

D O S S I E R



## 60<sup>ÈME</sup> ANNIVERSAIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

# LA SÉCURITÉ SOCIALE, D'HIER À DEMAIN

**A**vec ses 60 ans, la Sécu précède de quelques années la génération du papy boom. Saura-t-elle s'adapter à ce nouveau défi alors que déjà son financement, toujours plus lourd, fait l'objet de toutes les attentions et critiques ?

A l'image du très fort attachement des français pour « leur Sécu », la commémoration de cet anniversaire a largement fait place au consensus. Point trop de trompettes et de fanfares cependant, peut-être de peur que des esprits chagrins nous ramènent trop brutalement à des problématiques trop matérielles, le financement, la situation des urgences, le manque de structure d'accueil pour les personnes âgées et handicapées... La fête a donc été sobre.

Le temps était à la nostalgie et Elan Social y succombe en retraçant dans ce numéro les points d'orgue de cet anniversaire, colloques, prix et musée.... même nos voisins européens ont disserté sur notre Sécu.

Domage pourtant que cet événement n'ait pas donné lieu à un véritable débat d'idées où la Sécu, non pas d'hier ni d'aujourd'hui, aurait pu être imaginée. Car tout commence par des rêves que certains hommes d'exception ont la force de faire partager aux autres.

C'est pourquoi, Elan Social a souhaité intégrer dans ce même numéro le travail de prospective du groupe Pôles (ex-Commissariat Général au Plan) en donnant de larges extraits du rapport « Pour une régionalisation du système de Santé en 2005 » (novembre 2005).

## L'ESPRIT DE RÉFORME DANS LA SÉCURITÉ SOCIALE À TRAVERS SON HISTOIRE

Par Brigitte LALOUPE

La matinée, présidée par Charles BONIFAY qui connaît bien son sujet puisqu'en 1960 il écrivait une thèse sur les problèmes d'autorité et de personnel à la Sécurité sociale (voir Elan Social N° 61), était consacrée à la genèse des grandes réformes.

Michel BORGETTO, Christian PRIEUR, Raoul BRIET, Xavier PRETOT se sont succédés pour décrire le contexte et les conditions dans lesquels ont été pris les grands textes de 1945, 1967 et 1995.

**Si l'idée de Sécurité sociale est en France au cœur du débat républicain, il semblerait que la vision que nous avons gardée des textes de 1945 soit quelque peu idéalisée.** La réalité s'est sensiblement écartée du discours des pères fondateurs et l'impression qui s'est dégagée au cours de cette matinée est que toutes les réformes tentent depuis de réparer les erreurs d'origine.

Les ordonnances faisaient la part belle aux médecins et nombre de leurs dispositions restent défavorables aux assurés. Outre qu'elles instituaient le libre choix du médecin, c'étaient à l'origine les caisses et les syndicats médicaux qui fixaient les tarifs, l'arbitrage était attribué à l'Ordre. Aucun contrôle n'était instauré et les caisses n'avaient ni la possibilité de créer des



centres de soins ni celle de signer des conventions particulières avec des médecins. Tous les médecins ont depuis l'origine vocation à collaborer sans s'engager personnellement. Cette question est revenue tout au long des débats et si les ordonnances de 1967 tentaient en vain, d'introduire l'adhésion individuelle des médecins à la convention, celle de 1996 n'a guère eu plus de succès en tentant une autre approche.

Par ailleurs, c'est sous l'impulsion de Pierre Laroque, qui pensait que le recours à l'impôt présentait l'inconvénient de soumettre la Sécurité sociale à la situation des caisses de l'Etat, que la gestion en a été accordée aux bénéficiaires. Le législateur de 1967 était persuadé que ce modèle de gestion par les intéressés, alors que tout était fixé par la loi, reposait sur une fiction. A cette époque, les DRASS annulaient à tour de bras les décisions des Conseils qui n'avaient plus de pouvoir que sur le personnel (ce qui plaçait les syndicats en position d'employeurs), les immeubles et l'action sociale. Le ministre de l'époque, Jean-Marcel Jeanneney, aurait voulu que les Conseils soient élus, sur le modèle des conseils municipaux, c'est Georges Pompidou qui a imposé le paritarisme avec désignation. Alain Juppé, quant à lui, admirait les systèmes dans lesquelles la santé est une fonction collective régulée par l'Etat, l'accès au soin universel et donc financé par l'impôt. Il a en 1996 renforcé le rôle de l'Etat sur les choix stratégiques et accepté un espace de liberté pour les gestionnaires (les COG).

Enfin, toutes les tentatives de créer le régime universel prôné par les fondateurs se sont soldées à ce jour par des échecs. Seule la CMU peut être considérée comme une avancée significative.

**Les ordonnances de 1967, prises sous l'impulsion du Général de Gaulle** qui souhaitait faire des réformes en profondeur, conscient qu'il arrivait en fin de règne portent indéniablement l'empreinte du ministre de l'époque, J-M. Jeanneney. Celui-ci a commencé par fusionner les Ministères de la santé et du Travail afin de donner plus d'ampleur aux affaires sociales qui ne faisaient pas le poids face aux finances. Les textes ont apporté quelques innovations (le ticket modérateur, déplafonnement des cotisations maladie) mais surtout des réformes structurelles dont notre organisation conserve l'empreinte.

Les risques ont été séparés et les caisses nationales créées, (mais il a fallu attendre 1994 pour que les comptes soient également séparés). J-M. Jeanneney qui avait sept enfants n'admettait pas que la Famille soit ponctionnée au profit de la Maladie, il espérait aussi, en isolant les dépenses maladies faire prendre conscience aux professionnels de santé que leurs revenus étaient une part importante du coût et non pas une goutte d'eau comme ils le prétendaient alors.

**Le contexte de la réforme de 1995 (dite Juppé) était très différent.** Le déficit commençait à se faire abyssal, le calendrier politique avait laissé peu de temps pour des réformes en profondeur, et la France, tendue vers le passage à l'Euro était préoccupé par ses déficits. La Sécurité sociale est devenue le symbole d'une nouvelle orientation de la politique économique. Cette réforme, préparée par Jacques Barrot,



Germaine Surzur



a été présentée comme celle du premier ministre. Le risque pris était donc important, il s'agissait de privilégier l'action sur l'offre et de promouvoir la qualité de l'offre de soins.

Le législateur n'avait aucune confiance quant à l'efficacité d'une régulation spontanée des acteurs médicaux (il n'y a, malheureusement, pas de main invisible de la maîtrise du risque). Ont donc été mis en œuvre des outils de suivi de la qualité des soins, un carnet de santé pour l'assuré et la promotion de la qualité (formation des médecins).

Le fait de faire voter par le parlement un objectif permettait de fixer un cadre collectif dont la mise en œuvre est déclinée sectoriellement. Raoul Briet, l'a précisé, il n'était pas naïf au point de croire que l'objectif sera réalisé, mais espérait que le débat à l'Assemblée nationale amènerait à poser les questions fondamentales.

Les grèves massives qui ont bloqué le pays fin 1995 avaient en fait pour origine les retraites du public.

En 2002 le gouvernement a retenu la leçon et dissocié les réformes de l'assurance maladie santé et celles des systèmes de retraites. Mais cela prend plus de temps dans un calendrier électoral qui laisse peu d'espaces pour les réformes en profondeur.

**Ces rappels historiques aident à la compréhension de quelques questions** abordées l'après-midi par PA. ROSENTAL, JF. CHADELAT, P. STECK et M. FONTAINE.

#### **Celles de l'avenir démographique...**

Comme chacun le sait, un véritable « tsunami » démographique nous attend. Mais une vision dynamique des données montre qu'il n'y a là aucune fatalité, il ne s'agit que de savoir qu'en faire.

D'un point de vue économique par exemple la question est celle de la productivité. On sait que plus les travailleurs sont qualifiés, plus la productivité augmente avec l'expérience, et si chez beaucoup de gens elle diminue avec l'âge c'est plus pour des questions de motivation et surtout de formation, les seniors ayant peu accès à cette dernière. Il est donc pos-

sible de jouer sur la productivité des seniors. Ce que n'a encore pas fait la France, à la différence de nombreux autres pays européens.

Parallèlement la France est le pays d'Europe qui emploie le moins les jeunes. Une seule génération travaille, il s'agit là d'un choix collectif qui n'a jamais été remis en cause, ni même discuté, et non pas d'une fatalité démographique. Le problème des jeunes vient essentiellement de ce que la formation en entreprises a disparu. Les ambitions fortes en matière de scolarisation ont creusé un écart, les moins qualifiés ne trouvent plus rien ! Mais l'Etat n'est pas le seul en cause, les politiques des DRH qui recrutent des jeunes parce qu'ils coûtent moins chers ont leur part de responsabilité.

Bien entendu notre taux de natalité a été évoqué et la politique familiale congratulée, bien que P. Steck ait rappelé que la CNAF n'assure que 60% de l'aide aux familles (et encore sans compter l'Education nationale). La différence avec les autres pays provient surtout des efforts fait pour permettre aux femmes de travailler quand elles le souhaitent. Encore fallait-il que la France ait une volonté nataliste. Ce n'est pas le cas de tous les pays. En Italie par exemple, après les années fascistes il n'était pas de bon ton de se prétendre nataliste, alors qu'en France il s'agit d'une variable d'action continue depuis 45. P. Laroque était lui-même membre de l'alliance nationale pour l'accroissement de la population française. De plus, le travail des femmes est devenu une habitude en France dès le 19ème siècle, rendu nécessaire par les guerres napoléoniennes et révolutionnaires.

### ...et celles du financement

Le 17 novembre 1881, Bismark, dans un message au Reichstag, décrivait un système de protection social selon les critères suivants :

- affiliation obligatoire pour les salaires inférieurs au plafond,
- cotisations sur les salaires,



Joseph GIMBERT et Dominique LIBAULT

- financement supporté par les employeurs et les salariés.

Le choix effectué en 1945 a donc bien été celui d'un système bismarkien, dans lequel les cotisations pèsent indéniablement sur le coût du travail et donc sur l'emploi. Le 1er rapport sur ce sujet date de 1972, d'autres se sont succédés depuis, faisant apparaître notamment que lorsque les cotisations sont plafonnées, elles deviennent dégressives et pèsent donc plus sur les bas salaires, d'où un déplafonnement progressif, et ce quelle que soit la tendance politique des gouvernements.

Depuis le premier choc pétrolier, les plans de financement se succèdent avec une tendance à transférer le prélèvement sur l'impôt, à diminuer le coût pour les entreprises et particulièrement sur les bas salaires (Balladur, Juppé, Aubry, Fillon).

En 1987 les Etats généraux de la Sécurité sociale (vous vous souvenez ? la baleine) ont montré qu'il y avait consensus pour que tous les revenus participent au financement. En 1990 a donc été créée la CSG. Mais des lobbies se sont activés pour que soient exclus le minimum vieillesse, le livret A, les anciens combattants etc. La CSG a été par la suite confortée par le plan Juppé, puis par les mesures de M Aubry.

JF. Chadelat a défendu une thèse qui lui est chère. La TVA rapporte à l'Etat trois fois plus que l'impôt sur le revenu et la réforme du financement de la Sécurité sociale devrait être liée à celle de l'impôt. Cette réforme lui semble inéluctable. Chacun a d'ailleurs pu constater depuis que le débat avait été relancé par le Président de la République lui-même.

