

La protection sociale toulousaine : des Assurances sociales à la Sécurité sociale (1)



Cette étude présente la recension des archives de la Carsat Midi-Pyrénées couvrant la période 1933-1961. Je remercie la Carsat pour la mise à disposition de ces documents ainsi que pour le suivi de la recherche mené avec moi par Vincent Louis dit Guérin, directeur comptable et financier. L'analyse est conduite par Paolo Odie, doctorant au Centre Toulousain d'Histoire du Droit et des Idées Politiques

Ce travail éclaire l'histoire d'un organisme régional de protection sociale sur deux séquences souvent dissociées : les Assurances sociales d'avant-guerre, aujourd'hui largement méconnues, et la Sécurité sociale, parfois présentée comme instaurée *ex nihilo* en 1945. Les archives permettent d'en nuancer cette perception.

La première partie retrace l'évolution de « la protection sociale toulousaine : entre héritages assurantiels et innovations juridiques (1933-1961) ». Paolo Odie rappelle l'antériorité des couvertures hospitalières, des maisons de charité, des assurances de dommages et de l'assistance publique. Il souligne également le contraste entre la mise en place difficile des Assurances sociales, après dix années de débats parlementaires, et l'adoption en « quelques mois, pratiquement sans discussion publique » des ordonnances d'octobre 1945 fondatrices de la Sécurité sociale.

La deuxième partie, « L'uniformisation relative de la protection sociale toulousaine », met en évidence le rôle structurant de la solidarité sociale dans l'action de l'Union régionale des Caisses Maladie Maternité (URCMM) puis de la Caisse Régionale de Sécurité sociale (CRSS). Ces organismes ont œuvré à la coordination des structures décentralisées et à l'extension progressive de la protection, parachevée en 1945 pour tous les salariés et couvrant leurs accidents du travail.

La troisième partie, « Les divergences intrinsèques à la protection sociale toulousaine », analyse notamment l'importance du contrôle médical. Avec la Sécurité sociale, le médecin conseil régional devient l'élément central d'un dispositif désormais unifié. L'étude rappelle que l'insuffisance des contrôles tenait notamment à la dispersion des caisses d'Assurances sociales, constat déjà formulé par Paul Descours, directeur de l'URCMM puis de la CRSS de 1937 à 1968.

Cette recherche met en lumière des éléments de continuité et de rupture entre Assurances sociales et Sécurité sociale. La prochaine Lettre d'information en poursuivra la publication.

Michel Lages
Président du Comité Régional d'histoire
de la Sécurité sociale
Occitanie-Pyrénées-Méditerranée

Avant-propos



Joëlle Traniello
Directrice générale
de la Carsat-Midi-Pyrénées



Vincent Louis dit Guérin
Directeur comptable et financier
de la Carsat-Midi-Pyrénées

En proposant à la Carsat Midi-Pyrénées la réalisation d'une étude sur la protection sociale toulousaine, le Comité Régional d'histoire a rendu possible l'exploration et la mise en valeur des archives les plus anciennes en possession de l'organisme, projet ambitieux qui n'avait pas pu être réalisé jusque-là.

Pris dans le tourbillon des réformes et de la mise en œuvre des politiques publiques au quotidien, rythmés par les cycles et horizons des contrats pluriannuels de gestion, les organismes de sécurité sociale, dont la Carsat, s'inscrivent avant tout dans la conjonction du présent et de l'avenir, et ont en effet rarement l'occasion de se pencher sur leur histoire et leurs racines, à l'exception des temps commémoratifs de l'Institution.

Ce faisant, alors que la Sécurité sociale a dépassé le cap de ses 80 ans, la mémoire orale des artisans de ses débuts s'estompe progressivement et confère simultanément une importance renouvelée toute particulière à la relecture des traces écrites laissées dans nos archives d'avant et après guerre par nos prédécesseurs.

Nous remercions donc chaleureusement le Comité pour cette initiative et son Président, Michel Lages, fin connaisseur des archives de la Carsat dont il fut le Directeur.

Naturellement, nos remerciements s'adressent également à Paolo Odie dont l'investissement, la qualité des investigations et de leur synthèse augurent d'un brillant parcours d'enseignant chercheur au sein de nos universités – nous lui souhaitons ! Sa pensée, à la fois structurée et éclairante, nous plonge au cœur de la vie administrative et politique des institutions de l'époque, dont le foisonnement et la complexité redoutables n'ont rien à envier à nos organisations contemporaines.

Ainsi, Paolo Odie nous restitue avec une grande clarté le fonctionnement d'institutions aujourd'hui disparues et la compréhension de leurs rôles, de leurs enjeux et contraintes, des interrogations existentielles qui les traversent et, au fond, de leurs raisons d'être dont nous avons largement hérité.

De ce fait, les problématiques exposées dans ses travaux résonneront sans nul doute auprès de l'ensemble des professionnels des organismes de sécurité sociale. Qu'il s'agisse des risques professionnels, de l'Assurance maladie, de la branche Famille ou encore de l'action sociale, chacun y retrouvera des échos familiers et de nombreuses similitudes entre les débats d'hier et ceux d'aujourd'hui.

Par-delà la rupture profonde de la Seconde Guerre mondiale, une volonté constante d'amélioration du service rendu aux assurés et de consolidation des politiques publiques, tant sur le plan territorial que financier, nous unit, de l'URCMM à la Carsat en passant par la CRSS, et rapproche nos époques.

Ce fil d'Ariane constitue peut-être au fond la principale leçon de cette étude.



Doctorant contractuel rattaché au Centre Toulousain d'Histoire du Droit et des Idées Politiques (CTHDIP, École de Droit de Toulouse), Paolo Odie est titulaire d'un master II Histoire du Droit et des Institutions obtenu à l'Université Toulouse Capitole, (mention bien).

Il a réalisé son mémoire de recherche sur « *Le dépôt de mendicité auscitain (1808-1852)* », sous la direction de Romy Sutra, membre du Conseil scientifique de notre Comité régional d'histoire, qui a proposé sa candidature. Son thème de recherche doctoral a pour objet de « Comparer les législations étrangères : une méthode mise au service de l'activité législative (1869-1940) », sous la direction du Professeur Jérôme Henning.

Les recherches approfondies de Paolo Odie comportent de très nombreuses et volumineuses notes de bas de page. Pour en faciliter la lecture, certaines ont été regroupées dans le dernier chapitre « En savoir plus sur... » ; elles sont annoncées dans le texte **en rouge** par leur position dans ce chapitre. Cette longue et complexe restructuration du texte a été patiemment effectuée par Armelle Touyarot et Michel Lages. L'étude exhaustive initiale sera mise en ligne avec la publication du n° 41.

I - La protection sociale toulousaine : entre héritages assurantiels et innovations juridiques (1933-1961)

Dans son ouvrage *La politique universelle, décrets de l'avenir*, Émile de Girardin, un publiciste ingénieur, affirmait que « La politique universelle, telle que je la conçois, c'est l'assurance universelle. (...) Qu'il n'existe effectivement que des risques contre lesquels l'homme, obéissant à la loi de conservation qui est en lui et commandant à la matière, cherche à s'assurer par les moyens dont il dispose. Du risque de l'attaque est née la nécessité de la défense ; de la nécessité de la défense est née la pensée de s'associer (...). Ainsi, chaque risque a donné lieu à un moyen correspondant de l'affaiblir ou de l'écarter »¹.

L'édification d'une protection sociale collective apparaît donc comme la conséquence des risques² encourus, au cours de leur existence, par les individus et de leur besoin de subsistance que la force

associative tend à satisfaire. Or, les Assurances sociales et la Sécurité sociale s'inscrivaient dans cette lignée en instaurant, sous la tutelle de l'État, un système de solidarité entre les travailleurs pour prévenir les risques et réparer les dommages qu'ils engendraient. Reste à déterminer si nous étions en présence d'un système uniforme, hétérogène ou *sui generis*, amenant à distinguer les Assurances sociales de la Sécurité sociale en vertu de leur singularité.

Avant d'être considérée comme un système de protection collective³, l'assurance désignait, principalement, un « contrat de garantie contre certains risques » qui résultaient de la navigation maritime. Quant au Code civil napoléonien de 1804, il élargissait cette notion en déclarant, à travers son article 1964, qu'il s'agissait d'un « contrat aléatoire »,

1. É. de Girardin. *La politique universelle, décrets de l'avenir*, Librairie Nouvelle, Paris, 1855, p. 15. Émile de Girardin (1802-1881), fondateur en 1836 de « La Presse », fut député notamment de Tarn-et-Garonne de 1842 à 1846.

2. Par risque sociaux, nous entendons les événements affectant la capacité de travail ou, plus généralement, les conditions d'existence d'autrui.

3. La protection sociale peut être « entendue dans son sens le plus extensif de réduction et de socialisation des incertitudes de l'existence, ou comme une protection contre les risques socialement identifiés et individuellement perçus (invalidité, accident, chômage, maladie, vieillesse) ». M. Dreyfus, M. Ruffat, D. Voldman et B. Valat, *Se protéger, être protégé. Une histoire des Assurances sociales en France*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2006, p. 19.

Par ailleurs, Michel Dreyfus exposait que la « protection sociale est privée ou publique, individuelle ou collective, facultative ou obligatoire, locale ou nationale, territoriale ou sectorielle ; elle peut également être professionnelle ou interprofessionnelle ». Sa nature n'était donc pas unitaire, mais plurielle. M. Dreyfus, *Les assurances sociales en Europe*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2009, p. 80.

c'est-à-dire d'« une convention, réciproque dont les effets, quant aux avantages et aux pertes, soit pour toutes les parties, soit pour l'une ou plusieurs d'entre elles, dépendent d'un événement incertain ». Dès lors, l'incertitude – relative à la survenance du sinistre – n'était plus seulement liée aux potentiels dommages maritimes qu'encourait l'assuré, mais à certains dommages terrestres auxquels il s'exposait. C'est ainsi que l'assurance contre les incendies et l'assurance vie – visant à prévenir un futur décès – venaient à voir le jour. D'un point de vue formel, le contrat d'assurance demeurait donc de nature privée [Ba] – car conclu entre un assuré et un assureur – et ne s'imposait pas à l'ensemble de la population française.

Ce n'est qu'à partir d'une loi du 5 avril 1928 – modifiée par une loi du 30 avril 1930 – que le concept d'assurance connut une évolution décisive. Et ce, pour diverses raisons. Tout d'abord, le Conseil d'État, dans son arrêt *Caisse primaire, aide et protection* de 1938, reconnaissait au système assurantiel « une mission de service public (...) malgré le caractère d'établissements privés des organismes gestionnaires »⁴. L'Assurance ne s'apparentait plus seulement à un contrat mis au service d'intérêts privés, mais à une véritable administration [Da].

Cette dernière se donnait pour but de « maintenir à l'assuré ou à sa famille toutes les conditions de vie dont il jouissait avant la réalisation du risque et d'éviter ainsi tout déclassement économique à l'assuré »⁵. Elle agissait en réparation des dommages causés, par les risques survenus, aux assurés et à leurs ayants droit, mais également en amont de leur réalisation, dans une logique de prévention. La portée de sa protection outrepassait donc celle du simple contrat d'assurance qui demeurait de nature non-préventive – car agissant uniquement en réparation des dommages subis – puis non-universelle – en ne s'appliquant pas à tous les travailleurs [Db].

L'Assurance sociale relevait, effectivement, d'une logique associative plus prononcée que le contrat d'assurance. Elle se présentait comme le fruit d'« une association qui a pour objet de répartir entre tous ses membres les pertes occasionnées à quelques-uns par certains événements fortuits, de telle sorte que chaque membre supporte sa part de l'indemnité due aux victimes des sinistres » ; et, par conséquent, comme un « acte de prévoyance » collective.

Par ailleurs, l'Assurance sociale préfigurait – sans pour autant lui ressembler – d'une entité qui lui est postérieure : la Sécurité [Bb] sociale, pouvant être définie comme un « ensemble de politiques concourant (...) à l'élimination du chômage ; une rémunération assurant à chacun les moyens de vivre et de faire vivre sa famille dans des conditions décentes ; (...) des garanties contre l'arbitraire patronal ; (...) une organisation médicale permettant de conserver à chacun intégrité physique et intellectuelle par des soins appropriés et plus encore par la prévention (...) ; enfin, dans les cas où un travailleur et sa famille se trouvent privés en tout ou partie du gain provenant du travail ; (...) l'attribution d'un revenu de substitution ou de complément »⁶. La finalité qu'elle poursuivait était alors plus générale que celle attribuée aux Assurances sociales. Elle n'était pas seulement une réponse aux risques qu'encouraient plusieurs catégories d'individus, mais la « réponse la plus cohérente au défi du paupérisme »⁷. Un phénomène que Karl Marx (1818-1883) et Friedrich Engels (1820-1895), philosophes et sociologues allemands, qualifiaient de « mouvement historique qui réduit à la condition salariale un nombre toujours croissant de producteurs, d'hommes et de femmes », c'est-à-dire à l'« insécurité grandissante », au « minimum de subsistance » et au « renforcement par le travailleur lui-même des conditions de son exploitation ».

Par ailleurs, Assurances sociales et Sécurité sociale ne devaient pas être confondues avec un autre système antérieur de protection : celui de l'assistance publique, c'est-à-dire de l'« administration publique de secours et de bienfaisance, comprenant les hôpitaux, hospices, bureaux de bienfaisance, en un mot, tous les services organisés pour secourir l'indigence »⁸. En effet, le travail qu'effectuait le salarié pour la bonne marche de la société et la cotisation dont il s'acquittait périodiquement légitimaient sa protection. Au contraire, Bruno Valat considère qu'en l'absence de cotisation, l'indigent, c'est-à-dire le pauvre ainsi que le mendiant valide, semi-valide et invalide, intégrait la « sphère dégradante de l'assistance [Bd] », mais également celle de la répression⁹. La puissance publique reprochait à l'indigent son oisiveté et son action de quémander, qui se matérialisaient par une violation de l'ordre public [Bc] et rendaient illégitimes sa protection.

D'un point de vue historique, la protection sociale reposait davantage sur les concepts d'assistance et de répression que sur celui d'assurance. L'assistance

4. D.-R. Tabuteau, « La sécurité sociale et le juge », discours prononcé à l'occasion des 80 ans de la Sécurité sociale, 2025. Retranscrit sur le site internet du Conseil d'État.

5. É. Antonelli, *Guide pratique des assurances sociales*, Payot, Paris, 1928, p. 79.

6. M. Dreyfus, M. Ruffat, V. Viet, D. Voldman et B. Valat, *Se protéger, être protégé...*, op. cit., p. 263.

7. H. Hatzfeld, *Du paupérisme à la sécurité sociale (1850-1940)*, Armand Colin, Paris, 1971, p. 25.

8. P. Larousse, *Grand Dictionnaire universel du XIX^e siècle*, 1866, tome 1, p. 794.

9. La répression peut être définie comme l'action « de réprimer, de prendre des mesures punitives contre ceux qui sont jugés contrevenir aux règles, aux lois, ou aux options d'un gouvernement, d'une société ou à la morale ». Voir le site officiel du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.

pouvait être de nature privée, en cas d'action de particuliers et/ou d'institutions non-officielles, mais également de nature publique, lorsque « le pouvoir laïc procède, dans un souci de maintien de l'ordre, à une bureaucratisation des secours »¹⁰. Or, au Moyen-Âge, l'Église assurait « quasi exclusivement une mission d'assistance aux pauvres »¹¹, porteurs du statut de « vicaire de Jésus Christ sur terre »¹² et offrant à autrui « des occasions de sanctification par l'aumône ou par l'humilité »¹³. La pauvreté¹⁴ devenait une « vertu éminente », qui demeurait principalement protégée par les établissements hospitaliers toulousains [Ca]. Parmi eux, recensons les Hôpitaux de Pierre-Pons, Saint-Orens, Saint-Martin-du-Touch, la Grave, Notre Dame de la Daurade, du Corps-du-Christ, Saint-Antoine de Lézat ou encore de Saint-Jacques. Ce dernier, après avoir été bâti le 5 janvier 1257, se destinait par exemple à accueillir l'ensemble des « pauvres malades ayant actuellement la fièvre, ou blessés, de quelque pays et de quelque nation qu'ils soient (...) à l'exception des pestiférés, des scorbutiques n'ayant pas actuellement la fièvre, et de ceux qui ont le mal vénérien, ni aucune femme enceinte pour accoucher »¹⁵.

En 1514, fut également créé l'Hôpital de la Grave connu, tout d'abord, sous le nom d'Hôpital Saint-Sébastien et, à partir d'un arrêt du Conseil de bourgeoisie du 7 juillet 1647, sous celui d'Hôpital Saint-Joseph de la Grave [Cb]. Considéré dans un premier temps comme une structure vouée à accueillir des pestiférés, il se transforma, dans un second temps, en un Hôpital-Général [Cc], fondé en réponse « aux insuffisances de la législation antérieure » sur l'extinction de la mendicité en France. Sa création résultait, ainsi, de la politique royale du « Grand Renfermement »¹⁶, visant à « mettre à l'écart des individus considérés comme fauteurs de troubles à la sûreté et la salubrité publique » puis à « moraliser des individus jugés fainéants et débauchés, en les forçant au travail dans des ateliers spécifiques et, aspect essentiel, en les catéchant »¹⁷. Les

Hôpitaux-Généraux étaient alors « une synthèse entre contrainte policière et idéaux chrétiens d'assistance »¹⁷ ; mais également un symbole de l'immixtion de l'autorité royale dans le domaine assistanciel qui, jusque-là, avait été monopolisé par l'Église de manière non-officielle¹⁸.

Outre les hôpitaux, nous retrouvons l'œuvre des Bouillons des pauvres, créée à Toulouse au XVII^e siècle et représentant, en dehors de la charité privée, la « seule forme d'assistance à domicile, avec les distributions, plus ou moins régulières, faites par les corporations laïques, surtout les confréries de Pénitents »¹⁹. Plus spécifiquement, les Bouillons se caractérisaient comme des « prototypes » de bureaux de bienfaisance [Cd], c'est-à-dire des organismes municipaux destinés à secourir à domicile et en nature les individus qui se trouvaient dans le besoin. Ils œuvraient en faveur de diverses paroisses, dont celles de Saint-Sernin, Notre-Dame-du-Taur et Saint-Pierre, desservie par « quatre sœurs de charité » et « fondée par lettres patentes de 1754 ». Puis, succédaient aux Bouillons les « Maisons de Charité » qui, placées sous la surveillance du Bureau de Bienfaisance, dispensaient des soins aux pauvres-malades par le biais des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, accompagnées d'« un ou plusieurs médecins, chirurgiens ou sages-femmes ».

Dans l'ensemble, sept Maisons de Charité semblaient être recensées dans la ville de Toulouse, plus précisément dans les quartiers de Saint-Étienne, Saint-Sernin, Saint-Michel, Saint-Nicolas, Saint-Jérôme, Daurade et dans une banlieue à Lafourquette.

À ces œuvres s'ajoute celle des dépôts de mendicité²⁰, effective de 1766 à 1776 puis de 1811 à 1818, pour « extirper la mendicité »²¹ de ladite ville – en alliant assistance, « idée de police et de répression » ; de l'association des médecins de Toulouse, instaurée en 1846 et rattachée à l'« exercice de la profession et la création d'une caisse de secours

10. D. Roman, *Le droit public face à la pauvreté*, thèse de l'Université Paris 1, Droit, 2000, p. 28.

11. *Ibidem*.

12. A. de Pindray, *L'hôpital général Saint-Joseph de la Grave de Toulouse aux XVII^e et XVIII^e siècles (1647-1796)*, thèse de l'Université de Toulouse, Histoire, 1999, pp. 44-45.

13. C. Marconi, *Les ateliers de charité en Dauphiné : l'assistance par le travail entre secours et enjeux économiques (1771-1917)*, thèse de l'Université de Grenoble, Histoire du Droit, 2012, p. 23.

14. La pauvreté peut être définie comme « l'indigence, (le) dénûment (sic), (la) pénurie des choses nécessaires à la vie ». P. Larousse, *Grand dictionnaire...*, *op. cit.*, tome 12, p. 442.

15. A. de Pindray, *L'hôpital général...*, *op. cit.*, p. 10.

16. Cette expression est à retrouver dans l'ouvrage suivant : M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1961. Plus précisément, le *Grand renfermement* désigne la politique royale menée à l'encontre des marginaux à compter du XVII^e siècle. Formée pour combler l'insuffisance de la législation antérieure, la politique de *Grand renfermement* oscillait entre « charité et mesures coercitives à l'égard des mendiants ». D. Roman, *Le droit public face...*, *op. cit.*, p. 159, pour cette citation et les deux suivantes.

17. B. Geremek, *La pitié ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen-Âge à nos jours*, Gallimard, Paris, 1997, p. 280.

