

**La gestion du risque par les
unions régionales des caisses
d'assurance maladie (URCAM)**

Note de synthèse

Note présentée par :

Melle Cécile COURREGES et M. Gilles DUHAMEL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Note n° 2003 039
Mars 2003***

L'inspection générale des affaires sociales a conduit, dans le cadre de son programme annuel de travail, durant le second semestre 2002, une enquête sur la gestion du risque¹ par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM)². Trois unions ont été analysées successivement : celles du Nord-Pas-de-Calais, de Rhône-Alpes et des Pays-de-la-Loire.

Outre l'analyse des documents concernant chacune de ces trois régions, différents éléments ont pu nourrir la réflexion des membres de l'inspection ayant conduit ces différentes missions, notamment un audit interne et un bilan réalisé par une société de services externe à l'assurance maladie concernant les actions de prévention, le rapport d'activité du FAQSV portant sur 2001, un rapport d'audit interne au régime général sur la gestion du risque conduit en 2000.

Certes, le nombre très limité d'unions étudiées est loin de permettre un bilan exhaustif des URCAM. Toutefois, l'importance des régions visitées et la similitude de certains constats autorise, sinon une généralisation, du moins une analyse, une réflexion et des propositions de nature plus globale.

La mission a fait le choix de « caler » son analyse et sa présentation concernant l'activité des unions sur la distinction entre prévention, réorganisation de l'offre de soins et gestion du risque opérée par l'assurance maladie, au plan national comme au sein des unions. Sur le fond, cette distinction apparaît pourtant contestable, aussi bien sur sa pertinence conceptuelle que sur les limites qu'elle génère au plan opérationnel.

Les principales conclusions des rapporteurs³ concernent l'organisation, le fonctionnement et l'activité des unions, leur insertion dans le paysage institutionnel et cherchent à discerner leurs atouts et faiblesses. Cette note présente en outre des améliorations pouvant être apportées au dispositif existant et esquisse des scénarios d'évolution possible.

Les unions constituent un paradoxe. D'un côté, elles ont œuvré à une plus grande cohérence interne à l'assurance maladie et gagné une visibilité au plan régional. De l'autre, le dispositif institutionnel paraît complexe et trop fragile. Et, surtout, le bilan concernant leur mission principale – la gestion du risque- apparaît très décevant. Ces constats, ainsi que la nécessité de décloisonner ville et hôpital, appellent des évolutions fondamentales qui ne doivent pas s'arrêter à un renforcement régional de l'assurance maladie, mais conduire à la mise en place d'un acteur régional unique.

¹ La CNAMTS, dans sa circulaire du 24/03/99, donne une définition large de la gestion du risque : « l'ensemble des actions et procédures conduisant à optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé, à inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins, à amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts dans le cadre financier voté par le Parlement ».

² Les URCAM ont été instituées par l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 avec pour objet principal de définir dans leur ressort territorial une politique de gestion du risque commune aux différents régimes d'assurance maladie (régime général, MSA et AMPI), notamment dans le domaine des soins de ville, et de veiller à leur mise en œuvre.

³ Bénédicte JACQUEY-VAZQUEZ, Gilles DUHAMEL et Michel YAHIEL ont enquêté dans le Nord-Pas-de-Calais, Gilles DUHAMEL et Michel YAHIEL en Rhône-Alpes, Cécile COURREGES et Gilles DUHAMEL dans les Pays-de-la-Loire.

Les URCAM se sont progressivement insérées dans le paysage institutionnel régional.

Les unions sont aujourd’hui des acteurs globalement reconnus aussi bien au sein de l’assurance maladie que par leurs partenaires extérieurs.

Le contexte régional initial -situation sanitaire plus ou moins favorable, tradition de coopération ou « d’autonomisme » des caisses locales- a plus ou moins favorisé une insertion rapide des URCAM au sein du réseau de l’assurance maladie.

Au-delà, les organismes - membres de l’URCAM, quel que soit leur régime d’appartenance, s’accordent à reconnaître aujourd’hui la valeur ajoutée qu’a apportée l’URCAM en matière de méthodes de travail et de compétences. Ils considèrent dans l’ensemble qu’elle a favorisé une « professionnalisation » de l’assurance maladie et le développement de l’expertise qui lui faisait défaut, notamment en matière de gestion du risque et de travail statistique.

