

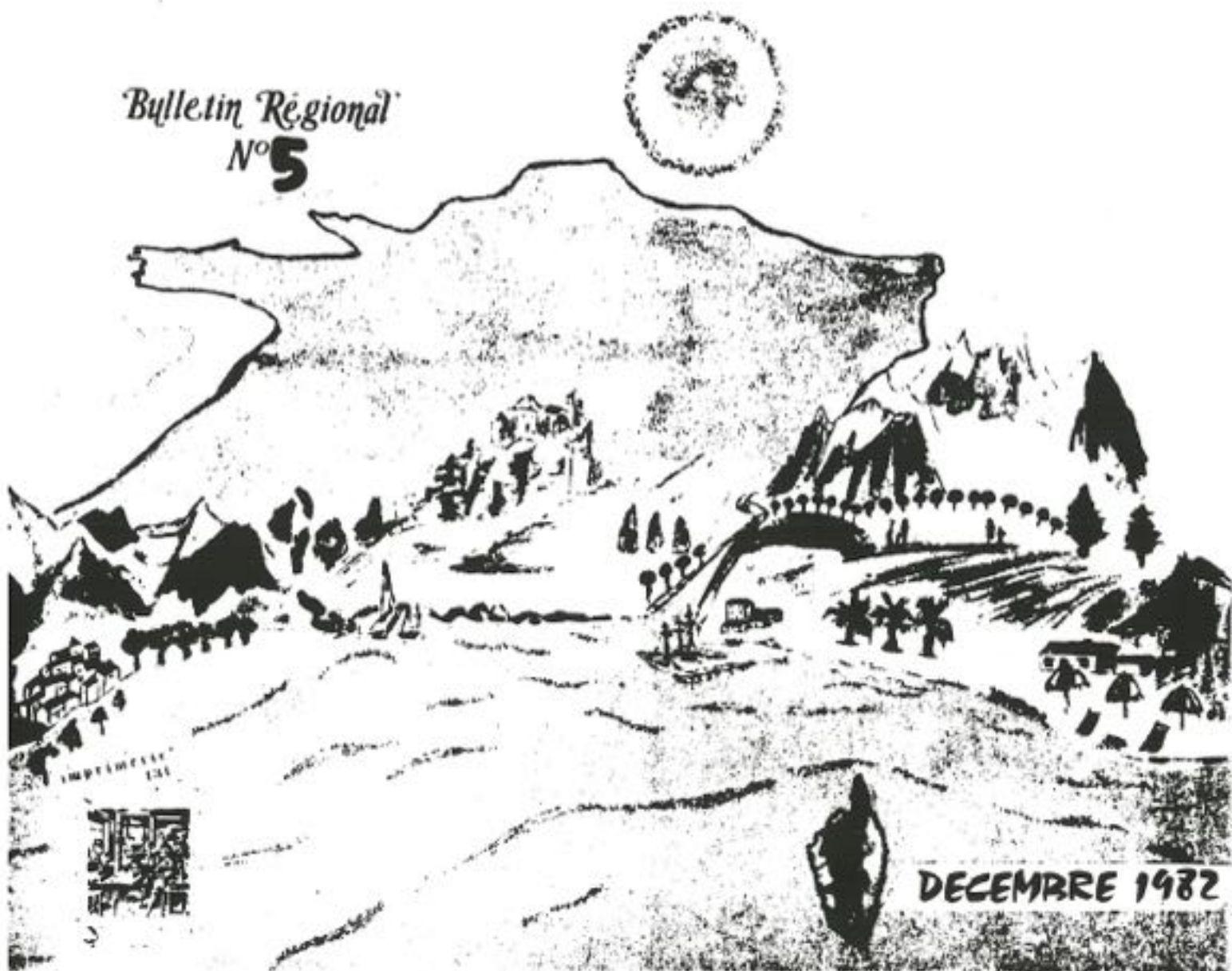
Comité d'histoire de la Sécurité Sociale
dans la France Méditerranéenne

Languedoc - Roussillon

Provence - Alpes - Côte d'Azur

Corse

Bulletin Régional
N°5



DECEMBRE 1982

BULLETIN N° 5

Sommaire

<i>Editorial</i>	P. 3
<i>Informations</i>	P. 5

Etudes (1)

- M. le Docteur DESANTI, <i>Les débuts du Service médical de l'assurance maladie dans la région du Sud Est.....</i>	P. 7
- Mmes Raymonde MALIFAUD et Yvonne KNIBIEHLER, <i>Les mères seules à Marseille entre les deux guerres</i>	P.25

Document

- XXème anniversaire de la Sécurité Sociale <i>Conférence de presse de M. Henri PEYROT, Président du Conseil d'Administration de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale des Bouches du Rhône</i>	P.31.
---	-------

(1) La suite de l'article du Docteur DEVAUX sur l'Histoire de l'appareillage, paraîtra dans le N° 6.

Editorial.

Le Comité de rédaction prie les lecteurs d'excuser le retard et les imperfections de ce Bulletin n° 5.

Le Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale dans la France Méditerranéenne a connu récemment quelques difficultés. Pour l'avenir, d'intéressantes perspectives de collaboration à l'oeuvre sociale du Conseil Régional semblent possibles.

Informations

Nous demandons à nos adhérents de payer le plus tôt possible leur cotisation-abonnement pour 1983. Le tarif reste inchangé, à savoir :

- Associations : 3000 F.
- Particuliers : 100 F.

Merci d'avance.

LES DEBUTS DU SERVICE MEDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE
DANS LA REGION DU SUD-EST

Docteur E. DESANTI

Toute législation sociale qui, par ses prestations, améliore la situation de certaines catégories de la population doit se munir de moyens de contrôle pour éviter les abus et déceler les fraudes. Lorsque, comme cela est le cas pour l'assurance maladie, les prestations consistent essentiellement en soins, le contrôle médical prend une place prépondérante. Déjà les premières applications de la loi du 15 Juillet 1893 avaient mis en évidence la nécessité d'un tel contrôle dont les principes étaient ainsi définis par un avis du Conseil d'Etat : "il appartient aux services de l'assistance, pour s'assurer que les frais dont le remboursement leur est demandé sont justifiés, de demander aux praticiens des conclusions suffisantes et motivées quant à la nécessité de la prolongation d'une hospitalisation ou de l'admission d'urgence d'un malade dans un hôpital autre que celui de la résidence du malade et de charger, au besoin, un médecin contrôleur de vérifier l'exactitude de ces conclusions". Plus tard, la loi du 31 Mars 1919 sur les pensions et les soins gratuits aux victimes de la guerre, malgré l'existence d'un contrôle et l'utilisation d'un carnet de soins, va donner lieu à de nombreux abus et fraudes et même à un "scandale médical" et ces faits vont considérablement renforcer l'opinion qu'un contrôle médical bien organisé et efficace est indispensable.

Aussi, lorsque la France, après de longues hésitations, se dote par la loi du 30 Avril 1930 d'un régime d'Assurances sociales, les caisses vont-elles s'attacher des médecins contrôleurs. L'organisation générale du régime étant basée sur les principes de l'assurance, ces premiers médecins contrôleurs vont voir calquer leur rôle sur celui

des médecins contrôleurs des compagnies d'assurances privées. Chaque médecin contrôleur va dépendre étroitement de l'organisme qui l'emploie et pratiquement de son directeur, il doit répondre à ses besoins, adopter ses méthodes, satisfaire ses impératifs financiers sans que son autonomie technique soit jamais reconnue. La situation est cahotique car chaque organisme a sa physionomie propre, chaque direction de caisse impose ses méthodes, ses conceptions, ses rythmes de travail et ses objectifs. La complexité du contrôle médical est encore accrue du fait que les caisses, en raison de l'application du principe d'affinité, sont extrêmement nombreuses et que la persistance de la loi du 9 Avril 1898 sur la réparation des accidents du travail laisse le contrôle, en cette matière, aux mains des compagnies d'assurances privées. La mise en place dans le courant de l'année 1946 du régime de Sécurité Sociale créé par les ordonnances des 4 et 19 Octobre 1945 va bouleverser cette situation ; la structure des caisses, la conception de la garantie sociale sur le plan national, les moyens utilisés et les buts poursuivis sont modifiés et en conséquence le service du contrôle médical va se transformer profondément.

Il est donc nécessaire de dresser d'abord le tableau de la situation du service médical en 1946, puis d'en suivre le développement et l'évolution au cours des années 1947 et 1948 jusqu'à la parution de la circulaire ministérielle du 27 Août 1948 qui marquera la limite de cette étude.

