

MÉMOIRES DE CRAM MIDI-PYRÉNÉES



TEMOIGNAGES D'ANCIENS ADMINISTRATEURS



A handwritten signature or mark is located in the bottom right corner. It consists of a stylized, cursive letter 'P' followed by a period, written in black ink.

REMERCIEMENTS

Tous ceux qui ont contribué à la rédaction de ce document remercient :

Michel LAGES, Directeur de la CRAM Midi-Pyrénées, qui a manifesté beaucoup d'intérêt pour notre association des Anciens Administrateurs de la CRAM Midi-Pyrénées, qui nous a soutenus chaleureusement dans notre projet et qui nous a témoigné beaucoup d'amitié.

Pierrette SAVOLDELLI, qui nous a aidés à retrouver dans les archives les documents nécessaires à l'élaboration de cet ouvrage. Nous lui sommes particulièrement reconnaissants de sa gentillesse et de sa patience. À elle seule, c'est une véritable mémoire de la CRAM Midi-Pyrénées après trente cinq années passées à son service.

AVERTISSEMENT

Tous les textes de cet ouvrage ont été rédigés sous la responsabilité de leur auteur.

L'ASSOCIATION DES ANCIENS
ADMINISTRATEURS DE LA
CRAM MIDI-PYRÉNÉES

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant sur les mesures relatives au renouvellement des Conseils d'Administration des Caisses de Sécurité Sociale et à leur organisation limitait notamment l'âge des administrateurs à 65 ans et excluait des Conseils d'Administration les représentants de certaines catégories sociales et professionnelles.

C'est ainsi que nous nous sommes retrouvés nombreux à siéger pour la dernière fois au Conseil d'Administration de la CRAM Midi-Pyrénées le 19 septembre 1996. Ce Conseil a eu lieu à Luchon. Durant le déjeuner qui suivit, une certaine nostalgie s'est emparée de nous ; c'était la fin d'une époque. Alors, certains d'entre nous ont émis l'idée de créer une amicale, une association, qui serait l'occasion de nous retrouver régulièrement autour d'un déjeuner pour évoquer « le bon vieux temps » et préserver surtout le contact entre nous. Ces syndicalistes, toutes tendances confondues, ont passé de nombreuses années à gérer et améliorer la plus grande conquête sociale du XX^e siècle. Bien des pays nous envient ce progrès social.

Notre association a vu le jour lors de la réunion constituante du 10 février 1997. Elle s'est donnée pour

Présidente, Armelle TOUYAROT, pour Vices-Présidents, André OLALLO et Roger SOUSMANNE, et pour objet de :

1. Maintenir la solidarité entre les Anciens Administrateurs de la CRAM Midi-Pyrénées.

2. Retracer la vie de la CRAM Midi-Pyrénées et perpétuer sa mémoire.

3. Concourir, à la demande éventuelle du Conseil d'Administration de la CRAM, à l'information des assurés sur le fonctionnement de nos systèmes de protection sociale.

C'est au cours de l'une de nos réunions que nous avons soulevé l'idée de laisser une trace de tous ces souvenirs que nous avons regroupés dans cet ouvrage sous forme de petits exposés ou de brèves réflexions personnelles. C'est un travail d'amateurs en écriture, mais de mémoires vivantes. Qu'il nous soit pardonné les maladresses du fond et de la forme.

Par la suite, notre association s'est enrichie et continue de s'enrichir de membres cooptés de l'institution et de la tutelle.

HOMMAGE

À NOS CHERS DISPARUS.

Parmi ceux qui ont rédigé les textes de cet ouvrage, nous déplorons la disparition d'André OLALLO le 7 mai 2003 et de Bernard GENDRE le 9 novembre 2003, et nous tenons à leur rendre un hommage particulier respectivement par l'intermédiaire de Pierre NEGRE et Roger SOUSMANNE qui ont longtemps collaboré avec eux.

In memoriam

C'est le 7 mai dernier qu'André OLALLO nous a quitté. Avec lui, disparaît un des grands serviteurs de la Sécurité Sociale.

Il fut Administrateur CFDT de la CPAM à Tarbes, de la Caisse Vieillesse à Toulouse pendant de nombreuses années.

Doté d'une parfaite connaissance de la législation et d'une grande compétence, il deviendra l'une des figures emblématiques de cette Caisse Régionale, le référent vers qui chacun se tournait.

Une promotion de Chevalier dans l'Ordre National du Mérite est venue rendre hommage à de telles qualités de service.

Nous garderons d'André OLALLO le souvenir d'un homme généreux, fidèle à ses convictions et de grande amitié.

Une délégation importante de la CRAM était présente à ses obsèques en l'église de Séméac.

Et c'est avec tristesse que nous avons appris la mort de Bernard GENDRE le 9 novembre 2003 à la suite d'une intervention chirurgicale.

Né le 24 mars 1934 à Paris, il poursuit ses études qu'il termine à l'École Violet dont il sort diplômé.

Il débute alors dans sa vie professionnelle qu'il est obligé d'abandonner très vite pour remplir ses obligations militaires en Algérie pendant une période de vingt-huit mois.

À son retour, il intègre la Société PRESSE CITE Éditeur du Fleuve Noir, où il occupe la profession de Chef d'Atelier.

En 1980, il quitte la région parisienne pour se fixer à Toulouse, où il est embauché comme Chef de fabrication aux Établissements Barrau.

En plus de ses activités professionnelles, il consacre tous ses loisirs à l'action syndicale.

En effet, il adhère très jeune à la Confédération Générale des Cadres où, entre autres, il crée le Syndicat National des Industries Papier Carton.

Dès son arrivée à Toulouse, il devient dans un premier temps Président départemental de la C.G.C. et, peu après, Président Régional de la Confédération.

Il est désigné comme Administrateur titulaire de la CRAM en 1983, le Conseil l'élit à la Présidence le 17 avril 1993.

En 1994, il décide de prendre sa retraite et démissionne de tous ses postes, pour se retirer à Chatelais (Maine et Loire) où, dès son arrivée, il est désigné par le

Préfet comme Conseiller enquêteur. Il relance dans cette commune un important musée et est désigné comme Correspondant du quotidien OUEST FRANCE.

Bernard GENDRE a laissé, que ce soit dans ses activités syndicales ou sociales, le souvenir d'un homme d'une grande honnêteté, d'une conscience exemplaire et, sous les traits d'un homme de caractère, d'une gentillesse et d'un grand dévouement.

Nous présentons à sa femme et à son fils nos très sincères condoléances.

AVANT-PROPOS

Armelle TOUYAROT

*Présidente des Anciens Administrateurs
de la CRAM-Midi-Pyrénées*

Venue au monde dans les derniers jours de la IV^e République, j'ai grandi sous la protection de la Sécurité Sociale. Aussi loin que je me rappelle, c'était comme une « Mère Protectrice » à laquelle tout le monde « avait droit ». Durant mes études de sage-femme, je n'ai entendu parler de la Sécurité Sociale qu'en tant qu'organisme de remboursement. Ce n'est que lorsque je suis entrée au Conseil d'Administration de la CRAM-MP en tant que représentante des professions médicales que j'ai mesuré l'ampleur du « phénomène ». J'ai mis quelques mois à en comprendre, grâce à mes collaborateurs, le fonctionnement, et j'ai été sidérée de constater qu'hormis les techniciens de la CRAM et le Directeur présents au Conseil d'Administration, tous les membres étaient des bénévoles et que la plupart d'entre eux étaient engagés auprès de la Sécurité Sociale depuis des dizaines d'années. J'étais face à des témoins et des acteurs directs.

Ce n'est qu'alors que j'ai compris ce qu'était vraiment cet organisme et sa signification essentielle, la Solidarité. Ce n'était plus une administration anonyme mais un ensemble de femmes et d'hommes qui continuaient à se battre pour que tout le monde puisse

bénéficiaire de soins de qualité et d'une retraite convenable, « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ».

La loi JUPPE a décidé la fin d'une certaine époque. Les administrateurs exclus se sont réunis dans une association et m'ont désignée comme leur présidente. Nos rencontres n'ont fait que renforcer mon admiration et ma reconnaissance pour ces hommes et ces femmes porteurs de valeurs humanistes si fondamentales et je me suis enrichie auprès d'eux tous. Pour ne pas laisser perdre cet élan humaniste qui a conduit à la protection sociale que nous connaissons aujourd'hui, nous avons imaginé d'élaborer un « ouvrage », une sorte de trace mnésique du combat qu'ils ont mené au sein de la CRAM-MP. Ce n'est qu'un aperçu des nombreuses missions de la CRAM, un document aussi modeste que ces hommes qui ne veulent pas parler de leurs actions sur un plan personnel.

Si j'ai tenu à accompagner les anciens administrateurs de la CRAM-MP dans l'élaboration de ce document, c'est pour que les hommes après eux conservent dans leur mémoire le souvenir de ces individus qui se sont battus pour que nous bénéficions tous aujourd'hui du confort qui caractérise notre époque et surtout parce que, ce que les hommes font, les hommes peuvent le défaire. C'est à nous, citoyens ordinaires à veiller à ce que se perpétuent dans notre pays et notre Europe les notions de solidarité, de justice sociale et d'équité. Un petit groupe d'hommes a su créer et développer le concept de Sécurité Sociale... elle n'a pas poussé toute seule. À tous de poursuivre la mission.

LES DIFFÉRENTES MISSIONS

DE LA CRAM

Prêts et subventions

Les trois grandes missions de la CRAM :

1. La gestion du risque-vieillesse : la tenue des comptes individuels, la liquidation de la pension et le paiement des pensions.
2. L'action sanitaire et sociale.
3. La prévention.

La Sécurité Sociale est venue au secours de la grande misère des hôpitaux et des structures d'accueil des personnes âgées. C'est ainsi que jusqu'à 30% du financement a été assuré sous formes de subventions ou de prêts à des projets de modernisation ou de construction hospitalières. Certaines subventions et prêts de la CRAM n'ont peut-être pas connu la destination qu'ils auraient dû connaître.

L'utilisation de ces fonds était contrôlée par les administratifs de la CRAM qui devaient rendre compte à l'agent comptable, et par la présence d'administrateurs au sein des Conseils d'Administration des hôpitaux et des maisons de retraite.

Le législateur avait déterminé les missions de la CRAM dans lesquelles intervenaient l'équipement des hôpitaux, la construction et l'humanisation des maisons de retraite.

La CRAM a accordé des subventions à des associations à vocation sanitaire comme l'association des

diabétiques, des insuffisants rénaux, des mutilés de la voix, parmi tant d'autres.

La CRAM a également accordé des prêts à des établissements médico-sociaux comme l'Association des Enfants Handicapés ou Invalides, le Centre Régional de sauvegarde de l'enfant et de l'adulte.

SURVOL DE QUATRE DÉCENNIES
DE LA VIE DE LA
CRAM-MIDI-PYRÉNÉES

Lucienne ALBOUY

*Chef de Service honoraire
des Affaires Sanitaires et Sociales.
Direction Régionale de la Sécurité Sociale
et de la DRASS*

La Caisse Régionale de Sécurité Sociale, créée par arrêté du 6 juin 1961, est consécutive à la fusion des anciennes caisses régionales de Sécurité Sociale et d'Assurance Vieillesse des travailleurs salariés, fusion n'intégrant pas le contrôle médical qui relève directement de la Caisse Nationale.

Elle est devenue Caisse Régionale d'Assurance Maladie à la suite des réformes du 21 août 1967.

D'abord installée 17 ter boulevard Lascrosses à Toulouse où l'immeuble a dû être surélevé de deux étages pour abriter l'ensemble des services dont certains ont momentanément continué d'être logés 14 place Saint-Etienne, la Caisse Régionale a été amenée, en raison de l'accroissement de ses activités, à faire construire, au début des années 1990, le bâtiment actuel 2 rue Georges Vivent occupé en 1992.

Globalement, ses attributions, qui ont évolué en 1967 et 1996, portent, en liaison avec les Caisses Nationales d'Assurance maladie et de Vieillesse, sur la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles, la vieillesse, l'action sanitaire et sociale, et l'amènent à collaborer aux travaux de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Ses Conseils d'Administration ont été successivement présidés par :

- Louis SABY (Associations Familiales) 25 septembre 1961, 27 décembre 1963 et 17 février 1967,
- Robert MONTHIEU (CNPF) 6 novembre 1967, 1^{er} octobre 1976, décédé en 1972,
- Alain GERAUD (CNPF),

- Jacques BADOIS (CNPF) 2 février 1980,
- Yves COUDREAU (CGC) 21 mars 1984,
- Bernard GENDRE (CGC) 17 avril 1991, démissionnaire en 1994,
- Roger SOUSMANNE (CGC) 22 mars 1994,
- Georgette CHAUMAR (CFDT) 16 octobre 1996 et
- André VIE (CFDT) depuis le 9 novembre 2001.

La direction de la Caisse a été assurée par :

- Paul DESCOURS, 15 septembre 1961 au 31 janvier 1969,
- Jean-Pierre DUPONT, 1^{er} février 1969 au 31 juillet 1971,
- Jean BECQUELIN, 1^{er} août 1971 au 31 mai 1983,
- Jean-Noel BEDREDE, 1^{er} juin 1983 au 30 novembre 1988 et
- M. Michel LAGES, depuis le 1^{er} décembre 1988.

Ils ont été entourés, au fil des ans, par Jean BIRAGUE, Maurice CHIVAUEDEL, Jean BIGEYRE et Jacques ENJALBERT, agents comptables, et par les autres agents de direction :

Jean-Noel BEDREDE, Pierre LATAPPY, André DOLPU, Bernard GROS, Pierre PERES, Gilbert HENNER, Jean-Pierre VINCENT, Claude LORTET, Albert PIERET, Claude MARTY-DESSUS, Michel LAGES, Yves BELLANDE, Dominique CORNELLA.

Georges BRACHET, Robert POLAUD-BAYARD et Claude BOUCHON ont été les ingénieurs en chef de Prévention.

Les Docteurs-Directeurs Jacques BOURDIL, Jean-Marc LAFFITE et Michel DERO ont dirigé les établissements créés par la CRAM à Siradan et Leguevin, tandis que Mlle BARTHE a assuré, le temps de son existence, la direction du centre de Psychotechnie.

L'effectif du personnel qui s'est développé à mesure de l'accroissement des missions et des tâches confiées à la CRAM atteignait 891 agents en 1998.

Au cours des quarante années écoulées, l'activité de la Caisse a évolué d'abord par la prise en compte des assurés de l'Aveyron dès sa création, par la création de services nouveaux tels que le Bureau d'Études et le Centre Régional d'Information, et aussi par l'amélioration apportée à la qualité des services rendus aux assurés et à ses divers partenaires.

Que ce survol bien incomplet des quatre dernières décennies de la vie de la Caisse Régionale soit, pour moi, l'occasion de souligner l'intérêt et l'agrément d'y avoir participé, par le biais du contrôle, toujours effectué dans ce climat de respect et de confiance mutuelle, et de rendre hommage à tous ceux qui, à des postes divers, « ont fait avancer la machine » et contribué ainsi à la grande aventure de la Sécurité Sociale.

GEORGETTE CHAUMAR

Administrateur

21 mars 1984/30 septembre 2001

Mon organisation syndicale, la CFDT, m'a demandé, en 1983, en vue de l'élection des Administrateurs à la Sécurité Sociale, d'être candidate. J'ai accepté et rejoint la CRAM le 21 mars 1984 : 1^{er} Conseil d'Administration des élus.

Je connaissais peu, mais j'ai été admirablement épaulé par mes deux condisciples : Pierre NEGRE et André OLALLO. Avec eux, j'ai appris à observer, connaître et parfois juger. L'ensemble des Administrateurs étaient tous très concernés par la tâche qui nous incombait et surtout très dévoués à notre action auprès des personnes âgées. Nous n'avions pas tous la même façon de voir et d'exprimer nos idées, mais au fil des années, en travaillant ensemble, une estime réciproque est née et parfois une grande amitié avec certains (d'où notre Association).

Notre importance ? Souvent j'en ai douté ; mais dans cet Organisme où je ne connaissais rien, quelle importance pourrais-je avoir ?

Je représentais la CRAM dans divers hôpitaux, maisons de retraite ou établissements médico-sociaux.

Ce n'était pas toujours facile surtout dans les hôpitaux à budget global, car j'arrivais avec un taux

directeur pour le budget et certains Directeurs n'appréciaient pas mes interventions ; nous étions bien aidés dans ces missions par une cellule mise en place par notre Directeur où nous trouvions, avec une Assistante, toujours à notre écoute, les documents traités par les personnels du Service chargé de ces Hôpitaux. Nous apportions également tous les renseignements utiles.

Les maisons de retraite..., les établissements médico-sociaux... J'ai aimé ces réunions où le budget n'était pas le plus important ; mais aussi l'administration, ses améliorations pour le bien-être des résidents. Dans les établissements médico-sociaux, la santé des enfants, leurs progrès et les projets des éducateurs... parfois jusqu'à 11 heures du soir ! Là, je n'ai pas eu l'impression de perdre mon temps !

Ensuite, j'ai travaillé avec beaucoup de plaisir avec l'équipe de Direction et son Directeur, avec aussi le personnel et j'ai un excellent souvenir de chacun d'eux, leur intelligence, leur compétence en tous domaines et surtout leur dévouement à leurs missions auprès de nos assurés.

Dix-sept années sont passées à connaître les besoins urgents de nos aînés, même s'ils ne s'expriment pas toujours, et le sentiment d'avoir apporté une « petite pierre » à ce bel édifice de la solidarité inter-génération.

Mais... plus de cinquante années après sa création, est-ce vraiment encore cet admirable « de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins » ? C'est le rôle de nos successeurs d'y veiller.

**RÔLE DES MISSIONS
DES
CONSEILS D'ADMINISTRATION
DES CAISSES RÉGIONALES
D'ASSURANCE MALADIE**

Georgette CHAUMAR

Chaque Organisme de Sécurité Sociale comprend un Conseil d'Administration avec ses Commissions et un personnel de Direction composé principalement d'un Directeur et d'un Agent Comptable.

ATTRIBUTIONS

Le Conseil d'Administration règle par ses délibérations les affaires de l'Organisme.

ROLE

- Orienter et contrôler l'activité de l'Organisme ;
- Autoriser le Président à signer, conjointement avec le Directeur, le contrat pluriannuel de gestion ;
- Contrôler l'application par le Directeur et l'Agent Comptable des dispositions législatives et l'exécution de ses propres délibérations ;
- Voter les divers budgets :
 - de Gestion Administrative Vieillesse et Maladie,
 - d'Action Sanitaire et Sociale,
 - de Prévention des accidents du travail,
 - d'opérations en capital concernant les programmes d'investissements, subventions ou participations financières ;
- Arrêter les comptes annuels de l'Organisme.

FONCTIONNEMENT

Le Conseil d'Administration constitue en son sein, parmi les Administrateurs, des Commissions prévues par le Code de la Sécurité Sociale et peut leur déléguer une partie des ses attributions, à titre permanent ou temporaire.

- *Commissions réglementaires :*

- Commission de Recours Amiable
- Commission de Contrôle
- Commission des Marchés

- *Commissions facultatives :*

Ces Commissions sont très importantes, néanmoins pour les CRAM :

- Commission d'Aides Individuelles en faveur des Personnes Agées (AIPA) qui se réunit en principe toutes les six semaines ;
- Commission d'Action Sanitaire et Sociale qui concerne les aides (prêts sans intérêt) consenties aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées et qui se réunit deux fois par an ;
- Commission de Prévention des Accidents du Travail qui se réunit une fois par an.

En plus, le Service Prévention réunit, trois fois par an, des Comités Techniques Régionaux et des

Commissions Paritaires Permanentes chargées d'examiner les dossiers de majorations et de minorations de taux.

Le Conseil d'Administration élit un Président (parfois une Présidente) et les Vice-Présidents. Il peut constituer un Bureau.

Tout est prêt.....Au travail

ANDRÉ OLALLO

36 ANS AU SERVICE DE LA CRAM-MIDI-PYRENEES

J'ai été administrateur de la CRAM-Midi-Pyrénées depuis le 16 novembre 1960 jusqu'en 1996, 36 ans à la Caisse Régionale. J'étais secrétaire du syndicat CFTC. J'ai été élu administrateur et j'ai alors abandonné mon poste de secrétaire. Je suis rentré à la Sécurité Sociale, bien sûr, n'y connaissant rien du tout. J'ai commencé à bûcher ; la CFTC organisait à l'époque des cours par correspondance sur le fonctionnement de la Sécurité Sociale. J'ai même été deux fois à l'Institut National du Travail à Strasbourg en tant qu'étudiant, deux fois 10 jours. C'est là que j'ai rencontré des professeurs comme Pierre LARROQUE. Forcément, cela donne des bases.

Je suis très fier d'avoir appartenu au Conseil d'Administration de la CRAM. Ensemble et pourtant très différents de philosophies, de caractères, de personnalités très diverses, nous devons prendre les meilleures décisions pour réaliser un système de protection sociale toujours plus proche et mieux adapté aux besoins des assurés. L'équipe que nous formions avec Pierre NEGRE, Georgette CHAUMAR, Marie-Louise HEBRARD et Francis GILMER s'est affirmée au fil des ans. Pourtant une équipe, ce n'est pas tous les jours facile. Il faut d'abord s'accepter différents, sentir la détermination de Pierre pour les Aides Ménagères, la sensibilité et l'opiniâtreté d'une Georgette et d'une Marie-Lou, la logique de Jean-

François, cela ne va pas sans tension. Pour surmonter tout cela, une seule solution : devenir complémentaires. Pas facile, mais quelle joie quand les efforts sont couronnés de succès. L'amitié cimente l'équipe et, pour moi, c'est une grande fierté d'appartenir à une telle équipe. Je garde de tous, de ceux qui nous ont quittés, le meilleur souvenir.

Sur les murs de cette Maison sont apposées deux plaques. Elles portent les noms de deux disparus très attachés à notre Institution.

Le président MONTHIEU, homme d'une grande sagesse, plein d'abnégation, frappé par une cruelle maladie, il a assumé ses fonctions jusqu'à son dernier souffle. Il m'a appris l'esprit de tolérance et le respect des autres.

Monsieur DESCOURS, un Maître « Lou Reyens », un Régent comme on dit chez nous, en Bigorre, pour parler du maître d'école. Il avait l'esprit d'analyse, il aimait la justesse et la précision des interventions, pas le « bla-bla » et, si vos propos s'avéraient inexacts, vous étiez durement renvoyé à vos chères études. Il ne vous restait plus qu'à préparer minutieusement votre prochaine intervention. Il me rappelait ces observations du carnet scolaire « doit s'appliquer davantage ». Je lui conserve un souvenir très ému de ce qu'il m'a apporté. Il m'a enseigné la rigueur.

À défaut de la Salle des Illustres, comme au Capitole, nous avons bien représenté, aujourd'hui, notre Galerie des Directeurs Illustres qui m'accompagnèrent toutes ces années.

Monsieur DUPONT et sa légendaire modestie. Il dirigeait la Caisse Vieillesse qui avait un cachet fort différent de la Caisse d'Invalidité d'où je venais.

Monsieur LATAPPY, le Père de l'Atelier Mécanographique et des cartes perforées.

Monsieur DELPU, l'homme de l'Action Sanitaire et Sociale. Ses demoiselles en blouse noire : la Colonelle, M^{lle} COLOMIES, M^{lle} GUERRY et M^{lle} DECREMPS et... j'en oublie... Tout cela forme une image que je ne peux oublier.

Monsieur BECQUELIN et sa haute stature. On murmurait, à l'époque, qu'il avait fallu installer un siège particulier dans la voiture de fonction.

Pour lui succéder, le dauphin était prêt. Il était né dans l'institution, il y avait grandi, Monsieur BEDREDE, puisqu'il s'agit de lui, prit la direction de la Maison.

Formé lui aussi par « le Maître », il connaissait tous les rouages, toutes les personnes. Il savait donner de la voix.

On chuchote qu'il y eut une guerre, une bataille ou une simple passe d'armes avec un administrateur, il n'y eut pas de blessures, même pas d'amour-propre et notre amitié en sortit renforcée.

Les Docteurs BARRERE et VIDAL font aussi partie de la galerie, avec humour, délicatesse et compétence, grâce à leurs conseils, ils parachevèrent notre formation.

Monsieur OLLEON, ancien directeur de la CPAM des Hautes-Pyrénées, avec son ancien président, Henri PEYRALADE, furent de véritables compagnons à un moment où la Sécurité Sociale avait de grosses difficultés à s'imposer.

Je suis très incomplet, j'oublie des noms. J'en demande pardon à l'avance.

En terminant cette revue, je désire avoir une pensée toute particulière pour tous ces administrateurs anonymes qui ne seront jamais « distingués ». Plus que moi, ils se seront dépensés, plus que moi, ils auront lutté ; alors qu'ils sachent, qu'avec eux, je partage cette Croix.

Je ne voudrais pas oublier le Maître de ces lieux, notre actuel directeur, Michel LAGES. Il a porté le titre de plus jeune Directeur d'une CRAM. Travailleur infatigable, doué de moyens exceptionnels, toujours à la pointe des techniques nouvelles pour améliorer la formation, la communication, il est l'homme qui prépare la Sécurité Sociale au XXI^e siècle. C'est un fonceur, mais il sait écouter. Même s'il ne partageait pas toujours mes arguments, il reconnaissait volontiers, quelquefois, pas toujours, qu'ils sont parfois justes.

Quant à l'avenir de la Sécurité Sociale, il y a deux problèmes : la santé et la retraite.

Pour la retraite qui était notre préoccupation, il faut bien se mettre dans l'idée que tous les quatre ans on gagne une année de plus de vie. Cela laisse augurer que la population va vieillir énormément et que pour assurer un minimum de retraite, il faudrait qu'en contre partie, il y ait beaucoup de salariés. Le système de répartition est une balance : le poids des cotisations doit faire face au poids des retraites. Et cela paraît difficile si on continue à baser les ressources uniquement sur les salaires. À mon avis, il faut trouver d'autres sources de financement. On a commencé avec la CSG, mais ce n'est pas suffisant si on veut garder le système de répartition. Quelle autre source

de financement ? L'énergie peut-être, les carburants, les jeux, il faut imaginer d'autres sources. Je suis pour le régime de la répartition. En Amérique, on a fait des salariés des actionnaires, alors ils jouent les petits capitalistes, mais c'est casse-gueule. Qui peut déterminer sur quelles valeurs boursières il faut miser pour être sûrs ? Aucune, il n'y a aucune sécurité.

Pour la santé, personne n'a prévu ce qu'allait devenir la Santé. Le médecin de famille existe toujours, mais pas celui que l'on appelait pour des bobos. Et les techniques qui ont tellement évolué ne peuvent faire face au coût disproportionné de l'exigence en appareillages et en personnel. Et le vieillissement de la population fait naître d'autres besoins. On n'a pas su prévoir et il faut pourtant trouver un autre système de santé. Le maintien à domicile existait quand j'étais jeune, les vieux mouraient à la maison. N'y a-t-il pas une place entre les soins extrêmes qui exigent une hospitalisation et les affections de longue durée que l'on peut soigner ailleurs, peut-être à la maison, peut-être dans de nouveaux types d'établissements médicalisés, un peu ce que font les maisons de retraite auxquelles il faut rendre hommage car elles gardent leurs pensionnaires bien longtemps. Pour moi, le système de soins est à repenser. Il est normal que, dans un état, le gouvernement fixe le budget (ils sont maîtres des deniers) et l'orientation. Le système que l'on avait était très bien ; la Sécurité Sociale discutait avec les professions de santé des honoraires, etc., pour donner à chaque profession la valeur des actes qu'elle fournit. On a laissé tomber beaucoup de choses. Il y a beaucoup d'anomalies (les tarifs des visites, les forfaits des infirmières, etc.) Il faut certainement une médecine et des discussions de proximité. Un gros problème, c'est que l'on a habitué les gens à l'urgence. Il faut

décongestionner les services d'urgence des « urgences injustifiées » (le « 15 », c'est facile), développer la prévention, et pourquoi pas créer un Service National de Santé, une formation « d'infirmiers aux pieds nus ».

