au niveau de la gestion de la CPAM, dont nous ferons le développement plus loin dans cette étude.

### La Sécurité sociale aujourd'hui

Telle que structurée par les lois, la Sécurité sociale est un assemblage hiérarchisé d'organismes de différents types et organisés selon leur fonction au sein de l'Institution. Unités fondamentales de la structure, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) sont chargées de la bonne application de la politique sociale dans le département déterminée aux échelons supérieurs, aux côtés d'autres institutions sociales telles la Caisse d'Allocation Familiale (CAF). Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), devenues les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), avaient des attributions touchant à l'hospitalisation, ou encore tenant à la coordination des CPAM pour certaines actions concertées. Enfin, au plus haut niveau, on trouve la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), chargée de déterminer la politique nationale, de faire respecter les instructions gouvernementales et d'allouer les enveloppes budgétaires aux différents organismes pour les risques « maladie » et « accident de travail », que se partagent CPAM et CRAM au niveau local. Mais ceci n'est que la face « prestataire » du colossal édifice qu'est devenu la Sécurité Sociale au fil des années et des réformes : ces organismes ne sont chargés que du versement des

prestations aux assurés. Il existe en effet une autre branche chargée du recouvrement des cotisations : l'ACOSS à la tête des Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF), régionalisées en 2012 et 2013.

Parler de ces deux facettes de la Sécurité Sociale ne revient qu'à effleurer la complexité de sa construction, car il existe par ailleurs des institutions dont la mission est de réguler l'action des organismes au niveau local. Sous la direction du gouvernement, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) sont communément désignées sous le label de « Tutelle » : elles doivent s'assurer du respect des directives nationales au niveau des organismes locaux, et émettent des avis sur les budgets prévisionnels, les décisions, etc. Elles peuvent par ailleurs geler voire annuler certaines des décisions des Caisses si celles-ci sont contraires aux orientations nationales ou illégales. Depuis 2010, elles ont été remplacées par la Mission Nationale de Contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC).

Au vu des éléments précédents, on réalise rapidement que la Sécurité Sociale est une mécanique immense et bien huilée, mais qui fonctionne sous la surveillance étroite de maîtres d'œuvres parfois exigeants. Car si cette réalisation sociale est considérée comme l'un des fleurons de la République Française, elle n'en représente pas moins un enjeu financier de taille. Très tôt, la Sécurité sociale est accusée de creuser le déficit de l'Etat et de menacer, à terme, sa stabilité financière. On parle de gaspillage, de gestion déraisonnable. Le mouvement critique va prendre une toute autre ampleur une fois entre les mains des médias, et les attaques contre l'institution allaient fuser de toutes parts. Ce mouvement de « chasse à la dépense » touche tous les secteurs de l'Etat, et s'inscrit dans une dynamique globale de rationalisation de la dépense publique accentuée par l'Union Européenne et au fur et à mesure que la transparence marque le paysage politique et les finances publiques. Il n'est plus question de gestion opaque des instances de l'Etat.

La particularité de ce mouvement critique en ce qui concerne la Sécurité Sociale ne tient pas tant à la virulence des attaques, qu'aux enjeux économiques et idéologiques qu'il renferme. Outre les promesses de bénéfices pour le secteur privé que contiendrait tout plan de privatisation, ne serait-ce que d'une infime partie du système, il faut noter qu'au fil des ans, la

<sup>16</sup> *La Sécurité Sociale : son histoire à travers les textes. Tome III : 1945-1981* ; sous la direction d'A. BARJOT, 1988, Paris ; p. 479

<sup>17</sup> *Ibid*, p. 490

« Sécu » s'est forgée une culture propre, qui repose sur un principe simple : assurer le service de soin le plus vaste, le plus performant et le moins coutant qu'il soit raisonnablement possible de mettre en place. C'est du moins ce que font ressortir certaines sources internes, tels que les procès-verbaux de Conseils d'administration, puis de Conseils, qui forment la base de cette étude sur la CPAM de la Haute-Garonne. En effet, les administrateurs se sentent investis d'une véritable mission de salut public, et sont au service de l'institution, des assurés (et de leurs intérêts syndicaux par la même). Sur fond de consensus idéologique, ils servent tout de même politiquement les intérêts des tendances syndicales qu'ils représentent. De manière un peu crue, on pourrait décrire l'administrateur lambda comme un « schizophrène social », tiraillé par les intérêts de son syndicat d'une part, et les intérêts des assurés qu'il représente d'autre part.

Entre déclarations de principes et actions concrètes, le vote au sein du conseil d'administration va être le catalyseur de la politique de la CPAM, et va permettre la synthèse d'idées parfois diamétralement opposées afin de trouver une réponse satisfaisante pour le plus grand bien de tous, mais surtout des assurés (du moins en sont-ils persuadés). Cependant, le prix d'une telle liberté est la diversité des politiques locales en matière d'action sociale, qui va à l'encontre du principe d'égal accès aux soins : si à Toulouse on privilégie l'aide à domicile pour les personnes âgées, peut-être qu'ailleurs c'est l'accompagnement des aveugles qui accapare les moyens d'une CPAM. De fait, les services rendus sont loin d'être égaux, tant quantitativement que qualitativement, en tout cas tant que les CA avaient une marge de manœuvre confortable pour mener à bien leur politique.

Car les organes de l'institution vont progressivement évoluer, tant au niveau de leurs missions que de leurs pouvoirs. Son organigramme sera remanié et repensé, afin d'adapter son fonctionnement aux nouveaux défis ou aux nouvelles restrictions, et les pouvoirs seront redistribués de manière progressive... mais décisive. Les organes locaux vont perdre de leur autonomie au profit d'une organisation hiérarchique qui impose des rapports verticaux descendants de plus en plus stricts, au grand dam des partenaires sociaux qui crient à l'autoritarisme, et accusent sans cesse le gouvernement de vouloir désosser la Sécurité sociale, de chercher à la privatiser ou encore de violer le principe de la démocratie sociale, à la base des ordonnances de 1945, sorte de pierre angulaire d'un édifice

devenu aujourd'hui un véritable complexe industriel de service de santé.

### Les sources de l'étude

Une des difficultés du travail sur les sources que constituent les procès-verbaux des Conseils d'administration puis des Conseils est qu'ils ne rendent compte que partiellement de la réalité historique du moment. En effet, lors d'une séance, la secrétaire prend en note les informations et les interventions des différents participants, puis les retranscrit et les met en forme. Ce projet est alors révisé par la Direction qui fait le « choix » des informations que le document contient. Le procès-verbal (PV) est systématiquement signé par le Président et le premier Vice-président, puis doit être approuvé en Conseil d'administration. C'est à ce moment que les administrateurs peuvent faire leurs remarques sur la forme et la retranscription des interventions. Dès lors, il existe deux extrêmes dans la construction d'un procès-verbal de CA : la Direction peut faire une synthèse stricte des informations et négliger toute forme de débats, ou bien rendre compte de façon exhaustive des débats et des discussions. Dans un cas, on perd un certain nombre d'informations touchant au déroulement des séances, aux rapports entre les différents acteurs, etc., tandis que dans l'autre, les procès-verbaux peuvent facilement atteindre la taille de volumes de centaines de pages, avec parfois des débats n'apportant que peu de matière concrète qui rendent l'exploitation des documents fastidieuse et complexe. Pour ce qui est de notre sujet d'étude, la Direction, en accord avec le Président, a fait le choix d'une solution intermédiaire jusqu'à la fin des années 1990 : seuls les débats intéressants et constructifs, ainsi que les interventions inédites et pertinentes sont consignés dans les procès-verbaux<sup>18</sup>. Il faut donc toujours garder à l'esprit le caractère partiel de telles sources.

Autre difficulté tenant à l'exploitation de ces sources : le tri de l'information. Que ce soient les tendances syndicales représentées et leurs orientations politiques, dont on peut suivre l'évolution en fonction des débats d'époque, les questions de gouvernance de la Sécurité Sociale au fil des réformes ou encore la thématique de l'évolution du système de santé français et du monde de la médecine au niveau local et national, ces sources sont d'une richesse incommensurable. Il n'est donc pas inapproprié de dire dès maintenant que de telles sources devront à l'avenir être reprises, afin d'en extraire la multitude d'informations qui seront ici passées sous silence ou tout simplement

---

18 Voir Procès-verbal (PV) Conseil d'administration (CA), 3 novembre 1981, p.112 et PV CA, 20 décembre 1983, p.103

ignorées au profit de la clarté de l'étude et de la résolution de sa problématique.

Cependant, il faut garder à l'esprit que le travail d'analyse à effectuer sur ces documents n'apporte aucune découverte majeure en ce qui concerne la gouvernance de la CPAM et de la Sécurité Sociale en générale : inutile de rappeler l'enjeu capital que représente sa gestion et son fonctionnement au niveau politique, et donc la profusion d'études et de rapports en circulation sur le sujet. Tout au plus s'agira-t-il pour nous de confirmer ou d'infirmer les observations déjà faites, et de contribuer à une meilleure connaissance de l'histoire et du contexte local.

### La CPAM de la Haute-Garonne aujourd'hui

Aujourd'hui, les rôles de la CPAM sont multiples : elle doit immatriculer les assurés de son ressort, liquider les droits des risques maladie, maternité, paternité, accidents du travail et maladies professionnelles, gérer les dossiers d'invalidité, développer une action sanitaire et sociale au titre des risques gérés, gérer la Couverture Médicale Universelle (CMU), assurer la mise en œuvre des contrats avec les professionnels de santé et contrôler leur activité, développer une politique de gestion des risques et développer des actions de prévention. Ces missions, ces responsabilités se sont construites au fil des réformes, des lois et des décrets, de manière progressive.

Au regard des cinquante ans d'histoire qu'enserrent nos bornes temporelles, nous allons voir comment la CPAM de la Haute-Garonne va assumer ses responsabilités à l'échelle locale en fonction des exigences nationales, et quelles ont été les grandes étapes et les grands processus qui ont marqué son évolution, tout cela au travers du prisme des administrateurs devenus conseillers, et des acteurs passés et présents de la CPAM de la Haute-Garonne.

Dès lors, les apports de ce travail de recherche se situeront au niveau de l'évolution de la Caisse primaire au travers d'un panorama global, avec la mise en place de ses ressources informatiques, les relations entre le Conseil d'administration et la Direction, et surtout les initiatives dont elle a fait preuve dans sa mission d'extension et d'amélioration de la couverture sociale *ratione loci*.

Nous privilégierons donc une approche chronologique globale avec un traitement thématique au creux de deux grandes périodes qui vont structurer cette étude : dans un premier temps, il s'agira d'observer l'évolution de la CPAM de 1967 à 1982, c'est-à-dire des ordonnances de 1967 instaurant le paritarisme dans les conseils d'administration à la loi du 17 décembre 1982 revenant à des administrateurs représentants des salariés élus sur des listes présentées par les cinq syndicats représentatifs et à nouveau majoritaires (partie II dans la prochaine Lettre d'information).



## LA CPAM DE LA HAUTE-GARONNE

### DES ORDONNANCES DE 1967 A LA REFORME DE 1982

La Sécurité sociale, au niveau national, va connaître de nombreuses mutations au cours de cette période. Si la réforme de 1967 est considérée comme l'une des plus fondamentales, les raisons de sa mise en place, elles, ne changeront pas au fil des ans : le déficit se creuse, avec trois milliards de francs pour l'ensemble du régime en 1967<sup>19</sup>, fait illustré par un rapport de juillet 1968. Sur 25 CPAM de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> catégorie, 18 sont déficitaires, du fait notamment de dotations jugées « insuffisantes »<sup>20</sup> : les actions au niveau local ou simplement la marche habituelle de ces organismes posent problème, leurs dépenses étant trop pesantes. L'argument du déficit chronique sera ensuite repris de manière systématique pour chaque plan (Veil en 1978, Barrot en 1979, Seguin en 1986), et les problèmes d'efficacité et de rentabilité de la gestion des organismes vont donner lieu à l'élaboration de plusieurs lois, avec en tête l'ordonnance de 1967, puis la loi de 1982 sur l'élection, précédée par une loi de 1980 sur le financement de l'hospitalisation publique, et ce jusqu'à la réforme Juppé de 1996 qui va

marquer un nouveau tournant dans la gestion de la Sécurité sociale.

L'enjeu est d'abord économique, mais aussi politique, dans un contexte qui devient difficile à partir de la fin des « 30 glorieuses » après le second choc pétrolier de 1979, mais qualifié par les discours, de manière générale, comme catastrophique tout du long. Pourtant, au niveau local, on ne ressent pas cette pression de manière aussi forte : au travers de nos sources, une distorsion entre le discours global et la réalité locale apparaît. Et les administrateurs de souligner régulièrement les contradictions existant parfois entre les deux niveaux. Structurellement parlant, la CPAM va changer deux fois au cours de cette période, et c'est pourquoi nous allons d'abord nous concentrer sur son développement après les ordonnances de 1967 (I). Ensuite nous nous focaliserons sur le développement de l'informatique à la Caisse primaire et dans la région : cet outil a eu un rôle majeur pour la rationalisation de la gestion par l'accroissement de la productivité et un meilleur contrôle des dépenses de santé (II).