### Pour finir, M. Fontaine, dans une réflexion très personnelle, a posé la question de la place du personnel de l'institution dans les réformes.

Il apparaît que celui-ci n'est jamais consulté, ce qui n'est pas un facteur de motivation pour les agents qui sont en relation avec l'utilisateur. Les campagnes d'explication ou de promotion sont nationales et les personnels de l'institution se retrouvent au même niveau d'information que leurs voisins, leurs amis ils n'en savent pas plus.

Les réformes apparaissent comme lointaines, d'autant plus que la maîtrise des coûts de production est obtenue par une centralisation croissante. Le sentiment récurrent pour eux est que tout change tout le temps et les outils (le système informatique, la carte Vitale etc.) finissent par apparaître comme la réforme.

L'organisation de notre système de Sécurité sociale fait que ceux qui décident de la réforme ne sont pas ceux qui la gèrent. L'intégration des objectifs de la réforme dans la gestion des ressources humaines est faible, voire inexistantes. Ces objectifs ne sont pas nécessairement inclus par exemple dans l'intéressement (dont le montant d'ailleurs ne constitue ne peut guère suffire à constituer une motivation).

Au final, la motivation est portée par les directeurs locaux qui s'efforcent d'expliquer et de motiver mais, lorsqu'ils y parviennent, c'est en renforçant l'adhésion interne et en perdant l'idée d'intégration au réseau.

Conférence de Michel LAGRAVE prononcée à Rouen le 20 octobre 2005 lors de la remise de la distinction d'Officier de l'Ordre National du Mérite attribuée à M. Gérard GILMANT, Directeur de l'URSSAF et du CRF de NORMANDIE

## GESTION ET FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

### INTRODUCTION

#### Quelle est la date de naissance de notre Sécurité sociale ?

Il y a eu des prémices en 1944.

La Déclaration de Philadelphie du 10 mai 1944, expose les textes de l'Organisation Internationale du Travail. Elle est très générale, se bornant à prévoir un revenu de base et des soins médicaux complets.

Le Conseil National de la Résistance a sans nul doute créé un climat favorable. Dans son programme du 14 mars 1944, il « recommande un plan complet de Sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec une gestion appartenant aux représentants des assurés et de l'Etat ».

Mais il ne s'agissait que d'un programme sans contenu concret. Quant au général de Gaulle, selon le mot de Pierre Laroque « il faisait la guerre ».

Des éclaircissements sont donc nécessaires sur le plan français de Sécurité sociale de 1945.

#### Comment se situe-t-il ?

Il y a, d'un côté, le système bismarckien celui des assurances sociales obligatoires. Comme on le sait, Bismarck avait voulu s'installer sur le terrain des socialistes et les prendre de vitesse. La gestion lui importait peu. Elle reprenait l'ancienne législation prussienne, avec des pouvoirs étendus confiés aux communes et à la profession organisée. C'était, en quelque sorte, Bismarck sans la Prusse.

De l'autre côté, le plan Beveridge avait fait une apparition fulgurante en Grande-Bretagne. Sans doute concernait-il le

chômage qui accablait le pays. Il était fondé sur la Solidarité nationale avec financement exclusif par l'Etat, et des prestations minimales.

Sans doute le code de la Sécurité sociale pose-t-il, en principe, que la Sécurité sociale est fondée sur la solidarité nationale. Mais il faut s'entendre sur la portée de ce terme. Pierre Laroque exprime clairement sa pensée. « Le système britannique, celui du plan Beveridge, fait appel pour plus de 50% au budget de l'Etat ». Cette solution, l'organisation française l'écarte complètement. Cela pour deux raisons : « faire appel au budget de l'Etat, c'est inévitablement subordonner l'efficacité de la politique sociale à des considérations purement financières qui risquent de paralyser les efforts accomplis. Mais il y a une autre raison infiniment plus importante qui se relie à tout l'esprit des réformes en cours. C'est que la Sécurité sociale doit être l'œuvre des intéressés eux-mêmes, elle doit reposer sur un effort véritable des intéressés. C'est pourquoi le plan de Sécurité sociale doit être alimenté par les contributions des bénéficiaires ».

Quant à la solidarité nationale, écrit ailleurs Pierre Laroque, c'est la volonté de couvrir toute la population pour l'ensemble des risques en quelque sorte, c'est du Beveridge sans l'Etat.

L'originalité du plan français, c'est qu'il n'a pas de modèle. Il reprend l'idée de solidarité nationale, mais limitée au monde du travail et celle d'assurances sociales parce qu'il s'agit d'une technique subordonnée à un objectif.

C'est objectif, c'est la démocratie sociale, qui est au cœur du dispositif.

La gouvernance, pour utiliser le mot actuel c'était donc la démocratie sociale mais qui a échoué pour être récupérée par l'Exécutif.

Parallèlement, a émergé, avec peine, compte tenu des réticences des partenaires sociaux, une démocratie politique

imparfaite. Le glissement n'a pas abouti à son terme. Ce sont ces deux points qui seront exposés,

- l'échec de la démocratie sociale dans la gestion,
- la progression inachevée de la démocratie politique dans le financement.

## I – L'ÉCHEC DE LA DEMOCRATIE SOCIALE

**1.** L'organisation voulue en 1945 repose sur les 3 « U » du plan Beveridge, même si les termes ne sont jamais employés. Beveridge n'est pas un modèle, n'a pu servir de référence : Unité, Universalité, Uniformité.

### **L'Unité ; c'était l'unité organique.**

Tous les facteurs d'insécurité devant être regroupés dans des institutions communes dans une organisation générale d'entraide obligatoire, comme le souligne l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945. C'était l'unité de caisse.

**L'Universalité,** c'est de couvrir progressivement toute la population résidant en France, nationaux et immigrés en situation régulière (et même irrégulière selon Pierre Laroque).

**L'Uniformité,** ce sont les mêmes prestations pour tous.

Il ne s'agit pas de lancer une politique des revenus verticale, mais de faire de la justice commutative : bien-portants et malades, célibataires et chargés de famille, jeunes et retraités.

Au fil de l'histoire, ces principes ont été respectés peu ou prou :

L'unité organique n'est pas atteinte. Les régimes spéciaux sont restés à l'écart, malgré la tentative infructueuse de 1995. On relève l'effort des travailleurs indépendants qui viennent de regrouper maladie et vieillesse dans le régime social indépendant (R.S.I.) Mais c'est une simple volonté de simplification, celle d'avoir un guichet unique.

En revanche, l'unité de caisse a été abandonnée, du fait de la volonté de la Branche familiale d'être gérée à part, comme le voulaient Gaston Tessier, Président de la CFTC et le MRP.

L'universalité est satisfaite pour les prestations familiales en 1978, pour la vieillesse en 1993, pour l'assurance maladie avec la CMU et son complément en 1999.

L'uniformité a subi des dérogations dans la branche familiale où la moitié environ des prestations sont sous condition de ressources.

Cette architecture générale est une garantie institutionnelle. Elle n'est pas une fin en soi.

**2.** L'objectif dépasse la seule Sécurité sociale, il s'agit, pour Pierre Laroque, de créer un « ordre social » nouveau. Le rapprochement des classes figure dans la première ligne de l'exposé des motifs de l'ordonnance de 1945. C'est donc une



*Michel LAGRAVE à Saint Etienne à l'occasion du 60ème anniversaire de la Sécurité sociale*

ambition éthique, et non pas technique, que suggère le père fondateur. Il l'expose dans sa conférence de présentation de janvier 1946 :

« La politique sociale d'aujourd'hui doit donc tendre à construire un ordre social nouveau, axé d'une part sur le développement de la participation des travailleurs à la vie économique, à la gestion des entreprises, comme des grandes branches d'activité et d'autre part, à réaliser la Sécurité sociale, c'est à dire à garantir à tous les éléments de la population qu'en toutes circonstances ils jouissent de revenus suffisants pour assurer leur subsistance familiale ».

La Sécurité sociale est l'un des instruments, mais la participation économique est aussi importante. C'est l'inspiration du gaullisme social.

Cet ordre social implique une organisation spécifique. La gestion des caisses sera confiée aux représentants des travailleurs et des employeurs, à l'exclusion de toute participation de l'Etat. Les représentants des travailleurs seront majoritaires. Pourquoi ? C'est le rappel de 1936 qu'annonce d'ailleurs l'exposé des motifs, dans des termes qui témoignent de l'empreinte du Front populaire : « cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère ». Il faut rappeler que Pierre Laroque avait reçu l'appui de la C.G.T. seul syndicat de poids, alors que la CFTC était réticente au plan Parodi-Laroque, car elle voulait préserver l'autonomie de la branche familiale.

Les représentants des travailleurs et des employeurs devaient être élus, selon les principes démocratiques. Ils le furent dès 1947, après un bref intermède de 1946 qui obligea à recourir à la désignation. Les élections de 1947 ont donné lieu à une déclaration radiophonique du directeur général : c'est dire le prix qu'il y attachait.

Au-delà des administrateurs, ce sont, les cadres des caisses que Pierre Laroque voulut associer à ce grand dessein. Il ne suffit pas d'être un technicien, il faut être un apôtre » ainsi le proclamait Pierre Laroque le 23 mars 1945, à l'inauguration de la section des assurances sociales de l'Ecole Nationale d'organisation économique et sociale, qui devait former les futurs cadres de la Sécurité sociale.

**Vingt ans après, le contexte change radicalement.** Le marché commun en est la cause. Nos frontières s'ouvrent à la concurrence des Etats membres des Communautés européennes. Les commissions du 5ème Plan (Dobler, Canivet, Friedel, Bordaz) avaient mis en avant la progression rapide des dépenses (45% en 5 ans). La charge des employeurs devenait un frein aux échanges. On passe de la définition sociale à la conception économique.

Il est significatif de constater que l'alerte et les propositions viennent du CNPF et non des syndicats. Le rapport Picketty préconise la séparation organique des trois branches, maladie, vieillesse, famille, avec obligation d'assurer l'équilibre financier

de chacune. C'est d'ailleurs la branche maladie qui est mise sous surveillance, du fait de l'accroissement des dépenses : le Plan évoquait leur doublement décennal.

**Les ordonnances Jeanneney de 1967** traduisent ces objectifs par une réforme dont il suffit de rappeler brièvement les traits : séparation organique des trois branches, avec une Caisse Nationale spécifique à leur tête, paritarisme employeurs salariés, reflétant la double nature de la sécurité sociale, charge économique et droit social. Les élections disparaissent au profit de désignation par les organisations professionnelles et les syndicats représentatifs. « Entreprise de démolition » s'écriera le président Laroque. La démocratie sociale fait les frais de l'opération. L'ACOSS est créée, les URSSAF acquièrent leur autonomie. Elles ne sont plus des services communs aux caisses primaires et aux caisses d'allocations familiales, mais ne relèvent que de l'Agence Centrale.

Malgré la délégation du pouvoir financier aux caisses nationales, celles-ci rechignent à l'exercer.

