

Chapitre X

Organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie

PRESENTATION

L'organisation territoriale de l'assurance maladie ne peut être appréciée au regard du seul critère de la gestion de cette branche de la sécurité sociale. L'implication des structures locales de la branche dans la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, leur participation au pilotage du système hospitalier au travers des ARH comme leur contribution à l'élaboration et au financement de la politique de santé publique en font des intervenants essentiels de la politique de santé au plan régional et local. Les préoccupations de gestion de l'assurance maladie doivent donc être appréhendées dans une perspective plus large en examinant les interfaces entre les caisses locales, les URCAM, les CRAM, les CPAM d'une part et les autres acteurs de la santé en région d'autre part. La Cour a conduit des investigations dans six régions pour examiner les conditions d'exercice de leurs missions respectives et les problèmes d'organisation que pose aujourd'hui l'imbrication de leurs compétences.

Dans son rapport de septembre 2000, la Cour avait une première fois apprécié les conditions de pilotage de la politique de santé et d'assurance maladie en région¹⁵⁶ au moment où venaient de se mettre en place les organismes et procédures prévus par les ordonnances de 1996. Elle a, par la suite, examiné de manière plus particulière le fonctionnement de certains organismes régionaux¹⁵⁷. La Cour souhaite mesurer, aujourd'hui, les évolutions intervenues alors que la circonscription régionale a été considérée de plus en plus comme l'échelon de référence des politiques de santé et d'assurance maladie.

L'ambition de structurer le pilotage de la santé et de l'assurance maladie au niveau régional a reçu une réponse institutionnelle, conduisant à multiplier les instances. Chacune d'entre elles s'est vu confier des missions larges. En outre, les responsabilités qu'elles exercent traduisent, dans certains cas, une dérive par rapport aux objectifs initiaux accroissant l'enchevêtrement des compétences. Au total, l'échelon régional ne contribue de manière significative ni au développement de la politique de santé publique ni à la gestion du risque et à la maîtrise de la dépense.

156. « Le pilotage de la politique de santé : l'organisation régionale », pp. 255 et suivantes du rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000.

157. Les ARH et les politiques régionales et locales de gestion du risque maladie ont fait l'objet de développements dans les rapports sur la sécurité sociale de 2002 et 2003.

Les principales étapes de la construction régionale

Un système de santé fondé sur des acteurs autonomes :

- des médecins libéraux et plus de 3 000 établissements de santé autonomes ;
- 128 caisses primaires d'assurance maladie dotées de la personnalité morale et d'un conseil d'administration ;
- des collectivités territoriales aux responsabilités propres ;
- une intervention des mutuelles, des associations...

Une organisation progressive de l'offre de soins hospitaliers

Loi hospitalière du 31 décembre 1970 : création de la carte sanitaire, premier instrument de planification des structures de soins basé sur un découpage du territoire national ;

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ;

Ordonnance du 4 septembre 2003 relative à la simplification de la planification sanitaire et à l'élaboration des SROS.

Un dispositif d'amélioration de la gestion du système de santé et de la promotion de la qualité des soins :

Loi du 4 janvier 1993 : création des unions régionales de médecins libéraux (URML).

Un développement progressif de la politique de santé publique :

- création des observatoires régionaux de santé à partir des années 1980 ;
- création des programmes régionaux de santé (PRS) en application d'une ordonnance de 1996, par décret du 17 avril 1997 et des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 ;
- loi du 4 mars 2002, loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et loi du 17 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Une participation récente à la maîtrise de la dépense :

Ordonnance du 24 avril 1996 :

- créant les agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM) ;
- renforçant les pouvoirs donnés à la CNAM sur son réseau.

I - Des acteurs aux pouvoirs limités

Quel que soit leur champ de compétence, les structures régionales demeurent fragiles.

A – Les structures en charge de l’observation et de la connaissance

L’observation de la situation sanitaire locale et l’élaboration des politiques visant à l’améliorer sont dispersées entre de nombreux organismes et instances¹⁵⁸ qui font appel à des sources multiples tant nationales que locales, différentes dans leur organisation et leurs finalités. C’est en effet la combinaison de l’ensemble des données issues de ces différents systèmes de recueil qui peut tenter de rendre compte de la diversité des états de santé des individus et de la population.

La Cour a plus particulièrement examiné deux structures proprement régionales ou interrégionales chargées de cette collecte : les observatoires régionaux de santé (ORS) du fait de leur contribution à la politique régionale de santé publique et les cellules interrégionales d’épidémiologie d’intervention (CIRE) en raison de leur rôle en cas de crise sanitaire.

La création des ORS a été encouragée par deux circulaires de la direction générale de la santé (DGS) de 1982 et 1985 afin d’améliorer la connaissance de l’état de santé et des besoins de la population, dans le cadre d’une mission d’observation scientifique et d’aide à la décision.

Leur statut juridique n’est pas dépourvu d’ambiguïtés. Bien qu’ils aient été constitués pour la plupart sous forme associative¹⁵⁹, l’Etat y tient une place privilégiée et est encore représenté au sein de certains conseils d’administration, en contradiction avec les directives de 2002 de la DGS prévoyant que les fonctionnaires du ministère se retirent de tous les conseils d’administration où ils étaient présents, afin d’éviter la confusion entre fonctions de tutelle et de gestion. L’Etat est également le principal financeur. Ses subventions atteignent, selon les ORS, entre 40 et 80 % de leurs ressources totales, auxquelles s’ajoute la rémunération de prestations particulières. Enfin, il établit chaque année un programme de travail pour les ORS pour ce qui concerne ses propres priorités nationales et locales

158. C’est ainsi que notamment les ministères de la santé et de l’éducation nationale avaient envisagé en 1995 la création d’un réseau d’instituts universitaires de santé publique, créés sous forme de GIP, dont seuls deux ont vu le jour.