18. A. de Laubadère, *Traité de droit administratif*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 1978, tome IV, p. 438.

19. J. Adher, *Recueil de documents sur l'assistance publique dans le district de Toulouse de 1789 à 1800*, Édouard Privat, Toulouse, 1918, pour les citations de ce paragraphe.

20. Ce dépôt intégra l'Hôpital la Grave, à l'instar du dépôt de mendicité toulousain créé sous l'Ancien Régime. H. David « Le dépôt de mendicité de Toulouse (1811-1818) », *Annales du Midi : revue archéologique, historique et philologique de la France méridionale*, n° 119, 1974. pp. 403-417.

21. Décret napoléonien du 5 juillet 1808, *Bulletin des lois de l'Empire français*, Imprimerie impériale, Paris, 4^e série, tome 8, n° 3828.

pour ses membres, leurs veuves ou enfants « tombés dans l'infortune », des consultations gratuites chaque jour à midi, sauf les dimanches et jours fériés, dans un local spécial »²² ; ou encore de la Société de Saint-François Régis, procurant « aux indigents qui « vivent en mauvais commerce » les pièces nécessaires à leur mariage civil et religieux et à la légitimation de leurs enfants naturels ».

Jusqu'à l'avènement de la III^e République (1870-1940), la protection sociale toulousaine était donc dominée par l'« action paternaliste et moralisatrice du Clergé et des classes aisées ». Ce n'est qu'à partir de l'année 1870 qu'elle fut orientée vers le « radicalisme qui la soutient pour la séparer tant de l'Église que des conservateurs tout en évitant une dérive vers le socialisme ». Et, lorsque celui-ci arriva au pouvoir municipal, il s'accorda « fort bien aux traditions de solidarité d'une ville ne connaissant pas la dure condition des pays de grande industrie, une ville qui compte encore dans l'annuaire des notables de 1913 quelque 1500 personnes, dont la raison sociale, si l'on peut dire, est rentier ou propriétaire ».

C'est ainsi que dans le « domaine particulièrement sensible des accidents du travail », la loi du 9 avril 1898 rompait avec la « logique libérale de la responsabilité de fait de la faute, pour décider que l'employeur serait pécuniairement responsable des accidents survenus à ses employés »²³. Par la suite, le législateur républicain reconnut, à travers la loi du 1^{er} avril 1898, la légalité des sociétés mutuelles volontairement établies²⁴ et promulgua, au cours de l'année 1910, une loi sur les retraites ouvrières et paysannes obligatoires qui chemina « à travers les objections opposées des libéraux et des syndicalistes révolutionnaires ».

Finalement, les « résultats imparfaits » qui résultaient des institutions existantes, le retour de l'Alsace-Lorraine à la France où s'appliquait le régime d'Assurances sociales mis en place par Bismarck²⁵, chancelier de l'Empire allemand, les « inquiétudes des pouvoirs publics à l'égard de la stagnation démographique, du non-renouvellement des générations et des insuffisances de la population active, laquelle décroît et vieillit,

quantitativement et qualitativement » ; ainsi que la « nécessité de sortir de la crise d'entretien et de productivité de la force de travail » légitimaient la création – après dix années de débats parlementaires intenses – des Assurances sociales, régies par la « législation de 1928-1930 »²⁶ – fortement décriée par les employeurs, agriculteurs, médecins, pharmaciens, mutualistes et catholiques. En conséquence, quatorze Caisses de répartition [Dc] et trois organismes de capitalisation [Dd], regroupés au sein de l'URCMM (Union Régionale des Caisses Maladie-Maternité) [De], auront été édifiés dans la région toulousaine. En pratique, cette législation se montrait, toutefois, incapable « de couvrir la montée des coûts sociaux de la crise de l'entre-deux-guerres et de faire face à la crise du type de progression de la productivité du travail ». Pour certains auteurs, elle donnait lieu à une « aggravation des déséquilibres sociaux (chômage, pauvreté...) qui compromet les débouchés intérieurs, participe à l'insuffisance grave de l'incitation à investir, nourrit la crise de surproduction et l'explosion du chômage et la naissance d'un nouveau besoin : celui d'édifier une « société salariale »²⁷.

C'est ainsi que la réforme du système des Assurances sociales fut discutée, avant la seconde Guerre Mondiale, par les fonctionnaires qui en étaient en charge puis, par le gouvernement de Vichy. René Belin [Dg], ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, envisageait à travers un projet daté de septembre 1940 de « couvrir tous les salariés et d'unifier la gestion (caisse unique départementale, caisse nationale, fédération nationale). Suite aux oppositions notamment de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française), il présente un nouveau texte, sans succès, début 1942. Il affirmera en 1946 que son projet « vient d'être repris par le Gouvernement provisoire »²⁸, bien qu'il ne « prévoyait pas la gestion par les syndicats ».

Les Ordonnances du 4 et 19 octobre 1945 – adoptées en « quelques mois, pratiquement sans discussion publique » – instituaient, en ce sens, la Sécurité sociale. À l'échelle locale, ce système de protection se matérialisait, dès l'année 1945, par la création d'une Caisse régionale de Sécurité sociale (CRSS)

22. R. Gillis, « La protection sociale en France... », *art. cit.*, pp. 213-225. *Ibidem* pour cette citation, la suivante et celles du paragraphe qui suit.

23. G. Sicard, « L'établissement des assurances sociales en France par les lois de 1928 et 1930 », in *Mélanges Germain Sicard*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, Toulouse, 2000, pp. 1163-1177, pour cette citation et la suivante.

24. Les Sociétés de secours mutuels, longtemps entravées par la loi Le Chapelier de 1791 qui prohibait la formation de corporations, permettaient à « certains ouvriers, employés ou professionnels de bénéficier de dispositifs de protection sociale avant même l'instauration de systèmes publics ou rendus obligatoires par la loi ». D.-R. Tabuteau, « Quatre-vingts ans de la sécurité sociale », *Droit social*, n° 10, 2025, pp. 772 et s ; J. Déborah, *Des sociétés de secours mutuels à l'assurance en Midi-Pyrénées de 1848 à 1914*, thèse de l'Université des Sciences Sociales de Toulouse, Droit, 2002.

25. Après l'annexion de l'Alsace-Lorraine par l'Allemagne, le « régime d'assurances sociales bismarckien y est instauré à partir de 1884 et maintenu en 1919. Un décret du 12 juin 1946 conserve « à titre transitoire », un régime particulier ayant une couverture obligatoire et complémentaire différente de celle du régime général d'assurance maladie ». M. Lages, *L'évolution de la gouvernance de la Sécurité sociale*, thèse de droit privé, Université de Toulouse, 2012, p. 340.

26. M. Lages, *L'évolution de la gouvernance...*, *op. cit.*, pp. 333-340.

27. P. Beau, *L'œuvre collective : 50 ans de la Sécurité sociale*, Espace social européen, Paris, 1995, p. 11.

28. M. Lages, *L'évolution de la gouvernance...*, *op. cit.*, p. 13.

succédant à l'URCMM; et de la Caisse régionale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CRAVTS) [Dh] à partir de l'année 1947 et au niveau départemental de la Caisse primaire de Sécurité sociale (CPSS [Dij]) durant l'année 1946.

De ces évolutions sociales naît une question centrale : dans quelle mesure la Sécurité sociale se positionnait-elle, à l'échelle toulousaine, dans le prolongement partiel du système des Assurances sociales ? En d'autres termes, dans quelles circonstances ces entités pouvaient-elles être appréhendées comme un système unitaire puis dual ? De ce raisonnement général résultent plusieurs interrogations subsidiaires : la protection sociale toulousaine était-elle organisée selon des modalités uniformes ? Reposait-elle, exclusivement, sur les concepts de solidarité et de coordination d'organismes sociaux décentralisés ? Quels en étaient les bénéficiaires ? Se destinait-elle à réparer les dommages produits par les risques survenus, à les prévenir ou les anticiper ? Par quels moyens ? Cette protection était-elle porteuse d'efficacité ? Si oui, par quels biais ? Était-elle le fruit d'une application *stricto sensu* des ordres gouvernementaux ? Et enfin, s'apparentait-elle, en pratique, au système assistanciel ? Le cas échéant, sur quels points ?

Pour répondre à cette problématique, nous nous appuierons sur quatorze registres que nous avons

dépouillés, consultés, classifiés, analysés et interprétés. Parmi eux, quatre sont relatifs aux délibérations du Conseil d'Administration (CA) de l'URCMM [Df] de Toulouse ; un aux délibérations du Bureau du CA de cette même Union ; un aux Conférences régionales auxquelles participaient les responsables des Caisses primaires de la région toulousaine, de l'URCMM et des CRSS ; quatre aux PV des CA de la CRSS et CRAVTS²⁹. Le premier registre de délibérations mis à notre disposition est daté de l'année 1933, soit celle de la création de l'URCMM, et le dernier de l'année 1967, durant laquelle fut instauré le « paritarisme dans les conseils d'administration » des Caisses primaires d'Assurance Maladie ; étendue la « couverture (sociale) à l'ensemble de la population » et réformée la « responsabilité et l'équilibre de la gestion de la Sécurité sociale »³⁰ suite à l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967. Dans l'ensemble, pas moins de deux mille documents [Aa] manuscrits et dactylographiés auront été mobilisés pour appréhender au mieux les continuités et discontinuités existantes entre les Assurances sociales et la Sécurité sociale toulousaines.

Démontrons maintenant que la protection sociale toulousaine reposait sur des fondements relativement uniformes (II), tout en ayant certaines insuffisances (III).

II - L'uniformisation relative de la protection sociale toulousaine

La solidarité sociale, entendue dans le sens de phénomène traduisant « toujours la dépendance de l'individu au(x) groupe(s) au(x)quel(s) il appartient »³¹, se caractérise comme un principe fondamental de protection, qui s'appliquait tant entre les Caisses

de la région qu'entre les assurés et celles-ci (A). L'application de ce principe était aussi orientée vers des finalités précises, que les organismes de protection toulousains partageaient en commun (B).

A) LA SOLIDARITÉ SOCIALE : UN PRINCIPE FONDAMENTAL DE PROTECTION

Certes, l'URCMM [De] et la CRSS [Dh] toulousaines menaient une action indépendante de celle des Caisses primaires, mais cherchaient constamment à les coordonner entre elles afin d'obtenir une couverture sociale unifiée (1) et, progressivement, généralisée (2).

1) La coordination d'organismes sociaux décentralisés : symbole d'une protection unifiée

Dans l'une de ses allocutions, Paul Lestrade, président du CA de l'URCMM de Toulouse affirmait que

29. Les sources concernant la CRAVTS demeurent moins nombreuses que celles relatives à l'URCMM et aux CRSS. Par conséquent, nous ne les mobiliserons que partiellement dans nos développements, pour renforcer ou étayer notre raisonnement.

30. D. Chaminade, « La Caisse primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne de 1967 à 1982 », Comité régional d'histoire de la Sécurité Sociale de Midi-Pyrénées, LI n° 26, 2019, p. 8.

31. M. Hecquard-Théron, « Du sens du terme dans les textes juridiques », in *Solidarité(s) : Perspectives juridiques, actes du colloque de l'Institut Fédératif de Recherches en Droit*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, Toulouse, 2018, pp. 227-239.

les « Unions régionales sont nées d'un besoin de décentralisation et de la nécessaire coordination d'efforts ». C'est ainsi qu'en 1931, les « Caisses de la Haute-Garonne convaincues de la nécessité d'une entente, avaient créé entre elles ce lien qui est aujourd'hui imposé à toute une région »³².

Mais ce n'est qu'à partir d'un décret ministériel du 6 juillet 1936 que fut créée, officiellement, l'« Union Régionale des caisses d'Assurances sociales de Toulouse »³³ (URCAST). Un groupement institutionnel succédant à l'« Union de réassurance des caisses »³⁴ – aussi connue sous le nom d'« Union interdépartementale des Caisses Primaires d'Assurances Sociales pour la Réassurance » – fondée, quant à elle, le 5 février 1933, sous l'égide d'un décret daté du 14 juillet 1932. Ceci, dans le but de poursuivre des « œuvres d'intérêt commun, telles que (l') organisation d'hygiène sociale, œuvres d'assainissement, établissements de prévention et de cure, sanatoriums, dispensaires, maisons de convalescence et de retraite »³⁵.

Cette coordination n'entravait pas, pour autant, l'autonomie des Caisses primaires et ne les soumettait pas, *a priori*, à une quelconque autorité supérieure, du moins, jusqu'en 1937³⁶, date où le contrôle médical – organisé par les institutions assurantielles – gagnait en rigueur. En guise d'exemple, les Caisses Maladie étaient désormais tenues de « prévenir l'Union Régionale, dès le dépôt de la demande par l'assuré, avec l'accusé de réception qui leur a été adressé » et « de n'engager aucune dépense à ce titre, sans l'accord de l'Union Régionale »

Par conséquent, l'Union supervisait l'action des Caisses, notamment, lorsque des soins étaient dispensés à un assuré invalide pendant l'instruction de son dossier ; tandis que les Caisses, connaissant une perte d'autonomie et une limitation de leur liberté d'action, se trouvaient dans l'obligation d'en référer à l'Union avant toute prise de décision.

Par ailleurs, l'Union jouait aussi un rôle dans l'équilibre financier des Caisses primaires³⁷. Pour ce faire, elle pouvait leur accorder, en fin d'exercice, des « subventions de compensation », à condition que ces Caisses aient eu à « couvrir des risques supérieurs à la moyenne ». De plus, de nouvelles subventions, qualifiées d'« exceptionnelles », leur étaient attribuées lorsqu'« après avoir bénéficié des avances et subventions visées ci-dessus, (elles) accuseraient une situation déficitaire ».

Dans le même sens, l'édification d'un Service de Solidarité³⁸, en février 1941, les contraignait à « suivre d'aussi près que possible le schéma tracé par le Conseil d'Administration de l'Union Régionale dans chaque département ». Or, une telle innovation avait, certes, pour conséquence la participation des organismes d'Assurances sociales au « mouvement de Secours National », le renforcement de leur coordination, coopération³⁹ mais, surtout, la hiérarchisation du système assurantiel toulousain en soumettant lesdits organismes à une autorité référente : le CA de l'Union Régionale [Df]. *A fortiori*, l'URCMM de Toulouse collaborait avec l'UCMM de la Haute-Garonne en créant un Service de prévention infantile qu'elle mettait à la disposition de cette dernière. Et ce, dans l'optique d'« effectuer le placement dans des Établissements de Prévention et de Cure et dans les Colonies de Vacances des enfants des Assurés sociaux affiliés aux dites Caisses ».

L'ensemble de ces collaborations contribuait donc à la systématisation de la protection sociale toulousaine, qui demeurait décentralisée en raison de son ancrage à l'échelle départementale et régionale. Mais, en serait-il de même des organismes de Sécurité sociale ? Continuaient-ils de coopérer avec les Caisses primaires des départements, les Unions régionales existantes ou se limitaient-ils – en cas de déchéance de leur part – à récupérer leurs compétences et attributions ?

32. PV de la réunion du CA du 23 juillet 1935, annexe n° 2, allocution de Paul Lestrade prononcée, le 2 août 1936, à l'occasion de la création de l'URCMM.

33. Lettre non-datée du directeur départemental des Postes - Télégraphes - Téléphones de Toulouse – son identité ainsi que celle du destinataire ne sont pas dévoilées. In, PV de la réunion du CA du 23 juillet 1935.

34. Statuts de l'Union interdépartementale pour la Réassurance des Caisses d'Assurances sociales des départements de l'Ariège, Haute-Garonne, Lot, Tarn et Tarn-et-Garonne. In, PV de la réunion du Bureau du CA du 23 décembre 1943. Voir également l'*Annuaire général de la Haute-Garonne : historique, administratif et commercial*, Édouard Privat, Toulouse, 1939, p. 300.

35. Lettre non-datée de Malrie, ancien président de l'URCMM, adressée à Huguët, nouveau président de ladite Union. In, PV de la réunion du CA de l'URCMM du 7 juin 1935. B. Ducos, *Aux origines de la Sécurité Sociale. Les assurances sociales dans la Haute-Garonne (1928-1936)*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 1985, p. 41.

36. En 1936, Marty, secrétaire-adjoint de l'URCMM, ne laissait sous-entendre aucune supervision des Caisses par l'URCMM : « L'Union a également pour but, tout en respectant l'entière autonomie des Caisses adhérentes : 1° de remplir les attributions prévues à l'art. 31, paragraphe 8 du décret-loi du 28 octobre 1935 ; a) Prendre en accord avec les Caisses toutes les mesures en vue de l'organisation en commun de la prévention (...) ». PV de l'Assemblée Constitutive de l'URCMM du 2 août 1936.

37. Il en sera de même des CRSS qui poursuivront comme finalité d'« assurer la compensation régionale des charges des risques gérés par les caisses primaires de sécurité sociale et de garantir la solvabilité de celles-ci ». Article 10 de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale. In, JORF, *Lois et décrets*, 6 octobre 1945, p. 6281.

38. Nous évoquerons, par la suite, les rouages de ce Service de Solidarité, régi par une circulaire du 1^{er} février 1941. In, Registre des délibérations du CA datées du 18 juillet 1938 au 17 février 1945. P.-J. Hesse et J.-P. Le Crom, *La protection sociale sous le régime de Vichy*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2001, pp. 31-84.

39. Les Caisses primaires étaient tenues d'affecter au « Fonds de Solidarité » 20 % de leurs bonis. PV du CA du 27 septembre 1941.

Pour y répondre, fondons nos propos sur la CRSS de Toulouse, créée par un arrêté du 4 octobre 1945 qui lui donnait, notamment, pour objectif de « gérer les risques invalidité et vieillesse, de promouvoir et coordonner la prévention de l'invalidité ». Prerogatives qui, antérieurement, étaient attribuées à la Caisse primaire vieillesse et invalidité de la région puis, dès 1936, à la « Caisse primaire de la fédération des unions mutualistes départementales ». En effet, un arrêté du 11 février 1946 disposait que cette CRSS « absorbait » la « Caisse primaire d'assurances sociales de l'union mutualiste tarnaise » ainsi que ladite Fédération. Un transfert de compétences s'opérait donc entre la CRSS en question et les organismes assurantiels. Transfert qui entraînait la déchéance de ces derniers et la cessation de leur activité. Reste à savoir s'il en était de même pour les Caisses primaires restantes ?

Un arrêté du 17 janvier 1946 nous renseigne sur le sujet et instituait à Toulouse une Caisse primaire de Sécurité sociale (CPSS), laquelle absorbait les organismes assurantiels subsistants (caisses primaires d'assurances sociales) [Dj]. Les Caisses primaires ne formaient plus qu'un système de protection départementalisé – et, donc, moins décentralisé que le système des Assurances sociales – qui demeurait sous la « surveillance d'un organe régional de tutelle, la Direction Régionale de la Sécurité Sociale (DRSS) ». En outre, leur action venait à être coordonnée avec celle de la CRSS, qui se donnait pour objectif de « promouvoir et de diriger l'action sanitaire et sociale de l'ensemble des caisses de sécurité sociale pour toute la région ».

Cette supervision valait également avec la Caisse Vieillesse Invalidité Décès, placée lors de la fusion sous « l'administration provisoire du Conseil d'Administration de la Caisse Régionale de la Sécurité Sociale ». Deux Caisses qui, à la suite du décret n°60-452 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la Sécurité sociale, fusionnaient en 1961 pour former la CRSS de Midi-Pyrénées, chargée, elle aussi, d'encadrer l'action sanitaire et sociale de la CPSS puis des autres Caisses de Sécurité sociale de la région.

Le principe de solidarité, appliqué sous le régime des Assurances sociales, se prolongeait donc sous celui de la Sécurité sociale. La coordination entre les Caisses primaires et les organismes régionaux apparaissait comme son principal mode

d'expression, mais se manifestait dans des cadres sensiblement différents. Car, postérieurement à l'année 1945, ces Caisses ne se regroupaient plus en Union, bien que ce droit leur fût toujours conféré⁴⁰. Puis, parce que la solidarité impliquait, désormais, un rapport entre plusieurs organismes régionaux – CPSS et CRSS – et non plus entre des organismes départementaux – les Caisses primaires – et régionaux – l'URCMM. Mais alors, cette solidarité favorisait-elle l'accroissement progressif de la protection ?

2) L'accroissement de la protection : une tendance progressivement avérée

Théoriquement, les Assurances sociales se destinaient à couvrir « les salariés ou, plus exactement, les personnes "travaillant pour un employeur", dont la rémunération totale annuelle était supérieure au minimum de 1000 francs par an et inférieure à un maximum de 21 000 francs ». Ceci, en dépit du flou juridique qui régnait, tout au long des années 1930, autour de la notion de salarié⁴¹. En parallèle, la loi du 30 avril 1930 envisageait une « assurance facultative ouverte aux travailleurs non-salariés de condition modeste : indépendants sans fortune, petits patrons, épouses non salariées d'assujettis obligatoires ou facultatifs ».