La situation du service médical au sein des Caisses d'assurances sociales est, comme cela a été vu plus haut, absolument cahotique et le rôle du médecin contrôleur est conçu différemment dans chaque organisme et par chaque praticien mais toujours avec une certaine préoccupation d'économie. Cependant, cette dispersion des médecins contrôleurs a un avantage : le fonctionnement dans de petits organismes favorise les relations entre administratifs et médecins, sans éviter tout conflit, et permettent une longue connaissance de la majorité des assurés par le

praticien, mais elle entraîne, par contre, l'isolement des différents praticiens et il n'y a pas de doctrine d'ensemble du contrôle médical, bien que les deux tâches essentielles de ce contrôle aient été formulées très tôt : "Vérification de la réalité des faits qui conditionnent l'intervention de la collectivité. - Vérification de la bonne observation des règles administratives fixées par l'organisme de garantie sociale". Ce manque de cohérence dans les décisions du contrôle médical explique, dans une large mesure, le mécontentement du public et son hostilité larvée ainsi que la position du corps médical libéral qui accuse facilement le praticien contrôleur de manie, de chicanerie, d'incompétence et même parfois de rancune. Enfin, l'absence de toute stabilité de l'emploi, l'absence de retraite et de garantie, la dépendance étroite de l'employeur ne favorise pas un recrutement de qualité ni l'acquisition d'une formation spécialisée. Il convient cependant de ne pas noircir complaisamment le tableau et il faut souligner l'effort considérable fait au cours des deux dernières années du régime des assurances sociales pour réformer le service médical. En Septembre 1944, R. BARTHE, dans un article paru dans le Droit Social, écrit "le service médical contribue au juste fonctionnement de la couverture des risques maladie ou accident, il appartient aux organismes publics ou privés, d'assurance ou de travail, dont il représente le moyen d'expertise". L'article de la loi du 29 Mai 1941 et l'arrêté du 16 Novembre 1942 vont donner au service médical une structure dont de nombreuses caractéristiques persistent jusqu'à nos jours. Ces textes font obligation aux Unions régionales de Caisse de créer des services médicaux et de diriger leur fonctionnement sur le plan régional ; un début d'autonomie apparaît dans la disposition qui rattache tous les praticiens contrôleurs à l'autorité technique d'un médecin régional ; enfin, les règles d'accès aux fonctions de médecin contrôleur sont fixées. Le service trouve donc dans ces textes sa base régionale, mais une structure nationale est parallèlement mise en place chargée de la formation des praticiens conseils, de leur information et de l'appréciation de leur

aptitude à leurs fonctions, structure qui fonctionne dans le cadre de l'Institut national d'action sanitaire et sociale des Assurances sociales. Cependant, la doctrine d'ensemble manque toujours ; la formule utilisée "le contrôle médical juge de la valeur, de l'opportunité, de l'étendue et de la durée des soins nécessaires aux assurés sociaux" est trop vague et se prête à des interprétations variables avec l'interlocuteur du praticien contrôleur ou suivant l'humeur et les conceptions de ce praticien. Il faut retenir toutefois que cette formule contient la possibilité de dépasser le rôle de contrôle pur pour participer à l'action médicale, au traitement et à la prévention, et certains commencent à parler de "médecin-conseil", mais ces dispositions bénéfiques n'ont pas eu le temps, en 1946, de produire tous leurs effets. En juin 1945, une assemblée générale des médecins conseils leur permettait de formuler ainsi leurs aspirations :

1) Ils désirent "ne plus être considérés par certaines caisses comme un simple moyen d'investigation médicale qui examine les dossiers ou les malades désignés par les services administratifs des caisses, sans que le médecin connaisse les raisons de cette désignation".

2) Ils désirent "une collaboration plus confiante entre les Directions des caisses et eux-mêmes, ils souhaitent mieux connaître le fonctionnement et la gestion de l'organisme auquel ils apportent leur collaboration, tout en conservant leur indépendance technique, telle qu'elle est pratiquement reconnue".

3) Ils revendiquent "une certaine liberté dans le choix des maladies et de l'appréciation des résultats du contrôle, afin d'harmoniser les décisions prises par les différents praticiens et d'assurer plus de justice dans les décisions prises vis-à-vis des assurés.

4) Ils souhaitent "pouvoir établir avec les praticiens de clientèle libérale des liaisons plus faciles que le passage en Commission Technique maladie, pour rechercher des solutions simples en cas de contestation et éviter les litiges".

5) Enfin, ils souhaitent trouver plus de sécurité et de stabilité dans leur emploi.

Il faut noter que ces revendications ne mentionnent ni les problèmes de l'hospitalisation, ni ceux de l'intégration du service médical dans un système plus vaste de médecine sociale ; problèmes qui vont cependant devenir de plus en plus importants au cours des années à venir.

A partir de la promulgation des ordonnances de 4 et 19 Octobre 1945, le service médical va subir des modifications profondes dont la transformation de l'appellation "médecin contrôleur" en "médecin conseil" rend très insuffisamment compte. Le nombre des assurés à prendre en charge augmente de façon considérable dans le cadre d'un régime de sécurité sociale qui, en 1946, a vocation pour garantir l'ensemble de la population française. Le brusque accroissement de l'importance des caisses encore favorisé par l'adoption du principe d'unité d'organisme de garantie pose des problèmes de personnel et de locaux qui seront les problèmes majeurs de la période 1947/1948. L'augmentation de taille des organismes ne va pas faciliter les relations entre administratifs et praticiens à un moment où tous changent de méthodes de travail et d'objectifs. Le champ d'application du service médical va dépasser le cadre de l'assurance-maladie (même complétée par les accidents du travail et maladies professionnelles) pour devenir une participation active à un système de protection sociale et sanitaire. Le rôle de contrôle reste l'essentiel mais doit être complété par un rôle de conseil en raison de la complexité et de l'évolution constante d'une législation dont la juste application demande souvent un avis médical. Le médecin conseil va devoir engager le dialogue avec le médecin traitant pour assurer au malade la meilleure thérapeutique et la meilleure réinsertion sociale. P. LAROCHE décrit ainsi le nouveau rôle du médecin-conseil dans le régime de sécurité sociale : "il s'agit d'adapter la règle administrative à la réalité médicale" et "dans une structure sociale qui ménage l'exercice libéral de la profession médicale, de jouer le rôle d'intermédiaire

entre l'organisme d'assurance et le médecin traitant ; il faut que la jonction s'établisse entre exercice de la médecine et remboursement des prestations et c'est là qu'apparaît toute l'ampleur du rôle du médecin-conseil".

L'extension du rôle du médecin-conseil provoquait d'ailleurs l'intérêt de l'ensemble du corps médical, il suffira de rappeler les études de C. BERLIOZ, le rapport de J.R. DEBRAY à la XII^e Session du Conseil National de l'ordre des médecins (1948) et le rapport de VILLEY pour montrer l'importance des réflexions suggérées par l'émergence à cette époque de la médecine sociale. Ces réflexions ont plus particulièrement pour thème la garantie de l'indépendance des médecins vis-à-vis des caisses et l'ébauche d'un corps médical de contrôle entièrement distinct de toute autorité administrative.

P. LAROQUE, Directeur Général des Assurances sociales et de la Mutualité décrit à nouveau le rôle des médecins conseils dans le nouveau système de Sécurité sociale et considère que ce rôle peut être divisé en quatre fonctions principales :

1) la conduite d'un contrôle efficace peut être considérée comme la fonction essentielle des médecins conseils.

2) la collaboration du praticien conseil au traitement et à la prévention des affections représente une forme nouvelle d'intervention du service médical. Cette collaboration prévue par les textes dans certains cas (comme l'attribution du bénéfice au régime de la longue-maladie) est, par ailleurs, indispensable dans de multiples circonstances pour permettre une bonne application des dispositions légales ou réglementaires. La collaboration du praticien conseil à la prévention doit le conduire à un souci constant du dépistage et de coordination avec l'action des services d'hygiène sociale, de protection de la mère et de l'enfant, de médecine du travail.

3) la participation à la mise en oeuvre d'une politique générale de santé va exiger du médecin conseil

qu'il serve d'agent de liaison et d'information entre les organismes de garantie sociale d'une part, les services de la santé et le corps médical d'autre part.

4) les médecins conseils seront conseillers des organismes de Sécurité sociale pour leurs réalisations sanitaires et plus particulièrement pour l'élaboration et l'application de leur action sanitaire et sociale.