## I. LA CPAM APRES LES ORDONNANCES DE 1967 : AUTONOMIE ET SOUVERAINETE DANS L'ACTION LOCALE

La réforme d'août 1967 va laisser un temps d'adaptation et de discussion aux partenaires sociaux au sein de la CPAM, qui vont rapidement se saisir de la question. Il faut distinguer deux phénomènes : celui qui va toucher la gestion de la CPAM au sens large, le paritarisme, avec des nominations au détriment de l'élection avec les salariés ayant la majorité des sièges, et le déploiement de la politique de la CPAM, qui va toucher les domaines de son action. Il ne faut donc pas mettre sur le même plan ces deux composantes de l'action locale en matière de sécurité sociale : la réforme de 1967 a d'abord un impact politique sur la gestion de la CPAM, et c'est cet impact politique

qui va conditionner le modèle d'action de l'institution. Les effets de cette réforme se feront sentir jusqu'en 1984, moment où la réforme de la représentation au sein du Conseil d'administration va entrer en application et redessiner les rapports internes.

Dans sa substance, la réforme de 1967 touchait plusieurs points d'équilibre de la gestion de la CPAM.

Les articles 14 et 18 établissaient des Conseils d'administration paritaires, partagés entre les représentants des salariés et ceux des employeurs, représentants désignés au sein des syndicats majoritaires<sup>21</sup>. Exit l'élection, au

19 Procès-verbal du CA, 22 juin 1967, p.133

20 Procès-verbal du CA, 8 juillet 1969, p. 83-84

21. M. LAGES, *op. cit.*, pp. 15 et 133

grand dam des représentants salariés. La CNAMTS est chargée de financer les CPAM, de contrôler leurs dépenses immobilières, entre autres<sup>22</sup>. Cette mission d'attribution des moyens budgétaires, ressentie comme une « tutelle » va être l'un des thèmes récurrents dans les procès-verbaux, puisque chaque vote de budget va venir achopper sur ce point. Nous allons donc nous pencher dans un premier temps sur l'installation du nouveau CA suite à la réforme de 1967 (A), puis nous étudierons les rapports qui lient la CPAM à son autorité hiérarchique au travers de diverses situations marquantes, comme la procédure budgétaire (B) et la crise des années 73 (C)

## A. L'installation du CA en 1967 : de la contestation de la réforme à la prise de fonction

La réforme de 1967 redéfinit les missions de la CPAM, qui va assurer le financement des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et les accidents du travail dans sa circonscription. Autre mission, celle d'assurer une action sanitaire et sociale en fonction des programmes définis par le ministère, en coordination avec la CRAM.

Elle est intéressante au regard de l'organisation des pouvoirs dans la CPAM car elle va obliger notamment à renouveler le CA, afin d'installer le paritarisme et un nouvel équilibre. Il faut garder à l'esprit que les ordonnances ne font pas l'unanimité, et ce déjà avant même qu'elles ne paraissent. En juillet 1967, la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale (FNOSS)<sup>23</sup> marquait son opposition aux nouvelles mesures et, par une circulaire B.33 du 29 juin 1967, elle appelait les diverses CPAM à résister à leur échelon<sup>24</sup>. Les administrateurs sont prêts au combat, et évoquent au cours d'un débat passionné diverses options d'action : coordination des CPAM, réunion régionale des CPAM de Midi-Pyrénées afin d'organiser une conférence de presse pour sensibiliser l'opinion publique. Le CA va finalement décider d'en référer à la FNOSS pour l'organisation d'une Assemblée générale, et prend contact avec la CRAM pour organiser une action commune<sup>25</sup>.

22 A. BARJOT, *op. cit.*, p. 490

23 La FNOSS, créée en 1946 à la demande de la CGT, avait pour fonction « *d'organiser et faire la propagande en faveur de la législation de la Sécurité Sociale ; [de] soumettre au pouvoir exécutif des vœux et des suggestions relatifs à cette législation ; [de] favoriser le bon fonctionnement des organismes par l'étude de toutes les questions qui les intéressent, et par la centralisation des éléments statistiques qu'elle jugerait utile ; [d'organiser] et perfectionner, dans l'intérêt commun, les services prévus ; ...* » ; article 3 des statuts de la FNOSS, du 10 juillet 1946.

24 Procès-verbal du CA, 19 juillet 1967, pp. 164-167

25 Procès-verbal du CA, 19 juillet 1967, pp. 168-170

26 Procès-verbal de CA, 27 octobre 1967, pp. 191-194

27 *Op. cit.*, 6 novembre 1967

Le Conseil d'administration de la Caisse primaire de Sécurité sociale (CPSS) se réunit pour la dernière fois sous sa forme ancienne le 27 octobre 1967, occasion pour les administrateurs d'évoquer leurs années de service et de travail « en bonne entente »<sup>26</sup>.

Le nouveau CA de la CPAM sera installé le 6 novembre 1967 sous la forme suivante :

### **Salariés :**

- Confédération Générale du Travail (CGT) : Gardes, Féty, Patin ;
- CGT-Force Ouvrière (CGT-FO) : Froment, Ousteau ;
- Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT) : Loubière, Ciry ;
- Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC) : Bac ;
- Confédération Générale des Cadres (CGC) : Barthélémy ;

### **Employeurs :**

Vallinot, Osète, Monthieu, Guitard, Guerre, Giard, Fournie, Fontan, Arbo, tous au titre du Conseil National du Patronat Français (CNPFF).

Les administrateurs salariés restent sensiblement les mêmes, avec pour seul arrivant M. Bac en tant que représentant de la CFTC ; chez les employeurs, ce n'est pas moins de quatre nouveaux administrateurs qui viennent siéger, en plus des anciens, à savoir : MM. Osète, Guitard, Giard et Fontan. Au cours de la séance, M. Ousteau (FO) est réélu Président, avec à son côté comme vice-président M. Guitard, du collège des employeurs<sup>27</sup>.

Le tandem à la « tête » de la CPAM reste donc inchangé, avec MM. Elie Ousteau et Henri Selvine, respectivement Président et Directeur, et une composition du Conseil d'administration qui connaît peu d'évolutions, la CPAM s'inscrit dans la continuité, avec une réaffirmation de la confiance des organisations dans les administrateurs qu'elles ont proposés.

A ce stade, il est opportun de préciser qu'étant donné que les administrateurs votent par centrale syndicale et non en leur nom propre, et

compte tenu des divergences idéologiques existant au sein du collège salarié, le CNPF va avoir la possibilité d'imposer sa dynamique au Conseil d'administration pour les votes, puisqu'il suffit d'une seule abstention chez les salariés pour donner une majorité aux employeurs, et valider ou invalider toute décision. Cet état de fait durera jusqu'à la réforme de 1982, qui reviendra à une composition de type 2/3-1/3 en faveur des représentants des salariés.

Le vice-Président, M. Guitard (CNPF), fait à cette occasion la déclaration suivante :

*« Ce qu'il faut, c'est que lorsque les quatre ans se seront écoulés et si aucun incident n'intervient, les gens pour qui nous avons travaillé disent : « ces gens se sont occupés de nous d'une manière convenable ». [...] Il faut que nous soyons au service des malades, des malheureux... »<sup>28</sup>.*

De tels mots ne sont pas anodins, ils révèlent bien l'état d'esprit de toutes les personnes en présence : la Sécurité sociale n'est pas une institution qui concerne leur vie propre, mais bien celle de toutes les personnes qu'ils représentent au travers de leurs mandats. Le sens du service, de la respectabilité dirige « ce corps d'administration », composé des administrateurs et de la direction, aussi bien que leurs devoirs envers leurs centrales syndicales respectives pour les premiers. A leur sens, ils sont tenus par un mandat, dont les obligations sont nettes, précises, et ces obligations tiennent autant aux moyens qu'ils mettent en œuvre pour défendre et représenter les intérêts des assurés, qu'aux résultats qu'ils obtiendront dans l'exécution de cette tâche. Ils servent un idéal. Cette mentalité se retrouve tout au long de cette période qui s'étend de 1967 à 1984, et explique en partie le choix des actions entreprises par le Conseil d'administration en faveur de l'extension de la protection sociale au plus grand nombre.

Ces remarques vont permettre de mettre en lumière l'attitude du Conseil d'administration et de la Direction au regard de leurs fonctions et de la manière dont ils les remplissent, et notamment dans le déroulement et les débats qui marquent l'un des moments cruciaux de l'exercice annuel : l'élaboration et le vote du budget de gestion administrative.



*Elie OUSTEAU, président du Conseil d'administration de 1963 à 1984*

## **B. Le vote par le CA du budget de gestion administrative, moment d'affrontement interne et hiérarchique**

L'élaboration du budget en 1967 repose sur une procédure en plusieurs temps : en premier lieu, un projet de budget est élaboré par la Direction, qui va devoir préciser chaque poste de dépense proposé. Puis le projet est soumis à l'appréciation et au vote du Conseil d'administration. De là, deux possibilités :

- le budget n'est pas adopté, auquel cas la Direction doit revoir son projet et le soumettre de nouveau au CA ;
- le budget est adopté, et il est soumis au Directeur général de la Direction régionale de la Sécurité Sociale (DRSS), organe de tutelle régional.

Le Directeur régional va évaluer ce projet et donner soit un avis favorable, auquel cas il est approuvé et envoyé à la CNAMTS pour examen, ou rejeté, et dans ce cas il retourne à la Direction de la CPAM avec les révisions recommandées : la procédure reprend depuis le début. Si le projet est amendé, il retourne en début de chaîne et le processus d'élaboration

---

<sup>28</sup> *Op.cit.*, 6 novembre 1967, p.7

est réinitialisé. Cependant, dans les cas où le Conseil d'administration désapprouverait un second projet, ou maintiendrait par un second vote un projet non amendé, la tutelle est alors libre d'élaborer le budget de son choix.

Du fait de la mise en place des réformes, le processus d'élaboration pour 1967 n'est pas explicite dans les procès-verbaux. En revanche, nous allons pouvoir nous pencher sur celui de 1968. La Direction, suite à ses échanges avec le Comité d'Entreprise, avait proposé un organigramme représentant un juste milieu entre les demandes des salariés et les directives de la CNAMTS. Le CA avait voté le budget, tout en dénonçant un certain manque de moyens. Le 19 avril 1968, la DRSS répond : le budget est bloqué, et elle renvoie un projet d'organigramme aligné sur les directives nationales. Le CA s'élève contre la décision et prend le parti de maintenir sa position première, tout en demandant une augmentation de la dotation de 25% pour permettre de faire face aux exigences des nouvelles responsabilités de la CPAM<sup>29</sup>.

Bien que cet exemple soit tiré de l'année 1968, il est emblématique des relations qu'entretiennent le CA et la DRSS, puisque ce type de conflits va se répéter de manière régulière entre 1967 et 1984 :

❖ Le 4 novembre 1970, le procès-verbal fait état de discussions sur la question de l'organigramme, et donc du budget de gestion administrative (GA), puisque la CGT et la CFDT, se faisant porte-parole du Comité d'entreprise, estiment que les effectifs prévus par la Direction en accord avec les directives de la tutelle sont insuffisants compte tenu de la charge de travail. Le Directeur adjoint répond à ces administrateurs en leur expliquant le risque qu'encourt la CPAM à voir son organigramme contesté par la DRSS, étant donné le non-respect de certaines mesures (réduction de la journée de travail de 15 minutes par jour) et des indicateurs différents des directives nationales (prix de revient

du dossier plus élevé que le plafond national retenu, taux de progression des dépenses locales supérieur à celui retenu au niveau national)<sup>30</sup>.

❖ En 1972, le budget est de nouveau « raboté » par la DRSS, avec notamment une révision à la baisse des effectifs demandés. Le CA vote le budget avec réserves, du fait de la nécessité de valider un budget attendu depuis plusieurs mois pour l'année en cours : il ne sera validé que le 16 mai 1972.<sup>31</sup> Ces tensions vont avoir des répercussions sur les organes internes de la CPAM, qui vont entrer en conflit : le Comité d'entreprise et la Direction s'éloignent un peu plus tandis que cette dernière constate un manque de rentabilité et d'efficacité dans le traitement des dossiers, alors que les représentants des employés s'insurgent contre des effectifs insuffisants face à la charge de travail<sup>32</sup>.

❖ En 1974, le CA s'oppose de nouveau à la tutelle sur l'élaboration de son budget de GA pour l'année en cours<sup>33</sup>. Notons par ailleurs comment les conflits systématiques entraînent des retards dans la mise en place des budgets et l'attribution des dotations à la CPAM : alors que le budget pour l'année n+1 doit être voté l'année n, les budgets pour n+1 ont tendance à être votés l'année même, occasionnant des « surcoûts »<sup>34</sup> pour la CPAM selon le CA et des retards dans le traitement des dossiers<sup>35</sup> ;

❖ En 1975, alors que la CPAM sort d'une situation de crise qui a failli coûter leur place aux administrateurs et au Directeur<sup>36</sup>, la DRSS revoie de nouveau l'organigramme à la baisse par rapport au budget voté par le CA : elle ne valide que 16 postes au lieu des 40 votés par le CA.<sup>37</sup>

❖ Le budget de gestion administrative pour 1977 est approuvé par la DRSS en janvier de la même année, avec des révisions de l'organigramme encore une fois à la baisse<sup>38</sup>. Lors des premières discussions sur ce budget, à la fin de l'année 1976, on relevait déjà les divergences entre le Conseil d'administration réclamant 100

29 PV CA, 19 avril 1968, pp.43-44

30 PV CA, 4 novembre 1970, pp. 93-95

31 PV CA, 16 mai 1972, pp. 31-40

32 PV CA, 3 octobre 1972, p.77

33 PV CA, 14 janvier 1974, p.3

34 Cette référence à des surcoûts pourrait être anodine si elle n'était pas le fruit d'une unanimité au sein du Conseil d'administration. Certains administrateurs CNPF marquent de plus en plus souvent, lors de l'élaboration du budget, leur volonté de voir les comptes de la CPAM équilibrés en fin d'exercice : des dépenses de fonctionnements supplémentaires ne sont ni de leur goût, ni de celui des administrateurs salariés. PV CA, 3 octobre 1972, pp.76-77

35 *Ibid* 3 octobre 1972, p.77

36 De 1973 à 1975, la CPAM connaît une période de crise sur laquelle nous reviendrons plus loin.

37 PV CA, 4 décembre 1975, p.166

38 PV CA, 18 janvier 1977, p. 10



postes supplémentaires, et la Direction, s'alignant pour la première fois sur les directives de la CNAMTS et de la DRSS, proposant alors six postes<sup>39</sup>. Si cette limitation des postes accordés est liée à la fin de la mise en place de l'informatique dans la Caisse, axe clé que nous étudierons en profondeur plus loin. On peut presque parler ici d'un cas-limite : les divergences de vues entre les différents acteurs et les différents échelons est marquante. Cela ne met que plus en valeur le rôle difficile du Directeur, qui gère l'organisation de la CPAM : il doit concilier tant les réalités du terrain, mises en avant par le Comité d'entreprise (CE), que les directives de ses autorités hiérarchiques, et ce par engagement constant de sa responsabilité professionnelle vis-à-vis de ces dernières et du Conseil d'administration. En cas de problèmes de gestion, il est aussi susceptible de se voir remercier par le CA, et il est la cible, de par sa position particulière, de tous les reproches possibles de la part des différents acteurs. Le CA peut lui reprocher une trop grande obéissance à la Tutelle, tandis que celle-ci va pointer du doigt la moindre incartade de sa part en faveur de son institution, alors même que le CE va lui imputer toutes les responsabilités en matière d'organisation et de conditions de travail.