De ce point de vue, de nombreux protagonistes prétendaient au statut d'assurés sociaux, à l'instar des « travailleurs du commerce, de l'industrie et des professions libérales, les domestiques et gens de maison et, selon des modalités particulières, les salariés agricoles ». Leurs ayants droit y avaient également droit, à l'image de leurs conjoints et « enfants à charge âgés de moins de seize ans, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes salariés donc assurés à titre personnel ». À l'inverse, ne disposaient pas, en principe, de ce statut les « salariés de l'État, des départements et des communes, les employés des chemins de fer, des tramways, les ouvriers mineurs, les inscrits maritimes, les agents de la Banque de France, les employés des Sociétés de l'eau, du gaz, de l'électricité ».

Quant à l'Ordonnance du 4 octobre 1945, elle qualifiait d'assurés l'ensemble des « travailleurs et (de) leurs familles ». Sa portée était donc plus conséquente que la loi du 30 avril 1930 et témoignait d'une volonté de garantir progressivement une protection sociale, obligatoire⁴², à l'ensemble de la population

40. Pourtant, les Caisses primaires ou régionales de Sécurité sociale se voyaient offrir, par le gouvernement, la possibilité de se « grouper en unions ou fédérations en vue de créer des œuvres ou services d'intérêt commun ». Article 13 de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale. In, JORF, *Lois et décrets*, 6 octobre 1945, p. 6281.

41. Deux thèses s'opposaient sur le sujet : « La première, dite classique qui, au dire de plusieurs arrêts de la Cour de cassation, voulait qu'il n'y ait de salarié que lorsqu'il y avait "subordination juridique", c'est-à-dire contrat de travail entre employeur et employé. La seconde, dite sociale, et qui était celle du ministère du Travail, qui disait que devaient être considérés comme salariés soumis à l'obligation, "tous les travailleurs économiquement faibles", c'est-à-dire tous ceux qui vivant principalement du produit de leur travail, se trouvent placés à l'égard de celui qui les rémunère dans un rapport soit de subordination personnelle, soit même simplement de dépendance économique, malgré leur autonomie apparente ». É. Antonelli, *Guide pratique...*, *op. cit.*, pour cette citation et celles du paragraphe suivant.

42. Sa nature apparaissait aussi plus contraignante que la loi du 30 avril 1930 en raison de la suppression de l'assurance facultative et des

française. Cependant, en était-il de même en pratique ? L'URCMM de Toulouse agissait-elle en faveur des mêmes protagonistes que les CRSS ? *Quid* en temps de paix et en temps de guerre ? Pour y répondre, penchons-nous tout d'abord sur les réunions tenues par le CA de ladite Union ainsi que par son Bureau. Ce dernier plaidait notamment pour que « les mères non assurées », « les conjoints non-assurés et les enfants des Assurés, puissent bénéficier de la participation supplémentaire de l'Union Régionale »⁴³. Cette volonté était également exprimée par son CA qui militait pour la prise en charge des prestations forfaitaires maternité en faveur des conjointes d'invalides ; puis pour le paiement des pensions aux étrangers ayant regagné leur pays d'origine.

Toutefois, ce même CA renonçait à la protection de cinq membres du personnel de la Chambre de Commerce de Toulouse ainsi qu'aux « conjoints et enfants d'invalides inscrits sur les listes de l'assistance médicale gratuite ». En s'opposant à leur couverture, l'Union refusait de se substituer « aux obligations des collectivités d'assistance » et, donc, d'amoindrir la frontière existante entre Assurance et assistance sociales.

Pour ce qui est de la CRSS toulousaine, l'article 2 de ses Statuts disposait que sont « affiliés à la Caisse : les assurés obligatoires dont le lieu de travail ou, dans certains cas, la résidence se trouve dans sa circonscription territoriale ; les assurés volontaires dont la résidence se trouve dans sa circonscription territoriale ; les travailleurs indépendants dont l'établissement se trouve dans sa circonscription territoriale ».

Dans les faits, le statut d'assuré obligatoire continuait, donc, de subsister tandis que celui d'assuré facultatif avait été remplacé par celui de travailleur indépendant. Constatons également que le rattachement des travailleurs à l'une ou l'autre de ces catégories ne dépendait plus du montant annuel de leur salaire (même avec un plafond de cotisations), mais de leur statut professionnel – c'est-à-dire de salarié ou non salarié.

En somme, les non-travailleurs étaient assimilés à des « assurés volontaires » qui, de leur plein gré, pouvaient intégrer le système de la Sécurité sociale. Un privilège qui n'était pas octroyé aux salariés, contraints d'y adhérer au plus vite. Le statut de travailleur n'était donc plus exclusif de protection

sociale – comme cela pouvait l'être sous l'égide de la loi de 1930. Par exception, une condition était requise lorsqu'un non-travailleur, provenant de la famille de l'employeur, désirait être assuré. Dans pareille situation, la condition exigée ne relevait plus de l'ordre financier, mais administratif et/ou médical en demandant au futur assuré de fournir à la Caisse susdite une attestation médicale – conformément à l'article 101 du décret n° 45-0179 du 29 décembre 1945.

Indépendamment de leur statut, les assurés se trouvaient, par ailleurs, dépourvus d'une liberté : celle d'opter pour la Caisse de leur choix⁴⁴. Car, comme l'indique l'article 1^{er} desdits statuts, un assuré dont le lieu de travail et/ou de résidence se situait en Haute-Garonne, Ariège, dans les Hautes-Pyrénées, le Gers, Lot, Tarn ou Tarn-et-Garonne, intégrait obligatoirement la CRSS de Toulouse. Et lorsqu'un assuré demeurait en dehors de cette circonscription, il cessait de plein droit d'y être affilié.

Se pose également la question de la protection des ayants droit des assurés. Bien entendu, aucun article de ces mêmes statuts ne leur était réservé, l'Ordonnance du 4 octobre 1945 leur garantissait, explicitement, une protection⁴⁵. De même, un décret du 16 janvier 1950 octroyait une couverture sociale aux « conjointes ou veuves de salariés se trouvant divorcées, séparées, abandonnées par leur conjoint, ou dont le conjoint salarié est disparu, lorsqu'elles ont élevé au moins cinq enfants » et était entré en application par la CPSS de Haute-Garonne, compétente pour le versement des prestations.

Ultérieurement, l'article 2 des statuts de la CRSS de Midi-Pyrénées n'évoquait pas les conditions administratives et/ou médicales permettant la filiation à la nouvelle caisse. Seule une condition géographique était, de nouveau, requise : « Sont affiliées à la Caisse les personnes dont le lieu de travail ou, dans certains cas, la résidence se trouve dans sa circonscription territoriale et celles sur lesquelles la réglementation en vigueur lui donne compétence en matière d'Assurance Vieillesse. » L'accès à la protection maladie tendait donc à s'étendre progressivement.

Mais en avait-il été de même en temps de guerre ? La réponse semble être affirmative car, durant cette période, la protection tendait à gagner en flexibilité pour s'adapter aux circonstances exceptionnelles en présence. L'Union faisait notamment application

plafonds de ressources imposés antérieurement.

43. Relevons qu'un Service de Prévention Infantile fut institué par l'URCMM toulousaine qui lui donnait pour finalité le « placement (tout au long de l'année) des enfants d'assurés sociaux (...) dans les *préventoria*, *aéri*a ou colonies sanitaires ». Article 1^{er} du règlement intérieur du Service de Prévention Infantile. Annexe au PV de la réunion du CA de l'URCMM du 27 septembre 1941. Puis, voir pour les résultats de ce Service aux PV des réunions du Bureau du CA de l'URCMM du 18 juin 1938, du 25 février 1939 et du 13 mai 1939.

44. Or, sous le régime des Assurances sociales, les assurés pouvaient intégrer la Caisse d'affinité de leur choix et, à défaut de prise de décision, étaient rattachés à la Caisse départementale.

45. Rappelons que l'article 1^{er} de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 visait à protéger les travailleurs et leurs familles. In, JORF, *Lois et décrets*, 6 octobre 1945, p. 6280.

d'un décret du 28 octobre 1935, dont l'objet était d'« ouvrir le droit aux prestations aux assurés qui, en raison de leur appel sous les drapeaux, ne justifieraient pas, à leur retour dans leurs foyers, de versements suffisants (...) » ; ainsi que d'un décret du 26 février 1939, voué à assurer une couverture sociale aux « familles d'assurés sociaux évacués et repliés ». Puis, durant la Seconde Guerre Mondiale, avait été institué un Service de Solidarité, visant à protéger les « assurés particulièrement éprouvés par les événements dus à la guerre », c'est-à-dire les assurés sinistrés, chargés de famille, privés de ressources suffisantes, en situation de chômage ainsi que les ayants droit d'assurés prisonniers. L'article 3 des statuts susdits énonçait, en ce sens, que les « bénéficiaires de la législation des pensions militaires ne pourront être écartés de l'assurance volontaire en raison de leurs maladies ou blessures de guerre ». En période de conflits armés, le système de protection ne cessait donc aucunement d'exister mais tendait, au contraire, à se renforcer.

Finalement, relevons que le nombre d'assurés affiliés à l'URCMM – et donc aux Caisses primaires⁴⁶ – différait grandement de celui fourni par les archives de la CRSS de Midi-Pyrénées⁴⁷ – nous ne disposons d'aucune donnée de la sorte pour la CRSS de Toulouse. Au 31 décembre 1930, 94 975 assurés étaient immatriculés aux Caisses primaires de la région de Midi-Pyrénées – dont 66 156 qui

« appartenaient à la ville de Toulouse » – puis, au mois de décembre de l'année 1961, 570 670 immatriculés⁴⁸ à la CRSS de Midi-Pyrénées, dont 364 000 assurés bénéficiant du régime d'assurance général, 84 718 de pensions, et 121 952 d'un régime particulier. Mais, les sources exprimant de telles données se faisant rares, il paraît peu aisé de retranscrire une évolution fiable de ces immatriculations et, par conséquent, d'établir de véritables comparaisons numériques concernant le nombre d'assurés ou le montant de leurs cotisations. Néanmoins, elles témoignent d'un élargissement progressif de la couverture des assurés.

La solidarité existante entre les Caisses primaires, qui se matérialisait en partie par leur regroupement au sein d'organismes régionaux, semblait contribuer – avec les périodes de conflits armés – à la généralisation progressive de la protection. Car, antérieurement à leur collaboration, cette protection demeurait relativement peu accessible. Les Caisses de capitalisation ne protégeaient, à l'aide d'une assurance spéciale, qu'une infime partie de leurs ayants droit, à savoir les « femmes d'assurés non-assurées elles-mêmes ». Au contraire, l'URCMM puis les CRSS procédaient à la couverture des enfants d'assurés et aux autres membres de leurs familles. À la suite de ce constat, intéressons-nous aux finalités poursuivies par ces organismes de protection régionaux.

B. LA COUVERTURE SOCIALE TOULOUSAINE : UNE PRATIQUE SUBORDONNÉE À DE MULTIPLES FINALITÉS

Pour bénéficier d'une protection sociale, chaque travailleur devait s'acquitter d'une cotisation⁴⁹, qui prenait la forme de versements financiers périodiques⁵⁰, ou revêtir le statut d'ayant-droit, en raison de leur appartenance au cercle familial de l'assuré. Une fois ce droit de protection acquis, de multiples moyens

étaient employés par l'URCMM et les CRSS pour pallier les risques auxquels ils s'exposaient, plus précisément pour prévenir et anticiper les risques sociaux à venir (1) puis, réparer les dommages causés par ceux qui survenaient (2).

46. Le CA de l'URCMM affirmait, en 1938, que les 80 000 assurés sociaux de la Caisse départementale de Haute-Garonne « sont le nombre, la force et l'argent de l'Union des Caisses ». PV du CA de l'URCMM de Toulouse du 16 octobre 1938.

47. La progression des immatriculations n'apparaissait pas linéaire et variait en fonction du contexte économique en présence, qui pouvait être marqué par une hausse du chômage dans le pays et/ou la multiplication des travailleurs occasionnels. B. Ducos, *Aux origines de la Sécurité Sociale...*, *op. cit.*, p. 45.

48. Parmi les cotisants, nous retrouvons des étudiants, fonctionnaires actifs et retraités, chose qui, à première vue, n'était pas le cas au cours de la période 1930-1936. Durant celle-ci, les cotisants intégraient, dans leur quasi-totalité, le monde de l'industrie et du commerce : 6884 cotisants qui relevaient de l'industrie chimique, 2131 de l'industrie du livre, 433 de l'industrie du verre et 251 de l'industrie du textile. *Ibid.* p. 44.

49. Comme sous le régime des Assurances sociales, la « cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est à la charge exclusive de l'employeur ». Article 35 de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale. In, JORF, *Lois et décrets*, 6 octobre 1945, p. 6283.

50. Le montant de ces versements différait, néanmoins, en fonction des secteurs professionnels auxquels se rattachaient les assurés, de leur rémunération et, plus généralement, de la volonté gouvernementale. Voir, en ce sens, le décret-loi du 28 octobre 1935 concernant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés du commerce et de l'industrie ; la circulaire du 9 décembre 1947 relative à l'application du régime de Sécurité sociale des fonctionnaires, in, JORF, *Lois et décrets*, 10 décembre 1947, p. 12 062 ; circulaire du 26 mars 1947 concernant la réduction du taux de cotisation d'accidents du travail et des maladies professionnelles, *ibid.*, 4 avril 1947, p. 3174.

Par ailleurs, notons également que la Caisse régionale pouvait, en vertu de l'Ordonnance du 4 octobre 1945, « imposer une cotisation supplémentaire à tout employeur qui ne prend pas les mesures de prévention visées au présent article ». Article 13 de la loi du 30 octobre 1946 centrée sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, *ibid.*, 31 octobre 1946, p. 9275.

1) Protéger pour anticiper les risques sociaux à venir

La prévention faisait partie intégrante de l'action menée par l'URCMM⁵¹. Son ambition était d'« empêcher (...) la réalisation d'un risque, la production d'un dommage, l'accomplissement d'actes nuisibles, etc., en s'efforçant d'en supprimer les causes et les moyens ». Par application d'un décret-loi du 28 octobre 1935 concernant la pré-invalidité [Ea], elle proposait à l'« assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation de travail » de recevoir « s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, des prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixées par le Règlement Intérieur de la Caisse ». En n'engendrant aucune incapacité à travailler, la pré-invalidité différait donc de l'invalidité marquée, quant à elle, par une « incapacité de travail » de degré variable, synonyme de mauvaise santé.

Par ailleurs, cette Union proposait, parallèlement à l'activité des Caisses primaires, de participer « aux frais d'entretien des enfants en colonies de vacances, en préventoria, en subventionnant les organismes qui nous rendent service et qui collaborent sérieusement avec nous, en passant des conventions avec des Établissements de cure spécialisés (sanatoria, cliniques) afin d'obtenir des placements rapides de malades avec formalités administratives réduites au minimum, en travaillant enfin en liaison étroite avec les organismes sociaux publics ou privés intéressés à la défense de la Santé Publique (Dispensaires, Centres anti-cancéreux, Centres antivénériens, etc.) ».

Pour y parvenir, le président Lestrade demandait au ministre du Travail de « vouloir bien l'autoriser à prélever sur son fonds « Hygiène Sociale-Prévention » un crédit de 200 000 francs, destiné à couvrir les dépenses entraînées par la contribution de l'Union Régionale au Service des soins préventifs prévus à l'article 6 paragraphe 16 ». Or, pour bénéficier de telles prestations, des conditions temporelles et géographiques étaient requises : car étaient rejetés, d'une part, « tout dossier présenté plus de trois mois après la première constatation médicale » ; d'autre part, la participation de ladite Union pour « soins à domicile, ceux-ci ne dépassant pas le cadre des soins à dispenser par les Caisses Maladie ».

Concernant la participation de l'Union, elle s'étendait au maximum, pour « tout pré-invalidé hospitalisé

en Sanatorium », à 20 % du prix de « journée le plus bas des malades payants ». Plus précisément, lorsqu'une cure libre venait à être prescrite par un médecin-conseil de Caisse Maladie, puis approuvée par le médecin-conseil de l'Union, le taux de remboursement par journée de cure était fixé de la manière suivante : 12 francs pour les jeunes filles et femmes sans enfant ; 15 francs pour les jeunes hommes ou hommes mariés sans enfant ; 18 francs pour les femmes mariées avec enfants ; et 20 francs pour les chefs de famille avec enfants⁵². L'ampleur du cercle familial pouvait donc conditionner la portée de la protection.

Puis, en 1941, l'URCMM organisait un Service permanent de prévention infantile, dont bénéficiaient notamment les nouveau-nés : « Après naissance, l'enfant de l'assurée aussi bien que l'enfant de la conjointe non assurée par elle-même devra être obligatoirement soumis pendant huit à douze mois à des visites de nourrissons, visites encouragées par l'attribution à la mère d'une somme d'ailleurs pas très onéreuse pour les caisses (6 à 8 francs par visite à raison d'une visite par mois). L'allaitement devra également être judicieusement surveillé par des visites périodiques imposées à la mère assurée par elle-même ». Ce service n'était donc pas facultatif, mais impératif – il s'imposait tant à la mère qu'au nouveau-né – et consistait en une surveillance de la santé de ce dernier, bien qu'elle soit limitée dans le temps. Par opposition, de « l'enfance jusqu'à l'adolescence, l'enfant qui présente des troubles pathologiques symptomatiques de maladies plus graves » devait « faire l'objet d'une surveillance médicale continue ». Surveillance qui pouvait avoir lieu tantôt à domicile – c'est-à-dire, auprès de sa famille –, tantôt à l'extérieur, dans « des établissements de soins spéciaux aux enfants », réunissant des « conditions désirables de climat, de salubrité, d'hygiène, de confort et de surveillance médicale »⁵³.

À ces prestations, s'ajoutait l'aide accordée aux « parents pour les encourager à envoyer les enfants dans les établissements de soins » et qui était conditionnée par l'« état de l'enfant déficient »⁵⁴. En conséquence, l'Union plaidait en faveur d'une participation de « 20 francs pour la catégorie A (enfants petits déficients) ; 50 francs pour la catégorie B (enfants moyens déficients) ; 80 francs pour la catégorie C (enfants grands déficients) ». Quant à la décision de placement des enfants – sur laquelle les parents ne semblaient pas avoir leur mot à dire –, elle pouvait tant émaner de l'Office départemental d'hygiène que de l'Œuvre Grancher, d'un bureau de bienfaisance,

51. Soulignons que les prestations relatives à la prévention maladie étaient versées par les Caisses primaires, avant de passer à la CPSS.

52. Remarquons que ces frais étaient supportés exclusivement par l'URCMM, mais n'englobaient pas les charges liées au transport des assurés jusqu'au lieu de cure qu'ils devaient eux-mêmes supporter. PV de la réunion du Bureau du CA de l'URCMM du 30 avril 1937.

53. À ces conditions s'ajoutait, plausiblement, la capacité desdits établissements à organiser, pour les enfants qu'ils accueillaient, un « régime scolaire adapté », comme le souhaitait M. Trémège. Annexe au PV de la réunion du CA de la URCMM du 21 mai 1937 pour cette citation et celles du paragraphe précédent.

54. L'enfant déficient pouvait intégrer trois catégories distinctes : celles des enfants dotés de petits, moyens ou grands déficients. *Ibidem*.

d'assistance médicale gratuite, d'inspections médicale des écoles, du praticien de la famille ou du service médical de la Caisse. Assistance et Assurance poursuivaient alors une finalité commune : la prévention infantile.

D'un point de vue général, la recherche de prévention devait donc se matérialiser par la « reprise intégrale de la santé » des assurés et ayants droit pré-invalides ; puis par le maintien en bonne santé des enfants pris en charge par l'URCMM [Eb].

Par comparaison, du fait de nouvelles attributions résultant des ordonnances d'octobre 1945, les CRSS de Toulouse puis de Midi-Pyrénées intervenaient, en termes de prévention, toujours dans le secteur de la pré-invalidité et de l'enfance, mais également dans celui « des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

En ce sens, le CA de chaque Caisse régionale de Sécurité sociale pouvait, « pour toutes questions relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, déléguer la totalité ou une partie de ses pouvoirs aux comités techniques constitués par application de l'article 11, dernier alinéa, de l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 ». Et lorsque le CA ne déléguait pas ses pouvoirs aux comités techniques – composés par parties égales de représentants des organisations professionnelles de travailleurs et d'employeurs –, il consultait obligatoirement ceux-ci sur toutes les questions visées à l'alinéa précédent.

