

# MÉMOIRE EN MARCHÉ

*Bulletin du comité d'histoire de la Sécurité Sociale de Bourgogne Franche-Comté*



Mémoire du travail  
à la Sécurité Sociale  
*Bourgogne Franche-Comté*

# Sommaire

---

*p 2*

## **L'édito du président**

*Edouard ARREDI*

*p 3-7*

## **Le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle « Le Bourbonnais »**

*Hervé AUCLAIR*

*p 8-15*

## **Les tentatives de maîtrise des coûts de l'Assurance maladie**

*Bernard THOMAS*

*p 16-17*

## **L'évolution du corps des agents de direction (de 1945 à nos jours). Un nouvel éclairage dans le cadre d'une vaste campagne d'archives orales**

*Christophe CAPUANO*

## L'édito du président

Alors que le thème central du précédent numéro de *Mémoire en marche* portait sur la gouvernance, cette nouvelle livraison choisit de mettre à l'honneur 3 sujets très différents, mais toutefois traversés par une constante, la progression continue de la professionnalisation des acteurs de l'Institution dans la réalisation de leurs missions, quelle que soit la nature de celles-ci.

C'est tout d'abord l'histoire d'une Oeuvre de la Sécurité sociale – Le Bourbonnais, créé par la CPAM de Saône & Loire - que nous présente **Hervé AUCLAIR**, ancien cadre de cet organisme notamment. Encore aujourd'hui, le grand public est souvent très étonné d'apprendre que la Sécurité sociale gère des établissements de santé. De fait, afin de répondre aux besoins de santé de l'après-guerre, les caisses d'assurance maladie ont développé une offre de soins en créant des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Initialement, ce sont des fonds de l'action sanitaire et sociale qui ont été mobilisés pour financer les œuvres. Ces fonds permettent principalement, « *par l'octroi de prestations supplémentaires et de secours, (de) compléter le jeu des prestations légales et (de) parfaire la fonction première du système, c'est-à-dire sa fonction indemnificatrice* »(1). Cependant, l'autorité de tutelle pouvait autoriser à titre exceptionnel le financement d'opérations d'investissements. Pour l'anecdote, « *la convention nationale entre le corps médical et la sécurité sociale exclut la possibilité de création de toute œuvre ou institution si le nombre des médecins conventionnés est suffisant pour répondre à la demande de soins* »(1).

Il fallait vraiment que ces pionniers modernes que furent les dirigeants de la CPAM 71 soient déterminés et pugnaces quand on sait que les règles du jeu de ce véritable parcours du combattant (projet initié en 1966, ouverture du centre en 1973) changèrent « en cours de partie » dans la suite de l'ordonnance n°67-706.

De fait, de tels pionniers furent nombreux puisqu'aujourd'hui, l'UGECAM BFC – qui a repris en 2000 la gestion des œuvres des caisses – a la responsabilité « *de 14 structures sanitaires et médico-sociales de 669 lits et places dans le cadre d'une offre diversifiée et complémentaire : rééducation, handicap, trouble du comportement et perte d'autonomie* »(2).

Dans un autre registre **Bernard THOMAS**, ancien cadre dirigeant de l'Assurance maladie (CPAM, CTI, CNAMTS) propose un exposé complet, détaillé, précis, documenté de la gestion des risques ou maîtrise des coûts de l'assurance maladie. Il fait la démonstration, s'il en était besoin, que les acteurs de l'Assurance maladie, à tous niveaux, ont su au fil

des décennies adapter et faire évoluer les stratégies et processus dans le but de s'assurer que les fonds du risque maladie sont bien utilisés. In fine, il s'agit d'assurer la régularisation du système de soins.

Les personnes plus particulièrement intéressées par cette thématique pourront écouter ou réécouter les témoignages (disponibles sur le site du comité régional d'histoire de la sécurité sociale (3)) de Martine Mollot-Derel, ancienne directrice déléguée de l'URCAM de Bourgogne.

Enfin, *Mémoire en marche* publie un article de **Christophe CAPUANO**, maître de conférence en histoire contemporaine, membre du CHSS (4), qu'il a rédigé pour *Elan Social, La Revue de l'EN3S, n°85, 2016*. Il s'agit d'une étude sur l'évolution du corps des agents de direction, de 1945 à nos jours. Pour ce faire, l'auteur s'est appuyé sur les entretiens que notre comité régional a réalisés, et qui sont tous accessibles sur notre site.

Certes, les témoignages enregistrés par notre comité intéressent une grande variété d'acteurs, mais comme l'écrit l'auteur « *le corps des agents de direction est central dans cette démarche mémorielle et particulièrement représenté sur le site* ».

**Edouard ARREDI**  
Président

(1) *Précis Dalloz - Sécurité sociale - Jean-Jacques Dupeyroux - 5ème édition, pages 591 et suivantes.* (2) Source : site web de l'UGECAM BFC  
(3) <http://www.memoiredutravailalasecuritesociale.org/fr/32/t/1-2-la-gestion-du-risque-a-ses-origines> - <http://www.memoiredutravailalasecuritesociale.org/fr/33/t/2-2-la-professionnalisation-de-la-gestion-du-risque> (4) CHSS : Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale

# Le centre de reeducation et de readaptation fonctionnelle

## « Le Bourbonnais »

Plan de l'exposé :

- 1- Introduction : Bourbon-Lancy : La ville, Les Thermes
- 2- Historique du Centre : Cf. relevé de décisions du Conseil d'administration CPAM 71
- 3- Le Centre aujourd'hui, 44 ans après :
  - Rapport d'activité de 2015
  - Projet d'établissement 2012/2017
  - Le SAMSAH.
- 4- Conclusion

### 1 - BOURBON-LANCY :

#### LA VILLE :

Bourbon-Lancy est une petite cité médiévale au sud-ouest de la Bourgogne. Elle est située à l'extrémité ouest du département de Saône et Loire, à la limite avec les départements de l'Allier et de la Nièvre. Elle fait partie de l'arrondissement de Charolles, du canton de Digoin et, depuis le 01.01.2017, de la nouvelle Communauté de Communes « Le grand Charolais », entre Arroux, Loire et Somme.

La ville est traversée par un ruisseau, le Borne, qui se jette dans la Loire à environ 3 kilomètres.

Les premiers habitants, les Gaulois, vouèrent le lieu à Bormo ou Borvo, la divinité gauloise des eaux, qui a donné son nom à Bourbon, ainsi qu'à la rivière La Bourbince, qui arrose Paray-le-Monial.

Au fil des âges, la ville fut :

- > site clunisien au 10<sup>ème</sup> siècle,
- > occupée par une congrégation de moines capucins (1622)
- > soutenue par un mécène au 19<sup>ème</sup> siècle, le marquis Etienne Jean François d'Aligre qui fit bâtir un hôpital qui existe encore aujourd'hui (voir plus loin)
- > au cours de la période révolutionnaire (1792-1795) Bourbon s'est provisoirement appelée Bellevue-les-Bains.

#### LES THERMES :

Ce sont bien les bains qui ont fait la renommée de Bourbon-Lancy.

Depuis plus de 2000 ans, Aquae Borvonis est connue pour les bienfaits de ses eaux chaudes dans lesquelles les guerriers romains viennent se refaire une santé entre deux combats ! César et l'Empereur Constantin se prélassaient dans ces eaux « aussi limpides que des eaux froides » !