**ÉVOLUTION
DE LA
LÉGISLATION RETRAITE**

André OLALLO

I. ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION RETRAITE EN MATIÈRE DE DROITS PERSONNELS

A. LES PRINCIPALES LOIS

- La Loi du 5 avril 1910 sur les Retraites Ouvrières et Paysannes
- La Loi du 30 avril 1930 sur les Assurances Sociales
- La Loi du 14 mars 1941 sur l'Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés
- L'Ordonnance du 19 octobre 1945 sur les Assurances Sociales modifiée par la Loi du 28 août 1948
- La Loi du 3 janvier 1975 apportant diverses améliorations et simplifications en matière de pensions
- Les Ordonnances du 26 mars 1982 et du 30 mars 1982 (effet au 1^{er} avril 1983)
- Les Décrets 86.130 et 86.131 relatifs à la mensualisation des prestations de vieillesse
- La Loi du 22 juillet 1993 portant diverses mesures destinées à rééquilibrer le Régime Général et le Décret du 27 août 1993 relatif aux pensions de retraite.

B. LES DIVERSES POSSIBILITES UTILISEES POUR ORGANISER LE REGIME DE RETRAITE

• Le régime de capitalisation

Tenue pour chaque assuré d'un compte individuel sur lequel sont portées les cotisations et les rentes produites par ces cotisations.

L'assuré peut faire le choix entre régime aliéné ou réservé :

- s'il adopte le régime aliéné, il obtient une rente plus élevée, mais, à son décès, aucun capital n'est remboursé à ses ayants-droit,
- s'il adopte le régime réservé, il bénéficie d'une rente plus faible, mais, à son décès, le capital est remboursé à ses héritiers.

• Le régime de répartition

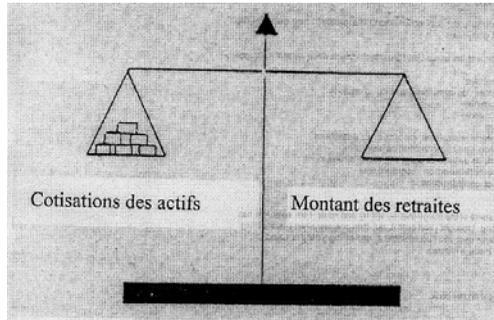
Les cotisations versées par les actifs sont immédiatement versées aux retraités.

La loi sur les Assurances Sociales comportait, à l'origine, un régime mixte :

- une partie des cotisations était capitalisée,
- une partie des cotisations était gérée sur les bases de la répartition et constituait un fond de majoration destiné à l'octroi de complément de pension en faveur des assurés ayant versé le minimum de cotisations exigée.

La Loi du 14 mars 1941 sur l'Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés a eu pour but de venir en aide aux anciens salariés de l'Industrie, du Commerce et de l'Agriculture demeurés en dehors du régime d'assurance. La charge de cette réforme, pour laquelle l'État n'a pas affecté de ressources spéciales, fut prélevée sur le produit des cotisations d'Assurances Sociales. D'où un **système de solidarité basé sur la répartition.**

Gardez en mémoire cette image



La balance garde son équilibre quand les deux poids sont égaux. Actuellement, le nombre de retraités et la diminution de l'activité (chômage, crise économique) ne permettent plus d'équilibrer le régime. Il faut trouver d'autres solutions.

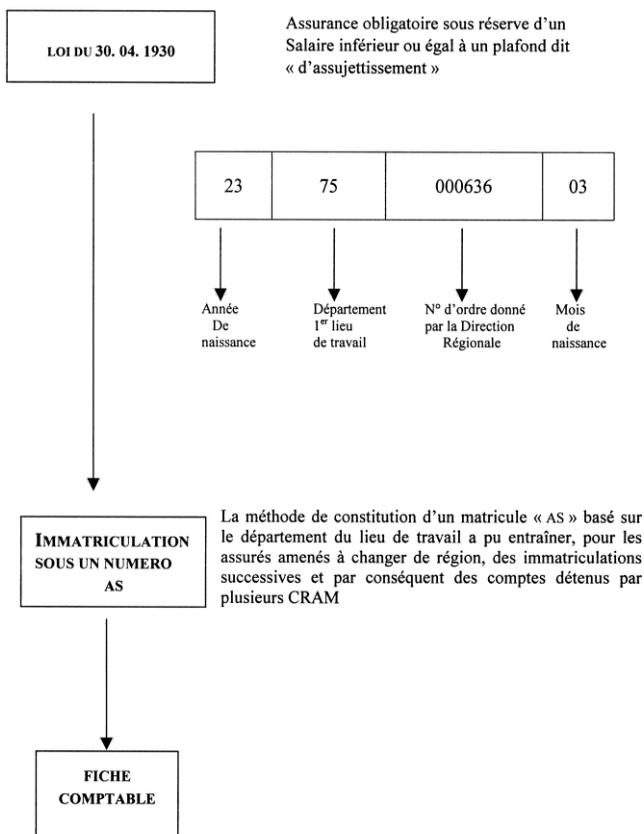
C. L'EVOLUTION DU COMPTE

- Loi du 5 avril 1910 : C'est le premier texte donnant :
 - aux salariés agricoles et non agricoles le bénéfice d'une Assurance Vieillesse obligatoire,
 - aux fermiers, métayers, cultivateurs, artisans, petits patrons..., la possibilité d'une Assurance facultative.

Les cotisations des Retraites Ouvrières et Paysannes sont prélevées sur les salaires des assurés et doublées par l'employeur.

Cette loi concernera les nombreuses femmes travaillant dans les Arsenaux et Manufactures d'Armement pendant la Guerre de 1914-1918 (Arsenal de Tarbes – Cartoucherie de Toulouse).

ASSURANCES SOCIALES (effet : 1^{er} juillet 1930)



SECURITE SOCIALE (effet : 1^{er} janvier 1947)

**ORDONNANCES
DE 1945**

Suppression du plafond d'assujettissement

Assujettissement obligatoire quel que soit le salaire perçu mais dans la limite d'un plafond de cotisations.

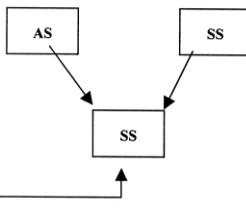
IMMATRICULATION
Sous un numéro SS
appelé ensuite NNI¹
devenu NIR²

Création du matricule SS avec principe de l'immatriculation unique

2	23	03	75	110	200	86
Sexe	Année	Mois	Départ.	Comm.	N° d'ordre	Clé
	de naissance					

**COMPTES
INDIVIDUELS
REGIONAUX**

Immatriculation unique
mais possibilité de plusieurs
comptes régionaux ouverts
et gérés sous le même
matricule



FNCI

1. NNI : Numéro National d'Identification.
2. NNI : Numéro Inscription au Répertoire.

D. L'EVOLUTION DES PRESTATIONS

• Les prestations R.O.P. (Retraites Ouvrières et Paysannes)

Les assurés obligatoires avaient droit :

- d'une part, à la rente inscrite à leur compte à capital aliéné ou réservé,
- d'autres part, à une allocation viagère de l'État.

Les assurés facultatifs bénéficiaient, en sus de leur rente, de majorations et de bonifications de l'État portées à leur compte.

Cette Loi a été applicable jusqu'au 30 juin 1948, date à laquelle les prestations liquidées dans le cadre de la Loi du 5 avril 1910 sont portées à un montant forfaitaire.

• Depuis le 1^{er} janvier 1941

L'ensemble de la double cotisation est reportée au compte et ne donne plus lieu au calcul d'une rente, mais servira lors de la liquidation.

La notion de rente va se transformer : ce n'est plus le produit de la capitalisation des cotisations versées, mais la retraite des assurés qui n'ont pas cotisé pendant un laps de temps suffisant.

- L'ordonnance du 19 octobre 1945 intervient dans une situation démographique défavorable.

Pour bénéficier d'une pension, il est exigé :

- au moins 15 ans d'assurance (60 trimestres),
- au moins 60 ans, mais la pension est réduite à 20% du Salaire Annuel Moyen (SAM) pour 30 ans d'assurance ; par contre, le taux est majoré de 4% par an au-delà de 60 ans.

Les personnes dont l'état de santé entraîne une inaptitude totale sont admises à percevoir, à 60 ans, une pension équivalente à celle dont ils auraient bénéficié à 65 ans.

Pour bénéficier d'une rente :

L'assuré devait avoir accompli au moins 5 ans d'assurance.

La rente ne pouvait être acquise avant 65 ans, ni être inférieure à 10 francs.

Le principe est posé d'un minimum de pension égal à l'Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés à 65 ans.

Par la suite, ce minimum sera servi en cas d'inaptitude.

Le remboursement des cotisations peut intervenir :

- si la rente est inférieure à 10 francs.
- si la durée d'assurance est inférieure à 5 ans.

• La Loi du 31 décembre 1971 apporte une amélioration du montant des pensions par :

- la prise en compte d'un certain nombre d'années au-delà de la 30^{ème},

- une nouvelle définition de l'inaptitude au travail,
- une majoration d'un an d'assurance par enfant pour les femmes ayant élevé au moins deux enfants,
- une augmentation du taux du salaire annuel moyen,
- une augmentation du montant maximum des pensions.

• **Le Décret du 29 décembre 1972**

Permet le calcul du Salaire Annuel Moyen sur les 10 meilleures années postérieures au 31 décembre 1947.

• **Le Décret du 29 décembre 1973, effet du 1^{er} janvier 1974**

Prévoit la revalorisation bisannuelle des pensions (janvier et juillet)

• **Le Décret du 3 janvier 1975**

- supprime la condition de durée minimum d'assurance pour ouvrir droit à une pension : un seul trimestre suffit,
- prévoit une majoration de deux ans d'assurance par enfant pour les mères de famille.

• **Le Décret du 24 février 1975**

Prévoit la possibilité d'un versement forfaitaire unique lorsque la pension est inférieure à un certain montant.

• **La Loi du 31 décembre 1975**

Permet aux travailleurs manuels et ouvrières mère de famille d'obtenir, sous certaines conditions, dès 60 ans, une pension calculée au taux de 50%.

• **La Loi du 12 juillet 1977**

Permet aux femmes justifiant de 37 ans et demi d'assurance de bénéficier, avant 65 ans, du taux de 50%.

• **Les Ordonnances de 1982**

Ne modifient pas l'âge de la retraite, mais permettent aux assurés de 60 ans de bénéficier d'une pension calculée au taux de 50%.

La durée d'assurance joue un rôle déterminant :

- la durée d'assurance au Régime Général est retenue pour le calcul,
- la durée d'assurance à l'ensemble des Régimes sert à déterminer le taux qui varie de 25% à 50%.

Le taux plein (50%) peut être acquis :

- du fait de la durée d'assurance à l'ensemble des régimes, soit 150 trimestres.
- du fait de l'âge (65 ans).
- du fait de l'appartenance à une catégorie particulière (inapte ou assimilé).

Le principe de la cessation d'activité intervient sauf cas limitativement énumérés.

Le minimum contributif est créé.

E. LA CRISE DE LA RETRAITE

• Les problèmes posés

L'augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus, la crise économique qui entraîne une importante moins-value des cotisations, mettent profondément en cause le régime de répartition.

Plusieurs rapports se sont succédés afin de trouver des solutions :

- en 1986, le rapport SCHOPFLIN,
- en 1987, les États Généraux de la Sécurité Sociale,
- au printemps 1991, publication du Livre Blanc de Michel ROCARD.

Ce dernier document dresse un bilan très complet du problème des retraites et envisage toutes les solutions possibles. Il préconise l'adaptation du système par répartition et rejette le recours à la capitalisation.

• Les solutions prises

- En 1990, création de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) qui est un mécanisme de financement différent des cotisations.
- En 1993, création d'un Fond de Solidarité Vieillesse prenant en charge les avantages non contributifs.

• La Loi du 22 juillet 1993

Prenant des mesures pour rééquilibrer le Régime Général et

• **Le Décret du 27 août 1993**, modifiant le calcul des retraites.

Les mesures principales sont :

- création d'un Fond de Solidarité Vieillesse prenant en charge les avantages non contributifs,
- indexation des retraites sur les prix et non plus sur les salaires,
- passage de 10 à 25 années de référence pour le calcul du Salaire Annuel Moyen,
- augmentation progressive de la durée d'assurance de 150 à 160 trimestres.

Ces mesures s'appliquent progressivement à partir de 1994 pour produire leur plein effet en 2008.

Leur efficacité reste largement tributaire de la politique de l'emploi.

Le problème reste entier pour les autres régimes et les régimes complémentaires.

II. ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION

RETRAITE EN MATIÈRE DE DROITS DÉRIVÉS

De notables modifications ont marqué la législation sur les Droits Dérivés. Elles sont généralement intervenues dans le sens d'un assouplissement des conditions d'attribution.

• La Loi du 5 avril 1910

Ne prévoit aucune disposition concernant l'attribution d'avantages aux conjoints survivants, les rentes capitalisées pouvaient être réversibles sur le tête du conjoint si :

- manifestation expresse de volonté de l'assuré,
- réduction en contrepartie de la pension servie à l'assuré.

• La Loi du 5 avril 1928 et le Décret du 28 octobre 1935

Permet à l'assuré qui réclame sa pension à capital aliéné de demander que le capital représentatif de sa pension serve à la constitution d'une rente réversible pour moitié sur la tête de son conjoint survivant, avec jouissance au plus tôt à 55 ans, avec une réduction de la pension de l'assuré calculée de telle sorte que la Caisse n'ait aucune charge supplémentaire à supporter.

• **L'Ordonnance du 2 février 1945**

Est le premier texte qui prévoit l'octroi d'avantages aux conjoints survivants en instituant, à compter du 1^{er} janvier 1945, les premières prestations de réversion à titre gratuit (secours viager et allocation de réversion).

• **L'Ordonnance du 19 octobre 1945**

Prévoit :

- l'attribution d'une pension de réversion au conjoint à charge âgé d'au moins 65 ans, qui n'est pas lui-même susceptible de bénéficier d'un avantage, à condition que le mariage :

- ait été contracté avant que le défunt ait atteint l'âge de 60 ans,

- ait duré deux ans avant l'attribution de la pension ou rente, sauf si le mariage, contracté après le 60^{ème} anniversaire, est intervenu avant la publication de l'Ordonnance,

- la création d'une Pension d'Invalidité de Veuve pour les conjoints survivants atteints d'une invalidité permanente non susceptible de bénéficier lui-même d'un avantage au titre d'une législation de la Sécurité Sociale. Ces Pensions d'Invalidité de Veuve sont transformées, à 60 ans, en Pensions de Vieillesse de Veuve.

• **La Loi du 27 juin 1947**

Crée un minimum de Droits Dérivés.

• **La Loi du 28 août 1948**

Apporte de nombreuses améliorations en matière de Droits Dérivés, notamment :

- la Pension de Réversion et le Secours Viager sont attribués à partir de 60 ans au conjoint reconnu comme inapte au travail,
- le minimum des Droits Dérivés est fixé à la moitié de l'Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés,
- le principe de la revalorisation de Pensions de Réversion et des Pensions de Vieillesse de Veuve est posé,
- l'Allocation de Réversion est supprimée.

• **Le Décret du 11 février 1971**

Assouplit la condition de ressources pour la détermination de l'état de conjoint à charge.

• **Le Décret du 7 avril 1971**

N'exige plus que le mariage soit célébré avant le 60^{ème} anniversaire, mais impose seulement une condition de 2 ans de mariage avant la date d'effet ou 4 ans avant le décès.

• **Le Décret du 11 décembre 1972**

Ramène à 55 ans l'âge d'attribution possible des Pensions de Réversion et Secours Viager et supprime la notion d'inaptitude en matière de Droits Dérivés.

• **La Loi du 3 janvier 1975**

Prévoit, avec effet du 1^{er} juillet 1974 :

- la possibilité de cumul des avantages personnels et des Pensions de Réversion dans certaines limites fixées par décret,
- l'attribution d'un avantage de réversion au conjoint d'un assuré disparu depuis plus d'un an,
- une majoration de 2 ans d'assurance par enfant élevé depuis plus de 2 ans.

• **La Loi du 11 juillet 1975**

Modifie la procédure de divorce à compter du 1^{er} janvier 1976.

L'une des conditions qu'elle comporte complète les conditions d'ouverture des droits à Pension de Réversion : il s'agit du divorce prononcé pour rupture de la vie commune lorsque les époux vivent séparés de fait depuis 6 ans.

En cas de divorce pour rupture de la vie commune prononcé contre l'assuré, le conjoint divorcé non remarié est assimilé au conjoint survivant.

Le Décret du 20 octobre 1997 permet donc d'attribuer une Pension de Réversion aux conjoints divorcés non remariés lorsque le divorce a été prononcé pour rupture de la vie commune et un partage de la Pension de Réversion entre le conjoint survivant et le ou les précédents conjoints divorcés non remariés.

• **La Loi du 17 juillet 1978**

Ouvre le droit à Pension de Réversion aux ex-conjoints divorcés non remariés quelle que soit la cause

du divorce, mais partage, à titre définitif, lors de la liquidation des droits du premier conjoint qui en fait la demande.

• **La Loi du 17 juillet 1980**

Supprime la condition de durée de mariage lorsqu'au moins un enfant est issu du mariage.

• **La Loi du 13 juillet 1982**

- augmentation du taux de la Pension de Réversion de 50% à 52% et relèvement corrélatif des limites de cumul,

- partage de la Pension de Réversion entre les conjoints survivants ou divorcés non remariés : la part de pension d'un ayant-droit décédé peut désormais être reportée sur les autres titulaires de la Pension de Réversion,

- le conjoint survivant ou divorcé non remarié, qui ne peut obtenir la Pension de Réversion du chef de son dernier conjoint décédé, peut recouvrer le droit à pension de Réversion du chef d'un précédent conjoint, à condition que ce droit ne soit pas ouvert au profit d'un autre ayant cause.

• **La Loi du 5 janvier 1988**

Crée la majoration forfaitaire pour enfants, destinée aux veufs et aux veuves titulaires d'une Pension de Réversion partagée et assumant des charges familiales.

• **La Loi du 23 janvier 1990**

Étend le bénéfice de la majoration forfaitaire pour enfants aux titulaires d'une Pension de Réversion partagée ou d'une Pension de Réversion attribuée à titre provisoire en cas de disparition du conjoint.

• **La Loi du 25 juillet 1994**

Augmente la Pension de Réversion de 52% à 54% à compter du 1^{er} janvier 1995. Actuellement, le Régime Général accorde deux catégories de Droits Dérivés contributifs :

- les Pensions de Réversion,
- les Pensions de Vieillesse de Veuf ou de Veuve.

Dans les Régimes Spéciaux, du fait de l'absence de toute condition d'âge ou de ressources et de toute limite de cumul de Droits Propres et de Droits Dérivés, les conditions d'accès aux Pensions de Réversion sont notablement plus favorables (voir tableau comparatif, pages suivantes).

CONCLUSION

Ces quelques pages ont voulu simplement fixer les idées sur la chronologie des textes qui jalonnent l'évolution du Régime des Retraite.

Tous les gouvernements se sont contentés de boucher les « trous », de ne pas toucher aux disparités entre les Régimes dits Spéciaux, le Régime Agricole et le Régime Général.

Mais, dans ce domaine, il faudra bien un jour faire la nuit du 4 août et doter chaque individu d'une Sécurité Sociale Universelle, plus encore, Européenne.

LES DROITS A PENSION DE REVERSION : LES ELEMENTS DE

Conditions	Régime Général CNAVTS	Régimes complémentaires
Montant de la réversion	54% de la pension de droit direct (a). Réversion symétrique	60% des points liquidables ARRCO. Réversion non symétrique : le veuf ne la perçoit que si, au moins, 2 enfants. AGIRC. Réversion symétrique.
Minimum	Montant de l'AVTS	
Durée du mariage	Au moins 2 ans, sauf si enfant	Pas de condition de durée
Cumul avec retraite de droits propres	54% du total des avantages, mais cette limite ne peut être inférieure à 73% de la pension maximale du RG	Cumul intégral
Âge	Au moins 55 ans	<i>ARRCO : 50 ans ou pas de condition d'âge si au moins 2 enfants au moment du décès.</i> <i>AGIRC : 60 ans, ou 55 ans si 2 enfants ou si pension du RG.</i>
Ressources annuelles	Doivent être inférieures à 2080 fois le montant de SMIC horaire	Parties de condition de ressources

a) Depuis le 1^{er} janvier 1995, 52% auparavant.

b) Il n'existe pas à proprement parler de minimum de réversion : celui-ci se trouve ainsi, de fait, fixé à la moitié du minimum de pension : montant minimal des éléments de rémunération afférents

COMPARAISON ENTRE DIFFERENTS REGIMES

Conditions	Régime SNCF	Fonctionnaires
Montant de la réversion	50% Réversion non symétrique. Le veuf ne perçoit que si plus de 60 ans et pas d'enfant de moins de 21 ans ; maximum plafonné à 37,5% de l'IB 550.	50% Réversion non symétrique. Le veuf ne perçoit que si plus de 60 ans et pas d'enfant de moins de 21 ans ; maximum 37,5% de l'IB 550.
Minimum	50% de la pension minimum de droits directs (b)	Minimum vieillesse (AVTS + AS FNS)
Durée du mariage	Au moins 2 ans à la cessation d'activité, sauf si enfant, ou au moins 6 ans au moment du décès, sauf si enfant (3 ans).	Au moins 2 ans à la cessation d'activité, sauf si enfants issus du mariage ou au moins 4 ans avant le décès.
Cumul avec retraite de droits propres	Pas de limite	Parties de limite
Âge	Pas de condition d'âge	Pas de condition d'âge
Ressources annuelles	Pas de condition de ressources	Pas de condition de ressources

au coefficient 163 de la grille hiérarchique.

c) À compter du 1^{er} mars 1994.

ÉVOLUTION DE LA LEGISLATION

Le tableau suivant fait ressortir les points essentiels de l'évolution de la législation retraite en matière de droits personnels contributifs

Période	Durée d'assurance	Avantage servi	Taux ou %
Sous l'Ordonnance du 19 octobre 1945	15 ans et plus	Pension	Lié à l'âge du demandeur ou à une situation particulière
	- au moins 5 ans et moins de 15 ans - moins de 5 ans	Rente de Sécurité Sociale Remboursement des cotisations	
À partir du 1 ^{er} juillet 1974 (Loi du 3 janvier 1975)	1 seul trimestre d'assurance valable suffit	Pension	Lié à l'âge du demandeur ou à une situation particulière
Depuis le 1 ^{er} avril 1983 (Ord. du 26 mars 1982)			- déterminé par la durée d'assurance tous régimes confondus - ou par l'âge du demandeur - ou par une situation particulière

PIERRE NÈGRE

Administrateur « CRAM Midi-Pyrénées »

C'était en 1956, à la demande de la C.F.D.T., que je devenais administrateur de la C.P.A.M d'Albi. J'y suis resté pendant 33 ans.

Entre-temps, en 1976, j'intégrais le Conseil d'Administration de la CRAM-Midi-Pyrénées et ce, jusqu'en 1996.

Je peux donc dire, qu'à ma façon, j'ai fait « carrière » dans l'Institution ; certes, d'une manière très désintéressée (la vacation à 25 francs par réunion pendant de longues années). Par contre, je peux dire que si j'ai beaucoup donné de mon temps, j'ai énormément reçu.

Dans l'exercice de mes mandats, ma motivation principale fut dans le domaine de l'Action Sociale : le service aux plus démunis.

Je garde un excellent souvenir de mes collègues administrateurs et des agents de direction.

Mon attachement de toujours à la Sécurité Sociale, il est dans sa belle devise « *de chacun selon ses moyens à chacun de ses besoins* ».

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Rapport rédigé par

Pierre NÈGRE

Administrateur « CRAM Midi-Pyrénées »

Octobre 1997

L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

DE LA CRAM

Avec la gestion du risque vieillesse et la prévention des Accidents du travail (A.T.), l'Action Sanitaire et Sociale constitue la troisième mission dévolue aux CRAM.

L'Action Sanitaire et Sociale et notamment l'aide financière apportée sous forme de prêts sans intérêt aux divers établissements de la région fait l'objet d'une autre intervention.

Sera donc traité ici la seule action sociale de la CRAM.

Plan du rapport

1. L'action sociale individuelle en faveur des personnes âgées
 - Son but
 - Ses diverses formes
 - Ses conditions d'attribution
 - Son financement
2. Son historique à la CRAM Midi-Pyrénées
 - Ses débuts
 - Son développement
 - Résultats obtenus
 - Difficultés rencontrées
3. Conclusion
 - Un bilan positif
 - Une action à poursuivre

1. L'ACTION SOCIALE INDIVIDUELLE EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES

Elle a essentiellement pour mission d'apporter une réponse aux difficultés que peuvent rencontrer les personnes âgées et notamment leur permettre de demeurer chez elles le plus longtemps possible.

À cet effet, cette aide se dispense sous plusieurs formes :

- L'aide ménagère et la garde à domicile

Par l'intervention de personnes à domicile, soit à titre de prévention pour éviter le vieillissement précoce, soit pour remplir des tâches plus importantes, soit pour assurer une présence plus continue.

- L'aide à l'habitat

a pour but d'entretenir et d'améliorer le logement afin que l'on puisse y vivre agréablement en toute sécurité.

- L'aide aux vacances

pour permettre aux personnes âgées en difficulté de partir quelques jours de chez elles.

- Les secours

Il s'agit d'interventions ponctuelles d'un versement en espèces pour répondre à des difficultés financières momentanées.

- Action innovante aux grands dépendants et subventions

Apporter une aide plus particulièrement à des grands dépendants en participant à l'achat d'équipements spécifiques sous des formes diverses et variées.

Subventionner des collectivités ou associations pour des réalisations précises assurant un meilleur service aux personnes.

- Conditions d'attribution

Ces aides sont réservées aux pensionnaires du Régime Général, s'agissant des prestations supplémentaires dites extralégales. Elles sont attribuées aux conditions de ressources et tiennent compte d'une participation des intéressés.

- Financement

Pour assurer le financement de ces diverses interventions, une dotation est attribuée par la CNAVTS aux différentes CRAM et ceci, chaque année.

Il convient de préciser que les régimes complémentaires de retraites, spécialement l'IRSO dans notre région, interviennent en complément de ces aides.

2. SON HISTORIQUE A LA cram MIDI-PYRENEES

Faire un tel historique couvrant ces cinquante dernières années en si peu de place, cela relève de l'impossible.

Dès l'origine, en 1946, une circulaire de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale précise les premières interventions susceptibles d'être financées en faveur des personnes âgées, leur mise en œuvre relevant des CRAM dans le cadre d'un budget particulier.

Les modalités de l'Action Sociale

Au départ, c'est une aide au logement, à l'hébergement des personnes âgées qui est retenue.

Puis, en 1960, la Caisse Nationale préconise d'autres formes d'intervention :

- L'aide ménagère
- L'aide aux vacances
- Les secours.

La démarche de Monsieur DESCOURS

Tel était le contenu des premières circulaires émanant de la Caisse Nationale.

Certes, les débuts étaient prometteurs, mais cette forme d'action a connu quelques difficultés pour atteindre sa vitesse de croisière.

C'est ainsi que le Conseil d'Administration de la CRAM a demandé à son directeur de l'époque, M. DESCOURS, de faire le tour des CPAM afin de présenter aux divers administrateurs les possibilités offertes par cette action sociale et les inciter à les populariser auprès des personnes âgées.

Les besoins existaient et les moyens étaient au rendez-vous.

Et c'est ainsi que, progressivement, durant les années 70 et 80, sans difficultés majeures, l'action sociale en faveur des personnes âgées a connu un développement important, la CRAM Midi-Pyrénées ayant pleinement répondu à la mission d'aide à ses ressortissants en privilégiant entre autres l'intervention des Aides Ménagères.

Des difficultés de parcours

Et puis, ces dernières années, les choses se sont compliquées !

Les crédits ont été moins importants par rapport aux besoins, les budgets plus encadrés, les consignes de la CNAVTS plus contraignantes, des décisions parfois hasardeuses et modifiées d'une année sur l'autre.

Il a donc fallu s'adapter, redéfinir des priorités, resserrer les boulons, mieux étudier les demandes, mettre les contrôleurs à contribution, tout en veillant à une égale répartition sur l'ensemble des départements.

3. CONCLUSION

La CRAM Midi-Pyrénées a le droit d'être satisfaite du devoir accompli. Le bilan de son action sociale est largement positif.

Des sommes plus importantes ont été consacrées à ces diverses interventions.

Avec le versement des pensions, le souci d'intervenir dans de nombreux domaines pour faciliter la vie de ses ressortissants a toujours été dominant.

Nul doute qu'à l'avenir, il en sera de même comme l'envisage d'ailleurs l'un des derniers rapports du Service Social Régional en définissant ainsi ses priorités :

*« Vouloir un meilleur service aux assurés sociaux et aux retraités,
Aller du service rendu au service attendu,
Aller résolument d'une logique de réponse à la demande,
à une logique d'offre de service. »*

En espérant que la CRAM Midi-Pyrénées aura les moyens de cette politique, afin de ne pas être contrainte de faire la politique de ses moyens.