La Commission préparatoire sur le problème des accidents du travail constatait que ces mêmes Caisses⁵⁵ s'efforçaient « de remplir leurs obligations bien que les moyens de les remplir leur aient été chichement mesurés ». Plus encore, elles se considéraient comme seules compétentes en la matière et exposaient que les Caisses primaires ne possédaient aucune « philosophie de la Prévention ». À titre de nuance, les Caisses régionales étaient tenues d'une obligation : celle de « faire appel aux Caisses Primaires pour s'informer des besoins en matière de Prévention et de tenir compte des avis qu'elles peuvent fournir » sans, pour autant, être contraintes de les approuver. Reste à connaître les moyens de prévention qu'elles adoptaient.

Ces derniers peuvent être classifiés en deux catégories distinctes : ceux liés à la prévention des accidents du travail et à l'incapacité totale de travail.

Pour la première de ces catégories, la prévention

résidait dans l'« organisation rationnelle de l'installation technique, de surveillance des conditions de travail, qui incombent à l'Administration de la Caisse Régionale opérant en liaison avec la Direction ou les Ingénieurs de l'exploitation ». Cette organisation se matérialisait, notamment, par la « projection de films spéciaux qui donneront des conseils à suivre pour la protection des ouvriers », la réunion des « principaux membres des Comités de Sécurité existant dans chaque usine afin d'établir une liaison entre la Caisse Régionale et ces Comités » puis, l'attachement des « services d'ingénieurs-conseils ». C'est notamment le cas d'un des premiers ingénieurs, ingénieur-chimiste « détenteur du Brevet d'État de l'Institut Technique Sanitaire et d'Hygiène des Industries de Paris ». Dans l'ensemble, ce ne sont pas moins de sept à douze contrôleurs de sécurité et trois à quatre ingénieurs-conseils qui devaient être affectés à ce service de prévention.

Pour ce qui est du second mode de prévention – visant à prévenir, d'un point de vue médical, les séquelles de l'accident survenu –, il consistait à « donner immédiatement au blessé, les soins spéciaux que nécessite son accident, c'est-à-dire : le type et la gravité de la blessure. D'où la nécessité de prévoir et de créer : sur place, au sein même des entreprises importantes, des dispensaires de soins, parfaitement outillés et pourvus de médecins et d'infirmières expérimentés (...) ; à distance, des cliniques chirurgicales spécialisées dont le type le plus parfait répond : au Centre de Traumatologie »⁵⁶. La prévention apparaissait, ainsi, comme un gage de célérité dans la réparation des dommages causés aux assurés.

Mais, pour être distribuées, ces prestations donnaient lieu à des dépenses substantielles qui, dans « la limite de 3 % des cotisations accidents du travail encaissées dans la Région (élevées à hauteur de 805 millions durant l'année 1948) », se voyaient remboursées par la Caisse Nationale⁵⁷.

La prévention en faveur des enfants d'assurés et des pré-invalides se trouvait donc, progressivement, couplée à celle concernant les accidents du travail et séquelles en résultant.

La prévention, qui se matérialisait par l'anticipation de risques sociaux à venir, était donc une finalité poursuivie par l'ensemble des organismes régionaux toulousains. Pour ce faire, ils employaient divers moyens qui, bien que de nature sensiblement différente, se voulaient adaptés aux profils des assurés.

55. Dans le cadre d'une Assemblée générale, les Caisses de Sécurité sociale s'érigeaient à l'encontre d'un projet de loi qui tendait à « modifier les articles 9 et suivants de la loi du 30.10.46 (...) et aboutirait dans la pratique à l'élimination des Caisses Régionales et retirerait toute garantie d'une action efficace dans le domaine de la prévention ». Dès lors, elles estimaient qu'« en aucun cas les Conseils d'Administration des Organismes de Sécurité Sociale ne peuvent être dessaisis, même partiellement, de leurs prérogatives en ce domaine (...) ». Rapport de Gouaze présenté durant la conférence régionale du 12 juillet 1948 et retraçant les propositions de résolution formulées, les 25 et 26 octobre 1948, à l'Assemblée Générale des Organismes de Sécurité Sociale.

56. PV de la réunion du Bureau du CA de la CRSS de Toulouse du 20 mars 1947.

57. En principe, 24 150 000 de francs devaient donc être remboursés par la Caisse Nationale de Sécurité sociale.

La prévention pouvait, donc, être qualifiée d'*intuitu personae*. En agissant de la sorte, les Assurances sociales et la Sécurité sociale fonctionnaient, nécessairement, sous le régime de la répartition et ne pouvaient être exclusivement assimilées à un système de capitalisation, axé sur l'« accumulation d'intérêts ou de bénéfices ». Mais, outre la prévention, lesdits organismes procédaient à la réparation de dommages, qui résultaient des risques sociaux survenus, et diversifiaient par conséquent leur activité.

2) Protéger pour réparer les dommages subis

Pour réparer les dommages dus à la survenance de risques sociaux, l'URCMM attribuait, en complément de celles versées par les caisses primaires d'assurances sociales, diverses prestations aux assurés et à leurs ayants droit. Parmi elles, nous retrouvons le « paiement des pensions des invalides », l'octroi de « frais médicaux et pharmaceutiques », l'attribution d'« indemnités pour suralimentation, pour perte de salaire, pour couverture de certains frais de résidence imposés par la cure à suivre » et de soins spéciaux, dépassant « le cadre normal des prestations », comme une « demande d'hospitalisation, de traitement dans un établissement de cure, de fourniture d'appareils » ainsi que les « allocations d'allaitement ». La nature du risque couvert conditionnait donc le type de prestation fournie, prenant la forme d'un avantage en nature et/ou d'ordre financier⁵⁸.

Certaines interrogations subsistent pour autant, à l'image du montant de la pension accordé à l'assuré ou des critères retenus par l'Union pour son établissement. Nous ne pouvons pas apprécier si le montant fixé évoluait en fonction du statut social de l'assuré, de son âge, du type de travail qu'il effectuait avant son invalidité ou de la rémunération qu'il percevait. Bien que mise en exergue par le CA de l'Union, l'opération de liquidation des pensions d'invalidité [Ec] – telle que décrite par celui-ci – ne révélait pas de telles informations.

De surcroît, un assuré qui percevait une pension d'invalidité pouvait-il jouir de soins spécifiques ? Le CA y répond explicitement : « Pendant l'instruction de la demande ou après l'octroi de la pension invalidité, aucune décision ne pourra être prise par la Caisse Maladie, sans l'accord de l'Union Régionale.

Dès qu'un assuré déposera à sa Caisse Maladie une demande tendant à l'octroi de soins dépassant le cadre normal des prestations : demande d'hospitalisation, traitement dans un Établissement de cure, fourniture d'appareils, etc., elle devra en saisir l'Union Régionale avant toute décision. L'Union Régionale prendra en charge, si elle juge la demande justifiée, une part des frais de séjour qui n'excéderont pas le tarif de responsabilité de la Caisse Maladie de l'Assuré. » Le cumul de prestations n'était donc pas systématique et demeurerait, en principe, soumis au consentement de l'Union⁵⁹. Toutefois, certains soins qualifiés de « spéciaux », comme une « chirurgie, radiographie, série de piqûres, etc. », pouvaient être engagés librement par la Caisse Maladie, dans la limite d'un certain plafond. Et, en l'absence de soins spéciaux, le montant de la prestation semblait être supporté tantôt par l'URCMM, tantôt par la Caisse Maladie⁶⁰.

Rappelons également qu'un assuré affilié à l'Assurance maladie bénéficiait, lui et sa famille⁶¹, d'une « couverture médicale et pharmaceutique ». Mais, une fois devenu invalide et, donc, inapte d'un point de vue physique, cette Assurance « collective » se transformait en une protection individuelle dont se trouvaient exclus les membres de sa famille. La distribution de prestations n'était donc pas systématique à leur égard et dépendait du risque encouru par l'assuré, lequel conditionnait la portée de la couverture sociale.

Quant à la CRSS de Toulouse, elle se donnait pour but de « gérer les risques invalidité et vieillesse » ainsi que les « risques d'accidents du travail et de maladie professionnelle en ce qui concerne les incapacités permanentes ». La protection sociale toulousaine se trouvait alors accentuée, mais demeurerait théoriquement quelque peu limitée. Les risques accident du travail et maladie professionnelle, autrefois supportés par les seuls employeurs [Ee], étaient désormais pris en charge par la Sécurité sociale mais toujours financés exclusivement par les cotisations des employeurs. Or, en l'espèce, seuls les accidents et maladies professionnelles graves, entraînant une incapacité physique totale et durable du salarié – voire sa mort – semblaient être socialement couverts. Les accidents et maladies professionnelles que les médecins-conseils qualifiaient de « normaux »⁶² ne pouvaient pas, en principe, donner

58. Le docteur Vassal appréhendait avec singularité la protection qu'offraient les Assurances sociales aux assurés. À ses yeux, la « loi d'Assurances Sociales n'indemnise pas, elle compense la diminution de gain ; son esprit est de soigner les invalides et de compenser le manque à gagner résultant d'une maladie ou d'une infirmité, et non d'indemniser un dommage comme le font la législation des accidents du travail ou la loi de 1919 pour les victimes de la guerre ou les jugements des Tribunaux dans les accidents causés par des tiers responsables ». Rapport du docteur Vassal effectué durant la Conférence de MM. les médecins-conseils des Caisses Maladie du 15 mars 1939, p. 5.

59. Or, la CRSS toulousaine envisageait, constamment, ledit cumul en temps de guerre et exposait que les « bénéficiaires de la législation des pensions militaires ne pourront être écartés de l'assurance volontaire en raison de leurs maladies ou blessures de guerre ». Article 3 des Statuts de la CRSS toulousaine. Mais, *quid* en temps de paix ? Les sources demeurent silencieuses sur le sujet.

60. Cependant, les sources dépouillées n'indiquent pas le taux appliqué pour la répartition de ces mêmes frais.

61. En l'espèce, la notion de famille englobait le conjoint de l'assuré ainsi que ses enfants.

62. 27 accidents normaux furent recensés par les médecins de ladite Caisse.

lieu à une indemnisation intégrale de la part de la Caisse. Pour cause, l'incapacité qu'ils entraînaient n'était plus totale, mais partielle ou temporaire. Mais, en pratique, des dépenses – qui prenaient la forme de rentes – venaient bien à être engagées par la CRSS toulousaine de sorte à assurer leur couverture.

Cependant, l'attribution des prestations relatives au risque vieillesse demeurait à la charge de la CRAVTS, liquidant les retraites des vieux travailleurs puis fournissant leurs pensions et allocations. De manière plus précise, la pension était « fonction des versements effectués en pourcentage sur le salaire (de l'assuré) », c'est-à-dire que, d'un point de vue moral, il « est satisfaisant que celui qui (y a droit) ait le sentiment qu'il l'a gagnée par son travail, que celui qui travaille sache que son effort actuel prépare aussi son avenir ». Or, l'Ordonnance du 19 octobre 1945 imposait l'octroi d'une pension à partir de l'âge de 60 ans et évaluait son montant à 20 % du salaire moyen des dix dernières années puis, 40 % de ce même salaire à 65 ans, ce qui conduisait « en fait à reporter à 65 ans la date d'entrée en jouissance d'une pension considérée comme normale ».

Un schéma à l'encontre duquel la CRSS formulait des remontrances⁶³.

À ces prestations s'ajoutait par ailleurs une protection maternelle et infantile qui consistait, pour l'essentiel, en « l'examen médical prénuptial ; l'examen médical et la surveillance périodique des femmes enceintes (examens cliniques et sérologiques) ; l'examen systématique et la surveillance continue des enfants jusqu'à l'âge scolaire (de 6 ans) ».

Enfin, en 1961, la CRSS de Midi-Pyrénées reprenait les risques couverts par la CRSS toulousaine et la CRAVTS. Elle contribuait à la gestion du risque maladie, en procédant au paiement des « arrages des pensions d'invalidité ».

La protection toulousaine tendait donc à s'uniformiser par la solidarité qu'instauraient entre elles les Caisses de la région ; leur hiérarchisation ; la politique de protection généralisée qu'elles menaient ; puis les finalités qu'elles partageaient en commun. Cela, bien que ce degré d'uniformité s'atténuaît au regard des moyens qu'elles employaient pour garantir l'efficacité de la protection.

III - Les limites intrinsèques à la protection sociale toulousaine

L'efficacité du système de protection reposait, théoriquement, sur un « garde-fou » : le contrôle exercé par le médecin-chef régional sur l'activité des médecins-conseils départementaux. Or, ce contrôle s'avérait inefficace en pratique (A). Dès

lors, son renforcement apparaissait nécessaire et se traduisait par l'adoption d'un plus grand contrôle à l'égard des services administratifs et l'instauration d'un nouveau type de supervision : le contrôle administratif (B).

A) LE CONTRÔLE MÉDICAL CONDITIONNANT L'EFFICACITÉ DE LA PROTECTION

En supervisant l'action des médecins-conseils départementaux, le médecin-chef régional se trouvait à l'origine d'un contrôle médical centralisé (1), dont l'exercice demeurait conditionné par son degré de qualification (2).

1) Le médecin-conseil régional : pierre angulaire d'un contrôle médical centralisé

En vertu d'un décret du 29 décembre 1945, les CRSS se trouvaient en charge d'un contrôle médical qui portait « sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité

de travail, sur la constatation des abus en matière de soins, ainsi que sur la prévention de l'invalidité et la possibilité de réadaptation professionnelle ».

À travers ce contrôle, le médecin-conseil régional [Fb] se positionnait donc comme un régulateur du système de protection et participait, semble-t-il, à renforcer son efficacité. Pour autant, remplaçait-il le contrôle qu'effectuait, antérieurement, l'URCMM ? Était-il mené selon les mêmes modalités ? Si tel n'est pas le cas, quelles en étaient les innovations ? En somme, ce contrôle se substituait-il à celui organisé par les Caisses primaires ou, au contraire, fonctionnaient-ils de manière concomitante ? Pour

63. À l'unanimité, le CA de la CRSS – dont faisaient partie Sibillaud, son président, ainsi que Vinel, directeur de la Caisse primaire de Sécurité sociale du Lot – réfutait, partiellement, le système des pensions que prônait l'Ordonnance du 19 octobre 1945. Il militait, d'une part, pour « considérer 60 ans comme l'âge normal d'entrée en jouissance d'une pension normale, c'est-à-dire égale à 40 % du salaire annuel moyen des dix dernières années » ; d'autre part, pour « rechercher les dix meilleures années dans toute la période d'assurance ». PV de la réunion du CA de la CRSS du 2 décembre 1949.

y répondre, penchons-nous sur une lettre du docteur Bounhoure, dans laquelle il exposait que le « Contrôle Médical Régional incombe suivant les textes légaux au Médecin-Conseil Régional (article 17 R.A.P.) » puis, que « les Médecins-Conseils administrés par la Caisse Régionale, et mis par cette dernière à la disposition des Caisses Primaires, exercent leurs fonctions sous l'Autorité du Médecin-Conseil Régional [Fa] ». Depuis l'Ordonnance du 4 octobre 1945, le contrôle médical n'était donc plus de nature départementale, mais de nature régionale et centralisée⁶⁴. Il ne pouvait plus être exercé librement par les Caisses primaires et devait être régi, encadré puis supervisé par les CRSS de Toulouse devenue de Midi-Pyrénées, plus particulièrement, par un médecin-conseil ou médecin-chef régional. Sa méthode d'application tendait donc à s'harmoniser dans l'ensemble de la région.

Or, cette situation différait de celle antérieure car le contrôle qu'instaurait l'URCMM se superposait à celui des Caisses primaires, mais n'entachait en rien son autonomie. En principe, un médecin-conseil engagé par les Caisses primaires n'était donc pas tenu de suivre les directives que lui adressaient le médecin de l'Union. Réciproquement, aucune contrainte ne semblait peser sur ce dernier. L'indépendance des médecins se trouvait alors protégée, à l'image de leur liberté de décision. De ces circonstances résultait également, pour le médecin-conseil de l'Union, l'impossibilité d'exercer la fonction de médecin des Caisses Maladie.

La régionalisation du contrôle médical était, ainsi, accompagnée de conséquences sur le plan juridique, mais également hiérarchique. À cet égard, le docteur Barrère, président du Comité de Liaison et de Concertation des Médecins-Conseils régionaux, soulignait que les « relations du service médical des accidents du travail avec les médecins-conseils des Caisses Primaires doivent être très étroites et il serait même nécessaire que le médecin responsable des accidents du travail, sur le plan régional, ait une autorité effective sur les Confrères chargés des accidents du travail à l'échelon Caisse Primaire »⁶⁵. Les médecins-chefs des CRSS – nommés par leur CA – devenaient alors les supérieurs

des médecins-conseils départementaux, impliquant un devoir d'obéissance de leur part. Une situation qui concordait avec le vœu gouvernemental, exprimé à l'article 17 du décret précité⁶⁶. Notons, ensuite, que le contrôle médical débutait soit sur « demande de la caisse intéressée, à laquelle le médecin-conseil est tenu de déférer sans délai, soit sur l'initiative du médecin-conseil, à la disposition duquel la caisse doit tenir tous les éléments nécessaires ».

La nature des contrôles médicaux effectués et leur localisation méritent aussi d'être questionnées. Aux yeux des médecins-chefs régionaux, le contrôle médical avait un objet bien défini : « Méritent d'être systématiquement adressés au Contrôle Médical, les Risques maladie : de durée prolongée ; récidivants ; onéreux ; avec dépassements d'honoraires ; avec soins excessifs ; dont la gravité ou la durée posent la question de la prévention ; les risques A.T. et M.P. ; risques nécessitant une intervention sur le plan médico-social (grossesse pathologique, famille nombreuse, maternités multiples ou rapprochées, enfance malade ou déficiente) ; soins dentaires réitérés (prothèse, orthodontie, etc.) ». L'Union agissait également en ce sens, mais ne contrôlait pas les risques liés aux accidents du travail, encore soumis – selon la loi du 9 avril 1898 – au contrôle ponctuel d'un médecin extérieur, en cas d'accident occasionnant une « incapacité de travail ».

Quant aux lieux d'exercice de ces contrôles, les CRSS ne donnaient aucune indication sur le sujet, elle prenait la suite de l'URCMM qui les entreprenait tantôt à son siège social ou au domicile de l'assuré et de ses ayants droit, tantôt dans les établissements de cure⁶⁷ – avec lesquels elle collaborait – et théoriquement à l'étranger [Fc].

L'efficacité de la protection sociale reposait donc, majoritairement, sur l'exercice de contrôles médicaux, dont l'organisation demeurait variable. Pendant que l'URCMM cherchait à conserver l'autonomie des médecins-conseils départementaux et, donc, à amoindrir le poids de la supervision du médecin-conseil régional, les CRSS limitaient leur liberté d'action en soumettant, obligatoirement, leurs décisions à l'appréciation de leur supérieur : le

64. Par exception, un « protocole d'accord signé le 3 mai 1948 entre la Direction Régionale, la Caisse Régionale, la Caisse Régionale Vieillesse, et le Syndicat des Médecins-Conseils » prévoyait que le Contrôle Médical des Vieux Travailleurs Inaptes au Travail allait être effectué par les Médecins-Conseils de la Caisse Régionale Vieillesse ». Circulaire ministérielle du 12 janvier 1949 relative aux modalités d'application des dispositions de l'arrêté du 7 août 1948 sur l'organisation du Contrôle médical. PV d'une réunion non-datée du Bureau du CA de la CRSS de Toulouse.

65. Rapport sur le contrôle médical des accidents du travail du 31 janvier 1957 et réalisé par le médecin-conseil régional, Docteur Barrère. In, PV de la réunion du Bureau du CA de la CRSS de Toulouse du 20 septembre 1957.

66. Cet article dispose : « Dans chaque région, la direction du contrôle médical est confiée, par le conseil d'administration de la caisse régionale de sécurité sociale, à un médecin-conseil régional nommé par lui et agréé par la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale. » Article 17 du décret du 29 décembre 1945 portant Règlement d'Administration Publique pour l'application de l'Ordonnance du 18 octobre 1945 fixant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. JORF, *Lois et décrets*, 30 décembre 1945, p. 8709.

67. Au cours de l'année 1939, des contrôles avaient lieu – tous les deux mois – au sein des Sanatoriums et Préventorium qui collaboraient avec l'Union. Ensemble, ils concluaient des conventions dans le but de se répartir les frais médicaux engagés pour le soin des assurés et de leurs ayants droit. *Ibidem* ; PV de la réunion du CA de l'URCMM du 14 janvier 1939.

médecin-chef régional. En somme, ce dernier semblait effectuer un contrôle de plus grande portée que celui entrepris par le médecin régional de l'URCMM, avec aussi son intervention dans le secteur des accidents du travail et maladies professionnelles. À ces divergences se mêlent celles concernant la qualification des médecins-conseils, dont le degré différait selon l'organisme de protection considéré.