L'article 10 de l'ordonnance du 4 Octobre 1945 précise :

5) les caisses régionales ont pour rôle d'organiser et de diriger le contrôle médical pour l'ensemble de la région. Par ailleurs, la direction technique du service médical est confiée à un médecin conseil régional, nommé par le conseil d'administration de la caisse régionale et agréé par le Ministre du Travail et de la Sécurité sociale, après avis de la section du contrôle médical du Comité technique d'action sanitaire et sociale ; elle est complétée par les arrêtés des 17 et 27 Mars 1947 qui fixe le statut des médecins conseils et l'application de la convention collective des personnels des organismes de sécurité sociale. En conclusion, en 1946 et 1947, la structure du service médical, sa hiérarchie et les grandes lignes de son fonctionnement, sont établies, elles ne vont pas varier fondamentalement par la suite. Par contre, la doctrine de l'action du service médical est toujours imprécise, sa place dans les organismes est encore sujette à de multiples interprétations des conseils d'administration et des directions de caisses, son rôle dans le cadre de la politique d'ensemble de la Sécurité sociale n'est pas bien défini et beaucoup d'éléments personnels jouent encore. "Le médecin-conseil doit avoir une situation personnelle dans la localité ou la région où il exerce son activité. Il faut qu'il soit rompu à la médecine sociale proprement dite, c'est-à-dire à toutes les formes de médecine collective, qu'il ait des connaissances suffisantes des législations sociales et de tout ce qui gravite autour des institutions de médecine collective". Il faudra attendre

l'arrêté du 17 Avril 1962 pour que les règles du fonctionnement du service médical soient précisées.

Dans ces conditions, les difficultés majeures rencontrées au cours de l'organisation du service médical en 1947 et 1948 vont être dues à la pénurie de locaux et à la difficulté à se procurer un matériel suffisant dans les circonstances de la proche après-guerre. Le malaise créé dans le service par ces problèmes impossibles à résoudre de façon définitive et rapide est aggravé par deux difficultés moins importantes qui vont entraîner et entretenir une certaine agitation. La première difficulté est due au manque d'unité du corps des praticiens lié à leur différence de formation résultant de leur origine différente. Le corps des praticiens conseils compte des éléments d'origine très diverse. Ils proviennent :

1) les uns des anciens services de contrôle des Caisses d'assurances sociales, praticiens bien entraînés à la pratique du contrôle mais qui ont à l'adapter à une législation et des règles administratives nouvelles. Ils sont habitués aux liaisons avec les services administratifs mais la brusque croissance des caisses a fait perdre à ces liaisons leur caractère de relations personnelles. Cependant, ils assimilent bien l'économie de la nouvelle législation.

2) d'autres des contrôles médicaux des compagnies d'assurances privées: ces praticiens apportent une grande connaissance des méthodes de contrôle mais pour un contrôle spécialisé en accidents du travail et maladie professionnelle. Ils vont s'adapter à leur nouveau rôle polyvalent mais en raison de leur formation première leur efficacité sera plus grande en matière de contrôle des accidents du travail que dans l'exercice des autres fonctions de médecin-conseil.

3) de recrutements ~~les~~ plus récents. Ces praticiens, plus jeunes que les précédents, apportent une bonne formation professionnelle et une connaissance satisfaisante des nouvelles lois sociales mais ils manquent de pratique dans les contacts avec les assurés et les services administratifs et, malheureusement, l'urgence des besoins en personnel n'a pas permis

de pousser suffisamment leur formation et de leur faire assurer des stages d'une durée suffisante.

4) enfin, il y a des praticiens vacataires, qui conservent par ailleurs une clientèle et ne peuvent s'intégrer totalement aux nouveaux organismes de garantie sociale.

Dans son ensemble, le corps des praticiens conseils est apte à garder le rôle qui lui est dévolu mais de façon plus ou moins satisfaisante. La diversité dans l'origine des praticiens conseils va entraîner certaines rancœurs, certaines jalousies, certaines animosités qui va influencer les deux défauts majeurs de ce corps, défauts qui vont longtemps persister : une tendance à un particularisme farouche et une allergie soigneusement entretenue aux besognes administratives.

Une autre difficulté naît de l'action très vive menée au cours de la période des années 1947 et 1948 par les caisses primaires d'assurance-maladie, action soutenue et organisée par la Fédération nationale des organismes de Sécurité sociale, pour refondre² totalement l'organisation du service médical telle que les ordonnances d'Octobre 1945 l'avaient définie, et rendre aux caisses primaires l'organisation, la gestion et la direction des services médicaux, les conseils d'administration des Caisses primaires se substituant au conseil d'administration de la Caisse régionale et le service perdant sa base régionale pour redevenir une juxtaposition de services indépendants les uns des autres mais dépendant directement de la Caisse locale. Ces prétentions des caisses primaires vont entraîner, sans aucun résultat pratique, de nombreuses discussions et prises de position sur le plan national et, malheureusement, surtout venir exaspérer les conflits, les frictions entre le service médical et les services administratifs ou les directions des caisses locales.

Dans ce malaise, la Direction du Service médical va avoir à installer, à organiser et à faire fonctionner un service dont l'action est indispensable aux caisses comme aux assurés pour obtenir la pleine efficacité du régime de sécurité sociale. Le programme dressé à ce moment donne l'ensemble des tâches à réaliser :

1) recrutement du personnel indispensable à la réalisation des fonctions nouvelles du service. Recrutement ou reclassement de praticiens, recrutement de personnel de secrétariat.

2) amélioration du matériel de bureau par l'acquisition de nouveaux matériels et, dans la mesure du possible, standardisation des matériels de bureau.

3) recherche de nouveaux locaux adaptés aux besoins du service médical (accessibilité, proximité des services administratifs, extension éventuelle). Amélioration des locaux existants.

4) organisation d'une coordination étroite entre l'échelon régional et les échelons locaux du service, coordination indispensable à l'information réciproque, à la satisfaction des besoins et à l'efficacité de tous.

5) organisation d'une coordination entre l'échelon régional, les échelons locaux du service et les caisses régionales ou locales: Coordination orientée vers la fourniture aux services administratifs de l'apport médical qui leur est nécessaire et vers la prévention des heurts et des frictions possibles.

6) établissement d'un règlement intérieur provisoire du service et organisation d'une formation professionnelle du personnel.

L'établissement d'un règlement intérieur du service était nécessaire et le restera jusqu'en Août 1948. Une circulaire du 12 Mai 1948, avait souligné quelques particularités du service médical, particularités qui ont longtemps persisté "Mon attention a été très souvent attirée

au cours des derniers mois sur les différences existant dans les conditions d'organisation et de fonctionnement du contrôle médical suivant les régions et sur l'insuffisance trop fréquente du rendement de ce contrôle. Il est d'une nécessité évidente de remédier à cette situation, alors surtout que la situation financière de l'assurance maladie appelle impérieusement un renforcement de toutes les mesures permettant d'assurer une économie sur les prestations".

La situation devait évoluer avec l'arrêté du 27 Août 1948 qui fixe l'organisation du contrôle médical dans le cadre du règlement intérieur des caisses régionales d'assurance maladie et crée un compte spécial pour les charges de fonctionnement et d'équipement du service médical qui sont dissociées du compte d'Action sanitaire et social. En raison de son importance, ce texte marque la limite de cette étude.

La formation du personnel était rendue nécessaire :

- 1) par la diversité des formations originelles des diverses catégories de personnels,
- 2) par la polyvalence attachée dorénavant aux fonctions du praticien-conseil,
- 3) par l'évolution des législations sociales,
- 4) par l'évolution rapide des connaissances et des techniques médicales au cours de la période de 1945 à 1948,
- 5) par la brièveté des stages d'entrée en service.

Le personnel paramédical, lorsque ses connaissances techniques sont bonnes au départ, ^{est} ~~doit~~ assimiler le langage et les méthodes du secrétariat médical.

La formation ^{est} ~~est~~ assurée par des cours, des conférences, la diffusion de notes d'information et la constitution d'une bibliothèque de service. La difficulté majeure réside dans la réalisation de cette formation hors de Marseille,

les services départementaux et locaux ~~étaient~~^{sont} très difficilement concernés.

Dans le même temps, les effectifs du service médical sont renforcés comme le montre le tableau suivant :

Médecins conseils

	1946	Union régionale des C.	Février 1948	Sept. 1948
S. régional	5		8	8
B. du Rhône	12		28 + 4 vac.	29 + 4
Alpes Mar.	5		10	10 + 2
Var	3 + 4 vac.		5 + 4 vac.	6 + 4
Vaucluse	1		3	3 + 1
B. Alpes	1 vac.		1	1
Corse	2		2	2
H. Alpes	1		1	1
TOTAL	29 pratic. + 5 vacat.		58 prat. + 8 vac.	60+11

Dentistes conseils

En 1946, deux praticiens à l'Union régionale.

En 1948, quatre praticiens et deux vacataires au service régional mais aussi dans le département.

Il faut noter que l'effectif ainsi atteint correspond approximativement à celui préconisé officiellement, par la circulaire du 12 Mai 1948, soit un médecin conseil pour 15.000 cotisants, un dentiste pour 60.000 et deux agents de secrétariat par praticien-conseil.