François 1er fit plusieurs séjours à Bourbon, ainsi que sa belle-fille Catherine de Médicis qui, dit-on, y trouva la fertilité tant attendue. A partir de 1803, le succès de la station, rebâtie sur les ruines des

bains romains, ne se démentit pas : des princes, des écrivains (Maupassant, Bourget, Larousse ...), des peintres, firent leur cure à Bourbon-Lancy.

La station aujourd'hui reste dynamique, réputée et vivante, spécialisée dans le traitement des maladies cardio-artérielles et arthrosiques.

L'établissement thermal est en effet construit autour de quatre sources principales :

- > la grand puits ou Lymbe qui débite une eau à 57 degrés,
- > la source Saint Léger à 50 degrés,
- > la source de la Reine à 52 degrés, et
- > la source Descures à 53 degrés.

La température de ces eaux est telle qu'il faut les réfrigérer pour que les curistes puissent s'y tremper. C'est le rôle du bassin circulaire des Césars, construit en marbre blanc et mesurant 14 mètres de diamètre. C'est là que les Romains prenaient leur bain en commun (Cf. revue n°115 de 2013 : « Echos du passé » de l'Association « Les amis du Dardon »).

Aujourd'hui, Bourbon-Lancy est une station thermale moderne dotée de piscines de mobilisation et à jets, d'un couloir de marche, d'une douche sous-marine, de douches pénétrantes et, l'an prochain, d'une douche Spéciale Artérite.

### 2 - HISTORIQUE DU CRRF :

C'est au cours de la réunion du Conseil d'Administration de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale de Saône et Loire à Mâcon le 01.06.1966, que le Directeur, Monsieur Louis ANGLARD, soumet aux administrateurs l'idée de la construction d'un Etablissement de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle. Ce centre serait bâti à Bourbon-Lancy, les malades et autres traumatisés pouvant ainsi bénéficier des bienfaits des eaux chaudes déjà utilisées à la station thermale. De plus, un terrain (3,2 hectares), serait susceptible de convenir pour un tel projet, non loin de la station thermale.

L'accord de principe étant acquis, le projet peut prendre vie.

La maquette du futur centre est présentée aux administrateurs lors du conseil du 01.03.1968.

Le Directeur présente le dossier de construction pour un devis de 9 000 000 de francs le 22.09.1970.

Trois mois plus tard, soit le 22.12.1970, un transfert de fonds du budget d'Action Sanitaire et Sociale (ASS) d'un montant de 12 500 000 francs est effectué.

Les travaux de terrassement et de fondations spéciales en vue de l'acheminement de l'eau thermale chaude sont en cours le 04.03.1971.

Du 07.10.1971 au 03.04.1973, le conseil est sollicité sur le recrutement du personnel, Médecin-Chef compris et le budget de fonctionnement est approuvé. En même temps que la construction des locaux administratifs et médicaux, il est procédé à la construction de logements à destination de l'encadrement : Directeur, Médecin-chef, Economiste. A l'exception du Médecin recruté à l'extérieur, le personnel d'encadrement sera désigné parmi l'encadrement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Le Directeur du centre sera, plus tard, recruté à l'extérieur, comme le Médecin-Chef.

Dénommé « Le BOURBONNAIS », le CRRF ouvre ses portes le 02.05.1973, au 7 rue de la Roche, à BOURBON-LANCY.

Dès le 25.11.1974, le taux d'occupation est de 100% (en moyenne 93 % tout au long de l'année 1975).

Un Directeur administratif est nommé le 15.04.1977 en la personne de Monsieur TOCABEN qui restera en poste jusqu'au 15.12.1993.

Les différents Directeurs administratifs ont été :

- > de 1977 à fin 1993 : Monsieur TOCABEN,
- > de décembre 1993 à avril 1997 : Monsieur CLEMENT,
- > de avril 1997 à fin 2012 : Monsieur Jean-Paul CHASSY,
- > depuis fin 2012, Monsieur Philippe NEBOUT, actuel Directeur.

La chronologie des Médecins est plus aléatoire :

- > de 73 à 74 : Docteur MITRY,
- > de septembre 74 à juin 78 : Docteur DESVIGNES - Adjoint : Docteur HAUDIQUET
- > de juin 1978 à 1993 : Docteur ESTEVE - Adjoint : Docteur LAYOUS

Madame le Docteur Catalina PALACEAN est aujourd'hui à la tête de l'équipe médicale du CRRF.

**En 2000, une nouvelle entité a vu le jour parmi les organismes d'Assurance Maladie :**

**L'Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie ou UGECAM.**

Ainsi, depuis le 01.01.2000, la CPAM de Saône et Loire a transféré la gestion et la propriété du CRRF le BOURBONNAIS à l'UGECAM de Bourgogne et Franche Comté.

L'UGECAM est un organisme privé à but non lucratif qui rassemble 135 structures médico-sociales et 90 structures sanitaires de l'Assurance Maladie, réparties sur 150 sites géographiques. Avec 13 UGECAM en régions, le groupe UGECAM bénéficie d'une implantation territoriale lui permettant d'assurer l'accès aux soins à toutes personnes fragilisées médicalement et socialement par la maladie et le handicap. L'UGECAM Bourgogne et Franche Comté compte plus de 550 salariés, 816 lits et places, 2500 usagers accompagnés, 15 structures médico-sociales et 2 établissements sanitaires dont le BOURBONNAIS.

### **3 – LE CENTRE AUJOURD'HUI, 44 ANS APRÈS !**

Ainsi, le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF) « Le Bourbonnais » œuvre de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Saône et Loire en fonction depuis le 2 mai 1973 est devenu un l'établissement de l'UGECAM de Bourgogne Franche Comté depuis le 1.1.2000.

L'établissement « Le Bourbonnais » dispose d'autorisations en Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR) spécialisés en :

- > prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de l'appareil locomoteur en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour
- > prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections du système nerveux en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour.

Historiquement, l'établissement assurait une prise en charge polyvalente avec une forte orientation d'orthopédie et de traumatologie.

L'existence d'un service d'appareillage depuis l'ouverture a permis de compléter l'offre de soins des patients amputés.

Entre 1997 et 2001 l'objectif était de développer et de créer une unité de soins en neurologie ce qui a été réalisé en 2000.

Ce type de prise en charge s'est ensuite accentué pour répondre aux besoins de santé du territoire.

Ainsi, les pathologies traitées aujourd'hui au sein de l'établissement sont :

- > l'orthopédie,

- > la neurologie,
- > la rhumatologie,
- > la traumatologie,
- > l'amputation.

La capacité d'accueil de 100 lits est répartie en 64 chambres individuelles et 18 chambres à deux lits, répartition issue du remodelage effectué en automne 1982, notamment par la suppression de 10 chambres à 4 lits. Depuis 2009, l'établissement dispose d'un service d'hospitalisation de jour de 10 places.

L'établissement est sur le même site que le Centre Hospitalier de Bourbon-Lancy (Hôpital d'Aligre, voir ci-dessus). Cet hôpital dispose d'une capacité de 308 lits et places (médecine, SSR polyvalent, Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS de moyens), plusieurs fonctions sont mutualisées telles que :

- > la fonction pharmacie
- > la blanchisserie depuis le 1er juillet 2001 et la restauration depuis 1er juin 2004.

Les astreintes médicales sont également communes avec le CH de Bourbon-Lancy.

Le Bourbonnais s'est engagé dans une démarche qualité depuis 2004 et est aujourd'hui certifié V2010 par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis le 25 juillet 2014.

