

La Caisse primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne de 1984 à 2018



« *Histoire d'un organisme de Sécurité sociale au travers des procès-verbaux de ses Conseils d'administration et Conseils* », tel pourrait-être le sous-titre de l'étude de Dimitri Chaminade.

La principale source de l'étude provient en effet de ces procès-verbaux de 1967 à 2018. Leur important volume a nécessité une longue exploitation et la priorisation des thèmes à traiter. Comme le signale l'auteur dans la Lettre précédente, ces documents « ne rendent compte que partiellement de la réalité historique du moment ». Une autre difficulté tient pour le chercheur à étudier cette « histoire immédiate » voire très contemporaine avec des acteurs encore en activité pour certains.

Dimitri Chaminade, que je remercie pour cette étude et ses diverses facettes, en intitule la suite : « *L'ère de la maîtrise budgétaire : 1984-2018* ».

La première partie a pour titre « *les mutations de la CPAM dans le cadre d'une gouvernance centrale plus affirmée* » ce qui peut sembler paradoxal, la loi du 17 décembre 1982 étant censée renouer avec la démocratie sociale par l'élection des administrateurs représentant les salariés redevenus majoritaires au sein du Conseil d'administration. Mais dès son installation les alliances antérieures reconduisent le président et au niveau national les plans de redressement ne tardent pas à apparaître, précédant la maîtrise des dépenses de santé. La réduction des dépenses de fonctionnement amène la fin des paiements aux guichets. Les Contrats d'objectifs pluriannuels concertés (Copac) introduisent en 1989 une souplesse de gestion appréciée des directions et préfigurent les Contrats pluriannuels de gestion (CPG) déclinaison des Conventions d'objectif et de gestion (COG) issues du plan Juppé.

Dans une deuxième partie, l'auteur analyse les évolutions et apports du système informatique LASER et de la carte Vitale. Il souligne l'aide importante de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne aux victimes de la catastrophe AZF.

En troisième partie, le doctorant traite de la période postérieure à la loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie*. Le « Conseil » remplace le conseil d'administration, le MEDEF et la CGPME y font un retour salué par les conseillers aux pouvoirs encore amoindris.

Au plan local, des dossiers opposent le Conseil et la Direction sur le devenir des centres de paiement, l'accueil à l'Oncopole alors que l'action sanitaire et sociale sera pour l'organe politique de la CPAM le dernier pré-carré à défendre.

Je remercie le Président et la Direction de la CPAM pour leur implication dans ce travail de recherche, et tout particulièrement Edith Pageaux, Sous-Directrice, avec qui j'ai suivi l'avancement de l'étude de Dimitri Chaminade, sans oublier Michel Davila, Directeur général, dont vous lirez en page 2 l'avant-propos.

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



« *La science sociale a presque horreur de l'évènement. Non sans raison : le temps court est la plus capricieuse, la plus trompeuse des durées.* »

Ouvrant cet avant-propos, j'emprunte à l'historien et académicien français Fernand Braudel, cette phrase qui d'une certaine façon, donne à mesurer le singulier exercice de dialectique auquel était convié l'étudiant rédacteur des pages qui suivent.

Et en effet : faire récit de plus de deux décennies d'histoire de cet important organisme social du territoire français que représente la CPAM de Haute-Garonne, avec pour matériau d'observation et d'analyse les quelques milliers de pages des procès-verbaux de ses conseils d'administration, était pour résumer beaucoup les choses, la mission qui incombait à Dimitri Chaminade, étudiant en histoire du droit, qui est l'auteur des lignes qui suivent.

Qu'il en soit ici sincèrement remercié, et félicité.

A travers ces seuls « événements », d'une teneur elle aussi singulière, partielle, et par ce fait-même forcément réductrice, l'angle de vision qui lui était imposé ne pouvait ni entièrement refléter, ni exhaustivement embrasser toutes les facettes de ce focus sur un « temps court » de notre service public territorial.

Mais signaler ces réserves, rappeler ces limites, ne retire rien, bien au contraire, à l'intérêt de l'étude réalisée.

Il faudrait, pour penser cela, vouloir méconnaître le rôle unique, riche autant qu'il est complexe, que constituent la vie démocratique, les débats souvent, les joutes parfois, les divergences ou les consensus mais au final les nécessaires arbitrages décisionnels qu'appelle, au fil du temps le modèle français du paritarisme, dans la gestion et les orientations stratégiques d'une caisse d'assurance maladie.

Il faudrait, pour penser cela, décider d'écarter d'un inopportun revers de main les enseignements que cette étude révèle, en filigrane, sur l'évolution des jeux d'équilibres au plan des prérogatives de gestion partagées entre conseils et directions d'organismes sociaux.

On observera notamment les déplacements de lignes qu'ils ont connus, de ce point de vue, sous l'influence des poussées législatives successives ; et l'on pourra tout particulièrement apprécier la façon dont les femmes et les hommes qui en étaient investis s'en sont emparés.

Toutes circonstances qui au fil des ans donnent un témoignage vivant et vivace à la fois – nous sommes à Toulouse en terre cathare - des incessantes transformations qui caractérisent ce qu'il est convenu de désigner sous le terme, lui-même d'ailleurs controversé, de gouvernance de la Sécurité Sociale.

En cela encore, ce témoignage parfois pointilliste, souvent très incarné, est indiscutablement précieux. Car « *les hommes font l'histoire, mais ils ne savent pas l'histoire qu'ils font* », disait un autre prestigieux historien, Raymond Aron.

Mes chaleureux remerciements vont en conclusion à Michel Lages, inlassable Président du comité régional d'histoire de la Sécurité Sociale, sans l'experte volonté duquel cette nouvelle réalisation n'aurait sans doute pas vue le jour.

Michel Davila

Directeur général de la CPAM de 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.

Dans le numéro précédent¹, Dimitri Chaminade a relaté l'histoire de « la CPAM de la Haute-Garonne des ordonnances de 1967 à la réforme de 1982 ». L'introduction rappelle les sources de l'étude et les jalons historiques des Assurances sociales à la CPAM d'aujourd'hui. La première partie « La CPAM après les ordonnances de 1967 : autonomie et souveraineté dans l'action locale » détaille l'installation du conseil d'administration devenu paritaire, ses votes budgétaires et les difficultés de la Caisse de 1973 à 1975. La seconde partie « Le développement de l'informatique à la CPAM, enjeu majeur pour la rationalisation des dépenses » étudie la mise en place d'une politique informatique à la CPAM, la naissance du CETELIC et le plan informatique. L'auteur conclut sur la richesse en événements de cette période.

Le volume de l'étude de Dimitri Chaminade a nécessité de déplacer quelques passages en notes de bas de page pour plus de lisibilité de cette Lettre d'information.

Les photos pages 2, 9, 17, 27, 29, 30 émanent de la CPAM-HG, celles pages 11 et 19 de Michel Lages.

L'ERE DE LA MAITRISE BUDGETAIRE : 1984-2018

Les deux crises pétrolières des années 70 font entrer le monde dans une période de récession connue comme la fin des « Trente Glorieuses », menaçant les économies des pays industrialisés.

La France ne fait pas exception : dans un contexte de ralentissement de l'économie, une dynamique de dépense inconsidérée dans le cadre de l'extension du système de soins paraît malvenue. Face aux critiques médiatiques et à un système budgétaire interne ayant souvent tendance à se gripper du fait des clivages politiques et de la lourdeur de la procédure budgétaire entre les CPAM et la Tutelle, l'Assurance maladie va connaître des mutations.

De nombreux plans², comme le plan Seguin (1986), vont être menés au fil des années afin

de réduire progressivement des déficits jugés problématiques et régulièrement pointés du doigt.

Ils prennent la forme de grandes lignes de réduction des dépenses au niveau national, avec des moyennes nationales vers lesquelles les organismes doivent tendre.

Dans ce contexte particulier, le Conseil d'administration et la Direction vont évoluer de concert afin de maintenir la Caisse primaire d'Assurance maladie de la Haute-Garonne (CPAM-HG) dans de bonnes moyennes, tout en s'adaptant aux restrictions budgétaires qui vont se faire de plus en plus pesantes au fil des années et de l'aggravation de la tendance globale à la récession de l'économie.

¹ Lettre d'information n° 26, Comité régional d'histoire de la sécurité sociale, novembre 2019, 32p. disponible en ligne : http://www.histoiresecump.fr/sites/default/files/lettre_crhssmp_26.pdf

² De 1975 à 1996, pas moins de 19 plans de financement de la Sécurité sociale sont mis en place par les pouvoirs publics, ensuite remplacés par les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) issues de la réforme Juppé de 1996. <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/plans-de-reforme-de-l-assurance-maladie-en-france.pdf> consulté le 26/08/2019

I. LES MUTATIONS DE LA CPAM DE LA HAUTE-GARONNE DANS LE CADRE D'UNE GOUVERNANCE CENTRALE PLUS AFFIRMÉE

La Sécurité Sociale commence à changer dans les années 80, mais de manière incertaine. Politiquement, la tendance prédominante est le retour aux valeurs sources : la démocratie sociale. La loi n° 82-1061 du 17 décembre 1982 traduit cette volonté de renouer avec des principes forts, hérités d'une période consensuelle hautement fantasmée dans l'imaginaire collectif. Sont donc remises en place les élections des Conseils d'administration pour les représentants salariés avec la suppression du paritarisme : c'est le principe de la représentativité³.

Les représentants des salariés disposeront de quinze sièges d'administrateurs, ceux des employeurs sont réduits à six. Deux sièges sont accordés à la FNMF et deux autres aux personnes qualifiées. En théorie, les situations de mainmise du CNPF par majorité unilatérale sont révolues : le débat devrait en conséquence reprendre une place prédominante dans le processus d'administration des CPAM. Au plan national, c'est le syndicat CGT qui remporte les élections⁴, ce qui n'aura que peu de répercussions sur la CPAM-HG comme nous allons le voir.

La réforme sera mise en place en 1984, mais ne sera pas la seule source de changement au sein du Conseil d'administration (A).

Un autre aspect de ces mutations va tenir à l'influence des organismes et des autorités supérieurs de la CPAM-HG. Un axe majeur d'action va être la maîtrise des coûts de gestion administrative, qui va grandement changer le fonctionnement et les perspectives de la Caisse primaire (B).

A. Dynamique d'évolution du Conseil d'administration

La mise en place du Conseil d'administration (CA) issu des élections de 1983 va être l'occasion de clarifier les nouvelles positions des administrateurs de la CPAM-HG, avec la création de nouveaux équilibres mais la conservation de certains fonctionnements de longue date, finalement dénoncés par certains (1).

Le Conseil d'administration de la CPAM de la Haute-Garonne va aussi être influencé dans ses repères idéologiques par un nouveau paradigme, celui de la maîtrise des dépenses (2).

1. Suite à la réforme de 1982, la mise en place du Conseil d'administration, prémices de changements

a) L'installation du Conseil d'administration

Le nouveau Conseil d'administration (CA) est installé le 10 mai 1984 par la Directrice régionale des affaires sanitaires et sociales, Mme Paule Ricci. Dans le discours traditionnel d'installation, outre les habituels remerciements et exposés des chiffres de bases concernant la CPAM-HG, elle rappelle les fonctions propres au CA et à la Direction. Elle définit le premier comme « *une assemblée chargée de guider* » la Caisse primaire, dans une « *volonté constructive* » afin de « *collaborer avec la CNAM et l'Administration* » à la bonne conduite des missions de l'Assurance maladie⁵. Elle énumère ensuite les fonctions propres au CA :

- élaborer les statuts de la Caisse primaire ;
- voter les budgets de gestion administrative fixant les moyens d'action de la Caisse et d'action sanitaire et sociale ;
- nommer aux emplois de direction ;
- contrôler l'application par le Directeur et l'Agent-comptable des dispositions législatives et réglementaires, ainsi que l'exécution de ses propres délibérations.

Cette définition préliminaire des compétences de chacun présente différents aspects. Elle permet d'assurer une information transparente des nouveaux administrateurs sur le fonctionnement légal de la Caisse et ce, tout en rappelant aux anciens leurs strictes prérogatives. On retrouve systématiquement cet élément à chaque installation, ce qui permet en théorie d'éviter la mise en place de pratiques institutionnelles locales favorables à la Direction ou au CA, en désamorçant au préalable des pratiques issues de l'expérience des anciens administrateurs. Il s'agit aussi de rappeler son rôle au Conseil d'administration qui est sans fonction exécutive de par les textes : il a des pouvoirs de contrôle de la légalité des actions de la Direction et d'approbation des budgets et en aucun cas un véritable pouvoir d'administration de la CPAM, dévolu tout entier au Directeur.

La Directrice régionale n'hésite pas à rappeler les limites des pouvoirs du CA. En ce qui concerne son pouvoir d'approbation des budgets,

³ M. LAROQUE, *La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes* ; T. 6 : 1981-2005, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 2005, p. 26

⁴ *Ibid*, p. 201 et suivantes

⁵ PV CA (Procès-verbal du Conseil d'administration), 10 mai 1984, pp. 1-3

elle précise que « *l'Administration de contrôle [...] suivra votre action avec une attention compréhensive* »⁶, en vérifiant aussi bien l'opportunité des décisions que leur légalité.

Pour le pouvoir de contrôle, elle se montre plus incisive : « *Je souligne [...] que le pouvoir de contrôle dont dispose le Conseil d'administration [...] sur le fonctionnement général de cet organisme ne l'autorise pas à se substituer ou à donner des injonctions au Directeur [...], ni à annuler ou à réformer les décisions prises par celui-ci.*⁷ »

Autrement dit, le CA ne peut imposer sa volonté que par le consensus lors des votes et, en cas de conflit, en ayant recours aux autorités de Tutelle. Il n'a donc pas de réel pouvoir sur la gestion de la CPAM, et en cas d'échec du dialogue entre les deux pôles de décisions, seule une tierce partie, la Tutelle ou la CNAMTS, peut régler le conflit. Le CA est donc un organe à vocation politique et non pas administrative.

Le Directeur M. Paul Guilbaud résume bien la situation dans laquelle se trouve le CA en termes de pouvoir : « *Le vote du budget est une des prérogatives essentielles des Administrateurs, même si leur pouvoir est encadré par les directives de l'autorité de Tutelle qui prend la décision définitive* »⁸.

Les votes du CA ne sont que des indicateurs de l'équilibre politique entre les différentes représentations en son sein et les actions proposées par la Direction ainsi que de la concordance entre les besoins et les tendances locales avec les politiques d'action publique nationales.

Cette mise au point n'est pas au goût de tous et, comme de coutume, chaque centrale syndicale donne à lire une déclaration de principes visant à affirmer la ligne que suivront ses représentants pendant leur mandat. FO affirme une volonté de réforme profonde de l'Institution, notamment pour l'informatisation⁹, alors que d'autres comme la CGT, fustigent la remise en question de la prééminence des Conseils d'administration sur les Directeurs en contradiction avec les principes de l'article 14 du décret du 12 mai 1960¹⁰.

⁶ PV CA, 10 mai 1984, p. 2

⁷ *Ibid*, p. 3

⁸ PV CA, 16 octobre 1984, p. 177

⁹ *Ibid*, p. 12

¹⁰ *Ibid*, p. 4. L'article 14 I. du décret n° 60-452 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation au fonctionnement de la sécurité sociale, dispose que « *le Directeur assure le fonctionnement de l'organisme sous le contrôle du conseil d'administration* ». Le CA dispose d'un pouvoir de contrôle et de sanction des directeurs : « *En cas de faute disciplinaire le Conseil d'administration est compétent pour leur infliger une sanction pouvant aller jusqu'au licenciement* ». M. LAGES, *L'évolution de la gouvernance de la Sécurité Sociale*, thèse en droit sous la direction d'Albert Arséguet, Université Toulouse 1 Capitole, 2012, 450 p. voir p. 140. Disponible en ligne : <http://publications.ut-capitole.fr/18339/1/LagesMichel2012.pdf>.

¹¹ PV CA, 10 mai 1984, p. 21

Cependant, tous affirment la nécessité de relâcher la pression exercée par la Tutelle sur le CA et de revenir à un mode de gestion moins administratif et plus porté vers l'humain.

b) Une nouvelle composition du CA (Conseil d'administration)

En termes de composition, le CA présente des évolutions importantes. Suite à la réforme de 1982, les représentations changent :

- Confédération Générale du Travail (CGT) : Robert Bonnet, Henri Bordage, Etienne Bouard, Pierre Grailles, Christine Mora ;
- CGT-Force Ouvrière (CGT-FO) : René Courrège, Georges Monticelli, Elie Ousteau, Robert Roques ;
- Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT) : Jeanine Chataud, René Ciry, Michel Souilles ;
- Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC) : Jean Vincendo ;
- Confédération Générale des Cadres (CGC) : Daniel Coulon, Jean-Claude Martinet
- CNPF-CGPME : Roger Artigue, Théophile Cambon, Roger Cazalot, Pierre Claux, Jean-Marie Contal, Robert Serres
- Personnes qualifiées : M. Delmas, Régis Rami

La recomposition est très importante : seuls huit anciens administrateurs titulaires sont présents sur 21 sièges et MM. Rami et Delmas sont désormais personnes qualifiées. Chaque représentation comprend donc au moins un administrateur vétérinaire, acquis au fonctionnement du CA, à l'exception de la CFTC avec un élu néophyte (M. Vincendo).

Première marque de la réforme sur les mentalités : l'élection du président ne se fait pas avec un seul candidat. Se présentent M. Ousteau (CGT-FO), M. Ciry (CFDT) et Mme Mora (CGT). M. Ousteau est élu avec 16 voix. Mme Mora en obtient 5, M. Ciry 3¹¹ et, sauf les syndicats d'appartenance de ces deux administrateurs,

les autres organisations auront voté pour Elie Ousteau, dans la continuité de la tradition du CA. De même, M. Cambon, CNPF, sera élu premier vice-président avec 16 voix contre 9 pour Mme Mora¹². En ce début de mandature, la CGT montre sa volonté d'occuper la fonction présidentielle au sein du CA, en accord avec le poids qu'elle estime avoir de par sa représentativité. De même, lors des débats pour déterminer si le CA doit avoir un ou deux vice-présidents, elle est seule à proposer et soutenir l'élection d'un seul. Elle assume dès les premiers instants de ce nouveau CA une position d'opposition, qui se manifestera par la suite sous la forme de contestations régulières et virulentes. Finalement, le choix se portera sur un deuxième vice-président, M. Vincenzo (CFTC) élu avec 16 contre 9 pour M. Souilles (CFDT)¹³.

Un échange assez vif entre M. Monticelli et M. Grailles illustre cette nouvelle tendance. Le premier porte à l'attention du CA un tract distribué par la CGT dans les locaux de la CPAM dénonçant des ententes entre syndicats lors des élections des vice-présidents dans les CA des différents organismes de Sécurité sociale. M. Monticelli (CGT-FO) alors apostrophe la CGT en rappelant que celle-ci a fait de même pour faire élire le vice-président du Conseil Economique Régional, ce à quoi M. Grailles (CGT) rétorque qu'« *il s'est formé une entente entre certaines organisations syndicales et le patronat pour constituer une majorité* »¹⁴.

Il s'agit d'une rupture historique dans le monde politique de la CPAM : à l'ère du paritarisme, les organisations salariales avaient tendance à présenter un front commun, avec en général l'une d'entre elle en désaccord, rôle qu'assuraient en général tour à tour la CFTC et la CGC. Qui plus est, le bloc des employeurs n'avait pas besoin de bénéficier des scissions internes au bloc salarié dans le CA, puisqu'il constituait à lui seul une majorité dans la plupart des cas, comme déjà vu. Dans le cas d'espèce, il semble que le conflit concerne principalement la CGT et FO qui a emporté toutes les élections à la présidence du CA, le Vice-président appartenant au CNPF. Cette altercation marque la fin du « front salarié », avec la CGT qui va se placer systématiquement en opposition vis-à-vis des employeurs (CNPF-CGPME) et de toute décision

contraire aux principes fondateurs des ordonnances de 1945. Au fil du temps, ce dogmatisme va créer une situation d'isolement et de décrédibilisation des positions de la CGT qui ne pourra même plus assumer un rôle d'opposition fonctionnel.