159. A l’exception de la Guadeloupe, de la Guyane et de l’Ile-de-France.

En dépit de leur volonté de se définir comme une ressource objective et indépendante au service de tous les partenaires, les ORS peinent à mobiliser d'autres sources de financement. Les collectivités territoriales interviennent pour à peine plus de 20 % de leurs moyens. Les trois-quarts des subventions des régions se concentrent sur quatre ORS historiquement ou juridiquement proches de ces collectivités¹⁶⁰. L'implication financière des conseils généraux s'est réduite entre 1997 et 2002 alors même que les départements ont des compétences sanitaires et sociales. La participation des villes est exceptionnelle. L'assurance maladie finance pour sa part 6 % des budgets des ORS avec d'importantes disparités selon les régions. Le financement demeure ainsi éclaté, précaire et sans véritable logique d'ensemble.

S'il était prévu que ces instances demeurent des structures « techniques légères », la situation actuelle témoigne d'une dispersion de moyens humains aux compétences diversifiées (médecins, épidémiologistes, statisticiens, sociologues, géographes et administratifs) entre 26 organismes : 18 ORS sur les 26 existant ont un effectif moyen de 6,3 ETP salariés, donc un salarié par type de métier, ce qui fragilise la structure et restreint sa capacité opérationnelle, alors qu'aucune donnée objective sur la santé de la population ne justifie l'émiettement de l'observation entre un nombre aussi élevé de structures.

La création de la fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) a été la seule initiative de nature à structurer le réseau et soutenir le niveau technique des plus petites mais ses pouvoirs demeurent limités.

Les ORS ne participeront pas de droit aux groupements régionaux de santé publique (GRSP) prévus par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Les plus modestes des ORS risquent donc d'être laissés à l'écart des procédures d'appel d'offre que les DRASS seront incitées à lancer pour accompagner les programmes régionaux de santé et de se trouver encore davantage fragilisés, alors même qu'ils participaient à l'élaboration des PRS et des PRAPS.

De création plus récente, les CIRE représentent l'échelon territorial des dispositifs de veille sanitaire. Ce dispositif spécialisé initié en 1995 repose sur un cadre juridique original : l'autorité hiérarchique exercée sur ces structures par les DRASS s'articule avec l'encadrement scientifique qu'assure l'institut national de veille sanitaire (InVS) et qui garantit la qualité des travaux menés en région.

160. Ile-de-France, Guyane, Nord-Pas-de-Calais et PACA.

Les 16 CIRE existant en 2004 couvrent tout le territoire national en regroupant parfois jusqu'à trois régions. L'implantation d'une CIRE par région ne se justifie pas compte tenu de la faible taille de certaines d'entre elles, d'autant que le recrutement peut s'avérer difficile du fait des exigences de l'InVS en matière de compétences scientifiques. A la fin de l'année 2003, pour un effectif théorique total de 90 postes, les CIRE ont en moyenne un poste vacant sur cinq. Leur taille limitée restreint leur capacité à intervenir autrement que sur des crises ponctuelles.

B – Les institutions chargées des politiques de santé publique

Au plan local, les services déconcentrés de l'Etat en région (DRASS) et dans les départements (DDASS) jouent un rôle prépondérant, par rapport aux autres acteurs, dans la définition des politiques de santé publique, afin de garantir une égalité de traitement entre les populations. Ils s'appuient sur des instances de concertation dont la composition a varié dans le temps et leurs compétences doivent s'articuler avec celles des collectivités territoriales.

1 – L'organisation des services déconcentrés de l'Etat

La répartition des rôles entre l'échelon régional (DRASS) et l'échelon départemental (DDASS) aurait pu être organisée en confiant au premier la conception et au second la mise en œuvre : la réalité est plus complexe.

En effet, le code de la santé publique confie aux DDASS les actions de promotion et de prévention en matière de santé publique. En l'absence de lien hiérarchique entre l'échelon régional et l'échelon départemental du ministère en charge de la santé, la coopération est essentiellement fondée sur les bonnes volontés réciproques, le comité technique régional et interdépartemental (CTRI) constituant le cadre de cette collaboration. Par ailleurs, sur des sujets comme la santé mentale et la lutte contre la drogue, le département peut être le lieu de la conception, de l'élaboration et de l'organisation coordonnée de politiques de santé publique car les services qui concourent à ces plans de santé publique sont implantés au niveau départemental : conseil départemental de santé mentale pour l'élaboration du schéma départemental de psychiatrie¹⁶¹, comité de pilotage départemental de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

161. Il sera intégré dans le SROS.

En outre, les groupes de travail constitués pour l'élaboration des programmes régionaux se superposent à d'autres comités chargés d'apporter leur expertise aux services déconcentrés dans le cadre de la déclinaison locale de certains objectifs nationaux : comités régionaux des retraités et personnes âgées (CORERPA) pour les personnes âgées, comité technique régional de dépistage du cancer, commission régionale de la naissance... Cette redondance d'outils de concertation peut engendrer un esprit de compétition entre groupes et structures, amener des rivalités entre acteurs de terrain et nuire à la cohésion d'ensemble du dispositif de santé publique au plan local.