L'état du personnel para-médical est donné dans le tableau ci-dessous (toujours pour Septembre 1948) :

C. régionale	18
C. Bouches-du-Rhône	36 + 2 contrôleurs à la CPAM
C. Alpes Maritimes	15
C. Var	15
C. Vaucluse	4

C. Corse	6
C. Hautes-Alpes	2
C. Basses-Alpes	1

Il convient de rappeler que le service médical figurant dans les tableaux ci-dessus est assisté pour certaines tâches spécialisées par les médecins phthisiologues départementaux des Bouches-du-Rhône et du Var et par les praticiens de la Commission du Thermalisme.

Ces nouveaux effectifs vont permettre aux Caisses de fonctionner à peu près normalement et les reproches adressés au Service médical par les services administratifs des Caisses primaires relèvent plutôt d'une opposition de principe entre services que de véritables défauts. On voit apparaître également, ~~désormais~~, un certain antagonisme entre les praticiens affectés aux services des Caisses primaires qui se considèrent comme brimés et abandonnés et les praticiens de l'échelon régional considérés comme des technocrates autoritaires. Dès ce moment, on constate aussi, notamment au cours des étés 1947 et 1948, la difficulté avec laquelle le service médical maîtrise son travail en période de pointe et d'augmentation brusque de l'activité (périodes de congés, absorption des accidents du travail, période de contrôle des cures thermales). Les difficultés les plus importantes vont provenir de la situation des locaux et du matériel du service médical.

Malgré les difficultés rencontrées et la modicité de ses moyens, le service médical réussit au cours de ces deux années, sous l'impulsion du Conseil d'administration de la Caisse régionale, à se déployer pour établir le contact avec l'ensemble des assurés de la région du Sud-Est. En mettant à part l'échelon régional, on voit fonctionner, dans les Bouches-du-Rhône : - un service central avec quelques services spécialisés, des services dans quatre annexes, deux médecins résidents à Aix et à la Ciotat, deux médecins assurant des tournées régulières, - dans les Alpes Maritimes, un service central, des services dans trois annexes, un médecin résident à Cannes, des

tournées dans le département, - dans le Var, un service central, quatre sections locales, un médecin résidant à Hyères, des tournées dans le département, - dans le Vaucluse, un service central et trois sections locales, - en Corse deux services, - dans les Basses-Alpes et les Hautes-Alpes, un service central dans chacun de ces départements.

Si les problèmes d'effectif médical et de secrétariat avaient pu trouver des solutions insuffisantes mais cependant compatibles avec un fonctionnement acceptable du service, il n'en était pas de même des problèmes de locaux et de matériel. Pendant toute la période de 1947 et 1948, l'insuffisance et l'inadaptation des locaux, la pénurie de matériel seront la préoccupation majeure et constante des conseils d'administration des caisses et de la direction du service médical. Malgré les efforts de tous la situation n'est pas satisfaisante et reste bien inférieure aux normes minima fixées par les directions du Ministère, pourtant bien modérées. "Tous les bureaux médicaux comprennent au minimum une table d'examen et un lavabo avec eau courante. Tous les locaux doivent pouvoir être convenablement chauffés". Les extraits suivants d'un rapport d'activité de septembre 1948 permet de se bien représenter les conditions de travail du service médical".... dans un seul cabinet médical nous trouvons le médecin chef de la caisse régionale, le médecin-chef du service accidents du travail, un médecin spécialisé en accidents du travail et une secrétaire chargée des fournitures de produits pharmaceutiques à toutes les entreprises de la région. Dans un autre cabinet travaillent le médecin conseil régional adjoint, les membres de la commission de phtisiologie, la commission technique d'invalidité, la commission de thermalisme. Le secrétariat comportant une dizaine de secrétaires fonctionne dans le hall au milieu d'un fouillis inextricable de machines et de classeurs. Le travail se fait dans un local clos et constamment à la lumière artificielle au milieu des malades attendant de passer devant la commission de phtisiologie ou devant le contrôle des accidents du travail. L'unique appareil

de radiologie a dû être installé dans la pièce noir destinée au développement des clichés, car le contrôle dentaire de la Caisse primaire campe plus qu'il n'est installé dans la salle de radiologie dont les déshabilleurs sont encombrés de classeurs. Cette salle sans éclairage naturel et sans aération, loge trois dentistes conseils et leur secrétariat dans les conditions de travail les plus antihygiéniques qui soient". Dans les contrôles des Caisses primaires, les conditions sont comparables "les locaux sont surchargés à tel point que l'on a dû supprimer les salles d'attente et que les assurés sont obligés de stationner longtemps dans les corridors et les escaliers. Le terme de "crasseux" peut facilement s'appliquer à ces locaux car leur encombrement est tel que leur nettoyage est impossible. Des inspections réalisées par un délégué technique de la F.N.O.S.S. et par des contrôleurs du Ministère du Travail insistent sur le fait que la situation des locaux est le principal obstacle à un bon fonctionnement du service médical". Le problème qui domine tous les autres est celui des locaux. Ceux-ci sont, en général, insuffisants, les installations sont rudimentaires, quelquefois il n'y a pas de salle d'attente, pas de table d'examen, l'aération est défectueuse ou encore les locaux sont sales" et encore "il est regrettable que le contrôle médical ne dispose que de locaux absolument insuffisants".

Malgré ces mauvaises conditions de travail, le rendement du service médical est quantitativement satisfaisant.

De Février à Décembre 1947, les praticiens conseils ont examiné ou jugé sur dossier : 282.848 cas, se répartissant ainsi :

Contrôles de Marseille	: 194.955
Contrôles à domicile	: 1.830
Contrôles des départements	: 44.722
Contrôle hospitalier	: 26.656
Examens en vue de longue maladie	: 12.193
Contrôle des fonctionnaires	: 2.125
Service des litiges	: 367

Pour un mois de 1948 (Juin) les chiffres sont :

Assurés vus au contrôle	9.490
Dossiers traités	2.666
Moyenne par vacation et par praticien	28
Accidentés du travail vus	5.383
Dossiers traités (AT)	765
Moyenne par vacation et par praticien	1

Les résultats bruts du fonctionnement du service sont donc satisfaisants, par contre, les conditions dans lequel il se réalise et la valeur qualitative du travail, laissent à désirer.

Les conditions matérielles dans lesquelles les praticiens conseils sont amenés à exercer ne permettent pas de réaliser des actes médicaux de qualité, elles exaspèrent le sentiment de monotonie des actes de contrôle que renforce encore le nombre excessif de contrôles par séance et par praticien. Le travail ~~excessif~~^{absorbant} donné par le contrôle proprement dit, l'absence de doctrine en cette matière, ne laissent pas aux praticiens le loisir de pratiquer les autres activités qui découlent de leur rôle de "praticiens conseils". La collaboration entre administratifs des caisses et praticiens conseils n'est pas aussi totale et franche que cela serait indispensable pour l'efficacité du service. Enfin, les assurés mal reçus, astreints trop souvent à de longues attentes dans des locaux incommodes, trouvent, en comparaison, les examens ^{trop} rapides, superficiels et accusent facilement les praticiens conseils d'incompétence, de paresse ou de partialité pris en faveur de l'économie des caisses.

Cette étude très sommaire a pour but de réunir les éléments objectifs qui permettent de bien cerner les conditions dans lesquelles le service médical de l'assurance maladie a été amené à prendre la suite du contrôle médical des Caisses d'assurances sociales. Les événements que traversait alors le pays, les bouleversements entraînés par l'application d'un système tout nouveau de protection sociale, les oppositions de principe de certains ont multiplié

les difficultés au cours de cette période de 1947 et 1948, difficultés qui n'ont pu être surmontées que par l'opiniâtreté et la volonté de tous ceux qui voulaient la réalisation du plan de sécurité sociale pour une meilleure protection de tous et par l'articulation souple et efficace qui a pu s'établir entre le Conseil d'Administration de la Caisse régionale d'assurance maladie du Sud-Est et la direction du service médical. Cette étude s'arrête après la parution de la circulaire ministérielle du 27 Août 1948 car ce texte marque, avec la séparation du service médical de l'action sanitaire et sociale des caisses, une nouvelle orientation dans les objectifs du service médical.

LES MÈRES SEULES A MARSEILLE ENTRE LES DEUX GUERRES

Le Ministère du Plan a confié au Comité d'histoire de la Sécurité Sociale une recherche sur Les mères seules à Marseille, 1930-1980. Nous résumons ici les informations recueillies sur la période la plus ancienne. Nous poursuivons ce compte-rendu dans les numéros suivants.