La mainmise du groupe FO sur la présidence semble résulter d'un consensus bien ancré. Après le décès en poste de M. Elie Ousteau, de nouvelles élections sont organisées et M. Georges Monticelli est proposé pour le poste. Il sera élu par 16 voix contre 3 pour M. Ciry (CFDT), mais cette fois la CGT s'abstient de présenter un candidat et de voter¹⁵. Alors que la CFDT affirme sa volonté de prendre plus de pouvoir au sein du CA, la CGT semble avoir retenu les leçons de sa défaite aux élections précédentes. Il est aussi intéressant de noter que le CNPF-CGPME n'a pas présenté de candidat et vote unanimement pour un administrateur arrivé en poste trois mois plus tôt, signe que des tractations externes ont probablement eu lieu. La démocratie dans le fonctionnement interne du CA paraît peu opérante au niveau de l'attribution des fonctions à responsabilités.

c) Les plans de redressement de la Sécurité sociale

La mise en place des plans de redressements se fait sentir dès le début de la mandature : pour 1984, le budget de gestion administrative (GA) affiche une baisse des crédits de fonctionnement de 4 millions de francs. Pour la première fois, aucune création de poste n'est envisagée¹⁶. Les prévisions pour 1985 ne sont guère meilleures : le Directeur Guilbaud annonce une réduction des moyens de 7,5 % en GA imposée par le niveau national. Il s'attend à des réductions progressives des effectifs pour l'avenir, avec des obligations plus pressantes de maîtrise des dépenses de santé.

Mais cette nouvelle tendance dans l'action de la Caisse va se heurter à différents facteurs, tel la démographie médicale de la Haute-Garonne, bien supérieure aux moyennes nationales, ou encore les éléments psychologiques ancrés dans les mentalités et favorisant des consommations régulières de soins parfois jugés inutiles. Autre problème : la notion de droit à la santé¹⁷, tendant à l'extension progressive de la

¹² PV CA, 10 mai 1984, p. 26

¹³ *Ibid*

¹⁴ PV CA, 24 mai 1984, p. 101

¹⁵ PV CA, 3 juillet 1984, p. 116

¹⁶ PV CA, 24 mai 1984, p. 85

¹⁷ Le droit à la santé est un droit fondamental aussi bien au niveau national qu'au niveau international. A l'échelle de notre Constitution, l'on trouve ses racines dans le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, aux art. 10 et 11. En droit international, ce droit est proclamé par le préambule de la constitution de l'OMS, point n°2, ratifié par la France en 1946. Il garantit à chaque individu l'accès à des soins de santé adéquats, abordables, efficaces et acceptables.

couverture médicale des assurés au détriment d'une politique de réduction des coûts¹⁸. En conséquence, la Direction propose des objectifs adaptés aux contraintes, en atteignant des soldes minimums de dossiers en instance, avec une meilleure connaissance des dépenses de santé et une généralisation du tiers payant pharmaceutique¹⁹. Les positions sont partagées : la CGT-FO et le CNPF-CGPME font état de leur satisfaction tant sur les dynamiques que sur les propositions de la Direction, la CGT et la CFDT en désaccord, affirment qu'elles s'opposent à une gestion « économiste » de la Sécurité sociale²⁰. Le budget est voté par 17 voix contre 8 (CGT/CFDT).

La réforme met un terme au monopole des employeurs, obligeant les administrateurs à former des majorités réelles qui dépassent les clivages traditionnels salariat/patronat. Sous cet angle, la démocratie est effectivement de retour dans les Conseils d'administration, entendue comme une gouvernance transversale ne reposant pas sur la mainmise d'un syndicat de quelque orientation qu'il soit.

Ces orientations de début de mandature vont conditionner durablement les rapports qui vont se développer au sein du CA, mais aussi dans l'action globale de la CPAM. L'année 1984 marque un tournant important dans son histoire et pose les bases des grandes tendances qui vont la traverser.

2. Le paradigme de la maîtrise des dépenses de santé dans la mutation du Conseil d'administration

a) Un nouveau paradigme contesté par certains

Les premières mentions de la maîtrise des dépenses de santé apparaissent début des années 1980. Ce nouveau paradigme va venir remplacer celui de l'extension de la couverture des soins. Il s'agit d'une tendance générale qui va connaître des sous-secteurs d'action : la surveillance des conventions médicales, la mise en place des campagnes de prévention et de communication, celle du panier de soins, etc. Cette action générale sur le marché de la santé et sur le fonctionnement de la CPAM va se faire

grâce aux outils informatiques, comme la série de statistiques SURCONV déjà vue²¹. Le développement et l'utilisation de moyens techniques permettant de mesurer fidèlement l'ampleur des phénomènes sociaux dans les activités qui gravitent autour de la Sécurité sociale octroient une emprise sur le réel, importante pour les pouvoirs publics. Ils pourront contrôler ces paramètres, en établir les tendances et définir des objectifs qui vont contraindre les CPAM.

Nous pourrions définir la maîtrise des dépenses comme l'action menée par les pouvoirs publics sur le secteur de la santé et sur l'Institution visant à mettre progressivement en adéquation la couverture garantie à l'assuré avec les coûts de gestion. Il s'agit d'offrir le meilleur « service » avec le coût le plus limité possible, obtenir une efficacité maximum, ce qui sera difficilement vécu par certains administrateurs. Le passage à un paradigme reposant sur la maîtrise des dépenses en général et une limitation progressive des prestations aboutit à une corrosion de la couverture maladie : elle perd en consistance mais garde son étendue, du moins en théorie.

Dès 1984, certains administrateurs dénoncent une vision qualifiée « d'économiste » de la Sécurité sociale, en rupture avec sa vocation d'œuvre sociale²². Alors que FO et le CNPF se félicitent de ces nouvelles orientations, la CGT, la CFDT, puis la Mutualité Française contestent la réduction pressentie de la couverture de santé, et surtout de la couverture obligatoire, en plus des sacrifices demandés aux CPAM en matière de fonctionnement²³. Le mouvement de maîtrise des dépenses est perçu comme une menace pour les assurés fonctionnant sur la base d'une politique de stigmatisation et de culpabilisation des usagers.

Certains diabolisent le gouvernement et la CNAMTS, d'autres accusent les médecins de creuser les déficits en poussant à la surconsommation et en fraudant ; d'autres, arguant de la nécessaire maîtrise, exigent un renforcement des contrôles des médecins et des consommateurs de soins, notamment en accidents du travail. Ainsi, pour M. Courrège (FO), « *il faut rappeler que notre régime est un régime de répartition et que l'on ne peut pas distribuer plus que l'on a reçu.*²⁴ »

Voir https://www.unamur.be/sciences/philosoc/revueqs/textes-en-ligne/rqs_187_4_liegeois ; <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946> ; https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf ; consultés le 06/08/2019

¹⁸ PV CA, 16 octobre 1984, p. 180

¹⁹ PV CA, 16 octobre 1984, p. 179

²⁰ *Ibid*, p. 177 et suivantes

²¹ Série Surveillance des Conventions, voir *Lettre d'information* du CRHSSMP n° 26, p. 27.

²² PV CA, 16 octobre 1984, pp. 180 et suivantes

²³ PV CA, 1er juillet 1986, pp. 61-63

²⁴ PV CA, 2 décembre 1986, p. 120

La Sécurité sociale apparaît comme rattrapée par la réalité économique suite à la fin des Trente Glorieuses, menacée par son déséquilibre financier. Certains y voient une opportunité d'assainir les comptes et de revenir à un modèle plus raisonnable, même si moins social. Ce que manifeste ce mouvement dans la CPAM, c'est le passage d'une gestion de type collégiale et philosophique, s'appuyant sur les « valeurs fondamentales » de 1945, à une gestion plus proche de celle d'une entreprise privée fondée sur l'efficacité et la rentabilité, au détriment de la générosité des années 70 où l'action sanitaire et sociale (ASS) était florissante²⁵.

Cela va aussi se ressentir dans les relations internes du conseil d'administration : un cadre d'action strict nécessite une direction exigeante et M. Monticelli va mettre un point d'honneur à canaliser le Conseil d'administration sur ses compétences tout en maintenant une relation saine avec les directeurs qui vont se succéder (MM. Guilbaud, Fernandez et Claussin).

Ses interventions posent des limites précises aux actions des administrateurs, mais révèlent aussi le changement d'idée au sommet de la Sécurité sociale et qui infuse progressivement les esprits à la Caisse primaire de Toulouse :

« *Le rôle des administrateurs au sein des CA consiste, outre le fait de vérifier l'application de la législation et de la réglementation, à observer une saine gestion dans l'intérêt des Organismes sociaux*²⁶ ».

Il s'agit d'un rappel à la loi, mais aussi d'un axe moteur pour l'action du CA : l'assuré n'est plus la priorité. La survie de l'Organisation passe avant l'action sociale, et la Sécurité sociale n'a plus vocation à s'étendre de manière universelle, mais à maintenir prioritairement son équilibre financier. Il est possible qu'à cette époque, le potentiel d'extension de la Caisse ait atteint un seuil critique nécessitant un rééquilibrage dans sa politique, concrétisation au niveau local du plan Séguin.

b) Des évolutions locales et nationales

En réalité, le rôle du Conseil d'administration à cette époque est en cours de redéfinition, il n'a plus de contenu bien défini. Si on devait qualifier les CA d'avant 1984, ce serait par leur autonomie d'action : en plus de leurs attributions

légales, ils disposaient d'un pouvoir habituel relativement étendu lié à leur poids politique.

Mais à partir de 1984, ce pouvoir va progressivement s'affaïsser au profit de redéfinitions régulières du contenu de leurs fonctions : gardiens de la loi comme chez M. Monticelli (FO), surveillants de l'évolution des dépenses de santé pour M. Delmas (CNPFF-CGPME)²⁷. Ce dernier affirmera qu'il faut distinguer la logique « assurantielle » de la Sécurité sociale de l'assistanat, reposant sur la solidarité nationale²⁸. Il s'agit d'un net changement de culture pour la Caisse qui se caractérisait par sa souplesse et sa volonté d'extension des droits des assurés.

Mais ce qui est le plus marquant, c'est comment certains administrateurs à la personnalité forte vont progressivement, par la force du discours, redéfinir les missions et les pouvoirs du Conseil d'administration en fonction des besoins exprimés au niveau national. Le changement de paradigme de l'Organisation à Toulouse est aussi bien le fait des influences de la Tutelle que des administrateurs. Si au plan légal, le CA ne perd pas de pouvoir, d'un point de vue pratique, il perd en autonomie et subit une mutation profonde dans son fonctionnement, conséquence de son adaptation aux contraintes nationales nées de la maîtrise des dépenses de santé.

Le Directeur Fernandez aura une très juste formule pour qualifier ce changement d'orientation dans l'action générale de l'Assurance maladie et donc de la CPAM, expliquant ainsi que « *la notion de droit à la santé se substitue à celle de droit au soins*²⁹ » : les assurés n'ont plus droit aux soins de manière générale, mais seulement aux actes nécessaires à leur maintien en bonne santé au vu de leur utilité médicale³⁰. Il existe donc des soins utiles et des soins secondaires, en lien avec un confort de vie : les actes de cette catégorie apparaissent menacés de non remboursement à terme. Les pouvoirs publics vont donc progressivement déterminer à l'aide d'indicateurs ce qu'est un état de bonne santé et adapter la couverture sanitaire, permettant l'apparition du panier de soins, notion englobant l'ensemble des prestations utiles et donc remboursées.

Il s'agit de la fin d'une ère de plus grand confort budgétaire et de liberté pour la CPAM, ses directeurs et ses administrateurs.

²⁵ Lors de la séance du 26 juin 1990, le Directeur annonce que la dotation paramétrique pour l'ASS connaît une réduction de 45 % pour 1991. A partir de là, elle va se réduire progressivement d'année en année, générant colère et frustration chez des administrateurs qui se sentent impuissants dans leurs fonctions. PV CA, 26 juin 1990, p. 71

²⁶ PV CA, 10 février 1987, p. 22

²⁷ PV CA, 26 janvier 1988, p. 10

²⁸ PV CA, 30 mars 1988, p. 23

²⁹ PV CA, 13 décembre 1988, p. 103

³⁰ PV CA, 30 janvier 1992, p. 8

La contractualisation, vue plus loin, participera aussi de ce mouvement de changement de la fonction du Conseil d'administration au nom de la maîtrise des dépenses de santé. Selon Arnaud Voisin, elle constitue une nécessité dans le cadre d'une maîtrise de l'action des agents privés liés à l'exercice d'une activité de l'Etat : on parle de contrat de gestion mixte, à base d'indicateurs de performances.³¹Le gouvernement et la CNAMTS impulseront de grands changements qui remettront en question les missions de la CPAM, y compris en son sein.

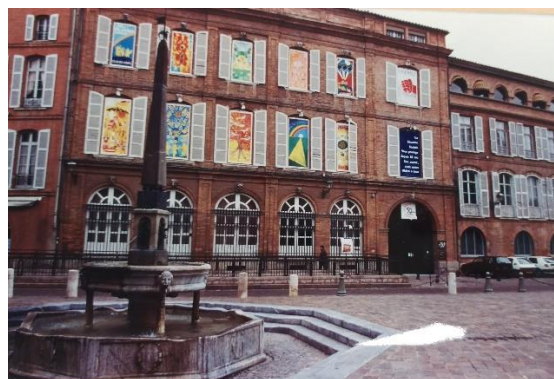
A partir des années 1990, la question se pose au sein du CA : la CPAM doit-elle être gérée comme une entreprise privée ou un service public³² ? Si le débat est philosophique, il a un impact sur le CA en accentuant la polarisation des administrateurs alors que de nouvelles notions intégreront le vocabulaire courant de la Direction. Par exemple, la notion de « client » qui commence à apparaître dans les années 90 est immédiatement pointée du doigt par certains administrateurs. Un assuré social est une personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie qui bénéficie de ses prestations, alors qu'un client achète un service contre rétribution. Il décide ou non d'acheter un service alors que l'assuré social est censé bénéficier des prestations pour lesquelles il doit cotiser. Pour la CGT notamment, l'assuré a un pouvoir de gestion des Caisses³³, qu'il perd quand il devient client, et donc consommateur de service. L'arrivée d'une culture commerciale à des fins d'efficacité heurte ceux, nombreux encore, attachés au triptyque « Santé, Solidarité, Service »³⁴, alors que le service passe progressivement en tête des préoccupations³⁵. De manière générale, la colère de certains administrateurs vient d'une rupture entre des principes jugés incontournables pour la Sécurité sociale et la reprise en main inexorable de ce service par l'Etat afin de respecter la maîtrise des déficits publics à partir de la création de l'Union Européenne en 1992³⁶.

Le débat n'a pas lieu uniquement au Conseil d'administration, avec des initiatives telles « Nos missions demain », visant pour les Caisses à passer de payeur à acteur et partenaire du système de soins³⁷. La réflexion est globale, et les administrateurs perçoivent que ce débat national, coupé des circuits politiques habituels de la CPAM, va porter préjudice à leur vision fantasmée d'une gestion autonome et locale de la protection sociale, morte depuis plusieurs années.

La maîtrise des dépenses va passer en grande partie par la réduction des coûts de fonctionnement de la CPAM.

B. La réduction des dépenses de fonctionnement, l'un des axes de la sauvegarde du système de santé

Cette réduction fait rarement l'unanimité du CA qui va subir des décisions nationales, comme la suppression des paiements au guichet (1). La réduction des coûts passera aussi par des mécanismes permettant à l'autorité directrice de réaliser ses objectifs économiques : la contractualisation va en être l'outil et permettre de discipliner le CA en matière de budget (2).



L'accueil CPAM place Saint-Etienne à la fin des années 90

³¹ A. VOISIN, « La gestion mixte des services publics. Délégation de service public, externalisation et partenariat public-privé » in *Regards croisés sur l'économie*, 2007/2, n°2, pp. 2 et 19

³² PV CA, 26 juin 1990, p. 66

³³ PV CA, 8 avril 1991, p. 2

³⁴ PV CA, 20 avril 1993, p. 34

³⁵ En témoigne l'objectif de certification ISO 9001 imposé à la CPAM-HG comme une condition évaluée dans ses Contrats d'objectifs pluriannuels concertés dans les années 2000. Selon le site de l'Organisation internationale pour la normalisation : « Cette norme repose sur un certain nombre de principes de management de la qualité, notamment une forte orientation client, la motivation et l'engagement de la direction, l'approche processus et l'amélioration continue. ISO 9001:2015 aide à s'assurer que les clients obtiennent des produits et services uniformes et de bonne qualité, avec, en retour, de belles retombées commerciales. » <https://www.iso.org/fr/iso-9001-quality-management.html> ; consulté le 06/09/2019.

³⁶ Les critères de convergence de Maastricht ont eu un impact sur l'Assurance maladie. La France ne pouvait plus séparer les comptes de la Sécurité sociale de son déficit public et devait agir sur les dépenses des organismes pour éviter qu'il ne se creuse. Lien vers les critères de convergence : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1348> ; consulté le 06/09/2019

³⁷ PV CA, 20 avril 1993, p. 28

1. La fin des paiements au guichet, premier acte du remaniement des politiques de la CPAM

a) Une politique de décentralisation expansive

La politique de « décentralisation » est en cours depuis les années 1970, en accord avec l'objectif d'expansion maximum afin de couvrir le plus de personnes possible. Elle répond au besoin d'étendre les points de contact entre les assurés et la CPAM à une époque où l'informatique comme interface de communication est encore un sujet de recherche et de développement. Il faut donc déployer des points de contact et créer un maillage optimal, ce qui suppose l'achat ou la location d'espaces de travail, la construction ou la rénovation de bâtiments, l'embauche de personnels, etc. Fin 1984, la Caisse dispose de 9 centres de paiement sur le département, 10 « points d'accueil »³⁸. Elle envisage de couvrir les nouveaux foyers de populations ou les nouveaux pôles économiques importants : Portet-sur-Garonne et Blagnac.

Ces centres présentent une grande importance pour la CPAM : ils permettent de payer leurs prestations sur place aux assurés, en tenant compte de leurs contraintes de travail et de disponibilités³⁹. Le maintien de ces paiements au guichet va donc constituer un enjeu politique majeur pour certains syndicats, comme la CGT. Car dès 1984, il est question de les supprimer au profit d'une politique d'accueil favorisant le contact et l'information, alors que les paiements seront de plus en plus automatisés, grâce à l'informatique. Le premier acte a lieu le 3 juillet 1984, la Direction annonce le rapatriement des guichets du centre de la place Saint-Etienne vers les locaux du siège. Les administrateurs salariés ont des inquiétudes sur le maintien des paiements au guichet et l'avenir du mouvement de décentralisation. Lors de ce CA le président Monticelli, fraîchement élu, évoque le projet de décentralisation à l'étude par le Directeur, en accord avec les directives nationales⁴⁰.

Jusqu'en 1985, il n'est pas question de supprimer ces points de contact indispensables pour les administrateurs de toutes les tendances. Cependant, les débats sur le sujet vont passer

progressivement d'un consensus général en faveur du maintien des guichets à un clivage. La disparition des guichets faisait partie des conséquences annoncées par la CNAMTS de l'informatisation, mais les administrateurs ne souhaitaient pas y voir une fatalité. Lors du CA du 5 février 1985, sa cohésion est remise en question par M. Cambon qui au nom du groupe employeurs préfère la disparition des guichets pour favoriser une politique d'accueil en mairie⁴¹. Il s'agit de la première position ouvertement en faveur de la politique des pouvoirs publics sur le dossier des guichets.