Le tripartisme de fait s'instaure. L'Etat intervient par défaut. Au lieu d'être un simple gardien de la légalité et un arbitre il intervient dans le jeu pour le confisquer parfois par exemple, pour les conventions médicales ; c'est un climat conflictuel.

**3.** Vingt ans après, Philippe Séguin, ministre des affaires sociales et de l'emploi, lance dès 1987, les Etats généraux de la Sécurité sociale, en dehors de l'administration et du Parlement, sous la conduite de sages dont Pierre Laroque, le professeur Jean Bernard, Gérard Calot, Simon Nora, Jean Choussat, Jean Picot, avec un secrétaire général de grand prestige, Jean Marmot. C'est une sorte d'appel à la démocratie directe, pour relancer un projet qui puisse être accueilli à la base. En fait, la proposition du ministre aux syndicats, au terme de ces consultations, est encore de caractère financier : instituer un fonds de réserve, sorte de FMI, chargé d'attribuer des ressources aux régimes en difficulté, après approbation d'un conseil des sages en quelque sorte consolidé. Les syndicats sont réticents, toujours soucieux de conserver leurs prérogatives. La proposition fait long feu. Mais le MEDEF se prend à dénoncer avec vigueur le système en place, les intrusions de l'Etat dans l'assurance maladie, jusqu'à la rupture en 2002. Le MEDEF abandonne tous les conseils d'administration dans l'attente de la refondation. Celle-ci est, en réalité, revendiquée pour la seule assurance maladie, qui n'est pas maîtrisée.

**4.** C'est à nouveau des initiatives venant du MEDEF qui vont se traduire par la loi du mois d'août 2004. Elles sont mises en cohérence et présentées par Guillaume Sarkozy, le responsable des affaires sociales. Le modèle devient celui des grands groupes d'assurances, avec un large conseil de surveillance et un directoire qui aurait la réalité des pouvoirs.

C'est donc un modèle, provenant du secteur privé, qui inspire la réforme.

La loi du 13 août 2004 crée la Haute autorité de santé, autorité scientifique indépendante, dirigée par un collège dont les 8 membres sont désignés par le président de la République, les présidents des 2 Assemblées parlementaires et le président du conseil économique et social. Elle regroupe les dispositifs d'évaluation existants (Commission de la transparence, Comité économique du médicament) et se substitue également à l'ANAES (Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé qui est supprimée). Malgré son prestige, la Haute autorité n'a qu'un pouvoir consultatif.

De son côté, la Caisse nationale d'assurance maladie dispose d'un conseil qui n'est plus un conseil d'administration, mais un organe chargé de définir des orientations d'action. Enfin, les caisses nationales des trois grands régimes : général, agricole, non salariés sont regroupées dans une Union des Caisses Nationales d'Assurance Maladie (l'UNCAM).

Mais dans ce dispositif, la réalité du pouvoir appartient au directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie du régime général qui l'est également de l'UNCAM. Il est le responsable et le garant de la politique d'assurance maladie. Il a autorité sur l'ensemble du réseau régional et local. Or, il est nommé par décret. Il est à la fois un personnage tout puissant et le fusible.

Ainsi le Gouvernement c'est-à-dire l'Exécutif, prend en charge tous les leviers de l'assurance maladie. Comme il est le maître du jeu pour les deux autres branches, dont il tient pratiquement les deux bouts de la chaîne, recettes et prestations ? Il concentre l'ensemble des pouvoirs. L'ironie du sort veut que l'introduction d'un modèle inspiré de la gestion prévue dans l'assurance maladie aboutisse, au bout du compte au renforcement du rôle de Gouvernement. Voilà pour la gestion.

## II – CE PROCESSUS SE PROLONGE PAR L'EMERGENCE DU PARLEMENT

ce qui exprime un glissement vers la démocratie politique, dans le temps même où la démocratie sociale est en pleine torpeur. Ce sera mon second point.

**1 - Longtemps, le Parlement a essayé de s'introduire dans la gestion financière de la Sécurité sociale :** de 1968, avec l'amendement Fontanet en passant par l'amendement Labbé Chinaud et la proposition de la loi organique d'Ornano, votée mais recalée par le conseil constitutionnel, en 1987, vingt années ont vu le Parlement s'opposer aux partenaires sociaux. Il y avait conflit de logiques : les professionnels et les élus de la nation.

**2 - Il faut attendre la loi Balladur de 1994** pour constater un pas en avant, d'ailleurs peu contraignant. Le gouvernement est appelé à présenter au parlement un rapport sur l'évolution des régimes obligatoires avant l'examen du projet de loi de finances. La Cour des comptes présente elle aussi un rapport.

Mais le débat au Parlement n'est pas sanctionné par un vote,

malgré la demande insistante notamment du sénateur de Vendée, Jacques Oudin, magistrat de la Cour des Comptes. Le Parlement ne peut se prononcer que sur les orientations gouvernementales. Le débat ne lie pas plus le gouvernement que le Parlement.

**L'aboutissement et la loi organique du gouvernement Juppé en 1996 avec la loi de financement de la Sécurité sociale.** Cette évolution est légitime pour au moins 3 raisons :

- La CSG a été introduite par Michel Rocard en 1991. Philippe Séguin y avait d'ailleurs pensé dès 1988. D'abord instrument de politique sociale au profit des bas salaires, elle est devenue un instrument de rendement financier sous le gouvernement Balladur, pour la branche vieillesse et au titre du plan Juppé, pour l'assurance maladie. La C.S.G. est une imposition de toute nature, du point de vue juridique.

- Le plan de stabilité contraint les Etats membres à ne pas dépasser le pourcentage de 3% du PIB dans l'ensemble des déficits publics qui comprend ceux de l'Etat, des collectivités locales et de la Sécurité sociale au sens européen y compris l'assurance chômage.

- La masse financière de la Sécurité sociale est supérieure à celle de l'Etat.

Le droit de regard du Parlement est légitime, mais il est tronqué. La loi de financement ne se confond pas avec la loi de finances de l'Etat, parce qu'elle n'a pas pour finalité d'établir l'équilibre financier entre des objectifs des dépenses et des prévisions des recettes.

L'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) échappe à toute contrainte budgétaire et a d'ailleurs été sans cesse dépassé depuis l'origine sauf en 1997.

**3 - La loi organique du 2 août 2004** pourrait changer la donne à terme, parce qu'elle rapproche très sensiblement la loi de financement de la loi de finances de l'Etat.

La nouvelle loi organique prévoit un pilotage rigoureux des dépenses de chaque branche, dans une perspective pluriannuelle, en cohérence avec les prévisions économiques et financières liées aux lois de financement de l'Etat et avec les engagements européens. Elle prévoit des programmes de qualité et d'efficacité. Bref, on passe d'un système de moyens à un dispositif de mission, comme le prévoit la LOLF du 1er août 2001, clé de voûte désormais de toutes nos finances publiques, y compris les sociales. La certification des comptes sociaux à compter de 2007 (exercice 2006) prolonge le mouvement. Pourquoi ne pas aboutir alors à une loi de finances sociales ? La marge entre la loi de finances d'Etat et la loi de financement est de plus en plus étroite. Elle tient uniquement l'ONDAM. Cette notion provient d'une confusion, à mon sens, entre l'évolution des dépenses de santé et celle de l'assurance maladie. Les premières se développent à leur propre rythme, comme dans tous les pays développés. Il n'y a pas de raison de les contraindre dans un carcan. En revanche, l'assurance maladie représente la garantie sociali-

sée. Comme dans toute assurance, il ne s'agit pas de tout rembourser et de coller à l'évolution des dépenses de santé. Comme le préconisait le rapport Nora Naouri, en 1979 il faudrait prévoir un fort noyau redistributif à l'intérieur d'une présentation libérale. La redistribution se ferait au profit des plus défavorisés (c'est le rôle de la CMU) et des maladies les plus graves, sous réserve de revoir le contenu et le devenir des 30 affections de longue durée actuelles. Le reste serait adapté aux circonstances : le rapport Nora-Naouri préconisait l'exclusion pure et simple du remboursement du petit risque.

Quand le Premier ministre Raymond Barre disait que l'assurance maladie ne devait pas progresser plus vite que le PIB, c'est bien à cette distinction qu'il se référait implicitement.

## CONCLUSION

Nous sommes passés d'un schéma initial de cohérence (qui gère) fondé sur le monde du travail à un schéma éclaté à la fois pour les recettes (cotisations et impôts) et pour la gouvernance (centré sur l'Exécutif en fait et sur le législatif en droit).

Cette situation relègue les partenaires sociaux à des fonctions secondes, le pouvoir étant concentré sur l'Etat. Cette évolution n'est pas sans danger. Il n'y a plus de contre-pouvoirs. Est-ce irrémédiable ? Sûrement pas. Un champ de réflexion s'ouvre.

Le regain de la démocratie sociale ne peut venir que de l'élection des représentants du monde du travail, même s'ils n'ont plus le monopole des conseils. Il n'y a pas de démocratie sans élection, comme le soulignait Jean Marmot. Il ne s'agit pas de revenir en arrière, comme on l'avait voulu en 1982, et de rétablir dans son intégralité le plan de 1945, avec des caisses uniques. Dans cette perspective, les élections de 1983, les dernières, ont marqué un échec et les élec-

tions ont été supprimées en droit en 1996. Conservons les structures actuelles, redonnant vie et responsabilité aux conseils que l'on n'appelle même plus conseils d'administration en assurance maladie.

Que l'on ne dise plus que les partenaires sociaux sont incapables de gérer avec fermeté. L'exemple de l'UNEDIC prouve le contraire. Entendons le président Laroque en 1995, devant le chef de l'Etat pour le cinquantième anniversaire. Il souhaitait un « effort nouveau d'éducation et de solidarité ». Quant à la démocratie politique, elle est légitime. L'effort doit consister à mieux articuler démocratie politique et démocratie sociale par des conventions d'objectifs et de gestion non plus tronquées mais englobant le risque : il faut une régulation partagée des prestations.

Un nouvel équilibre mettrait fin à la dérive vers un étatismes sans limite et une technocratie sans la foi. Une démocratie contractuelle représente l'avenir.

L'état de nos finances sociales exige un redressement. Avec 13 milliards d'euros de déficit en 2004, le régime général s'installe dans un record. Un schéma conflictuel larvé entre Etat et partenaires sociaux mis à l'écart ne peut qu'aggraver la situation.

Beveridge disait que la sécurité sociale était une aventure. Encore faut-il la mener au succès. Une révolution silencieuse serait la meilleure tactique. Souvenons-nous de l'ordonnance fondatrice du 4 octobre 1945. Elle est passée inaperçue. Pourtant les Français mettent la Sécurité sociale au premier rang des institutions.

L'apparent confort actuel est anesthésiant. Certes les prestations sont versées. Mais un effort volontariste doit sauvegarder le système et le pérenniser.

*Michel LAGRAVE  
Président du Comité d'histoire de la sécurité sociale  
Conseiller maître honoraire de la Cour des Comptes*

# 13 OCTOBRE 2005

## COLLOQUE DU 60<sup>ÈME</sup> ANNIVERSAIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

*Placé sous le haut patronage du Président de la République, ce colloque a réuni de nombreuses personnalités politiques, institutionnelles, syndicales, socioprofessionnelles et scientifiques.*

*Les citations suivantes sont extraites des discours officiels mis à disposition par le Ministère sur Internet*

### ILS ONT DIT :

Quel sens plus élevé peut-il y avoir que d'affirmer le droit de tout homme, femme, enfant à bénéficier des progrès du génie humain pour faire face à la maladie ?