❖ En 1979, les tractations entre Tutelle et CA débouchent de nouveau sur une adoption un peu tardive du budget (janvier 1979), avec une révision à la baisse des demandes d'emploi : des 46 demandes votées, 20 sont accordées par la DRSS, et seulement 15 sont finalement validées par la CNAMTS<sup>40</sup>, alors même que lors du vote, en 1978, la Direction se faisait elle-même alarmiste sur les risques qu'encourait la CPAM en l'absence de ces créations de poste<sup>41</sup>. Le budget sera voté en 1979 à une courte majorité, et ce malgré l'opposition unanime des administrateurs salariés : la seule force du CNPF permet la décision<sup>42</sup>.

Ces multiples exemples ne recouvrent que les années 1970, mais sont symptomatiques d'une gestion à tendance centralisatrice de l'organisation de la Sécurité Sociale, en fonction d'indicateurs nationaux parfois en rupture totale avec les particularités du terrain. Les votes des budgets sont un moment crucial dans chaque

exercice, car ces budgets conditionnent le bon fonctionnement de l'organisation. Lorsque la distorsion entre la situation locale et les exigences nationales devient trop critique, la CPAM connaît des crises. Un bon exemple d'un de ces moments de rupture va marquer les années 1973 à 1975, et nous allons voir dans le traitement de ce cas quelles sont les conséquences directes et indirectes que les relations entre la CPAM et la tutelle vont avoir sur le fonctionnement de la Caisse.

## C. La crise des années 1973 à 1975 : la CPAM à la limite de la rupture

Dans l'étude de ce cas unique dans l'histoire de la CPAM, nous allons d'abord nous concentrer sur les événements tels qu'ils sont décrits dans les procès-verbaux (1), puis ferons quelques observations sur le mode de fonctionnement de la tutelle dans ses relations avec la CPAM (2). Au terme de ces réflexions, nous pourrions étudier comment la CPAM-HG va se relever suite à ces épreuves (3).

### 1. Les événements de la crise de 1973-1975 tels que perçus dans les procès-verbaux

#### a) La grève de 1973

La grève va résulter d'un conflit larvé opposant le Conseil d'administration à la tutelle concernant la validation des organigrammes et l'augmentation des effectifs : le personnel de la CPAM exprime au travers de cette grève et des réactions des administrateurs les convulsions de ses organes face à l'asphyxie provoquée par la CNAMTS et la DRSS, mettant en cause sa rentabilité. Les moyens seront débloqués à la seule condition de voir la CPAM gagner en productivité et en rentabilité<sup>43</sup>. Le *statu quo* ne pouvait être maintenu éternellement, particulièrement considérant la pression exercée par le Comité d'entreprise et les représentants du personnel.

Le catalyseur qui fera éclater les revendications des employés sera le déménagement dans les nouveaux locaux et la découverte des nouvelles infrastructures du hall des prestations, trop

39 PV CA, 28 septembre 1976, p. 82

40 PV CA, 30 janvier 1979, pp. 9-10

41 PV CA, 28 septembre 1978, pp. 89-90

42 Le CNPF vote le budget à 9 voix pour, les organisations « salariés » votant pour 7 contre et 2 abstentions. On peut voir ici une illustration de la remarque faite précédemment sur le paritarisme dans les CA après 1967, où le CNPF, de par sa structure monolithique, peut emporter les décisions du CA à lui seul, pour peu qu'un seul représentant « salarié » s'abstienne. *Op. cit.* 1979, p.12

43 PV CA, 30 mars 1973, (Annexe II) *Lettre de la CNAMTS du 27 mars 1973*



exigües<sup>44</sup> : malgré la réalisation des plans à la lettre par l'architecte, le CA n'avait pas manqué d'émettre un avis défavorable, initié par l'agent comptable, sur les modalités techniques retenues<sup>45</sup>. Les caisses du hall de la CPAM étant inadaptées pour un travail standard, il était inconcevable pour le personnel de rattraper les retards consécutifs au déménagement dans ces conditions, avec au surplus la nécessité de s'adapter à la nouvelle chaîne de travail en « tronc commun » mise en place par la Direction<sup>46</sup> : la grève éclate.



Nouveau siège de la CPAM-HG à la fin des années 70

Entre autres facteurs aggravants, on peut compter la charge supplémentaire de travail due à l'épidémie de grippe de janvier 1973, ainsi que le manque de personnel pour faire face à l'ensemble des surcharges énumérées<sup>47</sup>. Quant aux contraintes extérieures à la Caisse mais favorisant le mouvement, il est nécessaire de mentionner que la CNAMTS impose la mise en place de la chaîne nationale statistique qui demande la restructuration du personnel et l'affectation de moyens humains non négligeables<sup>48</sup>.

Les revendications des salariés sont les suivantes : augmentation des temps de pause, augmentation des salaires, réorganisation du hall des prestations<sup>49</sup>. Le Conseil d'administration va se placer en intermédiaire entre la Direction et le CE, afin de favoriser le dialogue et le rapprochement ; en parallèle, il va valider

l'octroi d'une prime de déménagement de 200 francs, accorder les temps de pause supplémentaires demandés et garantir le paiement des jours de grève, en les justifiant par les heures supplémentaires à effectuer pour résorber l'ensemble des retards engrangés. Afin de gagner en efficacité, le CA valide l'embauche d'auxiliaires techniques et la fermeture des guichets au public à 14h30, ainsi que la mise en place des heures supplémentaires<sup>50</sup>. Les résultats de ces mesures sont concluants : de 150 000 dossiers en retards en août, la caisse enregistre 26 790 retards en octobre, le plafond fixé par la CNAMTS pour un fonctionnement normal étant de 25 000. Les prévisions indiquaient pourtant une régularisation totale d'ici septembre 1973. Le Conseil d'administration va se montrer solidaire avec la Direction, et ne manquera pas de lui renouveler sa confiance à plusieurs reprises. En revanche, les critiques envers la tutelle sont plus acerbes que jamais, les administrateurs considérant que la pleine et entière responsabilité de la crise lui incombe<sup>51</sup>.

#### b) Le rapport de l'IGAS

En 1974, les conséquences des difficultés rencontrées par la CPAM en 1973 sont mises au jour : l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rend un rapport sur l'activité de la CPAM dans lequel elle souligne les retards conséquents dans le traitement des dossiers ainsi que la faible productivité. Entre autres, sont aussi pointées du doigt les mauvaises conditions de déménagement, une organisation du travail jugée peu efficace créant des temps d'attente et des délais trop importants<sup>52</sup>.

En réponse, le Conseil d'administration justifie ses performances en critiquant l'installation simultanée de la chaîne nationale et de leur programme informatique propre, avec en plus la CNAMTS imposant un matériel et des méthodes de travail dans ce domaine qui retardent le traitement des dossiers (10% de rejet avec le nouveau matériel Control Data, contre 2,5% en moyenne nationale)<sup>53</sup>. Afin de compenser ces manques à gagner en termes

44 PV CA, 12 juin 1973, p. 46. Voir aussi PV CA, 12 juin 1973, (Annexe I) *Lettre des syndicats FO-CGT-CFDT au CA*

45 PV CA, 12 avril 1973, p.42

46 PV CA 12 juin 1973, pp. 46 et suivantes

47 PV CA, 19 février 1973, p.11

48 Cette problématique sera vue ultérieurement, voir II.

49 PV CA 12 juin 1973, Annexe I.

50 PV CA, 12 juin 1973, 18 juin 1973 et 12 juillet 1973.

51 PV CA, 12 juillet 1973, pp.70-74

52 PV CA, 30 septembre 1974, p.78

53 *Ibid*, p.79. Voir aussi PV CA, 4 juin 1974, p. 64 sur la question des problèmes occasionnés par le matériel informatique.

de productivité, le Conseil propose d'attribuer toute la puissance informatique à la gestion des dossiers, et d'effectuer les traitements statistiques en différé. Il demande à la CNAMTS de lui donner la possibilité de récupérer un matériel et des méthodes de travail informatiques similaires à ceux d'une des caisses pilotes enregistrant de bons résultats.

La solution provisoire va être la mise en place du paiement par acompte au guichet, afin de maintenir l'activité des caisses et de baisser le nombre des dossiers en retard engrangés, chiffrés à 150 000 en août, et qui par cette méthode, seront réduits à 39 000 en novembre. Le nombre des dossiers en stock est de 14 000 à la fin de l'exercice.

Malgré un mieux constaté en 1974, les indicateurs redeviennent alarmants. Lors de la séance du 4 mars 1975, les centrales syndicales et le Comité d'entreprise dénoncent le système de l'acompte mis en place pour pallier les retards, et qualifient les mesures de la Direction de « temporaires » et non durables<sup>54</sup>. Face à un nombre record de retards (226 000), la Direction et le CE décident conjointement de proposer au Conseil d'administration de revenir aux méthodes classiques de traitement des dossiers, avec une liquidation accélérée concernant les versements « Mutuelles », plus la réouverture du centre payeur du Capitole. Enfin, l'immeuble de la place Saint-Etienne redevient un centre payeur pour faire face à l'afflux de dossiers.

Les débats au Conseil sont intenses, M. Robert. Monthieu, du collège employeur et Président de la CRAM, engage sa responsabilité et met en jeu sa place d'administrateur<sup>55</sup>, alors que la CGT se désolidarise de toute responsabilité commune, rappelant ses positions contre les mesures actuelles<sup>56</sup>. M. Froment, administrateur FO, souligne les conséquences des tâtonnements de la Direction : les équipes sont abattues et perdent en efficacité du fait des trop nombreuses restructurations et du manque de réussite des mesures en place<sup>57</sup>. Les décisions

seront prises, mais dans la douleur ; le Conseil va valider le traitement différé des statistiques du système national pour utiliser son plein potentiel pour la gestion, et va inviter par là même la CNAMTS à venir discuter des problèmes de la CPAM. Les administrateurs font preuve d'humilité et admettent leur impuissance dans la gestion des crises accumulées<sup>58</sup>.

Les avis de la CNAMTS deviennent positifs, constatant l'efficacité des mesures mises en place et des résultats probants : de mars à mai 1975, les retards sont passés de 226 000 à 60 000, et ce malgré deux jours de grève en mai<sup>59</sup>.

En dépit de ces indicateurs positifs, la DRSS maintient une position très critique à l'égard de l'organisation du travail et des rendements<sup>60</sup>. Le rapport de l'IGAS sera au diapason de celui de la DRSS : l'inspecteur du ministère remet en cause la compétence de la Direction, propose le renouvellement du CA, pointe du doigt une décentralisation insuffisante. Alors qu'en juin les retards sont tombés à 36 843 dossiers, soit 11 843 de plus que la normale, l'Inspection générale remet intégralement en cause la gestion de la CPAM de la Haute-Garonne, sans tenir compte des efforts réalisés<sup>61</sup>.

Loin de déstabiliser le Conseil d'administration, ce rapport va avoir pour effet de renforcer la cohésion entre la Direction et le CA, qui vont faire front commun : les administrateurs réaffirment leur confiance au Directeur, M. Claude Vergne<sup>62</sup>.

En septembre 1975, les retards sont tombés à 15 116 dossiers ; lors du renouvellement des mandats, seuls trois administrateurs changent, et ce pour cause de retraite. M. Elie Ousteau est reconduit en tant que Président du Conseil d'administration<sup>63</sup>, en présence de la Directrice régionale venue installer le nouveau Conseil d'administration et qui s'était montrée très critique quelques mois plus tôt.

---

54 PV CA, 4 mars 1975, p.12-14

55 *Ibid*, p.20

56 *Ibid*, p.19

57 PV CA, 4 mars 1973, p. 17 : « A casser constamment le rythme de travail, on aboutit non seulement à un rendement critiquable, mais en outre, à l'impossibilité de maîtriser une machine qui s'emballe avec un découragement manifeste des exécutants » (M. Froment, FO)

58 PV CA, 4 mars 1973, p.24

59 PV CA, 6 mai 1975, pp.51-52

60 PV CA, 10 juin 1975, *Lettre de la DRSS du 24 avril 1975* (Annexe I).

61 PV CA, 25 juin 1975, pp.84-88

62 *Ibid*, p.88

63 Voir PV CA, 25 novembre 1975

L'exposé du détail de ces événements va nous permettre de faire quelques observations sur les relations entre la Tutelle et la CPAM, et l'impact de ces relations sur le fonctionnement de cette dernière.