## AUTRES ORIENTATIONS :

- L'ouverture de lits de neurologie est conforme au SROS 2012-2016 (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire)
- Le Bourbonnais est désormais reconnu Organisme de Développement Professionnel Continu (DPC). Un programme de DPC est une formation associant deux activités se déroulant en même temps. L'enjeu pour l'établissement est de valoriser en programme DPC les actions de formation interne. L'objectif est que le maximum de professionnels puisse satisfaire à son obligation
- L'UGECAM BFC a signé le 4 octobre 2013 avec l'ARS de Bourgogne un CPOM régional (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens). Le document identifie quatre axes d'évolution pour l'établissement
- Structurer le fonctionnement de l'hôpital de jour
- Projet de rénovation des bâtiments et des chambres
- Orientation de l'activité de SSR vers une prise en charge plus importante en neurologie
- Articulation avec les acteurs du médico-social, partenariat avec les collectivités locales, association d'usagers...

## COMPARAISON DES TAUX D'OCCUPATION, À L'OUVERTURE, ET MAINTENANT :

ANNEE	Journées réalisées
1975	34042
1976	34863
1977	34541
1978	34425
1979	34149
1980	34766
1981	34515
1982	34049
1983	33681
1984	34321
2011	30794 (28757 + 2037) en hospitalisation. de jour
2012	30263 (27763 + 2500) en hospitalisation. de jour
2013	30548 (27724 + 2824) en hospitalisation. de jour
2014	30681 (27331 + 3350) en hospitalisation. de jour
2015	30187 (26897 + 3290) en hospitalisation. de jour

Cette comparaison n'est que peu significative, tant les missions thérapeutiques du centre ont évolué.

Cela révèle néanmoins que l'utilité d'un tel établissement est importante dans une région qui concerne une zone d'influence extra régionale, accentuée par l'absence d'établissement SSR spécialisé en affection du système nerveux sur le département limitrophe de l'Allier notamment.

### LA CRÉATION D'UN S.A.M.S.A.H. :

**La présentation ci-dessous est de Monsieur Philippe Nebout, Directeur du « Bourbonnais » :** Structure innovante instituée par le décret n°2005-223 du 11 mars 2005, un « S.A.M.S.A.H. » est un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.

Le SAMSAM a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Ce service en milieu ordinaire vise une plus grande autonomie des personnes. Il propose donc une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert. Le SAMSAM, en permettant le maintien à domicile, constitue une réelle alternative à l'obligation d'admission en institution.

Les prestations du SAMSAM sont assurées par une équipe pluridisciplinaire composée en particulier d'éducateurs spécialisés, d'assistantes sociales, psychologues, médecins, infirmiers et ergothérapeutes. Le nombre et la qualité de ces professionnels sont appréciés en fonction de la qualification du service, de sa capacité, de ses objectifs et de ses modalités d'organisation et de fonctionnement, tels qu'ils ont été définis dans le projet de service (CASF – Article L312-173).

Cette liste n'est pas exhaustive dans la mesure où l'article D312-173 du CASF prévoit que l'équipe pluridisciplinaire de chaque service peut comporter, en tant que de besoin et dans le respect du projet de service, tout professionnel susceptible de concourir à la réalisation de sa mission.

Il s'agit pour cette équipe d'aider les personnes à la réalisation de leur projet de vie dans une dynamique d'insertion sociale. Cette insertion s'appuie sur des besoins identifiés, considérés comme "prioritaires" pour le bénéficiaire tels que le logement, la vie sociale et familiale, la citoyenneté, l'accès aux soins, etc.

Cette structure de proximité est particulièrement efficace car elle :

- offre la souplesse nécessaire aux réajustements des projets de chaque usager ;
- favorise la coordination des intervenants ;
- s'adresse à un public large et en particulier à un public non institutionnalisé, non repéré et en rupture de tout dispositif existant ;
- prévoit l'accompagnement vers les soins de ceux qui les refusent ;
- s'adresse à la personne prise dans sa globalité ;
- soutient et informe l'entourage du malade (aidants familiaux en particulier) ;
- répond à la politique générale de maintien dans le milieu naturel de vie et de « désinstitutionnalisation » ;
- intègre la réforme des tutelles de 2009 ;
- s'inscrit dans une dynamique de prévention afin de soulager les aidants et les soignants en optimisant les moyens par la mutualisation des ressources ;
- répond par son mode opératoire aux injonctions nationales et préoccupations budgétaires du Conseil Général (Schéma départemental) et de l'ARS (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale) par son accompagnement à la vie sociale à partir de leur domicile pour les personnes non prises en charge par les établissements.

Les SAMSAM peuvent être autonomes ou rattachés à un établissement (centre hospitalier, associations de santé, SAVS, FAM, etc.).

L'intérêt d'adosser un SAMSAM à une structure sanitaire est le travail en filière qui permet d'éviter les ruptures dans la prise en charge.

Comment se présente l'accompagnement personnalisé d'un SAMSAM ?

Le **SAMSAM** se décline en différentes étapes :

- 1. Une évaluation pour identifier les besoins et les capacités d'autonomie** dans les domaines de la santé, de la vie sociale, du logement, de la vie quotidienne, de l'insertion professionnelle ;
- 2. L'élaboration d'un projet individualisé d'accompagnement** détaillant l'aide à mettre en œuvre. Délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;
- 3. La réalisation de ce projet grâce à un suivi éducatif et psychologique** coordonnant les actions de différents intervenants et prenant en compte l'environnement social et familial ;
- 4. Une assistance, un accompagnement ou une**

aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;

**5. Un soutien concret des relations avec l'environnement familial et social ;**

**6. La mise en place de relais avec les partenaires du secteur** afin de contribuer à l'insertion et l'épanouissement personnel (scolaire, universitaire et professionnelle) ou d'assurer la continuité du projet d'insertion en favorisant le maintien de cette insertion.

**7.** La nature de l'accompagnement (dépendance, suppléance, guidance, conseils, suivi etc.) est définie par rapport au niveau de capacité de réalisation de l'acte par la personne, ce n'est qu'un moyen, une prestation mise en œuvre qui vient compenser les effets du handicap.

Les prestations correspondantes sont délivrées au domicile de la personne ainsi que dans tous les lieux où s'exercent ses activités sociales, de formation, y compris scolaire et universitaire, et ses activités professionnelles, en milieu ordinaire ou protégé, ainsi que, le cas échéant, dans les locaux du SAMSAH.

L'ambition du SAMSAH est de réinscrire le bénéficiaire dans le dispositif de droit commun.

L'accompagnement se veut être temporaire. Il doit

être un levier dans le cadre de l'élaboration du projet de vie, aboutissant à l'autonomie du bénéficiaire malgré son handicap.

Le SAMSAH de BOURBON-LANCY est inauguré le 16 mars 2017.

#### 4 - CONCLUSION :

Initié par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Saône et Loire, le CRRF « Le Bourbonnais », sous l'égide de l'UGECAM, s'est énormément professionnalisé et diversifié en application des textes spécifiques à la rééducation et à la réadaptation des personnes traumatisées. Même si l'idée intéressante du début liée à l'utilisation des eaux thermales a dû être abandonnée, le centre a amplement compensé par un savoir-faire et une spécialisation hautement reconnus et, par suite, bénéficie d'une notoriété qui dépasse largement les limites des départements de Saône & Loire et de l'Allier.