Il n’en reste pas moins que le fait régional est loin d’être considéré unanimement comme un acquis ou une évidence au sein du régime général. Le contexte actuel, marqué par les réflexions sur une reconfiguration du réseau de l’assurance maladie, favorise une contestation plus ouverte de la logique sous-tendant l’URCAM.

L’apport de l’URCAM est plus unanimement reconnu par les autres régimes au niveau régional : régime agricole et régime des professions indépendantes. Ceux-ci considèrent en effet avoir gagné en visibilité via l’Union et soulignent également l’intérêt technique et méthodologique qu’ils tirent de leur participation à l’URCAM. Toutefois, leur participation effective aux travaux de l’URCAM reste limitée par leur moyens, plus réduits que ceux du régime général, ainsi que par la divergence de systèmes d’information entre les régimes qui les obligent à des adaptations techniques lourdes. Concernant le régime des professions indépendantes, la position de la caisse nationale de la CANAM, qui dans sa circulaire du 12 novembre 2001 donne un niveau de priorité inférieur aux projets développés au sein de l’URCAM par rapport à ceux de son régime, est un frein supplémentaire.

Les relations avec les unions régionales des médecins libéraux (URML) sont fortement dépendantes du contexte conventionnel national. Les tensions qui se sont manifestées tout au long de l’année 2002 ont nécessairement rejilli sur les conditions de coopération entre les URCAM et les URML, quel que soit le niveau de partenariat initial. Or, l’essentiel des actions des URCAM étant tournées vers les professionnels de santé, cela a pu constituer un handicap important pour elles.

Le cas des URML mis à part, l’insertion des URCAM dans le paysage institutionnel régional peut être globalement considérée comme réussie. Deux champs en particulier ont été propices à une coopération renforcée entre l’URCAM et les autres acteurs de la politique de santé au niveau régional :

- la réorganisation de l’offre de soins à travers la gestion du FAQSV et la mise en place, dans certaines régions de guichets uniques confiés à l’URCAM pour les projets de réseaux,
- la politique de prévention/santé publique, de façon plus ou moins contrastée selon les régions avec, pour certaines, la mise en œuvre d’appels à projet communs avec l’Etat.

En revanche, le partenariat apparaît plus faible en ce qui concerne la politique de gestion du risque. Le document - support de cette politique, à savoir le programme régional de l'assurance maladie (PRAM), a été conçu comme un document purement interne à l'assurance maladie, si bien que ses partenaires extérieurs en ont une vision limitée.

Le fonctionnement interne des URCAM se révèle structurellement très lourd et repose très largement sur la recherche de consensus

L'URCAM est une administration de mission avec un rôle essentiellement d'impulsion et de coordination. A ce titre, sa structure administrative apparaît très légère : une dizaine de membres, un budget souvent inférieur à un million d'euros...

Pour autant, l'URCAM se révèle en pratique une structure très lourde à gérer, car sa direction doit composer en permanence avec ses différentes instances. Elle se heurte notamment à la nécessité d'associer en permanence les administrateurs¹ à l'ensemble des décisions de l'URCAM. Les administrateurs sont en effet très attentifs au respect de leurs prérogatives et de leur rôle d'instance décisionnelle, ce qui est nettement apparu à l'occasion de l'attribution de pouvoirs propres au directeur de l'URCAM dans la gestion de la nouvelle enveloppe « réseaux » créée au sein de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). Au risque de créer des délais supplémentaires d'instruction, des mécanismes ont souvent été imaginés dans les régions pour préserver une association en amont des administrateurs.

Son statut d'union de caisses constitue un autre facteur de rigidité. En effet, les directeurs de caisses membres, ainsi que les chefs des services médicaux, demandent naturellement à pouvoir être associés à la décision, ce qui est assuré à travers le comité technique. Cette instance est notamment composée de tous les directeurs des organismes constituant l'union, ainsi que des médecins-chefs des services médicaux et des médecins conseils régionaux. Au total, cela peut représenter plus de quarante membres, ce qui devient vite ingérable et a obligé la plupart des URCAM à mettre en place des structures plus réduites pour préparer les décisions du comité technique. Toutefois, si cette organisation doit aider à la prise de décision, elle tend à éloigner du travail commun les services non représentés.