Or à cette époque, la CPAM de Haute Garonne continue sa phase d'expansion dans le département, avec des ouvertures de centres prévus à Muret pour 1986, Portet-sur-Garonne pour 1987, Villefranche-de-Lauragais pour 1988 et Blagnac pour 1989⁴². Se pose alors la question de la finalité de ces accueils, dont les investissements ne seront peut-être pas en adéquation avec les besoins réels de la Caisse⁴³. Les inquiétudes portent sur deux aspects : la déshumanisation des rapports entre la CPAM et les assurés, thème récurrent depuis l'introduction de l'informatique et la suppression d'emplois. Les administrateurs CGT sont inflexibles sur le sujet, alors que le groupe employeur se range derrière la Direction et argue qu'ils sont des facteurs de lourdeur et donc de surcoûts⁴⁴.

b) La marginalisation des paiements au guichet

Leur disparition paraît inéluctable, et les passes d'armes sur le sujet montrent la lente désuétude de ce mode de paiement. Lors du Conseil d'administration du 30 septembre 1986, les employeurs affrontent de nouveau CGT et CGT-FO alliées sur le sujet. Pour la Direction, les paiements au guichet ne représentent plus que 5 % du total des paiements loin derrière les mandats Colbert et les chèques postaux. Elle annonce pourtant leur maintien à court terme, vu les besoins de remboursements immédiats des populations en grande précarité.

Le 2 décembre 1986 lors des débats sur le budget de gestion administrative pour 1987, la mort à terme des guichets est annoncée par la CNAMTS, avec un maintien à court terme et le début d'une politique d'accueil améliorée⁴⁵.

³⁸ Avec jusqu'à 50 agents par unité. PV CA, 18 décembre 1984, p. 246

³⁹ Il faut garder à l'esprit que dans les années 80, la loi sur les 35 heures n'est pas encore en discussion, et les employés ont tendance à se déplacer sur leurs temps de pause ou durant leurs congés pour récupérer leurs prestations.

⁴⁰ PV CA, 3 juillet 1984, p. 130

⁴¹ PV CA, 5 février 1985, p. 10

⁴² *Ibid*, p. 12

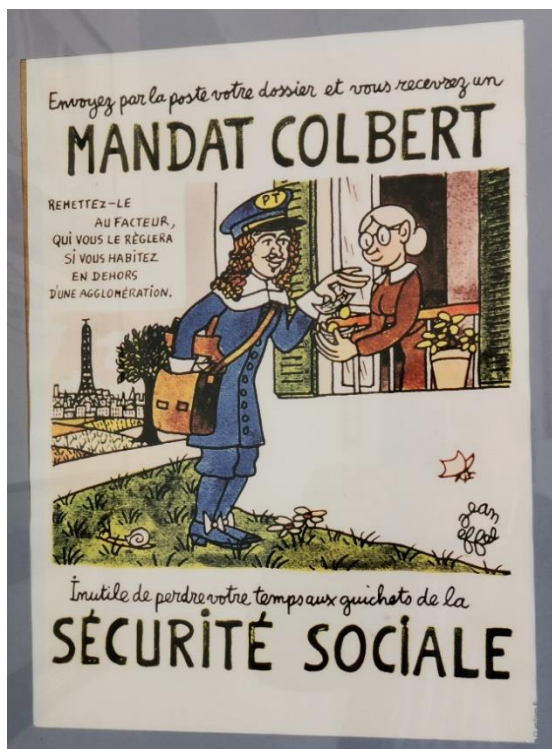
⁴³ Notamment avec le système LASER (voir p. 18) première menace perçue pour les guichets de paiement. PV CA, 19 novembre 1985, p. 169

⁴⁴ PV CA, 1er juillet 1986, p. 55

⁴⁵ PV CA, 30 septembre 1986, p. 70 et PV CA, 2 décembre 1986, p. 114 et suivantes

Chaque représentation affirme sa position : CGT et CFDT demandent le maintien des guichets, le CNPF-CGPME, la CGC, la CFTC affirment la nécessité de revoir les pratiques et d'adapter les moyens en fonction des dotations et de l'austérité. FO est dans un autre registre, dénonçant la tutelle budgétaire et réclamant une augmentation des moyens accordés à l'hospitalisation publique.

Cette décision coïncide avec la mise en place du plan Séguin en 1986, plan qui prévoyait 7 milliards de francs d'économie pour 1987⁴⁶, afin de résorber à terme un déficit global de 30 milliards de francs). Finalement, les trois plans Séguin ne généreront que 10 milliards de francs d'économie⁴⁷, dont 180 millions pour la Haute-Garonne⁴⁸. Les effets locaux des plans, dont le dernier en mai 1987, vont se traduire par une première réduction d'effectifs : la Direction annonce la perte de 35 postes par le jeu des départs à la retraite pour l'année 1988⁴⁹.



Affiche de Jean Effel,
Musée national de l'Assurance Maladie, Lormont

e) Une nouvelle politique d'accueil

La vague d'ouverture de centres de paiements des années 80 fut la dernière : à partir de 1986, les dépenses sont redirigées vers la politique d'accueil, surtout pour la rénovation des locaux. Alors qu'en 1989, à la veille de la « mort des [paiements aux] guichets », la CGT est le dernier syndicat opposé à leur fermeture et pour une extension de la couverture territoriale de la CPAM⁵⁰, la Direction a mis en place un plan de réaménagement du hall du siège (1986) puis de l'accueil (1989). Cela a une incidence sur le personnel : à mesure que les centres se focalisent sur l'accueil, les besoins en main-d'œuvre évoluent. Nul besoin de moyens humains locaux ayant une certaine polyvalence et produisant des décomptes : le personnel va être redirigé et formé en fonction des besoins de la Caisse par secteurs.

L'extension de son champ d'action géographique ne sera plus un facteur d'alourdissement du budget en matière de personnel. En revanche, des surcoûts vont apparaître en formation, certains salariés ayant besoin d'adapter leurs compétences pour répondre à leurs nouvelles missions. La situation semble donc avantageuse aussi bien pour les pouvoirs publics que pour la CPAM, avec une politique qui va permettre de générer des économies en gestion administrative.

Pourtant, la Direction continue de proposer au CA l'embauche de nouveaux agents afin de compenser les départs à la retraite. Alors que les orientations nationales sont à la réduction du personnel, le Directeur Fernandez affirme sa volonté de recruter plus⁵¹. La raison principale est que ces moyens n'augmentent pas autant que le volume de travail (7 % par an)⁵². L'embauche est donc un moyen de compenser cette surcharge de travail, afin d'éviter une « surchauffe » des personnels pouvant mener à des mouvements sociaux. Même le CNPF-CGPME, qui ensuite s'affirmera comme le plus ardent défenseur d'une maîtrise plus stricte des dépenses, affirme l'impossibilité de réduire les effectifs pour le bien de la CPAM⁵³.

⁴⁶ PV CA, 13 octobre 1987, p. 78. Les mesures concernaient les dépenses de gestion administrative, avec notamment la fin des embauches, la réduction progressive des postes de dépenses coûteux, ainsi que la mise en place de diverses mesures au niveau des remboursements, visant à augmenter les recettes du Régime général et à diminuer ses dépenses.

⁴⁷ <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/plans-de-reforme-de-l-assurance-maladie-en-france.pdf>, pp.10-13 ; consulté le 07/08/2019

⁴⁸ PV CA, 26 janvier 1988, p. 7

⁴⁹ PV CA, 15 décembre 1987, p. 100 et suivantes

⁵⁰ PV CA, 12 décembre 1989, p. 24

⁵¹ PV CA, 16 décembre 1988, p. 95 et suivantes

⁵² PV CA, 30 juin 1987, p. 71

⁵³ PV CA, 19 novembre 1985, p. 157

Les tendances vont finalement s'affirmer à partir des années 1989, époque de l'introduction de la politique contractuelle dans la gouvernance de la Sécurité sociale.

2. La contractualisation annonciatrice de la soumission budgétaire du CA

a) Nouvelle procédure d'approbation budgétaire

Il est à noter que malgré la dynamique d'extension de la CPAM, les administrateurs votent malgré tout des budgets de gestion administrative en baisse d'effectifs, alors que des besoins importants vont se faire sentir en la matière. Cela peut s'expliquer par deux facteurs.

Dans un premier temps, la réforme de 1982 a apporté quelques modifications à la procédure d'approbation des budgets. Avant cette réforme, le CA votait le budget présenté par la Direction, puis la Direction régionale de la Sécurité sociale l'examinait et pouvait renvoyer le projet à la Direction pour qu'elle le revoie avant un nouveau vote du CA. Dans l'ancienne procédure le CA avait droit à un second vote. Dans la procédure post-1982, le CA n'en dispose plus que d'un seul : en cas de désaccord sur le projet de budget, le CA peut se voir imposer un budget d'autorité par la Tutelle⁵⁴. Il s'agit d'un élément de dissuasion fort : les administrateurs votent donc plus fréquemment les budgets afin d'éviter de perdre le contrôle des orientations budgétaires de la Caisse. Cette nouvelle procédure va donc à l'encontre du regain de la « démocratie sociale » mise en avant plus haut et la relativise.

Un deuxième facteur tient à ce que la CNAMTS donne ses directives confidentielles à la Direction auxquelles les administrateurs n'ont pas accès. Cette pratique peut se concevoir comme un gage de rationalisation de la procédure budgétaire : la CNAMTS envoie des documents destinés à cadrer l'action du Directeur afin qu'il propose un budget conforme aux orientations nationales. Cela permettrait d'éviter des invalidations par la Tutelle, les directeurs synthétisant les volontés de la CNAMTS et les besoins de leur CPAM. Le fait que le Conseil ne dispose pas des éléments donnés par la CNAMTS crée une situation de tension dans laquelle les administrateurs connaissent plus ou moins bien les besoins de la CPAM, mais ne savent pas si les demandes seront jugées raisonnables par la Tutelle et la CNAMTS.

De là deux possibilités :

- exiger un budget tenant compte exclusivement des besoins locaux, qui se traduirait par un vote contre le projet de la Direction

ou, si ce projet paraît satisfaisant, prendre le risque de se voir imposer un budget d'office par la DRASS ;

- voter le budget proposé par la Direction et présenté comme un compromis entre les besoins de la CPAM et les orientations nationales, se traduisant progressivement par l'approbation systématique des budgets par le CA se satisfaisant de ce qui lui est proposé pour travailler convenablement.

Face aux besoins grandissants en matière de personnel et de travaux, le CA va donc adopter cette deuxième attitude, les votes de défiance n'étant plus que le fait de certains syndicats réfractaires ne pouvant créer des majorités.

Avant l'introduction des contrats pluriannuels, les clivages au sein du CA se formalisent autour du vote des budgets. Les positions politiques de certains syndicats, gardant leurs axes traditionnels, sont fortes et un débat étouffé peut avoir lieu. La procédure d'approbation de la Tutelle laissait un espace de discussion et la possibilité d'élaborer un second budget amendé si elle s'opposait au premier projet. A partir de la réforme de 1982, le renvoi du projet par la DRASS entraîne une procédure budgétaire forcée qui n'arrange ni les directions, ni les administrateurs, car il s'agit d'une perte de pouvoir pour l'exercice à venir.

La diffusion des directives se fait *a priori* au Directeur, garant du respect des orientations imposées, bien qu'il puisse proposer un budget ne les respectant pas comme le fit le Directeur Fernandez en 1988, pour son premier vote de budget de gestion administrative.

Dans un contexte de la mise en application prochaine des Contrats d'objectifs pluriannuels concertés (COPAC), il propose au CA un budget allant à l'encontre des directives nationales des dernières années, avec des crédits permettant le recrutement de personnels, etc.⁵⁵. Il affirme sa volonté de maîtriser sa gestion de la Caisse : pour lui, le vote du budget de GA est l'occasion « d'évoquer les moyens qui sont demandés par la Direction et les objectifs qu'elle compte poursuivre ». Cette déclaration s'adresse tant aux administrateurs qu'à la Tutelle. Aux administrateurs d'abord, afin de montrer sa maîtrise des objectifs de gestion et une certaine latitude dans l'orientation de l'action de la Caisse ; à la Tutelle, car il s'agit d'une déclaration d'autonomie vis-à-vis du COPAC, le budget de gestion administrative étant conçu par M. Fernandez comme un espace d'expression libre des besoins et des objectifs de la direction en rupture avec un dirigisme trop fort.

⁵⁴ PV CA, 19 novembre 1985, p. 157

⁵⁵ PV CA, 13 décembre 1988, pp. 95 et suivantes

Le moment est singulier : le Directeur explique ensuite au Conseil d'administration les nouveautés apportées par les COPAC : raccourcissement de la procédure budgétaire, report possible des excédents d'un exercice sous réserve de l'acceptation de la Tutelle, calcul de la dotation en fonction de la charge de travail⁵⁶. Le budget est adopté à une large majorité, si ce n'est l'opposition marquée par le CNPF-CGPME pour le non-respect des orientations nationales sur les questions de personnel et l'absence de COPAC, non élaboré en décembre 1998⁵⁷. La représentation patronale marque pour la première fois son opposition à un Directeur, et s'affirme comme le garant de la légalité et de la subordination de la CPAM à ses autorités de référence, la CNAMTS et la Tutelle. On peut voir ce vote comme les prémices du retrait du MEDEF et de la CGPME en 2001.

Pourtant, le pari du Directeur Fernandez est une réussite : le budget de GA 1989 est validé dans son intégralité par la DRASS⁵⁸. Ce cas unique dans l'histoire de la CPAM ne constitue en rien l'indicateur d'un tournant majeur dans les relations entre la Caisse et la Tutelle.

b) Le premier COPAC, Contrat d'objectifs pluriannuels concertés

Dès mai 1989, les négociations du COPAC commencent, et il va s'agir du nouveau temps fort dans la vie de la politique de la Caisse. Le pouvoir budgétaire du CA va s'exprimer tous les trois ans et connaître une réduction significative à terme.

Le COPAC de 1989 va s'organiser autour de trois axes principaux⁵⁹ :

- réduire les écarts de gestion entre caisses ;
- donner plus de responsabilités et de marge de manœuvre aux CA et aux Directions ;
- améliorer les délais d'attribution des dotations.

Le COPAC crée des obligations contractuelles sur la base d'objectifs de gestion négociés avec la Direction de la CPAM, plus contraignants d'un COPAC à l'autre et difficilement réalisables en cas de carence budgétaire. Si un projet de budget contrevient aux objectifs du COPAC, la

DRASS peut attribuer un budget d'autorité qui correspond à 80 % de la dotation de l'exercice précédent. Compte tenu de la progression annuelle du volume de prestations (à peu près 7 %), un tel budget occasionnerait des dysfonctionnements de nature à menacer la réalisation des objectifs du COPAC. Le Conseil d'administration et la Direction vont donc se forcer à l'autodiscipline.

Les objectifs de la CPAM seront négociés en fonction de ces trois points, avec comme référence la moyenne des résultats des 50 meilleures CPAM pour chaque indicateur. Autres nouveautés : fin de la tutelle *a priori* de la DRASS si le budget respecte le COPAC⁶⁰, possibilité de titulariser les auxiliaires pour compenser les départs à la retraite, d'exécuter les mesures de la convention collective du personnel, prise en compte des spécificités locales lors de l'attribution de la dotation, etc. La signature du COPAC présente donc de nombreux avantages pour la CPAM.

Pourtant, certains administrateurs sont sceptiques : selon eux, à moyen terme, ce contrat ne permettra plus la compensation des départs à la retraite, conduira à une perte des prérogatives du CA, et dans un futur proche, aucun excédent de gestion ne pourra être reversé au personnel⁶¹ du fait de trop grandes économies⁶². De plus, ils contestent les indicateurs choisis par la CNAMTS, qui désavantagent la CPAM de la Haute-Garonne : l'indicateur est calculé sur la base du nombre d'assurés de la CPAM multiplié par le nombre d'actes pondéré à 25 %⁶³. Plus une Caisse est importante, plus son nombre d'assurés et d'actes sont hauts : selon ces administrateurs, les 50 meilleures CPAM seront donc des petits organismes, d'où un risque de stigmatisation des plus grosses Caisses qui ne bénéficieront plus des moyens nécessaires. Mais la CGT est seule à s'opposer à la signature, voyant dans le COPAC des contraintes dans un futur proche. Le contrat sera finalement signé et seule la CGT votera contre le projet de budget de gestion administrative⁶⁴.

Le COPAC a dès 1990 un impact positif : la dotation est versée rapidement, les bons résultats de la Caisse lui permettent de négocier des avantages supplémentaires pour le personnel et

⁵⁶ *Ibid*

⁵⁷ *Ibid*, p. 105

⁵⁸ PV CA, 21 mars 1989, p. 25

⁵⁹ PV CA, 16 mai 1989, p. 46

⁶⁰ *Ibid*, p. 47

⁶¹ La Direction peut utiliser cet argent comme bon lui semble, que ce soit pour le verser en primes d'intéressement ou pour financer le GVT. Cette deuxième solution sera privilégiée.

⁶² *Ibid*, pp. 48 et suivantes

⁶³ PV CA, 4 juillet 1989, p. 89

⁶⁴ PV CA, 12 décembre 1989, p. 14

un plan de 1,5 million de francs pour rénover le hall du siège⁶⁵. Malgré cela, un premier écueil apparaît : les pouvoirs publics annoncent la mise en place de contrôles par la DRASS sur les excédents destinés à un usage « libre »⁶⁶. Ce serait une violation des promesses faites aux CPAM pour l'acceptation des COPAC. La CGT est encore seule à montrer son désaccord en votant contre un budget en baisse sur les effectifs et sur la dotation.

Conformément à la loi du 28 novembre 1990, les élections des CA sont suspendues et le nouveau conseil d'administration installé le 8 avril 1991 est désigné sur la base du précédent.

Lors de cette installation, des critiques de la nouvelle orientation de la gouvernance budgétaire de l'Assurance maladie sont émises. Mme Peyre (CGT) dénonce les contradictions entre les principes fondateurs de la Sécurité sociale et la pratique habituelle de la gestion des CPAM⁶⁷. Pour elle, le passage à une économie de type contractuelle annonce la fin de la gestion des Caisses par les assurés, écartant les CA des négociations et des débats de fond sur les orientations politiques. A cette occasion, le Président et le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales rappellent les fonctions propres à chacun : les missions de la CPAM ont évolué, les fonctions du Conseil d'administration n'ont pas bougé sur le papier, à une exception près. Les orientations politiques de la Caisse n'apparaissent plus comme une compétence du Conseil, et ses prérogatives principales sont de voter les budgets et contrôler l'application de la réglementation et des décisions du CA par le Directeur⁶⁸. Les doléances de la CGT insistent sur une rupture totale entre la conception historique de la Sécurité sociale et les adaptations récentes ayant amené à un changement de paradigme : la protection sociale, la solidarité et la justice sociale telles que conçues en 1945 sont dépassées face aux enjeux des années 90, avec notamment le traité sur l'Union européenne, la mise en place des politiques de maîtrise de la dépense publique, etc.

La démocratie sociale est remise en cause à la CPAM de Haute Garonne le 8 avril 1991, avec la fin des élections voire des principes fondateurs de la Sécurité sociale de 1945, progressivement remplacés par d'autres, plus adaptés aux besoins de leur temps.

Le bilan de ce premier COPAC est pourtant très positif pour la CPAM-HG : 30 auxiliaires titularisés, effectifs maintenus, promotions accordées. Les conditions de travail se sont majoritairement améliorées et la CPAM a disposé de moyens suffisants pour un bon fonctionnement. La Caisse de la Haute-Garonne est la 36^e de France au niveau de son coût de gestion par assuré⁶⁹.

c) L'évolution des COPAC

La situation se maintient à un *statu quo* avec la négociation du COPAC pour la période 1992 à 1994 : sont pris en compte les résultats de la CPAM aux différents objectifs de gestion fixés à l'échelle nationale ainsi que la charge de travail pour établir le montant de la dotation⁷⁰. Le vote est majoritairement en faveur du COPAC, le Directeur rappelant au préalable qu'un refus équivaldrait à la fixation de budgets d'autorité pendant trois ans par la Tutelle⁷¹. Les enjeux du vote triennal du COPAC par le Conseil d'administration sont plus lourds que dans la procédure précédente : cette triennalisation durcit proportionnellement la sanction de toute indiscipline mais elle donne plus de souplesse de gestion par les reports de crédits. Les administrateurs sont donc principalement en faveur du COPAC.