2 – Les instances de concertation

L'ambition d'une meilleure articulation entre santé et assurance maladie au sein de la circonscription régionale aurait dû être favorisée par les nombreuses instances consultatives successivement créées. Le comité régional des politiques de santé créé par la loi du 29 juillet 1998 a effectivement eu un rôle positif (voir infra, section II).

Le dispositif a cependant été fragilisé par l'instabilité institutionnelle que ces instances ont connue, en dépit de certaines initiatives locales. La loi du 4 mars 2002 a redéfini les conditions d'élaboration et de concertation des politiques de santé en visant à renforcer la démocratie sanitaire. Les instances consultatives précédemment rattachées au préfet ou à l'ARH ont été regroupées dans des conseils régionaux de santé. Ce dispositif est toutefois resté lettre morte, faute de décrets d'application.

Malgré la disparition de leur base légale, certains comités régionaux des politiques de santé ont continué à se réunir, le gouvernement ayant annoncé à l'été 2002 qu'une nouvelle réforme interviendrait. La mission de concertation et de suivi des objectifs et programmes régionaux de santé publique devrait incomber, depuis le vote de la loi relative à la politique de santé publique, à une conférence régionale de santé où siègeront des représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales, des usagers du système de santé, du conseil national de l'ordre, des institutions publiques et privées de santé, de l'observatoire régional de santé et des personnalités qualifiées.

Le fonctionnement des instances de concertation reste ainsi en attente de clarification et d'organisation.

3 – Les compétences des collectivités territoriales

Les communes et les départements ont de longue date des attributions sanitaires. Les pouvoirs généraux de police du maire relatifs à l'hygiène du milieu et à la salubrité trouvent leur origine dans la première loi de santé publique promulguée en 1902. Les responsabilités qui incombent actuellement aux départements en matière de lutte contre la tuberculose, contre certaines maladies sexuellement transmissibles et dans l'organisation et le financement du dépistage précoce des cancers sont appelées à être réduites dans le cadre de la loi du 17 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ; elles vont être transférées à l'Etat. Pour leur part, les régions sont dépourvues de compétences propres en matière de santé et, de ce fait, investissent peu dans ce domaine. L'émergence de la région comme circonscription prioritaire de la politique de santé et d'assurance maladie n'a donc pas trouvé jusqu'ici de correspondance dans les compétences des collectivités locales.

Si l'implication des collectivités territoriales a connu une impulsion nouvelle, c'est au travers de procédures contractuelles, qui leur permettent de s'engager dans des domaines ne relevant pas strictement de leur compétence. 18 régions sur 26 ont signé des contrats de plan dans lesquels figure un volet santé. Les ateliers « santé-ville » prévus dans les contrats de ville concrétisent l'engagement des grandes agglomérations dans des actions de santé ; ils visent à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) afin de lutter contre les processus d'exclusion sociale et de dévalorisation de certains quartiers urbains.

C – Les instances chargées de l'organisation de l'offre de soins et de sa qualité

1 – La structure juridique des ARH fragilise leur fonctionnement

L'ordonnance du 24 avril 1996 a créé les agences régionales d'hospitalisation (ARH). La structure juridique retenue est celle d'un groupement d'intérêt public (GIP), donc dépendant des moyens fournis par ses membres (Etat et assurance maladie). Si la souplesse de cette formule était sans doute de nature à faciliter l'adhésion de l'assurance maladie à la réforme, elle n'est pas à la hauteur de la difficulté des missions confiées aux ARH. Elle pose des problèmes de gestion et d'autorité hiérarchique. L'ARH ne dispose que d'un personnel propre très réduit, « l'équipe rapprochée » du directeur. Pour le reste, le personnel est

mis à disposition par l'assurance maladie (CRAM, ERSM) d'une part et par les DRASS et les DDASS d'autre part.

Le principe retenu à l'origine a été que chacune des CRAM allouerait à l'ARH un nombre d'agents (ETP) équivalent à celui qu'elle consacrait auparavant au secteur hospitalier. Cette référence à la situation de 1996-1997 n'a pas été modifiée depuis, en raison notamment de la complexité des négociations qui seraient nécessaires. L'évolution des effectifs mis à disposition dans certaines régions affecterait en effet l'équilibre global existant entre l'Etat et l'assurance maladie. Le statut de GIP conféré aux ARH n'est donc pas favorable à l'adaptabilité de leurs moyens. Or, les effectifs mis à disposition par les CRAM sont très inégaux : par exemple, 64,3 agents en Rhône-Alpes et 23 en PACA. Ces disparités montrent que la situation antérieure à 1997 n'était pas rationnelle et n'aurait donc pas dû continuer à servir de référence. L'hétérogénéité des contributions des CRAM souligne au demeurant l'absence d'une logique d'ensemble dans le partage des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie.

En l'absence de normalisation du contenu de l'annexe aux conventions constitutives des ARH précisant les moyens mis à disposition par les membres du GIP, la présentation de cette annexe varie considérablement d'une région à l'autre, ce qui rend une agrégation impossible et complique le suivi du respect des engagements.

Selon les présentations généralement faites de la contribution de l'assurance maladie, celle-ci serait de 1 080 ETP¹⁶². Cependant les chiffres résultant de la comptabilité analytique de l'assurance maladie et des données du service médical montrent une contribution effective totale de 850 ETP seulement¹⁶³.