2) La recherche de médecins-conseils qualifiés

La qualité du contrôle médical était fortement recherchée par les organismes de protection toulousains. Pour y parvenir, ils mettaient en place des méthodes de recrutement différentes.

Tandis qu'à l'origine du système l'URCMM semblait recourir, principalement, voire exclusivement à la cooptation [Fd], les CRSS se référaient à un mode d'action plus réfléchi. Conformément aux décisions prises par le Bureau du CA, une liste de praticiens était dressée par ses soins puis, présentée par le médecin-conseil régional à l'ensemble du CA. Mais, au préalable, ces candidats devaient figurer sur « une liste d'aptitude établie par la Section Nationale du Contrôle Médical du Comité Technique », dont les attributions étaient régies par une circulaire du 15 mars 1944. C'est ainsi que des médecins-conseils, opérant sous la supervision et l'autorité d'un médecin-conseil régional, se trouvaient engagés.

Par ailleurs, la qualité du contrôle médical était conditionnée, *a priori*, par ses modalités d'exercice. Contrairement à l'URCMM, la CRSS de Toulouse n'envisageait plus le contrôle médical comme un acte isolé, placé sous la supervision et l'autorité d'un unique médecin – le médecin-conseil de l'Union [Fe] –, mais comme une opération collégiale, nécessitant l'intervention d'une pluralité d'experts médicaux et, donc, la rencontre de points de vue différents [Ff]. Le gouvernement était à l'origine de cette innovation, plus particulièrement Jacques Doublet, conseiller d'État et directeur général de la Sécurité sociale. Selon lui, un véritable intérêt existait à « associer au médecin expert à la fois le médecin-conseil de la Caisse intéressée et le médecin traitant de l'assuré ou de la victime, afin de donner une forme collégiale à l'autorité chargée d'émettre un avis sur lequel sera basée la décision de la Caisse ».

Bien qu'elle soit envisagée, la pratique de la collégialité devait, toutefois, être nuancée car son emploi n'était que limité et réservé aux « cas particulièrement importants, soit à ceux où les prestations auxquelles le droit est contesté sont d'un montant élevé, soit à ceux où l'état du malade ou de la victime paraît nécessiter un examen plus approfondi ». Or, la CRSS toulousaine critiquait cette directive et valorisait, au contraire, l'institution d'un Comité Médical permanent, composé de trois experts – un médecin, chirurgien et spécialiste (neurologue de préférence) – et siégeant « dans les grands centres urbains, ou régulièrement deux à trois fois par semaine, dans les départements de notre province ». Ceci, dans un souci de « rapidité de l'expertise » et, donc, de protection sociale efficiente⁶⁸.

Dans une logique similaire, cette CRSS portait intérêt à l'« instruction technique des Médecins-Conseils »⁶⁹, c'est-à-dire à la « culture médicale proprement dite, mais encore la connaissance élémentaire de la législation de Sécurité Sociale, et surtout dans le plan professionnel celle des acquisitions récentes, dans le domaine thérapeutique moderne ». Les connaissances pratiques et théoriques des médecins se destinaient donc à être enrichies par des notions fondamentales telles que « le rôle du Médecin-Conseil dans la Sécurité Sociale ; ses droits par rapport aux praticiens ; devoirs, tant envers le malade qu'envers la Sécurité Sociale ». L'accompagnement des médecins-conseils contribuait, ainsi, à l'uniformisation du contrôle médical, chose que ne semblait pas rechercher l'URCMM. De ce point de vue, les médecins-conseils ne revêtaient plus le statut de simple praticien, mais celui de « Conseiller Technique de la Caisse, du Praticien [libéral] qui ignore l'essentiel de la Législation de la Sécurité Sociale, enfin mais avec beaucoup de précaution, du Malade lui-même ».

Néanmoins, chaque médecin qui commettait une faute dans l'exercice de ses fonctions pouvait engager sa responsabilité civile⁷⁰. L'URCMM prévoyait à l'égard du médecin fautif un potentiel licenciement. Tel était le cas lorsqu'il commettait une « faute grave ». Et, dans une moindre mesure, il pouvait être frappé d'un avertissement verbal et/ou écrit. Pour ce qui est de la CRSS de Toulouse, elle se montrait plus ambitieuse en envisageant d'engager la responsabilité civile des médecins-conseils, accompagnée de celle des assurés. Notamment lorsque ces derniers

68. Mais ce système semble avoir été abandonné, en 1961, par la CRSS de Midi-Pyrénées. Cette dernière privilégiait l'action d'un seul « expert » : le médecin-chef régional, chargé de coordonner les contrôles des médecins-conseils régionaux et d'assurer leur bon fonctionnement. PV de la réunion du Bureau du CA de la CRSS de Midi-Pyrénées, 22 juin 1962.

69. Rapport sur le contrôle médical présenté par le docteur Bounhoure. Annexe au PV de la conférence régionale du 28 décembre 1950 pour les citations de ce paragraphe.

70. La responsabilité pénale du médecin-conseil ne semblait pas être envisagée par l'URCMM ; de même que les responsabilités civiles et pénales des assurés. L'URCMM de la Haute-Garonne avait signé, le 5 juillet 1934, un contrat avec la Compagnie d'Assurance « La Prévoyance », dont le but était de « garantir la responsabilité civile des médecins-conseils ». Un schéma que réitérait la CRSS de Toulouse en concluant, de nouveau, un contrat avec la Compagnie en question. La mise en cause des médecins-conseils, liée à l'engagement de leur responsabilité, semblait donc être une idée commune aux organismes de protection régionaux. PV du Bureau du CA de la CRSS de Toulouse du 24 mai 1948.

initiaient, volontairement ou involontairement, des « accidents corporels » aux médecins-conseils, dentistes-conseils, assistantes sociales ; puis lorsque les médecins-conseils causaient, dans le cadre de leurs fonctions, des « lésions corporelles » dont étaient victimes les assurés à la suite d'un contrôle médical. Dans ce cas précis, la Compagnie d'Assurance « La Prévoyance » se réservait la faculté « de limiter sa garantie à un million de francs par sinistre, moyennant remboursement de la fraction de prime afférente à la période de garantie non courue » ; et considérait que la « prime totale s'élèverait à 20 794 francs par an, ce qui correspond à

574 francs par médecin-Conseil ou dentiste-conseil et à 300 francs par manipulateur ou assistant ».⁷¹

L'efficacité du contrôle médical reposait donc, en théorie, sur l'aptitude d'un médecin-conseil régional à superviser l'action des médecins-conseils départementaux ; la portée des risques qu'ils contrôlaient ; leurs modalités de recrutement et les sanctions auxquelles ils s'exposaient en cas de contrôle défailtant. En dépit de ces garde-fous, si les contrôles médicaux s'avéraient insuffisamment efficaces en pratique, cela légitimait un renforcement de leur supervision.

B) LE RENFORCEMENT DE LA SUPERVISION SOCIALE : POUR PLUS D'EFFICACITÉ DES CONTRÔLES MÉDICAUX

Bien que qualifiés d'un point de vue théorique, les médecins-conseils régionaux exerçaient en pratique un contrôle peu efficace (1), qui tendait à être renforcé par le biais de nouvelles mesures de protection (2).

1) Des contrôles médicaux dépourvus d'efficacité

Bien que recherchée sur le plan théorique, l'efficacité de la protection sociale demeurait, en pratique, discutée par plusieurs administrateurs. Parmi les critiques, citons celle du directeur Descours, constatant qu'en dépit de « sa meilleure volonté »⁷², le docteur Vassal [Fb] n'a « pu contrôler que 29 assurés hospitalisés sur 165 » et aura effectué « 203 visites à l'Union ou à domicile ; 500 examens sur pièces » durant l'année 1937 [Fg]. Au regard de la fréquence des contrôles médicaux, la protection toulousaine apparaissait moins efficiente que celle instaurée dans d'autres villes, à l'instar de Bordeaux, Montpellier, Limoges ou Marseille. Pour cause, elles disposaient, à première vue, d'un médecin permanent tandis que l'URCMM engageait un seul médecin à temps partiel.

Cela dit, le docteur Vassal – dont le nom avait été transmis à l'Union par la Fédération des Syndicats Médicaux – était-il l'unique responsable d'une telle situation ? Il semblerait que non. Les assurés et ayants droit se trouvaient aussi mis en cause, notamment les invalides qui, pour la plupart, n'honoraient pas certains de leurs rendez-vous médicaux, faute de moyens financiers. En effet, leur position géographique conditionnait le coût de leurs déplacements, dont une partie était prise en charge par l'Union. L'insuffisance des indemnités accordées aux invalides pour se rendre à un contrôle médical était ainsi soulevée.

Mais, en était-il de même pour les CRSS ? La réponse semble devoir être nuancée. Car, après l'instauration de la Sécurité sociale, l'action du contrôle médical était-elle de la même ampleur, menée avec la même fréquence et même qualité de personnel ? En guise d'exemple, le médecin-conseil Bounhore relevait entre le 2^e et 3^e trimestre de l'année 1949 une « nette diminution du nombre global des actes de contrôle médical ». Ce nombre – qui demeurait bien supérieur au nombre de contrôles médicaux effectués par le docteur Vassal [Fh] – avait été évalué, pour le troisième trimestre de l'année 1949, à « 49 981 alors qu'il atteignait : 61 870 au second trimestre, soit une différence 11 889 (contrôles médicaux) ». Or, cette diminution [Fi] semblait s'expliquer « en grande partie à cause de la période de vacances annuelles, mais il est possible aussi que les Caisses Primaires aient freiné les envois massifs de dossiers, en application des directives formulées par le CA de la Caisse Régionale ».

Pour justifier cette perte d'efficacité des contrôles médicaux, ledit médecin-conseil ne remettait pas en cause la qualité des médecins-conseils, ni la fréquence de leurs interventions – un dernier point que critiquait, au contraire, l'URCMM. Toutefois, il considérait que l'affection maladie longue durée était octroyée aux assurés trop aisément par les médecins-conseils, qui montraient « trop de bienveillance dans nombre de cas où elle est inopportune, sinon abusive ». De ce point de vue, l'expertise de certains médecins-conseils, pourtant revendiquée sur le plan théorique, se voulait décriée en pratique. Plus généralement encore, l'administrateur Sibillaud se montrait critique à l'égard de l'ensemble des médecins-conseils qui refusaient, en 1947, de « continuer les visites de contrôle des vieux travailleurs inaptes, si les frais de contrôle qui leur sont dus depuis plusieurs années ne leur sont pas

71. PV de la réunion du Bureau du CA de la CRSS de Toulouse du 24 mai 1948.

72. PV de la réunion du Bureau du CA de l'URCMM du 20 novembre 1937.

réglés ». Notons, aussi, que l'efficacité des contrôles médicaux variait selon la zone géographique où ils étaient exécutés. Le contrôle dentaire de la Haute-Garonne demeurait, par exemple, « toujours le mieux organisé, le plus efficace, surtout au point de vue contrôle de la prothèse dentaire et celui dont les gains sont les plus substantiels ». Les départements les moins en vue se trouvaient quant à eux occultés. Mais, il en était autrement en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles : « Nous nous sommes aperçus en effet que pour la Caisse Primaire de la Haute-Garonne : 12 % des dossiers sont envoyés au Contrôle lorsque le travail est repris ; 12 % sont des dossiers d'entente préalable de plus de 10 jours ; 10 % sont des dossiers déjà réglés par la Caisse et par conséquent dont le Contrôle Médical est inutile. »⁷³

Le degré d'inefficacité du contrôle médical divergeait donc en fonction de la nature du risque social considéré, de la temporalité et de la zone géographique dans lesquelles il s'appliquait, de la capacité des organismes de Sécurité sociale à être coordonnés, et d'événements extérieurs survenant indépendamment de la volonté du personnel administratif – comme le nombre conséquent de dossiers que les médecins avaient à traiter.

À cette liste non exhaustive, s'ajoute la qualité et le professionnalisme des médecins-conseils. Régulièrement, ces derniers menaient des « contrôles en "série" pour le même sujet et répétés souvent à quelques jours d'intervalle alors que la position du malade a été déjà précisée ». Leurs contrôles étaient aussi remis en cause pour leur manque de justifications, faible technicité et parce qu'ils s'inscrivaient rarement dans une finalité de prévention, d'anticipation des risques sociaux.

En d'autres termes, l'inefficacité prônée était, certes, multifactorielle – et non unifactorielle – mais dépendait fortement de la qualité des contrôles réalisés.

En raison de leur inefficacité, les contrôles médicaux dévoilaient les failles et limites de la protection sociale toulousaine, mais ne sauraient être assimilés à l'unique cause de son dysfonctionnement.

La célérité des traitements administratifs, située au centre des débats, entraînait aussi en ligne de compte et, plus particulièrement « les délais excessifs qu'exigent les Caisses d'Invalidité pour liquider les pensions » [Ec]. À ce sujet, l'administrateur Brienne exprimait qu'il s'écoulait « parfois huit à dix mois entre la fin de la période légale de maladie et la notification de l'attribution de pension », causant alors une privation de ressources pour les assurés et ayants droit. La lente coordination entre les Caisses

primaires et la CRSS se répercutait, donc, directement sur le traitement des dossiers de particuliers. Concrètement, les dossiers d'assurés touchés par une situation de précarité étaient prioritaires, ce qui rendait la protection sociale inégalitaire et arbitraire. Mais, là encore, l'administration n'apparaissait pas comme seule responsable. Aux yeux de Brienne, les assurés se présentaient comme les principaux responsables de la gestion saccadée de leurs dossiers. Et ce, en raison du « retard qu'ils apportent à la constitution de leur dossier ». Au contraire, de tels propos ne semblaient être tenus à l'égard de la CRAVTS, ce qui n'écarterait pas l'hypothèse d'une plausible inefficacité de ses services. C'est à ce titre que des moyens furent instaurés pour contrer l'inefficacité vraisemblable dans la liquidation des pensions. [Ed]

2) Contrer le peu d'efficacité des contrôles médicaux : une ambition primaire

Pour contrer l'inefficacité des contrôles médicaux, différentes mesures étaient adoptées par la CRSS de Toulouse, dont d'éventuelles sanctions menées à l'encontre du Service Médical (a) et l'instauration d'un contrôle administratif, lequel agissait comme auxiliaire du contrôle médical (b).

a) Les sanctions : un gage d'efficacité du Service Médical

Divers moyens étaient envisagés, par les organismes de protection, pour pallier l'inefficacité des contrôles médicaux. Pendant que l'URCMM prévoyait d'instituer un médecin-conseil régional permanent – dans l'objectif d'accroître la fréquence des contrôles –, la CRSS toulousaine prévoyait d'engager la responsabilité de l'un de ses services administratifs – permettant, plausiblement, de mettre fin à certains abus de la part des médecins-conseils. Mais, avant de le démontrer, soulignons que Sibillaud faisait partie des rares administrateurs considérant que les CA portaient « la responsabilité du fonctionnement défectueux du Contrôle Médical ». Car, en principe, ces Conseils se présentaient comme de véritables pôles décisionnels, dévoués à la bonne administration des Caisses [Dk]. Il en était de même du Bureau du CA qui s'apparentait à une « commission permanente »⁷⁴. À ses yeux, la responsabilité des services administratifs devait donc être engagée dans son entièreté.

Autrement dit, la responsabilité collective était censée primer sur la responsabilité individuelle, c'est-à-dire, sur celle d'un seul et unique responsable :

73. Au mois de janvier de l'année 1946, les médecins-conseils de la CRSS toulousaine étaient 16. Parmi eux se trouvait, le docteur Vassal, employé antérieurement par l'URCMM. Annexe au PV du CA de l'URCMM du 8 mai 1946. Signalons que Jean Sibillaud était président de la CPAM de la Haute-Garonne jusqu'en 1947 et qu'il a été remplacé à cette date par René Laforgue.

74. Cette expression fut employée, entre autres, lors d'une séance de l'URCMM. PV de la réunion du CA de l'URCMM du 26 janvier 1938.

le médecin-conseil régional. Mais pour quel(s) motif(s) ? L'arrêté du 27 août 1948 y répond en indiquant que les « Médecins-Conseils ne sont pas placés sous la responsabilité du Directeur, mais sous celle du Conseil d'Administration (...) et le Personnel du Secrétariat Médical doit être embauché par le Conseil d'Administration, sur proposition du Médecin-Conseil Chef de service ». En effet, ledit Conseil nommait les directeur, directeur adjoint, l'agent-comptable, mais également le médecin-chef régional qui, comme susmentionné, pouvait engager la responsabilité des médecins-conseils. De ce point de vue, les médecins-conseils ne formaient qu'un maillon de l'administration et ne pouvaient, en vertu de leur positionnement hiérarchique, être les seuls à engager leur responsabilité.

Au contraire, la majorité des administrateurs proposaient seulement de formuler des « sanctions contre les services administratifs qui ne mettront pas en application les décisions prises par les Conseils d'Administration ». La responsabilité des secrétaires – recrutés par ce même Conseil sur « proposition du Médecin-Conseil Chef de service » et chargés d'exécuter ses ordres – semblait donc également questionnée et engagée. Pour cause, le médecin-conseil régional signalait « l'encombrement chronique des Services du Contrôle Médical Régional par des dossiers trop nombreux et souvent sans intérêt (travail repris, risque chirurgical remontant à plusieurs mois déjà, etc.) ». Puis qu'il était de « toute nécessité d'exiger des Caisses Primaires Départementales un triage préalable des dossiers [FJ] (...) par un échelon administratif compétent et responsable ».

Les dossiers médicaux se destinaient donc à être filtrés et classifiés pour renforcer la célérité des contrôles et évincer les abus concernant l'octroi de soins inutiles ou illégitimes. Par conséquent, une inflexion semblait exister entre la CRSS de Toulouse⁷⁵ et l'URCMM qui, pour remédier à l'inefficacité des contrôles, ne semblait aucunement vouloir engager la responsabilité de ses services et, plus spécifiquement, de Vassal, son médecin-conseil en place.

Les sanctions menée à l'encontre du Service Médical devenait ainsi un premier « remède » à l'inefficacité des contrôles médicaux. Cela, bien qu'un silence régnât autour de la nature des sanctions qui pouvaient lui être attribuées. Le degré de sanction instauré par le CA de la CRSS n'était donc pas évaluable. Puis, parallèlement à cette politique, naissait un contrôle administratif qui visait, en devenant l'auxiliaire des contrôles médicaux, à renforcer leur efficacité

b) Le contrôle administratif : un auxiliaire du contrôle médical

Au-delà du contrôle médical, un contrôle administratif venait à être instauré, sur ordre gouvernemental, par la CRSS de Toulouse⁷⁶ : « Devant l'impossibilité constatée actuellement d'assurer un contrôle médical efficace des arrêts de travail et de l'observation des prescriptions thérapeutiques par les assurés sociaux, il est envisagé, de nouveau, d'avoir recours au contrôle administratif pour assurer une application stricte de la loi »⁷⁷. Pour ce faire, 21 visiteurs [FK], revêtant le statut d'infirmières, se voulaient engagés par les Caisses primaires départementales [FJ]. Leur mission [Fm] se limitait à « vérifier si les prescriptions du médecin-traitant sont effectivement suivies ; s'assurer que tout assuré en état d'arrêt de travail ne se livre pas à une activité non rémunérée ; des absences en dehors des heures de sorties autorisées ; de la vérification chez l'employeur, le cas échéant, ou chez un autre employeur si l'assuré ne cumule pas l'indemnité journalière avec les prestations maladies ; vérification de l'achat des produits pharmaceutiques ».

Les visiteuses ne s'immisçaient donc pas dans l'activité des médecins-conseils et se cantonnaient au secteur purement administratif, les obligeant à s'« abstenir de toutes critiques particulièrement à l'égard des Médecins ». En d'autres termes, le contrôle administratif devenait auxiliaire du contrôle médical et contribuait, en principe, à le rendre davantage efficient.

La Sécurité sociale et les Assurances sociales toulousaines se rejoignaient donc sur un point : celui de vouloir garantir l'efficacité de la protection à l'aide de multiples contrôles médicaux menés par des médecins qualifiés. Une méthode dont l'efficacité s'averait être discutée en pratique. La fréquence de leur application – située en deçà des attentes du CA et de son Bureau – le justifiait notamment.

Mais, au-delà de leurs traits d'uniformité, ces entités demeuraient porteuses de différences liées à leur possibilité d'action. En effet, l'URCMM et les CRSS n'envisageaient pas, avec similarité, les questions de la subordination entre les médecins-conseils départementaux et le médecin-chef régional, puis de leur degré de qualification.

Les CRSS semblaient également davantage tournées vers le progrès social que l'URCMM en projetant, pour garantir l'efficacité des contrôles médicaux, d'engager la responsabilité de son Service Médical et d'instaurer un contrôle administratif.