Plus emblématique de l'autodiscipline du CA et de la Direction est le vote du budget de gestion administrative pour 1993 : faute de COPAC, le CA vote à la majorité un projet de budget conforme au précédent contrat alors que la CPAM n'est plus tenue par des obligations contractuelles⁷². La négociation tardive du contrat provoque des retards sur le versement de la dotation pour 1992, posant des problèmes pour le versement des avances au personnel et les investissements en matériel⁷³. L'objectif d'amélioration des délais de versement des dotations n'est pour le moment pas respecté par la CNAMTS, seule la CPAM a rempli ses engagements. En revanche, le COPAC offre une stabilité budgétaire appréciée par une majorité des administrateurs.

Le COPAC 1992-1994 ne sera toujours pas signé en 1993, malgré un vote en sa faveur de la part du CA (à l'exception de la CGT et de la

⁶⁵ PV CA, 18 décembre 1990, p. 119

⁶⁶ *Ibid*, p. 124

⁶⁷ PV CA, 8 avril 1991, p. 2

⁶⁸ *Ibid*, pp. 5-10

⁶⁹ PV CA, 3 décembre 1991, pp. 126 et 127

⁷⁰ PV CA, 17 mars 1992, p. 45

⁷¹ *Ibid*, p. 49

⁷² PV CA, 15 décembre 1992, p. 130

⁷³ PV CA, 16 juin 1992, pp. 71-73

CFDT, qui font front commun), et ce en dépit de la baisse annoncée des effectifs pour 1994⁷⁴. Même schéma pour le budget de gestion administrative 1995, voté sans COPAC et alors que la CNAMTS annonce l'intégration de nouveaux paramètres pour évaluer les résultats des CPAM et définir leur dotation. L'augmentation des échanges magnétiques ayant amené une amélioration de la productivité, le non remplacement des départs à la retraite devient une certitude : les représentants du personnel au Conseil d'administration alertent les administrateurs sur la pression subie par les personnels⁷⁵, à peine deux ans après un rapport alarmiste du médecin du travail de la CPAM sur les rythmes de travail et l'état de santé général des agents⁷⁶.

La gestion par les indicateurs de performance des CPAM et la politique de réduction des effectifs à l'échelle nationale remplacent progressivement les signaux traditionnels permettant d'évaluer l'état de santé du personnel et des chaînes de travail humaines. Des délégations du personnel finissent par venir en séance du CA pour alerter sur la distorsion entre les très bons résultats aux indicateurs nationaux de la Caisse, en rupture avec la charge de travail et les conditions de vie ressenties sur place⁷⁷. La CPAM reste sans COPAC jusqu'en 1995⁷⁸.

d) Les Contrats pluriannuel de gestion (CPG)

En 1997, les négociations pour la Convention d'objectif et de gestion (COG) entre la CNAMTS et le Gouvernement tardent suite à la réforme Juppé de 1996 : la CPAM adopte un budget à 80 % de celui de 1996 en attente de la convention et de la négociation de son contrat⁷⁹, qui sera finalement adopté entre 1997 et 1998.

Le COPAC devient le Contrat pluriannuel de gestion (CPG) en 2001 et s'étoffe avec l'introduction d'objectifs personnalisés opposables à la CPAM, en plus des objectifs nationaux de la convention d'objectifs et de gestion (COG). Les résultats sont désormais suivis sur une base trimestrielle, avec un score par objectif qui va conditionner la dotation de la CPAM en termes de personnel. En cas de décrochage d'une Caisse Primaire, la CNAMTS dispose de tous les pouvoirs nécessaires pour redresser la situation⁸⁰.

Plusieurs remarques s'imposent :

- la mise en place de deux échelons contractuels dans lesquels la réalisation du premier contrat dépend du respect des obligations portées par les contrats du deuxième niveau ne peut qu'aboutir à une situation de pression plus accrue sur les organismes de base. Le financement de la Caisse nationale par l'Etat dépend du respect des obligations contractuelles de la COG, qui dépendent du respect par les CPAM de leurs CPG. Vu que la pression financière va s'accroître sur l'Etat avec le traité sur l'Union européenne et l'application des règles sur la maîtrise du déficit public, la CNAMTS et les Caisses primaires vont subir une pression qui va aller *crescendo* ;
- le développement d'une politique de financement basée sur les résultats introduit une logique quasi-concurrentielle dans le fonctionnement de l'Assurance maladie, permettant en théorie une course aux objectifs, la réduction progressive des écarts de gestion et des coûts grâce à une évaluation basée sur des moyennes nationales. La contrepartie de ce modèle est la soumission progressive des Caisses primaires au système évaluatif : même en l'absence de CPG, elles sont évaluées sur leurs performances et une baisse des performances ou une augmentation des coûts de gestion due par exemple à des embauches sanctionnées dans les budgets de gestion administrative du prochain CPG. Dans ce contexte, l'introduction de la logique contractuelle est un succès pour le ministère et la CNAMTS et une réelle perte d'autonomie pour les Conseils d'administration ;
- l'introduction des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) par la loi constitutionnelle du 22 février 1996 crée une nouvelle contrainte pour l'Assurance maladie. L'article 34.1 de la Constitution de 1958 permet désormais au Parlement de fixer les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recette et de fixer les équilibres financiers. Si les relations entre la CNAMTS et le gouvernement sont le plus souvent transactionnelles, celles avec le Parlement pourraient créer un nouveau point de pression sur l'Assurance maladie.

⁷⁴ PV CA, 21 juin 1993, p. 53

⁷⁵ PV CA, 13 décembre 1994, p. 15

⁷⁶ PV CA, 30 janvier 1992, p. 16

⁷⁷ PV CA, 13 février 1996, p. 18

⁷⁸ PV CA, 3 octobre 1995, p. 18

⁷⁹ PV CA, 1er juillet 1997, p. 9

⁸⁰ PV CA, 19 septembre 2001, pp. 11-12

La superposition de ces facteurs limite l'autonomie budgétaire de la CPAM de Haute Garonne, et des Caisses primaires en général alors que les COG ont été critiquées pour la profusion et le pointillisme des engagements y figurant⁸¹.

Ce manque de latitude se fait aussi sentir dans les périodes charnières, entre deux COG et en attente de la signature d'un CPG. Prenons par exemple la situation en 2004 : suite à la réforme de la loi du 13 août 2004, la physionomie du CA change. En attente de la signature de la COG, puis de la mise en place du nouveau Conseil prévue pour 2005, la CPAM va fonctionner entre 2003 et 2005 sur des budgets par défaut, dont le montant équivaut en principe à 80 % de la dotation antérieure. Si le budget de gestion administrative de 2004 est contraint de la sorte, c'est en raison de l'absence effective de COG.

Le 13 octobre 2004, le Conseil refuse de valider la signature *a priori* d'un contrat pluriannuel de gestion sur la base d'une COG dont l'ensemble des indicateurs chiffrés n'est pas connu, l'ajout de nouveaux indicateurs d'évaluation comme le management, le service, etc.⁸² Vu les circonstances et leur remplacement imminent, les administrateurs refusent la signature du CPG pour ne pas contraindre les futurs conseillers : la CPAM se voit imposer un budget d'office.

Deux choses sont à noter pour cette décision : la deuxième partie des débats est passée sous silence dans le cadre d'une suspension de séance et le vote se répartit entre onze prises d'acte, deux voix contre et le reste s'abstenant⁸³. Il s'agit de l'un des votes les plus originaux trouvé dans les PV, illustrant la façon qu'a le CA de prendre ses décisions en cas d'opposition aux directives centrales : plutôt que de voter contre à la majorité, les administrateurs préfèrent maintenir une position de neutralité. Au final, si l'on se réfère uniquement aux votes, à cette époque, seule la CGT et occasionnellement la CFDT s'opposent ouvertement à la CNAMTS et aux pouvoirs publics, les autres syndicats préférant des positions favorables ou neutres⁸⁴.

Autre constat intéressant : en matière de CPG, aucun refus n'est définitif. Il est redemandé de manière systématique aux administrateurs de voter un contrat pluriannuel en cas de vote défavorable, et ce jusqu'à un vote favorable. Dans le même temps, la CNAMTS envoie des courriers qui rappellent l'étendue des sanctions prévues en cas de refus.

Lors de la séance du Conseil d'administration du 30 novembre 2004, il lui est demandé de voter le CPG : il s'y refuse de nouveau⁸⁵. Le Directeur Claussin fait alors état d'une lettre de la CNAMTS annexée du procès-verbal qui rappelle l'article L153-4 du Code de la Sécurité sociale en cas de refus d'un CPG : budget d'office et non report des excédents de gestion sur l'année suivante pour financer l'intéressement du personnel. Notons que cette disposition sur le non report des excédents ne figure pas dans l'article L153-4⁸⁶ et par ailleurs, que cette possibilité de report faisait partie des avantages du CPG qui avaient finalement décidé les administrateurs en faveur de ce système.

Nous avons relevé une expression particulière dans cette lettre. Alors que la CNAMTS expose les conséquences de la décision de la CPAM en matière de budget de gestion administrative, l'expression « *les modalités retenues* » apparaît au moment de l'exposé des mesures imposées à la Caisse primaire. Si l'on s'arrête sur sa signification, on peut faire le constat que la CNAMTS dispose d'un pouvoir de décision et n'est peut-être pas tenue de faire une application stricte de la loi. Dans le texte de l'article L153-4 du CSS dans sa rédaction de 2004, la signature du CPG ne constitue pas une condition d'application des dispositions législatives. Il dispose qu'en cas de refus de voter le budget de gestion administrative avant le 1^{er} janvier de l'exercice concerné, l'organisme tutélaire peut établir d'office le budget ; or le Conseil d'administration vote le projet de budget de la Direction mais refuse le CPG. Dans le cas d'espèce, les dispositions de l'article ne s'appliquent pas.

⁸¹ « *La multiplication des objectifs nuit à leur priorisation, la fiabilité de certains indicateurs déclaratifs est discutable et la gestion avant tout centrée sur l'atteinte des objectifs peut délaissier des activités n'ayant pas d'indicateurs dans la convention. Le rapport annuel 2009 de l'Inspection générale des affaires sociales note que « les conventions qui s'achèvent ont pâti d'une focalisation insuffisante sur les objectifs stratégiques et, a contrario, de la profusion et du pointillisme des engagements qui y figuraient ».* M. LAGES, *op cit* p. 58

⁸² PV CA, 13 octobre 2004, pp. 2 et suivantes

⁸³ *Ibid*, p. 8

⁸⁴ On pourrait y voir une manière de marquer une opposition de circonstance plutôt qu'un désaveu général, les administrateurs concernés estimant que les directives en question sont défavorables et dangereuses pour le bon fonctionnement de la CPAM en l'espèce, mais désirant malgré tout conserver une position de principe favorable.

⁸⁵ PV CA, 30 novembre 2004, pp. 2 et suivantes

⁸⁶ *Ibid*, Annexe 2. Nous avons souligné l'intérêt des administrateurs à l'endroit des salariés de la CPAM, et ce rappel s'appuie sur le fait que le bien-être et la satisfaction des agents à une époque de maîtrise des coûts de gestion est chose fragile, et qu'en l'absence de perspectives favorables, le personnel peut à tout moment se mettre en grève et s'en prendre à la Direction et au CA.

Idem pour l'article L.227-3 du Code de la sécurité sociale applicable en 2004, qui fixe le cadre légal des Contrats pluriannuels de gestion et qui ne prévoit aucune sanction en cas de refus d'une CPAM de signer le contrat. La CNAMTS semble faire une application discrétionnaire de la loi afin de créer un climat de contrainte visant à forcer les Conseils à voter en faveur des CPG.

En procédant par extrapolation, elle peut en réalité faire coïncider un refus de signer un CPG avec un vote favorable à un budget de GA, qu'il soit dans les bornes ou non de la COG, qu'elle va invalider en vertu de l'article L153-2 du CSS, mettant ainsi en marche le dispositif de l'article L153-4 au motif d'une carence en termes de budget de gestion administrative. On constate

finalement que la contractualisation n'a de contractuelle que le nom, puisque l'autonomie des consentements n'est en rien respectée vu les pressions visant les organismes réfractaires.

En quinze ans, ce système a permis de discipliner les Conseils d'administration de la CPAM de Haute-Garonne et de les soumettre en grande partie aux exigences budgétaires nationales, du moins jusqu'en 2004.

La mise en place de la contractualisation n'aurait pourtant pas été possible sans le recours à la puissance de l'informatique et aux précieuses données qu'elle va permettre de collecter, en faisant une bénédiction pour la CPAM de la Haute-Garonne mais un poids à long terme.



Le Président Georges Monticelli et le Directeur Daniel Fernandez dans les années 1990

II. LE PROGRES TECHNOLOGIQUE AU SERVICE DE L'ASSURE SOCIAL ET DE LA MAITRISE DES DEPENSES

Le développement du potentiel informatique de la CPAM remonte aux années 70, avec l'installation de technologies visant à accroître la productivité des Caisses face à l'augmentation de la charge de travail⁸⁷. Dans les années 80, l'installation du système LASER va constituer la plus grosse avancée technologique (A).

Mais à partir des années 2000, la mise en application de grands systèmes va laisser la place à des plans d'envergure nationale pour mettre à jour le potentiel informatique des CPAM et les doter d'outils de travail plus performants (B).

Ce développement du potentiel technologique de la CPAM-HG va être d'une aide certaine dans bien des domaines et montrer son efficacité lors d'une situation sans précédent : l'explosion de l'usine AZF en 2001 (C).

A. Le système LASER, une solution à court terme

Le système LASER (Liquidation Assistée sur Equipements Répartis) est un projet ancien développé au niveau national par la CNAMTS à partir de 1977. Il s'inscrit dans la droite ligne du plan informatique national et de la mise en place des outils statistiques pour le suivi des paramètres de l'Assurance maladie. Après une longue phase d'expérimentation, sa diffusion est annoncée à partir de 1982 ; pour la CPAM de la Haute-Garonne, le début d'implantation des matériels commence en 1986. La Caisse avait connu deux phases de mécanographie puis d'informatique de traitement des décomptes :

- la première, de 1945 à 1967, consistait en un système de saisie manuelle des pièces des assurés et traitées dans une chaîne de travail de quatre à six séquences ;
- la seconde, de 1967 à 1984, était basée sur un système de lecture optique avec deux étapes supplémentaires : la « pré-codification » des caractères manuscrits et le traitement des rejets et des recyclages⁸⁸.

Le projet lancé par une décision du 22 juin 1977 de la CNAMTS a pour objectif d'unifier la chaîne informatique nationale et d'uniformiser les matériels des différentes CPAM qui avaient pu les choisir en accord avec des solutions nationales.

La chaîne de traitement était répartie. Le CETELIC (Centre de traitement électronique inter caisse) était équipé d'un ordinateur central chargé du traitement des dossiers et pilotait le système. Les unités de liquidations de la CPAM allaient disposer de mini-ordinateurs afin d'exécuter les tâches de liquidation, de mise à jour des dossiers et de contrôle comptable. Le matériel choisi était celui de la société CII-Honeywell-Bull. Ce nouveau système devait permettre d'effectuer entre 800 et 1 200 décomptes par jour, avec une transmission des dossiers par ligne téléphonique sous deux jours, permettant d'éliminer les disquettes et autres supports pour transporter l'information. L'intérêt de cette nouvelle technologie était de supprimer les tâches de « pré codification » et de saisie, responsables de la majorité des rejets. Mais elle devait aussi permettre aux centres extérieurs de devenir autonomes, de gagner en efficacité, en rendement, et de faciliter le travail des personnels. La CPAM de Haute Garonne allait donc être équipée de 23 mini-ordinateurs pour une opération au coût total de 15 millions de francs.

D'un point de vue budgétaire, l'usage des nouvelles technologies devait permettre d'augmenter les rendements et l'efficacité des unités de travail tout en maintenant ou réduisant la masse salariale. On palliait donc les besoins en personnel des CPAM en augmentant progressivement leur productivité, tout en faisant des économies sur l'embauche et le remplacement des départs à la retraite. En contrepartie, la CNAMTS consentait à des investissements coûteux en matériel et en formation à court terme. Autre intérêt : renforcer la fiabilité des outils statistiques en affinant leurs calculs, grâce à des technologies plus puissantes, ce qui constituait un enjeu majeur pour la politique de maîtrise des dépenses de santé.

Cependant, des réserves sont déjà émises par certains administrateurs, qui voient dans ce nouvel outil un danger : vu le temps qu'a mis le projet à émerger et les progrès technologiques continus en informatique, la CGT signale les risques d'obsolescence prématurée du matériel⁸⁹. Elle demande de voter contre sa mise en place, au profit d'un délai supplémentaire pour en trouver un plus récent et performant.

⁸⁷ Le choix de faire appel à la technologie plutôt qu'à l'humain repose sur une logique simple : l'ordinateur permet l'exécution d'un plus grand nombre de tâches avec moins d'erreurs, et coûte plus cher à l'investissement mais moins cher qu'un employé sur le long terme. Il s'agit d'une alternative idéale à l'embauche et à la formation du personnel à une époque où les pouvoirs publics ont besoin de réduire les coûts de gestion des organismes de l'Assurance maladie

⁸⁸ PV CA, 20 juin 1984, Annexe 2

⁸⁹ PV CA, 20 juin 1984, p. 108

Malheureusement pour les administrateurs, ils ne disposent d'aucun pouvoir dans le choix du matériel. Il sera imposé par décision ministérielle, mini-ordinateurs BULL DPS 6 T400⁹⁰, ainsi que le calendrier de réalisation : tout sera installé sur deux ans, avec l'étalement sur cette période des formations du personnel⁹¹. Le CA ne peut donner que sa décision de principe, qui est favorable au projet LASER.

Dès 1985, la mise en place du système LASER connaît des déboires : un retard de livraison est annoncé en février et les crédits redirigés vers la construction du nouveau centre de Muret⁹². En mai le retard annoncé est d'un an, avec des déductions sur le budget de gestion administrative en conséquence⁹³ ; la livraison se fera jusqu'en 1987, contre 1986 au départ. Il était prévu que dix-sept machines soient livrées en 1985, puis sept en 1986 afin de finaliser la mise en place du système. Mais en mai, le Directeur annonce un retard de quatorze mois sur la livraison : deux ordinateurs seront livrés en 1985, puis quinze en 1986 et sept en 1987⁹⁴.

Cette nouvelle n'est pas la bienvenue pour la CPAM de Haute Garonne, qui enregistre depuis plusieurs mois des dysfonctionnements de plus en plus graves sur ses matériels de lecture optique de la marque CDC⁹⁵. La Direction fait état d'une exploitation à 200 % des appareils, provoquant une usure beaucoup plus rapide et des pannes. Le Directeur propose donc deux solutions aux administrateurs :

- acheter un nouveau lecteur optique pour 45 000 francs en attendant l'arrivée des ordinateurs BULL, et un coût d'entretien total de 217 000 francs par an ;
- reconditionner les appareils en service grâce à l'achat de pièces détachées, pour 142 000 francs, mais pour un volume total de travail de plus de 6 millions de documents à lire par an⁹⁶.

Les administrateurs se prononcent en faveur de la deuxième option malgré le caractère précaire de cette opération qui ne résout ni la surcharge de travail, ni le problème de l'usure critique du matériel sur le moyen terme. Notons que les

sommes engagées pour le maintien en service des matériels informatiques viennent s'ajouter au coût global du système LASER, la CPAM dépendante de son informatique est donc contrainte d'engager des dépenses supplémentaires nécessaires pour se maintenir à flot. Fin 1985, la mise en place du système pour la seule année 1986 est budgétisée pour 6,4 millions de francs⁹⁷. Les administrateurs ont recours au Président du CA, dès le début de 1986, pour accélérer le processus auprès de la CNAMTS, alors même que des plaintes sur de possibles lenteurs du nouveau système sont transmises au Conseil d'administration⁹⁸.