JACQUES MANDRETTE

INGENIEUR CONSEIL

Service prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles

Participant, en qualité de membre coopté à l'Association des Anciens Administrateurs de la Sécurité Sociale, je suis entré au service de prévention en mai 1956 quelques jours avant le mémorable hiver pour les moins jeunes.

Mes fonctions discrètes ne me permettaient pas, au début de ma carrière, de participer aux réunions du Conseil d'Administration, mais seulement aux réunions techniques des C.T.R (Comités Techniques Régionaux).

Technicien de formation initiale, puis ingénieur diplômé, je m'intéressais aux conditions de travail en général et à la réduction des risques professionnels en tant que conseiller du Conseil d'Administration et des Entreprises (employeurs et salariés).

Bien convaincu de la nécessité de sauvegarder l'intégrité physique et mentale des salariés, je m'efforçais de contribuer à l'évolution du travail avec le concours de collaborateurs issus de disciplines complémentaires (psychologues du travail, ergonomes, médecins du travail, juristes, architectes...)

Enfin, il est évident que les informations contenues dans la présente communication ne sont que les perceptions et les interprétations personnelles d'un collaborateur de la CRAM Midi-Pyrénées au cours de sa longue et passionnante carrière.

Avertissement

Au-delà de quelques rappels historiques, nous avons estimé devoir aborder notre démarche à partir d'un contexte général pour nous focaliser ensuite vers notre vécu régional.

Nous proposons donc la structure suivante de notre communication :

I - Évolution historique et principes directeurs de la législation

II - Les structures de la Prévention et leur fonctionnement

**III – Le Service Prévention de la CRAM-MP –
Rétrospective et prospective**

Que le lecteur veuille bien pardonner les considérations très globales, mais nous n'avons pu faire l'économie de situer notre position dans un contexte national et aujourd'hui européen voire mondial...

La prévention des risques professionnels

Sans remonter trop loin dans l'histoire, les romains, dont les ouvrages remarquables (Pont du Gard, Arènes...) perdurent aujourd'hui malgré les guerres, catastrophes... ne disposaient pas de PREVENTEURS mais adoptaient des techniques susceptibles d'assurer la maintenance et la pérennité de leurs œuvres.

Plus près de nous, dès le début du XIX^e siècle avec l'apparition du « modernisme », une prise de conscience devait se manifester et se traduisait par l'action de maîtres (d'ouvrages) envers leurs compagnons notamment dans les activités du bâtiment, des travaux publics et des industries textiles.

La prise de conscience, précédemment évoquée, n'a pas été spontanée ; elle peut être considérée comme résultante d'une adéquation entre exigences des évolutions sociales et exigences techniques de l'industrialisation.

Pendant la période agraire (IX^e au XII^e siècle) apparaît la notion de charité ; au XIV^e siècle sera instituée une charité organisée par la paroisse dont vont bénéficier les plus nécessiteux.

La révolution française introduit un concept nouveau qui va remplacer la charité par l'assistance sociale.

La révolution industrielle bouleverse la production de richesses et aboutit à l'épanouissement de

rapports sociaux capitalistes ; l'idée s'affirme après la Déclaration des Droits de l'Homme (1789)...

Nul n'ignore l'impact du Docteur Louis René VILLERME qui, élu à l'Académie des Sciences Morales (1832), est chargé d'effectuer une étude sur l'état physique et moral de la classe ouvrière ; il limite son champ d'étude à l'industrie textile et rédige un important rapport en 1840 intitulé « Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les fabriques de coton, de laine et de soie ».

Louis René VILLERME devait ensuite se consacrer à une étude sur les « accidents produits dans les ateliers industriels par les appareils mécaniques ». Cette étude, publiée en 1850, est l'analyse et le commentaire d'un rapport établi par une commission du Conseil Central de Salubrité du Département du Nord.

À la fin du XIX^e siècle, l'accroissement des accidents du travail, lié au développement du machinisme, conduit, sous la pression des travailleurs, à rechercher des principes mieux adaptés aux conditions nouvelles de travail.

I. ÉVOLUTION HISTORIQUE ET PRINCIPES DIRECTEURS DE LA LEGISLATION

La législation en matière d'hygiène et sécurité du travail s'est développée pour répondre à deux besoins :

- *Protéger les travailleurs contre les risques*
- *Réparer les conséquences des accidents.*

1 – Origine et développement de la Prévention

- Les premières mesures adoptées au milieu du XIX^e siècle visent à protéger les femmes et les enfants.

- Une loi (12 juin 1893) étend le champ de la protection à l'ensemble des établissements et à toutes les catégories de salariés.

- La législation du travail se développe (Code du Travail, Ministère du Travail...).

- Le décret du 10 juillet 1913 fixe les mesures d'hygiène, de sécurité et de prévention des incendies.

- En 1939, une loi impose des prescriptions aux constructeurs, vendeurs ou loueurs de machines dites dangereuses.

- Les comités de sécurité créés en 1941 « donnent naissance », après la guerre mondiale, aux Comités d'Hygiène et de Sécurité (C.H.S. en 1947).

- Les services médicaux de travail seront rendus obligatoires en 1946.

2 – Évolution du régime de la répartition

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, le régime de droit commun régit les rapports employeurs/salariés et se

traduit par l'obligation, pour le salarié, de prouver la faute de son employeur.

Une loi du 9 avril 1898 rend systématiquement l'employeur responsable civilement des accidents survenus dans son entreprise. Cette responsabilité, basée sur la notion de « risque professionnel » est étendue, en 1919, à certaines maladies professionnelles (M.P.).

En 1945 est mis en place un régime de Sécurité Sociale dont l'objectif est de « garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toutes natures susceptibles de réduire ou supprimer les capacités de travail ».

La loi du 30 octobre 1946 abroge la loi de 1898 et transfère aux caisses de Sécurité Sociale la gestion du risque accident du travail en valorisant le rôle de la prévention.

Le financement de l'accident du travail est à la charge de l'employeur par le système de la Tarification (cotisation fonction du nombre et de la gravité des accidents).

3 – Prises en compte des conditions de travail – Intégration de la sécurité

La loi du 6 décembre 1976 justifie la nécessité de prendre en compte la sécurité dès la conception des locaux, des machines et appareils, des produits, ainsi que dans la mise en place de l'organisation du travail. Cette notion de « sécurité intégrée » entraîne des dispositions nouvelles telles que formation obligatoire des salariés,

contrôle avant mise sur le marché des produits et matériels...

4 – Extension du rôle des salariés

La loi du 4 août 1982 introduit le droit d'expression directe et collective des salariés sur le contenu et l'organisation du travail.

La loi du 29 décembre 1982 réorganise les C.H.S. en élargissant leur compétence aux conditions de travail... Cette loi donne la possibilité à tout salarié de se retirer d'une situation de travail qui présente un danger grave et imminent.

5 – L'harmonisation européenne

L'harmonisation des législations européennes doit répondre à un double objectif :

- Un objectif économique (art. 100A du Traité de l'Union Européenne)

Libre circulation des marchandises

- Un objectif social (art. 118A du Traité de l'Union Européenne)

Les états membres s'attachent à promouvoir l'amélioration notamment du milieu de travail, pour protéger la sécurité et la santé des travailleurs et se fixent pour objectif l'harmonisation, dans le progrès, des conditions existantes dans ce domaine.

Les « Directives », préparées par les experts de la Commission des Communautés Européennes, fixent des prescriptions minimales de santé et de sécurité au travail. Ces directives prescrivent :

- La conception (avant mise sur le marché) des machines, équipements, produits... Ces directives sont dites « totales ».
- Les conditions de travail : conception et aménagement des locaux, mise en œuvre des produits, utilisation des machines, organisation de la sécurité.

Une Directive Cadre (n° 89/391 du 12 juin 1989) a fixé les mesures à mettre en œuvre pour promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail. Transposée en droit français par la loi n° 1414 du 31 décembre 1991, elle introduit l'obligation, pour le chef d'entreprise, d'élaborer et de mettre en place une démarche globale de prévention fondée sur l'application des principes généraux de prévention (énumérés à l'art. L230-2 du Code du Travail) et sur une évaluation des risques.

6 – Principes directeurs de la législation

La législation, en constante évolution, doit permettre de dégager les principes qui ont guidé le législateur.

6.1 – Mesures applicables aux locaux, outillages, produits...

- Isolation des zones dangereuses. Des règlements imposent des obligations aux employeurs portant sur les locaux, les machines..., marquant ainsi la priorité donnée à la protection collective sur la protection individuelle.

- Conception des appareils, des produits. L'objectif est de soustraire l'opérateur lui-même des situations dangereuses. Au-delà de l'interdiction d'emploi de certains produits (phosphore blanc, céruse...), le législateur impose, dès 1939, des obligations aux constructeurs, vendeurs et loueurs.

- Intégration de la Sécurité. Cette notion d'intégration, le plus en amont possible, a été élargie par la loi du 6 décembre 1976 et concerne :

- la conception des immeubles,
- la conception des équipements de travail. Les directives européennes de 1989 ont mis en application ce qui a été défini comme la « nouvelle approche » en matière d'harmonisation technique ; elles fixent les « exigences essentielles » de sécurité et renvoient vers la normalisation.

- le contrôle des produits,
- la fixation de valeurs limites.

6.2 – Mesures d'organisation du travail

Sur les chantiers de bâtiments et des travaux publics notamment, la loi du 31 décembre 1993 prévoit la coordination de tous les intervenants.

6.3 – Mesures applicables aux personnes

La réglementation prévoit des dispositions applicables à certaines catégories de travailleurs (jeunes travailleurs, femmes, travailleurs temporaires...).

De nouvelles dispositions prévoient une surveillance médicale particulière (travailleurs exposés à certains produits, certaines nuisances...).

6.4 – Mesures visant à associer les travailleurs à la prévention

- Information :
 - Affichage (consignes, extraits de règlement...),
 - Étiquetage des produits chimiques,
 - Nouvelles obligations (informer les CHSCT, les travailleurs...).
- Formation des travailleurs
- Obligation pour l'employeur de dispenser une « formation pratique et appropriée » à la sécurité.

II. LES STRUCTURES DE LA PREVENTION ET LEUR FONCTIONNEMENT*

** Ne concerne que les entreprises relevant du régime général de la Sécurité Sociale.*

Détenant le POUVOIR et les MOYENS, le chef d'entreprise est le seul responsable de la sécurité des salariés. Compte tenu de circonstances historiques, le législateur a été amené à mettre en place plusieurs ordres de compétences complémentaires en matière de prévention :

- Les pouvoirs publics (politique de prévention, règlements...)
- Les organismes de Sécurité Sociale (gestion du risque, actions d'incitation à la prévention...)
- Les organismes paritaires (rôle spécifique en matière de prévention...)
- Les instances spécifiques au niveau de l'entreprise.

1 – Les pouvoirs publics

1.1 – Les services centraux :

- Le ministère chargé du Travail
- Le ministère chargé de la Sécurité Sociale

1.2 – Les services extérieurs du ministère chargé du Travail

- L'inspection du travail (1892)
- L'inspection médicale du Travail
- Les commissions régionales de médecine du Travail (1986)

2 – Les organismes de Sécurité Sociale : l'Institution Prévention (1946)

2.1 – Les organismes nationaux

- La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
- La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP) (1994)
- Les Comités Techniques Nationaux (CTN)
- L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)

2.2 – Les organismes régionaux

- Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM)
- Les Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS)

Ces organismes, de droit privé, sont administrés par un Conseil d'Administration (employeurs et salariés) et leurs missions sont de développer et coordonner la prévention des A.T. et M.P. et de concourir à l'application des règles de tarification.

Leur action basée sur l'étude des risques (révélés ou potentiels) s'exerce, compte tenu des spécificités régionales, dans le cadre d'une politique générale de prévention.

Les CRAM/CGSS disposent de moyens techniques, réglementaires et d'incitation pour conduire l'ACTION de prévention alliant conseil / formation / contrôle. Les ingénieurs-conseils et les contrôleurs de sécurité oeuvrent au sein des services prévention.

- Moyens techniques :

Les I.C. et C.S. ont le droit de pénétrer dans tous les établissements assujettis au régime général de la Sécurité Sociale et peuvent effectuer toutes les mesures, analyses, prélèvements d'atmosphère qu'ils jugent utiles.

Ils sont invités aux réunions des CHSCT et effectuent des enquêtes à la suite des accidents, non pour rechercher des responsabilités, mais pour déterminer les CAUSES de l'accident en vue de définir les dispositions à adapter.

Enfin, les I.C. et C.S. effectuent des études techniques, animent des sessions d'information et de formation destinées aux employeurs et aux salariés.

- Moyens réglementaires :

Le législateur a donné aux organismes de Sécurité Sociale le pouvoir d'inviter, par voie de règlement appelée « dispositions générales », l'ensemble des employeurs exerçant une même activité à se soumettre à certaines mesures de prévention.

Ces dispositions sont soumises au CTR compétent et doivent être homologuées par la direction générale du travail.

À l'issue d'une « expérimentation » régionale satisfaisante, la CNAMTS (sur l'initiative du CTN) peut demander au ministère d'étendre ces dispositions générales à l'ensemble du territoire.

- Moyens d'incitation :

Les CRAM, dans leur rôle de Conseil, n'ont pas à faire référence aux textes réglementaires mais peuvent inviter individuellement les employeurs à « prendre toutes les mesures justifiées de prévention ».

En cas de dangers graves ou de carences, les agents du service de prévention disposent de moyens de coercition d'ordre financier (injonction éventuellement suivie d'une majoration du taux de cotisation).

A contrario, les entreprises ayant accompli un effort particulier en faveur de la prévention peuvent bénéficier d'une minoration du taux de cotisation (ristourne).

Dans le cadre des « conventions d'objectifs », les entreprises de moins de 250 salariés, relevant d'une branche professionnelle ayant conclu une convention d'objectifs, peuvent signer avec la CRAM un contrat de prévention. Ce contrat de prévention se traduit par des avances éventuelles transformées en subventions aux termes de réalisations effectives.

- Les organes conseils des CRAM : les Comités Techniques Régionaux (CTR)

Les CTR ont été mis en place pour assister les Caisses Régionales et sont obligatoirement consultés sur :

- les propositions de majoration, de minoration, d'avances ou de subventions ;
- l'élaboration de conventions d'objectifs régionales ;
- l'élaboration de « dispositions générales ».

Par ailleurs, les CTR procèdent à des études statistiques dont les résultats sont transmis à la CNAMTS et à la CATMP afin d'orienter leurs activités.

3 – La coordination

Cette coordination est justifiée par l'existence de deux bases législatives et de deux ordres de compétences réglementaires.

À l'échelon national, le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels favorise la rencontre des représentants des employeurs et des salariés d'une part et des différents départements ministériels d'autre part.

À l'échelon régional, des Comités Régionaux de Coordination assurent une liaison entre les services de l'Inspection du Travail, de la CRAM, de la DRASS.

Ces comités coordonnent les actions, les études en faveur de la prévention des risques.

4 – Les organismes professionnels

Le législateur a prévu la création d'organismes spécifiques ; nous citerons notamment l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBTP) dont la mission est d'assister toutes les entreprises du bâtiment et des travaux publics.

5 – Les organismes privés

Ces organismes, en général sous forme d'associations, pratiquent des contrôles techniques en vue de porter assistance aux entreprises.

6 – L'organisation de la prévention dans l'entreprise

6.1 – Le chef d'entreprise

Le chef d'entreprise détient le pouvoir et les moyens de déterminer les procédés de travail. Il est responsable de la sécurité de ses salariés et peut, sous certaines conditions (autorité, moyens, compétences) déléguer une partie de ses pouvoirs à l'un de ses préposés.

Le chef d'entreprise peut être aidé dans sa tâche par un service qu'il met en place de sa propre initiative : le service de sécurité.

6.2 – Les services médicaux du travail

- La médecine est préventive.
- La médecine du travail est à la charge de l'employeur.
- Le médecin du travail exerce une surveillance médecine des salariés et une action sur le milieu du travail.

6.3 – Les organismes associant les salariés à la prévention

- *Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)*. Il est obligatoire dans les établissements occupant au moins 50 salariés. Le CHSCT a notamment pour mission de :

- Contribuer à la protection de la santé et de la sécurité ;

- Procéder à des inspections, des enquêtes en matière d'A.T. ou M.P.

- Contribuer à la promotion de la prévention et susciter toute initiative utile dans cette perspective.

- *Le Comité d'entreprise* : Il est informé et consulté sur les questions relatives à la marche générale de l'entreprise tant sur le plan économique que social ; nous citerons notamment les conditions de travail (durée, horaires, travail posté, aménagement des locaux...) et l'introduction de nouvelles technologies.

III. LE SERVICE DE PREVENTION DE LA CRAM MIDI-PYRENEES – RETROSPECTIVE – PROSPECTIVE

A. Approche et rétrospective

Après avoir évoqué les principes directeurs de la législation et les structures de prévention, nous aborderons l'évolution des situations de notre service au cours de ce demi-siècle et fin de millénaire.

1 - Les hommes – Les structures

Les destinées de notre institution régionale ont été présidées par des hommes toujours désireux de contribuer à la reconnaissance de la CRAM.

Nos directeurs, Messieurs :

- Paul DESCOURS,

- Jean-Pierre DUPONT,

- Jean BECQUELIN,

- Jean BEDREDE,
- Michel LAGES.

Nos ingénieurs en chef, Messieurs :

- Georges BRACHET (Août 1950 – Décembre 71),
- Robert POLAUD-BAYARD (Janvier 72 – Décembre 84),
- Claude BOUCHON (Janvier 85 – 2000).

À l'aube de ce demi-siècle, le « jeune » Service Prévention « occupait » 10 personnes (ingénieurs, contrôleurs, personnel de gestion...) et, au fil des ans, occupe aujourd'hui environ 55 personnes. L'évolution des structures a, durant le début des années 90, justifié le rapprochement de la « tarification » du Service Prévention pour donner naissance au :

« Département Prévention tarification ».

Si l'effectif de l'équipe des techniciens était, à l'origine, composé d'hommes de terrain (ingénieurs et contrôleurs), nous pouvons aujourd'hui faire l'heureux constat que 4 jeunes collaboratrices sont intégrées dans les différentes structures techniques.

L'implantation du « port d'attache » (siège du service) a connu différents sites, à savoir notamment :

- Boulevard Carnot,
- Place Saint-Etienne,
- Boulevard Lacrosses,
- Mirail / Basso Cambo.

Ces sites correspondaient à des nécessités de locaux toujours plus importants et mieux adaptés à l'évolution des technologies (apparition de l'informatique).

Au risque de faire sourire les plus jeunes, le temps de travail à l'origine de 45 heures hebdomadaires (y

compris le samedi) tend maintenant vers la semaine de 35 heures.

2 – Démarche Prévention

La démarche prévention doit s'intégrer dans la politique nationale édictée, notamment, par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS).

Cette politique nationale définit des missions particulières et « autorise » des ajustements légitimes justifiés par les spécificités régionales appréciées par les Conseil d'Administration régionaux.

Le Comité Régional de Coordination favorise, à partir d'études régionales, les options opportunes traduites en actions concertées. Nous citerons, sans prétendre à l'exhaustivité, des actions soutenues orientées vers :

- les activités du bâtiment et des travaux publics,
- les circulations (hommes, produits...),
- les nouvelles technologies (automatismes, informatique...),
- les carrières,
- les produits dangereux,
- les nuisances (physiques, chimiques),
- les manutentions mécaniques et manuelles (TMS).

Si, à l'origine de notre service, l'action pouvait se résumer dans la fonction CONTROLE, l'évolution générale devait nous conduire vers une importante action CONSEIL très diversifiée.

Dès les « années 60 », des actions étaient entreprises dans les domaines de la sensibilisation, de

l'information et de la formation ; une équipe spécialisée était alors constituée.

À la même époque, les activités du bâtiment et des travaux publics accusaient une telle croissance que les accidents se multipliaient rapidement. Conscient de cette évolution très préjudiciable, notre service se structurait pour créer une équipe spécialement chargée du bâtiment et des travaux publics.

Vers les « années 70 », la prospérité industrielle nous conduisait à créer le « groupe étude » dont la fonction était d'assister les PME/PMI principalement vulnérables en matière de création ou d'extension d'ateliers.

Les évolutions dans l'action imposaient déjà un redéploiement des moyens tant en intervenants qu'en compétences. En ces « temps-là », les techniques d'analyse du travail devaient s'ajuster sur les évolutions :

- Si l'analyse a posteriori des accidents du travail ne prenait en compte que deux facteurs accidentogènes (actions ou conditions dangereuses), il était évident que la progression était difficile.

- Conscients de cette situation, de nouveaux principes étaient proposés : la pluricausalité des accidents mise en évidence par la méthode dite « arbre des causes » offrait de nouvelles possibilités d'analyse.

En cette fin de siècle, compte tenu des résultats obtenus, une prise de conscience favorise l'introduction de l'ergonomie et de ses spécificités. En effet, l'analyse du travail réel (ou effectif) comparé au travail prescrit incite le « technicien intervenant » à dépasser l'approche strictement « techniciste » pour intégrer le comportement de l'opérateur. Des études entreprises dans l'institution

Sécurité Sociale permettront, nous le souhaitons, des gains en matière d'amélioration des conditions de travail et de réduction des accidents du travail.

SAVOIR FAIRE – FAIRE SAVOIR

Nul ne pourrait contester aujourd'hui que la première phase de notre démarche passait par le « faire savoir », c'est-à-dire faire connaître notre mission de prévention. Cette étape étant acquise, nous devons, par contre, par notre « savoir faire », convaincre nos partenaires (chefs d'entreprises, agents de maîtrise, cadres, salariés / opérateurs) des compétences multidisciplinaires (ou transdisciplinaires) susceptibles de concourir à l'optimisation du travail.

3 – Constats – Évaluation des évolutions

Les entreprises évoluent... les activités aussi. Dans notre région, des activités autrefois prospères accusent une régression inéluctable (textile, délainage, mégisserie, chaudronnerie, minoteries...) alors que des industries telles que l'aéronautique, spatial, électronique, informatique..., évoluent très favorablement ainsi que les activités du secteur tertiaire.

Les constats pourraient s'exprimer par des statistiques qui traduisent, en termes quantitatifs, l'évolution des « résultats ». Les statistiques sont des indicateurs qui déclinent en valeurs absolues (évolution des salariés, des accidents...) et en valeurs relatives (taux, indices, moyennes pondérées...) des bilans

d'activités passées. Si, comme le « précisait » E. PISANI en 1968, « les statistiques sont comme le *bikini*, elles donnent des idées mais cachent l'essentiel », elles peuvent nous renseigner, au prix d'une « sage interprétation », sur l'évolution des situations antérieures.

Nous pouvons estimer que les effectifs salariés de la région Midi-Pyrénées représentent un peu moins de 4% des effectifs nationaux. Cet « échantillon » discret peut nous autoriser à positionner avantageusement la région Midi-Pyrénées en terme de nombre d'accidents alors que, sur le plan de la gravité, les constats, au premier degré, ne nous sont pas très favorables.

Une véritable étude statistique intégrant et « croisant » de nombreux paramètres pourrait confirmer ce premier constat. Si les résultats acquis peuvent nous renseigner utilement, nous ne pouvons nous attribuer l'exclusivité des « profits » ; en effet, de nombreux éléments et événements extérieurs peuvent interférer favorablement ou non.

B. APPROCHE PROSPECTIVE

Les évolutions, seulement évoquées, doivent nous imposer une profonde réflexion quant au devenir de nos missions. Les méthodologies d'approche ont toutes leurs propres limites et ne sauraient perdurer valablement « en l'état ».

La contribution de l'ergonomie dans la démarche prévention doit, au-delà de ses spécificités, permettre de

conforter l'évolution favorable constatée dans le domaine de l'amélioration des conditions de travail.

Nous sommes convaincus que l'avenir de nos légitimes convictions ne peut faire l'économie de l'intégration plus large de TOUS (entrepreneurs, pouvoirs publics, acteurs de production, citoyens...) à l'Ouvrage Collectif dépassant le cadre régional voire national.

À notre échelle, sans souhaiter être considérés comme utopiques, ne serait-il pas concevable d'envisager une grande INSTITUTION nationale, internationale..., regroupant des compétences multidisciplinaires (techniciens de prévention : ingénieurs, médecins, biologistes, toxicologues, ergonomes, juristes..., mais aussi des sociologues, psychologues, économistes, financiers, gestionnaires...) ?

Nous sommes conscients que tout projet novateur sera porteur de freins, de détracteurs, d'opposants... car :

Qui va prendre le POUVOIR ?

Et surtout qui va perdre le POUVOIR ?

Enfin, bénéficiaires d'une modeste expérience, nous pensons toujours et encore que CONVAINCRE doit être le motif fondamental de notre survie alors que CONTRAINDRE était l'argument consensuel admis.

CONCLUSION

Sans être en mesure de conclure, tant le sujet est vaste, nous souhaitons que cette très imparfaite contribution pourra favoriser une réflexion plus globale qui, au-delà de l'existence même d'un service, sera

susceptible de générer des options dont l'humanité pourra bénéficier.

Le rédacteur sollicite enfin la bienveillance du lecteur pour ses « divagations personnelles » dans le cadre de sa vision de la Prévention du 3^{ème} type.

Gilbert HENNER

Sous-directeur « CRAM Midi-Pyrénées »

J'ai dû quitter, en Août 1962, l'Algérie devenue indépendante, après avoir travaillé 16 ans dans une Caisse d'Allocations Familiales. J'avais alors le grade de Chef de service Adjoint.

Embauché à titre provisoire par la Caisse Régionale de Sécurité Sociale « Midi Pyrénées », le 1^{er} Mars 1963, j'ai été affecté comme Chef de Gestion Auxiliaire, au Service de Prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles.

Je dois dire à ce sujet que les ingénieurs, contrôleurs de sécurité et employés du service de prévention m'ont fort bien accueilli et se sont ingéniés à faciliter ma réinsertion à un moment de ma vie où un peu d'amitié et de chaleur humaine ont mis beaucoup de baume sur des plaies mal cicatrisées. Qu'ils en soient tous remerciés !

Reclassé plus tard en surnombre, avec mon ancien grade, par la Commission de Reclassement des Rapatriés, j'ai été muté au Bureau d'Études pour y exercer les fonctions d'Analyste de Conception, après un stage de programmation rapide et intensif à Paris, à la Compagnie des machines Bull.

L'informatisation des services de la CRAM s'est avérée ardue (tout était à apprendre et à concevoir) mais le travail était passionnant et je crois avoir mené à bien la partie qui me revenait.

J'ai été promu Chef de service le 1^{er} Janvier 1967, avec la responsabilité de l'Analyse et de la Programmation, puis Chef de Division le 2 mars 1969 avec la responsabilité de l'ensemble du Bureau d'Études et du Centre Régional d'Information. J'ai, en outre, durant cette période, exercé la fonction de « Moniteur SITIA » (Sessions d'Initiation aux Techniques de l'Informatique Appliquée) pour le compte de la FNOSS (devenue plus tard l'UCANSS)

J'ai été nommé Sous-Directeur le 22 Mars 1973, en charge du Bureau d'Études, de la Division Informatique et du Centre Régional d'Information. À ce titre, j'ai participé à de nombreuses études de changement de matériel informatique et bureautique, en plus des tâches habituelles de n'importe quel agent de direction. J'ai également, sous l'égide de la « Caisse Nationale d'Assurances Vieillesse », travaillé à la création des « Chaînes Nationales » du « Risque Vieillesse », avec de nombreux déplacements à Paris. À noter aussi ma participation à l'UCANSS à la correction des Mémoires et au jury d'examen des Élèves Organisateurs de Caisses à la fin de leur scolarité.

J'ai cessé mes fonctions à la Caisse Régionale le 31 Janvier 1988, bénéficiant du Protocole d'Accord du 10 Juin 1987 relatif à la cessation anticipée d'activité.

**HISTORIQUE DE L'INFORMATIQUE
À LA CAISSE RÉGIONALE
D'ASSURANCE MALADIE
« MIDI-PYRÉNÉES »**

Rapport rédigé par

Gilbert HENNER

Sous-directeur « CRAM Midi-Pyrénées »

L'informatique à la CRAM Midi-Pyrénées, comme dans pratiquement tous les autres organismes sociaux, n'est pas apparue un beau jour comme par magie.

C'est une évolution et une adaptation constantes aux nouvelles techniques qui, des premières machines à cartes perforées, ont amené la Caisse à disposer de l'outil très sophistiqué que nous lui connaissons aujourd'hui.