Au-delà de ces questions relatives aux moyens, la conception même du GIP pose des problèmes structurels.

En premier lieu, au sein de l'instance dirigeante, la commission exécutive, les directeurs des DRASS siègent aux côtés des directeurs des caisses, alors qu'ils assurent par ailleurs la tutelle de ces dernières.

162. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2002.

163. Selon le contrôle de gestion de la CNAM, les CRAM travaillent pour 6,35 % de leur temps-agent sur l'hospitalisation et cela uniquement au sein des ARH, ce qui représente 552 emplois. Par ailleurs, selon les données de l'ENSM, les échelons régionaux de ce service contribuaient pour 298 ETP au programme de travail des ARH au 31 décembre 2001, soit ce qui était prévu dans les conventions constitutives des agences.

En second lieu, le directeur de l'ARH ne dispose pas d'une autorité sur les agents mis à sa disposition, ceux-ci demeurant intégrés dans leur structure d'origine. C'est un nombre global d'équivalents temps plein qui est mis à sa disposition et non des agents nominativement énumérés. Cette absence de prise directe contribue à expliquer l'incertitude sur les moyens effectifs. Se combinant avec la complexité de l'organisation, elle entraîne vraisemblablement une déperdition d'efficacité¹⁶⁴.

2 – L'association des professionnels libéraux

a) La mise en place tardive et modeste des URML

Créées par la loi du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, les unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (URML) avaient initialement pour but de contribuer à la mise en œuvre d'un dispositif de maîtrise médicalisée, concertée et décentralisée des dépenses. Elles regroupent les médecins en activité dont les prestations donnent lieu à paiement d'honoraires et qui sont conventionnés par la sécurité sociale. Leur financement est assuré par une cotisation à la charge de ces derniers (0,5 % du revenu professionnel plafonné comme en matière de cotisations sociales). Egalement répartis entre médecins généralistes et médecins spécialistes, leurs responsables sont élus pour 6 ans au scrutin proportionnel sur des listes présentées par les organisations syndicales dans le cadre de deux collèges distincts.

Pour la plupart des URML, leur activité n'a réellement débuté qu'à la suite des élections professionnelles de 2000. Elle repose, à titre principal, sur l'investissement personnel de praticiens qui conservent généralement par ailleurs une activité professionnelle à plein temps (en cabinet et/ou en établissement de santé). Modeste, le niveau de la compensation qui leur est versée conduit à situer vers la fin de journée ou de semaine le temps qu'ils consacrent à l'union.

Dans ce contexte, le concours de collaborateurs salariés constitue une condition déterminante à l'exercice de leurs missions par les URML (notamment pour la conduite d'études, l'élaboration de documents et l'analyse de projets). Or, dans beaucoup d'unions, le nombre de ces collaborateurs est encore faible. Plus que le niveau des moyens financiers (le produit de la cotisation précitée s'est élevé à 16,3 M€ en 2003), c'est

164. Rapport de la mission réalisée par des directeurs de projet à la DHOS à la demande des caisses nationales et du ministère.

une perception encore insuffisante des besoins de gestion qui explique cette faiblesse.

b) L'ordre des médecins

L'ordre des médecins où sont inscrits l'ensemble des médecins, actifs ou non, indépendamment du cadre, libéral ou salarié, de leur exercice professionnel¹⁶⁵ n'est qu'imparfaitement représenté en région.

Dans son organisation interne, l'échelon régional avait, jusqu'à récemment, deux fonctions : l'une électorale, l'élection des membres du conseil national ayant lieu dans le cadre de circonscriptions régionales, l'autre disciplinaire.

Des coordinations régionales des conseils départementaux, animées par des conseillers nationaux ou des présidents de conseil départemental, avaient été instaurées depuis les années 1970. Toutefois, ces enceintes informelles d'information et d'échanges n'avaient pas procuré à l'ordre une représentation identifiée auprès des acteurs régionaux de la politique de santé.

Afin de remédier à cette lacune, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé a créé un conseil régional (ou interrégional) de l'ordre des médecins doté d'une existence et de moyens propres par rapport aux conseils départementaux. En l'absence de décret d'application, cette nouvelle instance n'a pas été mise en place à ce jour et sa vocation demeure imprécise.

Enfin, alors qu'existe au plan national un conseil national des professions de santé (CNPS), il n'existe pas à ce jour de conseil régional des professions de santé, malgré les projets envisagés à diverses reprises. Seuls les médecins ont donc, dans les limites évoquées pour l'ordre et, précédemment, pour les URML, une certaine organisation régionale.

D – L'assurance maladie en région

L'assurance maladie dispose au niveau régional de deux structures principales, la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), propre au régime général, et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), commune aux différents régimes.

165. A l'exception des médecins des armées et des médecins inspecteurs de santé publique qui ne sont pas inscrits aux tableaux tenus par les conseils départementaux.

Chacune de ces structures pose des problèmes d'organisation et aucune des deux n'est susceptible de jouer le rôle d'échelon régional de l'assurance maladie.

1 – Les CRAM

Les caisses régionales d'assurance maladie, malgré leur nom, interviennent à la fois pour trois branches du régime général, la vieillesse, les accidents du travail et maladies professionnelles, la maladie. Pour ce qui concerne cette dernière, elles « assument les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires de leur circonscription »¹⁶⁶. Elles ont en outre, sur le même plan que les CPAM, des compétences en matière de prévention, d'information et d'éducation sanitaire¹⁶⁷ dans le cadre de programmes définis par l'Etat. Leur mission est donc, selon les textes eux mêmes, limitée et ne s'étend pas à la conception d'une politique régionale ou à la coordination des actions des CPAM.