75. Quant à la CRSS de Midi-Pyrénées, elle ne se prononçait pas sur la question des sanctions pouvant frapper l'administration, ce qui n'écarterait pas, pour autant, une plausible existence de celles-ci.

76. Au contraire, la CRSS de Midi-Pyrénées ne semblait pas évoquer un tel contrôle.

77. Rapport de Gouaze présenté durant la conférence régionale du 12 juillet 1948 et axé sur les contrôles médicaux.

IV - En savoir plus sur...

A) LES SOURCES

a) Les documents analysés

Comme l'indique Dimitri Chaminade, dans son étude sur « *La Caisse primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne de 1967 à 1982* », (Comité régional d'histoire de la Sécurité Sociale de Midi-Pyrénées, *LI n° 26*, 2019, p. 7), l'une des « difficultés du travail sur les sources que constituent les procès-verbaux des Conseils d'administration puis des Conseils est qu'ils ne rendent compte que partiellement de la réalité historique du moment »⁷⁸.

Pour cause, lors d'« une séance, le secrétaire prend en note les informations et les interventions des différents participants, puis les retranscrit et les met en forme. Ce projet est alors révisé par la Direction qui fait le “choix” des informations que le document contient. (...) Il existe deux extrêmes

dans la construction d'un procès-verbal de CA : la Direction peut faire une synthèse stricte des informations et négliger toute forme de débats, ou bien rendre compte de façon exhaustive des débats et des discussions. Dans un cas, on perd un certain nombre d'informations touchant au déroulement des séances, aux rapports entre les différents acteurs, etc., tandis que dans l'autre, les procès-verbaux peuvent facilement atteindre la taille de volumes de centaines de pages, avec parfois des débats n'apportant que peu de matière concrète qui rendent l'exploitation des documents fastidieuse et complexe ».

Soulignons, en somme, que certaines difficultés résultent de la nature manuscrite des sources, rendant leur contenu peu lisible et, donc, nécessitant un temps d'analyse plus conséquent.

B) LES ORIGINES

a) Les contrats d'assurance restant de nature privée

En vertu de son caractère bilatéral, ce contrat (de l'article 1964 du Code civil) impliquait, pour les cocontractants, l'exécution d'obligations sur une période donnée qui différait en fonction de leur statut. Pendant que l'assuré devait exécuter son obligation contractuelle avant même que le sinistre ne survienne, l'assureur ne voyait naître son obligation qu'en raison de la réalisation de cet incident.

En dépit de ces divergences temporelles, assureur et assuré étaient tenus d'une même obligation, relevant de l'ordre financier : tandis que l'assuré octroyait à l'assureur une « prime déterminée » – dans ladite convention –, ce dernier accordait à l'assuré « la valeur intégrale en argent » de la perte résultant de l'accident ou de la survenance du risque.⁷⁹

Toutefois, alors que l'assuré s'exécutait dans une optique de prévoyance sociale, l'assureur agissait dans un objectif de réparation du dommage subi par celui-ci.

b) La notion de sécurité

Elle provient de l'étymologie latine *securitas*, signifiant ce qui est « sûr », et peut être caractérisée comme un ensemble de « mesures et moyens de protection tendant à prévenir la réalisation de ces risques », c'est-à-dire des « agressions, accidents, atteintes matérielles... ».⁸⁰

Hatzfeld relevait aussi qu'au « début du XIX^e siècle la sécurité est un fait qui tient au régime de la propriété. Qui possède un capital ou un patrimoine a de ce fait ses assurances. L'une des fonctions de la propriété est précisément de donner la sécurité à celui qui possède. Quant à ceux qui ne possèdent rien, ils n'ont pas de sécurité. Ils dépendent d'autrui en cas de besoin et la seule issue qu'on leur montre est, conformément à l'esprit du système, de se constituer un capital par le travail et par l'épargne. (...) Or la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle voient naître un nouveau type de sécurité fondé sur la reconnaissance d'un droit qui (...) est en France en particulier un droit du travail ». Le XX^e siècle marquait donc le passage de la « sécurité-propriété » à la « sécurité-droit du travail ».⁸¹

78. NDLR. Cette remarque concerne surtout les procès-verbaux des organismes de Sécurité sociale. Au temps des Assurances sociales, les procès-verbaux des conseils d'administration de l'URCMM étaient manuscrits et rédigés (voire annotés) par le secrétaire du CA, l'abbé Sorel.

79. P. Larousse, *Grand Dictionnaire universel du XIX^e siècle*, 1866, tome 1, p. 815 ; G. Cornu, *Vocabulaire juridique*, PUF, Paris, 1987, p. 810.

80. G. Cornu, *Vocabulaire juridique*, PUF, Paris, 1987, p. 810.

81. H. Hatzfeld, *Du paupérisme à la sécurité sociale (1850-1940)*, Armand Colin, Paris, 1971, p. 27.

c) La notion d'ordre public

Mise en valeur sous la plume de Domat à la fin du XVII^e siècle, de Delamare au début du XVIII^e siècle et par l'article 10 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, elle se présente comme une notion à géométrie variable et s'appréhendait, au XIX^e siècle, à travers un versant préventif et répressif.

En l'occurrence, « la sécurité, la salubrité et la tranquillité publique » dont « la mise en œuvre effective passe par l'action de police administrative » se rattachaient au premier versant.

Quant au versant répressif, il était mis en valeur par l'État, plus particulièrement par « le biais de la justice répressive et de forces de police qui s'étaisaient progressivement ». Plus encore, le jurisconsulte Portalis considérait que le « maintien de l'ordre public dans une société est la loi suprême ». À plus forte raison, il prolongeait la formule latine *Salus publica suprema lex esto*, en provenance de l'orateur Cicéron et que nous pouvons traduire de la manière suivante : « Le bien commun est la loi suprême. »⁸²

d) Une bibliographie sur l'assistance...

Par assistance, nous pouvons entendre une « Protection, aide, secours pécuniaire ».

Voir également sur ce sujet les travaux suivants :

B. Valat, *Histoire de la sécurité sociale (1945-1967) : L'État, l'institution et la santé*, Economica, 2001, p. 103 ;

J. Viple, *La Répression pénale de la mendicité*, thèse de l'Université de Paris, Droit, 1905 ;

R. Ducuron-Tucot, *De la répression de la mendicité*, thèse de l'Université de Toulouse, Droit, 1899 ;

G. Haudebourg, *Mendiants et vagabonds en Bretagne au XIX^e siècle*, thèse de l'Université de Rennes II, Histoire, 1998 ;

A. Kitts « Moyen-Âge au XIX^e siècle : état des recherches », *Revue d'histoire de la protection sociale*, n° 1, 2008, pp. 37-56 ;

T. Duchâtel, *De la charité dans ses rapports avec l'état moral et le bien-être des classes inférieures de la société*, Mesnier, Paris, 1829 ;

J.-B. Masméjan, *La détention des mendiants et des vagabonds à Lyon : une dialectique entre assistance et répression (1764-1784)*, Mémoire de maîtrise de l'Université Jean-Moulin Lyon III, Droit, 2015 ;

J.-P. Gutton, « Sur l'enfermement dans la France classique », *État, Société et Spiritualité du XI^e au XX^e siècle, Mélanges en l'honneur du Professeur René Fédou*, n° 3, 1990, pp. 117-123.

C) LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

a) Les établissements hospitaliers au Moyen-Âge

L'hôpital (du latin *hospes*, signifiant hôte) était aussi connu, au Moyen-Âge, sous la dénomination de « *domus hospitalis* » (la maison des hôtes) et « *domus Dei* » (Maison-Dieu). En ce sens, il se caractérisait comme une « Maison de charité établie pour recevoir et traiter gratuitement les malades indigents ».⁸³

b) De L'Hôpital Saint-Joseph de la Grave...

Sous l'Ancien Régime, la population toulousaine était relativement aisée : « Clergé magistrature judiciaire ou municipale, aristocratie et riche bourgeoisie attachées à la richesse foncière rurale ou urbaine » se retrouvaient « face à un nombreux petit peuple de serviteurs de tous ordres, (une) population grossie par la venue de ruraux en quête, souvent vaine, de quelque emploi ».⁸⁴

82. J. Domat, *Traité des lois*, Presses universitaires de Caen, Paris, 1989. N. Delamare, *Traité de la police*, Jean & Pierre Cot, Paris, 1705-1738, 4 vol. ; A. Forlen, *La dimension historique de la notion d'ordre public (XVI^e-XIX^e siècles)*, thèse de l'Université de Strasbourg, Droit, 2016, pp. 239-263. J.-É.-M. Portalis, Discours au Conseil d'État, 3 mars 1803, in *Recueil complet des discours prononcés lors de la présentation du Code civil par les divers orateurs du Conseil d'État et du Tribunal*, Firmin Didot, Paris, 1838, p. 31 ; M.T. Cicéron, *De legibus*, imprimeurs de l'Institut de France, Paris, Livre III, p. 8.

83. P. Larousse, *Grand dictionnaire...*, *op. cit.*, tome 9, p. 384. Voir, par ailleurs, les travaux suivants : L. Le Grand, « Comment composer l'histoire d'un établissement hospitalier. Sources et méthodes », *Revue d'histoire de l'Église de France*, n° 71, 1930, pp. 161-239 ; J.-F. Cordier, « Lieux d'Assistance et d'Hospitalité au Moyen Âge », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, volume 202, 2018, pp. 2069-2082 ; C. Niel, « Hôpitaux et maladeries au Moyen Âge : espace et environnement », *Actes du colloque international d'Amiens-Beauvais, 22, 23 et 24 novembre 2002*, collection Histoire médiévale et Archéologie, volume 17, 2004, publiés par le Cahmer, Laboratoire d'Archéologie et d'Histoire de l'Université de Picardie-Jules Verne, pp. 347-365 ; S. Le Clech-Charton, *Les établissements hospitaliers en France du Moyen Âge au XIX^e siècle. Espaces, objets et populations*, Éditions universitaires de Dijon, Dijon, 2010 ; D. Roman, *Le droit public...*, *op. cit.*, p. 28 et s. ; J.-N. Fabiani, *La fabuleuse histoire de l'hôpital du Moyen Âge à nos jours*, Pocket, Paris, 2018.

84. R. Gillis, « La protection sociale en France avant l'instauration de la Sécurité Sociale. L'exemple toulousain », in *Mémoires de l'Académie des sciences*, inscriptions et belles lettres de Toulouse, 1996, volume 158, 17^e série, tome VII, pp. 213-225.

c) ... à l'Hôpital-Général

L'Hôpital-Général de la Grave s'apparentait, dans un premier temps, à un refuge en accueillant une « foule des vieillards invalides, enfants en bas âge, de tous ceux qui n'étaient plus ou n'étaient pas capables de gagner leur vie » ainsi que les « malheureux réduits à la mendicité pouvaient y trouver aussi avec du travail un refuge et une assistance » ; dans un second temps, à un lieu de détention, notamment pour les « femmes de mauvaise vie condamnées par le Parlement », et/ou dépôt de mendicité comme le prévoyaient des lettres patentes datées de 1681.⁸⁵

Plus généralement, ce sont les lettres-patentes du 27 avril 1656 qui donnaient naissance au premier Hôpital-Général implanté à Paris tandis que l'édit royal de 1662 généralisait cette structure dans

l'ensemble du royaume de France. La naissance de l'Hôpital-Général de la Grave était ainsi prématurée et intervenait neuf années avant la création de l'Hôpital-Général parisien.

d) Les bureaux de bienfaisance

En 1752, un « arrêt du Parlement ordonne de fonder un bureau (de charité) dans chaque paroisse de la ville ». Dans le même sens, un nouvel arrêt parlementaire du 23 janvier 1760 édifiait, sur l'initiative de Saint-Priest, intendant de Languedoc, le « bureau de charité de Saint-Michel, qui dépend d'abord de celui de Saint-Étienne, puis devient autonome par lettres patentes de Louis XVI du 17 janvier 1782, alors que l'arrêt du 24 avril 1781 avait fondé le bureau de Saint-Nicolas ».⁸⁶

D) LES CAISSES ET LEUR GOUVERNANCE

a) L'Assurance sociale devenait une véritable administration à la couverture large

Cette administration satisfaisait une pluralité d'intérêts dont ceux de « tous les salariés de l'un ou de l'autre sexe dont la rémunération totale annuelle ne « dépasse pas 15 000 francs (sans enfants), 17 000 (un enfant), 19 000 (deux enfants), 25 000 (trois enfants et plus) ». Règle qui s'appliquait également aux « salariés étrangers ayant leur résidence réelle et permanente en France et y travaillant régulièrement depuis trois mois » ; puis aux « salariés étrangers ayant leur résidence à l'étranger et leur lieu de travail permanent en France, à la condition qu'une convention ait été passée à cet effet avec leur pays d'origine ».⁸⁷

Pour l'ensemble de ces bénéficiaires, le caractère optionnel de l'assurance disparaissait pour laisser place à une assurance impérative, à laquelle ils étaient assujettis par le biais de la force légale.

L'administration du travail accordait la qualité de salarié « non pas tant d'après la nature ou la qualification juridique du contrat qui unit l'employeur à l'ouvrier ou l'employé, que d'après la situation de fait devant laquelle se trouve l'intéressé (...). Il faut et il suffit que le travailleur qui remplit les conditions prévues par la loi soit, en fait, dans un rapport de dépendance personnelle ou de subordination économique à l'égard de celui qui l'emploie ».⁸⁸

b) Les caisses d'affinité : une couverture non universelle

Dans le cadre d'un contrat d'assurance de droit privé, l'assuré n'était pas obligatoirement un travailleur, contrairement à ce que prévoira le système d'Assurances sociales par le choix de Caisses d'affinité compétentes pour la gestion de l'assurance maladie, de la maternité, du décès et des soins aux invalides, ou, à défaut de choix, d'une Caisse primaire départementale assurant « les risques de répartition pour tous les assurés non-inscrits à une autre Caisse primaire ». Un simple individu ne pouvait donc revêtir le statut d'assuré – par opposition au système des assurances privées.⁸⁹

Par exception, tous « ceux qui sans être salariés vivent du produit de leur travail, et si ce produit n'excède pas le montant des salaires fixés pour l'assurance obligatoire peuvent être assurés facultatifs ». Des « indépendants sans fortune, petits patrons, épouses non salariées d'assujettis obligatoires ou facultatifs (les risques à couvrir pouvant être choisis par les bénéficiaires) » se trouvaient, ainsi, affiliés à l'assurance facultative. Dans ce cas précis, le consentement de l'assuré venait, de nouveau, à être requis. Par déduction, étaient exclus de ce système assurantiel les chômeurs volontaires et « salariés bénéficiant d'un autre régime d'assurances, tels que les salariés de l'État, des départements et des communes, les employés des chemins de fer, des tramways, les ouvriers mineurs,

85. D. Roman, *Le droit public...*, *op. cit.*, pp. 32-34 ; J. Guyader, « Bureau et maisons de charité : l'assistance à domicile aux "pauvres malades" dans le cadre des paroisses toulousaines (1687-1797) », *Revue d'histoire de l'Église de France*, n° 205, 1994, pp. 217-247.

86. J. Guyader, « Bureau et maisons de charité... », *art. cit.*, pp. 217-247.

87. *Assurances sociales*, Loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930. Résumé édité par la Chambre de commerce d'Evreux, Imprimerie René Bauche, Evreux, 1930, p. 3.

88. Circulaire du 23 août 1930. *JORF, Lois et décrets*, 24 août 1930, p. 9848.

89. *Assurances sociales*, Loi du 5 avril 1928..., *op. cit.*, pp. 14-15.

les inscrits maritimes, les agents de la Banque de France, les employés des Sociétés de l'eau, du gaz, de l'électricité ».⁹⁰

c) Les Caisses primaires de répartition...

Dans la région toulousaine, les Caisses primaires de répartition étaient les suivantes : Caisse primaire mutualiste ; Caisse primaire « Le Travail » ; Caisse primaire de la « Famille toulousaine » ; Caisse agricole ; Caisse interprofessionnelle d'Assurances sociales de la région toulousaine ; Caisse de prévoyance des employés de commerce ; Caisse des voyageurs et représentants de commerce ; Caisse primaire « Le Foyer Garonnais » ; Caisse primaire d'Assurances sociales « l'Épargne » ; Caisse du personnel La Dépêche » ; Caisse ouvrière d'aviation Latécoère ; Caisse des établissements Amouroux ; Caisse des établissements J. Brusson ; Caisse de la Compagnie d'électricité industrielle de Marignac.

d) ... et les Caisses de capitalisation

Trois organismes : la Caisse autonome mutualiste de retraite des agriculteurs de France, Section régionale occitane ; la Caisse autonome de retraites de l'union nationale mutuelle agricole, Section régionale occitane ; puis la Caisse primaire vieillesse et invalidité de la région toulousaine.⁹¹

Ces trois Caisses de capitalisation et les 14 Caisses primaires de répartition étaient regroupées au sein de l'URCMM (Union Régionale des Caisses Maladie-Maternité).

e) La gouvernance de l'URCMM

Relevons que le 5 février 1933 avaient lieu les élections du Bureau de l'URCMM. Huit membres venaient à l'intégrer après décision du CA. Cazeilles, François et Guerret en faisaient partie et s'éri-geaient en représentants des assurés ; tandis que Dalet, son trésorier, se muait en représentant des employeurs.⁹²

Parmi les membres de son CA, évoquons les noms de Louis Sorel, Charles Huguet ou encore Paul Lestrade, des représentants des Caisses affiliées à la Fédération Nationale des Caisses Départementales ; ainsi que ceux de Rigaud, Durand et Dussel, représentants des Caisses

affiliées à l'Union Nationale des Caisses Mutualistes. Tous avaient été désignés le 6 juillet 1936 sur la proposition du conseiller d'État, directeur général des Assurances sociales et de la mutualité puis, sur avis des préfets et du directeur du service régional des Assurances sociales.⁹³

f) Le CA de l'URCMM

Les administrateurs du Conseil de l'URCMM se décomptaient au nombre de 35. Ils y siégeaient en tant que représentants des Caisses affiliées à la Fédération Nationale des Caisses Départementales (17 membres) ; l'Union Nationale des Caisses Mutualistes (7 membres) ; l'Union Nationale des Caisses Familiales (3 membres) ; représentants des Caisses non affiliées à une Union Nationale de Caisses de même affinité (4 membres) ; et représentants des Syndicats professionnels de praticiens (4 membres). Ceci, en vertu d'un arrêté du 6 juillet 1936. Concernant la composition du Bureau, elle est arrêtée lors de l'Assemblée constitutive du dimanche 2 août 1936.

Le Conseil d'administration est installé par M. Bellas, Directeur du Service régional des Assurances sociales, suite à l'arrêté du 6 juillet 1936 qui nomme également M. Lestrade président de l'Union. Après la discussion et l'approbation des statuts, il apparaît au président « que le bureau devrait être composé à l'image du Conseil lui-même avec représentation de tous les départements et de toutes les tendances ». Il propose que reviennent à des assurés sociaux la trésorerie et le secrétariat avec l'abbé Sorel comme secrétaire général.⁹⁴

Le CA de l'URCMM était constitué de « représentants des Caisses affiliées à la Fédération Nationale des Caisses départementales, l'Union Nationale des Caisses Mutualistes, l'Union Nationale des Caisses familiales, l'Union Nationale des Caisses "Le Travail" et des syndicats professionnels de praticiens ».⁹⁵

Au contraire, cette hiérarchisation ne valait pas, semble-t-il, entre les Caisses primaires – parmi lesquelles nous ne comptons pas la Caisse agricole – et l'UCMM de la Haute-Garonne. Quant à leur collaboration, elle demeurerait effective à l'échelle – non plus régionale mais – départementale et se matérialisait, de nouveau, par « la réalisation d'œuvres d'intérêt commun ».⁹⁶

90. *Ibidem*, p. 12 ; M. Dreyfus, M. Ruffat, D. Voldman et B. Valat, *Se protéger, être protégé...*, *op. cit.*, p. 83

91. B. Ducos, *Aux origines de la Sécurité Sociale*, *op. cit.*, pp. 15-25.

92. PV de la réunion du CA du 5 février 1933.

93. Arrêté du 6 juillet 1936 portant constitution du CA de l'URCMM de Toulouse.

94. M. Marty, secrétaire adjoint, (départementale Haute-Garonne). Vice-présidents : Hautes-Pyrénées, M. Suberbie (Mutualiste), Tarn, M. Galiber (Familiale), Tarn-et-Garonne, M. Alazard (Départementale), Gers, M. Carrefour (Mutualité), Lot, M. Conquet (Travail), Ariège, à désigner, Haute-Garonne : M. Cazeilles, non affiliés (ancien président de l'Union) et M. Dussel (Mutualiste). Trésorier, M. Amon (Travail, Toulouse) Trésorier adjoint, M. Rouvellat (Travail Albi).