Les travers, les difficultés, les excès parfois de notre système de Sécurité sociale, ne doivent pas nous cacher que fondamentalement le monde contemporain souffre d'une insuffisance de Sécurité sociale et non d'un excès de Sécurité sociale.

Ce que j'ai envie de dire aux jeunes générations, c'est : ne perdez pas le sens de la Sécurité sociale. Le sens peut être perdu de plusieurs façons.

- Par l'accoutumance : apparaît banal, acquis, allant de soi en France ce qui reste aujourd'hui dans le monde totalement exceptionnel (...).
- Par l'abus : si on demande à la société de vous protéger de tout, on finit par créer une société sclérosée, inerte, incapable d'innover, de prise de risque. Si la Sécurité sociale est là pour venir en aide à ceux qui sont dans la difficulté, ce ne doit naturellement pas devenir un moyen de s'exonérer de ses propres responsabilités individuelles.

Soyons fiers de notre Sécurité sociale ! Elle fut l'une des grandes conquêtes républicaines de XX<sup>ème</sup> siècle. Et aujourd'hui, elle est l'un de nos principaux atouts pour affronter unis et forts les défis de notre temps.

Je veux enfin évoquer notre système de soins, en soulignant son originalité. Car notre assurance maladie repose sur un équilibre unique. Elle privilégie à la fois la prise en charge collective du risque et le libre choix du médecin par le patient.

La seconde édition du baromètre BVA l'atteste : 85% des usagers sont satisfaits de l'action des caisses de Sécurité sociale.

Nous avons eu cette année un grand débat au cours duquel les Français ont fait part de leurs inquiétudes, de leurs impatiences, de leurs opinions divergentes sur l'Europe. (...) il doit

### SIMONE VEIL

- Par la contamination du repli individualiste qui menace nos sociétés : quel sens a la solidarité collective dans un monde guetté par le « chacun pour soi » ? Si le rapport de chacun avec la Sécurité sociale ne doit être qu'un rapport de consommateur, essayant de maximiser les opportunités qu'elle offre, alors la Sécurité sociale n'a plus de sens. Elle est condamnée à plus ou moins brève échéance.
- Par le rejet : la Sécurité sociale peut apparaître à certains comme liée à une étape donnée, datée du développement des sociétés post industrielles. Dans une économie mondialisée est-elle toujours de mise ? Je veux m'élever en faux contre une telle assertion.

Rien ne m'empêchera de penser que là où il y a Sécurité sociale, la dignité de l'homme est mieux respectée que là où elle n'existe pas.

C'est l'absence de partage de cette Sécurité sociale au niveau mondiale qui rend notre monde si inéquitable et si fragile.

### PHILIPPE BAS

**Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**

nous conduire à réfléchir au cadre européen dans lequel notre protection sociale doit s'inscrire. D'abord parce que le marché du travail sera de plus en plus européen. Mais aussi parce que c'est l'Europe qui nous donnera la masse critique pour consolider notre modèle de protection sociale.

(...) je suis convaincu que nous pouvons rechercher une convergence progressive des modèles nationaux, grâce à quelques principes interdisant tout dumping social et garantissant une harmonisation par le haut.

La Sécurité sociale française ne s'est pas constituée autrement : elle est partie d'une mosaïque de régimes très différents qui ont peu à peu convergé parce qu'ils ont su se donner un horizon commun.

## XAVIER BERTRAND

Ministre de la santé et des solidarités

(...) un risque existe 60 ans après. Celui d'oublier qu'elle est le fruit d'une Histoire, d'une ambition, d'un espoir.

Notre objectif est de pérenniser ce système garant de notre équilibre social en l'adaptant pour l'améliorer. Cela passe bien sûr par des réformes importantes, fidèles à l'esprit des origines, comme celle que nous avons engagée pour l'assurance maladie. Cela passe aussi (...) par des mesures permettant de mettre notre Sécurité sociale au service de la croissance. Cela passe enfin par la nécessité de redonner sens à ses valeurs fondatrices, la solidarité, la responsabilité.

Certains pensent que nous sommes parvenus à une sorte de fin de l'Histoire dans le domaine de la protection sociale. C'est oublier tous les avantages dont nous bénéficions ; c'est ignorer aussi que des exclus demeurent ; c'est négliger enfin les dimensions européenne et internationale de la protection sociale. Le temps est venu de nous mobiliser à nouveau.

L'évolution du système par rapport aux nouveaux risques et aux nouvelles exigences n'a de sens que dans une adapta-

tion permanente de son architecture et de sa gestion.

La dernière décennie a été particulièrement riche en évolutions. Celles-ci ne témoignent pas seulement des difficultés rencontrées par notre système. Elles apportent aussi la preuve du dynamisme, de la vitalité de notre système de Sécurité sociale et de la capacité des organismes et des hommes qui le servent à rénover son fonctionnement.

Nous devons dépasser le seul horizon national pour adapter au mieux notre système aux besoins nouveaux. La cohérence du modèle français n'enlève rien à l'intérêt de la comparaison, et de l'étude des bonnes pratiques, notamment à l'échelle européenne.

Soyons visionnaires, pas seulement gestionnaires.

Nous ne sommes pas dans une société d'indemnisation, mais dans une société d'insertion et de partage. Participer à la Sécurité sociale doit demeurer un acte citoyen avec ses droits et ses devoirs.

## JEAN-MICHEL DUBERNARD

Président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale.

Je veux souligner à quel point la Sécurité sociale est devenue pour tous les Français un véritable trésor national.

La Sécurité sociale c'est bien un de ces plébiscites quotidiens qui fonde notre pays.

La Sécurité sociale est d'abord une délégation de gestion de l'Etat aux partenaires sociaux. Cependant, au cours des soixantes dernières années, l'étendue et les conditions de cette délégation ont considérablement varié.

S'interroger sur les liens entre la Sécurité sociale et le Parlement, c'est montrer les progrès réalisés par la démocratie politique, sans que soit remis en cause le principe de la démocratie sociale.

(...) ces textes de 1996, élaborés dans un contexte financier critique sous l'impulsion décisive d'Alain Juppé, forment notre « constitution sociale ». Il est d'ailleurs à souligner qu'ils n'ont pas été remis en cause lors de l'alternance de 1997. Sous la vigilance du Conseil Constitutionnel, les neuf exercices des lois de financement ont permis de montrer à quel point le Parlement s'est saisi du sujet et entend exercer la plénitude de ses compétences constitutionnelles et organiques.

La discussion des lois de financement à l'automne est devenue au fil des ans un rendez-vous incontournable de la vie

politique française et un moment fort du calendrier parlementaire.

J'estime que le Parlement et plus spécifiquement l'Assemblée nationale, doit renforcer sa fonction de contrôle. Cette fonction est essentielle. Elle est la marque d'un Parlement moderne et de ce point de vue la France est en retard sur bon nombre de démocraties. Le contrôle doit s'accompagner d'une évaluation. Il doit porter non seulement sur l'action du gouvernement mais aussi sur celle des organismes chargés d'une mission de service public que sont les caisses gestionnaires des régimes de Sécurité sociale.

(...) Demain il faudra aller encore beaucoup plus loin. S'agissant de masses financières supérieures à celles brassées par le budget de l'Etat, concernant des sujets aussi centraux pour nos concitoyens que la santé ou la retraite, le Parlement ne peut rester aveugle, sourd et muet.

Mieux contrôler l'efficacité des dépenses sociales. C'est l'impératif ! La République ne s'incarne pas seulement dans la solidarité ; elle requiert aussi une exigence de transparence et de contrôle des pouvoirs et des fonds publics par les citoyens et leurs représentants (...). Le propre de l'obscurité est toujours d'aggraver les problèmes en retardant les solutions.

Dès son rapport public concernant les années 1940 à 1945 (...) la Cour mit en garde contre certaines implications de ce choix. Je la cite : « dans cette grande organisation de la Sécurité sociale, toutes les caisses se réclament du droit privé pour échapper aux contrôles établis sur les finances publiques. Aucun document complet sur l'ensemble de l'activité de ces caisses n'est publié. La Cour est d'avis qu'une telle situation ne saurait se prolonger sans danger pour les finances publiques. » La Cour fut entendue, non sans quelque difficulté. La loi du 31 décembre 1949 posa le principe d'un contrôle de la Juridiction sur la Sécurité sociale (...).

Alors que la loi de 1949 avait été l'occasion de créer une chambre sociale à la Cour -la 5ème- la réforme de 1996 a divisé en deux cette chambre sociale pour dédier à la Sécurité sociale une chambre toute entière, la 6ème. Ce dédoublement me donne l'occasion d'observer que la Cour a peut être mieux pris conscience que les pouvoirs publics de la nécessité de redistribuer une partie de ses forces au profit de la Sécurité sociale, là où le ministère des affaires sociales reste toujours, malgré quelques progrès, handicapé par une inadaptation de ses moyens humains à la technicité et l'importance croissante de sa tâche.

Depuis 1990 (...) le Conseil d'Etat n'a jamais été saisi de moins de dix textes et a été parfois saisi de plus de quarante textes en un an. A cela, il faut ajouter deux ou trois demandes d'avis chaque année. C'est donc une charge très substantielle qui pèse sur lui.

Si le procédé (des projets de loi portant diverses dispositions en matière sociale : DMOS) n'est pas à rejeter dans son principe, il y a été trop souvent recouru au cours des années passées. L'hétérogénéité des dispositions que ces projets contiennent en rendent l'examen par le conseil d'Etat d'abord, par le Parlement ensuite, particulièrement mal aisé.(...) Il serait sage aujourd'hui d'y renoncer ou de n'y recourir qu'avec la plus grande parcimonie.

## PHILIPPE SEGUIN

Premier président de la Cour des comptes

Il a pu être vérifié dans le domaine qui nous intéresse que les deux tiers des recommandations formulées dans le rapport au Parlement étaient suivies d'effet.

Aussi la Cour ne peut-elle que s'inquiéter de l'empilement des réformes, de leur caractère parfois incompréhensible qui ne peut que nuire à leur efficacité.

Plus grave encore est le sentiment que ces réformes touffues sinon contradictoires ne sont pas issues d'une réflexion sur les causes profondes, structurelles de la situation des finances sociales.

Il est ainsi de sa (la Cour) responsabilité de souligner que le système de protection sociale conçu il y a 60 ans, dans un tout autre contexte, et qui n'a cessé depuis lors de progresser, n'est sans doute plus adapté, dans ses modalités, aux nouvelles contraintes d'un pays vieillissant dans un monde ouvert. Chacun, assuré, patient, retraité, professionnel de santé, ne peut plus espérer en tirer un bénéfice personnel maximal au détriment de la collectivité toute entière. D'autres priorités collectives entrent en concurrence et méritent également d'être satisfaites.