En outre, dans la pratique, si elles jouent un rôle important en matière d'hospitalisation publique et privée, elles ne remplissent dans aucun domaine le rôle de mutualisation des tâches qui leur est conféré. De même, leur rôle en matière de prévention, d'information et d'éducation sanitaire, s'il s'exerce, bien que de manière trop limitée, à l'égard des risques professionnels, n'est pratiquement pas exercé dans le champ couvert par l'assurance maladie.

2 – Les URCAM

Créées par l'ordonnance de 1996, les URCAM ont pour objet la définition et la mise en œuvre d'une politique de gestion du risque dans leur ressort territorial.

Elles sont destinées à pallier les inconvénients du morcellement des régimes d'assurance maladie et de l'existence, dans certains d'entre eux, d'un nombre élevé de caisses locales, sans remettre en cause ni l'existence des différents régimes ni leur organisation territoriale.

Ce parti pris et la manière dont il a été mis en œuvre font que les URCAM, si elles ont favorisé des travaux en commun, demeurent des structures faibles, à l'objet limité et au fonctionnement trop complexe.

Par ailleurs, elles ont très vite vu disparaître l'une des missions essentielles pour lesquelles elles avaient été créées, la gestion

166. Article 5 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 et article L. 251 du CSS.

167. Article L. 262-1 du CSS.

d'enveloppes régionales de l'assurance maladie, à la suite de l'échec de cette tentative dès 1998.

a) Des structures complexes

Le nombre d'organismes membres de certaines URCAM traduit le morcellement de l'assurance maladie : jusqu'à 20 caisses en Rhône-Alpes (12 CPAM, 6 MSA et 2 CMR), 19 dans le Nord-Pas-de-Calais et 17 en Midi-Pyrénées.

Le souhait contradictoire que les divers régimes disposent de représentants au conseil d'administration, mais que celui-ci ne soit cependant pas trop nombreux a conduit à ce que, dans certaines régions, toutes les CPAM ne soient pas représentées au conseil d'administration.

Pour pallier cette situation, une autre instance, la conférence des présidents, a été mise en place. Elle est composée des présidents de tous les organismes membres de chaque URCAM. Cette instance supplémentaire alourdit le système, tout en n'ayant qu'un rôle limité puisqu'elle ne se réunit qu'une fois par an. Le comité technique de l'URCAM réunit, pour sa part, les directeurs de toutes les caisses, les médecins régionaux des services médicaux des principaux régimes et le directeur de l'ARH. Sa composition pléthorique dans beaucoup de régions -jusqu'à 50 membres- a généralement conduit à créer un secrétariat permanent.

Un système où coexistent deux instances « politiques » (le conseil et la conférence des présidents) et deux instances « techniques » (le comité technique et le secrétariat permanent) est à l'évidence peu opérationnel.

b) Le problème de la représentation du régime général

Les CRAM ne sont pas membres des URCAM et n'ont pas de représentants à leur conseil d'administration, alors même que les textes leur donnent compétence en matière de prévention, d'information et d'éducation sanitaire. Elles participent seulement au comité technique.

Contrairement au régime des indépendants, structuré au plan régional et au régime agricole qui a constitué une association régionale qui le représente au conseil de l'URCAM le régime général ne dispose en outre d'aucune autre instance régionale propre.

Pour compenser à la fois l'absence des CRAM au conseil des URCAM et celle d'échelon régional propre, le régime général a créé, par

lettre du 22 mai 2003, un comité de liaison régional comprenant le directeur de l'URCAM, celui de la CRAM et le médecin chef de l'échelon régional du service médical. Cette création ne peut cependant être qu'un palliatif partiel.

c) L'ambiguïté du fonctionnement inter-régimes

L'URCAM est en principe inter-régimes, mais le directeur de la CNAM nomme les directeurs des URCAM dans les mêmes conditions que les directeurs des caisses.

Après avoir longtemps paru négliger les URCAM, le régime général a tendu, dans la période récente, à les considérer comme ses relais¹⁶⁸, notamment dans la mesure où il ne dispose pas d'un échelon régional qui lui soit propre.

Au total, la contribution opérationnelle des autres régimes étant faible, les URCAM présentent les inconvénients d'un système inter-régimes, notamment sa lourdeur, sans en retirer d'avantage notable, tandis que le régime général y joue un rôle prépondérant, sans pouvoir pleinement les utiliser comme son échelon régional. Alors que le problème essentiel est de structurer au niveau régional le régime général qui représente 90% des dépenses d'assurance maladie, il n'a pas été traité par les réformes successives.