La livraison s'effectue finalement dans les temps au premier semestre de 1986, en parallèle des formations du personnel mises en place à partir de mai 1986⁹⁹. Le programme a cependant besoin d'ajustement pour s'adapter aux besoins de la « décentralisation », pour un coût supplémentaire de 600 000 francs. L'installation va continuer en 1987 avec la livraison d'une grosse partie des ordinateurs, au coût de 16 700 000 francs intégré au budget de gestion administrative¹⁰⁰. La livraison des ordinateurs se termine sans encombre en 1987¹⁰¹, année de la montée en charge de LASER pour la CPAM de Haute Garonne : elle enregistre des retards dans la liquidation des prestations, de l'ordre de 70 213 dossiers, du fait de cette mise en place¹⁰².



Mini-ordinateurs Bull DPS 6000 au Musée de Lormont

⁹⁰ PV CA, 16 octobre 1984, pp. 180 et suivantes

⁹¹ PV CA, 3 juillet 1984, p. 135

⁹² PV CA, 5 février 1985, p. 8

⁹³ PV CA, 7 mai 1985, p. 61

⁹⁴ *Ibid*, p. 68

⁹⁵ Control Data Corporation (CDC) ou Control Data

⁹⁶ PV CA, 4 juillet 1985, pp. 86 et suivantes

⁹⁷ PV CA, 19 novembre 1985, p. 157

⁹⁸ PV CA, 18 février 1986, Annexes 1 et 7

⁹⁹ PV CA, 1er juillet 1986, p. 53

¹⁰⁰ PV CA, 2 décembre 1986, p. 113

¹⁰¹ PV CA, 30 septembre 1987, p. 79

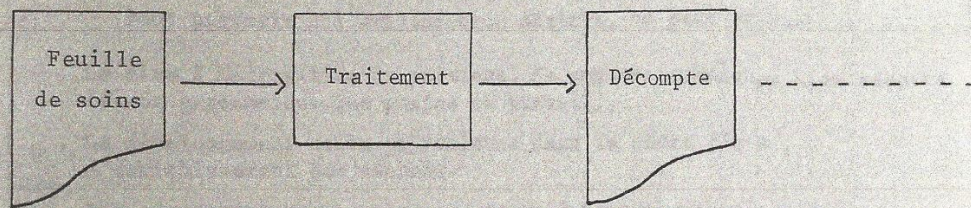
¹⁰² PV CA, 30 juin 1987, p. 63

LES INCIDENCES DE LASER :

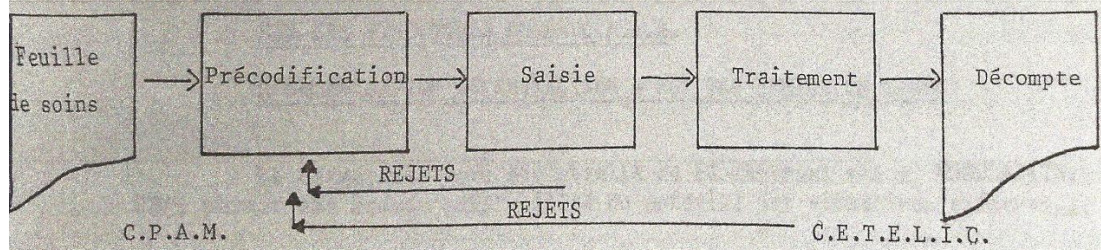
SUR L'ORGANISATION INTERNE DE LA C.P.A.M.

- Maîtrise immédiate de tout le processus de liquidation
 - . Suppression du prédécompte papierie
 - . Suppression des rejets différés
 - . Contrôle réalisé sur un décompte réel
- Maintien de la qualification du technicien. Ce système met à leur disposition toutes les informations qu'il détient et fait appel à leur technicité.
- Retour à un mode de travail naturel.

LE CIRCUIT LOGIQUE DU TRAITEMENT EST :



QU'ONT REALISE LES SYSTEMES INFORMATIQUES ACTUELLEMENT ? :



Annexe d'un procès-verbal expliquant le fonctionnement du système LASER et ses incidences positives pour la CPAM

Les ennuis commencent dès 1988 : à peine un an après la mise en place du système LASER, la Direction fait déjà état de la surcharge des matériels étant au maximum de leur capacité de production¹⁰³. Bien que la Caisse risque d'avoir des charges de travail critiques, le Directeur Fernandez annonce qu'il y a peu de chances que la CNAMTS ait les moyens permettant à la Caisse d'investir dans de nouveaux matériels pour soulager ceux déjà en fonctionnement.

A posteriori, les remarques émises dès 1984 sur l'obsolescence rapide du système LASER semblent justifiées : en à peine un an, le volume de travail de la CPAM sature les machines. Les

multiples retards sur l'installation du système alliés aux tergiversations de la CNAMTS lors de la phase expérimentale de la fin des années 70 ont rendu obsolète un outil présenté comme révolutionnaire et pérenne.

Cependant, LASER n'est pas un poids mort pour la Caisse : début 1989, de multiples facteurs créent une surcharge de travail occasionnant des retards sur les décomptes de prestations de 142 000 dossiers. La Direction pronostique leur résorption en quatre jours¹⁰⁴. C'est dans ces situations de crises que l'on se rend compte des gains en productivité du système : alors qu'il aurait fallu plusieurs mois pour

¹⁰³ PV CA, 5 juillet 1988, p. 61

¹⁰⁴ PV CA, 24 janvier 1989, p. 11

résorber ces retards en lecture optique dans les années 70, LASER permet de diviser les délais par dix¹⁰⁵. Désormais, les capacités de traitement sont suffisantes pour ne pas déstabiliser en profondeur les chaînes de travail, en théorie. Mais en pratique, la situation est autre : la Direction fait état de 94 965 dossiers en retard en mars 1989 et de 93 435 en mai¹⁰⁶. En décembre, 92 954 dossiers sont en attente. LASER permet l'écoulement continu de la charge de travail, sans rétablir une situation normale. Les ordinateurs saturés obligent la Direction à étendre la mémoire des DPS 6 T400, à suspendre les paiements aux guichets et à rediriger personnels et puissance de traitement vers les services en difficulté¹⁰⁷. Plusieurs constats sont posés, dont celui de l'inadaptation du système LASER aux guichets, justifiant leur suppression partielle pour l'année 1990¹⁰⁸. Mais en 1990, la situation s'aggrave, avec 180 000 dossiers en retard en juin. La Direction annonce qu'avec le passage à la version 7.05 de LASER, il faudra six jours pour écouler les dossiers en stock¹⁰⁹. La mise à jour suivante se fera en 1992, avec le remplacement des DPS 6 par des DPS 6000¹¹⁰, mais une information contradictoire est donnée en 1993, avec le remplacement des DPS 500 par des DPS 6000¹¹¹. A partir de là, les questions relatives à son développement disparaissent des procès-verbaux du CA.

B. Les nouveaux plans informatiques des années 1990

La CPAM va devoir s'équiper de nouveaux ordinateurs dans le cadre du Plan d'Informatique Local, selon le schéma directeur de la CNAMTS prévu pour 1990. Ce plan naît du constat des divergences entre les systèmes nationaux et locaux. Seront installés un réseau local propre à la Caisse ainsi que 70 micro-ordinateurs et leurs logiciels pour deux millions de francs¹¹². Aucune mention à ce sujet ne figure dans les procès-verbaux du Conseil d'administration de 1991.

En 1992, le Schéma Directeur Informatique (SDI) prévoit une concentration/régionalisation des CETELIC (disparition de treize sur trente) et la fusion des Centres de Midi-Pyrénées, du Languedoc-Roussillon et du Centre-Ouest. Le Président du CETELIC Midi-Pyrénées et administrateur de la CPAM, M. Martinet, veut différer une décision de cette ampleur arguant de la nécessaire consultation préalable de ce Centre. Malheureusement, le CA de la CPAM doit se prononcer en séance malgré un manque de documentation et de temps de réflexion dénoncé par les administrateurs. Le vote intervient et le CA donne son accord de principe sur le projet¹¹³.

Ce plan, précisé le 15 décembre 1992, s'étalera sur six ans, de 1992 à 1997 sous la houlette de la CNAMTS. Trois priorités sont à l'ordre du jour :

- développer des outils permettant d'évaluer précisément les pratiques médicales ;
- maîtriser les dépenses de gestion en passant au Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie (SESAM) ;
- former et renouveler le personnel.

Le programme s'inscrit dans une réflexion de fond pour redéfinir les missions des CPAM, ce plan informatique remettant en question une grande partie de leurs activités, comme les tâches de saisie, de paiement, etc.¹¹⁴. La création du projet SESAM-VITALE est validée par la CNAMTS, la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) et la Caisse nationale d'Assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) par une décision du 3 février 1993, premier acte de ce vaste programme¹¹⁵. A ce stade, une précision s'impose : à partir des années 1990, l'informatique sert aux tâches de production mais aussi à la maîtrise des dépenses de santé¹¹⁶. Pour la Sécurité sociale et le gouvernement, les outils informatiques deviennent rapidement les interfaces sensorielles indispensables à la compréhension puis à la maîtrise du réel et la clé de voûte des actions.

¹⁰⁵ On se souviendra de la situation des années 1973 à 1975, où la CPAM s'était presque effondrée sous le poids du travail à réaliser qui était à l'origine de l'ordre 150 000 dossiers, occasionnant une crise sur plusieurs années.

¹⁰⁶ PV CA, 16 mai 1989, p. 50

¹⁰⁷ PV CA, 21 mars 1989, p. 28

¹⁰⁸ PV CA, 12 décembre 1989, p. 26

¹⁰⁹ PV CA, 26 juin 1990, pp. 62-64

¹¹⁰ PV CA, 17 mars 1992, p. 45.

¹¹¹ PV CA, 21 juin 1993, p. 47

¹¹² PV CA, 3 avril 1990, p. 42

¹¹³ PV CA, 22 sept. 1992, p. 115. La CGT ne vote pas, la CFDT s'abstient. C'est la procédure et non le projet qui provoque leur mécontentement, leur laissant trop peu de temps pour débattre et décider : elles désapprouvent la forme mais pas le fond, comme assez souvent, d'où le recours à des votes neutres ou des refus de voter plutôt que contre.

¹¹⁴ PV CA, 15 décembre 1992, pp. 124 et suivantes

¹¹⁵ PV CA, 2 mars 1993, p. 12

¹¹⁶ L'informatique permet d'élaborer des statistiques servant au gouvernement à fixer les objectifs, de détecter les anomalies de prestations, révéler des fraudes etc.... D'où l'intérêt pour les pouvoirs publics de renforcer un outil qui permet de limiter la masse salariale, d'effectuer des tâches parfois fastidieuses et de renforcer sa capacité de production.

Au niveau national, il s'agit d'une opportunité pour réguler et diriger l'Assurance maladie.¹¹⁷. Les informations au CA des avancées du SDI disparaissent jusqu'en 1995, année de présentation de trois nouveaux outils à implanter :

- Interface Réseau Informatique Services (IRIS), pour les échanges entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé¹¹⁸ ;
- En renfort d'IRIS, Acquisition des Caractères et Traitement de l'Image des Formulaires (ACTIF), permettant la numérisation et la reconnaissance optique des caractères pour scanner les feuilles de soins¹¹⁹ ;
- Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie, connu sous SESAM-VITALE, pour la diffusion d'une carte à puce destinée aux assurés et leur permettant d'obtenir leurs remboursements plus rapidement¹²⁰.

Ces outils vont permettre un suivi affiné de la consommation médicale, des contrôles plus fiables des arrêts de travail et de l'activité médicale pour déceler les fraudes ; ainsi que des économies sur l'archivage, la suppression des tâches de saisie et des gains de productivité pour le traitement des dossiers.

La diffusion de VITALE prévue pour 1997 sera retardée à septembre 1998 pour la Haute-Garonne¹²¹. Elle s'accompagne de campagnes nationales de communication et d'incitations pour les médecins (aides financiers pour s'équiper, etc.). Tout est prévu pour une mise en place rapide et efficace. L'implantation se fera de septembre à novembre 1998¹²².

Autre point intéressant : le déploiement de la technologie SESAM-VITALE se fait de manière

quasi-parfaite. Grâce à une meilleure coordination avec la CNAMTS et une opération de communication de grande ampleur, l'arrivée de la carte VITALE apparaît comme une réussite complète et une plus-value à long terme pour la CPAM, voyant le nombre d'actes télétransmis augmenter rapidement, conformément aux objectifs nationaux. Dès décembre 1998, 519 410 cartes ont été distribuées, peu de demandes d'informations supplémentaires faites auprès de la CPAM et de rares rejets¹²³.

Cela permet à la CPAM-HG d'être l'un des exemples de diffusion réussie en France¹²⁴ et la Direction relève un haut niveau de satisfaction des assurés. En décembre 2000, la carte VITALE diffusée à plus de 75 % des assurés de Haute-Garonne, permet d'accéder au dossier du détenteur, afin de rationaliser son parcours de soins et de lui faire gagner en efficacité¹²⁵.

C. La catastrophe AZF, fonctionnement de la CPAM face à une crise sanitaire

Le 21 septembre 2001, l'usine AZF, proche du quartier du Mirail à Toulouse, explose faisant 25 morts, des milliers de blessés (et plus de deux milliards d'euros de dégâts)¹²⁶. Face à la crise sanitaire, la CPAM réagit vite. En novembre, les procédures des arrêts de travail sont allégées, avec prise en charge à 100 % des soins des victimes. Plus de 4 500 arrêts sont déclarés, créant une surcharge de travail pour la Caisse qui reçoit une aide de trois millions d'euros de la CNAMTS ; mais le CA et la Direction doivent adresser une demande supplémentaire, au vu du surplus de travail engendré.

¹¹⁷ Mais au plan local, pour certains, l'informatique va devenir un facteur d'asservissement, non par les contraintes de travail imposées et assimilées, mais du fait de l'appréhension des phénomènes sociaux et économiques par les nombres permettant une politique de résultat des CPAM, parfois au détriment de l'aspect intégral des problématiques réduites dans des chiffres et indicateurs. A ce sujet, voir A. SUPLOT, *La gouvernance par les nombres* ; Paris : Fayard, 2015, 508 p.

¹¹⁸ PV CA, 27 juin 1995, Annexes p. 2.

Il s'agit de développer une norme commune et un réseau sécurisé favorisant la télétransmission des feuilles de soins, etc. Outre les économies d'archivage dues à la dématérialisation des feuilles de soins, l'outil permet une meilleure fiabilité des statistiques et une production plus rapide, en éliminant les délais de réception des feuilles.

¹¹⁹ *Ibid*, p. 13 et Annexes p. 7

¹²⁰ *Ibid*, Annexes pp. 4-7. Du côté de la CPAM, ce système permettra de limiter l'archivage des dossiers grâce à la disparition progressive de l'envoi des feuilles de soins, remplacé par la transmission des informations grâce à la carte à puce. Autre avantage : une transmission des données plus fiable, une réduction des délais de remboursement et une production plus rapide des statistiques.

¹²¹ PV CA, 16 décembre 1997, p. 3

¹²² PV CA, 29 septembre 1998, p. 7.

¹²³ PV CA, 15 décembre 1998, p. 10

Malgré les craintes exprimées par une population âgée. A noter la difficulté posée par certaines populations dans la mise en place des nouvelles technologies : la disparition des guichets avait soulevé des questionnements chez les personnes âgées et dépendantes d'un accompagnement dans leurs démarches. Malgré l'oreille attentive de certains syndicats, ces populations font généralement les frais de leur manque d'adaptabilité vis-à-vis des avancées techniques, et ce en dépit des mesures d'aménagement généralement mises en place pour favoriser leur accès aux remboursements

¹²⁴ De 1999 à 2000, la Haute-Garonne voit la possession de cartes VITALE doubler. PV CA, 4 avril 2000, pp. 9-10

¹²⁵ PV CA, 12 décembre 2000, pp. 8 et suivantes

¹²⁶ https://www.lexpress.fr/actualite/societe/justice/explosion-de-l-usine-azf-de-toulouse_1618581.html ; consulté le 13/08/2019



Rapport DRASS Midi-Pyrénées-Institut de Veille Sanitaire sur les conséquences sanitaires 'AZF', août 2003, 116 p.¹²⁷

A côté, des aides financières sont envoyées par les CPAM d'Albi, Cahors, Carcassonne sur leurs budgets. 1 400 secours sont accordés en action sanitaire et sociale (ASS) pour 1,5 million € et une participation au fond d'indemnisation des victimes. La CPAM allège une partie des cadres réglementaires (prise en charge de consultations hors nomenclature sur les fonds d'ASS, de frais annexes suivant la gravité du sinistre, aides aux employés touchés par la catastrophe). En décembre, le bilan s'est alourdi à 31 morts et plus de 4 800 arrêts de travail. Plusieurs bâtiments de la Caisse ont subi des dégâts ; la charge de travail augmente fortement et huit postes sont demandés à la CNAMTS¹²⁸. En février 2002, l'embauche de dix CDI attend la validation de la CNAMTS alors que les services Accidents du travail et Contentieux sont en surchauffe. La Caisse reçoit une nouvelle aide de 30 490 € des CPAM de Carcassonne et de Cahors pour renflouer son budget d'ASS.

¹²⁷ Rapport disponible sur internet : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/186006/2317642>

Il rend compte de l'action de la CPAM de la Haute-Garonne et son Centre d'Examens de Santé lors de la crise AZF

¹²⁸ PV CA, 29 octobre 2001, p. 18 pour les références de ce paragraphe et du précédent

¹²⁹ PV CA, 6 février 2002, pp. 6, 9 et 10 pour les références de ce paragraphe

¹³⁰ PV CA, 8 octobre 2002, p. 7

¹³¹ PV CA, 14 avril 2003, pp. 6-8

¹³² PV CA, 8 octobre 2003, p. 13

¹³³ PV CA, 13 octobre 2004, p. 18

¹³⁴ PV CA, 15 juin 2004, p. 12

¹³⁵ En revanche, il est étonnant de constater le manque de projection dont ont fait preuve le CA et la Direction quant à la médiatisation de l'action de la Caisse en faveur des assurés, particulièrement à une époque où la communication a une place grandissante dans la vie de l'Institution et s'impose comme un enjeu politique majeur pour la Sécurité sociale.

Elle s'engage dans la bataille juridique contre Total-Fina pour récupérer les frais avancés et envisage des actions de communication sur la crise¹²⁹. En parallèle, le CA vote pour la mise en place d'actions du Centre d'Examen de Santé (CES) en faveur des blessés ; une étude épidémiologique et statistique est mise en place.

La procédure AZF est prolongée de six mois, puis jusqu'au 31 mars 2003 pour assurer une bonne prise en charge des 6 150 victimes recensées par la CPAM¹³⁰. En 2003, un bilan est dressé : l'ensemble des dossiers présentés en ASS a été accepté sans enquête préalable afin de fluidifier la prise en charge des victimes. Cependant, la Caisse souffre du manque de communication autour de son action et passe pour un acteur secondaire dans cette crise¹³¹.

La Caisse opère un « contrôle » des bénéficiaires des aides grâce au CES : 5 320 convocations de suivi épidémiologique AZF¹³² permettront le renforcement des données collectées sur la catastrophe.

Le dossier AZF disparaît des PV du CA après 2004, année du bilan de l'action. Plus de 19 millions d'euros ont été versés en prestations, chiffre évalué entre 25 et 30 millions € après traitement des 8 684 dossiers de victimes¹³³. Des expertises étaient encore en cours auprès des malades et les deux tiers de la somme due par Total-Fina pour les frais avancés par la CPAM en matière de santé recouverts¹³⁴.