Pour la mise en œuvre concrète de ses projets et études, l'union fait appel aux ressources administratives et médicales de ses membres. Toutefois, cet appel est moins formalisé que ce que prévoyaient les textes.

L'article R 183-16-I du CSS prévoit notamment que le directeur de l'URCAM est chargé :

- « de préparer le programme régional annuel de gestion du risque, en déterminant notamment la contribution de chacun des organismes adhérents et des services médicaux régionaux et locaux des régimes de sécurité sociale participant aux missions de l'union régionale »,
- et « d'assurer la coordination de l'activité des échelons régionaux et locaux du contrôle médical de l'ensemble des régimes ».

¹ Organisme de sécurité sociale, l'URCAM est doté d'un conseil d'administration et son pilotage repose sur une dyarchie entre le directeur et le président du conseil d'administration.

En pratique, les rapports entre l'URCAM et les services médicaux, formalisés par convention pour le régime général, sont définis en des termes très généraux et passent essentiellement par le canal des médecins conseil régional et des médecins coordonnateurs. Le pouvoir de coordination de l'activité des services médicaux prévu par les textes au profit du directeur de l'URCAM reste virtuel. Si, en pratique, la participation des services médicaux peut être jugée satisfaisante dans les régions analysées ; il n'en reste pas moins que leur implication semble plus relever de l'intérêt qu'ils y trouvent et des directives nationales que d'une logique institutionnelle régionale.

La participation des caisses locales des différents régimes repose quant à elle sur le principe du volontariat. Le directeur de l'URCAM n'a d'autre pouvoir sur les caisses que sa force de conviction personnelle et son habileté diplomatique. La recherche du consensus tend à devenir dès lors la règle de droit commun, au risque, vérifié dans certaines régions, d'une perte d'efficacité du dispositif, à la fois en termes de délais de réaction, de priorisation de l'action de l'assurance maladie et de portage d'une stratégie régionale.

Au total, le mode de travail actuel de l'URCAM, consensuel et respectueux des circuits hiérarchiques propres à chacun des organismes membres, a sans doute aidé à conserver l'unité de l'URCAM et à l'installer progressivement dans le paysage régional. Cependant, il apparaît fragile car tributaire, en l'absence de ressources formellement dédiées aux politiques menées par l'URCAM de la bonne volonté des directeurs des caisses de base et des médecins conseil régionaux, et des aptitudes diplomatiques du directeur de l'URCAM.

Si l'on conçoit que les textes de 1996 et 1997 aient privilégié une insertion « en douceur » des URCAM dans le paysage institutionnel existant, il n'est pas raisonnable de continuer à faire reposer, 6 ans après, l'ensemble des dispositifs régionaux de gestion du risque sur le seul postulat de la bonne volonté des uns et des autres.

L'analyse des activités de l'URCAM fait apparaître, en matière de prévention, un bilan plutôt encourageant

L'assurance maladie est un acteur important dans le domaine de la prévention. Pour ce qui concerne le régime général, ses orientations nationales sont définies par l'Etat dans le contrat d'objectifs et de gestion de la CNAMTS (COG 2000-2003).

Hormis la prise en charge des actes effectués par les professionnels de santé, financés sur le risque, la CNAMTS dispose, depuis 1988, d'un fonds spécifique : le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS)¹.

Les principales actions concernent d'une part les examens périodiques de santé et certaines prestations individuelles (vaccinations, dépistage de cancers, gestes bucco-dentaires) dont la réalisation est largement tributaire des assurés, et d'autre part l'aide au fonctionnement

¹ En 2002, les quelques 290 M € du fonds ont été répartis comme suit:

- 126 M€ pour les centres d'examen de santé,
- 91 M€ pour les actions de prévention individuelles (dépistage...),
- 40 M€ de subventions d'associations ou d'organismes nationaux,
- 21,5 M€ pour de nouvelles campagnes de prévention,
- 16,3 M€ de dotation aux organismes locaux de l'assurance maladie pour des actions de promotion, d'information et d'éducation pour la santé.

d'organismes ou d'associations et le financement d'actions d'éducation pour la santé dont l'organisation fait d'abord appel au volontarisme des caisses au niveau national ou local.