95. Article 1^{er} de l'arrêté du ministre du Travail du 6 juillet 1936.

96. B. Ducos, *Aux Origines de la Sécurité Sociale...*, *op. cit.*, pp. 40-42.

g) La réforme de René Belin

Dès l'été 1940, l'ancien cégétiste confédéré René Belin, secrétaire d'État au Travail, veut réformer les Assurances sociales. Cette réforme, qui concerne aussi les Allocations familiales et les congés payés, repose sur trois principes :

1. couverture de tous les travailleurs pour l'ensemble des risques sociaux y compris les accidents du travail.
2. organisation collective et obligatoire, au détriment de l'initiative privée et donc des caisses d'affinité, notamment syndicalistes.
3. appui sur une base professionnelle.

Les cotisations feraient l'objet d'un versement de 10 % des salaires – 5 % à la charge des salariés, autant pour les employeurs – auquel s'ajouteront pour ces derniers les cotisations relatives aux Allocations familiales et aux congés payés.

La réforme voulait élargir la couverture des risques et besoins sociaux et proposait une refonte complète du mode de gestion du système des Assurances sociales, des Allocations familiales et des congés payés. Une caisse unique gèrera dans chaque département l'assurance-maladie, les allocations maternité, décès, invalidité, les allocations familiales et les congés payés ; une caisse nationale sera chargée du risque vieillesse et des pensions d'invalidité. Ce projet est écarté au début de l'année 1941 en raison d'une opposition « venue des milieux les plus divers ». Les confédérés se divisent entre ceux qui, ralliés à Vichy, soutiennent le principe de la caisse unique et les résistants qui s'y opposent. Un nouveau texte, présenté au début de 1942, est rejeté par les mutualistes et des syndicalistes – confédérés et syndicalistes chrétiens – qui défendent les caisses d'affinité. Ce front du refus se reconstituera à la Libération, mais sans les confédérés, qui se rallieront au principe de la caisse unique. Le départ de René Belin en avril 1942 met fin à cet épisode.⁹⁷

h) La CRSS et la CRAVTS...

Avec la mise en place de la Sécurité sociale, la Caisse régionale de Sécurité sociale (CRSS) succédait à l'URCMM et la CRAVTS remplaçait la Caisse primaire vieillesse et invalidité de la région toulousaine, qui existait depuis 1912 sous le nom de « Caisse régionale mutualiste du Midi ».⁹⁸

Quant aux élections des membres du Bureau du CA de la CRSS – datées de l'année 1946 –, elles se matérialisaient par l'attribution du poste de directeur à Paul Descours, de sous-directeurs à George et Schmeltz ou encore de celui d'agent-comptable à Amon. Enfin, relevons que le CA de cette CRSS était présidé par Sibillaud et composé de d'autres administrateurs comme Martel, Dauriac ou Grimal, dont les tendances n'étaient pas renseignées. Mais les élus (ou issus d'une élection) comportaient au CA une majorité de représentants de salariés.

i) ... et la CPSS

La CPSS succédait à la Caisse départementale d'Assurance sociale et réunissait six Caisses primaires : la Caisse du personnel « La Dépêche » ; Caisse interprofessionnelle d'Assurance sociale de la région toulousaine ; Caisse de prévoyance des employés du commerce ; Caisse primaire « Le Travail » ; Caisse primaire mutualiste ; et Caisse primaire de la « Famille Toulousaine ».⁹⁹

j) Les caisses d'assurances sociales constituant la CPSS de Haute-Garonne

Les institutions absorbées étaient les suivantes : « Caisse primaire fédérale mutualiste ; Caisse primaire du personnel de «La Dépêche» ; Caisse primaire de la compagnie d'électricité industrielle ; Caisse primaire des voyageurs, représentants et employés du commerce et de l'industrie ; Caisse primaire Le Travail ; Caisse primaire d'assurances sociales des ouvriers de la société industrielle d'avions Latécoère et des ateliers d'avion Louis Bréguet ; Caisse primaire interprofessionnelle de la région toulousaine ; Caisse primaire des établissements Brusson jeune ; Caisse primaire la Famille toulousaine ; Caisse primaire départementale de la Haute-Garonne. »¹⁰⁰

k) Le CA de la CRSS...

L'article 4 des Statuts de la CRSS toulousaine exprimait qu'elle était « administrée par un Conseil composé de vingt-six administrateurs (par comparaison, 35 pour le CA de l'URCMM). Les administrateurs sont désignés pour trois ans (...) ». Ces administrateurs n'étaient donc pas inamovibles et exerçaient, en principe, leurs fonctions temporairement. En pratique, la majorité des administrateurs demeurait bien en place plusieurs années, à l'image du président

97. Cahiers d'Histoire. *Revue d'histoire critique* ; n° 144, 2019. *Débats Confédérés, Assurances sociales et Sécurité sociale : retour sur une histoire mythifiée*, Michel Dreyfus pp. 141-160. <https://doi.org/10.4000/chrhc.13707>

98. B. Ducos, *Aux origines de la Sécurité Sociale*, op. cit., p. 33. Décret du 21 juillet 1947 relatif aux CRAVTS. In, JORF, *Lois et décrets*, 23 juillet 1947, p. 7120 ; PV de la réunion du CA de la CRAVTS du 17 février 1945.

99. J. JUERY, *Les archives de la Caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne*, Comité régional d'histoire de la Sécurité Sociale de Midi-Pyrénées, Toulouse, n° 2, 2004, p. 14.

100. Arrêté du 17 janvier 1946 fixant la circonscription des Caisses Primaires de la Sécurité Sociale toulousaine et tarnaise. JORF, *Lois et décrets*, 28 janvier 1946, p. 776.

Sibillaud, installé à la présidence de l'année 1946 jusqu'à la fin des années 1950 – avant d'avoir pour successeur M. Saby. De plus, ils émanaient tantôt de la CRSS de Toulouse, tantôt de la Caisse primaire de Sécurité sociale de l'Ariège ; de la Haute-Garonne ; du Gers et du Lot. Quant au Bureau du

CA, il était composé de sept membres – y siégeaient un président, quatre vice-présidents, un secrétaire et un trésorier – élus par ledit Conseil. Mais, contrairement, au Bureau, le CA n'était pas constamment actif et se réunissait « chaque fois qu'il est convoqué par le Président et au moins quatre fois par an ».¹⁰¹

E) QUELQUES ASPECTS DE LA COUVERTURE SOCIALE

a) La pré-invalidité

Parmi les « pré-invalides », nous retrouvons les malades « cliniquement guéris mais ne pouvant encore reprendre la vie normale », à l'instar des « convalescents de maladies aiguës » ; malades dont l'« affection de longue durée n'exige que peu ou pas de soins thérapeutiques, mais seulement un repos prolongé à la campagne, à la montagne ou à la mer » ; malades « cliniquement guéris mais ayant besoin d'une cure de rééducation » ; et pré-malade ayant « besoin de repos de suralimentation et de grand air ».¹⁰² L'Ordonnance de 1945 prolongeait la couverture jusqu'à trois ans par la création des affections de longue durée (ALD).

Les administrateurs du Bureau étaient consentants pour « déclarer que l'effort de l'Union n'a pas pour but de décharger les Caisses, mais d'apporter aux assurés un supplément qu'ils apprécieront d'autant plus que pour leur faire avoir ce supplément de notre part, il faudra que déjà, les Caisses aient fait quelque chose ».¹⁰³

Plus concrètement, la commission de prévention et pré-invalidité avait « admis le principe de la participation de l'Union Régionale aux frais engagés par les Caisses en application de l'article 6 paragraphe 16 ». Par conséquent, elle exauçait le vœu de M. Rouvellat, ancien conseiller à la Bourse du Travail d'Albi, membre du Bureau du CA de l'Union et représentant des Caisses affiliées à l'Union Nationale des Caisses « Le Travail » – de tendance syndicale –, à savoir que « toutes les fois que les Caisses feront application de soins préventifs, et à condition que les assurés réunissent les conditions d'immatriculation et de versements pour prétendre à l'invalidité, l'Union Régionale versera, sur justification des dépenses, la moitié de la participation de la Caisse. Il en sera de même pour les conjoints et les enfants.

Pour le cas de soins préventifs de l'Enfance, l'Union Régionale pourra accorder, en accord avec les médecins-conseils des Caisses, des participations plus élevées dans les mêmes proportions : une part

à la charge de la Caisse, la moitié de ladite part à la charge de l'Union Régionale ».

Par exception, ladite commission considérerait que pour « tout pré-invalidé hospitalisé en Sanatorium, la participation de l'Union Régionale sera au maximum égale à 20 % du prix de journée le plus bas des malades payants ».¹⁰⁴

b) Le maintien en bonne santé des enfants par le biais de subventions

Nous l'avons évoqué, en nous référant au PV de la réunion du CA de la URCMM du 13 mai 1939, l'Union pouvait participer au maintien en bonne santé des enfants par le biais de subventions. Or, ce fonds ne provenait « ni de l'argent affecté à vos réserves, ni de l'argent qui doit être retenu pour les subventions de compensation affectées en fin d'exercice aux caisses de l'Union Régionale qui sont en droit d'y prétendre », mais correspondait aux « quotités prévues par le législateur pour être affectées, le cas échéant, et si le Conseil d'administration en est d'accord, à des œuvres présentant un intérêt en liaison plus ou moins directe avec les buts qui sont les nôtres ».

Se pose aussi la question de l'identité des organismes subventionnés et du montant qui leur était accordé. Trois noms d'établissements ressortent, principalement, des sources consultées : Centre de Sérologie, Centre de Neuropsychiatrie et Anti-Cancéreux. Tandis que le premier d'entre eux percevait 30 000 francs de la part de l'URCMM, le second et le troisième bénéficiaient chacun de 5000 francs.

Mais, une fois subventionnés, les établissements cités ci-dessus se trouvaient contraints d'être surveillés et contrôlés par l'Union. Ceci, dans le but de vérifier qu'un bon usage était fait des sommes perçues, chose qui semblait être le cas en pratique. Car, durant l'année 1937, le Centre de Sérologie effectuait « environ 3000 Wassermann (test diagnostique de la syphilis) au profit des assurés sociaux » et distribuait, gratuitement, des « médicaments spéciaux de prix très élevé à tous ceux qui l'ont demandé

101. PV de la réunion du Bureau du CA de la CRSS de Toulouse du 18 mars 1959 ; articles 5 et 8 des Statuts de la CRSS de Toulouse.

102. PV du Bureau du CA de l'URCMM du 13 mai 1939.

103. PV réunion du Bureau du CA de l'URCMM du 25 février 1939.

104. Annexe n° 2, résultats des travaux de la commission de prévention et pré-invalidité, in, PV de la réunion du Bureau du CA de la URCMM du 25 février 1939 (pour cette citation et la précédente).

par l'intermédiaire de leur docteur » ; le Centre de Neuropsychiatrie donna « environ 2000 consultations gratuites à des assurés sociaux » et dispensa, en dehors de toute hospitalisation, « 1000 examens du sang, 120 radiographies spéciales du crâne, 175 fonctions lombaires et 300 examens spéciaux d'ophtalmologie, services auxquels il convient d'ajouter ceux de l'enfance déficiente et de la malariathérapie » ; et le Centre Anti-Cancéreux procéda à de « nombreux examens et traitements puis a continué sa campagne de propagande pour les dépistages prématurés du cancer ».¹⁰⁵

Pour finir, notons que durant l'été de l'année 1948, pas moins de 5500 enfants avaient été pris en charge par le Service permanent de prévention infantile affilié à l'Union¹⁰⁶. Mais aucune donnée de la sorte ne nous est parvenue pour les années qui suivent, limitant ainsi notre appréciation concernant l'efficacité de ce Service.

c) La liquidation des pensions d'invalidité

Dans la lignée des remontrances adressées à l'Union Régionale, Paul Descours évoquait que, l'« année dernière, la Caisse Régionale a fait l'objet d'un contrôle et Monsieur le Contrôleur Général Morinière s'est penché très attentivement sur les délais de la liquidation des pensions d'invalidité. Dans la partie de son rapport concernant la gestion du risque Invalidité, M. le Contrôleur Général a formulé une série d'observations et de recommandations relatives notamment à la lenteur des liaisons entre les Caisses Primaires et la Caisse Régionale et à la qualité des relevés de comptes individuels fournis par la Caisse Régionale Vieillesse, l'ensemble de ces défaillances ayant une répercussion grave sur les délais d'instruction et de liquidation des pensions d'invalidité. Ce contrôle a porté sur la période comprise entre le 1/01/1957 et le 30/04/1958. Il a fait apparaître que si les opérations de liquidation propres à la Caisse Régionale s'effectuent en 38 jours (...) l'espace de temps compris entre la fin des prestations et la notification de la pension est en moyenne de 60 jours ».¹⁰⁷

Dans le but de limiter les « délais excessifs qu'exigent les Caisses d'Invalidité pour liquider les pensions », Brienne, membre de la CRAVTS, suggérait qu'il « soit accordé aux assurés en instance de pension des avances à valoir sur les arrérages connus depuis la fin des six mois ».¹⁰⁸ Innovation qui, sur décision du directeur et de l'agent-comptable, ne

sera finalement pas adoptée, au risque « de verser des acomptes (...) irrécupérables » en cas de « rejet de la demande de pension », ni remplacée par une nouvelle proposition. Le renforcement de la protection sociale n'était donc pas une volonté propre à l'URCMM et aux CRSS, mais partagée par d'autres organismes de protection sociale, à l'instar de la CRAVTS.

d) Les délais de liquidation des pensions d'invalidité

Le CA de l'Union posait la question de la célérité du règlement de la prestation pour pallier, efficacement, la précarité de l'assuré : « M. Brienne attire l'attention du Conseil sur les délais excessifs qu'exigent les Caisses d'Invalidité pour liquider les pensions ; il s'écoule parfois huit à dix mois entre la fin de la période légale de maladie et la notification de l'attribution de pension. Pendant ce trop long délai, l'assuré se trouve souvent privé de toute ressource. Afin de remédier à cet état de choses, M. Brienne suggère qu'il soit accordé aux assurés en instance de pension des avances à valoir sur les arrérages connus depuis la fin des six mois. Notre Directeur et notre Agent-Comptable font ressortir qu'il est impossible à l'Union d'intervenir avant la décision de la Caisse d'Invalidité, sans courir le risque de verser des acomptes qui, en cas de rejet de la demande de pension, seraient irrécupérables. Ils soulignent d'ailleurs que la Caisse Invalidité de la Région Toulousaine procède assez rapidement aux opérations de liquidation et qu'elle accorde une priorité aux assurés dont la situation précaire lui est signalée. Par contre, les Caisses d'Invalidité de Paris sont beaucoup moins diligentes et presque toujours nos interventions auprès d'elles sont sans effet. Il convient également de ne pas perdre de vue que ce sont souvent les assurés qui, en raison du retard qu'ils apportent à la constitution de leur dossier, sont les premiers artisans de la lenteur dont ils se plaignent ensuite. Après ces explications, M. Brienne retire sa proposition. »¹⁰⁹

e) La prévention et la réparation des accidents du travail

Dans l'un de ses rapports, la CRSS de Toulouse évoquait que la « loi de 98/38 était une « loi de réparation »¹¹⁰ basée sur la théorie du risque professionnel (le fait d'utiliser une machine quelconque créant un

105. PV des réunions de la commission de subvention du 30 novembre 1937 et du 6 janvier 1938 (pour cette citation et celles des deux précédentes).

106. PV réunion du Bureau du CA de l'URCMM du 25 novembre 1942.

107. PV de la réunion du Bureau du CA de la CRSS de Toulouse du 18 mars 1959

108. PV de la réunion du CA de la CRAVTS du 17 février 1949.

109. PV de la réunion du Bureau du CA de l'URCMM du 17 février 1945.

110. Rapport sur la fixation d'un taux unique des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles. In, PV de la Conférence Régionale tenue le 28 décembre 1950.

risque). L'assurance de tous les risques ainsi créés était facultative mais la réparation incombant à l'employeur obligatoire. La loi du 30 octobre 1946 est une « loi de prévention, de réparation, de rééducation, de reclassement ». L'assurance est obligatoire. La nouvelle loi élimine la notion de responsabilité individuelle de l'employeur qui lui est substituée par la responsabilité collective ou sociale.

Du 1^{er} janvier au 30 septembre 1948, les médecins de la CRSS de Toulouse déclaraient 7 accidents graves dont 5 mortels.¹¹¹ Entre les mois de janvier et d'août 1947, 38 279 832 francs furent dépensés par

ladite Caisse pour couvrir les « incapacités temporaires », résultant d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Nous apprenons, ensuite, que la Caisse primaire avait supporté, du 1^{er} janvier au 30 septembre 1948, 312 297 francs pour indemniser les accidents du travail subis par les salariés. Quant à la CRSS de Toulouse, elle supportait un montant bien plus conséquent, évalué à 1 498 530 francs. Ceci, alors que les cotisations qu'elle percevait, à ce titre, étaient de 701 001 francs pour l'année 1947 et de 315 575 francs pour l'année 1948.

F) LE CONTRÔLE MÉDICAL

a) La mise à la disposition des caisses primaires de sécurité sociale par la CRSS

Au point de vue administratif, le contrôle médical se caractérisait comme un « service d'importance fondamentale géré et dirigé par la Caisse Régionale de Sécurité Sociale et mis à la disposition des Caisses Primaires » ; d'un point de vue fonctionnel comme un « acte Technique mettant en jeu : capacités médicales, connaissances administratives et légales, caractère qui permet de répondre aux questions posées sur le plan administratif par l'Organisme de Sécurité Sociale ».¹¹²

b) L'autonomie des médecins conseils

Remarquons que, contrairement à la CRSS toulousaine, l'expression de « médecin-conseil » ne semblait pas être utilisée, constamment, par l'URCMM. Le vocabulaire employé pouvait donc aussi être source de rupture entre ces deux organisations : « Sur l'observation qui était formulée dans la réponse d'un administrateur sur la dénomination de "Médecin-Conseil" que le procès-verbal donnait au docteur Vassal, un échange de vues a lieu entre membres du Bureau.

Il en ressort que, jusqu'à cette date, de par ce que sa fonction avait de transitoire et fragmentaire puisqu'il travaillait à la vacation selon les appels que nous lui adressions, le docteur Vassal n'était autre pour nous qu'un médecin-conseil tandis que, à partir du 1^{er} janvier 1938, ce sera à lui de prendre la responsabilité de certaines décisions qui, de par leur technicité, échappent à l'échelon administratif. Il est donc évident que le mot "conseil" ne convient plus. À l'échelon supérieur, il faut que chacun ait et prenne ses responsabilités. Aussi, tout le monde est

d'accord pour rejeter le nom de médecin-conseil, puisque responsable de son service, notre médecin doit être désigné sous le nom de "Médecin-Directeur du service du contrôle médical de l'Union Régionale". »¹¹³

Cette autonomie apparaissait dans un règlement qui délimitait les rôles attribués à chacun des membres supérieurs de l'Union, c'est-à-dire à son directeur, à son médecin-chef du contrôle médical et à son agent comptable. Pour le démontrer, retranscrivons le contenu de son article 4, dédié au médecin chef du contrôle médical : « Sous l'autorité du Directeur, le médecin-chef est chargé sous sa propre responsabilité du contrôle médical et de tout ce qui concerne le fonctionnement de ce service. Le médecin chef convoque les malades, règle l'ordre de ses tournées en accord avec le Directeur. Il décide seul de l'opportunité de faire procéder à tel ou tel contrôle technique dans la limite des décisions prises par le conseil et en tenant compte des conventions intervenues. (...) »

c) Un contrôle médical à l'étranger ?

Le ministre du Travail faisait obligation à l'Union de « payer les arrérages de sa pension d'Invalidité à un assuré de nationalité italienne résidant en Italie ». Or, le directeur Paul Descours s'était « jusque-là refusé à payer car il estimait que notre contrôle médical et administratif ne pouvait s'exercer efficacement en Pays étranger ». Ledit Ministre estimait, au contraire, que ce « contrôle pouvait être confié pour notre compte à un organisme italien » et c'est en suivant ces directives que l'Union entamait « des pourparlers en vue d'une entente avec l'Institut National Fasciste de Prévoyance Sociale ». Cette démarche fit pourtant l'objet de critiques, notamment de la

111. PV de la réunion du CA de la CRSS de Toulouse du 19 juillet 1948.

112. Rapport sur le contrôle médical présenté par Monsieur le docteur Bounhoure, Médecin-Conseil régional puis, antérieurement, médecin des Hôpitaux de Toulouse et médecin-chef de la Caisse primaire de Toulouse. Annexe au PV de la conférence régionale du 28 décembre 1950. L. Barrère, « Le contrôle médical », *Mémoires de CRAM Midi-Pyrénées*, 2004, pp. 100-137.