**Hervé AUCLAIR**

*Remerciements :*

*J'adresse tout particulièrement mes remerciements à Monsieur Philippe NEBOUT, Directeur du Bourbonnais, et à la Direction de l'UGECAM Bourgogne Franche-Comté sans l'accord desquels cet article n'aurait pu être réalisé.*



# Les tentatives de maîtrise des coûts de l'assurance maladie

(du pointage au crayon fuchsine à la régulation du système de soins)



De tous temps les grands systèmes dépensiers de protection sociale ont cherché à maîtriser les coûts et à contenir le poids des prélèvements sociaux. L'Assurance maladie n'y a pas échappé, au prix de grandes difficultés compte tenu de la problématique générale: nature impérieuse des besoins, nombre des bénéficiaires, volume des flux et impact sur l'économie du pays.

Quelques chiffres de la situation dans les années 1970/80, période de pleine charge liée à la généralisation effective du bénéfice de la sécurité sociale (lois du 2 juillet 75 et 2 janvier 78).

- Un flux quotidien de 4 à 5 000 000 de feuilles de soins et autres documents de prise en charge pour la seule assurance-maladie,
- 128 Caisses Primaires de sécurité sociale qui sont devenues des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et 4 Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS) traitent ces courriers grâce à 120 000 agents,
- une croissance des actes médicaux de l'ordre de 3 à 7% l'an, selon les secteurs professionnels,
- une progression régulière des dépenses de santé: environ 4% du PIB en 1960, jusqu'à 11% en 2011 (1).

À cette époque le souci dominant des organismes était de rembourser les frais de soins rapidement et sans erreur (vite et bien) alors que les occurrences de risques restaient nombreuses :

- calcul manuel des décomptes puis encodage mécanographique,
- de multiples interprétations de la réglementation renforcées par le nombre des acteurs de la chaîne de traitement (liquidateurs et contrôleurs),
- des pratiques différentes selon les organismes, aboutissant à une inégalité de traitement géographique entre les bénéficiaires,
- une législation en évolution permanente, le « Traité de la sécu » en atteste,
- une pression managériale de plus en plus importante pour obtenir plus de rendement productif afin d'absorber des flux en croissance forte.

Aussi les méthodes et organisations de contrôle, de maîtrise, de gestion des risques (sociaux) ou du risque (assurance maladie, maternité, etc. ), puis des objectifs de dépenses, ont-elles été d'autant plus créatives et volontaristes que le fameux « déficit de la sécu » s'apparentait, malgré les multiples réformes, au tonneau des Danaïdes.

Depuis le seul contrôle comptable exhaustif jusqu'aux objectifs nationaux de dépenses de l'assurance maladie et aux lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), comment le « trou » n'a t'il pas réussi à avaler la sécu ?

Plusieurs réponses, non exhaustives, relatives à l'efficacité grandissante des méthodes et à une efficience importante (rapport coût administratif/résultats) :

- réorganisations et recherches de productivité permanentes,
- mise en place de politiques de prévention, développement d'outils statistiques,
- collaborations conventionnelles enrichies avec les professions de santé,
- formation de fonctions spécialisées et amplification de collaborations internes (directeur, médecin-conseil et agent-comptable) qui ont permis de mieux percevoir et identifier les mécanismes externes de formation des coûts.

Ceux-ci ont été appréhendés :

- par la demande: démographie, vieillissements, épidémies, etc.,
- par l'offre: nombre de cabinets médicaux, nombre d'actes, modernisation de l'offre de soins, implantation

d'équipements, pratiques et comportements médicaux, nomadisme médical, etc ...  
- par les prix: des actes médicaux, des médicaments et du secteur hospitalier.

*« le pessimisme est d'humeur, l'optimisme est de volonté. »*

Alain

En développant également des systèmes et méthodes statistiques informatisés permettant une connaissance plus détaillée des remboursements effectués, de suivi comparatif et de surveillance du contenu des flux remboursés, des pratiques qu'elles soient ambulatoires (profil de praticien par exemple) ou hospitalières (PMSI), puis en comparant des populations statistiques homogènes (mesure de l'écart à la moyenne) pour redresser les éventuelles déviations sur le fondement de critères objectifs.

## LE CONTRÔLE PROPREMENT DIT DES DÉPENSES DE SANTÉ

### DANS UN PREMIER TEMPS (ANNÉES 1960/70), ON VÉRIFIE TOUT : LE CONTRÔLE DE MASSE.

L'effort des services de prestations consiste donc :

- à **former** les techniciens du mieux possible, la compétence professionnelle pointue étant la meilleure garantie de qualité du travail dans l'esprit des dirigeants. Un bon agent travaille plus vite et fait peu d'erreur.

Les cours de techniciens mobilisent toute la hiérarchie interne pour dispenser un tronc commun culturel sur l'histoire de la sécurité sociale, ses valeurs et objectifs, son organisation, puis une formation technique spécialisée selon les besoins des services de prestations (maladie/maternité, invalidité, accidents du travail/maladies professionnelles, etc ...). Par la suite, ces formations permanentes sont réalisées par des services de formation locale ou régionale inter-organismes (CRFPP) dans le cadre d'une structure nationale (UCANSS).

- à **contrôler** cependant tous les paiements à priori (avant paiement). Chaque décompte liquidé (ordonnancé) par un liquidateur délégué du directeur est contrôlé par un délégué de l'agent comptable qui refait le même travail que son collègue pour valider le résultat obtenu et délivrer le « bon à payer ».

De plus, une équipe de contrôle dite **à posteriori** (après paiement) reprend, selon des critères aléatoires ou ciblés, certains dossiers archivés pour vérification. Ce dernier contrôle a aussi vocation à créer un climat d'incertitude pour la fraude potentielle, y compris interne aux organismes.

L'objectif qualitatif interne consiste à maintenir un taux d'erreur inférieur à 3 %, seuil considéré comme acceptable à l'époque, dans un équilibre coût/moyens/qualité de service.

Enfin, le service médical de l'assurance maladie détaché auprès de la CPAM exerce une mission de service public compte tenu de son expertise :

- de conseil des services administratifs de l'organisme en donnant un avis sur certains éléments médicaux à rembourser,
- de contrôle des traitements et d'accompagnement des assurés en lien avec le médecin traitant,
- de contrôles contentieux et de lutte contre la fraude.

Mais cette organisation composite de type administratif ne résout encore en rien la progression globale des dépenses.



### DEUXIÈME ÉPOQUE (ANNÉES 1970/80), ON IDENTIFIE LES RISQUES : LE CONTRÔLE ORIENTÉ.

Le placage des pratiques industrielles du tayloro-fordisme (Taylor : découpage et automatisation des tâches répétitives appliqués aux chaînes industrielles des usines automobiles Ford américaines - illustration dans le film « les temps modernes » avec Charlie Chaplin ) sur l'organisation administrative avait montré ses limites.

L'informatisation nouvelle allège les tâches répétitives et les calculs manuels, les personnels aspirent à un enrichissement de leur fonction et à une meilleure reconnaissance de leur statut. La limitation des budgets amène la recherche de l'efficacité.

Le « toyotisme » (forme d'organisation du travail qui consiste à **réduire les coûts** de production, **diminuer les délais** et produire de la **meilleure qualité** possible - l'ingénieur japonais Taiichi Ōno est considéré comme son inventeur chez Toyota) arrive via les cabinets de consulting appelés en support des réorganisations des chaînes

informatisées et promet une plus grande autonomie à un personnel « multitâches », plus compétent car plus polyvalent, et en principe mieux rémunéré. Les notions de back-office (machinerie interne) et front-office (contact avec le public) s'installent.