Au vu des constats effectués dans le petit nombre de sites visités, du bilan des actions 1999 et 2000 réalisé par la société CEMKA-EVAL pour la caisse nationale en février 2002 et du rapport réalisé en mars 2001 par l'audit général de la CNAMTS concernant les modalités de financement des actions de prévention et d'éducation dans le régime général, le bilan de l'action des URCAM en matière de prévention paraît globalement encourageant. Les unions se sont mobilisées sur la prévention alors même que leurs prérogatives paraissent insuffisantes et les procédures internes à l'assurance maladie encore inadéquates sur plusieurs points.

Un travail réel de concertation, de coordination et d'harmonisation au sein du régime général et en inter régimes semble avoir été opéré. Au point qu'on puisse parler de l'émergence d'une véritable politique de prévention de l'assurance maladie dans certaines régions.

Des changements positifs ont également été enregistrés en matière de coopération et d'intégration aux politiques régionales de prévention. L'assurance maladie participe au travail collectif (conférences régionales de santé, comités régionaux des politiques de santé, élaboration du schéma régional d'éducation sanitaire). A un degré variable, des procédures communes ont été mises en place avec les services déconcentrés de l'Etat pour faciliter l'intervention des opérateurs de terrain. Certaines réalisations régionales mériteraient d'ailleurs d'être expérimentées dans d'autres régions. De façon plus globale, les échanges et l'animation entre régions pourraient être amplifiés.

Des difficultés persistent au sein de l'assurance maladie. En matière de gestion du FNPEIS, ce sont principalement des problèmes calendaires qui militent pour une plus grande décentralisation et une approche pluriannuelle, une évaluation insuffisante qu'il convient de renforcer, une politique et des procédures harmonisées vis à vis des associations qu'il faut bâtir. Il paraît également indispensable de mettre fin à la dispersion des sources de financement (liée à l'autonomie dont continuent à disposer les conseils d'administration des caisses locales) et au contrôle insuffisant qu'en ont les URCAM. Les autres faiblesses concernent l'intégration effective de la prévention dans la politique de gestion du risque (probablement assez variable selon les régions), la coordination des centres d'examen de santé et la participation de la MSA¹ et de l'AMPI qui - sûrement à des exceptions près - paraissent insuffisantes.

La participation de l'assurance maladie (essentiellement du régime général) aux programmes régionaux de santé (PRS) et aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) va croissante. Les enveloppes régionales du FNPEIS ont augmenté et un nombre plus important d'actions financées s'inscrivent dans ces programmes régionaux. A l'inverse, d'autres partenariats semblent intervenir de façon beaucoup moins généralisée (participation au contrat de plan Etat/Région, aux contrats de ville).

Des améliorations sont souhaitables. La place de la prévention au sein de l'action de l'assurance maladie pourrait être clarifiée et renforcée, et le rôle de l'URCAM mieux affirmé. Pour faciliter la gouvernance des unions en la matière, la déconcentration régionale du FNPEIS devrait être parachevée. Des crédits propres devraient leur être attribués. Les différents financements de chacun des régimes devraient être regroupés. La pluri-annualité

¹ La MSA dispose pourtant depuis peu d'un fonds propre en matière de prévention.

devrait être instaurée, de même qu'un intéressement des unions et des caisses. La transversalité des actions menées dans le cadre de la gestion du risque, de la prévention, du FAQSV, du développement des réseaux et de la vie conventionnelle devrait être favorisée, de même qu'une évaluation plus systématisée (mais simple) des actions financées.

Des interrogations plus générales subsistent concernant la prévention qui appellent des réponses rapides. Comment définir et arbitrer entre les priorités nationales de l'Etat (et notamment celles de la future loi de santé publique), les orientations nationales de la CNAMTS et les priorités régionales ? Quels rôles respectifs assigne t'on à l'INPES et à l'assurance maladie au plan national et dans les régions (sans compter sur le rôle et les réalisations pour le moins contrastées des collectivités locales) ?

Le constat vis-à-vis du FAQSV apparaît réservé

Créé par la LFSS pour 1999, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) a pour mission de financer des projets de professionnels de santé libéraux visant à améliorer la qualité, à promouvoir la coordination des soins dispensés en ville, à améliorer les pratiques professionnelles, à évaluer celles-ci, ou encore à développer le partage des informations¹. Son intérêt potentiel est évident et les sommes qui lui ont été allouées importantes².