## 2. Les relations de la CPAM de la Haute-Garonne avec la CNAMTS et la Tutelle dans le cadre de la gestion des crises locales

### a) Une distorsion entre objectifs nationaux et réalités locales

Il convient de noter, de manière préliminaire à notre réflexion, que la situation de crise résulte de plusieurs facteurs, dont certains sont exclusivement locaux : les problèmes rencontrés par les employés de la CPAM à cause du nouvel immeuble par exemple, ou encore les conditions dans lesquelles s'opèrent le déménagement début 1973. Ces éléments sont de la seule responsabilité du CA et de la Direction, mais ne sont pas inconnus des autorités supérieures : pourtant, celles-ci maintiennent la pression sur l'administration, sans tenir compte des difficultés rencontrées. De même, sur le volet informatique, des initiatives locales se mettent en place en aval des réformes opérées à l'échelle nationale pour toutes les caisses. L'attribution des ressources et la justification des dépenses dans l'élaboration des budgets permettent donc à la CNAMTS, référent hiérarchique, de connaître l'avancement du projet et les contraintes propres à la CPAM. Malgré cela, elle maintient l'installation de son plan informatique pour 1975, sans tenir compte des mutations à opérer en matière de personnel selon les procès-verbaux<sup>64</sup>.

Par ailleurs, on a vu plus haut les refus systématiques d'accorder le personnel demandé selon les budgets élaborés par la Direction : il ne s'agit pas d'être dupe et d'adopter un prisme misérabiliste et partial. La procédure d'élaboration du budget résulte de transactions entre la CNAMTS et la CPAM, sous l'étroite surveillance de la Tutelle, sorte de négociations en procédure accélérée. On peut d'ailleurs se demander si les propositions faites par la Direction ne relèvent pas d'une estimation large, visant à se poser de manière neutre entre le Comité d'entreprise, dont les exigences sont toujours très élevées, et ses supérieurs

nationaux motivés par une rentabilité optimale en limitant autant que possible les augmentations des coûts de gestion.

Cette analyse pourrait être recevable, si ce n'est deux éléments. Le premier est que la Tutelle avait le dernier mot dans la procédure d'approbation du budget, ce qui indique la subordination de la CPAM à l'Institution mais aussi au ministère. Michel Lages parlait de contrôle *a priori* des décisions de la CPAM, afin de la maintenir dans le respect des lois et l'empêcher de faire basculer son équilibre financier<sup>65</sup>. Le second point est la politique assumée de la part de la CNAMTS de n'attribuer des moyens favorables aux projets des CPAM que sous condition de résultats positifs. Autrement dit, les caisses les plus performantes sont valorisées par l'attribution de ressources supplémentaires pour mener à bien leurs initiatives locales, tandis que celles ayant des difficultés doivent mettre en place des mesures de redressement drastiques sous peine de sanctions budgétaires, voire *in fine* par la destitution de son CA, mesure exclusive au ministre responsable des affaires sociales<sup>66</sup>. En 1973, lorsque le Conseil d'administration demande à la CNAMTS des crédits supplémentaires pour gérer la surcharge de travail due aux retards sur le traitement des dossiers, celle-ci lui répond que ladite aide sera accordée sous réserve de redressement et de résultats, alors même que c'est, entre autres, la mise en place de son plan informatique et le choix d'un matériel peu performant, couplé à un manque chronique de personnel qui sont avancés comme les causes principales de la situation de crise<sup>67</sup>. La CNAMTS élude d'ailleurs totalement le décès du Directeur de la CPAM, M. Henri Selvine, en 1971, puis l'accaparement de son remplaçant, M. Claude Vergne, par la mise en place du plan national<sup>68</sup>.

Nous avons donc d'un côté une caisse locale ambitieuse qui n'hésite pas à prendre des initiatives, comme le plan informatique local concrétisé par le CETELIC, tout en demandant des moyens supplémentaires à la CNAMTS pour la mise en place desdites initiatives mais aussi des directives nationales, et une autorité hiérarchique d'apparence peu sensible aux récriminations de sa subalterne, les yeux rivés sur le déploiement de ses projets sur le territoire et se fiant à des indicateurs nationaux ne tenant

64 PV CA, 30 mars 1973, *Lettre de la CNAMTS du 23 mars 1973* (Annexe II).

65 M. LAGES, *op. cit.*, p.48

66 *Ibid*, p.49

67 PV CA, 30 mars 1973, annexes I et II

68 *Ibid*, Annexe II

pas compte des particularités départementales (présence d'un CHR, forte densité de médecins occasionnant une surmédicalisation et donc des dépenses de santé plus importantes que dans d'autres départements, etc.). Si la surchauffe de la CPAM peut être due à une trop grande volonté d'émancipation et à une dispersion des moyens vers des initiatives « personnelles », on ne peut négliger l'influence d'un processus de décision verticale descendant de nature à traiter des situations particulières par un aplanissement théorique de données différenciées par leur contexte propre. M. Fabre, administrateur, déclarait à ce sujet : « *Les problèmes de la Sécurité Sociale se traitent sur un plan technocratique [...], alors qu'ils devraient se traiter sur un plan humain et social* ». <sup>69</sup>

Les directives tendant au maintien de la mise en place du plan national pendant les années 1973 à 1975 en sont le stigmate.

Cependant, la position de la Caisse Nationale va se nuancer et donner son aval à la mise en retrait de ses exigences au profit du redressement de la caisse : elle valide en 1975 la mise en sommeil des fonctions statistiques des appareils du plan au profit de la gestion des retards sur les dossiers. Mais la CNAMTS de préciser que, quelles que soient les mesures choisies pour le redressement de la Caisse, et quelle que soit la liberté qu'elle lui concède dans cette tâche, lesdites mesures devront respecter l'agenda propre à la CNAMTS <sup>70</sup>.

#### **b) La gestion bicéphale de la crise : des objectifs divergents entre CNAMTS et tutelle**

On constate des divergences sur les points critiqués : là où la CNAMTS va défendre sa position et ses échéanciers en 1973, en enjoignant à sa subordonnée de s'y conformer, l'IGAS et la DRSS vont axer leurs observations sur les conséquences des décisions du Conseil d'administration et du Directeur. L'IGAS pointe en 1974 les indicateurs qu'elle juge mauvais : pour elle, temps d'attente trop longs, « mauvais déménagement », rentabilité en-dessous de la moyenne nationale <sup>71</sup>. En somme, elle ne fait que relever les conséquences des différents troubles qui agitent la CPAM. En 1975, c'est l'organisation même du travail qui est remise en cause par la DRSS, et l'IGAS de tirer les conclusions de tous ces dysfonctionnements :

la responsabilité incombe à la Direction, et à un Conseil d'administration qui applique la « politique du tous ou aucun » <sup>72</sup>. Les critiques vont donc *crescendo*, et dans aucun cas des solutions de sortie de crise ne sont proposées, et ce jusqu'en 1975 avec la main tendue par la CNAMTS : les administrateurs se sentent impuissants face à la crise, et vont même jusqu'à demander des méthodes de travail plus performantes à la CNAMTS <sup>73</sup>.

On voit donc que, même au sein des institutions encadrant l'action de la Caisse Primaire, les logiques sont différentes, avec une absence de concertation qui crée une situation difficile : soit la CPAM essaye de résorber les retards pris sur les plans de la CNAMTS, et encourt les foudres de la tutelle pour avoir délaissé les secteurs sujets à des indicateurs-référence et faisant baisser la rentabilité de la Caisse, soit la Caisse se plie aux exigences de la Tutelle et prend le risque d'être désapprouvée par la CNAMTS pour non-respect du programme national. C'est en adoptant une position de conciliation, visant à réduire les retards sur les prestations tout en essayant de maintenir le *statu quo* avec la Caisse Nationale que la CPAM s'embourbe entre 1974 et 1975. Preuve en est qu'à partir de mars 1975 avec la suspension des fonctions statistiques destinées à la CNAMTS, les mesures prises par la CPAM portent leurs fruits et la Caisse redresse sa situation.

#### **c) La désolidarisation de la CNAMTS et de la tutelle**

Un autre phénomène qu'il est intéressant de noter durant cette période est l'intervention à partir de 1974 des services de l'IGAS, et les avis de la DRSS, qui vont entrer en discordance avec l'attitude adoptée par la CNAMTS à partir de 1975 : là où cette dernière va se montrer optimiste sur le redressement à terme de la Caisse, la DRSS et l'IGAS continuent d'attaquer la gestion de la CPAM. L'IGAS va d'ailleurs proposer la dissolution et le remplacement pur et simple du Conseil d'administration, et ce malgré la stabilisation des services à l'automne 1975 et des performances remarquées. Il est intéressant de voir la tutelle et la CNAMTS adopter des positions différentes, alors même qu'elles sont engagées dans une relation étroite par la procédure d'élaboration des budgets : la CNAMTS, lors de l'attribution des dotations, suit

69 PV CA, 30 septembre 1974, p.82

70 PV CA, 4 mars 1975, p.12

71 PV CA, 30 septembre 1974, p.78

72 PV CA, 25 juin 1975, pp. 84-88

73 PV CA, 30 septembre 1974, p.82



systématiquement les recommandations de la DRSS, et s'inscrit dans une dynamique respectueuse des directives gouvernementales. On peut relever de plus l'attitude adoptée dans sa lettre de 1973, très critique à l'endroit de la CPAM, et particulièrement concernant le non-respect de son agenda propre<sup>74</sup>.

Les raisons du changement de position de la CNAMTS ne sont pas apparentes dans les procès-verbaux, néanmoins, on peut s'avancer à une suggestion : dans les procès-verbaux des 30 septembre et 26 novembre 1974, il est fait mention d'une situation d'opposition des Caisses d'assurance maladie concernant le projet de loi sur la compensation entre les régimes du 24 décembre 1974. La mesure controversée est la possibilité de compenser les déficits par des transferts entre les régimes de base, alors même qu'administrateurs et syndicats (notamment la CGT) imputent le déficit de la Sécurité Sociale à des charges qui ne devraient pas être supportées par les organismes de base, comme certains aspects de l'hospitalisation par exemple. La conséquence de cette loi serait de faire supporter les déficits financiers des régimes en situation difficile par un régime de plus grande taille et à la situation financière excédentaire<sup>75</sup> : autrement dit, la CNAMTS devrait supporter le poids de tous les autres déficits, étant le régime le plus étendu démographiquement parlant. La CRAM Midi-Pyrénées mène la fronde dans la région, et la CPAM s'aligne sur ses positions<sup>76</sup>. Or le 26 novembre 1974, la CNAMTS rend un avis défavorable sur le projet, et relève que « la majorité des caisses » y sont aussi opposées<sup>77</sup>. Dès lors, peut-on voir dans la position conciliante de la CNAMTS la marque de son désaccord sur le projet de loi du 24 décembre 1974 ? Nous n'avons malheureusement pas la réponse à cette question dans nos sources ; peut-être les choses se sont-elles réglées en sous mains, via les réseaux syndicaux ; peut-être la CNAMTS prend-elle finalement en

compte les difficultés de la CPAM et lui accorde un sursis sur l'exécution de l'agenda national.

### 3. Les perspectives d'évolutions structurelles et géographiques

La CPAM va progressivement se relever de ces épreuves au cours des années suivantes, avec quelques changements dans son fonctionnement interne, ainsi que la confirmation de certaines dynamiques au sein de son Conseil d'administration. Les restrictions budgétaires imposées par la DRSS vont être maintenues, avec toujours cet équilibre subtil que nous évoquions plus haut, avec le Directeur en tant que médiateur entre les intérêts syndicaux et les directives hiérarchiques qu'il reçoit. La CGT va aller jusqu'à quitter le CA en 1976 en signe de contestation<sup>78</sup>, et va tenir une conférence de presse dans le hall de la CPAM, ce qui sera dénoncé par le CA<sup>79</sup>. Les revendications du personnel vont donner lieu à quelques mouvements de grève<sup>80</sup>, alors que le gouvernement se prépare à entrer dans une politique d'austérité à partir de 1977.

Les mouvements qui agitent la CPAM ne concernent pas que les relations avec l'extérieur, les conséquences sont aussi internes : le départ de la CGT en 1976 va avoir pour conséquence de laisser une liberté d'action inespérée au CNPF, et passée cette année marquée par sa domination sur les différentes décisions budgétaires et d'orientation de la politique, la situation aura durablement changé. En effet, outre le fait que le CNPF continue de voter les projets de budget à lui seul<sup>81</sup>, il va se placer de telle sorte qu'il soutient de manière quasi-intégrale les propositions d'orientations de la Sécurité Sociale faites par le Gouvernement : ses administrateurs proposent de couper les postes de dépenses peu rentables, de faire des économies sur la gestion administrative et de durcir les contrôles concernant les prestations et les fraudes<sup>82</sup>. Cette attitude est paradoxale, puisque les

74 Voir précédemment I C 1 a) p. 13, pour plus de détails sur les circonstances.

75. M. LAGES, *op. cit* note 2, p.129. La raison avancée est de « ne pas faire supporter aux travailleurs salariés l'essentiel de la compensation, l'État s'était engagé à rembourser le régime général du montant mis à sa charge [sauf pour le régime des mines et des chemins de fer secondaires]. Ce remboursement a eu lieu jusqu'en 1978 ».