Au demeurant, la CANAM, dans une circulaire du 12 novembre 2001, donne aux projets développés au sein de l'URCAM, une priorité inférieure à celle des actions propres à ce régime, bien qu'elle participe au plan national inter-régimes (PNIR) qui définit annuellement les orientations nationales inter-régimes. Elle a constamment réitéré cette position. De son côté le régime général établit pour son propre compte un programme régional hospitalier (PRH).

d) Des missions partielles, mal explicitées et en partie caduques

Les URCAM n'ont pas de responsabilité opérationnelle mais les missions qui leur sont confiées sont en théorie importantes : la préparation du programme régional annuel de gestion du risque (en déterminant notamment la contribution de chacun des organismes adhérents et des services médicaux correspondants) et la coordination de l'activité des échelons régionaux et locaux du contrôle médical de l'ensemble des

168. La création du comité de liaison entre les directeurs de la CRAM, de l'URCAM et le médecin conseil régional, par une simple lettre de la CNAM va dans le même sens et semble considérer l'URCAM comme une composante du régime général.

régimes. Toutefois, en pratique, la première de ces missions est très largement contrainte : l'URCAM doit, en effet, reprendre dans son programme les orientations fixées dans le programme national inter-régimes. Or dans les faits, ces orientations, telles qu'elles sont fixées annuellement par une circulaire des caisses nationales, vont souvent loin dans le détail, réduisant ainsi les marges d'autonomie des URCAM. Pour la part régionale des programmes, elles doivent rechercher un consensus avec les caisses locales en faisant appel à leur volontariat, puisqu'elles sont seules à disposer des moyens opérationnels. Quant à la seconde mission, elle est rendue largement théorique par la faiblesse des effectifs des services médicaux de la mutualité sociale agricole (MSA) et, plus encore, du régime des indépendants ainsi que par le caractère assez centralisé du service médical du régime général.

Ces limites expliquent que les URCAM aient rencontré une certaine difficulté à s'affirmer voire à se situer et se soient tournées principalement vers la réalisation d'études.

Depuis 2003, diverses fonctions nouvelles leur ont été successivement confiées : élaboration d'accords de bon usage des soins, accords sur l'évaluation des pratiques avec les groupements organisés des professionnels de santé, organisation des commissions conventionnelles paritaires régionales (CCPR), participation au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires et au comité régional de l'observatoire de la démographie des professions de santé.

En outre, elles contribuent désormais à la gestion de la part déconcentrée du fonds pour l'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) et du fonds national de prévention d'éducation et d'information pour la santé (FNPEIS). Toutefois, leur rôle réel est à cet égard limité. La décision de l'utilisation des crédits du FAQSV n'appartient pas à l'URCAM, mais à un comité paritaire de gestion régionale du FAQSV où l'URCAM est largement minoritaire. Le rôle des URCAM est encore plus restreint s'agissant du FNPEIS, dont les enveloppes sont réparties par la CNAM non pas entre les URCAM mais entre les CRAM¹⁶⁹. En effet, l'URCAM n'émet qu'un avis technique destiné à assurer à la CNAM que les projets locaux entrent dans les enveloppes et les objectifs nationaux.

169. Alors même que les CRAM ne sont pas membres de l'URCAM (voir supra). La circulaire inter-régimes du 24 mars 1999 prévoyait de « transférer progressivement à l'URCAM la gestion des fonds régionaux FNPEIS actuellement du ressort de la CRAM ». Ce transfert n'a jamais été réalisé et se heurte en tout état de cause à la contradiction entre l'appartenance du FNPEIS au seul régime général et le caractère inter-régimes des URCAM.

Les extensions récentes de la compétence des URCAM comportent donc aussi diverses limites. Elles ne clarifient pas la relation avec les CRAM. Les tâches supplémentaires résultent d'adjonctions successives plus qu'elles ne traduisent une redéfinition d'ensemble. Elles marquent le passage à des fonctions de gestion dont les URCAM n'ont encore ni l'expérience ni tous les moyens.

Les URCAM emploient au total environ 250 agents. Leur effectif est en général d'une douzaine de personnes¹⁷⁰. L'essentiel des effectifs consacrés à la gestion du risque est donc dispersé entre les CPAM.

Leur nature d'unions, et non d'agences ou de caisses, jointe au nombre élevé de leurs membres, les limites consécutives de leurs moyens, font que les URCAM ne peuvent fonctionner qu'avec une lenteur et des aléas mal adaptés à la nature et à la difficulté de leur domaine d'intervention et ceci au prix de multiples réunions de leurs diverses instances. Lieu d'un dialogue considéré comme souvent positif entre les régimes et entre les caisses, elles sont en revanche, sauf cas particulier, des structures trop faibles pour jouer un rôle réellement fédérateur.

II - Des activités enchevêtrées et de portée limitée

La multiplication d'acteurs dont les domaines d'intervention se chevauchent engendre une confusion sur les responsabilités respectives des uns et des autres sans toutefois permettre de couvrir l'ensemble du champ des problématiques. Au total, les résultats sont de portée limitée.

A – De nombreuses redondances dans le champ des études

Depuis la création des ORS, des structures et institutions à vocation nationale ont développé une expertise et une compétence reconnue en matière d'observation de la santé, au niveau régional : INSEE, INSERM, DREES et CREDES. Ce dernier qui est presque totalement financé par la CNAM a notamment développé une base de données Eco-santé régional et départemental qui met à disposition des données très proches de celles que la FNORS tente de synthétiser à partir

170. On peut y ajouter l'équivalent d'environ deux ETP, travaillant dans chaque CPAM qui assure la gestion d'une URCAM. Par lettre du 9 mai 2003, la CNAM a pris acte des nouvelles tâches des unions et évalué à 88 postes, donc de l'ordre de 4 en moyenne, l'augmentation nécessaire de leurs effectifs. 48 postes ont été effectivement créés en 2003 par redéploiement à partir des CPAM et des CRAM.

des travaux en région des ORS. Cet accroissement du nombre de bases de données disponibles conduit d'autant plus à s'interroger sur l'utilité réelle des travaux et publications des ORS que l'évaluation de leur qualité n'est garantie par aucune structure externe.