## RENAUD DENOIX DE SAINT MARC

Vice-président du Conseil d'Etat

(...) le projet de LFSS a, jusqu'à présent été établi dans la hâte. Et le Conseil d'Etat n'a cessé de dénoncer la brièveté du délai qui lui était consenti pour l'examiner. (...) mais surtout, il a attiré l'attention du gouvernement sur ce que les conditions d'examen et d'adoption du PLFSS par le Parlement n'étaient pas adaptées à des réformes de grande ampleur.

(...) il ( le Conseil d'Etat) a fait la chasse aux « cavaliers » c'est à dire aux dispositions qui n'auraient pas du figurer dans une telle loi (...). Il a rappelé dans son rapport 2004 que ne peuvent figurer dans un PLFSS des dispositions qui ne sont pas de nature à affecter dans l'immédiat, directement et substantiellement, l'équilibre de la Sécurité Sociale.

# 60 ANS DE SÉCURITÉ SOCIALE, 60 ANS DE SERVICES ET DE TRANSFORMATIONS

*Le présent article est destiné à rappeler des souvenirs à ceux qui auront connu les situations reprises plus loin et à faire découvrir aux autres les pas franchis par les organismes en matière de service rendu depuis plusieurs décennies.*

## La gestion de la relation client : Remettre l'assuré, l'allocataire au centre des ambitions des organismes

Resituez vous en 1975.

Le malade vient de régler son médecin car le tiers payant n'est pas prévu dans les conventions avec les professionnels de santé.

Il est donc urgent qu'il obtienne son remboursement.

Deux solutions s'offrent à lui :

- l'envoi par la poste, en franchise postale car elle existe encore,
- ou le paiement en espèces aux guichets de la caisse.

## De la rigueur dans un environnement marqué par l'administratif

Il en faut si l'assuré opte pour le premier cas, car le délai de remboursement risque d'être long et cela pour plusieurs raisons.

Les soldes à la liquidation sont importants dans les caisses. C'est l'époque où les délais de remboursement se comptent en semaines. Les volumes de dossiers en attente de remboursement se mesurent au moins en centimètres d'épaisseurs, en nombre de tiroirs pleins, ou encore en boîtes en attente.

Le dossier risque fort d'être incomplet et de ne pas faire l'objet d'un règlement immédiat car la feuille de soins doit être correctement remplie et notamment faire apparaître le numéro d'immatriculation complet, l'identité, la date de naissance, l'adresse, et si vous êtes une femme le nom de jeune fille car c'est par lui que vous êtes identifiée.

Faute de l'un de ces éléments, l'identification sera longue si elle est possible...



Il vous faudra joindre vos justificatifs d'ouverture de droits en fonction de votre situation, bulletins de salaire, attestation de chômage, extrait d'inscription à la retraite, certificat de scolarité... bref, l'un de ces documents qui vous fait toujours défaut au moment où vous en avez besoin.

Par ailleurs, la Poste a ses propres délais et votre courrier ne sera pas le lendemain dans votre caisse, car la franchise postale est assimilée à un courrier lent.

## Du courage, de la ténacité et de la patience...

Si l'assuré opte pour le paiement au guichet, le délai de remboursement sera court, même si vous êtes obligé de retourner à votre domicile, chercher la ou les pièces manquantes. Mais attention, il vous faudra vous armer de courage.

A l'ouverture des guichets le matin, une cinquantaine de personnes vous auront précédé et attendront l'ouverture des portes, pour accéder au distributeur de tickets qui sera votre sésame pour accéder aux différents guichets.

Avec un peu de chance, il restera suffisamment de places assises pour patienter dans le bruit des enfants qui pleurent ou de l'assuré qui tempête après le guichetier qui ne lui a pas donné satisfaction.

Tout cela mêlé au brouhaha des conversations échangées entre les assurés.

Une heure se sera écoulée et votre numéro s'affichera, indiquant en même temps la lettre de votre guichet. Attention de répondre car sinon il vous faudra prendre un autre ticket si vous avez laissé passer votre tour.

Le guichetier, derrière son hygiaphone, procédera à la liquidation manuelle de votre dossier et transmettra celui-ci à la facturière pour une saisie mécanographique des informations. Pendant ce temps, vous serez invité à vous asseoir, à une autre place, car la vôtre est prise....

Lorsque la facturière aura résorbé la file d'attente des dossiers à saisir, le vôtre sera traité et dirigé vers le contrôleur qui, selon l'ordre d'arrivée, l'examinera attentivement et donnera le feu vert au paiement à l'aide caissière, qui gère elle aussi une file d'attente des dossiers à payer et qui va vérifier l'exactitude de votre identité avant de le transmettre à la caissière.

Vous serez appelé par votre numéro et là encore il est préférable de ne pas laisser passer son tour.

Un conseil : prévoyez de la menue monnaie pour faire l'appoint car la caissière a parfois des difficultés pour s'approvisionner en petite monnaie auprès de la Banque de France. Ces différentes étapes franchies, vous serez en possession de votre remboursement, du décompte de la sécurité sociale qui sera à adresser à votre mutuelle si vous en avez une.

### La réalité d'aujourd'hui

Elle est bien loin de tout cela avec la feuille de soin électronique, les échanges magnétiques avec les organismes complémentaires, les virements automatiques sur le compte bancaire ou postal et l'engagement de recevoir chaque assuré dans le délai moyen de 20 minutes maximum.

Dans la branche famille, le rythme temporisé de deux mises à jour informatiques par mois s'est accéléré. On en comptabilise, en moyenne, 23 désormais pour une mise en paiement automatique.

L'accueil s'est traduit dans certains endroits par plus de polyvalence, certains organismes s'étant orientés vers une association du front et du back office.

La recherche d'un regain d'intérêt du personnel affecté à ces activités et le souci d'une amélioration constante de la qualité du travail ont guidé ces évolutions.

Le rapport entre l'assuré ou l'allocataire s'est inversé et c'est tant mieux !

Il est loin le temps où l'on écoutait l'agent d'accueil sans contester, sans hausser la voix.

Dans certaines situations, on est même passé aux comportements extrêmes de tensions et d'agressivité vis-à-vis des personnels.

Dans ce contexte, un mieux néanmoins en direction des publics reçus, les délais d'attente ont considérablement diminué.

La modernisation des outils, l'évolution du management des équipes, les engagements qualité mis en place pour piloter



tout cela ont permis de supprimer les paiements en espèces au profit du mandat sécurité sociale payable aux guichets de la Poste, d'ouvrir des accueils dignes de ce nom, de payer vite et bien.

Les offres de services du type borne PRESTOCAP ou GUICHETS AUTOMATIQUES multiplient les services en lignes et réduisent les lignes d'attente du public.

Pour cela, il a fallu changer les habitudes. Celles des équipes de terrain mais aussi et surtout celles des assurés et des élus. En effet, l'environnement dans lequel évoluait en l'occurrence l'assurance maladie ne voyait pas le monde bancaire mettre à disposition des automates pour retirer des espèces et autres services pour favoriser les paiements.

Ce dont l'assuré avait besoin et vite à l'époque, c'était d'argent liquide pour faire face aux dépenses quotidiennes.

Il n'était pas le seul, même l'administrateur siégeant au conseil demandait à percevoir ses frais de déplacements en espèces.

## Le temps de travail et le management

### Les agents ne pointent pas encore mais sont pointés, s'ils sont en retard.

Nous sommes dans les années qui suivent mai 1968 et au début des années 1970.

Déjà à cette période, il faut être en mesure de justifier le temps de présence, mais selon les moyens et les concepts de l'époque.

C'est ainsi qu'à la prise de fonction du matin et à celle de l'après-midi, un rituel immuable se déroule à l'entrée du personnel.

Derrière la porte fermée à clef, qui ne sera ouverte qu'un quart d'heure avant l'horaire de travail, dans le couloir d'accès aux services, un vieux bureau vert est adossé à la cloison. Sur celui-ci, un registre et à côté un stylo 'bic' de couleur bleu. Debout à côté du bureau, en tailleur gris, parfois avec le manteau sur le dos et le chapeau sur la tête, Mademoiselle la responsable du personnel veille à l'émargement de chacun des entrants, et surveille simultanément la pendule sous

laquelle pend une cloche en laiton cuivré qui sonnera l'heure du début du travail.

Après un respectueux " bonjour Mademoiselle " chacun à son tour appose sa signature sur le registre et informe de l'absence éventuelle d'un collègue. Ce cérémonial dure jusqu'à la sonnerie de la cloche.

A cet instant précis, et quel que soit la file d'attente, le registre est retiré ainsi que le stylo 'bic'. Il est inutile de parlementer et d'arguer que vous attendiez votre tour et que c'est pour cette raison que vous n'avez pas pu pointer. Invariablement la réponse est la même : " l'heure de la sonnerie correspond à celle de la prise de travail, il fallait arriver plus tôt ".

Sur cette réponse, Mademoiselle le chef du personnel, le registre sous le bras, suit le couloir et tourne en direction des escaliers qui la mèneront à l'étage de la Direction où se trouve son bureau.

C'est celui par lequel il vous faudra d'abord passer si vous arrivez alors que les formalités d'émargement sont terminées. Après avoir expliqué votre retard et les raisons de celui-ci, il vous sera remis un bon signé de Mademoiselle le Chef du personnel que vous remettrez à votre tour à votre responsable de service, après, une fois encore, lui avoir expliqué pourquoi vous n'étiez pas à l'heure.

Mademoiselle le Chef du personnel nous la retrouverons vers 11 heures 55 mn, soit cinq minutes avant la sortie, en train



d'arpenter les vestiaires pour repérer les petits malins qui quittent avant l'heure le poste de travail, pour aller poser la blouse, toujours de rigueur, et se laver les mains.

Il n'y a pas d'émargement pour la sortie, mais gare à celui qui se fait prendre le manteau sur le dos alors que la sonnerie de la cloche n'a pas retenti. D'abord, il a droit aux remontrances immédiates, mais en outre il lui faudra aller s'expliquer au retour, et s'entendre dire que son comportement a été noté et que sa hiérarchie sera informée.

Ce rituel se reproduira l'après-midi, au moment de la reprise.

Le cahier d'enregistrement a existé jusque dans les années 1975, et a été remplacé par une badgeuse à fiches. Le 'bic' a disparu du bureau en même temps que le registre, mais pas Mademoiselle le Chef du personnel. Elle continue à surveiller que c'est bien l'agent lui-même qui pointe et non un de ses collègues qui agirait pour son compte, et est toujours aussi prompte à retirer les fiches de pointage lorsque la sonnerie retentit, qu'elle l'était à s'emparer du registre.

Au fait, trois détails qui ont toute leur importance :

- La semaine de travail était à l'époque, non pas de 35 heures, mais de 40 heures réparties sur 6 jours avec repos le samedi après-midi et le lundi matin.

- Le stylo 'bic' (c'était la marque). Son évolution l'a conduit à être dénommé 'bic cristal' lorsqu'il est devenu transparent. Sa couleur était noire ou bleue tout comme celle de l'encre. Le rouge était réservé à des usages particuliers, par exemple les montants négatifs en comptabilité. Cette pratique a d'ailleurs perduré avec les premiers systèmes mécanographiques qui disposaient, tout comme les machines à écrire, d'un ruban encreur bicolore.

- Enfin Mademoiselle n'était pas un secrétaire général, mais un Chef du personnel tout comme il y avait le chef de la comptabilité et celui des prestations. Ces trois personnes formant avec le Directeur, l'Agent Comptable et le Directeur adjoint la hiérarchie supérieure de la caisse de Sécurité sociale dans un petit organisme.