Sa mise en place effective a été quelque peu différée au plan national et régional. Le décret d'application n'est paru que fin 1999 et la CNAMTS, au sein duquel le fonds a été créé, ne lui a donné les moyens de son fonctionnement, notamment régional, que fin 2000. Pour les actions à caractère régional³, le fonds est géré par un comité, créé au sein de l'URCAM, présidé par le président de l'union et comprenant des représentants de l'assurance maladie, des professionnels et des établissements de santé.

Plusieurs éléments positifs témoignent de la volonté manifestée (à des degrés variables ?) par les unions et pouvaient faire espérer des résultats tangibles, compte tenu des dotations budgétaires conséquentes engagées jusqu'à présent. L'harmonisation progressive des savoir-faire constitue une avancée.

Mais le degré de mobilisation et d'implication des caisses et des professionnels de santé semble très variable et parfois très insuffisants selon les régions et au sein des régions. La faiblesse de l'engagement de certains acteurs, combinée à la lourdeur et à la complexité des procédures, freine la dynamique et explique sûrement en grande partie la modestie des réalisations accomplies à ce jour.

Le taux moyen de subventions accordées au niveau régional en 2001 a été de 54 % à l'échelle nationale et 2 régions ont attribué 100 % de leur enveloppe. Dans 2 des 3 régions contrôlées, le taux moyen de financements décidés depuis la mise en place du fonds (et à fin novembre 2002) reste inférieur à 30 %. L'articulation, sinon la synergie, avec les autres

¹ A partir de 2002, en sus des actions « traditionnelles », peuvent être financées : l'aide à l'installation des professionnels de santé, des dispositifs innovants de permanence des soins ou le développement d'un système de régulation libérale.

² Le fonds a été doté de 76,22 M€ pour chacun des exercices de 1999 et 2000, et de 106,71 M€ en 2001. En 2002, le FAQSV a été doté de 76,23 M€, le montant maximal des dépenses étant fixé à 106,72 M€. La LFSS pour 2003 prévoit une dotation complémentaire de 20 M€ et reconduit le montant maximal de dépenses de 106 M€.

³ Jusqu'en 2002, 80 % des ressources du FAQSV ont été réservées aux actions régionales.

actions de gestion du risque semble loin d'être systématisée. Autant que l'on puisse en juger compte tenu de l'état d'avancement de projets le plus souvent récents et des premières évaluations disponibles (que la mission n'a pu analyser que dans trois régions), l'impact (même potentiel) des actions financées sur la prise en charge des assurés semble limité.

Ce constat réservé ne doit pas, aux yeux de la mission, être considéré comme définitif car les enjeux de réorganisation de l'offre et d'amélioration de la qualité sont trop conséquents et les améliorations possibles multiples :

- les échanges de savoir-faire doivent être favorisés et l'animation entre URCAm amplifiée,
- la responsabilisation des unions et des caisses locales pourrait être engagée en instaurant une logique d'intérressement, d'engagement contractuels pluriannuels et de management par objectifs,
- les liens avec la vie conventionnelle, initiés en 2002, paraissent également pouvoir être renforcés, le fonds pouvant contribuer à forger ces relations partenariales entre gestionnaires du risque et professionnels de santé qui font encore défaut,
- l'aide aux promoteurs doit pouvoir être améliorée en généralisant un guichet unique des différents financeurs régionaux pour les réseaux et par la mise en place d'une structure de soutien technique (pré, per et post) aux promoteurs dans chaque région ou en inter régions,
- le niveau d'indemnisation des professionnels de santé pour leur participation aux réseaux devrait être harmonisé et suffisamment incitatif,
- l'évaluation des actions devrait être démarrée d'emblée mais sans être trop ambitieuse, en se focalisant sur un nombre d'indicateurs limités, facilement mesurables et ciblés sur l'impact (même potentiel) du projet sur la prise en charge de l'assuré.

Des clarifications demeurent nécessaires :

- la réflexion commune des différents financeurs doit être poursuivie (niveau d'exigences vis-à-vis des systèmes d'information, de l'évaluation, interopérabilité des outils, complémentarité des projets...),
- les réseaux déjà existants devraient pouvoir être aidés financièrement,
- la possibilité de financer sur le FAQSV des activités de prise en charge préventives devrait être admise par tous,
- alors que la fin du FAQSV est prévue fin 2006 et que le niveau de la « dotation réseaux » a été particulièrement faible en 2002, le principe de la pérénisation du soutien aux réseaux qui le justifieront, devrait être affiché,
- enfin ce constat mérite d'être complété par une évaluation plus complète du FAQSV par les services de l'Etat.