Au lendemain de la première guerre mondiale, la sollicitude qui entoure les mères seules s'inspire essentiellement de préoccupations démographiques. Pour réparer les pertes immenses dues à quatre années d'hécatombe, il est urgent de "sauver la graine" comme disait Pasteur : il faut garder en vie et en bonne santé tous les enfants qui naissent, il faut lutter attentivement contre la mortalité infantile, le plus redoutable des "fléaux sociaux". Parmi les moyens mis en oeuvre, s'inscrit la protection des mères privées d'appui et de ressources : filles-mères, femmes abandonnées, veuves, divorcées. Ces malheureuses peuvent être poussées par la misère à abandonner leur enfant, ou à refuser de l'allaiter pour pouvoir travailler. Or toutes les statistiques confirment que la mortalité est beaucoup plus élevée parmi les enfants abandonnés par leur mère, ou nourris artificiellement. L'objectif est donc d'accueillir et d'entourer les mères en difficulté afin qu'elles puissent accomplir tous les devoirs qu'impose la maternité. Cette préoccupation se traduit partout en France par l'apparition d'oeuvres privées et publiques. A Marseille, on peut faire état de deux institutions types : l'Abri Maternel, oeuvre privée créée dès 1918, et la Maison Maternelle départementale créée en 1921.

L'Abri maternel et ses filiales.

L'Abri maternel naît sous le patronage du Docteur d'Astros, professeur à la Faculté de Médecine, qui déjà, au début du siècle, avait fondé sous le nom d'Oeuvre des nourrissons des consultations gratuites.

La création est due essentiellement à Mme Angélique Zarifi, membre d'une riche famille d'armateurs grecs. Pendant la guerre, elle avait été infirmière de la Croix Rouge, et elle s'était émue, ainsi que son amie Mme Fournier, devant la situation tragique des filles-mères et des femmes abandonnées qui venaient accoucher dans les maternités : l'Abri devait secourir ces êtres en détresse. Après elle, sa fille, la Comtesse de Demandolx, et sa parente, Melle de Jessé, ont exercé d'importantes responsabilités au service de l'Abri. Le premier président de la fondation fut d'ailleurs M. Alfred de Ferry, alors président de la Croix-Rouge. Le médecin responsable fut le docteur Pierre Valette, disciple du Pr d'Astros; il s'est consacré à cette oeuvre jusqu'à son décès, en 1968. Il en a été le second président, jusqu'en 1944.

C'est grâce à la charité des fondateurs que l'oeuvre a pu fonctionner au début. Initiative privée, elle précédait de plusieurs années les réalisations de l'Assistance Publique au secours des mères en difficulté. Installé d'abord boulevard Sakakini, l'Abri, déclaré d'utilité publique en 1927, s'installe en 1928 boulevard de la Blancarde, dans un local acquis par les fondateurs et qui sera aménagé peu à peu. La pauvreté des archives ne permet pas de décrire son fonctionnement, ni de connaître les personnes secourues.

Dès 1927, l'Abri a donné naissance à des consultations prénatales sur lesquelles on sait peu de choses, sauf que leur succès immédiat a imposé la multiplication des centres de consultation : en 1941, il en existait 11, répartis dans la banlieue de Marseille.

La sollicitude pour les mères en difficulté s'étend donc à la période ante-natale. Mais bientôt, elle s'étend aussi à la période post-natale. En pleine crise économique, un an après la loi de 1932 assurant l'existence et le financement des Caisses de Compensation qui versaient les premières prestations familiales, l'Abri s'adjoint un hôtel maternel, appelé Asile des mères ouvrières, loué aussi boulevard de la Blancarde. Cet établissement voulait marquer le début d'une "procédure nouvelle et révolutionnaire dans le département pour répondre aux difficultés d'existence des mères abandonnées et leur éviter ainsi la promiscuité et les dangers de l'hôtel garni". Les statuts stipulent que les

mères abandonnées, les veuves, les filles-mères sont admises, après enquête, avec, au maximum, deux enfants en bonne santé, âgés de 4 mois à 4 ou 5 ans. La durée du séjour est de deux ans, exceptionnellement trois ans. La mère travaille à l'extérieur pour payer sa pension et celle de ses enfants, dont l'Asile assure la garde. Un ouvroir mis en place en 1935 permet aux femmes d'apprendre à confectionner des vêtements d'enfants ; peut-être donne-t-il aussi aux chômeuses un moyen de gagner un peu d'argent. La présidente de l'Asile, Mme la baronne Rainaud est la fille de Mme Doulguéroff, de la Croix-Rouge grecque ; elle travaille en étroite liaison avec la direction de l'Abri maternel et notamment avec Melle de Jessé.

Les débuts de cet Asile semblent avoir été particulièrement difficiles. Une enquête de 1936 y dénombre 29 mères et leurs 34 enfants, mais aussi, en plus, 21 enfants seuls que la directrice^a cru devoir accueillir. Cette générosité intempestive provoque une crise de trésorerie. Déclarée comme association autonome à la Préfecture des Bouches du Rhône en décembre 1937, l'Asile demande à être reconnu d'utilité publique pour pouvoir recevoir des subventions. Mais une inspection de l'Assistance publique, en octobre 1938, révèle le mauvais état des lieux, le manque d'air et de lumière, la présence de parasites, des enfants sales, laissés seuls dans la cour ou dans des boxes ; l'un d'eux atteint de coqueluche n'est pas séparé des autres ; les registres, d'entrée et de surveillance médicale, ne sont pas tenus à jour. L'oeuvre était sans doute mal gérée ; mais l'hostilité des inspecteurs témoigne peut-être aussi d'une rivalité entre le secteur public et le secteur privé. Les archives ne permettent pas d'en savoir davantage.

Une dernière institution est née dans le sillage de l'Abri Maternel : c'est l'Oeuvre des Infirmières visiteuses de l'enfance. Le métier d'infirmière visiteuse est l'une des professions féminines engendrées par l'essor de l'hygiène sociale : les médecins nourris de l'éthique pasteurienne - guerre aux microbes, asptie, antiseptie, prophylaxie, dépistage, prévention - éprouaient le besoin d'éduquer et de surveiller les milieux populaires, notamment les mères de famille, dont les soins plus ou moins éclairés conditionnent la santé des jeunes. Faute de pouvoir les atteindre . . . directement, ils voulaient disposer d'auxiliaires dociles, bien instruites, et capables de se faire accepter dans

les foyers les plus humbles, pour y introduire les règles élémentaires de l'hygiène. A Paris, le Comité National de lutte contre la tuberculose avait créé dès 1918 une Ecole d'Infirmières visiteuses. A Marseille une école ouvre aussi en 1920 sous l'égide de l'Oeuvre antituberculeuse que dirigent le Pr ODDO et son épouse. Peu après, (en 1926) le Pr d'ASTROS patronne une Association de visiteuses de l'Enfance. Le docteur Simone Sedan secrétaire générale de l'Oeuvre, met à son service une activité remarquable. Elle fait agréer la présence d'une infirmière visiteuse dans tous les lieux où l'on s'occupe des petits enfants : dans les maternités, dans les consultations de nourrissons, dans les multiples oeuvres privées (Croix-Rouge, Oeuvre des nourrissons, Société protectrice de l'enfance et de la famille et Consultations prénatales). Ces visiteuses assistent aux consultations puis s'occupent d'aller voir les mères et de les aider par tous les moyens. Chaque mère célibataire fait l'objet d'une attention particulière : on s'efforce d'obtenir qu'elle allaite et élève son enfant au lieu de l'abandonner tout de suite. Au début des années 1930 (la date n'a pas pu être précisée) un contrat est établi entre l'Oeuvre des Infirmières Visiteuses et les Caisses d'assurance pour mieux garantir la surveillance pré et postnatale. Des carnets de Santé sont distribués aux mères. L'Oeuvre change alors de nom et devient le Service Social familial. Lorsqu'en 1935 la future madame Poinso-Chapuis fonde un Comité pour la Protection de l'Enfance (enfants traduits en justice) le Dr Sedan accepte que ses infirmières fassent les enquêtes pour ce Comité.

La Maison Maternelle départementale.

Le dynamisme des oeuvres privées ne doit pas faire oublier l'effort des pouvoirs publics. On connaît mal les origines de la Maison Maternelle départementale : cette expression même n'apparaît dans les documents qu'après 1938. Il semble que maître Vidal-Naquet, président de la Commission des hospices au Conseil Général des Bouches du Rhône, frappé par le succès de l'Abri maternel, ait voulu marcher sur ces brisées. Un arrêté préfectoral du 5 août 1921 décide que la Crèche départementale, sise rue Saint Sébastien, pourra désormais recevoir les enfants nouveaux-nés ainsi que leurs mères sortant de la maternité, pour une durée de 6 mois au maximum. Nous ne savons rien sur le nombre ni sur les caractéristiques

des femmes accueillies. Mais un règlement intérieur de 1924 donne une idée du fonctionnement de l'établissement qui semble avoir la rigueur d'une prison.