#### On était chef avant tout

L'époque était à l'exercice formel de l'autorité.

Personne ne se serait permis de contester celle-ci, en tout cas pas en face de la personne concernée. Ceci aussi a changé.

La gestion des horaires n'est plus l'apanage du chef du personnel mais est devenu le quotidien des managers, les transformant, avec l'avènement de l'horaire individualisé puis de l'aménagement et la réduction du temps de travail, en " spécialistes des plannings " et ce dans le souci de la continuité de service à rendre aux publics.

Le management des équipes, il y a quelques décennies, c'est quasiment mettre en œuvre les principes du taylorisme avec un encadrement qui, au cours de sa formation, suit des cours d'organisation scientifique du travail et de simplification du travail (OST SDT).

Plus concrètement, les prestations sont organisées autour

d'un schéma commun ou presque à tous les organismes. Un vaguemestre, souvent faisant office simultanément de concierge, se rend au centre de tri postal deux fois par jour pour récupérer le courrier qu'il remet à un service courrier spécialisé composé d'un chef de section responsable de la structure.

Le courrier est donc ouvert et classé par mois de naissance et à l'intérieur de chaque mois sur le matricule intégral.

Les documents sans numéro d'immatriculation ou incomplets sont mis à part en vue d'un retour à l'assuré si les informations le permettent.

Se sont chaque jour treize paquets (les douze mois de naissance et le paquet des matricules incomplets) qui sont remis au chef de section des prestations.

Ces paquets seront transmis à des commis d'ordre qui sortiront la pochette administrative de l'assuré, la joindront aux documents adressés par l'assuré, et les retourneront au chef de section ou au sous-chef de section, après avoir mis une fiche de remplacement comportant le numéro d'immatriculation, la date de sortie et le motif dans les fichiers papiers.

Ces paquets sont ensuite remis à un " liquidateur ", en vue de préparer les informations de liquidation sur un support carton qui accompagne la fiche administrative, en vue d'une saisie de cette information par une dactylo facturière. Les dossiers sont libérés par paquets, même si la dactylo facturière est en attente de travail. La dactylo facturière tape les décomptes sur des supports pré-imprimés composés de plusieurs feuillets séparés par des carbonnes et adresse toujours par paquets l'ensemble de ces documents aux contrôleurs.



Ces derniers procèdent à la vérification de la liquidation des prestations, signent les décomptes et la fiche, éclatent en plusieurs volets les décomptes qu'ils répartissent ainsi :

- Les volets à destination de la mécanographie (qui dépend de l'agent comptable) en vue de la confection du mandat Colbert qui est un titre de paiement spécifique à la Sécurité sociale.

- Le volet auquel sont jointes les pièces justificatives du paiement et qui rejoindront les archives et plus précisément le dossier de l'assuré qui contient tous les documents administratifs le concernant.

- Le volet qui servira de support à la saisie des informations pour la déclaration des revenus des médecins.

- Le volet qui servira à la prise en compte des règles de subvention entre les organismes de sécurité sociale.

- Les carbonnes qui filent dans la corbeille à papier (les contrôleurs ont tous des blouses grises et on comprend mieux pourquoi).

La mécanographe établira pour chaque dossier le titre de paiement correspondant (indication du nom, du prénom et du montant) et fera suivre par paquet de 50 au service comptabilité.

A réception, l'aide comptable, vérifiera les titres de paiements (montant, nom) et " gaufre " à l'encre grasse rouge le montant en chiffres avant d'envoyer son paquet de 50 vers un autre aide comptable qui portera un sceau (reconnu par les PTT), à l'encre grasse bleu ou rouge selon le mois, sur le mandat Colbert.

A ce stade ? le volet 1 du décompte et le mandat Colbert seront mis sous enveloppe, le volet 2 joint au bordereau de mandat comme justificatif comptable, le volet 3 et les pièces justificatives mis à disposition des archivistes qui viendront les chercher et la fiche administrative et de décomptes mis à disposition du service de liquidation qui viendra les chercher.

Les fiches seront remises au chef de section ou au sous chef de section pour être données aux commis d'ordre en vue d'un reclassement par matricule intégral dans les fichiers rotatifs, après sortie de la fiche de remplacement.

Le volet subsistant est remis au comptable en vue des opérations de compensation à destination de la FNOSS (Fédération des Organismes de Sécurité Sociale) ancêtre de l'UCANSS avec des missions différentes pour certaines.

Le management consiste donc essentiellement à répartir le travail à chaque stade de la chaîne, à tenir des fiches de stock, à assurer le remplacement en cas d'absence ou à répartir sur d'autres, à gérer les plannings de congés.

Le management c'est aussi veiller à la discipline, éviter les discussions entre collègues.

Le management consiste également à traiter les cas complexes que soumettent " les liquidateurs ", les réclamations venues par le canal du Directeur ou du chef de service.

Le management, c'est par ailleurs gérer la relation téléphonique avec l'assuré, et avec les services transverses.

Le management, c'est prendre en charge un jeune diplômé du cours de techniciens, le suivre durant quelques mois pour qu'il soit nommé ATQ (agent technique qualifié), premier palier avant le grade d'ATHQ (Agent Technique Hautement Qualifié).



Aujourd'hui, le manager est plus exposé, il doit démontrer au quotidien sa légitimité.

Il organise toujours le travail de l'équipe mais doit veiller à adapter en permanence son organisation pour tenir les objectifs qui lui sont assignés.

Des principes demeurent cependant immuables et attendus du personnel vis-à-vis de leur hiérarchie :

- l'exemplarité, en ne faisant pas ce que l'on ne permet pas à autrui,
- l'équité dans le travail au quotidien,
- le respect des collaborateurs, mais la fermeté dans le management des équipes.

### **Tenir des engagements de services et maîtriser les coûts de gestion pour ceux en charge du pilotage.**

Pilotage par tableaux de bord, engagement sur les délais d'attente, traitement des dossiers dans un délai imparti n'est pas encore au goût du jour.

La mise en place de l'APL dans les CAF pouvait se passer avec difficultés, il ne se passait rien.

Aucune injonction du national, aucune réaction de la part des allocataires.

C'était l'époque des bâtisseurs.

On créait les centres familiaux de vacances dans la Branche Famille comme on multiplie les petits pains.

Les subventions de financement étaient conséquentes. Les réalisations pouvaient se faire 2 ou 3 ans plus tard, l'argent "dormait" sans que des obligations de résultats soient exigées.

Les politiques mises en oeuvre sont alors davantage le résultat

d'une dynamique et d'une volonté politique locale, il n'y a pas alors de schéma directeur.

Dans la Branche Maladie, c'est la période durant laquelle, la Sécurité sociale embauche pour étoffer ses effectifs et tenter de diminuer les délais de paiement.

On crée alors les centres de paiement afin de répondre à deux objectifs :

- décentraliser la caisse,
- loger les effectifs supplémentaires qui sont embauchés.

Les budgets permettent facilement de répondre aux besoins, à la fois en frais de personnel, mais également pour ce qui concerne le fonctionnement, voire l'investissement, en dehors des constructions immobilières.

C'est aussi la grande époque de construction des hôpitaux essentiellement bâtis dans les années 70.

L'heure n'était pas à la pénurie mais à la profusion.

### **Et les partenaires dans tout cela ?**

On ne mesurait pas leur degré de satisfaction.

Par conséquent, ils étaient satisfaits des services rendus.

On n'analysait pas les réclamations dans un contexte de certification, on n'appréciait donc pas le degré et la justification de leur insatisfaction.

Leur niveau d'expertise s'est accru avec le temps.

La mise en œuvre du RMI, le développement des contrats villes, des contrats temps libres avec les enjeux politiques et financiers qu'ils ont induit, ont professionnalisé les partenaires externes en même temps que les CAF.

La mise en place des conventions médicales nationales dans les années 70, ont aiguisé les qualités de négociations des partenaires conventionnels et ont accru leurs exigences.

Le niveau d'exigence s'est aussi étoffé versant employeurs, on est donc attentif aux dépenses de l'assurance maladie.

On pourrait résumer ces 60 ans de Sécurité sociale, en 60 années de déploiement de services à destination des publics, de transformations pour les organismes et de recherche de maintien des valeurs fondatrices de la Sécurité sociale comme la solidarité.

Pour cela, les réformes ont été nombreuses et les adaptations régulières dans les différentes branches.

Aujourd'hui, le service à rendre nécessite plus de modernité dans les outils mis à disposition. Il exige aussi une efficacité plus marquée dans un contexte de déficit financier.

Loin de renvoyer l'image d'une institution vieillissante, la Sécurité sociale développe au quotidien à travers son réseau, dynamisme, démarches innovantes et recherche permanente d'un service adapté et de qualité.

*Un grand merci à Monsieur Bernard ROUXELIN, Directeur de la CAF du Calvados ; à Monsieur Daniel BOUTET, Agent Comptable de la CPAM du Calvados, pour leurs témoignages.*

Blandine GOHIER

# PRIX DE L'UNIVERSITE D'AUTOMNE DE L'UCANSS

## LA CRAV D'ALSACE-MOSELLE LAUREATE

*Commémorant à sa manière la célébration du 60ème anniversaire de la création de la Sécurité sociale, l'UCANSS a décerné le prix de*

*l'Université d'automne 2005 en récompense d'un projet valorisant sa longue histoire.*

*Parmi treize candidatures, la CRAV d'Alsace-Moselle en est la distinguée lauréate pour sa future construction d'un bâtiment destiné à conserver ses archives historiques.*



Cet honneur récompense le projet de création par la Caisse régionale d'assurance vieillesse (Crav) d'un lieu dont le rôle sera la conservation et

l'ouverture à la recherche historique de plus d'un million de cartes quittance, représentatives du régime dit « local » d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle.

L'histoire mouvementée de l'Alsace-Moselle est, en effet, à l'origine de l'existence d'un dispositif particulier.

Par délégation de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Crav exerce sa compétence sur le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle, circonscription atypique qui ne couvre pas une région administrative, mais une région, l'Alsace, et un département, la Moselle du fait des circonstances historiques.

Depuis leur annexion à l'Allemagne en 1870, l'Alsace et la Moselle ont connu plus tôt que le reste de la France une législation d'assurance sociale très élaborée en bénéficiant des lois sociales du Chancelier Bismarck, législation dont le maintien sera assuré par delà le retour à la France en 1918, jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale.

L'ordonnance du 18 octobre 1945 instituait, à la Libération, le régime « local » d'assurance vieillesse, suivi en 1946 de la mise en œuvre du régime général de Sécurité sociale instauré par l'ordonnance du 19.10.1945.

Chaque salarié ou ses ayants-droits pouvaient choisir entre une affiliation au régime local, à la condition d'avoir travaillé avant le 1er juillet 1946 en Alsace-Moselle, ou le régime général.

Aujourd'hui, la Crav sert 9,93% de ses pensions (sur un total de 582 868 bénéficiaires) à des retraités ou leurs ayants droits relevant du régime local.