Le cas AZF a été une étape importante pour la CPAM, illustrant sa capacité de résilience face à une crise sanitaire inédite en France. En peu de temps, la prise en charge des assurés est totale et sans compromis, alors que se met en place un système de solidarité entre les CPAM de la région. On notera que la Caisse n'est pas déstabilisée dans son fonctionnement normal par cette crise, grâce à des mesures d'aides de la CNAMTS comme des recrutements temporaires et en raison de la performance de son informatique de traitement des prestations et de la télétransmission des prescriptions médicales. Il est probable que SESAM-VITALE a joué un rôle important dans la gestion de la crise, de même que son Centre d'examen de santé¹³⁵.

III. UN ORGANISME EN CONSTANTE EVOLUTION : 2005-2018

Les années 2004 et 2005 vont être décisives pour l'Assurance maladie et la CPAM. La loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* réforme les conseils d'administration et les équilibres changent. Le MEDEF fait son retour dans les organismes de Sécurité sociale et la parité est restaurée. La maîtrise des dépenses prend une nouvelle ampleur, avec une diminution des personnels, une emprise croissante sur la gestion du risque et un renforcement de la logique évaluative.

Au fil des réformes et de la pratique, le Conseil va évoluer et s'adapter. Son fonctionnement entre dans une nouvelle logique et il a su assimiler rapidement certains aspects de la nouvelle culture de l'Assurance maladie (A).

La recomposition des rapports de force au sein de la Caisse va de pair avec un renforcement des contraintes budgétaires : alors que la pression s'accroît sur la Direction et le Conseil, des tensions menaceront le bon fonctionnement de la Caisse sur des dossiers importants (B).

La Commission d'Action sanitaire et sociale (CASS) va aussi souffrir de certaines pratiques et connaître des difficultés. L'Action sanitaire et sociale (ASS) a toujours été un secteur privilégié de l'activité du Conseil qui va veiller à maintenir une certaine liberté d'action et sauvegarder sa vision sociale de l'Assurance maladie et de sa mission (C).

A. Le Conseil, un organe réformé adapté à la nouvelle gouvernance de l'Assurance maladie

La mise en place du Conseil en remplacement du Conseil d'administration est un changement important pour la CPAM avec le retour du MEDEF et de la CGPME et de nouveaux équilibres (1). L'arrivée de nouveaux conseillers dans un contexte rénové va souligner des changements importants dans leur culture, résultats de l'influence des réformes précédentes (2).

1. Du Conseil d'administration au Conseil, la concrétisation de la loi du 13 août 2004

L'installation du Conseil issu de la réforme condense plusieurs éléments importants. Ne serait-

ce que le retour du MEDEF au sein de la formation délibérative de la CPAM est un événement marquant : le syndicat patronal avait quitté le CA en 2001 suite à des différends au niveau national sur le fonctionnement de la Sécurité sociale¹³⁶. Au CA, la raison avancée par les représentants des employeurs est l'interventionnisme de plus en plus étouffant de l'Etat, que ce soit au niveau de la Tutelle, de la contractualisation ou de la part prédominante prise par les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) dans la gouvernance de l'Assurance maladie¹³⁷.

D'un point de vue global, cette attitude coïncide avec les changements culturels soulevés plus tôt dans cette étude : les administrateurs ont un fort sentiment d'appartenance, renforcé par un investissement souvent émotionnel dans leurs missions au sein de l'organisme, et ont une haute opinion de leur rôle. La prise en main extérieure de leurs compétences au travers des indicateurs de gestion décisifs en termes de direction et d'administration de l'organisme est perçue comme une menace, les administrateurs ayant conscience du haut niveau technique que requiert leur activité et les questions de la CPAM. Ils développent une idéologie propre qui va se manifester sous la forme de discours sacralisant leur mission : une distinction profonde s'instaure entre l'administrateur, versé dans les arts de la gestion de l'organisme, et le profane, à savoir tout non technicien comme les députés ou les sénateurs. Paradoxalement, les mêmes administrateurs dénoncent une gestion technocratique de l'Assurance maladie en fustigeant l'éloignement de l'humain des questions de gestion. Le constat est celui d'un renfermement sur lui-même du CA, qui se sent menacé de toute part, et tend à vouloir assurer sa position ou plutôt sa survie en créant une relation d'exclusivité avec ses fonctions et ses missions.

Le départ du MEDEF en 2001 n'est qu'un des nombreux symptômes de cette tendance : face à l'atteinte à leur fonction par un interventionnisme jugé trop prégnant par les administrateurs, les employeurs abandonnent leurs positions afin de se démarquer et de dénoncer l'atteinte sacrilège commise depuis des années contre les pouvoirs du CA. Le MEDEF réclamait que la CNAMTS, considérée comme faisant

¹³⁶ « MEDEF et CGPME, ne désignant pas leurs représentants lors du renouvellement des CA en oct. 2001 au motif du « détournement » par le gouvernement de fonds de la sécurité sociale pour financer le passage aux 35 heures ».

M. LAGES, *op. cit.* p. 16

¹³⁷ PV CA, 14 décembre 1999, p. 5. Le vote des PLFSS par le Parlement et le suivi des COG par un conseil de surveillance présidé par un parlementaire, avait été vus comme une menace : certains administrateurs du CA précédents dénonçaient la prise de pouvoir des non professionnels sur des questions requérant un haut niveau technique, menaçant ainsi le fonctionnement administratif de la Caisse et de la Sécurité sociale dans son ensemble.

partie de la structure, soit le référent et gestionnaire exclusif de l'Assurance maladie¹³⁸.

Ce boycott prendra fin en 2005, après la mise en place de la réforme du Conseil par la loi de 2004 : voyant l'opportunité de réaffirmer son influence et ses idées, le MEDEF revient en s'assurant de la considération du Conseil. En effet, en 2001, son départ était dénoncé par les autres syndicats, la CFTC considérait le paritarisme comme valeur clé de l'Institution et le MEDEF composante incontournable du CA¹³⁹.

Le nouveau Conseil est installé le 5 janvier 2005¹⁴⁰ suivant le rituel habituel¹⁴¹ par le Directeur régional des Affaires sanitaires et sociales, M. Jean-Pierre Rigaux, qui rappelle les fonctions de chacun. Appuyant la « nouvelle gouvernance de la Sécurité sociale », il annonce que les relations tutélaires vont changer : pour renforcer l'autonomie des CPAM, la réforme veut faire passer l'Etat de gérant à garant, définissant les règles et les objectifs. Suit l'exposé des nouveaux pouvoirs du Conseil (article 58 de la loi de 2004 modifiant l'article L211-2-1 du CSS) : il « a pour rôle de déterminer, sur proposition du directeur :

- l'orientation du CPG ;
- les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité du service rendu à l'usager ;
- les axes de la politique de communication à l'égard des usagers ;
- les axes de la politique de gestion du risque¹⁴². »

Le Directeur a depuis 1960 toute autorité sur le personnel, pour l'organisation des services, établir les budgets et depuis 1986 représenter la caisse en justice. Mais désormais, il dirige la CPAM selon les orientations de la CNAMTS, négocie le CPG, met en œuvre la politique de prévention et d'éducation sanitaire et réalise le programme de l'Union régionale des caisses d'Assurance maladie (URCAM). Il ne rend compte de son action qu'à deux entités : le Conseil et la CNAMTS.

Il a en conséquence la charge de la bonne conduite des relations avec les personnes physiques et morales engagées dans des relations de travail et de service avec la CPAM faisant aussi de lui un acteur clé dans le cadre de la lutte contre les fraudes.

La logique sous-jacente ne sera pas favorable aux conseillers. D'un côté, les pouvoirs publics promeuvent les projets régionaux, dans lesquels la CPAM aura un rôle-clé en matière d'application mais pas de décision. De l'autre, le Directeur subordonné à la CNAMTS, soumet les projets au Conseil, qui doit ensuite « déterminer » et « approuver » : pouvoir de décision mais pas de construction. Autrement dit, il n'a pas les moyens de concrétiser une propre politique faisant passer les intérêts locaux avant ceux de la CNAMTS. Le Directeur risque d'être seul, canalisant les insatisfactions : avoir trop d'égard pour le Conseil le met en porte à faux vis-à-vis de la CNAMTS, suivre obstinément les directives nationales sans ménager le Conseil peut être préjudiciable à la Caisse. Ce nouvel équilibre est plutôt un déséquilibre nécessaire à une gestion effective de l'Assurance maladie au plan national. La CPAM aura de fait plus de responsabilités, mais pas plus de poids ou de pouvoir alors que le Conseil est réduit à un rôle d'orientation et de contrôle de la légalité, rôle peu enviable et pour lequel il a peu de moyens d'action comme nous le verrons.

Malgré ce tableau en demi-teinte, les conseillers sont satisfaits de la réforme et de la nouvelle répartition des pouvoirs, sauf ceux de la CGT. Pour le Directeur régional la réussite de la nouvelle loi dépendra de « *la capacité de chacun de changer de comportement* ». La remarque s'adresse aux conseillers des CA précédents aux positions tranchées (refus de signer le CPG entre 2003 et 2005).

Le renouvellement du Conseil est important¹⁴³ :

- CGT : Christine Petiprez, Michèle Desmoulin
- CGT-FO : Bernard Giusti, Monique Carreras
- CFDT : Alain Fernandez, Marie-José Lacambra
- CFTC : Jean-Pierre Chiarlini
- CGC : Daniel Rouffignac
- MEDEF : Patrick Dupont, Patrice Falgayras, Henry Mathon, Jean Pierre Pailhol
- CGPME : Hervé Barat, Christian Fernandez
- UPA : Louis Contreras, Valérie Marconato
- Représentants des associations : Françoise Fonade, Régis Roulleris, Hubert Lortet, Jean Claude Monteil
- Mutualité : Régis Rami, Elvire Loubière.

¹³⁸ *Ibid*, 14 décembre 1999, p. 5. L'Etat étant considéré comme de tierce partie oppressante, voire incompétente pour les questions de Sécurité sociale

¹³⁹ *Ibid*, p. 6 ; pour plus de détails, voir M. LAGES, *op. cit.*, pp. 16, 135, 176 et 179.

¹⁴⁰ Dans le contexte suivant : les administrateurs du CA précédent avaient voté contre le CPG, ne prenant pas une décision liant une nouvelle formation : la CPAM fonctionne donc sur un budget de gestion administrative d'autorité.

¹⁴¹ Qui a deux fonctions : faire table rase des relations passées par le rappel des règles de base qui encadrent les pouvoirs du Directeur et du Conseil et affirmer les positions de principe des grandes tendances syndicales et institutionnelles.

¹⁴² PV Conseil, 5 janvier 2005, p. 5, 6 et 7 pour les références au PV de ce paragraphe

¹⁴³ Chaque formation bénéficiera de l'expérience d'un ancien administrateur confirmé dans les questions internes de la CPAM : Mmes Loubière, Marconato, Petiprez, MM. Contreras, Fernandez, Giusti, Mathon, Monteil, Rami.

Comme précédemment M. Giusti est élu président, M. Mathon vice-Président¹⁴⁴. Malgré les appels à réformer les pratiques, le tandem CGT-FO et MEDEF perdure à la présidence.

2. La maîtrise des dépenses de santé, facteur intégré dans la gouvernance du Conseil

Un des moments clés de l'année pour le Conseil a toujours été le vote du budget, comme déjà vu. Après la réforme de 2004, cette assertion reste vraie, bien que le vote du CPG soit désormais un enjeu plus important. Le Directeur étant soumis aux orientations nationales de la COG, puis du CPG et aux directives de la CNAMTS, la présentation d'un budget constitue moins un vote de véritable gestion à l'impact direct sur la répartition des moyens de la CPAM qu'un vote politique destiné à valider ou non les axes nationaux. La contrainte demeure pour les conseillers : si le budget n'a pas été voté par le Conseil au 1^{er} janvier, il peut être établi d'office par la CNAM (qui, en la matière, s'est substituée à la tutelle depuis la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994).

Avec la nouvelle modalité d'approbation des budgets de la loi de 2004, la nature du vote du Conseil change.

Dorénavant, le Directeur élabore un projet de budget correspondant aux directives de la CNAMTS et aux objectifs négociés dans le CPG, puis le présente au Conseil. Celui-ci peut invalider le projet à la majorité qualifiée des deux-tiers. L'article 58 de la loi du 13 août 2004 précise : le Conseil « *approuve, sur proposition du directeur, les budgets de gestion et d'intervention. Ces propositions sont réputées approuvées, sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.* »¹⁴⁵

Le Conseil peut, en cas de désaccord, censurer le budget qui sinon est réputé approuvé amenant à s'interroger sur la nature de ce vote.¹⁴⁶

La majorité qualifiée est des deux tiers, soit de 16 sur 23 conseillers¹⁴⁷, la minorité de blocage étant de 8. Or désormais le Conseil est polarisé autour de quatre groupes de votants : les représentants des salariés ont 8 voix, ceux des employeurs 8, la mutualité 2 et 5 pour les institutions nommées par le Préfet¹⁴⁸. Donc, pour valider un budget, il suffit que les employeurs fassent front commun, ce qui est historiquement la situation la plus fréquente à la CPAM. Et même en cas de scissions, les positions de certaines tendances des représentants des salariés s'alignent sur celle des employeurs fréquemment, comme la CGC, la CFTC, et plus rarement la CGT-FO. Cette réforme force donc le jeu des alliances en cas de volonté de blocage alors que les voix délibératives sont dispersées entre les syndicats : en instaurant le paritarisme et mettant en place un système de validation *a priori* des décisions, les pouvoirs publics divisent pour mieux régner. Seules des grandes causes communes ou une situation de crise pourraient désormais rapprocher les représentations au sein du Conseil de la CPAM afin de mettre en place une situation de blocage permettant l'expression d'un pouvoir et d'une volonté politique de celui-ci.

En réalité, les Conseillers sont désormais plus conservateurs vis-à-vis de leurs moyens de fonctionnement que de leurs pouvoirs, ou n'expriment pas de votes politiques lorsque cela mettrait la Caisse en danger. Prenons par exemple 2007 : le CPG 2006-2009 est rejeté par le Conseil lors de la séance du 2 février 2007, au motif que le contrat ne tient pas compte des efforts et résultats de la Caisse. Le cadrage national reposait principalement sur un remplacement des turnovers (démissions, mutations, etc.) de 100 % et de 62 % des départs à la retraite¹⁴⁹. Le Président Giusti, expose ses craintes en termes d'effectifs et critique le fait que les bons résultats de la CPAM ne soient pas pris en compte sur certains secteurs hors indicateurs¹⁵⁰. Malgré ce refus de valider le CPG,

¹⁴⁴ PV Conseil, 5 janvier 2005, p. 8 pour les références au PV de ce paragraphe

¹⁴⁵ JORF n° 0190 du 17 août 2004 page 14598, texte n° 2

¹⁴⁶ Ce vote subirait une mutation, le Conseil ne prenant plus les décisions mais s'y opposant, ne produirait plus d'actions positives mais négatives (invalidation), rôle traditionnel de la Tutelle. N'aurait-il pas désormais le mauvais rôle : un budget rejeté pouvant être remplacé par un budget d'office le ferait apparaître comme l'élément perturbateur responsable des sacrifices des employés et pourrait aboutir à une détérioration de ses relations avec la Direction et le Comité d'entreprise ? Un Conseil conservateur pourrait être marginalisé car refusant d'évoluer dans le sens de l'Assurance maladie, sa gestion paritaire serait un frein à la modernité légitimant une suppression à terme ou un contrôle accru.

¹⁴⁷ « *Il peut exercer le droit d'opposition prévu au sixième alinéa de l'article L. 211-2-1 par avis motivé adopté à la majorité qualifiée des deux tiers de ses membres.* », décret n°2004-1075 du 12 octobre 2004 (organisation des branches assurance maladie et AT-MP et composition des conseils de la CNAMTS et des CPAM), JORF du 13 oct. 2004, consulté le 01/09/2019.

¹⁴⁸ « *S'ajoutent cinq représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie désignés par la tutelle, en cohérence avec celles siégeant à CNAM, en remplacement des quatre personnalités qualifiées.* » ; *Op. Cit.* LAGES, p. 182

¹⁴⁹ PV Conseil, 2 février 2007, p. 8 et pp. 5 à 7

¹⁵⁰ La CPAM de Haute Garonne va se conformer aux CPG, acceptant ainsi une évolution par l'influence des indicateurs : dans une annexe sur le plan de Communication en 2008, la Direction confirme son intention de prioriser les actions scorées pour obtenir les moyens nécessaires à une gestion saine. La logique évaluative entraîne un renforcement des

M. Claussin soumet au Conseil le 19 mars 2007 un projet de budget de GA pour 2007 basé sur un taux de remplacement des turnovers de 100% et 62% des départs en retraite, soit la perte de sept agents à terme¹⁵¹. Le budget est voté à l'unanimité par le Conseil. La CPAM s'engage donc à respecter les termes du CPG tout en ne le votant pas pour maintenir ses moyens et indicateurs favorables pour une future négociation : elle marque son opposition aux directives tout en assurant ses futures dotations. Progressivement, les CPG se voient ajouter des avenants annuels au rythme des LFSS. On assiste à une sédimentation des objectifs et des critères évaluatifs retenus pour établir les dotations paramétriques. Pour le CPG 2006-2009, quatre avenants sont présentés au Conseil, dont deux pour 2009¹⁵². Ce système assure une actualisation des besoins nationaux sans menacer la stabilité de la CPAM remplissant ses objectifs sans sourcilier. Les seuls points d'achoppement restent les questions de personnel et le remplacement des départs, facteurs d'inquiétude pour la Direction et le Conseil¹⁵³. Cette course à l'évaluation va créer des conflits, avec d'un côté la Direction qui suit les directives de la CNAMTS, et de l'autre côté le Conseil qui peine à accepter les termes des CPG et peut se retrouver dans une position de spectateur.

B. Le retour des tensions entre Conseil et Direction

L'année 2010 marque un tournant dans les relations entre le Directeur Philippe Claussin et le Président Bernard Giusti. La Direction décide d'arrêter la production de centres déconcentrés pour en faire des lieux d'accueil.

Selon M. Cobigo, directeur adjoint de la CPAM de Haute-Garonne, ces réductions étaient « *en lien avec un souci de saine gestion, les centres extérieurs pensés dans les années 80-90 pour 40-50 personnes en moyenne se retrouvant avec moitié moins de personnel du fait des gains de productivité et de l'évolution des organisations vers une spécialisation des activités* ». La procédure suivie provoquera un important conflit avec les conseillers (1) et, alors que les tensions vont en s'aggravant, le Président Giusti va mener la charge contre la Direction à l'occasion du dossier de l'Oncopole (2).

1. Le Conseil face à son impuissance, le devenir des centres de Villefranche-de-Lauragais, Saint-Alban, Plaisance-du-Touch

Le Conseil est presque intégralement renouvelé en janvier 2010, laissant augurer d'une certaine période de calme le temps qu'une forme de pratique s'installe. Restent en place MM. Gil (CGT), Giusti (CGT-FO), Chiarlini (CFTC), Mathon (MEDEF), Pailhol (MEDEF), et Mmes Lacambra (CFDT) et Arnac-Marconato (UPA). M. Giusti est réélu à la présidence du Conseil, avec comme Vice-président, M. Mathon¹⁵⁴.

Dès février, une réunion exceptionnelle du Conseil est organisée pour éclaircir les circonstances de la fermeture prochaine des centres de Villefranche-de-Lauragais, Saint-Alban et Plaisance-du-Touch suite à la saisine du Président par un élu. Le Conseil entier s'offusque : la décision unilatérale de la Direction, prise d'après eux dans leur dos est une atteinte aux compétences des conseillers qui doivent être consultés sur toute question touchant aux assurés et à la politique d'accueil¹⁵⁵.

M. Claussin défend sa position en arguant qu'il s'agit au contraire d'une décision concernant l'organisation de la CPAM et contrainte par les circonstances budgétaires : pour lui, il a agi selon son droit et dans le respect de ses compétences exclusives¹⁵⁶. Il explique que cette décision vise à relocaliser l'activité de production tout en maintenant un accueil sur place, mais rien ne convainc les conseillers qui exposent au contraire un précédent à Portet-sur-Garonne, centre de paiement progressivement transformé en « boîte aux lettres » en 2004.