Afin d'accroître leur autonomie à l'égard de l'Etat, les ORS ont développé des partenariats divers, notamment avec les URCAM et les URML sans toutefois être chefs de file de ces travaux. Ils participent également avec ces institutions aux travaux des relais régionaux de l'observatoire de la démographie des professions de santé.

L'opportunité de leur rapprochement avec les CIRE peut également être évoquée. L'activité des CIRE se concentre actuellement sur l'épidémiologie d'intervention et l'évaluation quantitative des risques, principalement dans le domaine des maladies infectieuses et de celles liées à l'environnement. Ce champ d'intervention est appelé à s'élargir à la santé au travail et aux maladies chroniques, ce qui est de nature à rapprocher les CIRE d'autres structures d'observation de la santé et notamment des ORS. Le programme régional de santé publique devrait constituer un autre facteur de rapprochement entre ORS et CIRE.

Le champ des études a été aussi investi par les URCAM compte tenu des limites qu'elles ont rencontrées dans leurs autres missions. Cette activité peut présenter un intérêt lorsqu'il s'agit d'études concernant l'assurance maladie. Cependant, les études des URCAM ont fréquemment porté sur des sujets intéressant davantage la santé publique que l'assurance maladie. En outre, les champs respectifs de leurs études et de celles relevant de l'échelon régional du service médical n'ont pas été précisés. Souvent menées par une seule URCAM, les études n'ont pas toujours une base statistique suffisamment représentative et ont un impact moindre que ne l'aurait un travail sur plusieurs régions. On peut, par exemple s'interroger sur le fait que le Limousin étudie les interactions médicamenteuses, la Lorraine les interactions médicamenteuses formellement contre-indiquées, la Picardie les interactions médicamenteuses chez les personnes de 70 ans et plus. En outre, l'exploitation par l'ensemble des URCAM des résultats des travaux de chacune d'entre elles n'a pas été assurée. Dans la région concernée elle-même, l'étude n'a souvent pas été suivie d'actions puis d'une évaluation des résultats. Les thèmes des études ont souvent été choisis sans relation avec les autres travaux des URCAM, par exemple les actions financées sur le FAQSV ou le FNPEIS. Globalement, les résultats en termes de rationalisation des dépenses et de modération des coûts sont mal connus mais la nature même des travaux fait que ces résultats ne peuvent en général qu'être réduits.

Enfin, URCAM et URML effectuent en commun certaines études ponctuelles dont elles définissent l'objet et assurent le financement (avec parfois le concours du FAQSV). Toutefois, elles se concertent peu fréquemment sur la totalité de leurs programmes d'études. Encore plus rares sont les cas où URCAM et URML définissent un cadre commun, visant la réalisation à la fois d'études et d'actions.

B – Une conduite confuse des politiques de santé

L'enchevêtrement des responsabilités dans la conduite des politiques de santé entre l'Etat et l'assurance maladie se traduit, au niveau local, par une multiplicité d'instances décisionnelles et de programmes d'action.

1 – Une articulation complexe

Les programmes de santé en région répondent au double objectif d'une territorialisation des politiques de santé impliquant la participation de tous les acteurs concernés et d'un décloisonnement entre institutions (services déconcentrés de l'Etat, ARH, URCAM), collectivités territoriales et professionnelles, mais ils constituent un ensemble complexe dont la cohérence n'est pas assurée.

La programmation régionale en matière de santé et d'assurance maladie

Programmes régionaux de santé (PRS) : déterminés par le préfet de région parmi les priorités de la conférence régionale de santé, ils comportent des actions de promotion de la santé, de prévention, de soins, de rééducation, et de réinsertion ; ils sont élaborés et mis en œuvre en coordination notamment avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et les associations qui y participent

Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) : voisins des PRS, ils sont prévus par la loi dans l'objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé. De ce fait, ils ne portent pas sur une pathologie mais sur les difficultés d'accès à la prévention et aux soins, s'adressent à des publics en situation de précarité, présentent un caractère obligatoire et doivent être déclinés en plans départementaux.

Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) : arrêtés par le directeur de l'ARH, ils ont pour objet de prévoir et de susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations, notamment entre établissements de santé, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.

Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) : prévus par le plan national d'éducation pour la santé de février 2001, et élaborés à

partir de 2002, ils sont destinés à renforcer les compétences en éducation à la santé et à améliorer les méthodes d'évaluation de projets. Ils complètent l'organisation régionale puisque les PRS, PRAPS et SROS comportent tous un volet prévention et éducation pour la santé.

Programmes territoriaux de santé : prévus par une circulaire DGS/DATAR du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation des démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement, ils intègrent la déclinaison locale des PRS, le volet santé des contrats de ville et d'autres actions de santé promues par l'Etat (éducation nationale), les collectivités territoriales et l'ensemble des acteurs de santé, dans un ensemble cohérent et intégré d'activités articulées avec les besoins recensés et les ressources disponibles. Ces instruments de programmation plus précis que les PRS ont valeur contractuelle entre les acteurs.

Programmes régionaux de l'assurance maladie (PRAM) : conçus par les URCAM avec les CPAM, ils sont l'expression des priorités de l'assurance maladie au niveau régional. Ils intègrent les priorités des caisses nationales telles que notamment définies par le plan national inter-régimes de gestion du risque (PNIR) et portent sur la gestion du risque, la prévention et l'observation.