76 PV CA, 30 septembre 1974, p.99

77 PV CA, 26 novembre 1974, p.104

78 PV CA, 25 mai 1976, pp.43-45

79 PV CA, 9 juillet 1976

80 On note deux grèves pour la seule année 1977 et une pour l'année 1978. Voir les PV de CA de ces deux années.

81 Le CNPF vote les projets de budget de la Direction à la majorité des voix en 1977, 1978, 1979, 1981, sans autre soutien si l'on exclut une abstention ponctuelle d'une formation salariée. En 1983, c'est la CGC qui sortira de sa position abstentionniste pour épauler le CNPF et valider le projet de budget.

82 PV CA, 30 janvier 1979, annexes.



administrateurs seront unanimes pour défendre les paiements aux guichets, dont la mort est annoncée pour les années 1980, faute de financement suffisant pour les maintenir ouverts. C'était, comme nous le verrons plus tard dans notre développement, l'une des conséquences attendues du développement de l'informatique.

A partir de 1977, la situation de la CPAM en termes de rendements est « excellente », elle n'accuse plus aucun retard chronique. Cette tendance est confirmée par une lettre de la DRSS signalant que la CPAM de Haute-Garonne fait désormais partie des mieux classées pour les indices de production et pour le prix de revient de l'opération<sup>83</sup>. Pourtant, elle ne se montrera pas moins intransigeante sur les questions d'organigramme, continuant à revoir à la baisse les demandes de la Direction de manière systématique.

Les directives pour l'austérité arriveront en 1983, avec comme lignes de force :

- pas de créations d'emploi ;
- limitation de l'évolution des autres postes de dépenses à +3% ;
- utilisation maximale du potentiel humain des CPAM par des remaniements pour pallier les besoins en personnel en fonction des évolutions des demandes ;
- renforcement des pouvoirs délégués par la CNAMTS et le Ministre à l'échelon local<sup>84</sup> ;

Ces mesures sont parallèles aux réformes prochainement prévues concernant le fonctionnement des Conseils d'administration : le retour à l'élection pour les administrateurs se fera en 1983, et laisse déjà augurer d'une répartition des rôles et des pouvoirs qui devrait changer le mode de gestion des CPAM.

Il appartiendra à Paul Guilbaud, nommé Directeur en 1983, d'opérer cette transition, sur fond de revendications des administrateurs qui dénoncent une nouvelle amputation de leur pouvoir décisionnel.

---

83 PV CA, 27 septembre 1977, p.101

84 PV CA, 20 décembre 1983, p. 111 et suivantes

## II. LE DEVELOPPEMENT DE L'INFORMATIQUE A LA CPAM, ENJEU MAJEUR POUR LA RATIONALISATION DES DEPENSES

Le XX<sup>ème</sup> siècle a vu arriver nombre d'évolutions technologiques, qui vont toucher aux moyens de communication mais aussi au traitement de l'information. L'amélioration de plus en plus rapide des techniques et des matériels va intéresser la Sécurité Sociale pour plusieurs raisons : outre les fonctions statistiques offertes par l'informatique, les gains de temps et d'efficacité dans les procédures de traitement

des dossiers vont constituer un enjeu financier et humain de taille.

Il s'agira d'observer le développement de la politique informatique de la Caisse (A), notamment au travers de la création du CETELIC (B), pour finalement mesurer les impacts de cette action sur les différentes composantes de la Caisse primaire (C).

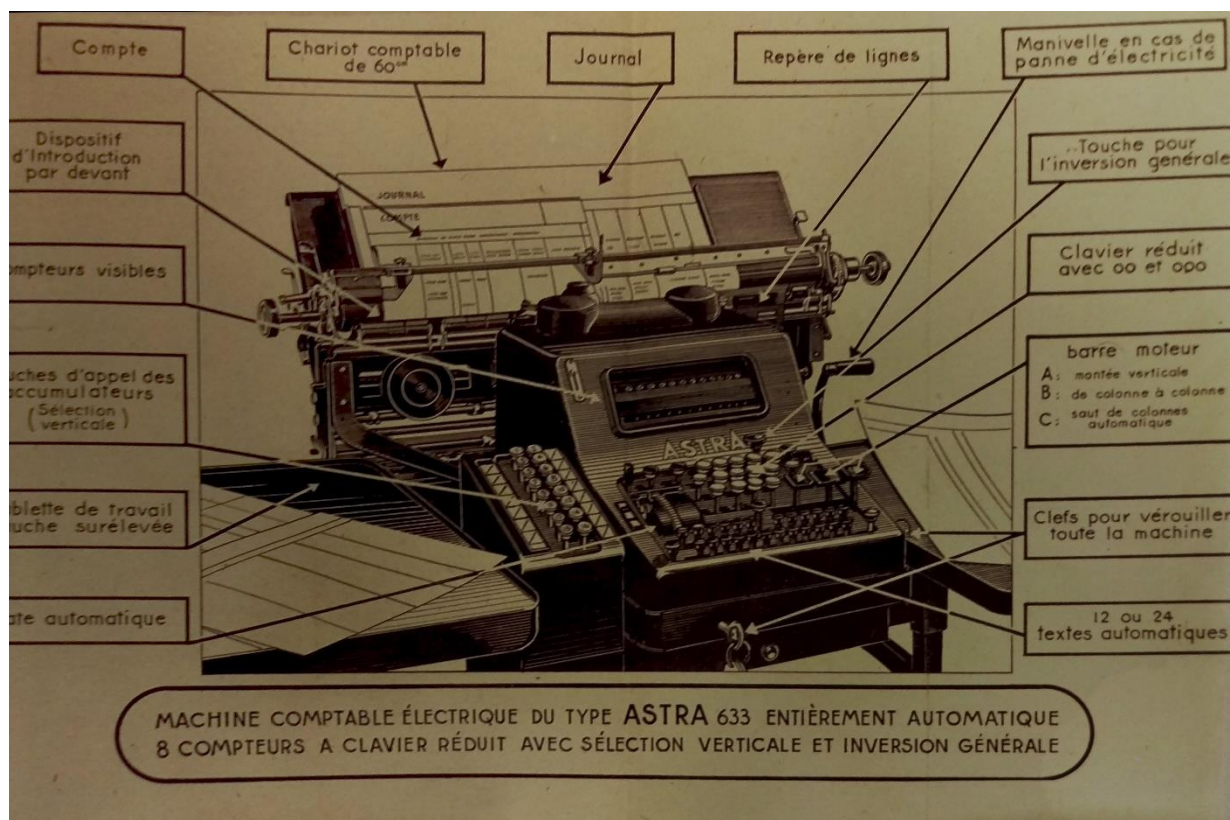


Schéma explicatif des fonctions des machines comptables utilisées à la CPAM-HG

### A. La mise en place d'une politique informatique à la CPAM de la Haute-Garonne

L'informatisation des institutions de la Sécurité sociale a commencé dès les années 60, avec notamment la mise en place d'ordinateurs en 1965 à l'URSSAF de la Haute-Garonne et à la CRAM Midi-Pyrénées. Les raisons avancées tenaient à la charge de travail très importante, ainsi qu'à des difficultés administratives, et l'informatique était perçue comme un moyen

d'optimiser les rendements à effectifs égaux<sup>85</sup>. Dans une logique similaire, la CPAM va commencer à se mécaniser dans les années 60, notamment au travers d'un plan mécanographique régional piloté par la FNOSS. Il s'agissait alors de mettre en place un traitement automatisé des relevés d'honoraires médicaux, réalisé par un atelier de perforation, et qui permettrait de traiter 1 600 dossiers par jour.

Si l'on entre dans le détail des mesures prévues, il s'agit pour la CPAM de créer un atelier qui lui sera rattaché, et d'assumer le statut de caisse

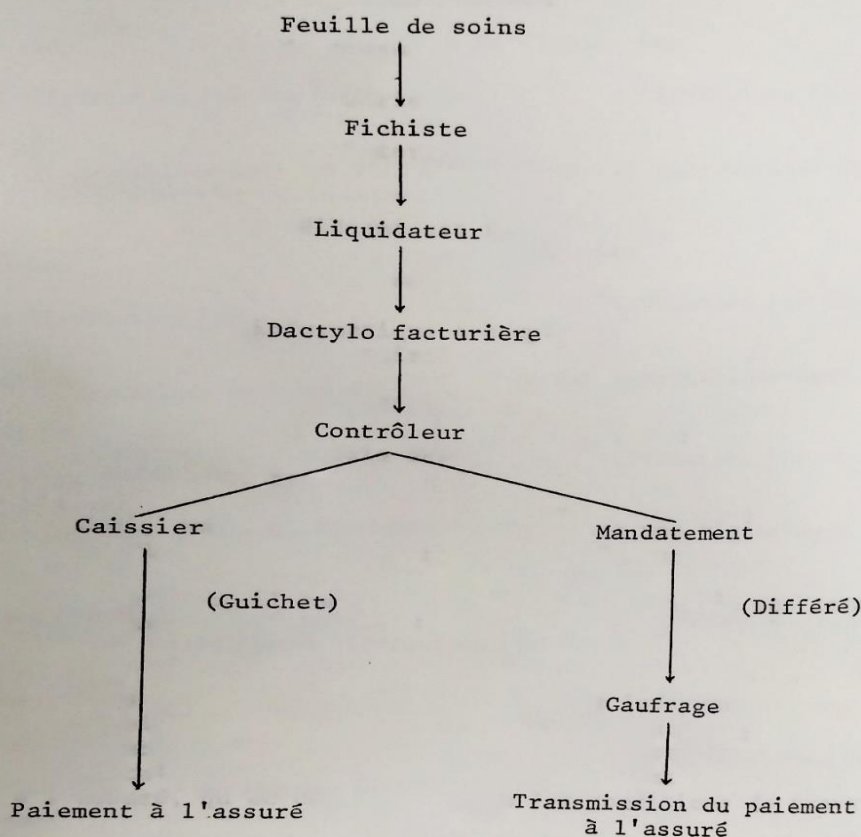
85 <https://fresques.ina.fr/securite-sociale/fiche-media/Secuso00080/1-informatisation-de-la-securite-sociale.html>. Consulté en janvier 2019

pilote. Lui incombe dès lors l'établissement du plan mécanographique, qui va concerner les caisses de la région, et avec qui elle va être en communication au sein de commissions. La FNOSS est à l'origine de la mise en place de cette coordination régionale, mais délègue sa mise en place et sa gestion à la CPAM de la Haute-Garonne<sup>86</sup>. L'atelier envisagé composé de 12 machines, sous la conduite de 14 employés de la Caisse, devrait permettre par la perforation-vérification des dossiers, outre l'automatisation des relevés d'honoraires des médecins, celle de la production des bordereaux, des mandats, etc.<sup>87</sup>. Cependant, ce

projet sera abandonné au profit de la lecture de marques, pour des raisons de lourdeurs structurelles mais aussi de personnel, en effet, ce système devait permettre d'absorber une progression de la charge de travail sans nécessairement être corrélée par une augmentation proportionnelle du personnel<sup>88</sup>. Le système démarrera finalement le 21 novembre 1967, et le CA de relever une bonne adaptation du personnel à ses nouvelles fonctions : il va proposer d'étendre progressivement cette méthode de travail à d'autres types de décomptes<sup>89</sup>.

## - LA PERIODE PREINFORMATIQUE (1946-1967) -

Le circuit logique de traitement pendant cette période se résume en :



Ce circuit initial permettait une organisation modulaire qui se caractérisait par une réelle souplesse de traitement.

Pendant des années, les effectifs croissaient proportionnellement à l'augmentation du volume de travail.

*Schéma fonctionnel d'une chaîne de travail classique à la période des machines comptables*

86 Les administrateurs se réfèrent à une circulaire FNOSS, B.29, du 18 juin 1966. PV CA, 24 mars 1967, pp.77-80

87 PV CA, 6 avril 1967, annexe

88 PV CA, 9 mai 1967, pp.121-123

89 PV CA, 30 novembre 1967, p.237

La question principale qui préoccupe les administrateurs pour la mise en place de l'informatique est la peur de la déshumanisation. En effet, c'est un thème récurrent dans leurs interventions sur le sujet : les craintes touchent autant la question de l'emploi que de l'image du service auprès des assurés. La CGT est fermement opposée à tout projet mécanographique ou informatique, y voyant un moyen permettant de réduire la masse salariale de la CPAM<sup>90</sup>. Pour les administrateurs, il s'agirait de l'apparition précoce des signes indicateurs d'une suppression à terme des guichets pour le paiement des prestations aux assurés. Il faut bien garder à l'esprit qu'en 1967, la CPAM est encore jeune et ne fait pas encore l'unanimité en Haute-Garonne : certaines garanties doivent être prises afin de continuer à maintenir une image attractive de la CPAM auprès des non affiliés, qui ne sont pas majoritaires, mais représentent pour autant une part non négligeable de la population. L'objectif est encore d'étendre la couverture sociale à tous les Français.