Centre de la CPAM à Villefranche-de-Lauragais

compétences concernées au détriment des autres, assurant une évolution en douceur des missions des organismes. PV CA, 17 mars 2008, Annexe 3

¹⁵¹ PV Conseil, 19 mars 2007, p. 9

¹⁵² Le premier est voté à la séance extraordinaire du 20 avril 2009, le second au cours de la séance du 12 octobre 2009. Ils portent principalement sur des indicateurs de la gestion du risque et la maîtrise de la consommation médicale. PV Conseil, 20 avril 2009, p. 8 et PV Conseil, 12 octobre 2009, p. 7

¹⁵³ PV Conseil, 23 mars 2009, p. 15

¹⁵⁴ PV Conseil, 8 janvier 2010, pp. 1 et 7

¹⁵⁵ PV Conseil, 25 février 2010, p. 4

¹⁵⁶ *Ibid*, pp. 4 et 6

M. Claussin invoque les directives nationales pour justifier sa position, alors que le Conseil lui oppose la loi. Cette position légaliste n'est pas surprenante, le Conseil ayant historiquement pour fonction de surveiller l'application de la loi par le Directeur. Cependant, dans le cas d'espèce, l'adoption d'une position aussi tranchée dès le début des débats marque l'absence de volonté des conseillers, menés par M. Giusti, de trouver un terrain d'entente : le Conseil tente d'imposer sa volonté à tout prix. Alors que M. Claussin accepte finalement de donner toutes les informations nécessaires au Conseil mais refuse de retarder l'exécution du projet, le Conseil en vote la suspension à 22 voix contre 1¹⁵⁷.

La situation est problématique. D'abord parce que le monde politique extérieur s'invite à la table des négociations en saisissant le Conseil, favorisant un climat de défiance basé sur le postulat d'une certaine opacité dans l'action de la Direction et déclenchant un conflit qui va prendre des proportions sans précédent. Cet événement traduit un dysfonctionnement qui semble reposer sur une forte opposition entre le Président et le Directeur.

Ensuite car cette crise va progressivement altérer la relation Direction-Conseil, révélant par-là l'impuissance des conseillers dans leur fonction de contrôle des actes du Directeur. Alors que la posture du Conseil est basée sur des arguments « légaux », la Direction va maintenir sa décision en dépit des votes de suspension de la vente des immeubles¹⁵⁸. M. Claussin va progressivement puis systématiquement mettre en avant les directives nationales pour se défendre, directives que les conseillers vont réclamer, alors que le Conseil va adopter une position légaliste dure. Cette tendance marque une rupture dans les processus de coopération alors que le Directeur se « déculpabilise » et refuse de plus en plus souvent un dialogue qui tourne systématiquement à l'agression, la charge étant menée par le Président Giusti.

Cette crise va s'étendre à d'autres secteurs. La Direction ne tenant pas compte des votes et de

ce que le Conseil estime être sa compétence sur divers dossiers, celui-ci va systématiquement le sanctionner sur des votes cruciaux, rejetant les budgets de GA et les axes de communication¹⁵⁹. M. Claussin est encore mis en difficulté lorsqu'il annonce avoir négocié avec la CNAMTS un projet de rénovation du hall du siège, pour un total de 2,971 millions d'euros¹⁶⁰. Le Conseil met alors en place une commission *ad hoc* d'étude du projet¹⁶¹ : M. Claussin refuse de lui transmettre les documents au motif de l'incompétence du Conseil, alors même que la CNAMTS et la Mission Nationale de Contrôle (MNC) ont validé la décision du Conseil¹⁶². Le conflit durera jusqu'au départ de M. Claussin en 2014, remplacé par M. Davila¹⁶³. Dans le même temps, le Direction opère les mutations prévues, l'accueil du siège est rénové et la CPAM se retrouve engagée dans un contentieux devant le juge administratif avec la mairie de Villefranche de Lauragais pour la propriété des espaces de stationnement attenants de l'immeuble¹⁶⁴.

2. Le dossier Oncopole, dernière bataille du Conseil de l'ère Giusti

L'Oncopole est le résultat d'une coordination entre différents acteurs publics et privés afin de créer un pôle de recherche et de formation innovant à Toulouse pour la lutte contre le cancer. Installé sur l'ancien site d'AZF, les conseillers soulignent la nécessité d'implanter un accueil sur place. Le sujet est discuté plusieurs fois en Conseil depuis 2010¹⁶⁵, et c'est en octobre 2010 que le débat tourne au conflit.

Alors que M. Giusti ne cesse de harceler la direction dans la gestion du dossier immobilier, M. Claussin fait part de sa ferme opposition au projet. Pour lui, le CPG et les restrictions budgétaires interdisent une nouvelle implantation¹⁶⁶ pendant que la Direction est en pleine « rationalisation » du parc immobilier et que la CPAM perd chaque année du personnel. De plus, la CNAMTS ne s'est pas prononcée sur le sujet : il y voit un frein à la logique d'amélioration du service¹⁶⁷, pierre angulaire de son action à la CPAM.

¹⁵⁷ *Ibid*, pp. 10 et suivantes

¹⁵⁸ PV Conseil, 25 février 2010, p. 10

¹⁵⁹ PV Conseil, 25 mars 2013, pp. 6-7 pour la GA et PV Conseil 22 avril 2013, p. 14 pour les axes de communication

¹⁶⁰ PV Conseil, 25 juin 2012, p. 12 et PV CA, 5 novembre 2012, p. 13

¹⁶¹ PV Conseil, 22 avril 2013, pp. 15 et suivantes

¹⁶² *Ibid*, p. 17

¹⁶³ PV Conseil, 3 février 2014, pp. 7-8 et PV CA, 24 mars 2014.

¹⁶⁴ PV Conseil, 2 juillet 2015, p. 5

¹⁶⁵ PV Conseil, 17 décembre 2012, p. 8

¹⁶⁶ PV Conseil, 8 octobre 2012, pp. 2 et suivantes

¹⁶⁷ *Ibid*.

Pour M. Claussin : « *La vocation fondamentale d'une CPAM est de rendre le meilleur service possible* ». Cette déclaration du Directeur de la CPAM est l'aboutissement de 20 ans de politiques publiques en faveur de la logique du service, plus



Philippe Claussin
Directeur général de la CPAM-HG de 1997 à 2014

Cette vision du service s'oppose à celle du « service public » défendue par les conseillers, voyant dans leur mission une dimension supplémentaire à celle du Directeur. Pour eux, le service public dépasse le simple cadre de la certification ISO 9001, a une vocation extensive, humaine et sociale. Il s'agit d'une adaptation conceptuelle au tournant de la maîtrise budgétaire qui permet à une certaine vision de la mission de la Sécurité sociale de perdurer au travers d'un cadre réglementaire spécifique. S'implanter à l'Oncopole représente une opportunité et un devoir dans l'exécution de leur représentation de la mission de service public.

Face à l'opposition du Directeur fondée sur l'absence de définition de ce que sera cet accueil, M. Gil (CGT) propose de saisir la CNAMTS sur ce dossier¹⁶⁸. M. Claussin se retrouve mis en position délicate alors que le Conseil expose la convergence des initiatives au niveau régional dans le cadre du développement de la nouvelle structure hospitalière : une implantation serait, selon les conseillers, non seulement favorable aux assurés en tant que soutien moral mais aussi à l'image de la CPAM en termes de communication¹⁶⁹. Alors que le Directeur maintient sa position, arguant qu'un accueil irait à l'encontre de la politique de la Caisse et ne s'inscrirait dans aucune activité en développement, le Conseil menace de porter la question sur la scène publique, avant de voter en faveur de la proposition faite à la séance précédente. La CNAMTS sera donc saisie du dossier¹⁷⁰.

Certains conseillers parlent de contradictions dans le discours de M. Claussin basé sur des économies budgétaires alors que la rénovation de l'accueil du siège de trois millions d'euros est contesté par le Conseil.

La CNAMTS donne finalement satisfaction au Conseil au terme d'une consultation avec la CPAM : lors de la réunion du 25 mars 2013, le Président Giusti annonce que la Caisse nationale octroie deux postes pour assurer l'accueil à l'Oncopole. Le Conseil doit simplement décider du type d'accueil à mettre en place¹⁷¹. Sa validation du projet par la CNAMTS est perçue comme une victoire par les conseillers, qui affirment leur utilité et donnent appui à leur conception de la mission de la CPAM dans le département face à un Directeur qu'ils jugent réfractaire à leur projet et ayant mis à mal les compétences du Conseil.

Le projet prend du retard : l'annonce de l'accueil est repoussée de juillet à fin septembre 2013¹⁷² pour une implantation prévue en 2014¹⁷³. Ses missions seront d'assurer un accueil administratif attentionné des malades, de promouvoir une offre en action sanitaire sociale spéciale et d'aider à l'accompagnement pour le retour à domicile des patients¹⁷⁴. La dernière phase de développement du projet est 2014 : M. Michel Davila, Directeur évaluateur à la CNAMTS (qui deviendra ensuite Directeur de la CPAM de la Haute-Garonne), est missionné par la Caisse Nationale pour travailler sur le projet Oncopole, assurant une mise en place progressive de l'accueil sur l'année¹⁷⁵.

L'inauguration a lieu le 19 septembre 2014 en présence du Maire de Toulouse et de MM. Giusti et Davila¹⁷⁶. La parution de deux articles dans la Dépêche du Midi sur le sujet, l'un en 2013¹⁷⁷ et l'autre de 2014, avait assuré une couverture médiatique appréciable pour la CPAM alors que le quotidien régional assure depuis 2009 un suivi régulier du développement de cette structure de cancérologie.

favorable à un assainissement budgétaire que l'ancienne dynamique d'extension de la couverture de santé. PV Conseil, 12 avril 2011, p. 6

¹⁶⁸ PV Conseil, 5 novembre 2012, p. 16

¹⁶⁹ PV Conseil, 17 décembre 2012, p. 8

¹⁷⁰ *Ibid*, p. 15

¹⁷¹ PV Conseil, 25 mars 2013, p. 16

¹⁷² PV Conseil, 23 septembre 2013, p. 11

¹⁷³ PV Conseil, 14 octobre 2013, p. 11

¹⁷⁴ PV Conseil, 16 décembre 2013, p. 15

¹⁷⁵ PV Conseil, 3 février 2014, p. 7 et PV CA, 17 mars 2014, p. 10

¹⁷⁶ <https://www.ladepeche.fr/article/2014/09/20/1955292-inauguration-de-l-espace-assurance-maladie.html>
consulté le 05/09/2019

¹⁷⁷ <https://www.ladepeche.fr/article/2013/10/01/1721044-un-accueil-de-la-securite-sociale-a-l-oncopole.html>
consulté le 05/09/2019



Bernard Giusti
Président du Conseil de la CPAM-HG de 2001 à 2014

Le dossier de l'Oncopole est la dernière passe d'armes entre le Conseil et la Direction dans les procès-verbaux, et tient beaucoup aux personnalités de MM. Claussin et Giusti.

La place occupée sur ces points est d'autant plus grande dans les procès-verbaux du Conseil que les autres questions de gestion ne sont plus sujettes à débat : leur retentissement est inversement proportionnel à leurs répercussions concrètes sur le fonctionnement global de la Caisse primaire.

Ces tensions s'inscrivent dans un contexte global de diminution du rôle du Conseil dans la gestion de la Caisse, provoquée en grande partie par la loi de 2004, les paramètres budgétaires et des conceptions des fonctions de chacun qui sont aux antipodes. La lente perte de contrôle de la Commission d'Action sanitaire et sociale est l'épilogue de décennies de marginalisation de la fonction politique et sociale de la Caisse et de son Conseil.

C. L'enlèvement de la CASS (Commission d'action sanitaire et sociale)

La Commission d'action sanitaire et sociale (CASS) est l'un des piliers de l'action du Conseil d'administration depuis les années 60. Elle lui permet d'intervenir au-delà des prestations légales pour soulager les populations en difficultés et impulser des mouvements de modernisation dans les infrastructures de soins, tout en soutenant les initiatives locales grâce à des subventions.

Pour mieux saisir son importance et la crise qui va la toucher, il faut contextualiser son action (1) et préciser les facteurs nationaux (3) qui vont nous permettre de mieux saisir le travail d'adaptation de la CPAM de Haute Garonne afin de maintenir l'action de sa CASS (2).

1. Éléments de contextualisation sur la situation en action sanitaire et sociale

L'action sanitaire et sociale (ASS) est une des activités de la CPAM à laquelle les administrateurs/conseillers attachent une attention toute particulière.

Selon une CPAM sur le site Ameli de l'Assurance maladie, l'ASS consiste en :

« Des aides financières [qui] peuvent être allouées sous certaines conditions, aux assurés et à leurs bénéficiaires, en cas de dépenses ou de difficultés liées à un état de maladie, de handicap ou suite à un accident. Une commission détermine la nature des aides pouvant être accordées et fixe un plafond de ressources ainsi que les modalités d'intervention et les barèmes opposables.¹⁷⁸ »

Pour les conseillers, le budget d'ASS permet d'accorder des subventions aux associations participant à l'accompagnement des assurés dans le cadre d'actions nationales ou locales et d'octroyer des « secours », aides sur des dépenses de santé identifiées (optique, dentaire, cures thermales) ou aides financières aux assurés voyant leurs ressources baisser du fait de leur maladie. Dans les années 70, ces crédits étaient parfois mobilisés pour des projets autres, comme le financement de travaux ou l'achat de matériel pour certaines structures médico-sociales (dispensaires, hôpitaux, etc.).

Si les subventions sont débattues en Conseil sur la base d'une liste d'associations postulantes, puis seront attribuées sur décision du Président via un vote global du Conseil¹⁷⁹, les secours sont attribués par la Commission d'action sanitaire et sociale (CASS), composée de conseillers désignés. Pour les aides à la subsistance, la CASS se base notamment sur les travaux du Service social de la CARSAT Midi-Pyrénées, afin de faire une sélection sur la base de critères précis (plafonds de revenus, plafonds de remboursements, etc.).

Les conseillers ont une conscience aiguë de leur mission au sein de la CASS : il s'agit pour eux d'agir pour des personnes parmi les plus précaires en leur assurant l'accès à des prestations médicales coûteuses ou des services spécialisés, comme les aides ménagères pour les personnes dépendantes. Alors que les Conseils perçoivent les réformes consécutives comme autant d'amputations sur leur liberté d'action et leur mission au sein de la Caisse primaire, l'ASS va s'affirmer comme leur pré-carré à défendre.

¹⁷⁸ https://www.ameli.fr/sites/default/files/ass-2016_cpam-aisne.pdf ; consulté le 07/09/2019

¹⁷⁹ « A rebours des orientations fixées par la CNAM (la CPAM devient à la fin du mandat de M. Giusti totalement atypique en France sur ce sujet), ce qui obère une partie importante du budget ASS, d'où des alertes et des demandes répétées de complément de budget », considère Stéphane COBIGO, directeur adjoint de la CPAM de Haute Garonne.

L'ASS va souffrir de la combinaison de deux facteurs. En premier le vieillissement de la population et le développement de la précarité dans le département : leur progression va provoquer un accroissement des dossiers éligibles à une aide, ces populations fragilisées passant sous les plafonds d'accès. Ensuite, la réduction progressive de tous les budgets afin de rentrer dans les limites des COPAC-COG, avec des restrictions budgétaires depuis 1992.

Il ne s'agit pas d'une tendance locale mais bien nationale, la part de prestations ASS dédiées pour la branche maladie ayant connu depuis les années 2013 une tendance à la baisse. L'évolution des budgets d'ASS de la CPAM de Haute Garonne suit globalement les mêmes tendances, semblant indiquer de possibles problèmes de méthodologie comme cause des dysfonctionnements de la CASS plutôt qu'une forme de décrochage budgétaire dû à un abandon progressif de l'ASS par les pouvoirs publics. En revanche, les facteurs locaux de vieillissement et de précarisation des assurés avec une certaine stagnation des moyens en ASS tend à imposer une certaine pression sur la CASS.

Autre facteur : une partie du budget est réservée pour de nombreuses subventions, au détriment des aides aux assurés sociaux. Mais ce budget n'est pas le seul à avoir un impact sur les travaux de la CASS : les réductions de personnel vont finir par l'impacter. Avec trop peu d'effectifs pour fonctionner rapidement et efficacement au rythme et selon les modalités fixées par le Conseil, la Commission va connaître de fortes surcharges de travail qui vont perdurer pendant plusieurs années.

2. Approche chronologique de la situation à la CASS, la CPAM en adaptation constante

La première alerte survient en 1998. Les administrateurs membres de la CASS font état d'un budget trop limité pour couvrir tous les besoins de la population du département tout en appliquant des directives jugées en inadéquation avec les moyens de la CPAM¹⁸¹. Leur dotation de 13 millions de francs est insuffisante, et pour satisfaire l'ensemble des demandeurs, la CASS accepte de mettre en place une baisse générale du montant des aides individuelles de type « secours » et « subventions »¹⁸².

¹⁸¹ PV, 15 décembre 1998, pp. 12-13

¹⁸² *Ibid*

¹⁸³ PV CA, 14 décembre 1999, p. 20

¹⁸⁴ https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/1711/1/6p_n43_31.pdf ; consulté le 07/09/2019

¹⁸⁵ *Supra*, p. 23

¹⁸⁶ PV CA, 23 mars 2004, p. 10 et suivantes

¹⁸⁷ *Ibid*

¹⁸⁸ PV Conseil, 11 mars 2005, p. 5

Le Directeur, M. Claussin fait alors un geste unique : il laisse les administrateurs déterminer les besoins en ASS pour le budget de 1999. Ceux-ci estiment que face à l'augmentation des demandes, il faudra 17,8 millions de francs (soit 27 % de plus qu'en 1998) alors que la tendance est à la réduction progressive des dotations. A titre indicatif, le nombre d'habitants vivant en dessous du seuil de pauvreté en 1999 pour la Haute-Garonne est estimé à 240 000 personnes¹⁸³, soit 22,9 % de la population totale du département¹⁸⁴.

La catastrophe AZF aura un impact certain sur la CASS entre 2001 et 2004, comme déjà vu¹⁸⁵.

La décision du CA d'accepter exceptionnellement tous les dossiers des victimes demandeuses de prestations en ASS sans évaluation des critères d'éligibilité, notamment financiers, n'a pu qu'avoir un effet délétère sur la commission, déjà en difficulté précédemment. Le vote du budget de gestion administrative début 2004 va donner une indication sur l'état de santé de cet organe. M. Claussin annonce qu'en attente de la signature de la COG entre la CNAMTS et le Gouvernement, la CPAM de Haute Garonne recevra des dotations équivalentes à 80 % de celles de 2003 jusqu'à la signature de la convention¹⁸⁶. Il relève alors les problèmes que cela risque de poser en termes d'effectifs pour tous les services, y compris le service ASS. Dans le même temps, les administrateurs de la commission évoquent des problèmes de coordination pour transmettre les dossiers des assistantes sociales mises à disposition par la CRAM. Ils font état de nombreuses demandes ne respectant pas les critères retenus par le CA et les difficultés que la CASS peut rencontrer dans l'exercice de son pouvoir de décision¹⁸⁷. Le problème a un impact non négligeable : il allonge les délais de prise de décision du fait des doubles contrôles à mettre en place, occasionnant des retards dans le traitement des dossiers.