"Dans le but d'éviter l'abandon, dit le règlement, et de développer l'allaitement maternel, l'admission en dépôt provisoire à l'établissement dépositaire départemental est accordé aux enfants nouveaux-nés et à titre tout à fait exceptionnel à leurs mères remplissant les conditions suivantes :

- 1 - de nationalité française ;
- 2 - sortant de la maternité ou de la clinique hospitalière de Marseille ;
- 3 - complètement relevées de couches et ne nécessitant aucun soin (...) ;
- 4 - en état dûment constaté par le médecin chef de l'établissement d'allaiter leur enfant au sein ;
- 5 - se trouvant à leur sortie des établissements hospitaliers dans une situation telle que l'abandon devient pour elles une nécessité impérieuse ;
- 6 - et qui prennent l'engagement de se conformer dans toutes ses dispositions au règlement qui régit l'établissement."

L'obligation d'allaiter est absolue et justifie seule la durée de l'hébergement : celle qui cesse d'allaiter est renvoyée. Si le médecin juge qu'une femme a assez de lait pour allaiter deux enfants, celle-ci ne peut refuser le second nourrisson qui ~~leur~~ sera imposé.

La discipline est rigide. Les mères "doivent reconnaître la faveur qui leur est faite en s'employant de bonne grâce aux services de l'établissement", suivant un roulement. Elles doivent obéir aux ordres, s'astreindre à la politesse, à la propreté, à l'hygiène, au respect d'elles-mêmes et de leurs compagnes. Toute insoumission sera cause de renvoi. Les sorties, visites et provisions sont surveillées ; les sorties sont d'ailleurs exceptionnelles et doivent faire l'objet d'une autori-

sation préalable. Les visites ont lieu deux fois par semaine au parloir. Les paquets sont visités à l'entrée et à la sortie, ainsi que les malles. Les femmes reçoivent un petit salaire, et celles qui allaitent un second enfant ont droit à une prime. Cet argent est en partie placé à la Caisse d'Épargne.

Au moment du départ, la mère doit faire savoir si elle emporte son enfant. Au cas où elle se verrait dans la nécessité absolue de laisser l'enfant à la crèche, il n'y sera maintenu qu'à titre d'abandonné. Celle qui emporte son enfant pourra solliciter la délivrance d'une layette à l'Inspection de l'Assistance publique et l'admission du bébé à l'assistance temporaire (conformément à la loi du 27 juin 1904). Cette sortie de la crèche a dû poser des problèmes à bien des femmes, dépourvues de travail, de domicile, de famille. Aussi en 1932, le Conseil Général subventionne-t-il l'organisation d'un Service Social pour les mères nourrices, afin qu'elles soient prises en charge soit par une infirmière visiteuse, soit par une travailleuse sociale du quartier où elles habitent.

A partir de 1937, diverses mesures qui précèdent ou accompagnent le Code de la Famille vont modifier les conditions d'accueil des mères seules à Marseille. Elles feront l'objet d'un prochain article.

Raymonde MALIFAUD

Yvonne KNIBIEHLER

XX^e ANNIVERSAIRE de la SECURITE SOCIALE

CONFERENCE de PRESSE

par M. Henri PEYROT
Président du Conseil d'Administration
de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale des Bouches-du-Rhône

Annexe Pierre-Gabrielli
Marseille, le 9 Novembre 1965

Notre conférence de ce jour, ainsi que vient de vous le dire le Président EISENLOHR, se tient dans le cadre de la commémoration du XX^e anniversaire de la Sécurité Sociale, les Ordonnances l'instituant datant des 4 et 19 Octobre 1945.

Ses objectifs sont de :

- faire un bref rappel de la protection sociale en France avant son apparition ;
- dresser le bilan des efforts effectués par les différents Conseils d'Administration, la Direction et le Personnel pour, dans le cadre de la législation actuelle, faciliter et améliorer les contacts des assurés avec notre Organisme ;
- donner l'opinion, si ce n'est de l'unanimité du Conseil d'Administration, pour le moins de l'ensemble des représentants des salariés et des petits employeurs, sur les attaques dont est l'objet l'Institution et sur son devenir.

Mais avant d'entrer dans le vif de mon propos, permettez-moi de regretter une nouvelle fois le sort cruel qui a durement éprouvé notre Conseil d'Administration, sa Direction, son Personnel, les Assurés Sociaux et le Mouvement syndical en les privant de leur très estimé Président, Pierre GABRIELLI, tragiquement décédé le 9 Septembre dernier.

C'est à lui, Militant de la première heure dans le domaine de la Sécurité Sociale et dont l'action prépondérante au sein de notre Conseil d'Administration a permis de dresser un important programme immobilier -dont une large partie est déjà réalisée- que serait revenue la responsabilité d'assumer cette réunion.

Le destin ne l'ayant pas permis il m'appartient, devenu son successeur, de le faire.

Pour beaucoup de jeunes, l'existence de la Sécurité Sociale paraît une chose toute naturelle, elle est pourtant d'apparition récente.

Sans entrer dans un long historique, il convient de signaler les quelques étapes de l'évolution de la protection sociale dans notre pays. Avant 1930, il existait quelques régimes particuliers couvrant les risques Maladie et Vieillesse pour certaines catégories de travailleurs (Mineurs, Marins, Fonctionnaires) et la loi de 1898 sur les Accidents du Travail. Malgré l'action de la Mutualité, l'immense masse des salariés était sans protection aucune contre les risques sociaux.

Sur le plan de la famille, la subsistance des enfants posait de très graves problèmes, seuls de très petits secteurs professionnels possédant des caisses de prestations familiales.

C'est l'époque de l'insécurité permanente.

Un premier pas sera franchi en 1930 avec le vote de la loi sur les Assurances Sociales. Elles couvrent les risques Maladie, Décès, Maternité, Invalidité et Vieillesse.

Touefois, cette protection reste limitée et imparfaite en raison des conditions d'application à la fois restrictives dans les droits et insuffisantes dans les remboursements.

Une deuxième étape importante sera franchie en 1932, sur le plan des principes, avec la loi rendant obligatoire le versement des Allocations Familiales aux salariés, malgré la diversité et, en général, le peu d'importance de ces prestations.

Entre 1930 et 1945 des mesures législatives réglementaires consolideront et amélioreront parfois les régimes initiaux.

C'est seulement après la guerre de 1939-1945 que changera l'esprit animant l'action sociale en devenant un sentiment d'entraide sous la forme de la solidarité. La création du système de protection sociale figurait dans les mesures élaborées par le Conseil National de la Résistance dont le programme fut établi à Lyon, le 15 Mars 1944, pendant la lutte contre l'occupant.

Ce droit sera reconnu dans le préambule de la constitution de 1946 sous la forme suivante :

" La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs.

" Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique et mental, de sa situation économique se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. "

C'est la base de la doctrine moderne de la Sécurité Sociale dépassant largement la simple notion d'assurance.

Les textes fondamentaux tendent à intégrer l'ensemble des risques sociaux dans un même système de protection, à étendre la couverture sociale à toute la population, à unifier, simplifier l'organisation administrative ; malgré que tous ces objectifs ne fussent pleinement atteints :

- le chômage restant en dehors du champ de la Sécurité Sociale,
- l'organisation n'étant pas entièrement unifiée,
- l'extension à toute la population non encore réalisée,

un nouveau progrès considérable était accompli dans les idées et les faits.

Soulignons au passage le rôle joué par deux représentants de la Classe Ouvrière, Georges BUISSON et Ambroise CROIZAT.

Le premier, Secrétaire de la C.G.T. présentera le projet de loi devant l'Assemblée consultative, le second, devenu Ministre du Travail, contribuera d'une façon déterminante à la création et à la mise en place de l'Institution. Certes, bien des insuffisances existent encore dont les pensions Vieillesse et Invalidité sont des exemples types de la volonté du pouvoir de freiner l'évolution de la protection sociale.

Mais avant d'aborder cet important problème, il convient de dresser le bilan de la Caisse Primaire des Bouches-du-Rhône dans l'amélioration du service des prestations aux assurés sociaux.

Au moment de la mise en place de la Sécurité Sociale dans notre département fut livrée et gagnée la bataille de la Caisse Unique.

Après la fusion des différentes Caisses, la structure de l'Organisme était la suivante :

On comptait :

- 8 Sections Locales pour le département,
- 4 Annexes (dont la 4 en deux : 4A
4B)
- 9 Permanences : St-Henri, Septèmes, St-Antoine, Oddo,
Guérin, Allauch, Plan-de-Cuques,
St-Marcel, St-Julien.

La population du département s'élevait, à cette époque, à 971.935, sur laquelle on dénombrait 375.000 assurés sociaux environ.

L'effectif du personnel se chiffrait à 600 agents.

Le nombre de règlements effectués au cours de l'année 1947 atteignait le chiffre de 948.088, représentant les prestations suivantes :

Maladie	1.224.887.556	anciens frs
Maternité	135.075.614	"
Décès	26.137.530	"
Accidents du Travail	221.203.545	"

Les locaux dont on disposait, compte tenu des destructions résultant de la guerre, étaient pour la plupart loués ou occupés dans des conditions précaires et bien souvent non adaptés ni aux nécessités ni aux idées exprimées depuis toujours de rapprocher la Sécurité Sociale des assurés sociaux.