Chronologiquement, l'historique de l'informatique à la CRAM peut s'établir ainsi :

1950

La Caisse dispose d'un Atelier de machines à cartes perforées 85 colonnes de marque SAMMAS. Ces machines ne permettent la mécanisation que d'une petite partie des tâches répétitives courantes.

1958

Évolution de l'Atelier qui s'équipe de machines à cartes perforées 80 colonnes de la Compagnie des Machines Bull permettant plus de souplesse et, partant, l'intégration de nouvelles tâches. C'est l'apogée des trieuses, interclasseuses, tabulatrices, machines de perforation-vérification et autres qui traitent plusieurs millions de cartes par an. Malgré la lourdeur inévitable due à la manipulation des données, le système fonctionne bien et donne satisfaction. Il convient de noter toutefois que, lors de travaux importants devant être réalisés dans un délai impérativement court (revalorisation des

pensions et des rentes), la Caisse doit faire appel à un façonnier extérieur.

La Direction de la Caisse, toujours soucieuse d'améliorer la performance des services, se penche avec intérêt sur l'apparition d'un nouveau matériel, quelque peu mythique et mystérieux, l'ORDINATEUR. Elle lance une étude approfondie qui aboutira à l'acquisition d'un ordinateur de 2^{ème} génération, le « GAMMA 30 » de la Compagnie des Machines Bull.

1965

C'est le 1^{er} décembre 1965 qu'est installé « GAMMA 30 » qui, pendant plus d'un an, va cohabiter avec l'Atelier classique de Mécanographie. On a peine à imaginer, moins de 35 ans après, le bouleversement des méthodes de travail qu'a apporté cet ordinateur dans tous les services.

Tout d'abord, il a fallu trouver et former le personnel. Il n'existait aucune école ou faculté formant des informaticiens. Le mot « Informatique » n'existait même pas encore et les rapports de l'époque font état de l'Atelier (ou du Centre) ELECTRONIQUE. C'est d'ailleurs cette appellation qui figurait sur la porte d'entrée du Centre. Le recrutement s'est effectué parmi les agents de la Caisse, particulièrement dans le personnel de l'Atelier Mécanographique. Après sélection par tests et formation intensive chez le constructeur, une équipe de 2 analystes, 5 programmeurs et 3 pupitreurs va assurer le démarrage, puis le fonctionnement et la montée en charge du « GAMMA 30 ».

Cet ordinateur comprenait :

- 1 unité centrale de 20 K avec un dispositif de simultanéité,
- 6 dérouleurs de bandes magnétiques de 30 Ko,
- 1 imprimante rapide de 1000 lignes/minute,
- 1 lecteur de cartes de 600 cartes/minute,
- 1 perforateur de cartes de 100 cartes/minute.

Si l'on compare la mémoire centrale du « GAMMA 30 » à celle du moindre micro-ordinateur actuel, sa capacité de 20000 caractères paraît bien faible. Et pourtant, c'est avec ce matériel que la CRAM a réussi—et fort brillamment—son passage à l'informatique. Un souci constant des analystes et des programmeurs était de ne pas surcharger la mémoire centrale (pour éviter un blocage en cours de traitement) et de compacter au mieux les données inscrites séquentiellement sur les bandes magnétiques afin que les temps de traitement (lecture-écriture) ne soient pas prohibitifs.

1966

À la fin de l'année, l'ordinateur avait pris en charge le mandatement, la revalorisation et les changements de taux des prestations de l'Assurance Vieillesse, le fichier « employeurs » pour l'appel des cotisations, l'émission des Déclarations Nominatives Annuelles et les notifications de taux Accidents du Travail, ainsi que le fichier de base des « Comptes individuels » et les cartes salaires de l'exercice 1965.

À noter que le traitement des prestations Vieillesse a été réalisé en parfaite coopération avec la CRAM d'Aquitaine, dotée elle aussi d'un « GAMMA 30 », Toulouse se chargeant de la mise à jour du fichier et du

mandatement des prestations, Bordeaux de leur revalorisation. Pour la petite histoire, le premier mandatement échéancier des prestations Vieillesse sur ordinateur, effectué à la CRAM de Bordeaux, l'a été par une équipe de programmeurs et d'un analyste de Toulouse qui, pour mise au point et vérification des programmes, a travaillé sans relâche la journée et la nuit précédentes.

1967

Les dernières machines de l'Atelier Mécanographique sont enlevées, libérant ainsi un peu de place pour le Centre Informatique qui en avait bien besoin.

Il convient de rapporter ici un incident qui aurait pu avoir des conséquences graves : la Caisse était en plein travaux de surélévation de deux étages et des matériaux étaient stockés le long de la façade arrière. Sous les vitrages du local du « GAMMA 30 », du polystyrène expansé avec emballages cartonnés a, pour une cause indéterminée, pris feu subitement et violemment. Les flammes se sont élevées jusqu'au 2^{ème} étage et ont fait éclater plusieurs vitres dont une « athermique » du local ordinateur.

Le personnel présent a fait preuve d'un sang froid remarquable. Pendant que certains agents déménageaient en hâte les étagères—chargées de bandes magnétiques—les plus exposées, d'autres, aidés par les deux techniciens de maintenance de la Compagnie Bull, enlevaient les portes d'accès du Centre et en faisaient un écran devant l'ordinateur, le protégeant ainsi de la chaleur intense dégagée par l'incendie extérieur.

Les pompiers arrivés et l'incendie éteint, les débris de verre enlevés, le vitrage disparu était remplacé par du contreplaqué. Le lendemain, le Centre fonctionnait normalement...

1968

Tous les travaux prévus lors de la mise en service de l'ordinateur ont été intégrés, notamment le mandatement et la revalorisation, pour les CPAM de la région, des pensions d'invalidité et des rentes Accidents du Travail, la paye du personnel de la Caisse et du Contrôle Médical, ainsi que la préparation des tournées de contrôle du Service de Prévention. De nouveaux travaux font l'objet d'études.

1969

Réalisation de nouvelles chaînes de traitement :

- statistiques au 1/60^{ème} pour le compte de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie,
- statistiques exhaustives de frais médicaux pour le compte de la CPAM de l'Aveyron,
- tableaux statistiques concernant les pensionnés d'invalidité et les crédientiers,
- aide accrue à divers services de la Caisse (paiements, liquidations, etc.)

Par ailleurs, une longue étude est effectuée, dont la première phase permettra de choisir, le 26 septembre 1969, l'ensemble électronique de 3^{ème} génération devant remplacer le « GAMMA 30 ».

1970

Cette année verra la préparation minutieuse de la mise en place du nouvel ordinateur, alors qu'une autre étude est également menée pour remplacer le matériel de perforation par un système d'encodage magnétique permettant plus de souplesse et de rapidité dans la saisie des données.

1971

C'est l'année de l'installation de l'« IRIS 50 », ordinateur de 3^{ème} génération de la C.I.I., devant permettre la multiprogrammation. Mis en service le 18 mai 1971 et opérationnel le 1^{er} septembre, cet appareil qui comprend :

- 1 unité centrale de 128 Ko,
 - 8 dérouleurs de bandes magnétiques de 60 Ko,
 - 2 unités de disques « DIAM »,
 - 1 imprimante rapide de 1200 lignes/minute,
 - 1 lecteur de cartes de 1200 cartes/minute,
 - 1 perforateur de cartes de 100 cartes/minute,
- se révélera moins fiable que le « GAMMA 30 », accumulant les pannes et incidents de tous genres.

Le transfert des programmes et, surtout, des fichiers, du « GAMMA 30 » à l'« IRIS 50 » a nécessité un travail énorme tant à l'analyse-programmation qu'à l'exploitation. Par exemple, pour la reprise des fichiers des « Comptes individuels » qui comprenait 1 500 000 articles environ, écrits sur 48 bobines, une programmation particulière de contrôle par insertion de clés dans le corps des articles a été nécessaire pour éviter, à chaque incident de lecture-écriture, d'avoir à

recommencer de nombreuses heures (parfois des dizaines) de travail.

Les changements de version du software du nouveau système exigeaient souvent une génération laborieuse du système d'exploitation ainsi que la recompilation et le test de tous les programmes en service. On peut dire d'une façon un peu triviale que cet ordinateur, du moins dans sa première architecture, a été une véritable « bête à chagrin ».

1973

Tous les travaux qui se faisaient sur le « GAMMA 30 » sont intégrés sur l'« IRIS 50 » dont une bonne partie de l'équipement a été changée ou modifiée (organes centraux, imprimantes, disques et dérouleurs...).

Par ailleurs et en liaison avec l'ordinateur, une nouvelle méthode de tenue de la Comptabilité Générale a été réalisée à partir d'un nouveau matériel de saisie, le « VECTOR 5511 » d'Olivetti.

1974

À l'Atelier de Saisie des Données, les machines traditionnelles de perforation-vérification sont progressivement remplacées par un équipement d'encodage magnétique « CMC 5 » comprenant :

- 2 postes moniteurs,
- 1 imprimante,
- 22 claviers.

La puissance de l'« IRIS 50 » est augmentée (mémoire centrale, disques...), ce qui permet une meilleure utilisation de cet ordinateur, notamment en multiprogrammation.

On constate, en outre, une nette diminution des temps de panne et d'intervention des techniciens de maintenance de la C.I.I.

La Comptabilité Générale, la gestion des effectifs et des temps de travail sont intégrés, en même temps que la « Reprise du Passé » (Comptes individuels existant sur fiches manuelles ou mécanographiques) se poursuit activement.

1975

La charge de travail croissante du Centre Informatique exige une nouvelle extension de la configuration de l'ordinateur qui comprend :

- 1 unité centrale de 192 Ko,
- 1 lecteur de cartes de 600 cartes/minute,
- 2 imprimantes de 1200 lignes/minute,
- 8 dérouleurs de bandes magnétiques de 120 Ko/seconde,
- 6 unités de disques MD 50.

La gestion centralisée des Comptes individuels au Centre National de Tours est devenue une réalité et, le 2 octobre, est lancée, à Toulouse, la liquidation automatisée des pensions de vieillesse. On arrive alors à une extension presque totale de l'automatisation du traitement de toutes les prestations vieillesse, ce qui modifie bien des circuits et des habitudes de travail de la

Caisse. La division Informatique a un effectif de 74 agents (« réserve » non comprise).

1976

Deux claviers supplémentaires sont ajoutés au système CMC 5 pour faire face à l'augmentation de la charge de la saisie des données.

1977

Mise en fonction d'un système de liaison (TRANSAC) avec le Centre Informatique National de Tours et préparation active du dossier d'acquisition d'un nouvel ordinateur.

1978

Arrivée d'un « IRIS 55 » dans des conditions difficiles, le dossier d'acquisition, comme celui de la réalisation de l'infrastructure nécessaire (alimentation électrique, climatisation, sécurité incendie...) ayant subi quelques vicissitudes. Ce n'est que durant l'année 1979 que les travaux de l'« Iris 50 » basculeront progressivement sur le nouvel ordinateur qui comprend :

- 1 mémoire centrale de 512 Ko,
- 8 dérouleurs de bandes 1600/6250 bpi,
- 1 pupitre de commande I.X. 180,
- 11 terminaux de télégestion,
- 9 unités de disques MD 200,
- 2 imprimantes IP 1200,

- 1 lecteur de cartes,
- 3 recopies d'écran.

L'« IRIS 55 », nettement plus performant que l'« IRIS 50 », se révélera plus fiable et, surtout, permettra, pour la première fois, la mise en place d'un système de télégestion autorisant la consultation en temps réel, par les services intéressés, du fichier des paiements vieillesse.

Au cours des années qui suivent, la téléinformatique va avoir une importance de plus en plus grande. Les Services commencent à prendre l'habitude de travailler différemment et le nombre de postes Opérateurs va augmenter rapidement.

La saisie des données connaît également une charge importante de travail et le nombre de claviers passe à 28.

Les chaînes nationales de traitement remplacent progressivement celles « Maison » élaborées par nos analystes et programmeurs.

1983

Arrivée d'un nouvel ordinateur, d'une technologie plus avancée, le « DPS 7/60 » de C.I.I./Honeywell Bull. Il est composé de :

- 1 unité centrale de 3 Mo,
- 3 unités de disques fixes de 2 x 635 Mo,
- 4 unités de disques amovibles de 200 Mo,
- 8 dérouleurs de bandes magnétiques 1600/6250 bpi,
- 2 imprimantes de 1540 lignes/minute.

Le matériel de téléinformatique augmente lui aussi considérablement ; il comprend :

- 1 DATANET 7120,
- 3 unités de contrôle,
- 7 terminaux QUESTAR 2,
- 1 terminal QUESTAR 1,
- 7 recopies d'écran.

1984

On assiste à une mutation des traitements nationaux relatifs à la liquidation, au paiement des pensions vieillesse et à la tenue des « Comptes individuels » de l'ancien système vers une nouvelle technique de gestion sur base de données.

Dans le cadre d'une politique d'information des assurés, la CRAM participe, par l'intermédiaire du Centre Régional d'Information, à la Foire Internationale de Toulouse qui a lieu du 27 avril au 8 mai 1984. Sur le stand de la « Sécurité Sociale », les personnes qui le désirent peuvent, à la simple condition de fournir leur « matricule Sécurité Sociale », obtenir –grâce à un terminal relié au Centre Informatique par modem et ligne téléphonique– le décompte prévisionnel de leur future pension. Cette opération, largement appréciée du public, fut un véritable succès.

En septembre, la liquidation des pensions vieillesse commence à se faire en « conversationnel »...

1985

L'ordinateur « DPS 7/60 » est transformé en « DPS 7/70 » essentiellement par augmentation de la mémoire centrale et de la puissance des disques.

Le logiciel d'exploitation GCOS 64 est remplacé par GCOS 7. Parallèlement à une extension importante du parc de terminaux « classiques » « QUESTAR Phase II », on assiste au développement d'un réseau bureautique basé sur un nouvel outil de travail : le « QUESTAR 400 ».

Les premiers « QUESTAR 400 » sont installés dans les antennes d'Albi, de Tarbes et à la Comptabilité. Les liaisons avec le Centre Informatique national de Tours, qui étaient réalisées à l'aide d'un terminal « TRANSAC », se font désormais avec par le réseau « SATIN ».

1986

Le « DPS 7/70 » devient « DPS 7/717 » avec une puissance accrue et une extension du réseau téléinformatique. Il est installé un nouveau matériel de saisie des données, le mini 5-60 SFENA qui remplacera le CMC 5. Ce matériel, très sophistiqué, permettra des contrôles automatiques et, partant, un gain de temps important dans la vérification de la saisie des données.

1987

Les moyens informatiques de la CRAM sont les suivants :

- Le système central :
- 1 DPS 717 – Bull – 8 Mo – 11,6 Go sur disque,
- 1 système de saisie des données mini 5-60 SFENA / 1024 Ko / 128 Mo disque,

- 28 écrans / claviers / une imprimante.

- Le réseau de télétraitement :

- 17 concentrateurs
- 137 écrans multipostes
- 1 écran monoposte
- 8 imprimantes.

- Le système Bureautique QUESTAR 400 :

- 41 stations / 30 imprimantes.

1988

La puissance de l'ordinateur est encore augmentée. Le DPS 7/717 DEVIENT DPS 7/817.

L'utilisation de micro-ordinateur autonomes dans les services s'intensifie. La Caisse dispose de :

- 2 IBM PC/AT,
- 2 IBM PS/2,
- 4 imprimantes,
- 3 APPLE MACINTOSH,
- 1 imprimante Laser Plus.

1989

Le DPS 7/817 devient le DPS 7/827.

L'accroissement du télétraitement et le développement de l'application « Transmissions des Données Sociales » (TDS) ont eu pour conséquence une diminution importante du personnel affecté à la saisie des

données et qui migre dans les services. Cette tendance va se poursuivre dans les années qui suivent.

On note une augmentation importante du nombre de micro-ordinateur répartis dans les services.

1992

C'est l'année du déménagement de la CRAM au Mirail avec l'installation d'un nouvel ordinateur, le DPS 7000/720, sur le nouveau site.

Le télétraitement et la bureautique se généralisent. On assiste à une modification importante de la structure du Centre Informatique ; il est scindé en deux formations :

- « les Études Informatiques » qui sont chargées :
 - du pilotage, de la conception et du développement des projets informatiques de la CRAM,
 - du développement des projets à vocation nationale,
 - de la formation des utilisateurs aux nouvelles chaînes informatiques.
- « L'Exploitation » qui englobe le « Système », gère le fonctionnement du Centre et assure la gestion du parc de stations de travail, la charge de support aux utilisateurs et des réseaux de micro-informatique.

L'Atelier de saisie disparaît et les agents qu'il occupait sont affectés dans les services administratifs.

1993

En juillet 1993, le frontal de communication DATANET 7132 est remplacé par le DATANET 7500, plus puissant et équipé de la carte Ethernet.

1996

L'ordinateur Bull DPS 7000/720 est remplacé par un nouvel ordinateur plus puissant, le Bull DPS 7000/M30 – bi-processeur – doté d'une unité centrale de 128 Mo. La télégestion et la bureautique se généralisent.

1997

L'outil informatique devenant de plus en plus sophistiqué et complexe, la structure du Centre est ainsi modifiée :

Structure du Centre Informatique en 1997

ETUDES	INTEGRATION PRE- PRODUCTION	EXPLOITATION	ARCHITECTURE TECHNIQUE
<ul style="list-style-type: none"> - Conception - Développement - Maintenance 	<ul style="list-style-type: none"> - Réception / installation / Applications - Élaboration d'un plan d'intégration et mise en exploitation - Pilotage des tests (experts techniques et fonctionnels) 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploitation • Mise en production • Planification • Sauvegardes • Post-production - Entrées/Sorties • Contrôles • TDS 	<ul style="list-style-type: none"> - Système de base • DPS 7000 • UNIX • ORACLE • Réseau - Bureautique
Effectif : 22	Effectif : 4	Effectif : 19	Effectif : 14

1997

La CRAM est passée d'une architecture informatique « gros système » –l'époque des terminaux– à une architecture « serveur », avec les micro-ordinateurs. Il a fallu adapter les compétences de chacun. Aujourd'hui, avec presque un micro par agent, on peut affirmer que l'ordinateur est devenu l'instrument de travail de tous les techniciens de la Caisse.

COMMENTAIRES

Ces quelques notes n'ont pas la prétention de décrire de façon exhaustive tout le matériel informatique ou bureautique et tout le software qu'a utilisés la CRAM, tous les programmes créés ou adaptés, toutes les modifications intervenues dans la structure du personnel informaticien...

La liste se serait assurément vite révélée rébarbative.

Si ce rapport comporte quelque erreur ou omission, son auteur vous prie à l'avance de bien vouloir l'en excuser. Son seul but était de donner un coup de projecteur sur les cinquante dernières années de la fin du XX^e siècle qui ont vu l'automatisation des Services passer de la carte perforée de 65 colonnes au système de téléinformatique parfaitement intégré que nous lui connaissons à ce jour.

Nous sommes loin de la plume « Sergent Major » avec laquelle on tenait –à l'encre violette– les comptes Vieillesse des premiers assurés.

Au fait, à quel niveau serons-nous en l'an 2050 ?

LE CONTRÔLE MÉDICAL

Vu par le

Docteur Lucien BARRERE

MEDECIN CONSEIL REGIONAL

25 décembre 1952 – 30 avril 1971

Je pense qu'il est indispensable de parler du tout début, c'est-à-dire des Assurances Sociales créées le 1^{er} juillet 1930.

En Tarn et Garonne en 1937, il existait une Union des Caisses qui rassemblait les anciennes mutuelles ; la Caisse Mutualiste, Président M. GUERRET, Directeur M. MONCERE. La Caisse Mutuelle Agricole, Président M. BOYER, Directrice Mme BOYER. La Caisse de la Mairie. La Famille Toulousaine, Président M. PLANET, à Toulouse Mlle GINESTE qui a laissé son nom dans la Résistance. Les nouveaux n'appartenant pas à des Mutuelles étaient inscrits à la Caisse départementale, M. GABACH Président, puis Maire de Montauban et M. SOUBRIER, Directeur toujours présent et dévoué à tous et à la Résistance. Les Présidents de la Mutualité – de la Caisse Mutualiste Agricole – de la Départementale, prenaient la présidence à tour de rôle pour une durée de six mois.

Fin 1937, l'Union des Caisses de Montauban fait appel à candidature pour un poste de Médecin Contrôleur. Sur l'incitation du Docteur BOUNHOURE, médecin des Hôpitaux de Toulouse et médecin-chef de la Caisse Primaire de Toulouse, je pose ma candidature sans grand enthousiasme. Je suis reçu par un médecin âgé, fatigué, qui prenait sa retraite. Après un interrogatoire serré, le déballage de mes titres : externe des Hôpitaux de Toulouse (Major de la promotion 1928), interne des Hôpitaux Psychiatriques (Major de la promotion 1930), diplôme de médecine légale, certificat d'hydrologie. Après un temps de réflexion, de silence, de calcul, il m'annonce que je suis premier ! Convoqué fin novembre 1937, je ne suis plus que douzième !! Étonnement de ma part ! Le médecin âgé, Docteur GENATAS, me dit, c'est

parce que je n'ai pas d'enfant. Mais si, lui dis-je, j'ai une petite fille... alors, miracle, je suis septième !! J'apprends sur ces entrefaites que le syndicat des médecins de Montauban avait posé une question ministérielle sur les conditions de recrutement d'un Médecin Contrôleur des Assurances Sociales. La réponse a paru au J.O, mais je ne me souviens ni de la date ni du contenu. Certains m'ont demandé si j'avais des appuis politiques à fournir, j'ai répondu par la négative et surtout je n'en chercherai pas. Je tenais à être essentiellement en dehors de la politique, par contre, je pouvais apporter des certificats ou attestations de mes maîtres dans les hôpitaux et aussi du syndicat des médecins de Toulouse, car j'étais Secrétaire adjoint du Dr CAFFORT. Au conseil d'administration de l'Union des Caisses de la fin décembre 1937, je suis toujours septième, je me retire et je continue ma clientèle à Toulouse.

Aux alentours de Pâques 1938, je suis convoqué par téléphone. Les six premières candidatures avaient été rejetées, certaines parce que grands invalides. J'étais à nouveau premier. J'acceptais le poste à condition d'avoir le contrat des médecins de la région parisienne, à savoir : un mois de congé annuel, la possibilité d'aller à des congrès médicaux, à mes frais, un forfait mensuel pour les déplacements des contrôles à domicile et la fonction de Secrétaire de l'Union des Caisses, la signature du courrier étant assuré par le Président en exercice. Tout cela fut accepté.

Je débutais le 1^{er} mai 1938. Le local du Contrôle Médical au 1^{er} étage d'une petite aile de la Halle aux grains aujourd'hui détruite. Deux pièces : une très petite, le bureau du médecin, meublé sommairement, deux

tables de café en marbre, une pour le médecin, l'autre pour la secrétaire éventuelle – une lingerie modeste comme bibliothèque. M. GENATAS n'oublie pas de me remettre le plumeau pour ôter la poussière !! Et une égoïne pour scier le bois en petites bûches afin de garnir le petit poêle en fonte au cortège de tuyaux traversant le carreau de la fenêtre. Et enfin, une table d'examen. Circulation très réduite à 2 ou 3 dans ce local.

Vous pensez si, sur le champ, j'ai demandé l'installation du chauffage à gaz, ce qui fut fait après quelques mois de tranchées et travaux divers...

La deuxième pièce était la salle des archives – du fichier médical et du conseil d'administration. Elle était plus grande que le cabinet médical mais elle s'avéra insuffisante.

Et pour finir, la salle d'attente : c'était la grande salle de l'Orphéon municipal qui se trouvait devant la porte de mon bureau, que je partageais le jeudi avec la leçon de solfège des enfants... une distraction appréciée des assurés durant l'attente.

Lorsque les cirques s'installaient sur la place Prax-Paris, les artistes, athlètes, clowns s'entraînaient dans la cour centrale intérieure couverte, ce qui ravissait les malades convoqués. En 1939, plusieurs convois d'espagnols, vieillards, femmes et enfants ont été hébergés quelques jours durant l'exode... et nous nous sommes intéressés à eux.

Le docteur GENATAS parti, on m'adjoignit une assistante sociale infirmière diplômée d'État qui fut un excellent élément efficace qui joua un rôle dans la Résistance.

Les rapports avec les Directeurs et le personnel des Caisses étaient très bons.

Les rapports avec les médecins traitant en général bons, mais difficiles avec certains médecins âgés qui ne comprenaient pas cette ingérence dans leur clientèle.

En septembre 1939, ayant été mobilisé dans un régiment d'artillerie, j'ai confié mes fonctions, avec l'accord du président, au Dr BASTIE, médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Montauban qui était réformé. Je reprenais mon poste à mon retour en février 1941.

L'ambiance générale dans la ville et le département avait changé du fait de l'après-guerre, des prisonniers en Allemagne, des nouvelles tendances politiques. Elle fut plus lourde dès novembre 1942 avec l'occupation allemande. Par contre, pas de modification dans les relations avec les malades et les médecins. Par suite du transfert de l'Hôpital psychiatrique et du Dr BASTIE à l'Hôpital psychiatrique de Toulouse, le service ouvert, non soumis à la loi de 1838, reste à Montauban. Le Président de la commission administrative hospitalière me propose le poste en tant que spécialiste le 29 août 1942. Le préfet du Tarn et Garonne par arrêté du 15 octobre 1942 me nomme médecin-chef du service psychiatrique de l'Hôpital de Montauban après approbation du 15 septembre 1942 du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et du 2 septembre 1942 du conseil d'administration de l'Union des Caisses d'Assurances Sociales du Tarn et Garonne, sinon je n'aurais pas accepté.

Cette fonction hospitalière a largement facilité mes relations avec les confrères, d'autant plus que j'étais médecin-expert en psychiatrie médico-légale des tribunaux correctionnels et Cours d'assises et à la Libération dès 1944 des Cours de Justice.

En plus, j'avais créé dans les locaux libérés de l'Hôpital Psychiatrique un internat médico-pédagogique de 4 classes de 15 garçons débiles mentaux légers d'âge scolaire jusqu'en 1945 avec des étudiants en psychologie de la Faculté des lettres de Paris, une infirmière de mon service qui était enseignante. Ce service, j'ai pu le structurer, l'améliorer grâce à mes rapports avec les chanoinesses belges d'Auvillar (près de Valence d'Agen) qui avaient un centre qui donnait des résultats car elles possédaient bien la méthode de Decroly qu'elles appliquaient.

En octobre 1945, M. l'Inspecteur d'Académie m'a fait remarquer que j'avais ouvert une école sans autorisation. Après enquête ayant reconnu le bien fondé de l'institution, 3 institutrices et 1 instituteur me sont affectés pris en charge par l'académie. Des thèses de médecin de mes internes, le Dr Raymond FAVAREL 1945 et le Dr LAVILLE 1951, développent la viabilité et la réussite du centre. À l'époque, M. l'Abbé PLAQUEVANT et M. le Professeur RISER avaient créé un centre important à Saint Simon avec des services éducatifs, une école d'élèves éducateurs spécialisés.

M. le Professeur RISER m'avait proposé d'étudier un projet d'enfants inadaptés profonds à hospitaliser. Les frais et le prix de journée trop élevés ont retardé la réalisation.

Sur le plan du contrôle médical, dès 1943, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie essaye de coordonner l'action des médecins conseils sur le plan de l'invalidité. Le Professeur BOUNHOURE nous réunit une fois par trimestre pour présenter des rapports qui sont étudiés, discutés, sur des questions médicales, l'évolution des taux de pensions, des thérapeutiques, des reprises de

travail, etc. Le directeur de la CRAM participe à ces colloques et nous remarquons ses qualités dans les interventions qu'il fait. C'est M. DESCOURS, jeune directeur plein d'allant sortant de la Résistance, socialiste d'action, instituteur très apprécié, licencié de géographie.

Les dépenses médicales.

Trois cliniques chirurgicales à Montauban, Dr DENIS et Dr NEGRE. La troisième, celle du Dr HORNUS qui disparut à la Libération, fut reprise par le Dr BOYER accoucheur des hôpitaux. Une clinique à Castelsarrasin du Professeur DAMBRIN.