Pour le contrôle, ces concepts organisationnels se traduisent par l'avènement du **contrôle aléatoire** en ligne pour les paiements directs et prestations en nature, longtemps suspect d'être une passoire déresponsabilisante aux yeux de la tutelle administrative de l'Etat exercée par les Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS).

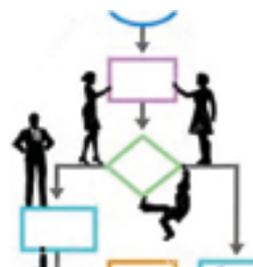
L'accentuation du **contrôle ciblé ou orienté** par les services administratifs et médicaux sur les plus grands facteurs de risque ou prestations plus coûteuses, par exemple les indemnités journalières, les interventions chirurgicales, les traitements lourds ou itératifs ont permis d'affûter les esprits et les pratiques tout en améliorant l'intérêt du travail. A noter que les prestations répétitives telles les rentes accidents du travail et les pensions d'invalidité faisaient toujours l'objet d'un contrôle exhaustif à l'ouverture initiale des droits. Le taux d'erreurs détectées reste stable.

Toutefois, à part un fort sentiment interne de meilleure pertinence et le constat évident d'une économie de gestion considérable (réduction des effectifs ou réaffectation), aucun bilan probant ne vient valoriser ces méthodes: de bonnes intentions, une qualité de service toujours correcte, mais un professionnalisme de la maîtrise des coûts à parfaire car la fuite en avant des charges de protection sociale s'accélère toujours.

### TROISIÈME ÉPOQUE (1980/2000), UNE APPROCHE PLUS GLOBALE : LE CONTRÔLE DEVIENT UN DES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ.

Le **contrôle interne** apparaît - nouveau concept ou simple évolution du contrôle ciblé ?

Selon le rapport 2009-M-043 de l'Inspection des Finances, « le contrôle interne se définit de façon générique comme un processus mis en œuvre par une organisation dans son ensemble afin de fournir une assurance raisonnable sur la réalisation de ses objectifs. En ciblant les activités de contrôle sur les opérations présentant les risques les plus élevés, l'internalisation du contrôle permet de le rendre plus efficace et de sensibiliser les responsables des opérations concernées à ses enjeux ».



La grande nouveauté réside surtout dans ce que le contrôle interne, concept global, concerne toutes les fonctions productives de l'entreprise, la quasi-totalité de la chaîne de commandement, fixe des objectifs de performance, donne du sens et offre des garanties. Il n'a de sens qu'associé à une démarche d'audit réalisée par des professionnels indépendants.

Pour l'assurance maladie, l'originalité de cette méthode amène tous les acteurs à **s'interroger sur tous les facteurs de risque pour l'ensemble des activités** et non plus seulement liés aux prestations distribuées. On voit alors fleurir des groupes de travaux associant toutes les forces vives de l'institution - directeur/ordonnateur, médecin-conseil/contrôleur, agent-comptable/payeur (comptable public agréé) - ou leurs délégués pour coordonner les efforts des différentes fonctions dans le cadre d'un plan local de gestion des risques conçu en commun.

Après une lente maturation et évolution des esprits, ce dispositif de contrôle interne à chaque organisme, toujours en vigueur pour l'essentiel, atteint sa maturité professionnelle et organisationnelle. Pour obtenir ce résultat, il fallut cependant que chacun partageât volontairement une partie de ses prérogatives, son pré carré et acceptât de n'être qu'une partie responsable d'un tout commun. L'égo souffrit parfois ...

A noter également une petite révolution: une réelle prise de conscience apparut, notamment dans le domaine informatique de production ou des occurrences de risque majeures spécifiques, jusque-là ignorées furent identifiées et modifièrent en profondeur l'ensemble des pratiques, restées pour partie largement empiriques. A titre d'exemple, **le plan de contrôle interne (PCI) du centre de traitement régional** comporte une description complète de l'architecture applicative, des points de reprise, des processus de sauvegarde et restauration, des fichiers en ligne, des phases et résultats de test, des points de contrôle bloquant, des résultats attendus, etc ... Bien entendu, toute modification ou maintenance est soumise à une qualification préalable dans un environnement de test avant « bascule » en environnement de production. Tous les produits de sortie des chaînes de traitement doivent être validés/autorisés par une personne dûment habilitée. Ces dispositifs exigeants offrent une garantie essentielle aux CPAM adhérentes de la région car la bande magnétique des paiements remise aux banques « pesait » plusieurs dizaines de millions ... de francs pendant à l'époque.

Une nouvelle fonction de **Délégué des Agents Comptables (DAC)** fut créée à cet effet et occupée par un expert ayant autorité, dans chaque CTI de traitement régional.

En outre, la puissance de stockage de l'outil informatique permit le développement rapide de data-bases (entrepôts de données affinées et anonymisées) dont la consultation par des requêtes croisées sophistiquées ouvrit un extraordinaire champ de connaissance sur tous les éléments codifiés des remboursements et consommations de

soins. Ces systèmes sont également disponibles pour des enquêtes de santé publique, la recherche universitaire et les actions préventives ou curatives.

En termes organisationnels, ces évolutions mirent un terme définitif aux « particularités locales » et ouvrirent le champ de l'unification centralisée en marche vers un **Système National Informatique de l'Assurance Maladie (SNIAM)** que je fus modestement chargé de mettre en place, après la grande angoisse vaine du passage à l'an 2000. L'informatique de l'assurance maladie est désormais la propriété de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

Pour les organismes ce brassage d'idées aboutit aussi assez rapidement à une nouvelle évidence: chacun des contrôles institués ne couvrait qu'une partie du champ des risques globaux. Rassembler et coordonner les moyens administratifs, médicaux et comptables autour d'objectifs communs démultiplierait l'efficacité et rendraient plus efficaces les moyens. En outre, la dimension critique de l'action n'apparaît plus pertinente dans le périmètre limité à l'organisme.

La maîtrise des dépenses était née. Mais elle restait encore « dans les murs » pour ceux qui avaient réussi ces coordinations d'intérêt commun. Sous l'impulsion de la CNAMTS et des dynamiques locales des Plans de Gestion Des Risques (GDR) locaux, régionaux et nationaux coordonnés sont mis en place avec tous les acteurs du régime général.

Dans cette période,

- la maîtrise des budgets de gestion administrative se réalise par le biais de Contrats d'Objectifs et de Gestion (COG) signés entre les CPAM et la CNAMTS et entre la CNAMTS et l'Etat. Le plan de GDR fait partie intégrante de ces contrats. Un ou plusieurs indicateurs de résultat de la GDR sont intégrés à la formule de calcul de l'intéressement annuel versé aux personnels.

- la **maîtrise des dépenses de santé** correspond au plan de gestion du risque des organismes. La notion de gestion du risque a été introduite dans le Code de la Sécurité sociale en 1996, ce thème devenant un des buts des conventions d'objectifs et de gestion (COG) nouvellement créées. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie en fait une compétence spécifique des caisses nationales d'assurance maladie.

L'approche globale de maîtrise de la branche maladie avait abouti dans son périmètre d'action; toutefois, un sentiment d'inachevé demeurait car un certain nombre d'acteurs n'étaient pas associés, rendant vains les espoirs d'une réelle maîtrise de l'ensemble des dépenses dans tout le champ de la santé.