- L'importante augmentation démographique subie (supérieure à la moyenne nationale),
- la prise en charge des prestations payées auparavant par d'autres organismes
- l'extension de la législation de la Sécurité Sociale à de nouvelles catégories de personnes,

sont parmi les facteurs les plus importants ayant contribué à accroître considérablement la demande des prestations.

Pour y faire face la Caisse Primaire a utilisé les méthodes et le matériel le plus moderne et a dû réviser à plusieurs reprises son programme immobilier.

Elle a, pour faciliter les assurés, instauré entre autres un nouveau système de paiement, le mandat-Colbert, qui permet à l'assuré social, après le dépôt de son dossier, de recevoir un titre de paiement payable dans n'importe quel bureau de poste.

Ce mode de règlement a pour conséquence de diminuer les délais d'attente.

La signature de conventions avec le corps médical et paramédical garantit à nos ressortissants depuis Septembre 1960, l'application du remboursement à 80 % des honoraires médicaux, comme prévu par l'Ordonnance de 1945. Cela a permis de faire passer le remboursement

de la consultation (tarif Marseille)

de 3,50 F à 9 F en 1960 et à 12 F à ce jour

et de la Visite (tarif Marseille)

de 4,40 F à 12 F en 1960 et à 18 F à ce jour

Quelques chiffres tirés des différents rapports concernant l'année 1964 permettront d'avoir une idée de l'évolution du travail de la

Caisse :

Population du département	1.443.000
Nombre d'assurés	500.000 environ
Nombre de règlements	4.062.030
Montant des Prestations :	
- Maladie	478.361.460
- Maternité	19.428.913
- Décès	2.517.831
- Pensions Invalidité	24.898.117
- Accidents du Travail	55.410.366
- Rentes Accidents du Travail	<u>55.159.241</u>
Total Général	635.775.828

En matière d'Action Sanitaire et Sociale, il convient de citer en particulier l'action de la Commission des Prestations Supplémentaires et Secours Sociaux :

En 1952 86 dossiers enregistrés
En 1964 3966 " "

Il est à présumer qu'en 1965 plus de 4.500 dossiers seront inscrits.

Montant :

En 1956	{ P.S.	:	2.729.357 F
	{ Secours	:	6.697.027 F
En 1964	{ P.S.	:	374.791,07 NF soit 37.479.107 F
	{ Secours	:	611.933,38 NF soit 61.193.338 F

En 1965, il est à prévoir que les Secours dépasseront 90 millions d'anciens francs.

L'énumération pourrait être encore fort longue mais, bien qu'incomplète, elle permet de prendre conscience du volume de travail que doit assumer notre Organisme.

Pour y faire face il dispose à ce jour :

dans le département :

de 8 Sections Locales (dont certaines sont des plus modernes, telles Aubagne et Tarascon)

4 Bureaux-Payeurs

8 Permanences.

Pour Marseille et sa banlieue :

de 6 succursales + Section Locale des Fonctionnaires desquelles
dépendent 12 bureaux-payeurs

et 4 permanences dont 2 d'entr'elles, Allauch, Plan-de-Cuques
assurent le paiement différé des prestations.

Il convient de noter en outre, qu'actuellement le nombre de
nos agents s'élève à 1600.

Dans l'avenir sont encore envisagées d'autres mesures :

- Centres de ramassage
- Camions itinérants

destinés à faciliter les assurés sociaux.

Donc dans ce domaine de l'accueil et du service rendu nous
pensons avoir accompli notre mandat.

Par contre, il nous faut constater que, dans celui des prestations, de leur taux, et de l'élargissement de la législation, dont le sort dépend des prises de position gouvernementales, rien n'a été fait. Bien au contraire, on entend parler de divers côtés de la nécessité de réformer profondément notre système social.

Ce n'est certes pas la première fois que l'on assiste à des attaques contre la Sécurité Sociale. Rappelons brièvement, pour ne parler que des plus récentes :

- les Décrets du 12 Mai 1960 portant atteinte à l'autonomie de gestion des Caisses,
- la franchise de 3.000 anciens francs sur le remboursement des produits pharmaceutiques, mesure rapportée devant l'indignation que sa création avait soulevée dans tous les milieux,
- le Rapport du Haut Comité Médical destiné à amorcer la politique dite d'équilibre des dépenses aux ressources et d'une hiérarchie dans le risque, rapport que notre regretté Président GABRIELLI devait réfuter si magistralement au cours de sa conférence d'information du 1er Juin 1964 sur " l'Evolution des Dépenses médicales et des perspectives du " risque maladie"

Toutefois, ces nouvelles menaces sont maintenant nettement précisées et exprimées :

- par la constitution de Commissions de Travail telles :

a) celle présidée par M. FRIEDEL, chargée d'étudier les structures de l'ensemble des Institutions et éventuellement de proposer les mesures propres à assurer leur adaptation à l'évolution de la situation économique et sociale du pays,

b) celle présidée par M. CANIVET, chargée de l'étude de l'assurance maladie devant déterminer les causes de l'évolution du montant des charges supportées par l'ensemble des Institutions de Sécurité Sociale

- par le C. N. P. F., dans son document intitulé "La Sécurité Sociale et son avenir", supplément de son numéro 253 de

Juin 1965 du "Patronat français" où l'on peut lire notamment :

" L'élévation sensible du niveau de vie enregistrée depuis 1945, celle plus ambitieuse encore que l'on se flatte d'obtenir au cours des vingt prochaines années créent un contexte chaque jour plus différent de celui dans lequel la Sécurité Sociale a été conçue et en fonction duquel ses principes ont été définis. Si à l'origine, on a voulu, par une compensation générale, décharger les catégories socio-professionnelles les plus modestes d'une responsabilité qu'elles étaient incapables d'assumer, on doit aujourd'hui tenir compte du niveau social atteint par ces catégories, qui permet à leurs membres de prendre une part raisonnable de responsabilités dans la garantie qui leur est offerte.

" ... La progression des dépenses du régime général au cours des années 1965-1970 sera inévitablement importante du fait de l'augmentation des classes de retraités et de l'accession d'un plus grand nombre d'entre eux à la pension normale.

" La prudence imposera pendant cette période difficile :

- de maintenir l'âge de la retraite à 65 ans,
- de ne pas appliquer aux pensions des revalorisations supérieures à la variation des salaires. "

- par les représentants du pouvoir à la Commission des prestations sociales "Commissariat Général du plan" présentant ainsi les options possibles pour réduire les dépenses de Sécurité Sociale et ramener l'indice de 145 à 138 en 1970.

" - Réduction du remboursement des produits pharmaceutiques ramené de 75 à 70 %.

Economie de 270 millions.

- Eventuellement, remboursement à 65 %.

Economie de 520 millions.

- Suppression du remboursement des médicaments usuels.

Economie de 150 millions.

- Franchise de 30 F par semestre.

Economie de 275 millions.

75 %.

- Honoraires médicaux et chirurgicaux non plus à 80 mais à

Economie de 250 millions.

- Eventuellement, remboursement des honoraires médicaux et chirurgicaux à 70 %.

Economie de 500 millions.

- Pour les soins dentaires, réduction du taux de remboursement de 80 à 75 %.

Economie de 100 millions.

- Pour les Allocations Familiales, suppression de l'allocation de maternité.

Economie de 389 millions.

- Suppression de l'allocation de salaire unique pour les ménages ayant un enfant.

Economie de 985 millions.

- Suppression de l'allocation de salaire unique pour les ménages ayant 1 enfant de plus de 3 ans.

Economie de 400 millions."

" Le rapporteur général ajoutait que :

" dant toutes les mesures qui viennent d'être énumérées, rien
" n'a trait à l'hypothèse d'une variation du montant des presta-
" tions en fonction des revenus et pourtant (dit-il) cette
" hypothèse hante nos esprits."

- par les déclarations du Ministre du Travail, M. GRANDVAL
reproduites par "Les Echos", du 11.2.65.

" Rappelant que des problèmes de financement ne tarde-
" raient pas à se poser, M. GRANDVAL a indiqué qu'il n'était pas encore
" possible de dire quelles seront les solutions qui seront adoptées et qui
" sont actuellement recherchées par une commission d'étude. Toutefois,
" un point est certain selon M. GRANDVAL : des réformes seront néces-
" saires et elles devront tenir compte des nécessités de l'équilibre écono-
" mique général."

- par "Combat" des 12 et 13 Juin 1965 et "La Nation" du 14.6.65:

" Le projet compte un remboursement différent des dépen-
" ses médicales selon qu'il s'agira de maladies plus ou moins importantes.

" La Sécurité Sociale continuerait à rembourser à 80 % les
" actes médicaux les plus chers mais limiterait à 65-70 % le rembourse-
" ment des soins moins importants."