Une autre problématique rencontrée est celle du partenariat à choisir : la CPAM se retrouve avec deux options, la CRAM ou l'URSSAF. Les administrateurs sont méfiants à l'endroit de la Caisse régionale, du fait de l'existence d'un précédent dans le dossier informatique : en effet, d'après le Conseil d'administration, la CRAM avait refusé préalablement de s'intégrer au plan, avant de revoir sa position suite à une sollicitation de la CPAM du Lot<sup>91</sup>. La proposition de la CRAM donnerait à celle-ci le rôle de coordinateur régional, et aurait comme avantages de permettre à la CPAM de la Haute-Garonne de développer son atelier informatique propre dans ses futurs locaux et de décharger l'URSSAF. A l'opposé, le partenariat avec l'Union de recouvrement mènerait à la création de la fédération des CPAM de la région sous l'égide de la CPAM de la Haute-Garonne, en dehors de tout contrôle extérieur, et présenterait comme autre avantage de permettre la sauvegarde et la continuation des efforts déployés par la CPAM et l'URSSAF depuis bientôt un an. En effet, une partie des liquidations de la CPAM sont opérées à l'URSSAF par des employés de la CPAM formés à cette fin<sup>92</sup>. Cette solution repose sur un contrat de location de matériel entre l'URSSAF et la CPAM ; le CE s'est déjà prononcé en faveur de cette deuxième option. Les administrateurs redoutent une perte d'autonomie en engageant une relation avec la CRAM dans ce dossier : ils craignent une situation de subordination.

Pourtant, malgré les nombreux arguments en faveur du partenariat avec l'URSSAF, le Conseil d'administration choisit de maintenir le *statu quo*, tout en prévoyant l'installation d'un atelier propre dans ses futurs locaux<sup>93</sup>. Cette position est due à la présence de M. Monthieu au CA, qui cumulait sa fonction d'administrateur avec celle de Président de la CRAM, et qui a intercedé en faveur de cette dernière auprès du Conseil d'administration, obtenant le *statu quo*. Il va promettre la prise en compte des efforts de la CPAM en matière de personnel et de travaux si elle accepte la mise en place du plan régional. Cependant, l'attitude de la CPAM de Haute-Garonne ne semble pas avoir plu aux autres CPAM de la région : M. Loubière fait savoir, durant la réunion du 27 septembre 1968, que celles-ci affichent publiquement leur défiance. Le Conseil d'administration va donc faire le choix de continuer avec l'URSSAF tout en opérant un repli sur elle-même<sup>94</sup>.

A ce stade, on peut légitimement se demander si les initiatives prises localement par la CPAM ne sont pas à l'origine de l'animosité montrée par les autres Caisses Primaires de la région. La place privilégiée qu'occuperait la CPAM de Haute-Garonne au terme de la création d'une fédération dans laquelle elle se trouverait en position de caisse pilote, avec la mainmise sur le personnel et les matériels, et le poids que celle-ci a dans la région de par le contexte géo-économique (plus forte population dans la région, proximité du CHR, nombre d'affiliés, etc.) sont de nature à inquiéter ces plus petites caisses. En s'avancant un peu, on peut se demander si les questions et récriminations touchant à l'autonomie et aux pouvoirs des Caisses primaires sont aussi aiguës, voire plus prononcées dans des caisses de petites tailles et avec moins de moyens qu'à la CPAM de la Haute-Garonne, qui fait partie des plus gros organismes de France. Se trouver en partenariat avec une entité plus importante, géographiquement proche et avec des intérêts propres au sein d'une fédération dans laquelle ladite entité opérerait la gestion, pourrait leur faire craindre la superposition progressive d'un nouvel échelon tutélaire de fait, en plus de la tutelle légale opérée par l'Etat et la DRSS.

Quoi qu'il en soit, la tension continue de monter fin 1968, et M. Monthieu se trouve en position de conciliation entre ces caisses et le Conseil d'administration qui souhaite réagir sous la forme d'une réponse écrite et qui propose le

90 PV CA, 6 avril 1967 et 9 mai 1967

91 PV CA, 5 juillet 1968, pp. 109-114

92 PV CA, 28 juin 1968, p.96

93 *Op. cit.*, 5 juillet 1968, p.115

94 PV CA, 27 septembre 1968, p. 137-139



dialogue plutôt qu'une passe d'arme<sup>95</sup>. Cette posture est intéressante, car la CPAM de la Haute-Garonne sera forcée de réagir face à l'animosité qu'elle rencontre : en se plaçant en tant que médiateur, M. Monthieu sert les intérêts de la CRAM en tant que Président de celle-ci au sein du Conseil d'administration de la CPAM de la Haute-Garonne, et non comme membre exclusif de ce dernier. Cela lui permettrait d'amener la CPAM de la Haute-Garonne à la table des négociations, sous la supervision de la CRAM, or on sait que celle-ci a déjà été contactée par d'autres caisses pour ce dossier : face à la pression du nombre, la CPAM de la Haute-Garonne n'aurait d'autre choix que de plier et de se ranger à l'avis général, laissant alors la CRAM à la gouverne du plan de régionalisation.

Finalement, le dossier est envoyé à la Commission informatique du Ministère des affaires sociales : la CPAM dépose une demande d'autorisation pour mener une étude de l'impact de l'informatisation à l'échelle locale, avec un cahier des charges et demandant à faire le choix du matériel. L'objectif est de mécaniser un maximum de décomptes en liquidation, puis d'intégrer progressivement les relevés d'honoraires des médecins. Cette demande brusque est motivée par l'arrivée à échéance du contrat qui unissait la CPAM à l'URSSAF, mais aussi par la disponibilité des locaux pour l'installation du matériel et par une équipe de techniciens expérimentés ayant travaillé sur les machines de l'URSSAF. Bien que cette saisine se fasse de manière isolée, le CA fait le choix d'informer les autres caisses, en leur laissant l'opportunité de se joindre à la CPAM de la Haute-Garonne, dans l'optique de former à terme une fédération régionale<sup>96</sup>.

Le ministère rend sa décision courant 1970 : la réponse est positive, mais sous de strictes conditions. Entre autres, la CPAM aura pour obligation de faire un appel d'offre très large, et devra s'occuper de l'unification des moyens avec les caisses adhérentes. Autre point : elle devra former le personnel sur le plan régional, et assumera la fonction de « caisse pilote »<sup>97</sup>. Autrement dit, elle assume toutes les responsabilités et les charges qui découlent de cette étude. Le coût de l'opération est de 862 740 francs, à la charge exclusive de la CPAM, et va bientôt s'y ajouter la somme de 57 350 francs

pour la formation du personnel. Le matériel choisi sera celui de l'entreprise CII.

Le CA accepte ces conditions, mais non sans inquiétudes vis-à-vis de la charge que va représenter ce programme pour le budget de gestion administrative de la Caisse<sup>98</sup>. Pour pallier cette difficulté, la Direction va privilégier les mutations internes de personnel en fonction des besoins de chaque département de la Caisse plutôt que de recruter de nouveaux agents. La coordination régionale se fait au sein de la Commission régionale de Coordination de la Politique Informatique, à laquelle siègent deux membres des conseils d'administration de chaque Caisse Primaire adhérente. Les décisions y sont prises après concertation préalable<sup>99</sup>. La prochaine étape de développement de l'informatique régionale est la création du Centre de Traitement Électronique Inter-Caisse (CETELIC), entité que l'on retrouvera dans chaque région à partir des années 1970.

## B. La naissance du CETELIC

L'organisme est créé en 1971 et les modalités de son installation s'étalent sur plusieurs années. Le CETELIC est chargé de réaliser le déploiement du matériel informatique destiné à l'automatisation des décomptes et au fonctionnement de la chaîne nationale statistique. En 1972, il regroupe la CPAM de la Haute-Garonne, et les CPAM du Gers, des Hautes-Pyrénées, du Tarn-et-Garonne et de l'Ariège ; son personnel est issu des rangs de la CPAM de la Haute-Garonne et bénéficie des avantages de son Comité d'entreprise<sup>100</sup>. La Caisse supporte son coût de fonctionnement intégral sur son budget de Gestion administrative. Autre cumul des rôles pour la CPAM de la Haute-Garonne : c'est le Directeur, M. Claude Vergne, qui occupe les mêmes fonctions au sein du CETELIC.

Ces différentes solutions sont envisagées comme provisoires : tout l'enjeu pour la CPAM est de faire reconnaître au CETELIC la personnalité morale afin d'opérer son détachement. A ce moment-là, il sera doté d'organes et de personnel propres, et la CPAM n'aura plus à assumer tant le cumul des fonctions que son coût de fonctionnement qui s'élève déjà à 3 641 720 francs en 1972, et ne va cesser d'augmenter<sup>101</sup>.

95 PV CA, 28 octobre 1968, p.170

96 PV CA, 3 mars 1969, pp.37-45

97 PV CA, 25 mai 1970, p.29 et suivantes.

98 PV CA, 1 juillet 1970, p.62

99 PV CA, 23 février 1970, p.8

100 PV CA, 21 février 1972, pp.5-9

101 PV CA, 16 mai 1972, p.40



Cependant, la pleine capacité juridique du CETELIC ne sera accordée qu'à la condition de la création d'une union des CPAM de Midi-Pyrénées : cet organe collégial obtiendrait alors la pleine capacité et aurait pour fonction la gestion du CETELIC et le développement de la politique régionale, déchargeant ainsi la CPAM de sa pesante excroissance<sup>102</sup>.

A ce stade, on peut se demander si le fait que M. Vergne exerce les fonctions de Directeur tant pour la CPAM que pour le CETELIC, que le personnel soit réparti entre les deux organismes et que les coûts supplémentaires incombent à la CPAM ne sont pas autant de facteurs ayant précarisé la CPAM, favorisant l'apparition de la crise que l'on a pu étudier plus haut entre 1973 et 1975. Entre les personnels effectivement affectés aux machines et ceux en formation pour la montée en puissance des appareils, et en prenant en compte les refus systématiques d'accorder les postes demandés chaque année par la Direction, il est plausible d'envisager la création du CETELIC comme une cause de surchauffe. Et quand la Direction est accusée d'avoir mal préparé le déménagement, se pourrait-il que certaines erreurs aient été commises du fait des trop nombreuses responsabilités qui échoient au Directeur à ce moment-là, plutôt que par laxisme ? La question reste en suspens, bien que le Conseil d'administration défende bec et ongle M. Vergne et sa gestion des événements. Toujours est-il qu'en essayant de prendre les devants dans le développement de l'électronique, la convergence des calendriers couplée aux conditions imposées par la CNAMTS et le Ministère dans le cadre de l'installation de l'électronique pour l'année 1973 mettent la CPAM en difficulté. Néanmoins, il est nécessaire de souligner que sans ces outils mis en place, la CPAM n'aurait sans doute pas réussi à refaire surface aussi rapidement, quoi que puissent en dire le Comité d'entreprise et certaines centrales syndicales.

La création de l'Union des Organismes de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (UOSSAF) est approuvée par le Conseil d'administration en octobre 1973 : elle aura la personnalité morale, et déchargera donc la CPAM de son statut de caisse de rattachement<sup>103</sup>. Le budget du CETELIC pour 1973 était de 4 085 994 francs, et la Direction prévoyait une augmentation à 5 293 652 francs pour 1974<sup>104</sup> : en 1973, il représente approximativement 1/10<sup>ème</sup> du

budget de gestion administrative de la CPAM. Il faut noter que la CNAMTS prend en compte ce statut de « caisse de rattachement », et octroie à la CPAM un budget complémentaire destiné à couvrir les dépenses liées au fonctionnement du CETELIC. Cependant, certaines difficultés persistent, puisqu'en 1974, M. Vergne est directeur intérimaire de l'UOSSAF et gère encore le CETELIC<sup>105</sup>, tout en jonglant avec la mise en place de la chaîne nationale ; le problème ne sera toujours pas résolu à la fin de l'année 1974, la CNAMTS refusant tous les candidats proposés pour prendre la tête du CETELIC et de l'UOSSAF. La situation de la CPAM est d'autant plus précaire qu'elle est contestée et mise en minorité au sein du CETELIC en 1975<sup>106</sup>. La pression de la CNAMTS reste forte, elle impose le rythme de mise en place de l'informatique : nous l'avions vu plus haut, mais il faut attendre 1975 pour qu'elle consente à des assouplissements dans sa politique afin de permettre à la CPAM d'exploiter les systèmes informatiques à leur plein potentiel. Les questions de personnels et de matériel sont importantes, et chaque nouveau changement de machine entraîne des conséquences lourdes : il faut acheter les machines et former les personnels, ce qui a un coût et un impact en termes de productivité, puisqu'un caissier en formation est un caissier de moins pour gérer les liquidations et les paiements. La CNAMTS ne cache par ailleurs pas que sa politique vise à la maîtrise et à la coordination de la mise en place de l'informatique à des fins d'économies, et ce au plus vite. M. Lages relevait alors que l'informatique était aussi bien un outil essentiel pour la suite du développement de la Sécurité Sociale qu'un instrument de gestion hiérarchique<sup>107</sup>, comme nous avons pu le voir précédemment dans le cadre de la gestion de cette crise par les supérieurs hiérarchiques de la CPAM. On constate d'ailleurs que la liberté du Conseil d'administration dans le dossier informatique est toute relative : quand il fait la demande d'étude en 1969, celle-ci n'est acceptée que sous conditions : autrement dit, il s'agit d'une transaction, mais nullement à jeu égal, puisqu'en échange de son accord, le ministère délimite intégralement la ligne de conduite et le cahier des charges de la CPAM, ne lui laissant que le mérite de l'initiative, et aucunement la latitude d'action escomptée lors de la demande.

En cherchant à gagner en autonomie, la CPAM s'est vue contrainte dans son action.

---

102 PV CA, 11 juillet 1972, p.61

103 PV CA, 5 octobre 1973, p.85

104 *Ibid.*, p.84

105 PV CA, 2 avril 1974, p.27

106 PV CA, 21 janvier 1975, p. 14

107 M. LAGES, *op. cit.*, p.132

De même, lorsque les matériels sont installés et les personnels formés, la CNAMTS peut enfin acter la mort des paiements au guichet par une coupure budgétaire brutale pour 1980<sup>108</sup> : ainsi, l'informatique permet une mutation profonde de la Caisse, qui va se concentrer non plus sur l'exécution des tâches mais sur l'accueil du public, tout en maintenant les effectifs à niveau constant, neutralisant ainsi toute revendication salariale supplémentaire en matière de personnel, et rendant les outils technologiques indispensables pour toutes les parties.