Manquaient notamment autour de la table les autres régimes obligatoires et les organismes complémentaires, les corps médicaux libéraux (l'hospitalier relevant de l'Etat) pour réellement encadrer et réguler l'offre de soins à l'origine des coûts. Le système de maîtrise ne pouvait pas produire tous ses effets.

Il fallait en effet coordonner l'action de tous les acteurs en dépassant le champ d'attribution du seul régime général de Sécurité sociale. Par contre, certains craignaient déjà de nourrir l'appétit du jacobinisme institutionnel déjà trop centralisateur et de faciliter la mainmise de l'Etat sur les systèmes de protection sociale. A terme la démocratie sociale, gestionnaire officielle des régimes obligatoires, pouvait sembler menacée au profit de la démocratie électorale et du pouvoir exécutif. L'avenir leur donnera raison.

## PROFESSIONNALISATION ET STRUCTURATION DE LA GESTION DES RISQUES

Un nouvel organisme est créé par modification du code de la Sécurité sociale :

**L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)** dont le champ d'application couvre le champ de l'ambulatoire en associant tous les régimes obligatoires.

L'ordonnance du 24 avril 96 (96-345) relative à la maîtrise médicale des dépenses de soins et à la coordination des réseaux de soins donne la direction de l'action.

La même ordonnance (96-346) relative à la complémentarité hospitalière public/privé complète le dispositif de maîtrise de l'offre.

Le rôle du **Service Médical Régional (SMR)** devient naturellement prépondérant car il est le seul expert légitime de l'institution audible par les acteurs médicaux du système de santé et susceptible d'évaluer

correctement les filières de soins. Les statuts internes évoluent : convention collective des médecins conseil, formation continue par l'EN3S, redéfinition des attributions des échelons locaux, régionaux et nationaux. Sous l'autorité directe du directeur de la CNAMTS, le Médecin Conseil Régional (MCR) devenu Directeur du Service Médical Régional (DRSM) porte la responsabilité de l'élaboration des politiques de l'Assurance maladie dans le domaine médical et de la santé publique.

A noter qu'en Bourgogne Franche Comté, le DRSM est le coordonnateur régional de la gestion du risque (cf article de Gérard ESCANO - N° 22 de Mémoire en marche - déc. 2016).

Le directeur de la CNAMTS devient aussi directeur d'un nouvel organisme, l'**Union Nationale des Organismes Complémentaires d'assurance Maladie (UNOCAM)** rassemblant les acteurs des assurances et mutuelles complémentaires de santé.

## DE NOUVELLES MÉTHODES SONT THÉORISÉES, DÉFINIES PUIS MISES EN PRATIQUE

### La régulation des dépenses de santé <sup>(2)</sup>

Il existe différents moyens de réguler les dépenses de santé :

- **jouer sur l'offre**, c'est-à-dire sur les producteurs de soins (professionnels de santé, établissements de soins...), par exemple, par des *numerus clausus*, la fixation du prix des actes ou des produits de santé... ;

- \* **jouer sur la demande**, c'est-à-dire sur les consommateurs de soins, en augmentant leur reste à charge par l'instauration, par exemple, de franchises sur les médicaments, une participation forfaitaire aux consultations chez le médecin... ;

- \* **viser le changement des comportements des prescripteurs de soins ou des patients**, en diffusant, par exemple, des référentiels de bonnes pratiques pour les professionnels de santé ou en lançant des programmes de prévention des risques auprès des assurés ;

- \* **s'attacher à l'organisation globale du système de santé** tant dans sa structuration que dans ses modalités de gestion.

Chacun de ces moyens n'est que très rarement mis en œuvre isolément. La maîtrise des dépenses nécessite en effet plus une combinaison et une coordination de différents instruments, tant chacun d'entre eux, utilisé seul, peut avoir des conséquences contre-productives pour le système de soins et son accès par les patients.

### La régulation de l'offre de santé <sup>(2)</sup>

Elle porte sur les producteurs de soins (professionnels de santé, établissements de soins, etc.) et actionne plusieurs leviers.

- \* **maîtriser le nombre** de professionnels de santé et de jouer ainsi sur le volume des actes réalisés. Parmi ces mesures le *numerus clausus* fixe depuis 1979, par arrêté ministériel, le nombre d'étudiants admis en deuxième année de certains cursus universitaires, principalement dans les professions de santé réglementées (médecine, odontologie, pharmacie). Cette mesure joue directement sur le nombre de professionnels de santé aptes à prescrire des actes médicaux et donc, in fine, sur la « capacité de production » des actes.

- \* **réguler l'offre** en maîtrisant :
  - le nombre de « délivreurs » de médicaments (d'ouverture d'officines pharmaceutiques ou de lits en milieu hospitalier),
  - la capacité de réalisation d'actes médicaux pour les hôpitaux, sachant qu'un nombre important d'entre eux nécessite un « hébergement » des patients.

- \* **maîtriser les prix** des actes ou des produits de santé. L'État ou les caisses d'assurance maladie ont le pouvoir d'infléchir les prix des actes à la hausse ou à la baisse. De la même manière, depuis 2004, par le biais du mécanisme de **tarification à l'activité (T2A)**, le prix de chaque activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) réalisé en secteur hospitalier public ou privé est fixé chaque année par le ministre en charge de la santé.

Tous les secteurs sont ainsi touchés par ces mécanismes dont la finalité est de réguler le marché par le prix avec,

pour corollaire, un risque inflationniste, les acteurs compensant parfois la limitation voire la réduction des prix par une activité accrue (médecins, hôpitaux) ou une augmentation des ventes (médicaments par exemple).

## La régulation de la demande <sup>(2)</sup>

Il s'agit de reporter sur les patients une partie des frais de santé (le reste à charge). On entend ainsi les responsabiliser (principe du ticket modérateur) et donc éviter des dépenses non nécessaires ou excessives.

Parmi ces mesures, on peut citer :

\* **le parcours de soins coordonnés** qui implique le choix d'un médecin traitant servant de régulateur, notamment pour orienter vers un médecin spécialiste. En parallèle, une modulation des taux de remboursement est instaurée, en fonction du respect ou du non-respect de ce parcours de soins (par exemple, s'adresser directement à un spécialiste, sans passer par son médecin traitant entraîne un moindre remboursement) ;

\* **les franchises médicales** (part du prix qui ne peut pas faire l'objet d'un remboursement et reste donc à la charge du patient) sur les médicaments (50 centimes par boîte), les actes paramédicaux (50 centimes par acte) ou les transports sanitaires (2 euros) ;

\* **les participations forfaitaires de 1 euro** sur les consultations de médecins, les forfaits hospitaliers (18 euros par jour en hôpital ou en clinique).

Même si ces mesures sont plafonnées et que les personnes aux ressources les plus faibles (les bénéficiaires de la CMU) en sont exonérées, elles peuvent avoir des conséquences parfois contradictoires :

- en augmentant les taux de nonaccès ou de non-recours aux soins pour les personnes à faibles revenus, elles peuvent en fin de compte générer plus de dépenses, en raison d'une dégradation possible de l'état de santé des « non-recourants » et donc des frais plus élevés par la suite ;
- en augmentant le risque « d'aléa moral » des personnes les mieux couvertes (celles qui disposent notamment d'une bonne couverture complémentaire prenant en charge tout ou partie des franchises) qui ne seront pas incitées à limiter leur consommation de soins, annihilant ainsi tout effet des politiques de modération.