Un hôpital à Montauban en difficulté financière importante. Le service de psychiatrie avait une grande activité : 100 à 110 lits hommes et femmes. 200 entrées et sorties par an. L'internat médico-psychopédagogique, 60 lits permanents. Pour être sûr que les enfants profitaient des apports extérieurs en alimentation, j'avais demandé aux Quakers suédois de distribuer eux-mêmes ce qu'ils donnaient (jambon, beurre et confitures). Je leur rend hommage car ils l'ont fait régulièrement jusqu'à la fin des hostilités. Des magasins de Montauban ont habillé certains enfants car il arrivait qu'ils revenaient lors des congés en loques. Les malades adultes, je les plaçais à la campagne, sous surveillance régulière, chez des agriculteurs pour aider aux travaux des champs et trouver un milieu agréable et une nourriture qui leur était nécessaire. En 1941, le Dr LECLAINCHE, inspecteur général de la santé, directeur de Braqueville, le Dr PERRET médecin-chef, le Dr PARDE médecin-assistant, ont publié un opuscule « Manifestations de carence

alimentaire observées dans une collectivité hospitalière » (service des hommes, hôpital psychiatrique Marchant), travail portant sur 121 malades présentant des formes d'inanition chronique sur 770 malades. 21 décès en deux mois. Le Dr Max LAFFONT a présenté une thèse à l'Université Claude Bernard à Lyon en 1981 sur « Déterminisme et victimisation des malades mentaux ». Il estime à 40.000 le nombre de décès dans les hôpitaux psychiatriques durant la 2^{ème} Guerre Mondiale.

Les thérapeutiques, en général, avaient peu évoluées. Les sulfamides avaient fait leur apparition avant 1939. Les pénicillines et surtout la streptomycine n'ont été employées et avec parcimonie qu'à la Libération et avec de grandes précautions au début.

La tuberculose avec quelques méningites chez les nouveaux-nés, les pleurésies et affections pulmonaires chez les femmes ont posé de vrais problèmes car il y a eu des décès assez nombreux.

Un essai a été tenté : le médecin traitant, en accord avec le médecin conseil, et après examen conjoint du malade, établissent un protocole d'accord pour un forfait pharmaceutique sur trois mois – renouvelables après nouvel accord, etc. Cela a été partiellement efficace.

L'absentéisme était suivi par des contrôles à domicile, surtout aux mois de mars, avril, période de mise en train des jardins potagers, et en septembre, période des vendanges et de la chasse.

Le fait nous avait été signalé par la SNCF car, dans le printemps 1944, il y avait beaucoup moins d'absentéisme dans les départements du Nord bombardés que dans ceux du Midi.

Les conflits médicaux étaient réglés par une commission gracieuse interne à l'Union des Caisses trois ou quatre fois par le juge de paix du canton.

1945 – 1951

Enfin, l'ordonnance du 4 octobre 1945 crée la Sécurité Sociale. Dès le début, les difficultés furent grandes et le plan partiellement appliqué. Les régimes spéciaux gardent leur autonomie. La loi du 30 octobre 1946 prend en charge le régime général des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Pour la petite histoire, le 4 mai 1945, le Ministre du travail et de la Sécurité Sociale, le Dr PIGOT, secrétaire rapporteur de la Commission Nationale du Contrôle Médical m'informait que le Comité Provisoire du Contrôle Médical dans sa réunion du 21 avril 1945 m'avait confirmé définitivement dans les fonctions de Médecin Conseil d'Assurances Sociales.

Toulouse, le 7 février 1948, le conseil d'administration de la CRAM Midi-Pyrénées, sur proposition du Médecin Conseil Régional agréé ma nomination au poste de Médecin Conseil chargé sur le plan régional du service du Contrôle Médical des accidents du travail et des maladies professionnelles, sous les ordres et la responsabilité du Médecin Conseil Régional.

Je prends mes fonctions le 1^{er} mars 1948. Pendant un mois, j'ai erré n'ayant pas de bureau. Puis je partage le bureau avec M. SCHMEL, directeur du service ATMP. Entente parfaite, il sortait quand j'examinais les accidentés et je sortais lorsqu'il recevait des directeurs et

des patrons. Cela a duré plusieurs mois. Je révisais toutes les pensions qui avaient été déjà accordées et je constituais le fichier des accidentés du travail et des maladies professionnelles de la région Midi-Pyrénées, fichier très important car l'accidenté peut faire appel sa vie durant pour aggravation et ses enfants jusqu'à leur majorité. Ce fichier a occupé en 1971 une pièce au sol renforcé de la place Saint-Étienne. Deux déménagements de mes bureaux, 12 place Saint-Étienne, une « demie secrétaire » m'est affectée, et j'assume avec enthousiasme déplacements dans les départements, convocations des accidentés, rapports médicaux à rédiger, participation aux contentieux, et j'habite toujours Montauban car un logement est difficile à trouver à Toulouse après la Libération pour ma nombreuse famille.

J'attendais la nomination d'un médecin psychiatre par le Ministre de la Santé et je continuais à assurer la responsabilité de mon service grâce à l'aide apportée par mon ancien interne, le Dr FAVAREL que je voyais tous les soirs et le lundi, assurant moi-même l'après-midi la consultation. Enfin, après bien des tractations, des échanges avec le ministère, un médecin est muté, le Dr FOLLIN. Le 14 mars 1952, j'adressais ma démission à M. le Préfet. Le Dr FAVAREL prenait à mi-temps le Contrôle Médical de la Mutualité Agricole que j'abandonnais.

1952 –

Au cours du dernier semestre 1952, le Professeur BOUNHOURE doit donner sa démission de Médecin Conseil Régional car, ayant été nommé Professeur à la Faculté de Médecine, il est devenu fonctionnaire et ne peut cumuler les deux postes, ce qu'il n'admit pas. Le

poste est déclaré vacant. Je suis sollicité et le Dr BOUNHOURE ne comprend pas mes hésitations et, en définitive, c'est le Professeur RISER qui me décide en me précisant que j'ai la confiance de la Faculté. Ce n'est pas rien, mais je vais évoluer dans un milieu bien différent et que je connais en grande partie.

Le Conseil d'Administration de la CRAM après un choix et un vote parmi les candidats me nomme Médecin Conseil Régional stagiaire à compter du 25 janvier 1952. La Section du Contrôle Médical du Comité d'Action Sanitaire et Social donne le 3 juin 1952 un avis favorable à l'agrément en application de l'article 17 nouveau du décret n° 450179 du 29 décembre 1945.

Lorsque j'ai pris mes fonctions dans les bureaux de la Faculté qui nous étaient affectés provisoirement, le Dr BOUNHOURE avait vidé toutes les armoires et tous les tiroirs pour avoir les documents qui lui permettraient de se défendre !? n'acceptant pas son départ forcé. Heureusement que je connaissais tous les directeurs des caisses, leurs services et les administrateurs. Mais j'ai été obligé de tout reconstituer jusqu'aux dossiers personnels des praticiens conseils. En outre, M. BOUNHOURE refusait de verser au budget du Contrôle Médical une somme représentant la période du cumul de ses fonctions. L'inspecteur général PICARD remplaçant provisoirement M. BELLAS, directeur régional, m'avait bien précisé dès son arrivée mes obligations de Médecin Conseil Régional. Les locaux à la Faculté étant sous le laboratoire, j'avais tous les matins la visite tonitruante du Professeur BOUNHOURE. Je passe sur les propos, mais ce furent des moments très pénibles aussi bien pour lui que pour moi. Enfin, au bout d'un an au moins, il me « balança » un

chèque de bonne volonté comme je le lui conseillais qui permettait d'entrevoir une fin honorable. Quelle matinée ! Heureusement, nos relations par la suite ne furent jamais altérées.

Le Contrôle Médical

Comme Médecin Conseil Régional, seul au début et dès 1960 assisté d'un Médecin Conseil Régional adjoint, le Dr ROUSSE médecin-chef du contrôle de Foix, je coordonne avec les médecins conseils que j'ai désignés les diverses branches du contrôle (étude des dossiers et en particulier de la rédaction des conclusions, et des dossiers de contentieux, représentation des caisses aux Commissions de contentieux techniques, commission de Silicose ; Invalidité, Dr VASSAL ; Accidents du travail et des maladies professionnelles, Dr LAYSSOL ; inaptitude au travail, Dr PONSAN). Personnellement, je m'occupe du centre de triage thermal installé dans les pièces attenantes à mon bureau à la Faculté où nous convoquons les assurés et les ayants droit qui font appel sur les refus médicaux notifiés par les caisses. Les experts du centre sont des professeurs, chefs de service ou assistants des hôpitaux spécialisés. La conclusion des experts est adressée aux caisses qui notifient la décision aux assurés sociaux en application du décret du 7 janvier 1959.

En 1970, sur 15500 cures demandées, 14000 sont accordées. 60% soit 9000 curistes se font soigner dans les stations thermales de la région Midi-Pyrénées.

Durant les années 1954-55-56, j'ai personnellement examiné et suivi la crénothérapie en rhumatologie, soit 1300 cas pendant trois ans. Les

résultats ont fait l'objet de la thèse du Dr SAURAT (Toulouse, 6 décembre 1954) et de communication avec les Professeurs DARNAUD, RUFFIE, DENARD et moi-même et de directives aux médecins traitants et aux médecins conseils.

Le thermalisme était suivi par le ministère et l'on m'a fait remarquer que, par exemple dans le Gers, le nombre des demandes atteignait 1 sur 51 assurés. Je décidais que, tous les ans, pendant trois ans, le Dr ROBERT, radiologiste et spécialiste en ORL et moi-même, nous examinerions la 1^{er} demande de cure et la 4^{ème} cure, le médecin-chef de la caisse accordant systématiquement le renouvellement de la 2^{ème} et de la 3^{ème}. Je sais bien que l'on m'a accusé de « parachutage » mais cela a toujours présenté une efficacité. Ainsi, je demandais au Dr ROBERT de voir dans une matinée tous les curistes en traitement en ORL. Dans une station donnée n'a-t-il pas trouvé en traitement pour surdité des malades avec des bouchons de cérumen, pas nombreux (1 sur 30 à 33) certes, mais cela suffisait pour alerter le corps médical en le faisant constater.

Je joins deux tableaux que j'ai retrouvés dans mes papiers :

- Tableau comparatif du nombre d'expertise effectuées au centre de triage thermal (Département de l'Aveyron non compris)
- Nombre de demandes de cures de 1963 à 1967 inclus.

NOMBRE DE DEMANDES DE CURES

CAISSES PRIMAIRES	1963	1964	1965	1966	1967
Ariège	735	730	854	905	978
Aveyron	809	883	902	1106	1297
Haute-Garonne	5883	6732	7454	8930	8729
Gers	607	720	757	877	900
Lot	566	700	732	832	882
Hautes-pyrénées	1851	2236	2457	2739	2858
Tarn	1426	1677	1805	2061	2082
Tarn-et-garonne	490	587	566	754	731
Région :	12367	14265	15497	17664	18457

*Tableau comparatif du nombre d'expertises effectuées
au centre de triage thermal
(Département de l'Aveyron non compris)*

	ANNÉE 1965			ANNÉE 1966			ANNÉE 1967			ANNÉE 1968			ANNÉE 1969		
	E	A	R												
Assurés	174	85	89	236	120	116	259	126	133	332	148	184	286	130	156
Conjoints	41	23	18	64	28	36	68	34	34	69	31	38	77	35	42
Enfants	31	15	16	45	18	27	35	18	18	37	21	16	41	22	19
Total	246	123	123	345	166	179	362	177	185	438	200	238	404	187	217

E : nombre d'Expertises

A : Accords

R : Refus.

J'ai aussi fait faire des contrôles particuliers : les cures de la région parisienne étaient de 2 cures en général, quelquefois 3 à Luchon. Conclusion : sont-ils guéris après 2 cures ou bien l'intérêt touristique est tombé.

Le Professeur DURRAND FARDEL prétendait que les cures faisaient plus de cocus que de guéris, mais je ne tombe pas dans cette boutade connue ; il y a un juste milieu, et certainement des améliorations, mais les cures thermales « excitent les foules » car elles sont payées en faible partie par la Sécurité Sociale et que les médias confondent aussi avec tourisme.

Jusqu'en 1959-1960, les Médecins Conseils Régionaux sont convoqués une fois par semaine environ à la FNOSS à Paris (Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale) dirigée par un conseil d'administration composé entre autres et surtout des Présidents des CRAM. Elle comprenait deux branches Caisse Vieillesse-Caisse Assurance Maladie, Invalidité et A.T. À la tête, un directeur intelligent et dynamique, M. Clément MICHEL - un médecin conseil, le Dr BERLIOZ et toute une équipe se partageant l'action :

- Gestion administrative de la Fédération – problèmes contentieux

- Problèmes relatifs à l'examen des textes et à la documentation par l'ensemble des branches y compris les accidents du travail

- L'action sanitaire et sociale – les conventions – les questions hospitalières – Le thermalisme social – l'appareillage

- L'organisation – les méthodes – les statistiques.

Il est incontestable que la FNOSS a été utile pour l'application des textes législatifs et réglementaires et les bulletins juridiques parfaitement diffusés étaient appréciés.

Mais nous voulions, les Médecins Conseils Régionaux, une concertation entre nous pour régler des problèmes quotidiens, des questions relatives aux remboursements différents pour un même cas suivant les régions, pour organiser le triage des avis de maladie avec arrêt de travail et le contrôle à domicile, le rôle des agents visiteurs qui n'appartenaient pas à l'époque au contrôle médical, etc., l'instruction du personnel, les relations avec les médecins du travail, le contrôle des malades en clinique, en hôpitaux, etc.

Nous avons alors fondé une association loi de 1901 des Médecins Conseils Régionaux et adjoints fin 1958 ou 1959, le Comité de Liaison et de Concertation des Médecins Conseils Régionaux.

L'entente n'a pas été possible avec la FNOSS après plusieurs réunions. À Toulouse, le directeur de la CRAM, M. DESCOURS, acceptait déjà difficilement, par principe, qu'un Médecin Conseil Régional nomme aux emplois et gère un budget, qu'il ait une action avec le contrôle médical des Caisses départementales, aussi parlait-il de « bicéphalie » ! Le mot était joli ! Les administrateurs de la FNOSS nous contestaient de droit de gérer le personnel ainsi que le budget du contrôle médical. Or, avant 1969, le budget était établi par le Médecin Conseil Régional, et présenté au conseil d'administration de la CRAM pour avis et transmis à la direction régionale qui ne donnait son approbation qu'après une étude approfondie par les inspecteurs de la direction régionale qui interrogeaient le Médecin Conseil Régional sur les points précis relatifs au personnel et à son environnement, aux achats de matériel

et sur tout ce qui leur paraissait excessif ou anormal. Le budget, une fois accepté par la direction régionale, était ordonné par le Médecin Conseil Régional et exécuté par l'agent comptable de la CRAM.

Tout cela était normal : aucune difficulté. Nous avons donc pour notre service du personnel et comptable (deux personnes) à établir les fiches de paye. Pour ma part, j'ai fait durant les trois premiers mois les fiches de paye pour connaître le calcul des retenues sur les salaires, le temps nécessaire pour les établir, le temps nécessaire pour la vérification avant transmission à l'agent comptable, les diverses difficultés. Je surveillais la rédaction des pièces comptables établies sur les imprimés et les états selon les désirs de l'agent comptable. J'en ai eu trois successifs : un anti-médecin régional, M. AMON, les deux autres M. BIRAGUE et M. CHIVAUDEL très agréables et coopérants. Je n'ai pas eu de problèmes majeurs.

Les deux dernières années, nous sommes passés obligatoirement sur informatique et cependant, j'ai fait continuer la tenue de la fiche individuelle à la main, car je m'étais aperçu que, si un inspecteur réclamait pour une personne du service la reconstitution de carrière, l'informatique, à cette époque, ne pouvait la reproduire. Or, les inspecteurs du service régional venaient parfois en réclamer une car ils nous inspectaient souvent, suivant attentivement les dépenses du personnel, les avancements, en fait le budget du personnel et les achats de matériel déjà prévus et précisés.

C'est en 1959 que le département de l'Aveyron a été affecté à Midi-Pyrénées. Nous voilà donc avec 8 départements : l'Aveyron risquait de poser quelques

problèmes car si Decazeville acceptait d'être orienté sur Toulouse, Rodez était mixte (Toulouse – Montpellier), Millau était franchement tourné vers Béziers et Montpellier. Toutes les questions se réglèrent aisément sous l'autorité de M. BELLAS, directeur régional et du président de la Caisse Régionale, M. SABY. Aucun problème pour la bicéphalie qui se mourrait dans l'habitude de bonnes relations amicales.

Le Comité de Liaison et de Concertation des Médecins Conseils Régionaux de la Sécurité Sociale (CLC) cherche un local, un siège à Paris autant que possible gratuit. Après deux ou trois séances aux Charbonnages de France, on nous a priés d'aller ailleurs (on a dû nous prendre pour des « carbonaris en rupture de ban » ; heureusement le Dr AUJOLAT nous a offert son bureau ministériel rue de Tilsitt, un après-midi. Nous constituons notre conseil d'administration et mes collègues me confient la présidence que je garde 10 ans avec la Commission des Actes devant être assimilés parce que non inscrits à la nomenclature, travail qui s'est avéré très prenant et très important.

Enfin, nous trouvons notre siège à la MGEN rue Cima Rosa, grâce au président de cet organisme qui met à notre disposition une salle de réunion pour notre conseil d'administration. Madame le Dr REBOUL, Médecin Conseil Régional de Paris met à ma disposition pour les travaux d'assimilation un bureau et surtout un médecin conseil, le Dr TRUELLE qui a accompli un travail très important de compilations de documents, des relations avec les professeurs qualifiés de la Faculté de Paris et de Province pour répondre à notre demande et nous donner leur avis. Je tiens à remercier encore le Dr TRUELLE de son travail et de m'avoir supporté. Il soutenait qu'il était

très agréable de travailler avec moi pour mes précisions et mes conclusions nettes.

Après avoir rédigé un protocole résumant la question technique et les conclusions en se référant à la nomenclature (puisque selon les textes réglementaires nous devons faire une « assimilation »), nous fixions la valeur du K. Une fois acceptée par la commission que je présidais, après avoir suivi personnellement le travail du Dr TRUELLE, j'adressais ce protocole au Ministère de la Sécurité Sociale à M. CHARLOT plus exactement qui ne « s'opposait pas » selon la formule ministérielle, au Professeur AUJALEU, président de la Commission de la Nomenclature et à tous les Médecins Conseils Régionaux pour diffusion. Connaissant personnellement le Professeur AUJALEU qui était interne quand j'étais externe des Hôpitaux à Toulouse, son frère était dans ma « promo » et j'ai remplacé son père pendant 4 ans, je lui demandais : « Je t'adresse des documents concernant la nomenclature, tu es président de la Commission et tu ne réponds jamais. Cela ne t'intéresse pas ? Pourtant, il est nécessaire de mettre à jour la nomenclature. » « Détrompe-toi, le travail que vous faites est fort intéressant et je conserve vos études et vos fiches pour les utiliser. Mais ce que tu ne sais pas, c'est que ce n'est pas moi qui convoque la Commission, c'est le Ministre, et il me demande à ce moment-là de la présider. » Et c'est ainsi que nous avons continué à accomplir consciencieusement notre travail pour combler un vide, plus important chaque année, en chirurgie, en urologie, en diverses spécialités et en analyses en particulier, etc.

Madame le Dr REBOUL, Médecin Conseil Régional de Paris a suivi l'édition sur feuillets de mise à

jour de trois recueils importants à feuillets mobiles pour mise à jour :

- Recueil des textes réglementaires et documentaires à l'usage des praticiens conseils ;
- Notions générales et pratiques sur les professions médicales et auxiliaires médicaux ;
- Recueil des textes sur l'Assurance maladie, invalidité, longues maladies, contentieux médicaux.

Un certain nombre d'études pratiques furent faites. Secret professionnel et contrôle médical de la Sécurité Sociale par les docteurs ROUSSE et DERUDER, Médecins Conseils Régionaux adjoints de Toulouse et de Lille, tous deux docteurs en droit. Étude sur le rôle des agents visiteurs attachés aux Caisses Primaires puis mis enfin à la disposition du médecin-chef de la Caisse. Le triage des cartes d'arrêt de travail se fait plus rapidement et la visite à domicile des malades s'accomplit dans les plus brefs délais. Étude sur les rapports entre les médecins du travail, les médecins conseils et règlements des contentieux possibles.

La formation continue des médecins conseils :

Compte tenu du budget, un stage organisé par un Médecin Conseil Régional et la Faculté et services hospitaliers de sa région était créé chaque année pour deux médecins conseils par région, au total 32 médecins, d'une durée de 10 à 15 jours. Initiative heureuse qui a permis d'apprendre à certains qu'il y avait des facultés ailleurs qu'à Paris (j'ai pu le constater puisque certains ignoraient que Toulouse était une faculté (sic), qu'il y avait d'excellents professeurs – pour eux, c'était le vide

entre Bordeaux et Montpellier – que Toulouse avait un passé et une architecture de la Renaissance et surtout Saint Sernin, un joyau roman – seules les émissions T.V sur le catharisme avaient révélé les cathares et le drame).

Dans tous les cas, ceci mis à part, cette formation a permis de créer des relations avec les hospitaliers et entre médecins conseils et directeurs de caisse présents lors des réceptions.

Haut comité médical

Le Haut Comité Médical avait été prévu dès l'origine (en 1946), mais il a été institué par le décret du 7 janvier 1959 et mis en place officiellement par M. DEBRE, alors Premier Ministre, au Conseil d'État. J'y ai été convoqué comme Président du CLC des Médecins Conseils Régionaux. Ce fut solennel... dans une fort belle salle d'apparat dorée... des chaises dorées, mignonnes et fragiles... ce qui fit une diversion, une chaise s'écroula avec fracas sous le poids de son occupant. On ne rit pas. On murmure ! On s'étonne ! Le discours grave et solennel a des rites, mais un Premier Ministre sait rapidement être maître de la situation... Était-ce un présage ? Mais nous sommes à Paris et pas dans la Rome Antique. Il n'y avait pas de corbeaux, seulement des huissiers affairés...

Le Haut Comité Médical établit des directives techniques nécessaires au fonctionnement du contrôle médical et en suit l'application. Il intervient particulièrement dans les concours institués en vue de l'inscription sur la liste d'aptitude à l'emploi des praticiens conseils. L'épreuve sur titres et sur épreuves

est présidée par un membre du Haut Comité. Pour nommer à un poste de Médecin Conseil Régional, le haut Comité propose trois noms au conseil d'administration de la CRAM intéressée.

Il est incontestable que le recrutement des praticiens conseils (médecins, chirurgiens, dentistes, pharmaciens) est modifié dès 1959. Il faut avoir moins de 50 ans.

- un concours avec épreuves écrites et orales pour ceux qui ont leur doctorat depuis moins de 7 ans

- un concours sur épreuves orales pour ceux qui possèdent leur diplôme depuis plus de 7 ans et pour les anciens internes des hôpitaux des CHU qui peuvent se présenter trois ans après la fin de leur internat

- les docteurs en médecine titulaires du diplôme de statisticien de l'Université de Paris, de la maîtrise informatique délivrée par les facultés des sciences d'Orsay de Paris et de Toulouse ou anciens élèves de l'École nationale des Statistiques, quelle que soit la date de leur thèse.

Pour ma part, en tant que Médecin Conseil Régional, j'ai siégé de 1960 à fin 1970 et j'ai rédigé avec un autre collègue le rapport d'activité analysant, condensant les 16 rapports régionaux annuels. Les régionaux ont été à tour de rôle à la peine.

Les séances étaient toujours de haute tenue :

Professeur Jean BERNARD, Président

Professeur BROUET, Doyen, Paris.

Docteur CARLOTTI, Médecin en Eure et Loir

Professeur FROMENT, Cardiologue, Lyon

Professeur François LHERMITTE, Paris

Professeur NEDELEC, Nantes

Professeur ROYER, Médecin, Dijon

Professeur VERNEJOL, représentant l'Ordre National des Médecins

Docteur BERLIOZ, représentant la FNOSS, organisme dissout par la loi des Finances (29.12.1971) a été remplacé par le Professeur SOURNIA, médecin conseil national de la CNAM

5 médecins conseils dont 5 régionaux : Dr CARRIE (Limoges), Dr REBOUL (Paris), Dr BENTEJAC (Bordeaux), Dr BARRERE, Président du Comité de Liaison et de Concertation des Médecins Conseils Régionaux qui fut dissout à ma retraite le 1^{er} mai 1971 à la demande de M. PRIEUR, directeur de la CNAM, après les félicitations d'usage.

Dès 1968, la CNAM organise et dirige le contrôle médical. Le directeur de la CNAM nommé par décret est assisté d'un médecin conseil national et d'un adjoint nommés par arrêté ministériel après consultation du Haut Comité Médical.

Enfin, le budget devient un état prévisionnel des dépenses arrêté par la CNAM, communiqué au conseil d'administration de la CRAM et à la direction du service régional. Le Médecin Conseil Régional est un ordonnateur secondaire, l'agent comptable de la CRAM exécute les opérations sous l'autorité de l'agent comptable de la CNAM.

Budget

Je tiens à souligner qu'entre 1959 et 1968, période où j'ai géré le budget du contrôle médical, c'est-à-dire lorsque le budget comprenait les dépenses propres au

contrôle médical de chaque caisse, je m'étais aperçu que certaines dépenses inscrites ne correspondaient pas à des dépenses propres au contrôle médical, erreur d'interprétation, glissements volontaires ou involontaires, peu importe, il suffisait de le faire remarquer, à tel point, que le budget a résorbé aisément les quelques difficultés et devient bénéficiaire. Aussi, en 1968 je crois ou 1969 au plus tard, ne pouvant cumuler plus de la moitié du montant total de mon budget, j'ai proposé au conseil d'administration de la CRAM Midi-Pyrénées de verser cette somme à la branche vieillesse. M. DESCOURS était ravi et M. DUPONT également, et c'était réglementaire.

En 1959, j'ai quitté les locaux que j'occupais à la Faculté de Médecine qui restèrent affectés au Centre de triage du Thermalisme où j'allais de février à la fin juin régulièrement. J'emménageais 14 place Saint-Étienne au dernier étage puisque la Caisse Régionale Maladie Invalidité qui avait débuté en 1939 boulevard Carnot occupait largement tous les locaux. La Caisse Vieillesse avec M. DUPONT comme directeur était déjà installée dans des locaux neufs et modernes, boulevard Lascrosses. Le Dr PONSAN assure le service du contrôle médical étendu aux 8 départements. Le service vieillesse est assuré provisoirement par la CRAM, la seule Caisse Régionale Vieillesse de Strasbourg subsiste.

À la CRAM, il y a longtemps qu'on ne parle plus de bicéphalie. Les textes législatifs et réglementaires ont mis en place chaque service. Je suis convoqué normalement aux séances du Conseil d'Administration et aux bureaux. Je participe aux travaux si on m'y invite, je réponds aux questions qui me sont posées sur le contrôle

médical. Mes relations avec les administrateurs sont excellentes, avec les directeurs également.

Quand je me rends dans un contrôle médical, j'avertis toujours le directeur et je rends visite au Président. D'ailleurs, la grande majorité des problèmes, je les règle sur place avec le médecin-chef ainsi que les quelques difficultés entre médecins et directeurs.

Je réponds bien sûr aux avis techniques demandés en matière d'action sanitaire et sociale par les directeurs.

D'ailleurs, dès le 27 février 1969, première visite à Toulouse du Professeur SOURNIA, Médecin Conseil National au Contrôle Médical et du Président du Comité de Liaison des Médecins Conseils Régionaux. La CNAM prend le pouvoir et il m'étonnerait que le CLC dure longtemps. M. PRIEUR me demande de le dissoudre lors de ma visite de courtoisie en avril 1971 avant mon départ à la retraite – De Profundis –

Andorre

Le jour où le Professeur SOURNIA est venu à Toulouse, je l'ai amené à Andorre la Vieille, car depuis plus de six mois, se concluait un accord avec le Principat d'Andorre pour le contrôle médical de la Caisse andorrane. M. BANCAREL, directeur de l'URSAFF de Toulouse avait créé avec M. UBAC, directeur andorran, docteur en droit, la comptabilité informatisée de cet organisme. La législation de la Sécurité Sociale était sur les lois espagnoles pour la maladie, sur les lois françaises pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Quant au contrôle médical, il devait être assuré à la fois par un médecin conseil français et un médecin conseil espagnol catalan, d'où mon entretien

avec le médecin conseil de la province catalane de Barcelone. Quelques réunions faciles mais l'autorisation de signature du contrat devait m'être donnée par la Présidence de la République après 8 mois d'attente. Ce fut donc le jour suprême ce 28 février 1969. Journée épique car les relations personnelles étaient tendues et difficiles entre le Viguiier français et l'Évêque de Urgel.