Tous ces propos, ainsi que ceux de l'Union Syndicale des Médecins de France tendant au même but et parus dans différentes publications reposant essentiellement sur l'annonce périodiquement répétée du déficit de l'Institution, il convient de rétablir la vérité en cette matière.

Pour le faire, permettez-moi de me référer à la résolution votée par 3.756 voix sur les 4.806 exprimées au cours de l'Assemblée Générale de la F.N.O.S.S. tenue à Paris les 4 et 5 courant et pendant lesquelles ces problèmes ont fait l'objet de larges débats.

Que dit-elle ?

" Sur la situation financière actuelle, elle affirme, à nouveau, " sans crainte d'un démenti qui n'a d'ailleurs encore jamais été apporté, " que le régime général de Sécurité Sociale est dans une situation financière parfaitement saine. Ce sont les charges extérieures au régime " et étrangères à sa nature et au but qui lui est assigné, accumulées sur " lui depuis des années, qui ont rendu apparemment précaire sa situation " comptable.

A - Les charges indues

En fait pour 1964 les comptes de régime général se présentent ainsi :

	: Recettes	: dépenses	: Solde	:
Assurances Sociales	: 19.560	: 19.495	: + 65millions:	:
Accidents du Travail	: 3.047	: 3.248	: - 201millions:	:
Allocations Familiales	: 12.425	: 11.568	: +857millions:	:
Ensemble	:	:	: +721millions:	:

C'est la prise en compte par le régime général du déficit, réel celui-là, du régime agricole pour 880 millions qui transforme l'excédent de 721 millions en un prétendu déficit de 159 millions.

Mais bien d'autres charges indues accablent le régime des salariés du Commerce et de l'Industrie et notamment :

- Suppression du remboursement par l'Etat des Allocations du Fonds National de Solidarité 745 millions
 - Allocations aux vieux travailleurs salariés agricoles ... 100 millions
 - Allocation viagère aux rapatriés d'Algérie 60 millions
 - Déficit du régime des Mines 557 millions
 - Surcompensation des prestations familiales 239 millions
 - Frais de fonctionnement des services "Sécurité Sociale" du Ministère du Travail 38 millions
 - Inclusion dans les prix de journée hospitaliers des amortissements immobiliers et des charges de formation des étudiants en médecine 350 millions
- Soit 2.089 millions
de F ou 209 milliards
d'anciens francs.

Si l'on avait respecté l'autonomie du régime général, celui-ci présenterait donc pour l'année 1964 un excédent vrai de plus de 280 milliards d'anciens francs.

Cette situation n'est pas particulière à l'année 1964.

En 1963, c'est environ 230 milliards d'anciens francs qui ont été transférés au régime général et en 1960, 1961 et 1962 de 100 à 115 milliards chaque année. Ainsi en 5 ans le régime général a été privé de 835 milliards d'anciens francs. Malgré ces très lourdes charges, le régime général a été constamment en excédent :

- 1960,	excédent de 20 milliards d'anciens francs
- 1961,	" " 25 " " "
- 1962,	" " 77 " " "
- 1963,	" " 2 " " "

Ainsi, non seulement l'Etat, expression de la Nation tout entière, n'a jamais contribué, pour si peu que ce soit, au financement du régime général, mais encore il a réduit ses propres obligations grâce aux transferts opérés au détriment de ce régime ce qui a interdit une évolution normale des prestations familiales et vieillesse.

Dans ces conditions, l'Assemblée Générale ne saurait admettre que l'on tire argument d'une rupture d'équilibre comptable créée de toutes pièces pour porter atteinte aux prestations garanties aux assurés sociaux."

A cela ajoutons le tableau suivant dont les chiffres sont extraits du rapport sur l'application de la législation de Sécurité Sociale contenu dans l'édition des documents administratifs du Journal Officiel du 14.6.1964, et pour les années 1963 et 1964 dans les brochures statistiques du Travail et de la Sécurité Sociale éditées par le Ministère du Travail en Août 1965 :

Années	Excédent	Déficit
	Millions de F.	Millions de F.
1958	+ 534	
1959	+ 335	
1960	+ 50	
1961	+ 247	
1962	+ 764	
1963		- 15
1964		- 159
Résultats	+1930	- 174

Soit un solde excédentaire de 1756 millions, si l'on tient compte que le déficit de 1963 et de 1964 provient de la mise à la charge du régime général, du déficit A.S./A.T./A.F. du régime des salariés agricoles de ces mêmes années s'élevant respectivement à 829 millions et 880 millions, l'on arrive pour ces 7 années à un excédent net de 3465 millions.

Dans ces conditions, il est difficile d'admettre que l'on tire argument d'une rupture d'équilibre comptable créée de toutes pièces pour porter atteinte aux prestations garanties aux assurés sociaux. L'on peut même ajouter en l'état actuel des informations que le régime général pourrait, avec ses seules ressources et eu égard à ses seules charges, faire face à l'évolution des prestations jusqu'en 1970 à législation constante.

Permettez-moi d'ajouter que les charges indues représenteront en 1965, 4 milliards de F

Qu'au dernier recensement connu des impayés ceux-ci s'élevaient à 2 milliards.

Qu'enfin, l'article 18 du code de la Sécurité Sociale stipule :

" La couverture des charges de la Sécurité Sociale et des prestations familiales est assurée indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur...."

démontrant ainsi la volonté du législateur pour une participation de l'Etat et non que celui-ci y procède à des ponctions destinées à alléger son budget.

Il est vrai que les dépenses de l'Assurance Maladie augmentent et qu'elles augmenteront encore, puisque le nombre de personnes protégées augmentent, qu'on se soigne mieux et que la médecine moderne coûte cher.

Dans sa conférence de presse, M. DOLIDIER Président de la Caisse Centrale de la région parisienne, citait l'exemple de l'opération à coeur ouvert qui, compte tenu des examens qui la précèdent et des soins qui la suivent coûte l'équivalent de 7 années de cotisations d'un assuré cotisant au plafond soit en moyenne 1.700.000 anciens francs.

La cause fondamentale de l'augmentation des dépenses de santé depuis 20 ans, réside non pas dans une augmentation abusive de la consommation médicale mais dans le coût croissant de la médecine dont les progrès remarquables entraînent nécessairement un prix de revient plus élevé. Cette évolution est d'ailleurs de caractère universel.

N'est-ce pas grâce aux méthodes modernes de réadaptation fonctionnelle et de rééducation que les accidentés et les grands handicapés peuvent souvent reprendre une place normale au lieu d'être des invalides définitifs?

N'est-ce pas en développant les moyens d'action médicaux, psychologiques et sociaux que pourront être récupérés ou améliorés nombre d'enfants inadaptés ?

Nous ne pouvons donc partager l'opinion suivant laquelle l'évolution des dépenses de soins est en elle-même condamnable, considérant au contraire qu'elles expriment de la façon la plus claire le contenu humain et social du progrès économique.

Pour nous, notre choix est fait, nous défendrons l'Institution mise en place il y a 20 ans, c'est la raison pour laquelle nous avons voté la résolution générale de l'Assemblée de la F.N.O.S.S. indiquant dans son final :

" ... que la défense et le développement du régime ne peuvent être assurés que par l'action de tous les intéressés.

" Elle mandate le Conseil d'Administration de la F.N.O.S.S. pour, en accord avec l'U.N.C.A.F., prendre toutes les initiatives nécessaires pour qu'au sein de la Commission des Prestations Sociales du Plan, leur position soit retenue par tous ceux qui sont opposés à la réduction des prestations servies aux salariés."

Cette volonté de ne pas permettre au Gouvernement de modifier la structure de la législation sociale française et de réduire les prestations qu'elle prévoit, s'est trouvée confirmée dans une deuxième résolution, votée par 3723 voix sur les 4629 exprimées dont voici la teneur :

" La F.N.O.S.S. réunie en Assemblée Générale, les 4 et 5 Novembre 1965 a eu son attention appelée sur le document intitulé " La Sécurité Sociale et son avenir", publié en Juin 1965 par le C.N.P.F. dont les représentants siègent au sein des Conseils d'Administration des Caisses.

" Elle constate que les positions et propositions soutenues dans
" ce document sont en complet désaccord avec les voies et moyens définis
" par la F.N.O.S.S. en matière de défense et d'amélioration de la Sécurité
" Sociale.

" Elle précise que ces positions et propositions, si elles étaient
" adoptées, consacraient le retour à un régime plus insuffisant encore
" que celui des assurances sociales auquel s'est substitué, dans le sens
" du progrès, le plan français de Sécurité Sociale.

" En conséquence, elle déclare son désaccord fondamental avec
" le document du C.N.P.F. ci-dessus mentionné."

En agissant ainsi nous avons conscience de lutter pour le droit
à la santé des travailleurs et le maintien d'un bon état sanitaire du pays.

--oOo--

Marseille, le 9 Novembre 1965.