## La régulation du comportement des acteurs <sup>(2)</sup>

\* **Du côté des prescripteurs**, l'effort est particulièrement mis sur les référentiels de bonnes pratiques médicales qui passent par des recommandations produites notamment par la Haute Autorité de santé (HAS) à partir de référentiels opposables.

C'est dans ce cadre que l'on retrouve les campagnes menées conjointement par les délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et les médecins-conseils du service médical auprès des professionnels de santé. Ces visites, qui se font directement au sein des cabinets, peuvent porter :

- sur la bonne prescription d'arrêts de travail en fonction des pathologies observées (à l'aide des référentiels de la HAS) ;
- sur la bonne prescription de certaines classes de médicaments (statines, antibiotiques, etc.) afin de maximiser leur efficacité thérapeutique ;
- sur la promotion des médicaments génériques, moins chers et aussi efficaces que les médicaments princeps.

L'accent est mis également sur une modification des relations entre les praticiens et les caisses d'assurance maladie. Dans le cadre des relations conventionnelles, une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a été introduite en 2011. Elle permet de rémunérer les médecins sur des bonnes pratiques en matière de prescriptions, d'organisation du cabinet médical ou de prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques (diabète, par exemple). L'atteinte des objectifs fixés au praticien est rémunérée tout en n'étant pas contraignante. L'adhésion à la ROSP est en effet facultative.

\* **Les caisses d'assurance maladie**, qu'elles soient obligatoires ou complémentaires, sont des acteurs majeurs qui ont généré pour la collectivité un coût de gestion de 12,5 milliards d'euros (Mds€) en 2011. Ces montants sont quasi équivalents entre le régime obligatoire (6,5 Mds€) et le régime complémentaire (6 Mds€). Même si ces organismes ne sont que les gestionnaires du système de soins et ne sont pas générateurs de progression des dépenses de santé, il existe aussi chez les opérateurs encore des marges d'économie selon l'Etat

et des gains de productivité importants liés à :

- une meilleure diffusion des **télé-services** auprès des professionnels de santé et des assurés.
- la généralisation de la **dématérialisation des paiements** (augmentation des taux de feuilles de soins électroniques – FSE) ou des prescriptions.

Ces efforts, partagés avec les professionnels de santé sur lesquels on reporte une part de la charge de travail des organismes, ont ainsi permis de diviser par dix, depuis la mise en service de la carte Vitale en 1998, le nombre de salariés dédiés aux activités de production au sein des caisses primaires d'assurance maladie.

Parmi les autres sources d'économie, on peut citer la réduction des différences de coûts de gestion entre organismes par le déploiement de procédures de travail harmonisées, des mutualisations d'activité soit au niveau national ou régional (fonctions supports, activités de production, centres d'appels, etc.).

Enfin, la poursuite de la **diminution du nombre de régimes obligatoires** va dans le même sens. Il s'agit d'accélérer la fusion de certains d'entre eux avec le Régime général (c'est le cas, par exemple, du Régime des mines dont les activités assurantielles et d'offre de soins ont été rattachées au Régime général) ou leur rapprochement en confiant la gestion de tout ou partie de leur activité à un autre régime (par exemple, les prestations d'assurance maladie de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) confiées au Régime général).

\*Quant à **l'État, et notamment le ministère en charge de la santé**, il intervient dans le secteur hospitalier public et privé par le biais :

- de la **planification sanitaire** qui vise à répartir de manière équitable sur le territoire les services de santé, et notamment les hôpitaux ;
- du **financement** à la fois des infrastructures (dotation de fonctionnement) et des actes (tarification à l'activité – T2A – s'appuyant sur l'activité réalisée).
- de la **loi** : la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009,
- des structures de régulation de plus en plus concentrées:

**les agences régionales de santé (ARS)** sont créées le 1er avril 2010.

Etablissements publics, les ARS regroupent, au niveau régional, plusieurs organismes chargés des politiques de santé, qu'ils soient dépendants de l'Etat ou de l'Assurance maladie. Elles sont chargées de piloter la politique de santé publique (prévention, veille et sécurité sanitaires) en région et de réguler l'offre de soins tant dans le domaine hospitalier que dans celui de la médecine de ville.

Présentées par la ministre en charge de la santé comme la "clef de voûte" du nouveau système de santé, les ARS sont cependant critiquées par des partenaires sociaux qui dénoncent une étatisation de pans entiers de l'Assurance maladie.

Au-delà, l'Europe ayant intégré les comptes de sécurité sociale dans les comptes nationaux des pays adhérents, l'État s'est trouvé directement télescopé par les déficits financiers et comptables de toutes les branches de sécurité sociale. Ceux-ci contribuent en effet à aggraver le déficit budgétaire de l'Etat limité normalement à 3% dans le cadre des engagements européens votés.

Deux évolutions ont été la conséquence de ces préoccupations:

\* **la certification des comptes** de la sécurité sociale pour chaque branche et donc la certification obligatoire des procédures pour chaque organisme du réseau. Ces dispositions ont été initiées dans les années 1990.

\* le vote par le Parlement d'une **loi de financement annuelle** de la Sécurité sociale (LFSS) fixant un objectif national de dépenses à ne pas dépasser, **l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM)**.

## EN GUISE DE CONCLUSION...

Quel chemin parcouru depuis notre crayon fuchsine qui teintait de violet la bouche de nos anciens collègues ! Mais, bien que le système soit maintenant global, complet, cohérent et actif jusqu'au plus haut niveau de l'Etat, la maîtrise des dépenses de protection sociale ou de santé reste encore un résultat à parfaire ou à tout le moins

à surveiller puisque, jusqu'en 2010, tous les objectifs annuels fixés par le parlement ont été systématiquement dépassés. Les dispositifs et en particulier le jeu des acteurs libéraux, imprégné d'antagonismes économiques ou d'enjeux contradictoires, restent donc certainement perfectibles.

Dans l'immédiat, et devant l'immensité de la tâche, les politiques de maîtrise des dépenses de santé semblent hésiter entre une peu ambitieuse logique budgétaire et comptable appliquée aux seuls systèmes de santé et de protection sociale et une réelle volonté de dominer les causes profondes du dérapage des coûts et des nuisances de santé. Nous ne sommes pas encore au bout du raisonnement qui implique d'abord de limiter toutes les causes, si possible, avant de réduire le coût des conséquences.

L'action des agences nationales relatives à la santé et aux médicaments mériterait, par exemple, d'être évaluée au moins pour ce qui se rapporte aux politiques de gestion des risques, à défaut de celles concourant à la santé publique. Dans ce sens la gestion des risques pourrait aussi aller jusqu'à s'intéresser aux facteurs externes (amiante, particules fines de l'air, pollutions chimiques, nucléaire, allergènes, etc ...) dont on sait évaluer assez précisément l'impact mortifère sur la population exposée.

L'Etat a seulement choisi, pour l'instant, de ne pas limiter les soins en fonction de critères purement comptables ou financiers, menace latente qui aurait laissé aux professionnels de santé la responsabilité du choix du patient qui ne serait pas ou mal soigné ou pas remboursés sur des critères ... d'âge (?), de responsabilité réelle ou supposée (risque lié au sport, aux vacances ?) ou arbitraires (petit risque ??).

Ces hypothèses évoquées épisodiquement, en particulier à l'occasion de campagnes électorales seraient elles d'ailleurs acceptées par la population ? Quid également du corps médical qui serait confronté en permanence à des arbitrages sur critères financiers, en parfaite contradiction avec le serment d'Hippocrate qui conduit leur action. L'histoire n'est pas finie et dépasse maintenant largement la seule Assurance maladie. Souhaitons-lui toutefois longue vie car c'est un pilier important de cohésion sociale et de notre avenir collectif.