Journée pittoresque s'il en fut que le Professeur SOURNIA n'a certainement pas oubliée. Je confiais le contrôle médical au Docteur LOZEVIS, médecin-chef du contrôle médical de Foix. À l'époque, il y avait en Andorre 800 français, 5 à 6000 espagnols dont la majorité du sud de l'Espagne, ouvriers du bâtiment car on construisait beaucoup ; c'était le grand démarrage économique pour les 5 à 6000 andorrans de souche. Le plus difficile pour le médecin conseil français est l'hiver le passage du Col à 2000 mètres d'altitude. Route très enneigée.

Mai 1968

En mai 1968, les grèves, l'occupation des locaux ont évidemment perturbé un mois au moins le contrôle médical comme les caisses de Sécurité Sociale. Le personnel m'avait averti la veille de l'occupation des services. Quand tout fut terminé, un constat permis de se rendre compte que rien n'avait été détérioré. Les syndicats poursuivirent leurs discussions mais le travail reprit rapidement normalement.

Établissements propres à la CRAM Midi-Pyrénées

Ce sont là des preuves des études faites en commun et les réalisations.

1) Centre médical infantile Auguste Valats SIRADAN (31)

La recherche d'implantation avait été longue car mon prédécesseur le Professeur BOUNHOURS ne voulait rien dans la zone d'activité du vent d'autan (Le marin S.E). Il avait raison, ce n'était pas bon pour les nourrissons et les jeunes enfants. Après bien des recherches faites avec le Président VALATS, M. DESCOURS et moi-même, nous trouvons un établissement récent tout équipé en restauration, les bains thermaux de Siradan (eaux sulfates calciques froides purgatives et diurétiques – eaux ferrugineuses) situés dans une vallée ouverte à l'est, donc au soleil levant, et non à l'ouest comme la plupart des vallées pyrénéennes, donc à la pluie. Primitivement prévu pour des nourrissons et jeunes enfants de moins de trois ans, faisant l'objet de la vaccination par le BCG que les familles à l'époque acceptèrent difficilement. Si on craignait dans certains cas des incidents ou des complications, il était souhaitable de les hospitaliser dans des centres spécialisés d'ailleurs prévus par les textes réglementaires. Les Professeurs MOREL, pneumo-phtisiologue et Raymond SOREL, pédiatre, donnèrent leur avis et une convention fut signée pour que cet établissement soit en relation directe avec les services de Purpan.

Après une journée entière de février passée à Siradan avec M. DESCOURS et M. CORDIER, architecte, pour tracer un graphique de l'insolation à la hauteur présumée des terrasses, à la mi-février, lorsque le soleil est au plus bas. Des visites d'établissement de

l'insolation et des enquêtes ont permis une étude préalable. Le projet établi, approuvé et prêt, les travaux furent retardés deux ans parce que la commission régionale du Tourisme exigeait une ouverture, une porte dans le mur d'enceinte pour permettre à des touristes éventuels de venir « contempler » les dizaines de séquoias classés !! Il fallut attendre la décision de la commission nationale par la suite : Courteline n'était pas mort. Après, ce fut le maire qui imposait un droit communal : la gratuité et la possibilité de prendre l'eau thermale. Un tuyau et un robinet réglèrent le problème.

Ce furent des difficultés qui furent surmontées, mais que de retard ! Au total 80 lits, je crois, dont une pouponnière.

Cet établissement a évolué car les enfants susceptibles d'être vaccinés par le BCG en hôpital spécialisé ont été peu nombreux. Le Docteur BOURDIL, le médecin directeur, doit être félicité pour son travail et sa ténacité. Très minutieux, scrupuleux à l'extrême, très près des enfants qu'il entourait de sa sollicitude, de son attention de tous les instants, le personnel lui était très dévoué et ses relations avec les services administratifs de la CRAM des plus soutenues.

Pour que l'établissement continue à vivre, nous avons ouvert un service de thermalisme pour ORL et pneumologie sur Luchon l'été. Une visite avait été faite avant mon départ à la retraite en 71 pour recueillir des mucoviscidoses dont subitement on s'occupait en haut lieu bien timidement ! Le Docteur BOURDIL se souviendra d'un voyage au Ministère... et des attermoissements ! et du vide des projets...

2) La Maison d'Enfants de Castelnouvel à Lèguevin gérée par la CRAM, créée en 1969.

Le Professeur RISER désirait avoir un établissement où il aurait la possibilité d'hospitaliser des enfants épileptiques présentant des cas très difficiles quant au diagnostic, des difficultés d'équilibration de thérapeutique, d'adaptation au milieu familial et scolaire. Une observation plus attentive, prolongée s'imposait donc en dehors de son service hospitalier d'adultes. Le directeur de la CRAM, une fois convaincu de cette nécessité, il fallut étudier le projet dès 1963. Nous avons rendu visite à Marseille au Professeur GASTAUT dans sa clinique et son centre de recherches, le seul sérieusement équipé de France à l'époque. Le Professeur GASTAUT faisait autorité en la matière. D'autres enquêtes se sont poursuivies sur tous les plans techniques, éducatifs et investigations cliniques, neurologiques, télémessure électro-encéphalographiques, etc. Les autorisations obtenues, le centre fut construit.

Le Docteur DERO en eut la direction et son autorité, sa compétence et sa constance en a fait une réussite certaine. Un numéro spécial, décembre 1994 des Nouvelles de la CRAM est consacré à Castelnouvel pour ses 25 ans.

M. DUPONT et M. BEDREDE, avec l'accord du Conseil d'Administration ont eu l'amabilité après ma retraite de me faire participer aux travaux de la commission de surveillance de ces établissements. J'ai donc pu, jusqu'en 1985 (date à laquelle j'ai voulu

démissionner 79 ans !) suivre encore l'évolution de ces maisons et parfois donner un avis.

Je citerai deux autres établissements où la CRAM s'est fortement impliquée sur le plan financier, à savoir :

- La colonie sanitaire du Col des Marrous au-dessus de Foix en Ariège de la Caisse primaire de ce département qui a fait l'objet de nombreuses tribulations dans les commissions. Le Professeur BOUNHOURE avait exigé, dès 1949, ce qui était normal et prévu dans les conditions techniques, la construction d'une infirmerie en dur, car nous sommes à 900 mètres d'altitude et le reste suivit et se modernisa. Pour arriver à financer ce projet et la suite, M. DESCOURS avait réussi à convaincre les caisses qui le pouvaient d'aider sur les fonds d'action sanitaire et sociale la CPAM de Foix peu brillante financièrement, étant donné le petit nombre d'assurés cotisants. Ce qui fut fait et réalisé.

- Le centre de réadaptation fonctionnelle du centre hospitalier et thermal de Bagnères de Bigorre 1960

Le centre est le résultat heureux d'une déception : en 1957 ou 1958, nous avions, M. DESCOURS et moi-même, passé un accord d'hébergement CRAM/Hôteliers avec les hôteliers de Bagnères de Bigorre sous la houlette du maire, à un prix avantageux pour les assurés sociaux toute l'année avec un nombre de lits réduit en juillet et août. Les assurés bénéficiaient par ailleurs d'une prise en charge pour soins thermaux et de réadaptation. Cela avait bien fonctionné la première année, mais à l'hiver, le Ministère a estimé que ce contrat ne correspondait pas aux conditions techniques sanitaires habituelles d'un établissement médical. Un hôtel est un hôtel et nous fumes priés de dénoncer notre convention. Ce qui fut fait

sur le champ à la mairie de Bagnères de Bigorre. Notre chemin de Conassa !

Après quoi, nous projetâmes de créer un centre de réadaptation fonctionnelle. Le maire, après avis du conseil municipal, proposa de construire sur les terrains du centre hospitalier. Le Docteur BACHES, rhumatologue à Tarbes, qui assurait tous les jours la réadaptation fonctionnelle au centre thermal, nous a apporté son concours précieux pour l'adaptation des locaux, des piscines et des salles de kinésithérapie, en particulier la facilité de circulation des fauteuils roulants, etc. Le centre ouvrait ses portes en 1960, capacité 220 lits en 4 étages. Outre les 4 médecins spécialisés en réadaptation, il existe des spécialistes en cardiologie, en ophtalmologie, gastro-entérologue, endocrino-diabétologie ; je passe sur les kinés, sur la possibilité d'assistance ventilatoire chez les insuffisants respiratoires chroniques et sur les deux piscines thermales.

J'ai suivi le travail d'une thèse du Docteur OULES qui a étudié le devenir des hémiplegiques rééduqués au centre de kinébalnéothérapie de 1962-1968 (136 cas), bien que 53% des sujets aient repris une indépendance motrice complète, seulement 7 cas ont pu reprendre une activité professionnelle complète. Dans l'hémiplégie, les contre-indications absolues sont rares, mais trois facteurs jouent un rôle essentiel : l'âge des sujets, l'étiologie de l'hémiplégie, la précocité de la réadaptation.

- Les lombalgiques.

Enfin, un autre essai nous tenait à cœur. Sur le plan médical, on savait que, si les malades de la hanche (coxalgie, opération du col du fémur, coxarthroses)

faisaient leur possible pour récupérer les mouvements de la hanche, les lombalgiques, par contre, s'enfonçaient dans la maladie, voire l'invalidité. Ils coûtaient cher à la Sécurité Sociale, surtout hospitalisés au CHU. Donc, après un passage au CHU pour préciser et affiner le diagnostic, il s'agissait de les hospitaliser dans un hôpital secondaire de la proche banlieue de Toulouse : Lavour ou Lombez où le médecin de l'hôpital les accepte avec une aide apportée par un rhumatologue du CHU. L'essai fut effectué, l'économie était certaine, rien qu'à cause du prix de journée bien moins élevé. Mais le résultat incertain et dans certains cas, ce fut un foyer d'études à pensions éventuelles de la part de certains malades ! ? !

CNAM 1969 - 1971

Tous les mois, les Médecins Conseils Régionaux sont convoqués à la CNAM en séance plénière présidée par le Directeur assisté du Médecin Conseil National.

Des groupes de travail sont constitués de Médecins Conseils Régionaux et de directeurs de CPAM. Les rapports sont remis au directeur de la CNAM. À l'échelon régional, le Médecin Conseil Régional, assisté de son adjoint, assure la direction de l'échelon et la gestion du personnel dont l'état limitatif a été arrêté par la CNAM.

À l'échelon régional Midi-Pyrénées, il existe :

- un médecin-chef pour la coordination de la branche AT-MP et invalidité assisté d'un médecin conseil. Il représente les CPAM à toutes les commissions techniques contentieuses et au Collège de Silicose. Il assure le fonctionnement du centre de triage thermal qui

effectue les expertises demandées en application du décret du 7 janvier 1959 pour l'ensemble des départements de la région.

- un médecin-chef pour la coordination régionale des malades hospitalisés. Il assure les enquêtes pour les classements des établissements privés de soins et toutes les missions spéciales qui lui sont confiées par le Médecin Conseil Régional

- un médecin-chef pour l'inaptitude au travail

- le service dentaire est coordonné par le Médecin Conseil Régional adjoint

- deux pharmaciens conseils, un pour la Haute-Garonne, l'Ariège, le Tarn-et-Garonne ; un pour l'Aveyron, le Gers, le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn.

Action sanitaire et sociale

Le Médecin Conseil Régional donne son avis sur les dossiers instruits par la CRAM et les CPAM.

Le Médecin Conseil Régional siège de droit :

- aux commissions régionales d'action sanitaire et sociale

- aux commissions régionales de coordination des établissements de soins

- aux commissions régionales d'agrément des établissements de soins privés.

Rapport d'activité

Le Médecin Conseil Régional siège avec voix délibérative aux sous-commissions techniques des commissions paritaires – praticiens traitants

administrateurs de caisses. Il n'est plus le représentant du Ministre de la Sécurité Sociale au Conseil régional de l'Ordre des médecins. C'était à ce seul titre que le Ministère pouvait nous convoquer au ministère in illo tempore autrefois ! Les temps sont changés.

1969-70 Le contrôle médical des CPAM devant l'échelon local avec :

1) Le service médical : un médecin-chef, assisté de médecins conseils, dentistes conseils, pharmaciens conseils,

2) Le service administratif et des agents techniques hautement qualifiés chargés des triages des dossiers à soumettre aux praticiens conseils et dont certains peuvent être traités directement par le service du contrôle pré-médical des prestations. C'est un double tri. Les agents visiteurs des malades.

Le but est maintenant d'orienter le contrôle vers la statistique et l'informatique, l'état des dépenses par consommateur, par prescripteur.

Par décret du 30 avril 1968, article 7, « le Médecin Conseil Régional fixe l'organisation du travail dans les services de l'échelon régional et des échelons locaux du contrôle médical de sa région après consultation, selon le cas, du directeur de la CRAM ou du directeur de la CPAM. »

Cela se faisait précédemment, rien de bien nouveau, sauf l'envoi des cartes d'avis de maladie et d'arrêt de travail au contrôle médical pour écourter le temps entre la réception et le triage.

Les ATHQ (Agent Technique Hautement Qualifié) et les agents visiteurs sous la coupe du médecin-chef de l'échelon local – Enfin.

Le Médecin Conseil Régional a autorité sur le personnel des échelons locaux et il en assure la gestion. Ce personnel est soumis comme toujours aux mêmes conditions de travail et de rémunération que le personnel à laquelle appartient le contrôle médical.

Je ne reprendrai pas ce qui est le rôle des praticiens conseils codifié par le décret de 1968 et qui est bien connu.

Je ne parlerai que des maladies professionnelles peu nombreuses en Midi-Pyrénées. Cependant, en 1947, quand j'ai pris le service accidents du travail-maladies professionnelles, j'ai été obligé de convoquer tous les silicotiques, les examiner, et pour apprendre la silicose et pouvoir siéger au Collège des silicoses. Les quelques 300 silicotiques m'ont permis d'apporter au professeur BAUDOT une étude qu'il avait appréciée. Par la suite, avec les Professeurs PLANQUE et BOLLINELLI, nous avons eu à traiter du problème des silicatoses important en Midi-Pyrénées car la mine de talc de Luzenac (Ariège) est une des plus importantes d'Europe.

Or, la silicatose n'était pas inscrite comme maladie professionnelle. J'avais présenté un dossier au ministère avec projection de radios que j'ai encore : aucun intérêt, le nombre n'est pas important. Alors, toutes les silicatoses qui déclaraient avoir travaillé dans le granit, je les ai fait prendre en maladie professionnelle silicose. Il est resté 3 ou 4 malheureux qui n'avaient jamais quitté la Société des Talcs ; ils étaient en invalidité avec une pension bien moins importante. Un jour, le salut vint de l'Angleterre : le ministre des affaires étrangères britanniques informe son collègue français

qu'un ouvrier anglais dans les textiles est décédé d'une silicatose et le talc venait de Luzenac. Le directeur régional de Toulouse, alerté par le ministre du travail, m'alerte et me demande mon avis. Je lui rappelle les travaux antérieurs effectués avec les Professeurs PLANQUE et BOLLINELLI – ma convocation au ministère avec les dossiers et les radios – trop peu d'ouvriers aux talcs de Luzenac pour une inscription. Ce n'est qu'en 1985 que les pneumonioses sont inscrites Tableau n°25 qui comprend les Talcs.

L'article 500 oblige médecin traitant, médecin du travail et médecin conseil à déclarer toutes maladies non comprises dans la liste professionnelle et qui sont susceptibles d'y être inscrites. J'estime alors pour les médecins conseils et les Médecins Conseils Régionaux compris une étroite collaboration avec les ingénieurs de prévention seuls susceptibles de connaître la nature des produits, les postes de travail et de faire des enquêtes. Le certificat médical de déclaration doit être adressé au médecin inspecteur du travail. Je l'enregistrais dans un dossier spécial à l'envoi. Nos relations furent excellentes avec ces divers services essentiels.

Information du personnel

C'est absolument primordial. C'est ma façon de connaître le personnel et de faire connaître les praticiens conseils au personnel. Les journées de travail en commun sont bénéfiques. À tour de rôle, nous informions le personnel des textes, des circulaires, des réglementations, de leurs applications, des cas particuliers qui pouvaient être soulevés et qui demandaient une solution. Je confiais

le soin à chaque médecin conseil d'exposer les questions, ou un thème donné. Je tenais un cours pratique. Le personnel a particulièrement apprécié cette initiative. Les réunions avaient lieu à Toulouse tous les trimestres après entente avec les médecins chefs.

Cours à la faculté de médecine

En 1964, le Professeur PLANQUE (Professeur de médecine légale) a proposé au Doyen LAZORTE de reprendre les cours de médecine sociale. Je fus sollicité et après autorisation de la CNAM et du conseil d'administration de la CRAM, j'acceptais de faire sept cours sur les généralités, la maladie, la maternité, l'invalidité, la longue maladie, l'inaptitude au travail, les accidents du travail et les maladies professionnelles et contentieux médical. Ce cours était essentiellement pratique car je m'étais mis à la place du jeune étudiant faisant un remplacement ou un débutant en clientèle ; les étudiants étaient tous de 5^{ème} année. J'étais étonné d'avoir une centaine d'étudiants, sur 450 (à l'époque, il n'y avait qu'une Faculté, Purpan). J'avais rédigé moi-même les cours et donné le « polycop » à la « corpo » qui a imprimé et diffusé. J'ai corrigé le polycop tous les ans et mis à jour. Mon dernier cours a été en juin 1972. Je ne lisais pas le cours, et je leur signalais les passages qui pouvaient faire l'objet de questions à l'examen. Je répondais à leurs questions et j'ai souvent trouvé des solutions à des « situations » personnelles ou familiales avec la collaboration de la CPAM.

LA PRÉVENTION ET LA GESTION
D'ÉTABLISSEMENTS POUR ENFANTS

RAPPORT REDIGÉ PAR

M. Michel DÉRO

Médecin-Directeur de la MECSS
de Castelnouvel à Lèguevin

24 novembre 1998

« Depuis l'institution de la Sécurité Sociale, les organismes d'Assurance Maladie, Caisses Régionales et Caisses primaires, ont apporté en divers domaines une contribution à l'équipement sanitaire de notre pays, contribution qui est loin d'être négligeable.

« Ces initiatives sont nées au fil du temps ; d'abord à une époque déjà lointaines où il fallait reconstruire et moderniser les structures d'hospitalisation publiques ou privées indispensables à la santé des français, puis plus récemment, avec la volonté de contribuer d'une façon directe à l'effort de recherche et d'expérimentation dans les divers domaines médicaux, chirurgicaux, de réadaptation ou de rééducation. À cet égard, beaucoup d'établissements sanitaires gérés par les Caisses sont exemplaires. » (*Réf. : Introduction au guide des établissements de Caisses de la Sécurité Sociale*).

La CRAM 31 a pu, grâce à ses capitaux propres, créer des établissements de soins là où l'initiative privée était défailante. Elle s'engagea dans la réalisation de centres particulièrement équipés, pour que soient traités le mieux possible à LEGUEVIN et à SIRADAN, les enfants souffrant d'épilepsie et de tuberculose. Nous illustrerons cette mission de la CRAM en présentant l'établissement de Castelnouvel.

I. LA MAISON D'ENFANTS A CARACTERE SANITAIRE SPECIALISEE POUR EPILEPTIQUES, DE CASTELNOUVEL A LEGUEVIN

Ouverte en octobre 1969, la MECSO de Castelnouvel, sise à Lèguevin – 31490, en plein cœur de la région Midi-Pyrénées, a pour vocation de répondre aux

besoins médicosociaux de jeunes épileptiques présentant des difficultés d'adaptation et d'équilibration thérapeutique.

Créée selon les dispositions du décret du 9 mars 1956, complété par l'arrêté du 24 août 1961, définissant très précisément dans son article 108 :

« Ces établissements sont destinés à recevoir des enfants atteints d'épilepsie, dont l'état nécessite des examens et des soins particuliers, en vue d'équilibrer leur traitement et de rechercher les conditions d'une adaptation sociale et scolaire. »

Ainsi sera évoqué au Conseil d'Administration de la CRAM, en sa réunion du 10 avril 1963, le projet de création d'un établissement pour enfants épileptiques.

Monsieur DESCOURS, Directeur de la Caisse, expose qu'au cours « d'une conversation » à laquelle participaient M. BARRERE, Médecin-Conseil régional, M. le Professeur GERAUD, titulaire de la Chaire de Neuro-Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Toulouse, et lui-même, M. le Professeur GERAUD a formulé le « souhait que soit créé dans la région, une maison pour recevoir les enfants épileptiques ; compte tenu des besoins, un établissement de cette nature serait d'autant plus nécessaire que les plus proches sont situés à Marseille et dans la Drôme. À l'heure actuelle, beaucoup trop d'enfants épileptiques sont encore dans leur famille ou dans des hôpitaux qui ne possèdent pas de services spécialisés, alors qu'il conviendrait à la fois sur le plan médical, sur le plan pédagogique et sur le plan psychologique de les soumettre à des traitements tout à fait particuliers...

« Il est peu probable que l'initiative privée s'intéresse à un projet de cette nature à cause des

difficultés d'exploitation de ce genre d'établissement et de la médiocre rentabilité qu'on peut en espérer.

« La question se pose donc, pour pallier la carence des pouvoirs publics et des capitaux privés, et dans la mesure où la nécessité de cette réalisation apparaîtrait indiscutable, de savoir si la Caisse Régionale ne pourrait pas s'intéresser à la mener à bien.

« Monsieur le Président SABY et M. le Directeur ont fait sur ce point à la Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale, lors de la séance du 3 avril 1963, une communication à la suite de laquelle la Commission Régionale UNANIME a formé le vœu que soit poursuivi le projet de création d'une maison pour enfants épileptiques, et a encouragé la Caisse Régionale à entreprendre dans ce but toutes les études nécessaires... »
(Réf. : Compte rendu du C.A. du 10 avril 1963).

La volonté du Conseil d'Administration de la CRAM s'étant prononcée pour s'engager dans ce projet de création, une Commission d'Étude réunissant des administrateurs et des personnalités compétentes, se réunira de nombreuses fois de 1962 à 1967. Ces réunions préparatoires auront pour objet :

- l'étude des avant-projets architecturaux, la conception étant confiée aux architectes CILETTE et CORDIER,
- la recherche du site,
- d'apporter à l'administration les réponses aux questions relatives à l'opportunité des équipements,
- les modalités de fonctionnement prévues.

Pour donner un aperçu de la tâche, le dossier préparatoire comprenait une cinquantaine de pièces,

comptes rendus, lettres ministérielles, et...des dossiers de plans pesant par jeu plus de 9 kilos.

L'autorisation de créer l'établissement, et de procéder à l'acquisition du terrain, fut donnée le 13 novembre 1964 par lettre de M. le Ministre du Travail, après accord avec M. le Ministre de la Santé Publique et de la Population, assortie d'un certain nombre de remarques remettant en cause la réalisation, vu son coût global.

Et ce ne sera que le 7 février 1967, par lettre de M. le Ministre des Affaires Sociales que l'autorisation sera donnée de passer à la phase de réalisation du projet.

1.1 L'acquisition

En date du 25 février 1965, la CRAM devient propriétaire du Château de Castelnouvel (pour la somme de 200 000 francs). L'immeuble regroupe :

- un bâtiment de briques, refaçadé style Renaissance, mais remontant au XII^e siècle, et longtemps habité par les Chevaliers de l'Ordre Hospitalier de St-Jean d'Acre, dernière halte à la sortie de Toulouse pour les pèlerins de St-Jacques de Compostelle ;
- des terrains alentours, en nature de bois, vergers, prés et labours, pour une contenance totale de 7ha 81a avec de très beaux arbres séculaires.

La mairie de Lèguevin participe à l'installation, en prenant à son compte la réfection du chemin d'accès qui lui fut rétrocédé, ainsi que les travaux et fournitures de canalisations d'adduction d'eau potable, et du gaz depuis le pipeline venant de St-Marcet et passant à proximité de la propriété.

1.2 Les travaux

Après acceptation du troisième avant-projet par la tutelle, la dépense totale fut ramenée à 3 810 104 francs, honoraires d'architecte compris, pour 90 lits, soit un prix de revient par lit de 42 334 francs.

Plusieurs étapes restaient à franchir :

- Présentation par l'architecte du projet d'exécution avec plans à l'échelle de 1 cm/m, devis descriptif et estimatif avec note technique et dépôt du permis de construire.

Ces documents seront soumis à la Commission des Opérations Immobilières de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, ainsi que le cahier des descriptions spéciales, déjà élaboré.

- La Commission d'Adjudication se substituera ensuite à la présente Commission d'Étude pour la préparation et la présentation des Marchés.

La formule retenue est celle des marchés groupés avec mandataire commun, à prix global forfaitaire, après adjudication restreinte. Les résultats de la mise en concurrence des entreprises seront également soumis à la Commission des Opérations Immobilières.

La durée prévue des travaux est de vingt mois. Il est souhaitable que le chantier soit ouvert début octobre 1967.

Après une période laborieuse et les grèves de mai 68, les travaux seront repris, et confiés à l'entreprise PASCAL de Grenoble. Des réunions de chantier seront très régulièrement tenues en présence de M. DUPONT, Directeur de la CRAM, consignées dans plus d'une quarantaine de procès-verbaux.

1.3. L'équipement matériel et mobilier

Il fut établi, le 29 janvier 1969, que les moyens financiers de la Caisse étaient importants et permettaient de financer sur ses fonds propres le matériel et le mobilier prévus dans l'inventaire établi par ses services et découpés en lots, dans le cadre d'une dépense prévisionnelle de 345 443 francs.

La consultation des fournisseurs fut lancée le 10 janvier 1969, leur réponse devant parvenir à la Caisse pour le 8 février suivant.

Le bureau du Conseil d'Administration estimait que cette maison spécialisée devait disposer du matériel le plus moderne. La Commission des Marchés laissa le soin au Conseil d'Administration de se prononcer sur les propositions retenues, après avis du Professeur J. GERAUD, Conseiller Technique Régional en Neuropsychiatrie, et du Dr BARRERE, Médecin Conseil Régional.

L'acquisition du matériel équipant le laboratoire d'électroencéphalographie se fit par tranches fonctionnelles, sur proposition de la SODETEG, jouant le rôle d'engineering et de conseiller technique.

Une étude prospective des moyens de télésurveillance du malade épileptique fit l'objet d'une publication au Symposium d'Informatique Médicale de Toulouse en 1968. À l'époque, cette installation de télé-électro-encéphalographie était considérée comme une technique de pointe, et, pour une part, encore au stade expérimental.

1.4. Mise en place des structures

La gestion

Les modalités retenues furent celles de la gestion directe par la CRAM, son Conseil d'Administration confiant à une Commission de Surveillance la mission d'émettre ses avis sur le fonctionnement global de l'établissement ; le Président de la CRAM étant également le Président de la Commission, et aussi du CE de l'établissement.

Le Directeur de la CRAM exerce l'autorité de gestion sur l'établissement, et propose la nomination du Médecin-Directeur, après avoir recueilli les avis compétents, et cette nomination doit recueillir l'agrément du Ministre, officiellement exprimé par décret préfectoral.

Le Médecin-Directeur sera le gestionnaire responsable et dirigera les activités médicales, éducatives spécialisées (et plus tard sera nommé Directeur du LEPP sous contrat d'association avec l'EN).

L'ouverture de la maison étant prévue pour le 1^{er} octobre 1969, il convenait de préparer le budget prévisionnel de fonctionnement, de nommer, selon la législation en vigueur, un Médecin-Directeur, et de procéder au recrutement du personnel.

C'est ainsi que le Docteur DERO fut nommé officiellement le 1^{er} juillet 1968 ; et qu'il fut chargé d'établir le règlement intérieur définissant dans le détail les missions de chacun, et les modalités de fonctionnement.

Le budget et son organigramme furent établis pour une durée d'exercice de quinze mois, jusqu'au 31 décembre 1970, et le prix de la journée fixé à 84 francs, prix de lancement très compétitif.

Le personnel fut engagé progressivement, 75 à l'ouverture pour atteindre l'équivalent de 90 temps pleins, en pleine activité.

Un économiste, M. GUY, fut nommé et son rôle s'étendra, outre les activités classiques d'économiste, à de nombreuses tâches administratives, telle la préparation du budget sous l'autorité du Médecin-Directeur, la production des données statistiques, la supervision du service comptable, etc... le plus ardu étant de définir la prévision quantitative réaliste du service rendu (nombre de journées prévisionnelles).