113. PV de la réunion du Bureau du CA de l'URCMM du 18 décembre 1937.

part de Rouquette qui contestait « l'efficacité de ce contrôle » et démontrait « l'inégalité de traitement existant entre un Invalide français qui risque à tout instant une suspension de sa pension et un Invalide étranger résidant dans son pays d'origine à l'abri de tout contrôle véritablement sérieux ».¹¹⁴

d) La nominations des médecins-conseils

Parmi les médecins-conseils de l'Union, évoquons la nomination du docteur Vassal qui exerçait, en 1936, la « médecine générale depuis trois ans, et qui est à mi-temps pour des examens de médecine générale, l'établissement des dossiers et la tenue des fiches, au service de neurologie du Professeur Riser ». Les compétences professionnelles et qualités sociales de ce docteur avaient été louées par « Monsieur le Professeur Riser », un maître « aussi universellement apprécié, tant par sa valeur scientifique que par son sens social ».¹¹⁵ Sa nomination fut, tout d'abord, provisoire (six mois) puis, prolongée pendant maintes années.

e) Le contrôle des cures thermales

Pour bénéficier de cures libres, une demande devait être adressée, par l'assuré et/ou ses ayants droit, à la Caisse primaire tout en l'accompagnant d'« un certificat détaillé du médecin-traitant ».¹¹⁶ Par la suite, le médecin-conseil régional transmettait « le dossier avec son avis au médecin-conseil de l'Union Régionale » qui statuait en dernier ressort. En matière médicale, les pouvoirs décisionnels demeureraient donc entre les mains d'un seul et même praticien, une situation que n'admettait pas la CRSS toulousaine. Nous le démontrerons en suivant.

f) Les médecins consultants experts

L'article 18 paragraphe 2 du décret du 30 décembre 1945 exprimait à ce sujet que pour l'« exercice du contrôle médical, les caisses régionales de sécurité sociale font appel, en outre, à titre d'experts, à des médecins consultants dont la liste est dressée, dans chaque région, par une commission et agréés par la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale ». Puis, à travers son article 19, qu'en « vue de l'exercice du contrôle des soins dentaires, le conseil d'administration de la caisse régionale de sécurité sociale, sur proposition du médecin-conseil régional, fait appel, selon les besoins, au concours de stomatologistes ou de

chirurgiens-dentistes conseils et de dermatologistes ou de chirurgiens dentaires consultants ».¹¹⁷

g) Des contrôles médicaux nombreux

L'administrateur Marty évoquait que le « nombre de contrôle effectués est vraiment impressionnant et il supplie les Caisses de ne pas envoyer des dossiers dont le contrôle s'avère inutile ». Au total, il évaluait à 13 000 le nombre de « dossiers contrôlés, plus de 14 000 en y comprenant les examens d'enfants, et cela depuis janvier 1937, soit pour une période de 148 jours ouvrables, c'est-à-dire : 90 dossiers à examiner par jour ». Et il concluait son analyse de la manière suivante : « C'est l'embouteillage obligatoire. Sans doute, comme le font remarquer plusieurs administrateurs, nous serons amenés à nommer de nouveaux médecins-conseils. (...) Or en pareille matière, il est incontestable que nous avons besoin d'un médecin de plus. Selon les justes remarques du docteur Bounhore. Lorsque l'Union en croira le moment venu, il serait de désirer que ce médecin ait des connaissances administratives et, sans être absolument spécialisé, puisse utilement procéder à certains examens de spécialité, tels que oto-rhino-laryngologiste, etc. ».¹¹⁸ À la suite de cette proposition, un nouveau médecin-conseil était nommé au cours de l'année 1938, par l'URCMM, à savoir le docteur Robert.

h) Le temps d'activité des médecins-conseils

Les médecins-conseils et le médecin-conseil régional n'exerçaient plus, en principe, leur activité à temps partiel mais à temps plein. Par exception, seuls les médecins-conseils qui effectuaient un contrôle dentaire semblaient avoir des fonctions à mi-temps. À leur égard, le docteur Bounhore évoquait que « les vacations pourront varier suivant les départements et les nécessités du service, de 3 à 6 heures hebdomadaires, pour une rémunération globale variant de 36 à 40 000 francs par an ».

i) Le nombre de contrôles médicaux

Plus spécifiquement, les contrôles relatifs aux affections maladie de longue durée étaient évalués à 4121 ; les contrôles d'accidents du travail et de maladies professionnelles à 5977 ; les contrôles dentaires à 566 ; les contrôles des invalides à 566.¹¹⁹

114. Annexe sur le statut du personnel supérieur en conformité des dispositions du décret du 30 septembre 1937. In, PV de la réunion du CA de l'URCMM du 8 janvier 1938 (pour cette citation et la précédente).

115. PV de la réunion du CA de l'URCMM du 20 décembre 1936.

116. PV de la réunion du CA de l'URCMM du 13 mai 1939.

117. JORF, *Lois et décrets*, 30 décembre 1945, p. 8709.

118. PV des réunions du CA de l'URCMM du 23 juillet 1937 et du 26 janvier 1938.

119. PV des réunions du CA de l'URCMM du 23 juillet 1937 et du 26 janvier 1938 (pour cette citation et celles des deux paragraphes précédents).

Puis, durant les mois de janvier, février, mars, avril et mai de l'année 1962, 9133 contrôles médicaux ont été entrepris par la CRSS de Midi-Pyrénées pour les branches d'accidents du travail et d'invalidité. Le nombre de contrôles médicaux se trouvait alors accru par rapport à ceux communiqués pour le compte de l'URCMM et CRSS de Toulouse. En somme, aucune critique ne semblait adressée, de la part de l'administration, aux auteurs de ces contrôles.¹²⁰

j) La nécessité d'un pré-contrôle médical

Le directeur Descours soulignait l'urgence d'instaurer un triage-préalable des dossiers – assimilable à un « pré-contrôle médical » – et en dressait les modalités : « Il y a un impératif qui doit s'imposer aux Caisses comme aux médecins-conseils : c'est le triage préalable des dossiers dès leur envoi à la Caisse primaire. Ce triage peut être assuré, soit par un médecin, soit par un agent pré-médical, soit par les deux conjointement. Dans les Caisses où il n'y a qu'un seul médecin-conseil, ce triage pourrait être fait par un contrôleur pré-médical présentant un certain nombre de garanties. » De surcroît, il soulevait qu'il « serait important de dresser la liste des dossiers à ne pas envoyer au Contrôle médical, sauf dérogations exceptionnelles. Il s'agit notamment des dossiers d'assurés pour lesquels le repos prévu est au plus de 8 jours. Ces dossiers sont pratiquement non-vérifiables par le Contrôle médical. Il en est de même pour les repos soumis aux médecins-conseils après la reprise de travail. Enfin, les dossiers où ne figurent que des actes isolés, peu nombreux et peu coûteux, qui ne comportent pas de cessation de travail, ne devraient pas être transmis au Contrôle médical, sauf pour effectuer de temps à autre quelques sondages ».

k) Les visiteuses médicales

Par opposition à la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale – en procédant à sa création, la Confédération Générale du Travail (CGT) avait pour objectif d'« organiser la défense de la législation de sécurité sociale en général, et de mettre ainsi à la disposition des caisses un organisme qui puisse parler en leur nom à l'échelon national, les aider dans l'organisation de leur travail » –, la CRSS toulousaine plaidait pour que les visiteuses détiennent le « diplôme d'infirmière ou avoir des connaissances médicales suffisantes non pas pour

contrôler le malade, mais pour qu'à la lecture d'une ordonnance, à l'aspect extérieur du malade, elles puissent apprécier si elles sont en présence d'un malade ou d'un resquilleur et pour qu'elles puissent décider, à bon escient, si un contrôle médical urgent paraît nécessaire tout en se gardant de préciser leur impression devant la maladie ». Dotées de connaissances médicales, elles se trouvaient en capacité de « vérifier les produits pharmaceutiques et, ce qui n'est pas négligeable, de constater que certains médicaments qu'on leur présente ne sont pas pour le malade, mais pour d'autres personnes n'ayant pas droit aux prestations. Elles leur permettraient, également, dans certains cas de donner des renseignements aux médecins-conseils ce qui éviterait parfois des déplacements onéreux et parfaitement inutiles ». En somme, lorsque les « visiteurs soupçonnent soit une fraude soit la réalité de la maladie, il faudrait qu'ils puissent convoquer immédiatement l'assuré devant le contrôle médical ».

l) Le nombre de visiteurs médicaux

Deux visiteurs ont été décomptés pour le département de Haute-Garonne ; quatre pour celui du Tarn ; six pour les Hautes-Pyrénées ; deux pour l'Ariège ; deux pour le Tarn-et-Garonne ; trois pour le Gers ; et deux pour le Lot.

m) La mission des visiteurs médicaux

Les attributions des visiteuses étaient encadrées par un Règlement d'Administration Publique daté du 29 décembre 1945 : « Les caisses de Sécurité sociale font procéder à toutes enquêtes utiles par les agents de leurs sections locales, leurs correspondants locaux, leurs visiteurs et dames-visiteuses. Les visiteurs et dames-visiteuses participent à la surveillance des malades et peuvent être chargés de leur payer les sommes qui leur sont dues. Ils signalent, le cas échéant, à la Caisse les abus, les lacunes ou irrégularités qu'ils ont pu constater. » (Article 15).

L'article 38 du Règlement intérieur exposait, par ailleurs, que la « caisse a le droit, à tout moment, de faire contrôler par les médecins-conseils, visiteurs ou visiteuses, les malades à qui elle sert les prestations maladie. Les Médecins-conseils, visiteurs ou visiteuses doivent communiquer à la Caisse les résultats de leur contrôle ».¹²¹

120. Annexe au PV de la réunion du Bureau du CA de la CRSS de Midi-Pyrénées du 22 juin 1962.

121. PV de la réunion du Bureau du CA datée du 7 décembre 1950 (pour cette section et les trois précédentes)..

V - CONCLUSION

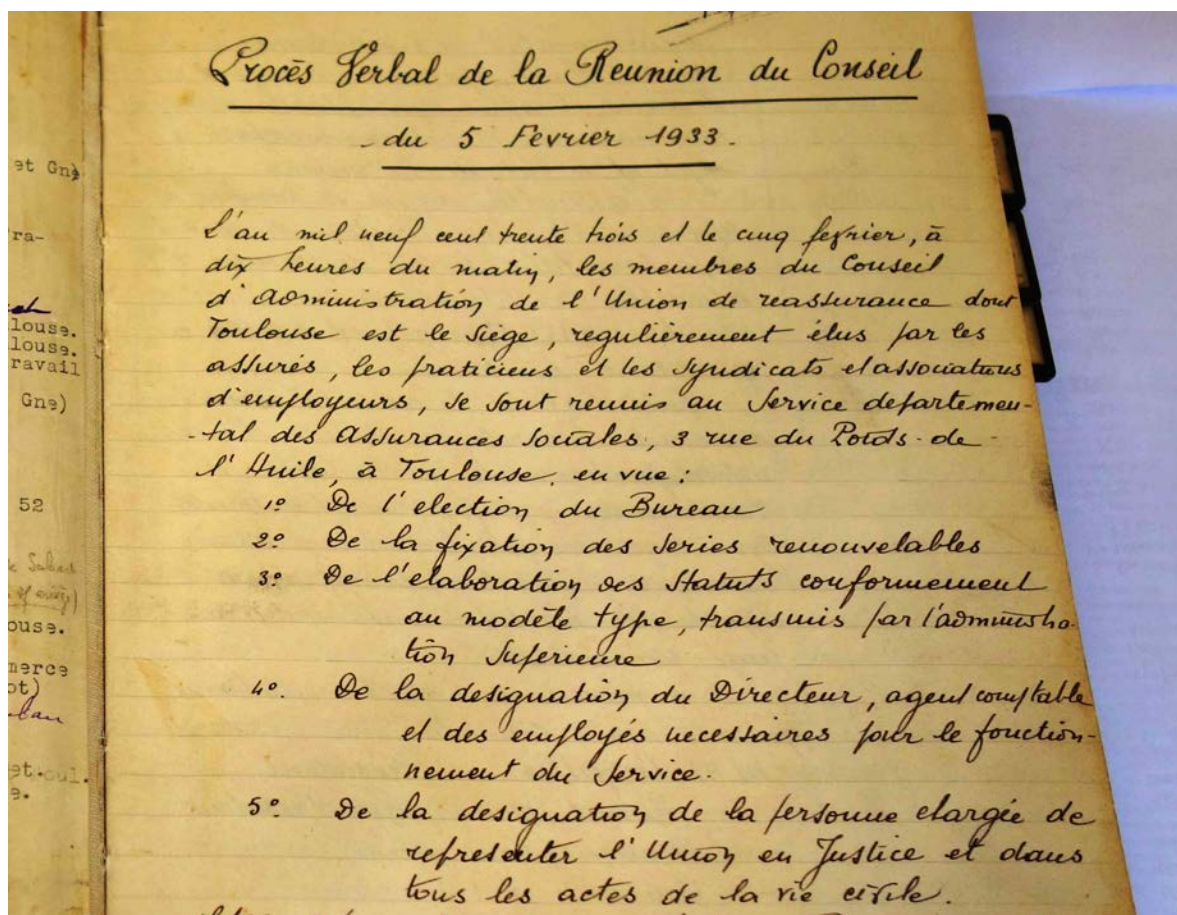
La protection sociale toulousaine ne se présentait donc pas comme un système unitaire mais successif, caractérisé par un séparatisme relatif entre les Assurances sociales et la Sécurité sociale. En effet, la protection qu'elles instaurent était de nature similaire, à savoir solidaire, hiérarchisée, décentralisée, généralisée, prévoyante et réparatrice.

Pour autant, le degré de généralisation de la couverture sociale différait d'un système à un autre, que ce soit au regard du nombre d'assurés ou de risques sociaux couverts. Rappelons-le, la généralisation de la protection se manifestait déjà sous le système des Assurances sociales, notamment durant les périodes de conflits armés où des mesures exceptionnelles avaient été prises par le gouvernement en faveur des assurés convoqués sous les drapeaux ; puis, appliquées par l'URCMM de Toulouse.

Le Service de Solidarité, créé en 1941, témoignait notamment d'une volonté – celle du régime de Vichy – d'accroître la protection et rejoignait, à un degré plus restreint, l'ambition des CRSS de Toulouse

puis de Midi-Pyrénées – qui en 1945 protégeront les assurés victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Mais, au-delà de ces continuités, la Sécurité sociale se distinguait des Assurances sociales par sa capacité à améliorer l'efficacité de la protection et, en ce sens, à prendre des mesures adaptées aux besoins locaux, que la législation ne semblait satisfaire qu'en partie. L'ingéniosité dont faisait preuve la CRSS de Toulouse était, ainsi, une marque de différenciation avec l'URCMM qui, bien que tournée elle aussi vers le progrès social, ne pouvait adopter du fait de l'organisation des caisses d'Assurances sociales de solutions concrètes pour remédier aux insuffisances des contrôles médicaux. Au regard de la situation régionale, nous rejoignons, donc, en grande partie, la conclusion formulée par Michel Dreyfus, à savoir que « contrairement aux apparences, la nouvelle législation sociale (de la Sécurité Sociale) se coule dans l'ancien moule institutionnel (des Assurances sociales) ».

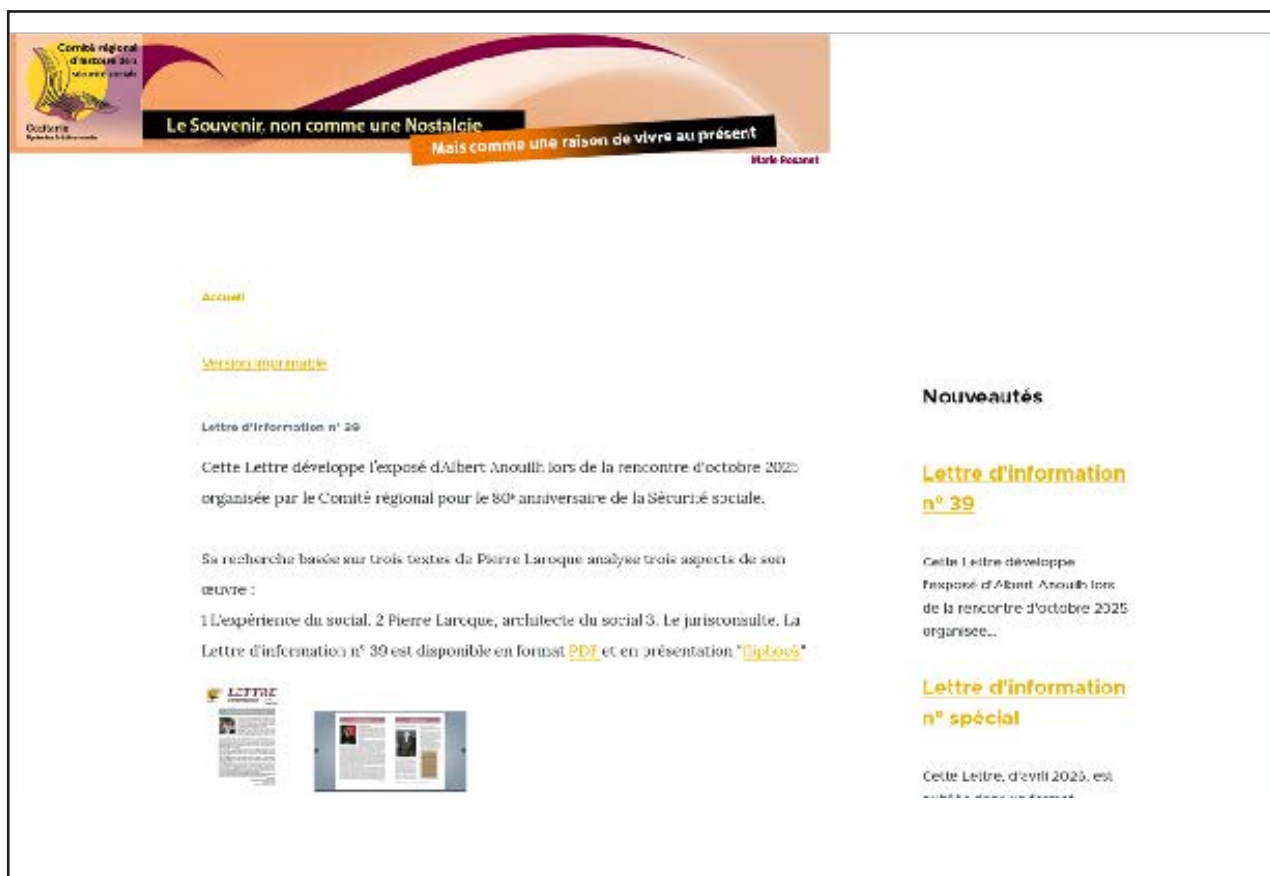


Procès-verbal de la première réunion du Conseil d'administration de l'Union de réassurance du 5 février 1933

Retrouvez en ligne le numéro 39 de la *Lettre d'information*

« Pierre Laroque et l'utopie du droit social »

par Albert Anouilh



Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Occitanie-Pyrénées-Méditerranée

Le Souvenir, non comme une Nostalgie Mais comme une raison de vivre au présent
Marie Rozemat

Actualités

Versions numériques

Lettre d'information n° 39

Cette Lettre développe l'exposé d'Albert Anouilh lors de la rencontre d'octobre 2025 organisée par le Comité régional pour le 80^e anniversaire de la Sécurité sociale.

Sa recherche basée sur trois textes de Pierre Laroque analyse trois aspects de son œuvre :

1. L'expérience du social. 2. Pierre Laroque, architecte du social. 3. Le juriconsulte. La Lettre d'information n° 39 est disponible en format **PDF** et en présentation **"Epub"**.

Nouveautés

Lettre d'information n° 39

Cette Lettre développe l'exposé d'Albert Anouilh lors de la rencontre d'octobre 2025 organisée...

Lettre d'information n° spécial

Cette Lettre, d'octobre 2025, est...

et toutes les *Lettres d'information* du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Occitanie-Pyrénées-Méditerranée :

Notamment les autres études d'Albert Anouilh : Lettres n° 25, 28, 29, 34, 37 et 38

<https://www.histoiresecuoccitanie.fr/lettre-d-information>

Ou flashez l'adresse avec votre smartphone



Éditeur : Comité régional d'histoire de la Sécurité Sociale Occitanie-Pyrénées-Méditerranée
près la Carsat Midi-Pyrénées, 2 rue Georges Vivent, 31065 Toulouse Cedex
Directeur de la publication : Michel Lages. Mise en page : Armelle Touyarot
Impression : Carsat Midi-Pyrénées
N° ISSN 1967-7677 date de parution et de dépôt légal : octobre 2026