Notons finalement que malgré toutes ces remarques, l'informatique porte ses fruits : les coûts de traitement des dossiers baissent<sup>109</sup>, alors que la productivité augmente.

### C. Le plan informatique, une réalité aux visages multiples

Afin de mieux comprendre les conséquences des politiques informatiques de la CPAM sur son fonctionnement, nous allons étudier son impact humain sur la gestion de la Caisse (1). Nous éclaircirons le développement des outils statistiques permis par ces progrès technologiques, qui auront un impact certain sur l'avenir de l'organisme et l'exécution de ses missions (2).

#### 1. Impact humain et conséquences politiques internes

A partir de 1976, le CETELIC accueille de nouveaux membres : y adhèrent les CPAM du Lot, de l'Aveyron et du Tarn<sup>110</sup>. Plus tôt dans l'année, celui-ci avait été victime d'une grève des personnels de la CII, qui s'opposaient à la dénonciation prochaine de son contrat par la CNAMTS et la CPAM en matière d'ordinateur central<sup>111</sup>.

Un constat s'impose à partir de 1977 : l'informatique est culturellement assimilée par les organes décisionnaires de la Caisse et les centrales syndicales, puisque du côté de la Direction, on envisage d'augmenter encore les moyens à disposition et des promotions sous forme d' « échelons » parmi les personnels travaillant sur machines<sup>112</sup>, tandis que du côté des centrales syndicales, on négocie les promotions à la hausse sans ne plus remettre en cause le

système informatique, comme c'était le cas de façon récurrente. Néanmoins, précisons bien que la CGT et la CFDT s'inquiètent toujours du risque de déshumanisation des services, véritable leitmotiv dans leurs annonces et les interventions faites par ses administrateurs-représentants, et tentent donc de limiter au maximum l'expansion inexorable de ce nouvel outil de rationalisation de la dépense. Car on ne peut négliger les craintes des salariés de la CPAM de voir les services de prestations progressivement écrémés en faveur d'une machinerie moins coûteuse et plus efficace, à une époque où la CNAMTS annonce d'ores et déjà le tournant de « l'austérité »<sup>113</sup> : il est nécessaire pour la crédibilité de ces deux centrales de s'opposer à toute menace pesant sur leur électorat qui, comme le montrera le déroulement des événements, fera le premier les frais de la politique de restriction budgétaire imposée aux Caisses. Notons enfin que l'année est marquée par deux mouvements de grèves, l'un le 24 mai 1977, et le second le 4 novembre 1977 ; en réponse, la Direction fait des annonces concernant les promotions de 150 commis d'ordre à agents techniques, revues à 60 en septembre 1977<sup>114</sup> pour rentrer dans les exigences budgétaires de la tutelle.

Cette première crise est annonciatrice de l'impact qu'aura l'introduction de cette nouvelle technique dans la Caisse : la mise en place de matériels nécessitant une formation plus pointue du personnel entraîne nécessairement un mouvement de glissement ascendant des personnels en fonction de leurs nouvelles qualifications. A effectif constant, cela se manifeste alors par une augmentation proportionnelle des coûts de gestion engendrés par ces promotions, et il devient alors nécessaire de compenser par une inflation, encore une fois proportionnelle, des capacités budgétaires en matière de personnel. Or dans notre cas, les progressions ne sont pas corrélatives, et avec un poste frais de personnel du budget de qui ne croît pas assez, la Caisse se retrouve dans une posture délicate : elle peut soit accorder ces promotions d'un bloc, et ce au détriment d'un autre poste de dépense (ce qui, en théorie, est impossible, puisque le budget annuel est subdivisé par domaines, chacun permettant de faire face au franc près aux dépenses prévues, avec une surveillance de la tutelle quant à l'utilisation des ressources), soit écouler progressivement

108 PV CA, 25 septembre 1979, p.108

109 PV CA, 6 janvier 1981, p.18

110 PV CA, 28 septembre 1976, p.85

111 PV CA, 25 mai 1976, pp. 54-55

112 PV CA, 31 mai 1977, pp.49-53

113 Circulaire 303/77 CNAM, 14 septembre 1977

114 PV CA, 31 mai 1977 et PV CA, 27 septembre 1977

l'avancement, en l'étalant sur plusieurs exercices budgétaires, permettant ainsi de respecter les consignes budgétaires et de continuer le recrutement du personnel nécessaire pour assurer la charge de travail de la CPAM.

Malheureusement, ce système ne prend ni en compte la pression syndicale exercée sur la Direction et le CA (la CGT ne se gêne pas en 1976 pour organiser une conférence de presse dans le hall de la Caisse, sans prévenir ni le Conseil d'administration, ni la Direction<sup>115</sup>), pas plus que la pression sociale exercée par les salariés à qui l'on refuse provisoirement un nouveau statut qui leur revient de droit, et ce avec l'appui du Comité d'entreprise. En tenant compte des rythmes de travail maintes fois dénoncés depuis la crise de 1975, on comprend que la Caisse Primaire se transforme en véritable poudrière, avec les grèves de 1977 qui vont se poursuivre en 1978, cette fois avec des retards à la clé<sup>116</sup>. La position est difficilement tenable, d'autant plus que le Conseil d'administration et la Direction commencent à montrer des signes de mécontentement : lors de la séance du 31 mai 1977, alors que le débat sur les promotions de personnel montre des signes de tension entre les différents acteurs, le Directeur de la CPAM coupe court en invoquant de manière explicite la réglementation pour rappeler à l'ordre le Président et le Conseil d'administration. Bien qu'il ne fasse que revendiquer les pouvoirs que les textes lui octroient, c'est une première dans les procès-verbaux : le Conseil d'administration n'est pas l'égal du Directeur, comme le laissait entendre le déroulement des débats les années passées. La gestion du personnel est de la responsabilité de la Direction, quoi que puissent dire les administrateurs, et il s'agit d'un véritable rappel aux textes pour eux. Chose intéressante, on trouve en annexe une motion dénonçant, pour la première fois aussi, la pratique de la CNAMTS d'envoyer ses directives aux Directeurs des CPAM et pas au Conseil d'administration<sup>117</sup> : un peu plus tôt, les administrateurs accusaient la Direction de retenir des documents les intéressant directement dans la gestion de la Caisse. Par la suite, la Direction se fera de nouveau interpellé par les administrateurs concernant les rythmes de travail imposés et des « pressions » qu'elle exercerait sur les employés : le Directeur s'offusque<sup>118</sup>. Sa crédibilité est remise en cause,

puisque son avertissement précédent n'aura eu pour seul effet que d'agacer des administrateurs déjà sous tension, alors que ces derniers continuent d'aborder les questions de personnel en réunion du Conseil d'administration.

Résultat : lors du vote du budget de gestion administrative 1979, les administrateurs salariés font front commun contre les propositions de la Direction, qui selon eux ne garantissent ni assez de créations de postes (malgré la création de 46 postes), ni des progressions de carrières satisfaisantes. Pourtant, le Directeur lui-même souligne la nécessité de faire preuve de flexibilité pour éviter une aggravation de la situation en 1979, pouvant selon lui provoquer de nouveaux épisodes de grève<sup>119</sup>. Comme souligné plus tôt, le Directeur se retrouve en position difficile, entre un Conseil d'administration de plus en plus revendicatif et ses positions loyales envers la CNAMTS et la tutelle. Il sera encore mis en minorité lors des premières discussions sur l'installation du plan LASER<sup>120</sup>, et défendra seul l'informatique comme favorable au personnel, ce qui par ailleurs est avéré : sans cet outil, la crise de 1975 n'aurait pu être résorbée aussi promptement. Toujours est-il que pour 1980, ce ne sont pas moins de 107 transformations de postes qui sont demandées par la Direction afin d'accorder les avancements indispensables au regard du niveau de qualification de plus en plus élevé des personnels<sup>121</sup>.

## 2. La mise en place des séries statistiques, enjeu crucial pour une gestion rationnelle

Objectif premier de la mise en place de l'informatique dans les caisses, celle des statistiques devait permettre une meilleure connaissance des contextes locaux et de l'évolution des dépenses de santé selon certains critères et postes de dépenses. Le Système National Informatique (SNI) devait concrétiser les besoins de connaissance du terrain particulier à chaque CPAM pour mieux établir les dépenses prévisionnelles, en réalité mieux les adapter, avec comme fonction de :

- répertorier les décomptes et les relevés mensuels des indemnités journalières par assuré et par CPAM ;
- répertorier les relevés des activités par établissement hospitalier ;

115 PV CA, 9 juillet 1976

116 Du 13 au 24 mars 1978, le personnel met en place un mouvement de grève perlée : les employés continuent de travailler mais en réduisant leur efficacité et leur productivité. PV CA, 4 avril 1978, p.28

117 PV CA, 31 mai 1977, Annexe 1.

118 PV CA, 23 mai 1978, p.54

119 PV CA, 26 septembre 1978, pp.89-90

120 Réunion extraordinaire pour la présentation du système LASER ; PV CA, 14 juin 1979, p.75

121 PV CA, 25 septembre 1979, pp.108-113

- faire la ventilation des dépenses par CPAM, par risque, par acte, et par gestion ;
- faire la mise à jour quotidienne de l'activité des praticiens.

Ce qu'on constate avant la mise en place de leur version la plus aboutie pour les années 80, le système GERICO (GEstion des Risques de COntôle), c'est que ces statistiques n'apparaissent pas comme ayant un impact sur les décisions prises à l'échelle nationale ni locale. Leur exploitation commence en 1978.

#### **a) La série Surveillance des Conventions (SURCONV)<sup>122</sup>**

Cette série statistique avait pour but de superviser l'application des conventions avec le corps médical. Il faut préciser qu'entre 1967 et 1984, les relations entre les professions médicales et les organismes de Sécurité sociale ne furent que rarement cordiales. En première ligne, les CPAM, chargées de faire appliquer les clauses de la Convention désormais nationale aux médecins affiliés aux syndicats signataires, convention signée par la CNAMTS. De nombreux épisodes de grève émaillèrent cette période, et les syndicats donnaient généralement pour consignes d'appliquer des tarifs syndicaux en attendant de la signature de la convention suivante, etc. Les CPAM avaient pour charge le dialogue local, avec des rencontres dans des instances telles que la Commission Paritaire Départementale, qui avait, entre autres, pour fonction de déterminer les conditions d'accès aux dépassements d'honoraires. Mais elles devaient également assurer le contrôle des pratiques : en effet, les Conventions prévoyaient que les médecins devaient faire preuve d'autodiscipline dans leurs pratiques. C'est à la Caisse que revenait la responsabilité d'assigner en justice les fraudeurs devant les juridictions compétentes pour juger de leurs infractions, mais aussi de prendre des sanctions contre les contrevenants à la Convention, la sanction la plus lourde étant le déconventionnement et la perte des avantages concomitants. D'ailleurs, lors de certaines époques de flottement entre convention ancienne et convention négociée, il n'est pas rare de voir les syndicats des professions médicales intimenter à leurs affiliés d'appliquer un tarif syndical, ce qui donnait lieu à des vagues d'avertissements contre les médecins suivant les consignes syndicales,

pouvant aller, dans de rares extrémités, jusqu'au déconventionnement.

Toujours est-il que dans un système où la maîtrise des coûts passe par celle des dépenses de santé des assurés sociaux, la connaissance des pratiques locales est un enjeu de taille, particulièrement dans un département qui accueille un Centre Hospitalier Universitaire et dont la densité de médecins est très élevée. Et cela n'arrange en rien les relations avec le monde médical, qui regarde avec méfiance (à raison) un outil destiné à les surveiller.

#### **b) La série Signalement des Postes de Risques Anormaux (SIPRIAN)**

Cet outil devait permettre de surveiller les causes de dépenses et les phénomènes liés à la consommation médicale, dans une optique de comparaison avec les moyennes nationales. Nous avons beaucoup insisté sur le budget de gestion administrative, mais dans les dépenses d'une CPAM à partir des années 70, plus de 97% des moyens sont attribués au paiement des prestations. De là, on comprend qu'une hausse de la consommation médicale à un instant T entraîne une augmentation proportionnelle des remboursements octroyés, et donc des coûts pour la Sécurité Sociale. Or les années 70 sont marquées par une augmentation quasi-constante de la consommation médicale dans le département, avec de surcroît une population médicale qui ne cesse d'augmenter, et une population de consommateurs touchée par un vieillissement continu. Nous présentons les résultats par année, dans le tableau de la page suivante.

Ces statistiques permettent de mieux connaître les causes des tendances qui affectent les différents postes de dépenses dans le département. La CPAM de la Haute-Garonne est régulièrement au-dessus des moyennes nationales et la consommation médicale est en constante augmentation pour cette période, et par là même les dépenses de la CPAM. Cela est en partie dû à une densité médicale très élevée : 212 médecins pour 100 000 habitants en Haute-Garonne (contre 154 en France en 1975)<sup>123</sup>. Enfin, on peut voir que les informations consignées dans les procès-verbaux sont d'abord très précises et détaillées, puis sont réduites à un simple résumé de la tendance générale dans

122 Afin de garder en lisibilité et de ne pas multiplier les renvois en bas de page, les informations étant éparpillées dans le texte des PV, nous nous contenterons de renvoyer aux PV CA des années 1978 à 1983 pour plus d'informations concernant SURCONV et SIPRIAN.