La capacité était initialement de 80 lits d'internat, et de 10 lits d'observation, soit 90 lits d'hébergement (autorisation du Ministre des Affaires Sociales par lettre du 7 février 1967), pour 48 garçons et filles de 6 à 14 ans, 32 adolescents de 14 à 18 ans.

La structure pédagogique scolaire et professionnelle

Le Conseil d'Administration exprima sa résolution de voir participer l'Éducation Nationale à l'action entreprise en faveur des jeunes épileptiques, et plusieurs démarches au niveau ministériel et rectoral, aboutirent à la création de l'École Publique Élémentaire de Castelnouvel (autorisation d'ouverture préfectorale du 30 avril 1969). Pris sur les disponibilités nationales, cinq postes furent ouverts à des instituteurs spécialisés (option « troubles du comportement ») dont un directeur d'école ;

ce fut M. MIENVILLE. Ce dernier fut également chargé de l'encadrement pédagogique de l'École Technique Privée, ouverte sur autorisation rectorale du 8 septembre 1969 ; les personnels étant en partie proposés par les services rectoraux.

Ainsi furent installés les « instits » dans quatre classes, et les « PTA » (Professeur Technique Adjoint) dans quatre ateliers.

Mise en place du Service Médical

Ce service constitue la pierre d'angle de tout l'édifice. Il rend possible éducation et pédagogie.

Il s'agit d'un service permanent (jour et nuit) de type hospitalier, intervenant sur :

- des épileptiques sévères (traitement de l'épilepsie dans ses formes abruptes, crises GM prolongées, troubles psychopathologiques) ;
- sur les pathologies associées (diabète, encéphalite, tumeurs cérébrales et autres, traumatismes, troubles comportementaux graves, états d'agitation, violence, etc...) nécessitant souvent une action thérapeutique d'urgence ;
- et aussi au quotidien, la prescription des médicaments, les examens de contrôle, les soins des affections intercurrentes chez des malades souvent fragilisés.

Il est doté en personnel médical de garde, et infirmier permanent, selon les normes. Une ambulance avec chauffeur est également prévue pour les liaisons avec l'hôpital, sur demande du médecin, ou de la surveillante médicale.

Le médecin généraliste suit les malades à l'infirmerie ou en consultation.

Les matériels lourds (craniographe, sériographe) permet les examens neuroradiologiques courants. Une équipe de spécialistes médicaux (neurologue, radiologue, anesthésiste) Dr A. M. BENAZET, Dr DERO, Dr SEGRIA, Dr DELORD, Dr CHIROUZE, attachés ou vacataires à l'établissement, pratiquent à la demande « l'imagerie cérébrale » du moment (ceci jusqu'à l'avènement du scanner).

Un personnel technique, diplômé de l'IUT informatique de Toulouse a pu être recruté pour implanter les techniques informatiques d'analyse et de programmation dans l'exploitation des électroencéphalogrammes. Technique d'autant plus précieuse que la seconde phase du projet du système prévoit l'analyse automatique du signal EEG, en faisant appel à un ordinateur, dont la configuration fit l'objet d'une étude poussée par les ingénieurs de la SODETEG (M. ANTOINE) au cours de la deuxième année de fonctionnement.

Le personnel du laboratoire a participé à cette étude, qui a reçu à l'époque l'avis favorable de la Commission d'Informatique Hospitalière du CHR de Toulouse, et a fait l'objet d'une publication du Dr DERO à Gyf-sur-Yvette en 1970 (avec la participation des professeurs LAUDET et CASTAN du Centre de Calcul de la Faculté des Sciences Paul Sabatier).

Cette phase n'a pu être réalisée en raison de son coût jugé trop lourd pour être supporté par le seul établissement de soins.

La pharmacie d'établissement

Créée selon les dispositions réglementaires, une officine de pharmacie fonctionne sous la responsabilité

d'une pharmacienne gérante, Mme DEUMIE, elle-même pharmacienne à Lèguevin.

Elle assure le roulement des stocks nécessaires aux traitements antiépileptiques, et aux soins des maladies courantes, mais aussi les médicaments nécessaires aux urgences et de réanimation.

Elle gère également l'approvisionnement du matériel de prélèvement pour les analyses médicales, qui seront confiés à un laboratoire privé, lié par convention, appliquant le tarif hospitalier.

Médecins et pharmaciens exercent leur fonction dans le respect de leur Code de Déontologie respectif, et sont inscrits au tableau de leur Ordre Professionnel.

Organisation du service d'Éducation Spécialisée

Cet établissement a été conçu pour remplir auprès du jeune malade (malade de son épilepsie mais aussi malade des réactions de son entourage) une triple mission, de sauvegarde, d'éducation, et d'enseignement.

Accompagnant le développement de la personnalité du jeune enfant et adolescent, il fallait un personnel spécialisé enclin à vivre auprès de ces malades épileptiques, et de les amener progressivement à l'autonomie.

Le choix se porta sur le recrutement d'éducateurs et d'éducatrices spécialisés, mais il se heurta à une carence quasi totale de personnels disponibles, malgré une large diffusion des offres d'emploi dans les diverses écoles, au point qu'un seul éducateur spécialisé a pu être embauché à l'ouverture de l'établissement. Il fallut donc se tourner vers d'autres catégories de personnel, pour faire face à l'imminence de l'encadrement des enfants et adolescents (moniteurs, jardinières d'enfant, moniteurs-

éducateurs, sportifs) et ce ne sera que peu à peu que la communauté éducative se consolidera.

Les effectifs prévoyaient un éducateur spécialisé par groupe et deux moniteurs-éducateurs pour former une équipe de travail, s'identifiant par leur mode d'intervention auprès des jeunes.

De même, mais plus facilement, l'encadrement des activités sportives rencontra des professions diplômés, qui, assez rapidement, prendront la mesure des activités possibles, et utiles à la population de la maison.

Ils participent à toutes les instances de travail pluridisciplinaire, en relation avec les divers praticiens de l'enfance (psychologues, rééducateurs, enseignants, infirmières, médecins), et avec les parents.

Tous sont en rapport direct avec l'éducateur-chef, animateur et coordonnateur de la vie des groupes, cadre référent de la professionalité de l'action éducative, il joue un rôle essentiel dans la bonne marche de la maison, artisan du climat régnant dans la communauté, et garant d'une bonne utilisation des moyens mis en œuvre dans son secteur.

L'organisation de ce service évoluera dans le cadre de la maison à caractère sanitaire, avec les contraintes liés à la pathologie, mais restera novateur dans la relation au malade et dans l'insertion sociale de l'épileptique (de nombreuses publications sur la vie à Castelnouvel, et au dehors, ont été produites par le Service Éducatif).

Les psychologues et les techniciens paramédicaux

L'organigramme présentait la possibilité d'une double embauche, en deux mi-temps, pour faciliter la

participation du personnel titré, expérimenté, et pouvant par ailleurs développer leur propre expérience dans un champ moins réducteur que celui de l'établissement.

De même était prévue la participation d'un kinésithérapeute vacataire, d'une orthophoniste et d'une psychomotricienne, selon des prestations à mi-temps.

Les jeunes enfants et certains adolescents, présentant des troubles associés, devaient pleinement bénéficier des soins dispensés.

Le service administratif de l'établissement

Il reposera essentiellement sur le secrétariat, dirigé par une secrétaire de direction, cheville ouvrière de la bonne marche de la maison, poste clef auprès du médecin-directeur, associant travail administratif mais aussi médical, et de relations publiques, tournées autant vers le fonctionnement interne que vers l'extérieur. Poste difficile auquel participèrent avec dévouement et compétence, le personnel engagé émanant des organismes de Sécurité Sociale.

Le service social de l'établissement

Il fut décidé que l'organisme détacherait du service régional une assistante à mi-temps, avec une secrétaire sociale.

Il y eut l'ébauche d'un service de suite ; des locaux spécifiques leur furent attribués, les salaires étant en partie supportés par l'établissement.

L'économat et les services généraux

Si le poste d'économe fut rapidement pourvu par un cadre de l'organisme gestionnaire, M. GUY, qui fut un excellent et parfait économe, les difficultés apparurent pour l'embauche de certaines catégories de personnel, notamment pour le comptable, le chef cuisinier, le chef d'entretien, les chauffeurs, la lingère, etc..., qui trouvèrent l'offre peu rémunérée pour des personnels ayant une bonne expérience professionnelle.

Il fallut donc embaucher en étant moins exigeant et... former.

1.5. L'inauguration

L'inauguration eut lieu le 13 juin 1970, en présence des autorités nationales, régionales et locales, alors que la maison abritait déjà 50 enfants.

Elles soulignèrent :

- une structure moderne et familiale,
- un équipement médical de pointe avec le laboratoire d'encéphalographie doté d'un système de surveillance des EEG ambulatoires (par radiotéléométrie),
- un prix de journée extrêmement raisonnable (de 84 francs).

1.6. Évolution des structures et des modalités de fonctionnement

D'octobre 1969 à octobre 1993, date du départ à la retraite du médecin-directeur, l'activité du centre a connu diverses périodes, marquées par des conflits internes relatifs à l'organisation de la vie en collectivité, à des attaques, par tel ou tel groupe de personnel sur le bien-fondé des actions entreprises, aux prérogatives des

uns et des autres, et par des accidents et des drames que sont pour une telle communauté de malades la perte de l'un d'entre eux, à l'évolution des mœurs et des modes qui envahissent notre société, des progrès des techniques et de la thérapeutique médicale modifiant profondément la relation au malade.

Enfin, en raison des changements dans l'organisation administrative et des exigences économiques plus contraignantes.

Chronologiquement, on peut mentionner :

A. Une période d'adaptation

1970 :

- Embauches progressives des principaux cadres, surveillante médicale, éducateur chef, secrétaire de direction.
- Enrichissement des équipes éducatives et infirmières.
- Gros effort de formation professionnelle sur la pathologie traitée.
- Départs d'éléments « non motivés », entraînant un turnover de personnel important.
- Adaptation des psychologues à l'action pluridisciplinaire en milieu sanitaire. Les interventions des psychologues, en tant que psychocliniciens, se sont développées avec l'expérience acquise ; leur rôle fut mal perçu par les personnels éducatifs.
- Mise en place des instances du personnel : délégués, Comité d'Établissement, délégué au CCE.

1971 :

- Dès la deuxième année de fonctionnement, se pose le problème d'assumer la période des vacances scolaires, avec une période de fermeture annuelle ; ce qui implique une révision des bases budgétaires prévisionnelles, et une réorganisation des services, avec la problématique d'assumer les soins durant les vacances.
- La durée de fonctionnement passe de 365 jours à 305 jours.
- Les transferts d'été sont instaurés dans la première quinzaine de juillet.
- Nomination d'un médecin-adjoint à temps plein, spécialisé en neuropsychiatrie.
- Mise en place de divers équipements, ateliers, moyens de transport, ambulance, tracteur et outillages d'entretien du parc, four à poterie, minibus, matériel de rééducation, tests psychologiques, etc.
- Premières journées « Portes ouvertes » à Castelnouvel.

B. Une activité « évolutive » en constante adaptation

1973 :

- Protocole d'accord de mars 73 avec l'Académie qui re-précise les fonctions spécifiques au poste de directeur d'école le chargeant tout spécialement des fonctions de directeur pédagogique ayant autorité sur l'ensemble des enseignants de l'établissement.
- Recrutement d'un nouvel éducateur chef spécialisé mettant fin à une période d'intérim difficile.

1974 :

- Développement des relations extérieures de l'établissement.
- Participation au Comité Social de la Ligue Française contre l'Épilepsie (Collège des personnes :morales).
- Nouveau règlement intérieur du service éducatif.

1975 :

- Conséquences du décret-loi de 1975 sur les handicapés, complétant la loi hospitalière de 1970.
- Apparition des CDES, des COTOREP, nouvelles modalités administratives et médicales des prises en charge.
- Nouvelles modalités de facturation.

1976 :

- Travaux de reprise des canalisations de chauffage central dans toute la maison d'enfants et sur les jonctions entre bâtiments, qui grèveront lourdement l'activité (rentrée retardée au 19 septembre), et les budgets ultérieurs.

1978 :

- Baisse d'activité du groupe d'observation.

1979 :

- Modification du service social.

1980 :

- Plan de restructuration après audit de la CRAM.
- Déficit cumulé de 1112 jours au 30 avril 1980.

- Rapport de contrôle de la DDASS. Rapport du contrôle médical.
- Proposition de réforme des structures de la MECSS.

1981 :

- Participation au service public hospitalier.
- Chômage partiel et transfert de postes.
- Départ en longue maladie de l'économiste.
- Modifications du règlement intérieur relatives aux mesures d'hygiène et de sécurité.
- Réorganisation des transports (ambulance et autobus : convention avec des transporteurs professionnels).
- Journées Épilepsie et Travail à Toulouse le 15 mai 1981.

1982 :

- Contrat d'association avec l'Éducation Nationale : LEPP.
- Passage des PTA sous statut des personnels contractuels de l'EN.
- Nomination du directeur du LEP doté d'un budget propre.
- Mise en place de la coopérative scolaire.
- Informatique à l'école :
 - Introduction d'un micro-ordinateur au laboratoire EEG.
 - Informatisation progressive de l'administration
- Convention avec la buanderie du CHR de Purpan.

1984 :

- Convention avec le CHR, examens médicaux de spécialités, neuroradiologiques, analyses biologiques,

dans le cadre de la convention tarifaire des soins externes hospitaliers.

- Modification de la structure d'observation conventionnée avec l'hôpital :
 - 8 lits enfants et 8 lits jeunes adultes.
 - Travaux de mise en conformité des locaux de l'infirmierie.
 - Réinstallation de la station d'O2.
 - Installation d'un défibrillateur cardiaque.
- Mise en place d'une jonction télématique par minitel des résultats d'examen provenant de la biologie.
- Installation d'un nouveau standard d'intercommunication.
- Modalités administratives des gardes et astreintes médicales.

1985 :

- Application du budget global : mise en pratique de la dotation globale de fonctionnement.
- Création de l'Amicale des pensionnaires et anciens de Castelnouvel. Nouvelles dispositions pour la gestion de l'argent de poche et des échanges de biens des malades.
- Réorganisation des réunions de la Commission Médicopsychopédagogique de l'établissement : avis relatif aux admissions.

1986 :

- Règlement intérieur du « Moyen séjour adulte ».
- Activité quantitative optimale : 19 000 journées d'hospitalisation.
- Gestion informatisée des sorties médicamenteuses quotidiennes de la pharmacie.

- Édification du bâtiment des nouveaux ateliers du LEPP.
Réserve d'eau incendie. Adduction du gaz à la chaufferie centrale.

1989 :

- Mise en place des réunions d'actions éducatives.
- Journées d'octobre de la LFCE à Toulouse.
- Jumelage avec le BBW de Bielfeld, RFA.
- Cérémonies du XX^e anniversaire de la MECSS de Castelnouvel.

1990 :

- Modifications des structures.
- Agrément d'un semi-internat de 15 places, avec PJ propre.
- Diminution du nombre de lits actifs de l'internat ramenés à 65 lits.
- Nouvelle convention avec entreprise de transport (autobus et ambulances), SEMVAT et Entreprise BRUNET.
- Installation de la fermeture automatisée du portail d'entrée.

1991 :

- Nouvelle loi de réforme hospitalière de 1990.
- Demande d'un nouveau projet d'établissement.
- Audit de la CREA I sur l'activité de la MECSS.

1992 :

- Rejoint par la maladie, le médecin-directeur annonce officiellement son départ ; recherche d'une solution pour assumer la succession : le choix se porte sur la séparation des fonctions de gestionnaire et de chef du service médical.

- Le budget de 93 présenté sur les mêmes bases de fréquentation que pour l'année en cours, soit 16 500 journées d'internat et 810 de semi-internat (dont le PJ est égal à 74% de celui de l'internat).

1.7. Les récentes évolutions

Une nouvelle ère s'ouvre avec la réalisation du nouveau projet d'établissement qui, à partir du constat de l'existant, conclut à la pérennisation de la Maison à caractère sanitaire spécialisé pour Jeunes épileptiques en s'appuyant sur :

- Les résultats de l'activité antérieure (près d'un millier de jeunes épileptiques ont séjourné à Castelnouvel).

- La place tenue par cet établissement dans l'équipement général du pays, loco-régionale et nationale (seul dans la région doté d'une polystructure : observation médicale, soins et scolarité des enfants, section de jeunes adolescents et formation professionnelle, semi-internat).

- L'expérience et la qualité de la structure hospitalière, s'appuyant sur des équipements de pointe, et de la structure rééducative dans son ensemble, et sa capacité à apporter une aide médicale et sociale aux jeunes épileptiques.

- Les adaptations souhaitables et possibles de ses modalités de fonctionnement, respectant les conditions de sécurité et les moyens nécessaires à l'éducation des jeunes épileptiques.

De grands travaux sont entrepris en 1997.

Ainsi, le fonctionnement actuel, en 1998, s'est organisé sur la base de 297 jours d'ouverture avec un PJ de 1345 francs, et une fréquentation assurée de 14 500 journées d'internat, plus de 1500 journées de semi-internat.

La CRAM consciente du service rendu par son œuvre, et malgré les difficultés pressenties pour mener à bien une telle entreprise, peut être fière de sa réalisation.

**HISTORIQUE
DE LA SÉCURITE SOCIALE**

**ÉVOLUTION DES CONSEILS
D'ADMINISTRATION**

Rapport rédigé par

Charles LAPORTE

Administrateur de la CRAM Midi-Pyrénées

Historique de la Sécurité Sociale – Son évolution – Divers décrets et ordonnances – Composition des Conseils d'Administration par les diverses instances syndicales – Direction de la CRAM Midi-Pyrénées

Pour comprendre l'évolution sociale de la société avec l'instauration de la Sécurité Sociale de nos jours, il faut savoir que la constitution du système de soins en France a été profondément marquée par les luttes de classe. C'est ce que montre en particulier l'histoire de la Sécurité Sociale et les affrontements autour de sa conception qui fait toujours l'objet d'un conflit particulièrement aigu.

Le contenu est simple : progrès ou régression sociale.

La Sécurité Sociale, créée le 4 octobre 1945, a représenté une forme tout à fait nouvelle de la protection sociale au lendemain de la guerre d'où la France est sortie meurtrie et ruinée. La Sécurité Sociale est un produit de l'histoire lié au développement de la société, de la lutte des classes. C'est pourquoi, avant de rechercher les caractéristiques de la Sécurité Sociale et son originalité par rapport à l'ensemble des systèmes d'assurances sociales en vigueur, nous examinerons les processus qui ont abouti au système actuel.

Tout d'abord apparaît la charité existante dans la période pré-capitaliste, c'est la période agraire du IX^e au XII^e siècle, dominée par les propriétés foncières féodales. Il s'établit dans ce cadre entre les groupes sociaux des relations personnelles masquant les rapports d'exploitation. Cette société sera fortement ébranlée à

partir du XIV^e siècle. Elle va appeler la mise en place d'un système qui défendra et maintiendra l'ordre établi. On va instituer une charité organisée à la paroisse dont vont bénéficier les plus nécessiteux. En même temps, ce système réprime le vagabondage : cela était nécessaire au maintien de la stabilité de cette société.

Ainsi, on octroie des secours et on reconnaît qu'en contrepartie l'indigent a une dette à l'égard de la société et celle-ci a un droit sur lui.

Du point de vue de l'évolution sociale, la Révolution Française va marquer une étape importante qui va conduire à briser les entraves qui s'opposaient au développement de rapports de production capitaliste. Pour le travailleur, le concept nouveau qui va triompher et remplacer la charité est celui de l'assistance sociale ; dans le même temps se développe l'assurance privée.

Avec la révolution industrielle qui bouleverse la production de richesses aboutit l'épanouissement des rapports sociaux capitalistes. Les rapports personnels de la période pré-capitaliste ont disparu. De la propriété des moyens de production découle l'exploitation, il s'agit d'ajuster la rémunération au renouvellement le plus strict de la force de travail. L'idée s'affirme après la Déclaration des Droits de l'Homme du 1^{er} juin 1793 que la société a une dette et que la dette, c'est le travail, avec l'idée d'un revenu de remplacement s'il n'y a pas de travail. Ainsi, à l'inverse de la charité, dans l'assistance sociale est esquissée l'idée que c'est au contraire la société qui a une dette envers l'individu et non celui-ci envers la société.

Progressivement, l'assistance s'étendra à des éventualités diverses et couvrira diverses catégories de bénéficiaires.

Le système proposé par les capitalistes, dominé par l'exploitation maximale des travailleurs, c'est l'assurance privée. Il se caractérise par l'appel à l'épargne individuelle et aboutit à l'insécurité absolue pour les prolétaires ; celui qui ne pourra pas épargner ne sera pas garanti.

Face à ce système, il y a la réaction des travailleurs et de nombreuses luttes s'instaurent. Les sociétés mutualistes vers 1830 voient le jour sur la base de première réalisation de solidarité de classe, limitées certes dans leurs réalisations, mais qui seront un instrument de couverture sociale et simultanément un organisme de lutte.

À la fin du XIX^e siècle, l'accroissement des accidents du travail, lié au développement du machinisme, conduit sous la pression des travailleurs à rechercher des principes mieux adaptés aux conditions nouvelles de travail.

C'est en 1898, le 9 avril, qu'une loi est votée concernant les accidents du travail. Cette loi est le résultat de la pression des organisations syndicales ouvrières, mais les employeurs, toujours avec l'idée d'attacher l'ouvrier à l'entreprise vont contrôler eux-mêmes la gestion de cette assurance, soit dans la profession, soit auprès de compagnies d'assurance. L'organisation ainsi créée et gérée par le patronat va échapper à tout contrôle des salariés.

Dans les années qui vont suivre et après la Première Guerre Mondiale, les luttes ouvrières vont créer un climat qui obligera à revoir la couverture de soins ; de volontaire, le système d'assurances sociales va devenir bientôt obligatoire.

Une étape importante dans la voie de la généralisation de la prévoyance obligatoire est marquée par la loi du 5 avril 1910 établissant pour tous (ouvriers et paysans) l'assurance obligatoire contre la vieillesse. Si cette loi avait été effectivement appliquée par tous les travailleurs, elle aurait constitué une étape importante vers les assurances sociales. Le mouvement syndical, pas assez structuré, n'eut pas la force d'en faire respecter l'exécution. Il en résulte que la loi des retraites ouvrières et paysannes ne s'est appliquée en fait qu'à moins du dixième du nombre total des salariés.

La Première Guerre Mondiale terminée, la classe ouvrière reprend la lutte ; elle revendique la loi des 8 heures de travail par jour mais, aussi fermement, une large protection sociale.

Le gouvernement à l'époque est contraint de déposer un projet de loi sur les assurances sociales englobant le risque maladie. Ce projet subit les assauts directs et les manœuvres dilatoires de la réaction et des féodalités industrielles. Cette bataille va durer 10 ans.

La loi est votée le 2 juillet 1920, et c'est seulement le 1^{er} juillet 1930 qu'elle entrera en application. Dix ans pendant lesquels le grand patronat a réussi à mettre en échec cette première loi sur les assurances sociales.

Au cours de ces dix années s'étaient affrontés le patronat qui s'abrite toujours derrière les thèses libérales et les syndicats ouvriers qui exigeaient un système obligatoire généralisé, contrôlé par l'état. Or, d'une manière analogue à celle du passage charité-assistance, on retarde la mise en place des structures d'un véritable système obligatoire d'assurances sociales. Le patronat, grâce à son influence, confie la gestion aux compagnies d'assurances.

La décision de mise en place des assurances sociales du 2 juillet 1930 ne tranche pas le conflit. Elle réalise un compromis. Les pouvoirs publics vont se servir des structures de la mutualité pour mettre en place les assurances sociales ; ce qui va conduire à la création de multiples organismes gestionnaires. C'est le règne de la pluralité des caisses. Au 30 juin 1946, on dénombrait 727 caisses d'assurances sociales se répartissant comme suit :

- Départementales :	86
- Mutualistes :	176
- Familiales (CFTC) :	78
- Professionnelles :	96
- de travail (CGT) :	52
- Diverses :	239

Il en résulte une organisation lourde et disparate manquant très souvent d'efficacité ; ce contre quoi, à juste raison, les travailleurs protestent.

Ce très succinct rappel historique permet de mieux saisir les positions des principes qui, dès le début, opposaient le patronat et les organisations ouvrières ; il

éclairer plus particulièrement les conflits qui présidèrent à la mise en place de la Sécurité Sociale en 1945. Car, même si nous sommes dans la période de la Libération, il n'empêche que le patronat va résister. Cela nous permet également de mieux comprendre le sens actuel des attaques du pouvoir et des monopoles capitalistes par les réformes opérées au système mis en place au lendemain de la guerre.

Une nouvelle conception de la protection sociale est élaborée. C'est ainsi que le programme du Conseil National de la Résistance publié le 15 mars 1944 fait état des mesures à appliquer dès la libération. Le 4 octobre 1945, l'ordonnance fondamentale sera promulguée. L'article 1^{er} stipule : « Il est institué une organisation de la Sécurité Sociale destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gains, à couvrir les charges de famille qu'ils supportent. » Cette définition renferme le concept nouveau qui est un droit social fondamental garanti par la loi à tout être humain qui vit de son travail ou qui se trouve dans l'impossibilité ou l'incapacité temporaire de travailler.

La mise en pratique de la Sécurité Sociale, le 1^{er} juillet 1946, revient à Ambroise CROIZAT, Ministre du Travail, qui dut vaincre bien des résistances tendant à ajourner l'application de l'ordonnance du 4 octobre 1945. La généralisation de la Sécurité Sociale n'est effective que le 1^{er} janvier 1947 après que la gestion des accidents du travail ait été intégrée dans la Sécurité Sociale et où par suite de la suppression du plafond d'assujettissement ; tous les travailleurs exclus par celui-ci entrent effectivement dans le champ d'application du

système. Il s'agit de mettre en place un plan français de sécurité sociale qui englobe l'assurance maladie, les prestations familiales, la vieillesse, les accidents du travail. C'est en fonction de ce principe qu'ont été conçus les textes de 1945 ; la première phase à accomplir a été la généralisation de la sécurité, c'est-à-dire l'extension de la garantie à toutes les éventualités pouvant menacer la sécurité des individus ou des travailleurs.

La création de la Sécurité Sociale a été le résultat des luttes ouvrières pendant plusieurs décennies. Elle représentait à cette époque un compromis positif face aux éléments conservateurs, réactionnaires et aux féodalités industrielles. Ainsi, en instituant la caisse unique par branches spécialisées, la gestion des risques sociaux se trouve retirée au patronat (pour les allocations familiales), aux assurances (pour les accidents du travail), aux mutuelles et aux diverses organisations patronales (pour les assurances sociales). Le nouveau système, en introduisant l'unité de législation et de gestion, amorçait un processus de progrès indéniable qui fut malheureusement stoppé à partir de mai 1948 et sera par la suite l'objet d'une attaque continue et croissante du patronat et du gouvernement qui aboutira à sa dégradation.

Après ce bref rappel des droits sociaux gagnés par le monde du travail, nous allons examiner les diverses lois, décrets et ordonnances qui, depuis 1945, instituèrent et modifièrent la législation de la Sécurité Sociale.

1945 : Le remboursement des frais médicaux se fait désormais sur les frais réels conformément aux tarifs de responsabilité. Les assurés n'auront à leur charge que le

ticket modérateur (20% des frais). L'assurance longue maladie est portée de 6 mois à 3 ans. Le versement de l'indemnité journalière de repos pour la maternité est porté à 14 semaines. Les pensions vieillesse sont indexées sur les salaires. La répartition se substituant à la capitalisation, les vieux travailleurs perçoivent immédiatement une pension. Pour les accidents du travail, la législation impose l'obligation d'assurance des employeurs. La prévention apparaît.

Voici l'organisation du régime général de 1947 à 1967.

1) Organismes

a) Au plan départemental des Caisses primaires de Sécurité Sociale, des Caisses d'Allocations Familiales, et des unions de recouvrement des cotisations.

b) Des Caisses Régionales de Sécurité Sociale.

c) Une Caisse Nationale de Sécurité Sociale, établissement public assurant notamment la trésorerie commune.

2) Conseils d'Administration

Leur aménagement était marqué par :

- Une large prépondérance des représentants salariés dans les caisses primaires et régionales.
- et par le principe de l'élection :

a) Les Caisses Primaires de Sécurité Sociale étant administrées par des conseils comprenant essentiellement des administrateurs élus par les assurés d'un côté, par les employeurs de l'autre, dans la proportion de trois quarts salariés, un quart employeurs.

b) Les Caisses Régionales étaient administrées par des conseils comprenant essentiellement des administrateurs élus par les représentants des salariés et ceux des employeurs dans les Conseils d'Administration des Caisses Primaires de la région, avec la même proportion, trois quarts, un quart.