Un bilan très mitigé de la politique de gestion du risque

La définition de la gestion du risque reste ambiguë et n'a d'ailleurs pas été précisée par l'ordonnance du 24 avril 1996, alors que celle-ci en faisait le cœur de métier des URCAM, leur raison d'être (cf. supra). Six ans après, le bilan apparaît très mitigé.

Certes, les URCAM ont pu constituer un espace de travail collectif et aider à capitaliser des savoir-faire. Elles ont su mettre en place des mécanismes de conduite de projet et de coordination, jetant ainsi les bases d'une logique régionale qui faisait auparavant défaut. Des actions intéressantes ont été menées et ont abouti à des outils de gestion (tableaux de bord automatisés...), parfois, mais rarement, à des outils ayant une portée opérationnelle pour la prise en charge des assurés (grille d'orientation des patients...).

Mais globalement les réalisations ont un impact limité. Pour l'essentiel, force est de constater que la plupart des actions se sont cantonnées à la réalisation d'études et à la communication de leurs résultats sans réellement déboucher sur des actions correctrices auprès de ou avec les professionnels de santé. Les résultats en termes d'amélioration de la prise en charge des assurés et/ou de renforcement des liens avec les professionnels de santé paraissent très insuffisants. De même, leur valeur ajoutée en termes de rationalisation des dépenses et de modération des coûts reste discutable.

L'essentiel des limites constatées relèvent des ambiguïtés mêmes du dispositif mis en place en 1996. Les prérogatives des URCAM dès leur origine paraissent limitées - notamment en deçà de celles confiées aux ARH - et fondées sur une logique de régulation peu contraignante faisant avant tout appel à une logique de partenariat. Dans ce contexte, les difficultés relationnelles itératives avec les professionnels de santé ne sont sûrement pas gages de succès. De surcroît, la contrainte représentée par l'absence de ressources dédiées ou de droits de tirage formalisés a déjà été évoquée : elle peut en particulier conduire parfois la direction de l'URCAM à une moindre ambition pour garder l'ensemble des membres dans le dispositif. De plus, face aux nombreuses sollicitations dont sont l'objet les caisses locales et les services médicaux, rien ne protège l'activité de gestion du risque contre la tentation d'en faire la « variable d'ajustement ».

La complexité de l'articulation entre les échelons nationaux, régionaux et locaux est également à relever. Chacun a à définir annuellement un programme de gestion du risque, mais avec l'obligation de reprendre les priorités des échelons supérieurs. Le dispositif repose ainsi sur une définition « en cascade » des priorités qui est consommatrice de temps et laisse une place de plus en plus réduite aux échelons successifs et les rend dépendants des calendriers et des moyens requis par les échelons précédents¹.

Les PRAM, qui sont le principal support de cette politique, montrent une tendance à l'empilement des projets, avec parfois jusqu'à quarante groupes-projet à suivre en même temps. Les conséquences pratiques sont importantes : dispersion des efforts, possibilités limitées d'assurer un suivi réel et une évaluation des projets inscrits, lisibilité réduite du PRAM, participation de plus en plus sélective des caisses locales... Cette multiplication des actions menées au sein du PRAM constitue en particulier un obstacle non négligeable à la

¹ Or, le programme national est connu chaque année tardivement et connaît souvent des retards dans sa réalisation, ce qui constitue une difficulté pour l'activité de programmation des URCAM.

participation des régimes agricoles et des professions indépendantes. Elle participe enfin à expliquer les retards récurrents observés dans la mise en œuvre de certains projets des PRAM.