**Bernard THOMAS**

(1) Sources: banque de données de l'OCDE et article sur "La santé des Français : Quels résultats ? Quelles réformes", (publié dans "La santé, quel bilan ?", Cahiers français, n° 369, juillet-août 2012, La Documentation française), Pierre de Montalembert.

(2) Source « documentation française - vie publique »

# L'évolution du corps des agents de direction Un nouvel éclairage dans le cadre d'une vaste campagne d'archives orales <sup>(1)</sup>

(de 1945 à nos jours)

Depuis 2008, des campagnes d'entretien sont organisées dans les caisses du régime général à l'initiative du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale de Bourgogne Franche Comté (association loi 1901). D'abord conçus pour sonoriser le Musée national de l'Assurance maladie de Lormont, ces témoignages ont rapidement été pensés pour éclairer les différents aspects du travail à la Sécurité sociale. Le choix a été fait de cibler une grande variété d'acteurs, ayant eu des tâches d'exécution (employés aux archives ou aux écritures) ou de direction (agents comptables, directeurs), administratives ou plus techniques (mécánographes, informaticiens), en contact ou non avec le public (hôtesse d'accueil, guichetiers, standardistes) et permettant d'aborder les générations successives jusqu'à nos jours. Il était également nécessaire d'avoir des témoins ayant travaillé dans les différentes branches de la Sécurité sociale. Ceux-ci ont été directement contactés par les membres de l'association ou par le biais de l'Union des personnels retraités des organismes sociaux de Sécurité sociale de Bourgogne Franche-Comté (UPROS). S'il a été décidé, dans un premier temps, de rester dans le cadre de ces régions – en attendant d'autres campagnes régionales – l'angle privilégié devait permettre d'atteindre une certaine représentativité.

## UN SITE SUR LA MÉMOIRE DU TRAVAIL

Les entretiens ont été réalisés par les membres du Comité régional, eux-mêmes anciens professionnels de l'institution. Cela a permis d'aborder des questions très techniques mais aussi de susciter de nombreuses interactions avec les témoins et de traiter de tous les sujets sans tabous. L'objectif était de construire une base mémorielle réalisée à l'initiative et pratiquement par les acteurs mêmes de la Sécurité puis de la rendre accessible tant aux agents des caisses, qu'aux chercheurs ou au grand public.

Un site internet (<http://www.memoiredutravailalasecuritesociale.org/>) a été mis en ligne en mai 2015 dans le cadre du 70ème anniversaire de la Sécurité sociale. Il rassemble pour l'instant une trentaine de témoignages recueillis sous forme audio (format numérique) ou vidéo (un accord préalable ayant été systématiquement demandé pour autoriser l'utilisation de l'entretien sous tout support). Chaque témoignage a ensuite été traité et découpé pour une facilité d'écoute. Il doit illustrer un thème, un métier, une méthode (avec six grandes entrées : personnel, gouvernance, outils et techniques, organisation du travail, ambiance au travail, bénéficiaires).

## AGENTS DE DIRECTION, UN CORPS AU CENTRE DES ATTENTIONS

Le corps des agents de direction est central dans cette démarche mémorielle et particulièrement représentée sur le site. Cela tient d'abord aux membres du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Bourgogne Franche Comté, souvent eux-mêmes anciens agents de direction et sensibles aux problématiques de cette fonction. C'est lié également à la place déterminante qu'occupe ce type de poste dans l'évolution même des organismes de Sécurité sociale. Plusieurs aspects permettent ainsi d'être abordés dans une perspective historique. C'est d'abord le rôle que jouent ces agents de direction dans la construction d'une « culture d'entreprise » propre aux valeurs et à la mission sociale de l'institution – dimension renforcée par le décret du 12 mai 1960 qui accentue le contrôle direct sur le personnel. Jusqu'à dans les années 1960, le directeur est responsable de la formation sur le tas de ce nouveau personnel, embauché – par voie de concours ou non – sous le régime du droit privé. L'un des objectifs principaux est alors de le discipliner au fonctionnement bureaucratique et de le faire adhérer aux enjeux du rendement, particulièrement à partir des années 1960-70.

L'importance déterminante du type de formation est une autre dimension qui transparaît dans les témoignages et façonne le corps des agents de direction selon que les candidats progressent en interne ou qu'ils intègrent directement, après un cursus universitaire, les écoles supérieures. Ce sont dans un premier temps les promotions internes – dont les conditions ont été explicitées dans la convention collective interbranches de 1957 – qui sont facilitées par l'institution. Repérés parmi les meilleurs éléments des employés, ces agents sont ainsi encouragés à progresser en interne. Plusieurs témoignages montrent ainsi une génération de directeurs entrés par la « petite porte » qui connaissent bien la production, maîtrisent les rouages de l'institution nécessaires à la démonstration de l'aptitude aux fonctions de direction.

Différents exemples soulignent la possibilité d'accession à l'encadrement pour des personnes entrées comme simples agents d'exécution et la perspective ainsi de passer du statut d'employé à celui de cadre, ce qui distingue la Sécurité sociale de l'administration française où de tels exemples d'ascensions sont plus rares pour la période concernée. L'itinéraire des témoins montre aussi la réalité d'une mobilité professionnelle de ces agents, qui peuvent passer au cours de leur carrière d'une branche à l'autre de la Sécurité sociale – mobilité que l'on retrouve chez

les agents intermédiaires de la fonction publique. La valorisation durant cette période par les caisses de leurs meilleurs personnels permet ainsi de former des agents de direction très pragmatiques en raison de leur bonne connaissance de ces mécanismes concrets, capables d'analyser les forces et faiblesses des différents postes. Les directeurs formés durant les années 1970 constituent néanmoins la dernière génération de ces directeurs-stratèges qui laissent place au cours des années 1980 à des directeurs-managers. À la différence de leurs prédécesseurs, ces agents de direction sont entrés directement par voie de concours au CNESS. L'exploitation de nouveaux témoignages devrait permettre d'étudier comment ces directeurs-managers ont su remplir leur mission dans les années 1990-2000 dans un contexte marqué par l'informatisation, le développement des nouveaux outils de communication et la progressive primauté d'une approche gestionnaire du fonctionnement des organismes dans un contexte de New Public Management visant à améliorer le rapport coût/service.

**Christophe CAPUANO**

*Maître de conférences en histoire contemporaine (Université Lumière Lyon2)*

*Membre du Comité d'Histoire de la Sécurité sociale*

(1) Article paru dans *Élan social, La Revue de l'EN3S*, n°85, 2016. Reproduction dans *Mémoire en marche* avec l'aimable autorisation d'Élan Social.

# *Page de notes*

---

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



[www.memoiredutravailalasecuritesociale.org](http://www.memoiredutravailalasecuritesociale.org)

**MÉMOIRE en MARCHÉ**

**Bulletin du comité d'histoire de la Sécurité sociale de Bourgogne Franche-Comté**

**Directeur de publication :** Édouard Arredi - **Réalisation :** Akyos Communication

**Impression :** CARSAT Bourgogne Franche-Comté **Dépôt légal :** Avril 2017

**Contact :** comité d'histoire de la Sécurité sociale de Bourgogne Franche-Comté - 21044 DIJON CEDEX