A partir de janvier 1891 un système original de collecte des

cotisations au moyen de timbres – vignettes est mis en place qui perdurera jusqu'en 1945. S'est ainsi constitué au fil des années un fonds d'environ 1 400 000 unités de cartes-quittance et de fiches comptables, unique, puisqu'il était d'usage, en Allemagne, de détruire ces documents après liquidation des pensions.

*« Conscient de la valeur exceptionnelle de ce patrimoine, dit Alain Caps, Directeur, il était hors de question de se résoudre à sa disparition au profit d'un simple dépôt d'échantillon aux Archives départementales du Bas-Rhin. Aussi la recherche d'une solution pour conserver ce fonds unique dans des conditions dignes de ce nom s'est imposée naturellement. »*

*« Depuis 1994, date de l'emménagement des services de la Crav dans de nouveaux locaux, ces documents étaient stockés dans des conditions précaires néfastes à leur conservation. Le risque de voir disparaître ce patrimoine historique, nous a conduit, le Président de la Crav Jean-Paul Lingelser et moi-même, poursuit Alain Caps, à demander et obtenir délégation de conservation du fonds par les Archives départementales du Bas-Rhin, puis à élaborer le projet d'un nouveau bâtiment conçu autour de la mise en valeur de nos cartes quittance ».*

La question des conditions de conservation du fonds fut un préalable à la poursuite du projet.

Comme le précise Jacques Heitz, Agent Comptable, sous la responsabilité duquel sont placées ces archives, « Notre souci de respecter d'une part les exigences fixées par la circulaire AD-2000 1- en matière de conservation des archives historiques des organismes de Sécurité sociale, mais aussi d'autre part, de nous conformer aux strictes conditions de communication des archives, loi sur les Archives publiques de 1970, nous a amené à engager une importante réflexion sur les moyens à mettre en œuvre, notamment pour assurer la sécurité du futur bâtiment. Cette dernière s'entend en termes d'accès mais aussi, à la protection des archives comme à la réglementation de leur divulgation au public ».

Interrogé sur le mode de financement du projet, Jacques Heitz indique que « la Crav a fait porter l'essentiel de l'effort sur ses fonds propres qui proviennent de l'ex-patrimoine des Caisses locales, tout en bénéficiant de subventions de divers partenaires et notamment, compte tenu du témoignage sur l'histoire de l'Alsace-Moselle qu'il constitue, de la part du Conseil Régional d'Alsace et des Conseils Généraux ».

Pierre Prieur, responsable du Pôle Expertise Marché et Patrimoine de la Crav, évoque les différentes phases préparatoires au projet dont il assure le suivi :

« Tout d'abord, le Conseil d'administration de la Crav sur proposition d'un jury composé d'un tiers de maîtres d'œuvres extérieurs a retenu la proposition de l'architecte parisien Bernard Ropa pour la maîtrise d'œuvre. Son expérience dans le domaine de la conservation des archives a sûrement été déterminante, il a, entre autre, réalisé les nouvelles Archives départementales du Bas-Rhin (Strasbourg, 2005) et le Centre d'Archives Economiques et Financières de l'Etat (Savigny le Temple, 1997).

Le Bureau d'études techniques (OTE Ingénierie) et l'économiste (C2BI) associés à B. Ropa sont localisés à Strasbourg ou ses proches environs, ils composent l'ensemble de l'équipe de maîtrise d'œuvre.

Ensuite, poursuit Pierre Prieur, qui rappelle l'importance de

cette décision cruciale, *La Commission consultative des marchés des organismes de Sécurité sociale (CCMOSS) a donné en juin dernier son plein accord à la poursuite du projet* ».

La première pierre devrait être posée à la fin du troisième trimestre 2006.

Alain Caps revient sur la singularité architecturale du projet conduit par Bernard Ropa qui prévoit l'installation des archives au second étage du bâtiment, place peu commune pour des archives, soit au centre exact du Pôle Archives Formation autour duquel le service formation, ainsi qu'un amphithéâtre seront disposés.

Il rappelle que ce fonds historique «...sera dûment inventorié, mis en valeur et ouvert aux chercheurs et personnes intéressées ». Il précise « qu'à travers cette réalisation, c'est aussi une projection du travail quotidien du personnel de la Crav inscrit dans la durée qui participe du développement de ce que les chercheurs nomment « l'histoire du temps présent... ».

Ce qu'illustre parfaitement le sens de l'œuvre réalisée par Paul Tellier (récompense des dernières Universités d'automne de l'Ucanss) qui symbolise l'interdépendance des générations entre elles dans le temps comme dans l'espace social ».



Jury du prix

# LE MUSEE NATIONAL DE L'ASSURANCE MALADIE...

## UN DEVOIR DE MEMOIRE

Inauguré un 4 octobre 1989, date et année chargées de symbolisme, le Musée national de l'Assurance maladie a été créé par la Caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde. Son ancien Directeur, Jean-Pierre REY, en est à l'origine. Aujourd'hui encore, alors qu'il occupe la présidence du Comité Aquitain d'Histoire de la Sécurité sociale, il veille toujours aux destinées de sa réalisation, une convention signée entre la CNAMTS, la Caisse de Gironde et le Comité lui confiant la gestion du Musée.

Son successeur à la direction de la Caisse de la Gironde, Gérard GAILLARD, exprime toute sa satisfaction, considérant que cet accord conclu en 2004 démontre une volonté forte de faire vivre cet environnement historique, de développer son activité, mais aussi d'en faire un lieu vivant autour de la protection sociale.

Ce nouveau souffle, rompt avec une certaine confidentialité du lieu. En effet, il s'est accompagné d'un personnel permanent et d'une ouverture constante pendant la semaine.

### Un vrai regard sur le passé

Véritable outil pédagogique, le Musée national retrace l'histoire de la protection sociale de ses origines à nos jours. Il permet ainsi, de mesurer le chemin parcouru au travers des différentes conquêtes sociales et de sensibiliser les jeunes générations, assurés sociaux de demain, aux atouts et enjeux de notre système.

Il réunit de nombreux éléments provenant de la Caisse de la Gironde, des dons d'organismes et de personnels. Il dispose en outre d'un fonds important de mobilier et de documents inédits provenant de la Chambre syndicale des Employés de Commerce de Bordeaux, groupement mutualiste qui a notamment géré une Caisse d'Assurances sociales de 1930 à 1945.



Le Château des Lauriers édifié au XIXème héberge le Musée national de l'assurance maladie depuis 1989



"Convention pharmaceutique" conclue en 1750 entre Abraham GRADIS, propriétaire du Château des Lauriers et l'apothicaire BELIN pour la gratuité des produits pharmaceutiques des Portugais de Bordeaux : *"Nous soussignés abraham Gradis Syndic de la nation Portugaise et moy Belin apoticaire de la présente ville sommes convenus et demeurés d'accord que moy Belin promets et m'oblige de voir et assister tous les Pauvres malades de la susdite nation Portugaise soudain que j'en seray requis par lesdits malades ou par ordre dudit Sieur Syndic et de leur fournir generalement toutes les medecines medicamens et remedes qui leur sera necessaire à leurs maladies, du quel cependant je ne pourray de mon chef rien leur ordonner ny leur faire prendre sans le consentement et l'ordre du Medecin ou chirurgien quils commettront pour le soin des dits Malades, Promettant d'expedier soudain toutes les Recettes qui me seront apportées soit de la part du dit medecin ou du chirurgien et d'envoyer les medicamens chez lesdits malades sans aucune sorte de delay ny retardement. Et moy susdit abraham Gradis promets de payer au dit Belin la somme de ... pour chacune année, ce que nous promettons chacun de nous lacquiter pour ce qui le concerne de bonne foy a peine de tous Depens Dommages et Interets, fait double à Bordeaux ce ...".*

Source : Fonds Gradis, Archives départementales de la Gironde MNAM, Salle 1, pièce 1014.



Reconstitution d'un bureau des années 50

## Une page d'histoire

Le Musée national se situe dans un château du XIXème siècle sur la commune de Lormont, proche de Bordeaux. Cet édifice fut construit en 1860 par une famille d'armateurs juifs d'origine portugaise, les GRADIS, qui débutèrent le commerce avec Saint-Domingue. La Caisse de la Gironde en fit l'acquisition en 1948. Elle l'aménagea successivement en maison de convalescence en 1951, puis en Musée national de l'Assurance maladie.



## Voyage au cœur de la solidarité

Composé de dix salles d'exposition reprenant les grands thèmes de l'histoire de la protection sociale, le Musée présente entre autres les étapes historiques de la construction de notre système de protection sociale depuis l'Antiquité, les évolutions connues jusqu'à l'avènement de l'informatique, une reconstitution d'un centre de paiement des années cinquante, une exposition réalisée à l'occasion du bicentenaire de la révolution française...

## Suivez le guide

- Salle 1 : Des origines aux assurances sociales
- Salle 2 : Les assurances sociales
- Salle 3 : A partir de 1945 "La Sécurité sociale"
- Salle 4 : De la carte perforée à l'informatique
- Salle 5 : La vie quotidienne au début de la Sécurité sociale
- Salles 6 et 7 : La protection sociale en marche
- Salle 8 : Vitale pour un système de santé plus moderne - Salle d'étude et bibliothèque
- Salle 9 : L'action sanitaire et sociale, les établissements et œuvres

Une dixième salle a été inaugurée en novembre 2005, pour recevoir une exposition élaborée à l'occasion du 60ème anniversaire de la Sécurité sociale.

## Entrée libre

Tout d'abord ouvert à la visite sur rendez-vous, pendant une longue période le Musée dispose d'un personnel permanent depuis 2005. Désormais, le public est reçu en entrée libre et gratuite tous les après-midi du lundi au vendredi de 14 h 00 à 18 h 00. L'accès aux groupes (jusqu'à 40 personnes) est élargi de 9 h 00 à 18 h 00 ces mêmes jours. Le site ouvre aussi ses portes le week-end à l'occasion d'événements particuliers, comme les Journées Européennes du Patrimoine.

La Conservatrice du Musée, Céline SAPHORE, se félicite de l'augmentation constante du nombre de visiteurs. Plus de huit cents personnes ont en effet parcouru les salles du Château en 2005, ce qui constitue une jolie performance pour cette première année d'ouverture en continu du Musée. L'année 2006 est toute aussi prometteuse, la fréquentation des deux premiers mois étant en importante hausse. Céline

### Musée national de l'Assurance maladie

Château "Les Lauriers" - 8, route de Carbon-Blanc  
33310 LORMONT

contact : Céline SAPHORE  
Tél. 08 75 43 04 78 - 05 56 06 19 88  
Fax 05 56 06 19 88  
e-mail : musee.assurancemaladie@wanadoo.fr

visite virtuelle du Musée  
<http://www.cpam-bordeaux.fr/musee.htm>  
<http://www.musee-assurance-maladie.com>

SAPHORE constate également avec une vive satisfaction que de nombreux scolaires découvrent le Musée. C'est pour elle l'occasion de transmettre à ces futurs assurés le message que la Sécurité sociale est aussi nécessaire que fragile, et l'idée qu'il faut la sauvegarder et ne pas en abuser.

Précisons également que la notoriété du Musée s'est accrue de manière notable depuis la restructuration. Ainsi en témoigne sa récente exportation à l'Université d'automne de l'UCANSS au Futuroscope qui a suscité l'intérêt du public.