Décret du 12 mai 1960

Les décrets du 12 mai 1960 expriment la volonté du gouvernement et de l'ensemble des pouvoirs publics à l'époque de rationaliser le fonctionnement du régime général de Sécurité Sociale. Ces textes représentent, depuis ceux de 1945, une étape majeure dans le fondement juridique et politique de l'institution. Le gouvernement met en place un certain nombre de comités et de commissions qui ont pour but d'établir des rapports justifiant la modification de la législation.

Par ces décrets, il est créé :

- Des Unions de Recouvrement de Sécurité Sociale et des Allocations Familiales.
- Un Centre National des Études Supérieures de Sécurité Sociale.
- L'Inspection Générale de Sécurité Sociale.
- L'autonomie du pouvoir administratif au sein des Conseils d'Administration élus.

- Une tutelle gouvernementale sur les caisses à vocation nationale, régionale réorganisée.
- Une fusion entre les Caisses Régionales chargées de l'Assurance Invalidité et celles chargées de l'Assurance Vieillesse.
- Un Contrôle Médical autonome au sein des organismes et non plus lié aux Conseils d'Administration des caisses.

Désormais, les organismes du régime général sont bicéphales.

Les compétences sont réparties entre un Conseil d'Administration et un exécutif, plus précisément un directeur ; ce directeur tient de la loi des pouvoirs propres, enlevés au Conseil et sur lequel ce dernier ne peut empiéter.

L'application des décrets du 12 mars 1960 ne parvient pas à maîtriser l'économie du régime général et le déséquilibre recettes-dépenses prévaut toujours. Par une loi du 22 juin 1967, le parlement autorise le gouvernement à prendre par ordonnances un certain nombre de mesures d'ordre économique et social au rang desquelles figurait la réforme de la Sécurité Sociale.

Quatre ordonnances du 21 août 1967 consacrées respectivement à l'organisation administrative et financière sont prises. La réforme qui en résulte constitue un ensemble qui tend à changer les anciennes méthodes de gestion en vue d'en introduire de nouvelles. Ces nouvelles méthodes sont basées sur une réduction des prestations et une majoration des cotisations. Le gouvernement impose une augmentation du ticket modérateur.

Au point de vue de la gestion, la réforme prévoit la séparation des risques en 3 branches distinctes. La Caisse Nationale est divisée en trois caisses spécialisées :

- La Caisse des Assurances Maladie – maternité – vieillesse (CNAM)
- La Caisse d'Assurance Vieillesse (CNAV).
- La Caisse d'Assurance Familiale (CNAF).

D'autre part, la réforme introduit à la fois le paritarisme entre représentants des employeurs (9 postes) et représentants des syndicats (9 postes : 3 CGT ; 2 FO ; 1 CFDT ; 1 CGT). Ces administrateurs ne seront plus élus par les salariés mais nommés par arrêté ministériel sur propositions des organisations syndicales.

Ainsi la politique instaurée par les ordonnances d'août 1967 va-t-elle modifier profondément l'institution et cela aussi bien dans le domaine des structures que dans celui des cotisations et des prestations des assurés sociaux.

L'entrée en force du CNPF dans les instances du régime général va permettre à celui-ci de faire appliquer les orientations qu'il a définies depuis bien longtemps, que ce soit pour la convention médicale, le personnel et l'informatique, l'hospitalisation, l'action sanitaire et sociale.

La branche maladie est la plus visée, il s'agit de réduire à tout prix les dépenses de santé. Les deux autres branches, prestations familiales et vieillesse, sont placées directement sous l'autorité du pouvoir. C'est lui en effet qui fixe le montant de la périodicité des revalorisations.

La période qui s'ouvre va être marquée par une attaque en règle contre la revalorisation des retraites qu'elles soient issues du régime général ou des régimes complémentaires, marquant une baisse significative du pouvoir d'achat des retraités du régime général et des pensionnés de tous ordres. Du point de vue politique, une nouvelle conception dans la composition des Conseils d'Administration des caisses est effective. La durée du mandat des administrateurs est réduite à 5 ans au lieu de 6 précédemment. La limite d'âge est fixée à 65 ans au plus à la date de la nomination. Aucune limite d'âge n'était prévue avant la réforme de 1996. Le principe du paritarisme est conservé avec une égale représentation des assurés sociaux et des employeurs, proposés par leurs organisations respectives.

Depuis le 1^{er} octobre 1996, le Conseil d'Administration de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Midi-Pyrénées est composé de la manière suivante :

- 21 membres avec voix délibératrice :

- 8 représentants des assurés sociaux (2 CGT, 2 FO, 2 CFDT, 1 CGC, 1 CFTC) ;
- 8 représentants des employeurs ;
- 1 représentant désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité ;
- 4 personnes qualifiées dont au moins 1 représentant des retraités.

- 4 membres avec voix consultative :

- 1 représentant des Associations Familiales
- 3 représentants du personnel (élus).

Plus des suppléants en nombre identique à celui des titulaires.

- L'organisation du Conseil d'Administration est la suivante :

- 1 Président (CFDT)
- 3 Vice-Présidents (1 FO, 1 CGC, 1 CNPF).

Après ce bref exposé qui aboutit à la protection sociale que nous connaissons aujourd'hui et qui demanderait un développement bien plus profond, nous allons rappeler la composition des divers Conseils d'Administration de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et de Vieillesse de Midi-Pyrénées depuis son instauration qui résulte de la fusion de l'ancienne 31 R et de l'ancienne 31 V, à nos jours.

Le 25 septembre 1961 siègent au Conseil d'Administration :

- 52 administrateurs :
- Collège salariés : 30 ; CGT : 15 ; FO : 10 ; CFTC : 5
- Collège employeurs : 10
- Représentant Associations Familiales : 1
- Représentants du personnel : 3
- Représentant du corps médical : 1
- Personnes qualifiées : 3
- À titre consultatif (représentant de l'Aveyron) : 4
 - Personnel de direction :
 - Directeur : M. DESCOURS
 - Directeur à titre personnel : M. DUPONT
 - Agent comptable : M. BIRAGUE
 - Agent comptable à titre personnel : M. AMON
 - Sous-Directeur : M. LATAPPY

- Sous-Directeur : M. METZGER
- Secrétaire général : M. POUECH

Conseil d'Administration installé le **21 février 1963** :

- Collège salariés : 18 ; CGT : 9 ; FO : 5 ; CFTC : 4
- Collège employeurs : 6
- Représentant Associations Familiales : 1
- Représentants du personnel : 2
- Représentant du corps médical : 2
- Personnes qualifiées : 2

Suite aux ordonnances de 1967 modifiant de façon radicale l'orientation politique de la Sécurité Sociale en instaurant le paritarisme entre salariés et patronat au sein des Conseils d'Administration des Caisses, un nouveau Conseil d'Administration est installé à la CRAM le 6 novembre 1967. Celui-ci, suite à l'application de l'ordonnance du 21 août 1967 voit sa composition modifiée.

Les élections sont supprimées et les administrateurs sont désignés par les organisations professionnelles et syndicales les plus représentatives au point de vue national.

Conseil d'Administration installé le **6 novembre 1967** :

- Collège salariés : 9 ; CGT : 3 ; FO : 2 ; CFDT : 2 ; CFTC : 1 ; CGC : 1
- Collège employeurs : 9
- À titre consultatif : 1 représentant des Associations Familiales.

La loi du 17 décembre 1982 vient apporter une nouvelle fois des modifications dans la composition des Conseils d'Administration des Caisses en prévoyant :

- La suppression de la parité entre les représentants des salariés et des employeurs.
- L'élection des administrateurs représentant les salariés.
- Le maintien de la désignation pour les administrateurs représentant les employeurs.
- L'introduction de personnes qualifiées nommées par le ministre.
- La participation à titre consultatif de représentants du personnel élus.

Suite à l'arrêté du 15 mars 1984, la composition du Conseil d'Administration installé le **21 mars 1984** prend la composition suivante :

- Collège salariés : 15 ; CGT : 5 ; FO : 4 ; CFTD : 3 ; CFTC : 1 ; CGC : 2
- Collège employeurs : 6
- Personnes qualifiées : 3
- Fédération Mutualité : 2

- À titre consultatif :
 - Associations familiales : 1
 - Professions de santé : 1
 - Représentants du personnel : 3

Ce conseil siègera jusqu'en octobre 1996, date de la mise en place du nouveau Conseil d'Administration, suite à l'ordonnance du 24 avril 1996 portant sur les mesures relatives au renouvellement des Conseils

d'Administration des Caisses de Sécurité Sociale et à leur organisation (voir plus haut).

**QUE SIGNIFIAIT ÊTRE
UN ADMINISTRATEUR
DE LA CRAM MIDI-PYRÉNÉES ?**

**TÉMOIGNAGES D'ANCIENS
ADMINISTRATEURS**

Bernard GENDRE

Roger DENUX

Marius GARRIGUES

Jacques LAVILLE-MURAT

Roger SOUSMANNE

BERNARD GENDRE,

Ancien Président de la CRAM Midi-Pyrénées

(1991 – 1994)

Je voudrais refaire une dernière fois le tour du Conseil d'Administration dont j'ai été le Président.

Je ne peux évoquer les 40 administrateurs et administratifs, 60 avec les suppléants qui composaient ce Conseil, ce serait trop long et peut-être un peu fastidieux, mais je voudrais au travers de quelques figures marquantes de ce dernier, vous dire ce que j'emène avec moi comme souvenirs, faits de tous ces moments que nous avons passés ensemble.

Si vous me le permettez, et n'y cherchez surtout aucun signe, je commencerai par ceux qui se situaient à ma gauche et, à ma gauche immédiate, il y avait M. LAGES, Directeur de cette Caisse. On peut presque dire que nous avons commencé en même temps, c'est peut-être pour cela que, dès le départ de notre coopération, nous avons constitué une équipe et, si je n'avais pas peur de choquer, je dirais même un couple.

Je crois que c'est le seul terme qui peut décrire l'action conjuguée et harmonieuse de nos relations mais aussi, parfois, quelques coups de gueule, c'est ça la vie d'un couple.

Merci Monsieur le Directeur de votre aide, de votre écoute et de votre amitié.

Si je continue mon tour de table, j'arrive au Vice-Président OLALLO. Sous des apparences pouvant paraître parfois austères, se cache un homme de cœur, au savoir immense, aux compétences inégalées dans notre Conseil d'Administration. André, pendant onze ans, tu as été mon maître !

Tout de suite à tes côtés, notre ami MAZARS. Nous avons fait nos classes côte à côte pendant huit ans, nous avons appris ensemble mais, au contraire de moi, c'est le calme et la sérénité, c'est l'élément pondérateur que tout groupe devrait avoir, c'est aussi le souvenir d'une suspension de séance que l'on peut qualifier de très conviviale. J'en garderai pendant longtemps le souvenir.

Docteur PETIT, il a fallu un voyage en train pour que, trop tard malheureusement et je le regrette, nous fassions véritablement connaissance. Au cours d'une discussion et de questions, peut-être indiscrettes de ma part, j'ai découvert sous la tunique de la militante, une sensibilité sociale, un cœur qui bat pour ces étudiants dont vous vous occupez et qui trouvent en vous bien sûr le Docteur, mais aussi, l'Assistante Sociale et parfois, j'en suis certain la maman qu'ils viennent de quitter.

Ami DENUX, tu sais les liens d'amitié qui nous unissent depuis de nombreuses années. Je voudrais rendre hommage au sérieux que tu as toujours apporté à ton travail ; pour toi, ton mandat, ta fonction de représentant des retraités est une chose sérieuse avec laquelle il ne fallait pas plaisanter. Et si, parfois, tu as fait sourire tes collègues administrateurs en demandant à Monsieur le Directeur ou Monsieur l'Agent Comptable

ce que voulait dire la première phrase du deuxième paragraphe, à la page 89 du rapport d'activité, cela prouvait, tout simplement, que tu avais lu le document et tu étais, sans doute, le seul.

Quittant le côté gauche pour atteindre le centre, Mme TOUYAROT, sage-femme de son état, que les Syndicats des Organisations Médicales nous avaient désignée pour les représenter, siégeait aux côtés de notre ami DENUX. Par sa gentillesse, par ses interventions rares mais pertinentes, elle a su nous rappeler, à nous autres hommes, que l'accouchement est un acte naturel de la vie, bref, par sa compétence, elle a su s'imposer dans ce Conseil si bien que j'ai fini par lui dire que je ne la présenterais plus.

Face à Monsieur le Directeur et à moi-même, c'est la place dévolue au sein de ce Conseil à Messieurs les Directeurs-Adjoints, Monsieur l'Agent Comptable, Monsieur le Secrétaire Général, Messieurs les Sous-Directeurs et Monsieur l'Ingénieur Conseil de Prévention, en un mot, les forces vives de cette Maison.

Je ne distinguerai personne, ainsi j'échapperai à la critique que l'on m'a fait de distribuer des bons points à certains services et pas à d'autres.

Néanmoins, je tiens à témoigner que vous m'avez tous apporté, sans aucune restriction, et chacun dans le domaine de vos compétences, un soutien et une aide de tous les instants. Je l'ai beaucoup apprécié et je vous en remercie. Le CNESS forme incontestablement des cadres compétents.

Enfin sur la droite, on rencontre les personnes qualifiées appelées plus communément P.Q., et les

représentants de la Mutualité. Ils ont un rôle important, c'est celui d'avoir et d'apporter une vision complémentaire de l'Assurance Maladie, c'est le regard de Monsieur tout le monde pour les personnes qualifiées, c'est celui plus précisément de l'assuré pour la Mutualité. Parmi vous, je voudrais citer Jean-Philippe HUCHET, sa jeunesse, son engagement, faisait plaisir à voir et son exemple donnait confiance en l'avenir.

M. de TAPPIE, vous étiez le porte-parole de la délégation employeurs. À ce titre, vous vous êtes souvent posé en statue du Commandeur, garant de la légitimité, garant aussi d'une rigueur de gestion dont nous sommes comptables et que les événements nous imposent. Je vous remercie très sincèrement de m'avoir parfois rappelé mes devoirs.

Mais, derrière la statue du Commandeur, nous avons aussi souvent découvert, et notamment en Commission d'Action Sanitaire et Sociale, l'homme de cœur que vous êtes.

Monsieur le Vice-Président, Mon cher FROMENT, je terminerai par toi.

Tu as ton franc parler et tu incarnes, à toi seul, avec ton accent rocailleux, ce sud qui m'a adopté. Nous n'avons pas toujours été d'accord mais je t'ai toujours trouvé lorsque j'avais besoin de toi, et lorsque j'ai été défaillant pour des raisons de santé, tu as su me remplacer avec talent et assurer la continuité.

À ce Conseil, il faut associer, partenaire de tous les instants, le Service Médical Régional qui, soit par son Médecin Conseil Régional, M. le Docteur CHALULEAU, soit par son adjoint, M. le Docteur DUBAIL, a participé à

tous nos Conseils et nous a continuellement informés, aidés, conseillés lorsque nous avons des décisions à prendre dans le domaine médical ; à tous les deux merci.

Enfin au Conseil, je voudrais aussi associer Pierrette et Paule qui en assurent le compte-rendu et Annie, la secrétaire du Président. Je voudrais témoigner du professionnalisme, de la patience et de la gentillesse dont toutes les trois vous avez fait preuve malgré parfois ma mauvaise humeur et même, mon irritabilité. Merci pour tout ce que vous m'avez donné y compris, je crois pouvoir le dire, votre amitié.

À ce Conseil, je l'affirme d'une grande compétence, je dis merci. Merci de m'avoir accompagné et soutenu tout au long de ces années passées ensemble.

On peut affirmer et démontrer que ces conseils sont compétents, que leur gestion est saine, hors de toute influence et de toute pression, les décisions prises le sont après concertation de toutes les parties, service médical régional, services administratifs, DDASS ou DRISS. Après avoir entendu ces avis, vous décidez en votre âme et conscience sans aucune arrière pensée mercantile ou électoraliste. C'est pourquoi la prestation de la dépendance doit vous être confiée, encore une fois je le dis parce que je le pense profondément : l'aide sociale à l'enfance, à la famille, aux personnes âgées ne doit pas être confiée aux politiques, elle ne doit pas être ou devenir un argument électoral.

C'est par de petits gestes que l'on défend de grandes idées, c'est le thème de la dernière campagne

pour la maîtrise des dépenses de santé. Je veux bien le croire, mais c'est aussi, par un inventaire réel et sans complaisance d'aucune part de la situation, c'est-à-dire par une opération d'information vérité sur les dépenses de santé, leurs causes et leurs origines, que l'on responsabilisera les Français.

C'est par la responsabilisation des différents acteurs, les assurés mais aussi et surtout, le corps médical, que ce soit les praticiens libéraux ou hospitaliers, que l'on parviendra à contrôler les dépenses et annihiler les dérives.

Il y a d'autres économies à faire que la suppression de lits d'hôpitaux qui n'existent que sur le papier et dont le personnel est depuis longtemps redéployé. L'échographie, photo de famille, n'est pas un mythe, de même que la délivrance de médicaments de confort.

Mais l'hôpital doit donner l'exemple et c'est par l'hôpital universitaire que la prise de conscience, que la responsabilisation viendront. Ce que je propose c'est que la Commission Médicale d'Etablissement, de structure corporative, axée sur la défense des soi-disant intérêts des praticiens hospitaliers, devienne, au contraire, un Comité déontologique sachant prendre ses responsabilités afin de conseiller, mais aussi, orienter l'activité thérapeutique des médecins. Oui, je sais que ce n'est pas facile, mais je pense vraiment que les professeurs hospitalo-universitaires sortiront beaucoup plus grandis d'une telle démarche que de faire, par exemple, trois années de plus au-delà de 65 ans.

Je voudrais, pour conclure, parler de l'emploi, au risque de me répéter mais, dans ce domaine, je pense qu'il ne faut pas hésiter à le faire. Il y a, en France, deux économies distinctes, la première, celle directement confrontée à la concurrence des marchés internationaux et, pour celle-là malheureusement, il n'y a pas de recette miracle. La seule recherche d'une productivité maximum peut apporter une réponse aux entreprises qui sont dans ce système. La deuxième, c'est celle que j'appellerai l'économie interne à la France ; celle-là n'a pas à craindre de la concurrence sauvage que ce soit du fait du GATT ou des pays en voie de développement à main d'œuvre bon marché. Le seul danger pour elle qui n'est d'ailleurs pas négligeable, c'est le travail au noir.

Dans cette économie, il y a notamment, élément moteur important, les collectivités locales et j'en profite pour dire l'importance du rôle qu'elles ont à jouer.

Mais, plus près de nous, il y a la Santé et le Social. Si dans le domaine de la santé, nous en avons déjà parlé, on ne peut laisser dériver des dépenses qui deviennent insupportables à la Nation mais aussi à nous, contribuables, il est nécessaire de rechercher une meilleure productivité, non pour supprimer des emplois, mais pour améliorer les services rendus et créer ce dont nous avons besoin, par exemple, les salles de réveil qui manquent cruellement dans une majorité d'hôpitaux.

Au contraire, dans le social, il serait aberrant de rechercher une meilleure productivité, une aide ménagère n'est pas un robot programmé pour les tâches ménagères, c'est un être humain qui doit apporter à la personne âgée la chaleur de sa présence, le dialogue dont la personne âgée seule manque cruellement. Or, dans ce domaine, il

manque actuellement beaucoup d'emplois, d'une part, pour répondre à la demande qui ne fera que s'accroître et, d'autre part, pour apporter la qualité du service.

Il faut absolument créer ces emplois ; il n'est compréhensible pour personne d'avoir 3 500 000 chômeurs et, en même temps, des personnes âgées que l'on est obligé d'hospitaliser parce qu'il manque du personnel dans les différentes aides concourant au maintien à domicile, d'autant plus que l'on sait que, dans la plupart des cas, le maintien à domicile coûte moins cher que l'hospitalisation et que, du fait des faibles salaires pratiqués dans ces métiers, ce ne serait qu'un transfert de charge de l'indemnisation de chômage à l'aide à l'emploi.

Nous sommes au début d'un grand bouleversement et je reprendrai les paroles de l'Abbé PIERRE :

« Le monde est à recréer, il nous faut continuer de chercher, d'inventer et nous sommes condamnés à le faire ensemble, le savant américain avec l'indien et le russe, le militant syndicaliste avec le patron, les nations prospères avec les pays défavorisés » et, l'abbé PIERRE pourrait certainement ajouter, les administrateurs avec l'Etat, les médecins et les assurés sociaux. Mais aussi, pour atténuer un peu ces propos pessimistes, la CRAM avec les jeunes du Mirail qui sont venus nous donner une magnifique leçon d'espoir lorsqu'ils ont exposé leurs œuvres dans l'Atrium de la CRAM.

Ne laissons pas se construire le monde futur sans nous, sachons nous engager, ne restons pas sur le quai de la gare.

MONSIEUR DENUX

ADMINISTRATEUR DE LA CRAM MIDI-PYRENEES

Représentant des retraités (84 – 96)

Être administrateur de la CRAM-Midi-Pyrénées, cela implique une certaine disponibilité et avoir envie de servir son prochain.

En effet, dans les années où j'ai été désigné et ensuite élu (depuis le 21 mars 1984 au 18 septembre 1996), il y avait à l'époque beaucoup de travail en fonction des commissions où l'on était désigné (j'étais disponible étant en pré-retraite à partir d'avril 1982).

Pour ma part, je siégeais :

dans les commissions suivantes :

- Commission permanente de contrôle
- Commission d'action individuelle en faveur des personnes âgées
- Commission d'ouverture des plis (suppléant)

et dans les Conseils d'Administration de divers établissements :

- CHS Marchant de Toulouse
- Centre hospitalier d'Auch

- Centre hospitalier de Condom
- Hôpital local de Valence d'Agen
- Maison de retraite publique Prud'hom Auterive
- Maison de retraite J. Penent à Cazères
- Maison de retraite Notre Dame de la Compassion à Sainte-Foy de Peyrolières
- MAPAD Rambon à Saint-Orens de Gameville.

À travers ces différentes commissions, j'ai toujours essayé de défendre pour le mieux l'intérêt des retraités. Par exemple, l'extension ou la création de maisons de retraite médicalisées en particulier le prix de journée.

MARIUS GARRIGUES

ADMINISTRATEUR DE LA CRAM MIDI-PYRENEES

Que signifiait « Être Administrateur de la CRAM-MP »

Étant convaincu de l'intérêt d'une politique contractuelle pour traiter les problèmes sociaux, je m'intéressais, tout naturellement, à la gestion, par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Midi-Pyrénées, de deux secteurs essentiels de la protection sociale : l'assurance maladie et les retraites du régime général.

L'Assurance Maladie couvre, en effet, près de 50 millions de personnes et constitue la pierre angulaire de notre système de protection sociale. Quant aux retraites servies par le Régime Général, elles s'inscrivent au premier plan des dépenses de notre système de Sécurité Sociale. En l'an 2000, près de 10 millions de prestataires, d'un âge moyen de 72 ans, ont perçu une pension mensuelle de 482 euros.

L'Assurance Vieillesse représente désormais la moitié des prestations sociales et les perspectives démographiques de la première moitié du 21^e siècle en accentueront inéluctablement le poids.

En acceptant la mission d'être administrateur de la CRAM, je m'engageais à veiller, dans la mesure de nos

prérogatives, à ce que les concepts de justice sociale et de solidarité, principes fondateurs de la Sécurité Sociale, soient les garants de la politique suivie pour l'accès des assurés à des soins de qualité et à une retraite par répartition, hélas, de plus en plus modeste.

Je considérais, aussi, que tout administrateur, pour assurer la pérennité de ces systèmes de protection sociale, devait se préoccuper du maintien des équilibres financiers, surtout pour l'Assurance Maladie, et, de plus en plus, pour le régime vieillesse.

Qu'il s'agisse des dépenses de santé ou de l'Assurance Vieillesse, ne devons-nous pas veiller à ce que soient dissociées les charges relevant de la solidarité nationale de celles visant des assurances sociales à vocation contributive.

J'ai pu observer ensuite, lors de mes mandats successifs, que les administrateurs étaient régulièrement informés des décisions politiques et économiques prises par l'État et le Parlement, ainsi que sur les travaux conduits directement par la CRAM. C'est ainsi que nous avons régulièrement connaissance des délais de liquidation des pensions de retraites, au demeurant fort satisfaisants.

Mais le vrai pouvoir de décision qui nous était accordé ne pouvait s'exercer que dans les commissions spécifiques, telle la « Commission Sociale » où un travail remarquable a été réalisé, notamment en matière d'aides ménagères ou de logement. D'autres commissions ont également statué avec intelligence et en toute équité. Dès lors, je m'interroge sur le rôle dévolu aux partenaires

sociaux qui ne peuvent intervenir que dans le seul domaine qui leur est actuellement dévolu : celui de la gestion.

J'ai conscience que les Partenaires Sociaux devraient être investis d'un rôle plus important et que l'état et les pouvoirs publics devraient redonner à la politique contractuelle une part prépondérante dans les décisions concernant la Sécurité Sociale.

Le paritarisme me paraît le seul apte à relever les défis du 21^e siècle et à assurer la pérennité d'un système social auquel la grande majorité des français reste profondément attaché.

JACQUES LAVILLE-MURAT

ADMINISTRATEUR DE LA CRAM MIDI-PYRENEES

Il n'est pas facile d'être administrateur d'un organisme social comme la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM).

Mais la mission de l'administrateur ne se borne pas à la gestion de la CRAM. En effet, celle-ci délègue ses administrateurs pour siéger dans les hôpitaux et les maisons de retraite qui bénéficient de dotations financières.

Il faut, en effet, beaucoup de disponibilité et de dévouement tout en étant attentif à la gestion et au confort des malades ou des personnes âgées.

En l'occurrence, j'ai siégé plusieurs années, en tant qu'administrateur de la CRAM, aux Conseils d'Administration des hôpitaux de Villefranche de Rouergue, Condom, Castelsarrasin, Moissac, Nègrepelisse et des maisons de retraite de Fronton, Villemur, Verdun sur Garonne.

Lorsque l'on siége pour la première fois dans le Conseil d'Administration d'un hôpital, on entend parler de projet médical, de service de soins infirmiers à domicile, de services de soins de suite, de long séjour, de maison de retraite spécialisée, de budget prévisionnel, dotation non affectée, etc., etc.

Une fois ces termes barbares bien assimilés, on élit des commissions (comité technique paritaire, conseil d'établissement, activité libérale, etc.), et j'ai siégé dans une commission d'activité libérale.

ROGER SOUSMANNE

Ancien Président de la CRAM Midi-Pyrénées

C'est en 1983 que j'ai été désigné comme administrateur de la CRAM par la confédération des cadres C.G.C.

Pendant la première mandature, quoique suppléant, j'ai été désigné comme titulaire à la commission de recours gracieux, devenue par la suite commission de recours amiable. La fréquentation de cette commission, présidée par André OLALLO et à laquelle j'ai participé jusqu'en 1994, m'a énormément appris sur le fonctionnement ainsi que les missions qui étaient les siennes.

Je représentais à cette époque la CRAM dans divers établissements, Centre Hospitalier Général d'Albi, l'Hôpital du Bon Sauveur, la Clinique Gériatrique de Lagardelle ainsi que diverses autres maisons de retraite ou encore des organismes qui dépendaient de la CRAM.

Au renouvellement du conseil, je suis devenu administrateur titulaire et par la suite, Président du Conseil d'Administration.

Pour répondre à la question posée par la présidente, être administrateur m'a permis, après une période de rodage, de représenter valablement (du moins j'ose l'espérer) la CRAM.

À titre d'exemple, j'ai eu l'occasion, je pense entre autres, à l'AIPA, dont la mission consistait à venir en aide aux retraités, que ce soit pour ceux qui avaient besoin d'une personne à domicile ou éventuellement pour les aider à acheter du matériel ou tout autre objet nécessaire pour eux à la vie quotidienne.

Je pourrais également citer la commission dite de l'article 35 qui se tenait en fin d'année, commission où étaient reçus tous les directeurs d'hôpitaux de Midi-Pyrénées venus défendre leur budget.

Je citerai encore la commission qui se tenait au conseil de l'Ordre des Médecins où étaient jugés les professionnels de santé qui n'avaient pas respecté leurs engagements vis-à-vis des organismes sociaux.

J'espère qu'en vous relatant ces quelques exemples, j'aurai pu participer aux travaux de l'amicale.