123 *Numerus clausus et démographie médicale en France*, p. 1370, Bull. Acad. Natle Méd., 2014, 198, no7, 1367-1378, séance du 28 oct. 2014) <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/03/PAGES-DE-1367-1378.pdf> consulté le 21/09/2018..



le département : cette évolution vers un appauvrissement progressif des informations est annonciatrice de celui de la source qu'est le

procès-verbal de Conseil d'administration, particulièrement à partir des années 2000.

Résultats SIPRIAN (Signalement des Postes de Risques Anormaux)	
1978	→ prix de la journée d'hospitalisation plus élevé que la moyenne nationale → vieillissement de la population ; → surmédicalisation du département ; → forte proportion d'exonérés de ticket modérateur ; → consultations et actes de technique médicale en hausse.
1979	→ surmédicalisation du département, provoquant une forte croissance des actes de base ; → indemnités journalières en baisse ; → dépenses d'hospitalisation en baisse, avec un nombre de journées d'hospitalisation en baisse ; → forte proportion d'exonérés de ticket modérateur.
1980	→ tous les postes de risque en hausse et légèrement supérieurs à la moyenne nationale ; → secteur hospitalier, en baisse mais au-dessus de la moyenne nationale ; → ralentissement de la croissance des dépenses ; → baisse des exonérations de ticket modérateur.
1981	→ forte croissance des indemnités journalières et des frais hospitaliers en janvier, puis baisse en mars ; → maîtrise des exonérations de ticket modérateur ; → baisse des dépenses de santé en mars et stabilisation de la croissance sous le seuil national.
1982	→ tous les postes de dépense en augmentation ; → accélération des dépenses de santé due à une augmentation du prix des journées d'hospitalisation.
1983	→ augmentation des dépenses de santé inférieure à celle au niveau national.

Figure 1 : tableau des résultats présentés pour la statistique SIPRIAN par année, entre 1978 et 1983.

### c) Le modèle GERICO

Annoncé en juin 1980, il a pour but « d'élaborer les prévisions de dépenses pour l'année à venir par extrapolation de l'évolution constatée sur l'année précédente et l'année en cours, corrigées de tous les éléments qui peuvent être connus ». Le suivi statistique est désormais décentralisé afin de laisser à la CPAM le soin d'établir des prévisions et d'en suivre la réalisation trimestrielle. Les comptes prévisionnels devraient donc être plus précis, permettant ainsi d'arriver à une meilleure comptabilité nationale. On comprend rapidement que ce nouveau modèle a pour but de permettre d'aligner les dépenses de l'année à venir sur les prévisions, avec une marge d'erreur raisonnable. En suivant cette logique, les finances des CPAM seront d'autant plus serrées, avec beaucoup moins de place pour les prises de risque et les

initiatives hors champ : on s'approche d'un mécanisme de planification budgétaire strict, qui aurait pour conséquence de placer la CPAM en position d'exécutant non décisionnaire. Dès 1982, le système prouve sa fiabilité, avec une marge d'erreur inférieure à 2%. Cependant, aussi précis soit-il, le modèle GERICO ne peut prévoir tous les aléas, et notamment les mouvements de grève qui touchent épisodiquement l'hôpital public, ou encore menés par les professions médicales (notamment les infirmiers).

Une illustration intéressante de ses fonctions peut être trouvée en 1984 : cette année-là, le système de la dotation globale des hôpitaux publics est mis en place. Schématiquement, il consiste à attribuer une enveloppe déterminée par avance à la CPAM, qui devra la verser aux hôpitaux pour qui elle est « caisse pivot ». Le modèle va alors déterminer qu'en 1985, la mise

en place de la dotation globale pourrait provoquer une chute de 47% des dépenses en hospitalisation publique, ce qui aurait pour résultat de causer une augmentation globale de tous les autres postes de dépenses de 17,5%. Cependant, la diminution de l'important poste hospitalier fait que, malgré la progression globale des autres postes de risque, les dépenses en Haute-Garonne baisseront de 0,6% . On peut d'ores et déjà quantifier, dès 1984, l'impact d'une réforme sur toute la population médicale du département, grâce au modèle GERICO, et

par là-même établir des prévisions pour les tendances à venir pour l'équilibre de la zone.

La suite de l'évolution de l'informatique dans la CPAM se fera après 1984, lorsque le plan LASER sera enfin concrétisé après trois années de retard. Annoncé dès 1980, il devait initialement être mis en place progressivement entre 1982 et 1985, avec un renouvellement conséquent du matériel pour l'adapter aux nouvelles technologies.

## CONCLUSION

La période 1967-1983 est très riche en événements. Les ordonnances de 1967 opèrent de grands changements pour le Conseil d'administration, qui va voir ses moyens d'action évoluer. Les relations qu'il va entretenir avec la Direction Régionale de la Sécurité Sociale et la CNAMTS vont être marquées par de nombreux conflits résultants de visions opposées de la manière dont doit se déployer l'action de la Sécurité Sociale. Là où les contraintes globales vont amener le gouvernement et la CNAMTS à opérer progressivement des réductions budgétaires et mettre en place des mesures d'économies, le Conseil d'administration va voir une amputation progressive de son pouvoir. Le sentiment de certains administrateurs à l'égard de telles dynamiques va les placer en rejet des orientations globales. L'impression qui se dégage de nos sources est celle d'une profonde incompréhension, avec des acteurs locaux qui dénoncent une vision trop uniformisante de leur situation par les pouvoirs publics et leur autorité hiérarchique.

Ces conflits vont se manifester dans le cadre de la procédure d'élaboration des budgets, avec des ralentissements conséquents dans l'attribution des dotations, notamment sur le volet des dépenses de personnel. Le CA et la Direction vont connaître des périodes de crises, comme dans les années 1973 à 1975, tout en restant solidaires. C'est grâce à une conciliation patiente entre la CNAMTS et la CPAM que cette dernière va finalement pouvoir faire face à ses

difficultés, et reprendre un fonctionnement normal à la fin des années 1970.

Au sein du Conseil d'administration, le paritarisme redéfinit les rapports de pouvoirs entre centrales syndicales. La fragmentation des représentations syndicales des salariés face au bloc monolithique des représentants du CNPF va avoir des conséquences notables sur l'évolution de la CPAM : en témoignent les nombreux budgets votés par les seuls représentants de cette organisation. On peut parler de déséquilibre, mais aussi y voir un gage de stabilité pour la CPAM, qui va pouvoir fonctionner avec des moyens suffisants.

Durant cette période, la mise en place de l'informatique sera une étape-clé. Ces nouveaux matériels, mis en place progressivement, vont avoir des conséquences parfois désastreuses à court terme, comme sur la période 1973-1975, mais prouveront leur valeur à moyen et long terme, par l'augmentation de la productivité et des rendements de la Caisse. Cela va même lui permettre de faire évoluer sa structure afin de s'adapter aux enjeux des années 1980. Enfin, grâce à ce matériel voient le jour des séries statistiques pour une meilleure connaissance des paramètres locaux qui influent sur les dépenses de la CPAM, le tout dans une optique de rationalisation de la dépense et de la gestion qui sera plus que bienvenue pour faire face au contexte des années 1980, et notamment du très décrié « tournant de l'austérité ».

## VISITE AU MUSEE NATIONAL DE L'ASSURANCE MALADIE

Le CRHSS Midi-Pyrénées a organisé le 12 septembre 2019 une visite du Musée national de l'Assurance maladie à Lormont. Elle a rassemblé une trentaine de membres du Comité régional d'histoire et une dizaine des AROC (Associations des Retraités d'Occitanie). Suite à la visite guidée du Musée en matinée, l'après-midi, la visite d'une cave très moderne précédait le retour en bus.

Le Musée est dans le château de Lormont construit en 1860. En 1948, la CPAM de la Gironde l'acquiert pour en faire une maison de convalescence mais les locaux sont peu adaptés. Jean-Pierre Rey, directeur de la CPAM de la Gironde a été à l'origine de la création du musée, inauguré il y a 30 ans.

### Une participante a fait le commentaire suivant de la visite du musée :

*Le fil conducteur de notre visite du Musée de la Sécurité Sociale a été le mot "solidarité".*

*Solidarité par cette stèle funéraire du 1er siècle ap J.-C. réalisée par ses compagnons d'esclavage en hommage à Hermogène.*

*Solidarité qui s'élabore peu à peu au fil des ans par une législation plus ou moins imposée et dont, aujourd'hui encore, beaucoup n'ont même pas conscience et critiquent en mettant en relief les aspects purement négatifs.*

*Notre guide, par son enthousiasme, a su utiliser ce fil conducteur pour nous remettre en mémoire ce long cheminement d'une législation fort complexe et aux méandres multiples qui reste en perpétuelle mouvance.*

*L'agencement des salles, la richesse des documents et du matériel présenté évoquent plus un jeu de piste ludique qu'une présentation rébarbative d'une institution si souvent méconnue qui nous accompagne tout au long de notre vie.*



Le château siège du Musée National de l'Assurance maladie (photo C. Auber)



Un des premiers signes de solidarité entre les hommes : la pierre tombale de Hermogènes (1<sup>er</sup> siècle après J.C.). Cette stèle funéraire retrouvée à Timgad en Algérie avait été payée par ses compagnons d'esclavage afin que son nom après sa mort soit lu.

(photo et suivantes, M. Lages)



L'accueil du groupe par la présidente du CAHSS (à gauche) et la responsable du Musée.



L'humanisation de la Sécurité sociale dans les années 1970 par la mise en place des hôtesses d'accueil.

Sur la photo, derrière le guichet grillagé, l'hôtesse d'accueil est en uniforme fourni par la Caisse primaire..

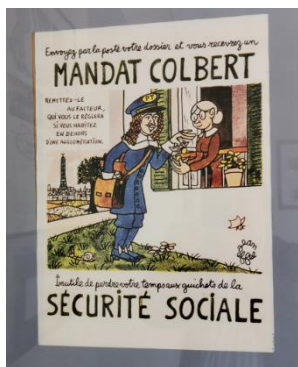




Aux origines de la protection sociale, les sociétés de secours mutuels (au 19e siècle) et leurs bannières dans la salle 1 du Musée.



L'arrivée des ordinateurs au sein des CPAM : un DPS 6000 Bull utilisé pour le système LASER des années 1990 (et à droite un disque amovible de saisie des règlements « caisse » en 1986).

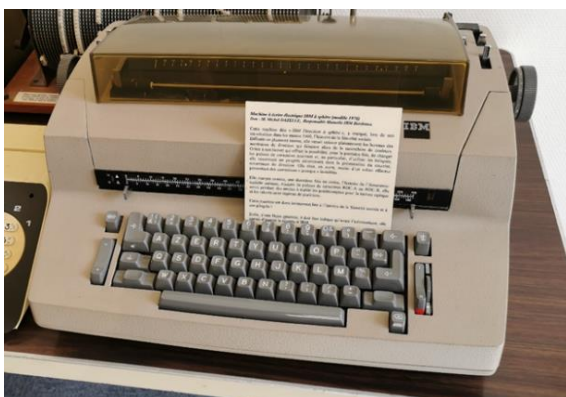


« Envoyez par la poste votre dossier et vous recevrez un MANDAT COLBERT Inutile de perdre votre temps aux guichets de la SECURITE SOCIALE ». Affiche de Jean Effel.



Une salle consacrée aux « 70 ans de Sécurité sociale des travailleurs indépendants ».

Et pour terminer...



Machine électrique dite « IBM Direction à sphère » modèle 1976. Elle permettait pour la première fois de changer les polices de caractères (italiques pour le courrier direction et « ROC-A » et « ROC-B » pour établir les prédécomptes maladie pour la lecture optique).



La visite la visite d'une cave près de Lormont aux installations très modernes. L'intendance (réservation du bus, du restaurant, visite de la cave) a été assurée par Liliane Bouriane, présidente de l'AROC Haute-Garonne.



Retrouvez en ligne les Lettres d'information du  
Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale MP en vous connectant sur :  
[www.histoiresecump.fr](http://www.histoiresecump.fr)  
puis sélectionnez l'onglet «Etudes, publications» rubrique «Lettres d'information»

The screenshot shows the website interface for 'Lettres d'information'. At the top left is the logo of the 'Comité régional d'histoire de la sécurité sociale midi-pyrénées'. The main header features the title 'Le Souvenir, non comme une Nostalgie Mais comme une raison de vivre au présent' and the name 'Marie Rouanet'. A navigation bar includes links for 'Accueil', 'Qui sommes-nous ?', 'Editoriaux archivés', 'Etudes, publications', 'Historique dirigeants', 'Bibliothèque', and 'Contacts, liens'. A sub-menu under 'Etudes, publications' lists 'Lettres d'information', 'Gouvernance de la protection sociale', 'Anniversaires de la Sécurité sociale', 'Contributions', and 'Mémoires et archives'. The main content area displays the title 'Lettres d'information' with a 'Version imprimable' icon. The featured article is 'Solidarisme et Sécurité sociale, entre passé et avenir', 'Lettre d'information n° 25 - avril 2019'. The text describes a communication by Albert ANOUILH from a 2018 meeting. It also mentions that the letter is available in PDF and as a 'flipbook'. To the right, there are sections for 'Nouveautés' (with a link to the featured letter), '13 février 2019 : rencontre sur l'histoire des MSA en Midi-Pyrénées', and 'Activités 2018' (Bilan 2018...). A search bar is located at the bottom right of the page.

ou flashez l'adresse avec votre smartphone :



Direction de la publication, mise en page : Michel Lages

Impression : Carsat Midi-Pyrénées