Enfin, diversifiant ses activités, le Musée national met à profit son cadre exemplaire pour organiser des colloques en partenariat avec le Comité Aquitain d'Histoire de la Sécurité sociale (voir encadré en bas de page).

### En pratique

Le Musée dispose d'un **centre de documentation** sur l'histoire de la protection sociale (catalogue informatisé comprenant plus de 1500 références).

Il propose également **le prêt gratuit d'une partie des collections** pour toute manifestation organisée par un organisme de Sécurité sociale. L'exposition relative à l'histoire de la protection sociale (40 panneaux) est notamment disponible en plusieurs exemplaires.

Afin d'enrichir son fonds, le Musée est à la recherche permanente de documents, photographies, affiches, ou objets d'époque. C'est grâce à de nombreux dons de particuliers et d'organismes de l'Institution que le Musée a pris forme.

Plus que jamais il s'affirme comme Le lieu de conservation d'un héritage à préserver et un Musée militant qui vise à éduquer et sensibiliser ses visiteurs aux valeurs que nous défendons.

### Le Musée national de l'Assurance maladie... un cru du bordelais à découvrir



*Réguler le flux des assurés aux accueils, déjà une préoccupation (archives CPAM de Paris)*

## CALENDRIER

**Colloque** "Assistance et assurance, heurs et malheurs de la protection sociale en France"

**les 16, 17 et 18 novembre 2006**

**Musée national de l'Assurance maladie** - Château "Les Lauriers" - 8, route de Carbon-Blanc - 33310 LORMONT

Organisé par le Comité Aquitain d'Histoire de la Sécurité sociale et le Centre d'Etudes et de Recherches d'Histoire Institutionnelle Régionale (CERHIR) Université Montesquieu Bordeaux IV

# LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE VUE DE BRUXELLES

*Nous avons posé, avec la complicité de la REIF, cinq questions à des experts européens en poste à Bruxelles. Que pensent les autres européens de notre système, sont-ils impressionnés par ses 60 ans d'âge ?*

## Ont bien voulu répondre :

- Gunter Danner, Directeur adjoint de la Deutsche Sozialversicherung, représentation des caisses allemandes de sécurité sociale à Bruxelles,
- Gert Jan Velders, Représentant du College voor Zorgverzekeringen (Conseil néerlandais des assurances maladie) au sein de l'ESIP (European Social Insurance Platform),
- Irena Navickienė, Directrice du Centre de formation et de recherche du SODRA (Système national d'assurances sociales, Lituanie).

## La Sécurité sociale française a 60 ans, quel est l'âge du système équivalent dans votre pays ?

**Gunter Danner** : Etant données les évolutions historiques du 20ème siècle, ni l'âge, ni les traditions à l'origine d'un système de protection sociale ne permettent d'en tirer des conclusions vis à vis des défis d'aujourd'hui. Historiquement, l'Allemagne a introduit cette réforme en 1883, à l'époque impériale et non-démocratique, afin de stabiliser la société en plein changement vers l'industrialisation. Techniquement, le niveau de protection et les implications économiques de 1883 ne sont pas comparables avec celles d'aujourd'hui. Ce qui mérite notre attention c'est le fait qu'un progrès social avait été introduit par les dirigeants avec le seul mais clair but de renforcer la nation. Aujourd'hui, surtout chez nous, la protection sociale se trouve sur la défensive face aux théories néolibérales, populaires parmi la communauté des économistes.

**Gert Jan Velders** : Bien que plusieurs formes de Sécurité sociale puissent être repérées depuis le Moyen-Age, le système de Sécurité sociale des Pays Bas est considéré comme ayant démarré avec la loi de 1901 concernant les accidents du travail.

**L'OMS avait attribué la première place au système de santé français lors d'un classement effectué il y a quelques années. Qu'en pensez-vous ?**

**Gunter Danner** : Le classement de l'OMS qui a promu la

Sécurité sociale française, a également attribué la vingt cinquième place à notre système qui se range sans doute parmi les systèmes les plus généreux du monde. C'est pour cela, et parce qu'un tel classement est trop généraliste, que nous le regardons avec un certain scepticisme (en étant diplomate). Il est également significatif, que l'OMS elle-même hésite à continuer la publication de ces classements. Le système italien -en tant qu'il a été sérieusement évalué- a, à mon avis, pris la deuxième place, le système britannique est également avant celui de l'Allemagne

**Gert Jan Velders** : Je vous en félicite!

**Irena Navickienė** : A mon avis, le système de santé français mérite sa place. En comparaison avec d'autres pays, le système de santé français est vraiment avantageux pour les personnes. Mais il est coûteux. Ainsi des réformes du système de santé français sont nécessaires

**Chaque année ou presque, une réforme de la Sécurité sociale est mise en œuvre en France. Arrivez-vous à suivre cette actualité ? Quelle comparaison pouvez vous faire avec votre propre système ?**

**Gunter Danner** : Ce qui mérite notre attention c'est l'acceptation quasiment universelle de la solidarité comme valeur sociale. Le système français essaie d'éviter les évolutions négatives visibles pratiquement partout : la marchandisation des valeurs sociales. Il faut néanmoins souligner l'autre versant, celui surtout de l'endettement de la Sécurité sociale auprès de l'Etat lui-même et l'absence quasiment complète de concurrence même là où ce serait sans doute avantageux socio-économiquement. Autres points à mentionner : l'atomisation des remboursements dans l'assurance maladie au lieu d'un système de remboursements mieux ciblé, ainsi que le rôle central de l'Etat là où il est déjà engagé comme acteur indépendant : par exemple pour l'hôpital. Le système allemand essaie de rester indépendant de l'Etat et de sauvegarder les caractéristiques d'une compétition socialement productive. Tout cela pour des raisons assez simples : si l'avenir des systèmes de protection sociale est lié à la croissance économique, si l'exportation des investissements vers des

nouveaux états membres de l'UE produit un effet négatif et si des déréglementations, stimulées par la Commission européenne vont causer moins d'emploi dans les pays socialement plus généreux, on aura un problème. En d'autres mots si l'américanisation de nos sociétés continue, accélérée par une compétition sauvage, ce qui restera à nos enfants va clairement être d'une qualité différente. Malheureusement l'ancienne coopération franco-allemande -y inclus aujourd'hui peut-être les pays scandinaves, la Belgique, le Luxembourg et l'Autriche- a perdu de l'influence politique en Europe.

**Gert Jan Velders** : Merci pour notre précieuse coopération à l'intérieur de l'ESIP grâce à laquelle nous pouvons suivre les grandes lignes de chaque réforme. Nous sommes contents que nos réformes avancent à un pas un peu moins rapide !

**Irena Navickiené** : Personnellement, je fais mes recherches sur les réformes des retraites en Lituanie et dans les pays de l'Union Européenne. On peut constater que les réformes des retraites en Lituanie ont été analysées plutôt en comparaison avec des pays de l'Europe Centrale et Orientale que séparément. Néanmoins, parce que la Lituanie n'a adopté qu'en 2003 les textes législatifs relatifs à la réforme des retraites de deuxième étage, la question des réformes lituaniennes reste au niveau théorique dans les études comparatives et consécutivement n'est pas analysée plus profondément que les réformes dans les autres pays de l'Europe Centrale et orientale.

**Parmi les dispositifs de protection sociale propres à la France, quels sont ceux qui vous paraissent les plus intéressants, novateurs ou en adéquation avec les nouveaux besoins et les nouveaux enjeux ?**

**Gert Jan Velders** : Le sujet le plus intéressant pour nous est le projet de renforcement du médecin généraliste en tant qu'aiguilleur vers des formes de traitements plus complexes

**Irena Navickiené** : Pour ce qui est des retraites ; l'augmentation du nombre de trimestres, les systèmes de surcôte et décote, le système de retraite complémentaire obligatoire (AGIRC et ARCCO), la formule du calcul de retraite, l'information de la population sur les droits de retraite.

**Comment voyez-vous la protection sociale en Europe dans les soixante prochaines années ?**

**Gunter Danner** : Pour le moment, et en absence d'un renforcement politique des valeurs sociales et de solidarité, l'avenir ne me semble guère être tellement rose. L'Etat national comme l'Union Européenne devraient retrouver le chemin des valeurs. Compte tenu de la politique européenne actuelle avec l'élargissement, rarement accompli d'une manière socialement satisfaisante, on est en concurrence les uns les autres. Ni la Bulgarie, ni la Roumanie n'ont des systèmes de protection sociale dignes de ce nom. Des

négociations pour une période de dix ans avec la Turquie sur un sujet -l'acquit communautaire- si bien défini n'ont pas vraiment de sens parce que peu de celui-ci est négociable. Clairement, les pays de l'Est méritent de devenir membres mais, dans l'intérêt de leurs propres peuples, cela ne doit pas entraîner de chute des standards sociaux. Après tout, c'est aujourd'hui, quand nous travaillons sur les détails stratégiques, que se joue l'avenir de notre niveau de protection sociale de demain et de plus tard.

**Gert Jan Velders** : Les psychologues ont mis en évidence que l'homme est incapable d'imaginer plus loin que cinq ans. On peut seulement s'attendre à ce que l'éternel balancement entre public et privé se poursuive, sans être capable de dire quelle position il aura dans soixante ans.

**Irena Navickiené** : Je pense que la réglementation européenne va se diriger vers le modèle social européen. Le modèle européen social est un ensemble de normes et d'objectifs de politiques sociales pour que les régimes sociaux des états membres puissent communiquer les uns avec les autres en vue d'assurer l'intégration sociale européenne. Actuellement, dans les politiques communautaires, l'évolution vers un modèle social européen est remarquable. La multiplication des normes et des méthodes d'intervention dans le domaine de la protection sociale est la conséquence d'au moins deux séries de facteurs :

- La place prise par la protection sociale dans l'évaluation de l'UE a changé en raison de la force de l'intégration économique et politique.

- L'évolution du droit de la protection sociale dans l'UE (grâce à la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés européennes).

Depuis le Sommet Européen de Lisbonne de 2001, la convergence des objectifs et des politiques de protection sociale est un concept primordial. Elle est fondée sur les éléments suivants: les systèmes nationaux de Sécurité sociale sont très différents, cependant ils sont exposés à des problèmes communs (chômage, pauvreté, fragilisation des familles, grand âge, etc...), les transferts de revenus nécessitent tant une économie développée qu'une adhésion des populations, les différences de protection gênent la libre circulation des personnes.

En matière de retraites, plusieurs Conseils européens, de Lisbonne à Barcelone, ont mis en lumière le maintien de pensions viables et adéquates. Ce maintien occupe une place particulière dans les conclusions du Conseil européen et l'idée de la méthode ouverte de coordination a été proclamée à Stockholm en 2001. Ce processus a finalement été introduit par le Conseil européen de Laeken en 2001, sur la base de onze objectifs communs relevant de trois grands titres : (1) préserver la capacité des systèmes des retraites à atteindre leurs objectifs sociaux ; (2) maintenir la viabilité financière des systèmes de retraite ; (3) répondre à l'évolution des besoins de la société. Ainsi, la politique de la Sécurité sociale de l'UE est basée sur la convergence des systèmes nationaux et sur la coopération plus étroite entre les institutions nationales.