Par ailleurs, les politiques menées en matière de gestion du risque reposent trop souvent sur une vision très cloisonnée de l'action de l'assurance maladie avec un recours encore limité aux partenaires et à l'expertise extérieurs et une mobilisation insuffisante des outils et levier d'action mis à la disposition des URCAM. En effet, l'URCAM fonctionne encore sur un mode compartimenté entre les différents champs de son activité. Le lien n'est que rarement fait entre la prévention (et la gestion du FNPEIS), les actions sur l'organisation du système de santé ou l'amélioration des pratiques via le FAQSV et le « noyau dur » du PRAM. Pourtant, ces différents leviers à la disposition de l'URCAM permettraient d'enrichir les actions menées au-delà des actions d'information et de communication individuelles ou collectives qui sont aujourd'hui privilégiées.

Dans cet édifice, les intersections ville-hôpital demeurent marginales. En théorie, leur prise en compte est assurée à travers le Programme régional hospitalier (PRH), qui est un des volets du PRAM. Mais, ce document a un statut plus que contestable car il est élaboré par la CRAM indépendamment des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Il n'est, dans ce cas, pas étonnant que l'assurance maladie ait du mal à obtenir son inscription au programme de travail de l'ARH, alors qu'elle y est fortement incitée par les directives nationales. De plus, l'apport du PRH apparaît limité du fait de son faible contenu opérationnel et de la durée très longue d'aboutissement de ses travaux. Très souvent, il répond en fait à une simple obligation formelle. A ce titre, la gestion du FAQSV a constitué un facteur plus déterminant de collaboration entre les URCAM et les ARH, sans pour autant permettre l'émergence d'une politique régionale de gestion du risque.

En dernier lieu, l'absence jusqu'à présent de prérogatives de l'URCAM en matière conventionnelle doit être évoquée. Car, l'affirmation régionale de l'assurance maladie dépendra sans doute davantage encore à l'avenir de sa capacité à animer la vie conventionnelle et à « porter » à ce niveau la promotion des bonnes pratiques, dont les accords de bon usage des soins constituent un levier utile.

Les scenarii d'évolution

Différentes perspectives peuvent être tracées concernant l'avenir des URCAM.

Les avancées soulignées confirment l'intérêt d'avoir créé un niveau régional pour la conduite d'une politique de gestion du risque par l'assurance maladie. Pour autant, le statu quo ne paraît pas souhaitable compte tenu des faiblesses et des insuffisances constatées.

De multiples améliorations sont possibles à dispositif constant. Elles concernent principalement l'organisation générale de l'assurance maladie, mais aussi les modalités de partenariats avec les autres acteurs du système de santé.

Toutefois, ces améliorations ne résoudraient pas trois limites importantes à l'efficacité de la gestion du risque aujourd'hui :

- un fonctionnement des URCAM qui repose sur la seule bonne volonté de leurs membres, ainsi que sur la capacité de mobilisation de leurs directeurs,

- la dispersion des acteurs et des financements en matière de prévention,
- la mauvaise prise en compte des interactions ville - hôpital.

Pour pallier la faiblesse intrinsèque des URCAM, il paraît aujourd’hui nécessaire de rouvrir le débat institutionnel et de redéfinir complètement l’organisation régionale de la gestion du risque au sein de l’assurance maladie.

A un organisme unique -qui pourrait être bâti à partir des URCAM- devrait être attribué l’ensemble des prérogatives et des moyens permettant la mise en œuvre de cette politique. Les CRAM seraient désinvesties de leurs missions actuelles, notamment vis-à-vis de l’hospitalisation. Services médicaux et caisses locales (au moins pour ce qui concerne la gestion du risque) seraient rattachés à cet organisme qui continuerait à fonctionner en inter-régimes.

Seule une telle évolution –pour radicale qu’elle soit- permettrait de regrouper les stratégies et les moyens de l’assurance maladie à un niveau opérationnel cohérent face à celui de l’ARH.

Toutefois, ce schéma ne répond pas à l’impératif de décloisonnement de l’organisation et de la gestion des offres hospitalière et ambulatoire.

Seule l’intégration de la gestion du risque ambulatoire et hospitalière à un dispositif d’agence régionale de santé le permettrait. Elle réunirait enfin les différentes composantes de la gestion du risque : prévention et programmes de santé publique, organisation et régulation de l’offre, et qualité de la prise en charge. Elle devrait s’accompagner d’une plus grande fongibilité des nombreux fonds d’intervention existants aujourd’hui, voire de la fusion de certains d’entre eux. De surcroît, elle identifierait un interlocuteur unique pour les professionnels de santé.

Gilles DUHAMEL

Cécile COURREGES