L'année 2005 marque le point de départ du décrochage de la CASS. Le 11 mars, les conseillers y siégeant font état de graves difficultés budgétaires les obligeant à des choix de plus en plus drastiques pour attribuer des aides individuelles¹⁸⁸. A cette date, la commission dispose de 56 000 euros par mois pour couvrir l'ensemble des demandes et réclame la restitution

d'un excédent de gestion de 3,5 millions d'euros récupéré par la CNAMTS fin 2003, sous peine de se trouver en cessation de paiement d'ici la fin du premier semestre¹⁸⁹. Le Président Giusti parle de suppression de la Commission à terme. Il cosigne avec le Directeur, M. Claussin, une lettre à la CNAMTS demandant une dotation supplémentaire de 700 000 euros (accordée en juin 2005 à hauteur de 610 000 euros)¹⁹⁰. Le Président du Conseil mentionne un nouveau facteur aggravant pour l'Action sanitaire et sociale fin 2005 : l'augmentation du coût des logements accentue la précarisation de la population en Haute-Garonne. En conséquence, le budget d'ASS pour 2006 est rejeté par 18 votes contre sur 20 votants¹⁹¹. Ce vote montre l'attachement global des conseillers, de toutes les tendances syndicales, à l'ASS.

La CPAM obtient pour la deuxième année consécutive une dotation complémentaire de la CNAMTS de 384 000 euros, à attribuer en priorité aux personnes handicapées et aux populations en situation de précarité¹⁹². Elle termine l'année avec un excédent de 70 000 euros sur les fonds d'ASS, provoquant des débats houleux où certains conseillers accusent la CASS de mener une action « paternaliste » et « caritative », de gaspiller les moyens de la Caisse alors que de nombreux dossiers ont été écartés faute de disposer des moyens adéquats en temps voulu¹⁹³. Théoriquement, la situation excédentaire de la CASS en fin d'exercice indique qu'elle a bénéficié des moyens nécessaires à l'exercice de ses prérogatives, mais dans les faits, leur obtention parcellaire et inégale n'a en rien résolu les difficultés rencontrées par la commission.

L'année 2006 commence aussi mal pour l'ASS : la COG étant en discussion au niveau national, la CPAM doit encore fonctionner sur 80 % de sa dotation paramétrique¹⁹⁴. En outre, M. Claussin souligne que le non remplacement des départs à la retraite occasionne des lenteurs dans le service ASS avec la perte de personnels qualifiés, compromettant le travail de la CASS et provoquant une accumulation de dossiers. En

réaction, le Conseil décide de déléguer sa compétence d'octroi d'aides ponctuelles à la CASS, afin de fluidifier le processus d'attribution des secours¹⁹⁵. En juin, elle fonctionne sur 50 % de son budget annuel et les retards accumulés conduisent à des versements tardifs des aides mettant en difficulté les bénéficiaires¹⁹⁶. Fin 2006, 280 dossiers sont en attente de traitement pour un total de 250 000 euros d'aides¹⁹⁷.

Dans l'esprit des conseillers, la situation est à imputer aux directives nationales et aux réductions budgétaires. Pour le CPG 2006-2009, la CNAMTS annonce une baisse du budget d'ASS de 3,13 % et une redirection des moyens en faveur des dispositifs médicaux (lunettes, appareils dentaires, prothèses auditives...) plutôt que vers les secours : les conseillers votent contre le CPG¹⁹⁸. Les retards s'accumulant, le Conseil met en place de nouveaux plafonds d'allocation les augmentant pour l'optique et le dentaire, mais les diminuant pour les dispositifs auditifs¹⁹⁹.

Statistiquement, une plus grande partie de la population a plus de besoins en appareillage dentaire et lunettes qu'en appareillage auditif. En augmentant les plafonds, les conseillers réduisent le nombre de personnes éligibles à ces aides pour diminuer le nombre de dossiers à traiter sur les deux plus gros secteurs demandeurs en ASS, mesure créant une baisse artificielle de la demande. En outre, le Conseil vote pour l'ajout d'une réunion mensuelle de la CASS afin de résorber le solde de dossiers en attente²⁰⁰.

Ces mesures n'apporteront pas le soulagement attendu et le Conseil reverra à la hausse les plafonds en 2011 tout en ajoutant de nouveaux critères de non éligibilité²⁰¹, puis une nouvelle augmentation des plafonds d'admissibilité aux aides sera votée en 2014²⁰².

Les conseillers vont connaître une situation difficile de la Commission d'action sanitaire et sociale pendant plus d'une décennie, indiquant une crise pérenne dans son fonctionnement.

¹⁸⁹ *Ibid*, p. 7

¹⁹⁰ PV Conseil, 13 juin 2005, p. 5

¹⁹¹ *Ibid*, pp. 9-10

¹⁹² PV Conseil, 5 décembre 2005, p. 6

¹⁹³ PV Conseil, 20 décembre 2005, pp. 4 et suivantes

¹⁹⁴ PV Conseil, 27 mars 2006, p. 10

¹⁹⁵ *Ibid*, p. 11

¹⁹⁶ PV Conseil, 16 juin 2006, pp. 7 et 13

¹⁹⁷ PV Conseil, 11 décembre 2006, p. 8

¹⁹⁸ PV Conseil, 2 février 2007, pp. 5-8

¹⁹⁹ PV Conseil, 31 août 2007, p. 6

²⁰⁰ *Ibid*, p. 7

²⁰¹ PV Conseil, 22 juin 2011, pp. 9-10

²⁰² PV Conseil, 14 mai 2014, pp. 8-9

Plusieurs solutions seront envisagées : mise en place d'un quotient unique d'aide de 500 euros²⁰³, installation d'une présidence fixe à la Commission pour gagner du temps à chaque séance et faciliter la continuité du travail²⁰⁴, intervention de M. Claussin qui détache des personnels vers le service ASS pour aider à résorber les retards²⁰⁵, etc. Les solutions envisagées sont classiques mais ne traitent que les symptômes : la CASS n'a pas le temps de traiter l'ensemble des dossiers car elle n'a pas les moyens nécessaires alors que le Conseil s'évertue à trouver comment optimiser le temps de travail de la commission tout en réduisant artificiellement le nombre de dossiers à traiter en abaissant les plafonds d'éligibilité aux aides et en mettant en place un forfait fixe. Ces mesures permettent de résoudre les difficultés budgétaires, mais pas celles qui concernent le stock de dossiers puisque malgré l'abaissement du plafond, les dossiers au-delà de celui-ci restent vus par la Commission dont la mission a donc changé dans la pratique : elle doit opérer une sélection des foyers les plus précaires. La nécessité fonctionnelle a entraîné une adaptation de son mode de fonctionnement visant à assurer la survie du mécanisme au détriment de sa fonction première.

La situation décrochera de nouveau en 2013, suite à une situation difficile des pôles prestations en espèce, engendrant des retards dans le versement des indemnités journalières. Ces retards auront un impact sur le volume de demandes de secours d'urgence, engorgeant fortement l'ASS²⁰⁶. En dépit des mesures internes et des orientations nationales, le problème persiste.

3. Les orientations nationales, une contrainte pesant sur la CASS

Ces difficultés tiennent aussi à l'ajout progressif de nouvelles prestations, comme « l'aide au retour et au maintien à domicile » mise en place en 2010 et occasionnant une augmentation du

nombre de dossiers de 6,4 % alors que la CASS peine toujours à se remettre de ses retards²⁰⁷. Les ajustements portés à l'action sanitaire et sociale au niveau national entrent en contradiction avec la réalité du terrain.

De nouveaux indicateurs sont mis en place en 2011 afin d'affiner les calculs pour la dotation paramétrique des CPAM.

Seront pris en compte :

- l'indicateur conjoncturel de précarité ;
- la démographie du département ;
- l'état de santé de sa population ;
- l'offre de soins dans le département²⁰⁸, c'est-à-dire « *toutes les organisations, institutions et ressources intervenant en matière de santé, de recherche ou de formation* » selon le ministère des Solidarités et de la Santé²⁰⁹.

En recontextualisant la Haute-Garonne par rapport aux moyennes nationales, plusieurs remarques peuvent être faites. Le département dispose d'un centre hospitalier universitaire et a l'une des densités médicales les plus élevées de France. Sa démographie est en progression constante²¹⁰. En 2011, la Haute-Garonne est le département de Midi-Pyrénées ayant le meilleur état sanitaire, avec des indicateurs généralement inférieurs aux moyennes nationales²¹¹.

Sur le papier, ce nouveau mode de calcul apparaît hautement défavorable à la CPAM et dénote plus d'une volonté d'atténuation dans une logique d'égalisation des moyens entre les départements que d'une lutte globale contre la précarité. Les faits vont dans ce sens : alors que la précarité progresse en Haute-Garonne, le budget d'ASS baisse²¹².

Autre nouveauté : le regroupement au sein d'un même poste, avec une enveloppe commune des prestations « malades », « handicap » et « phase terminale ». Cette mesure s'avérera défavorable pour la CASS, les soins palliatifs vidant cette part du budget.²¹³ En compensation, l'aide au paiement d'une complémentaire

²⁰³ PV Conseil, 17 mars 2008, p. 6

²⁰⁴ PV Conseil, 13 octobre 2008, p. 5

²⁰⁵ PV Conseil, 20 avril 2009, p. 5.

²⁰⁶ PV Conseil, 23 septembre 2013, pp. 16-17

²⁰⁷ PV Conseil, 13 décembre 2010, p. 14

²⁰⁸ PV Conseil, 28 mars 2011, pp. 8 et suivantes

²⁰⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins> ; consulté le 08/09/2019

²¹⁰ https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/DIAGNOSTIC_REGIONAL_PR_20170427.pdf consulté le 08/09/2019

²¹¹ https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=/Ministere/Ars_MidiPyr/2011/PRS_DIAGNOSTIC_112011.pdf ; consulté le 08/09/2019

²¹² PV Conseil, 28 mars 2011, p. 8

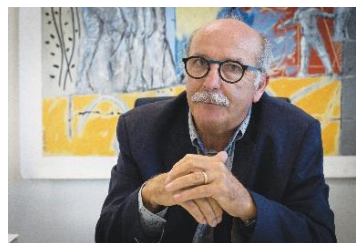
²¹³ Le Conseil réclamera 120 000 euros de dotation supplémentaire afin de compenser le poids financier de ce poste de dépense sur le budget d'ASS. PV Conseil, 26 mars 2012, p. 9

santé (ACS) est limitée faute d'avoir atteint « *le rendement*²¹⁴ que les pouvoirs publics pensaient qu'elle aurait » selon M. Claussin. Contrairement à l'ASS des années 70 et 80 qui étaient le pré-carré des administrateurs en matière de politique sociale, celle des années 2000 est un produit des politiques publiques sujette à des évaluations en cascade permettant de déterminer son efficience par rapport à des indicateurs chiffrés d'objectifs plutôt que sur l'impact à long terme des actions mises en place. Les pouvoirs publics sont à la recherche de l'utilisation la plus efficiente de l'action sanitaire et sociale. Cette citation du Directeur Claussin illustre le fonctionnement de l'Assurance maladie et de la Caisse au regard des contraintes multiples : « *La CPAM n'est pas le seul acteur de santé et le CPG n'a pas vocation à régler les problèmes de santé. La vocation fondamentale d'une CPAM, c'est de rendre le meilleur service possible.*²¹⁵ »

En résumé, la fonction de l'ASS n'est plus d'assurer un soulagement durable des assurés dans la nécessité, mais de permettre la prise en charge de certaines dépenses de commodité avec des moyens limités. La CNAMTS va tenter de compenser cette tendance en instaurant une fongibilité des budgets d'ASS, accordant de plus grandes souplesse et liberté aux Conseils... tout en instaurant des postes de dépenses non fongibles pour les cures thermales et le dispositif Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)²¹⁶.

*

Il faudra une action du Directeur Davila et du Président Gil en 2015 pour voir la situation s'améliorer provisoirement. Alors que la précarité augmente fortement dans le département²¹⁷, le budget d'ASS pour l'année est réduit de 6 % par rapport au précédent²¹⁸. Face aux refus de la CNAMTS d'octroyer des enveloppes supplémentaires à la CASS, M. Davila soumet dix propositions au Conseil pour maintenir la CASS en activité : fusionner les prêts d'honneur et les primes de fin de rééducation, simplifier le calcul du quotient familial, privilégier les demandes pour l'accès aux soins plutôt que les demandes « sociales ».



Bernard Gil
Président du Conseil de la CPAM-HG

Les prestations à caractère « social » font l'objet de propositions de réduction : afin de survivre, l'action devient plus sanitaire que sociale. Les conseillers ne valident cette tendance et expriment leurs inquiétudes quant à l'indépendance de la CASS et sa pérennité²¹⁹. Ils n'approuvent que deux des dix propositions de la Direction.

La volonté de lutte contre le renoncement aux soins amène la mise en place de la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) sur une partie du budget « aides individuelles » de l'ASS²²⁰ : moins d'un an plus tard, la CASS replonge face aux nombreux dossiers²²¹. Malgré les efforts de tous les acteurs, notamment de la Direction, les conseillers ne veulent pas renoncer à leur liberté d'action au sein de la CASS, avec la possibilité d'évaluer des dossiers hors critères²²², malgré l'existence de groupes de travail nationaux ayant produit des méthodologies fiables²²³. Le Conseil préfère sa doctrine, au risque de participer à l'accroissement des difficultés de la CASS, plutôt que de renoncer à l'aspect « social » de sa mission dans ce cadre. Les ajustements nationaux tentant d'adapter l'ASS aux évolutions dans les soins se heurtent aux anciennes prestations auxquelles tient le Conseil et la CASS se retrouve prise entre l'ancien fonctionnement et la nécessité de prendre en charge les nouvelles aides, ce qui accroît ses difficultés.

Cette attitude illustre bien la distorsion progressive entre la vision nostalgique des conseillers, nécessaire à la sauvegarde d'une certaine vision des valeurs clés de la Sécurité sociale et la réalité des budgets et des mutations dans les missions de la CPAM de Haute-Garonne.

²¹⁴ « Le rendement est ici entendu comme la capacité de la prestation de toucher son public. Au total l'aide à l'ACS n'a pas permis que plus d'assurés ne bénéficient de leurs droits. » ; Edith PAGEAUX, sous directrice de la CPAM-HG.

²¹⁵ PV Conseil, 12 avril 2011, p. 6

²¹⁶ PV Conseil, 9 février 2016, p. 5

²¹⁷ Et que l'action menée par la CPAM du Gard dans la caractérisation du renoncement aux soins bouleverse la perception du fonctionnement de l'Assurance maladie. PV Conseil, 9 février 2015, p. 10

²¹⁸ PV Conseil, 9 février 2015, p. 5

²¹⁹ PV Conseil, 5 octobre 2015, p. pp. 6 et suivantes

²²⁰ PV Conseil, 18 avril 2016, p. 15

²²¹ PV Conseil, 14 novembre 2017, p. 14

²²² PV Conseil, 12 décembre 2016, p. 26

²²³ PV Conseil, 14 novembre 2017, p. 14

CONCLUSION

De 1967 à 2018, la CPAM de Haute Garonne connaît de profonds changements dans son fonctionnement et ses missions. Après une phase expansionniste dans les années 70 afin d'accompagner le développement de la protection sociale maladie, en lien avec l'accroissement de la population, elle connaît une période de stabilisation puis de réduction, en lien avec les efforts de gestion demandés par les pouvoirs publics dans un contexte de gains de productivité liés au développement des échanges informatiques et à l'automatisation de certains traitements. Différents facteurs nationaux et locaux la forcent à revoir son modèle de développement pour s'adapter aux besoins des populations. Les relations avec la Tutelle ou la CNAMTS, vont connaître d'importantes transformations : de conflictuelles, les procédures budgétaires deviennent de simples formalités alors que les Pouvoirs publics mettent en place de nouveaux outils de gouvernance.

L'informatique a généré des plus-values en termes de travail et de productivité permettant à la Caisse primaire d'évoluer. D'une entité dans laquelle la force de travail est polarisée autour des activités de production comme le paiement des prestations, la saisie des décomptes, etc., la CPAM va pouvoir rediriger son personnel vers d'autres missions comme la maîtrise des dépenses de santé, l'accompagnement des offreurs de soins.... Mais l'impact de ces moyens technologiques aura aussi ses contreparties : diminution du personnel, mobilité entre les services, formation, changement des conditions de travail.

Alors que les restrictions budgétaires s'amplifient dans les années 80, la Caisse va revoir son mode de fonctionnement. L'arrivée des critères évaluatifs liés à la contractualisation aura un impact décisif, impulsant des mutations subtiles au sein de la CPAM qui va progressivement se concentrer sur les secteurs évalués pour assumer ses engagements et obtenir des dotations à la hauteur de ses besoins.

La dernière étape en date est la mutualisation des moyens par divers programmes :

- Action pilote régionale (APR) de 2006 à 2009 première expérience de mutualisation régionale impulsée par la Caisse nationale

dans plusieurs régions, sur la thématique du service en Midi-Pyrénées ;

- Mutualisation interdépartementale en 2007-2009 des moyens de communication ;
- Plan régional d'action mutualisée (PRAM) de 2010 à 2013 par le regroupement de la gestion des fichiers, de la communication pour créer un équilibre entre des CPAM ne disposant pas des mêmes moyens ;
- Démarche Travail en réseau de l'Assurance maladie (TRAM) à partir de 2016 qui vise à rééquilibrer la répartition des missions entre les CPAM en créant des pôles spécialisés pour certaines activités et en fonction des performances de chacune²²⁴.

La CPAM n'a donc pas fini d'évoluer au gré des directives nationales et de ses besoins. Cependant, la baisse progressive des moyens qui lui sont alloués aurait eu des conséquences sur son fonctionnement, alors que les effectifs baissent au rythme des départs à la retraite non remplacés, la mécanique se grippe et les relations avec le Conseil aussi.

Depuis quelques années, ces dissensions internes prennent une autre ampleur. Ces transformations engendrent des tensions à plusieurs niveaux tant avec le personnel et ses représentants qu'avec le Conseil d'autant que ses prérogatives se sont réduites depuis 2004.

L'élection du Président Gil en 2015 constitue en ce sens un début de changement : après les crises des années Claussin-Giusti, certains conseillers réclament plus de transparence dans les travaux du Bureau et les réunions ainsi que des relations plus apaisées avec la Direction. C'est notamment ce qui est mis en avant en 2018, lors de la réélection du Président Gil par la déclaration du MEDEF avant la mise au vote auquel il est seul candidat²²⁵.

Si le Conseil et la Direction ont alors des approches nuancées, respectivement plus orientées vers les assurés ou le service rendu, petit à petit la répartition des rôles entre eux évolue vers un mode de gestion similaire à celui des autres Caisses primaires d'Assurance Maladie.

²²⁴ PV Conseil, 18 avril 2016, pp. 5 à 10

²²⁵ PV Conseil, 13 mars 2018, p. 18 et PV Conseil, 20 mars 2018, pp. 8-9.

*Retrouvez en ligne les Lettres d'information du
Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale MP en vous connectant sur :
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, there is a logo for the 'Comité régional d'histoire de la sécurité sociale' and a banner with the text 'Le Souvenir, non comme une Nostalgie Mais comme une raison de vivre au présent' by Marie Rouanet. A navigation menu includes 'Accueil', 'Qui sommes-nous?', 'Editoriaux archivés', 'Etudes, publications' (highlighted), 'Historique dirigeants', 'Bibliothèque', and 'Contacts, liens'. A sub-menu under 'Etudes, publications' lists 'Lettres d'information', 'Gouvernance de la p...', 'Histoire des MSA en Midi-Pyrénées', 'Anniversaires de la Sécurité sociale', 'Contributions', and 'Mémoires et archives'. The main content area features the title 'Lettres d'information' and a sub-header 'La Caisse primaire d'Assurance Maladie 1967 à 1982'. Below this, it mentions 'Lettre d'information n° 26 - novembre 2019' and 'Avant propos de Bernard Gil, Président du conseil de la CPAM de la Haute-Garonne'. The text discusses the CPAM after the 1967 ordinances, the development of informatics, and a visit to the national museum of insurance in Lormont. A search bar and a 'Rechercher' button are visible on the right side.

ou flashez l'adresse avec votre smartphone :



Direction de la publication, mise en page : Michel Lages

Impression : Carsat Midi-Pyrénées