Programmes régionaux hospitaliers (PRH) : élaborés principalement par les CRAM et le service du contrôle médical, ils expriment les priorités de l'assurance maladie sur l'hôpital. Ils sont souvent annexés aux PRAM.

La DRASS, l'ARH et l'URCAM affirment chacune des responsabilités en matière de prévention et de santé publique au travers d'outils de programmation qui leur sont propres. Les PRS et les PRAPS et plus récemment les schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) élaborés par les DRASS concernent chacun la prévention et l'éducation pour la santé ; les SROS, préparés par les ARH, partent comme les PRS des besoins de santé et des priorités définies par les conférences régionales de santé pour établir une planification des disciplines, une régulation de l'offre de soins dans les établissements de santé ainsi qu'une amélioration de leur organisation. Les programmes régionaux de l'assurance maladie (PRAM) conçus par les URCAM qui expriment les priorités de l'assurance maladie au niveau régional portent sur le champ propre à l'assurance maladie mais aussi sur la prévention et l'observation.

Chacun de ces plans se focalise sur des champs différents et bien identifiés mais comporte des zones de recoupement avec les autres, ce qui pose la question de leur articulation. Les pratiques et les approches divergent selon les régions, ne permettant pas une appréhension uniforme des liens établis entre eux : certaines URCAM intègrent systématiquement dans leur PRAM les actions prévues dans le PRS, d'autres opèrent une sélection en fonction des priorités définies lors de la

préparation du PRAM, d'autres enfin semblent refuser la convergence des problématiques.

Cette hétérogénéité des pratiques se rencontre de la même façon dans les conditions d'intégration des thèmes des PRS dans les chapitres des SROS portant sur des priorités de santé publique (cancer, suicide, périnatalité, accès aux soins). Les attentes distinctes des ARH et des DRASS, bien que ces dernières soient membres des ARH, ne conduisent pas à des démarches véritablement complémentaires ; l'une privilégie l'approche par l'offre hospitalière et l'autre celle de la prévention et de la santé publique. Cette différence d'objectifs met en évidence les risques de juxtaposition d'une politique d'organisation des soins d'une part et d'une politique de promotion de la santé publique d'autre part.

De leur côté, les PRAPS, pour se situer au plus près des besoins des bénéficiaires mobilisent à la fois des programmes de santé et d'autres programmes impliquant les services départementaux et municipaux ainsi que les associations. Ces derniers font parfois référence aux populations concernées par le schéma départemental accueil, hébergement, insertion (AHI), au programme départemental d'insertion, au programme local de l'habitat, aux plans locaux d'insertion par l'économie. L'interface avec les services sociaux accroît ainsi le nombre des intervenants.

Cette multiplicité d'instances et de programmes intègre peu les URML. La participation de ces dernières semble cependant plus active lorsqu'elles ont été considérées comme des partenaires à part entière dès la définition des objectifs et des actions. En tant qu'organisme représentatif des médecins libéraux, les URML estiment devoir jouer un rôle de co-décideur, et non de simple opérateur, de la politique de santé concertée en région. A cet égard, la composition du nouveau groupement régional de santé publique prévue par la loi relative à la politique de santé publique qui omet les URML, paraît de nature à créer une distance institutionnelle préjudiciable à une meilleure prise en compte des enjeux de santé publique par les médecins libéraux.

Pourtant, la sollicitation des médecins libéraux a un caractère stratégique, tout particulièrement pour la diffusion de messages de prévention auprès de leurs patients. Pour la mise en œuvre d'actions de prévention de comportements à risque et de dépistage, les acteurs publics disposent en effet, au niveau territorial, de deux relais possibles : des partenaires associatifs auxquels ils apportent un soutien financier et les professionnels de santé, médecins de ville notamment qui paraissent à même d'atteindre la population la plus large. La capacité des URML à mobiliser les médecins libéraux est toutefois inégale.

La mise en place par les URML de réseaux de médecins, relais de terrain allant démarcher leurs confrères dans un cadre infra régional voire infra départemental serait nécessaire à une meilleure diffusion des préoccupations de santé publique, à la promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles et à une plus large connaissance des services que les URML peuvent rendre à la profession.

2 – Des financements croisés trop fréquents

Les procédures de co-financements retenues tant pour les programmes de santé que pour les réseaux de soins compliquent la tâche des structures (qui, le plus souvent sont des associations de dimension modeste) ainsi que celle des professionnels de santé concernés.

La mise en œuvre des PRS et des PRAPS nécessite la rencontre de porteurs de projets, (appelés promoteurs) et de financeurs apportant les subventions nécessaires au lancement des actions. La multiplicité des promoteurs potentiels et l'existence de plusieurs financeurs qui peuvent eux-mêmes être promoteurs rendent complexe la mise en relation des uns avec les autres.

D'une part, les choix d'actions régionales de santé publique sont la résultante d'une démarche plus pragmatique que rationnelle. La technique utilisée est celle de l'appel à projet : elle conduit à retenir des projets qui sont soutenus par des structures et qui sont directement opérationnels. de préférence à ceux répondant à des besoins et à des critères de prévalence des pathologies et qui ne bénéficient pas d'un tel soutien. Cette pratique ne permet pas nécessairement de satisfaire des besoins nouveaux ni de susciter de nouveaux acteurs. Certains promoteurs de projets tentent en outre de multiplier leurs chances d'obtenir des financements en proposant la même action sous couvert de différents objectifs. Une recherche active sur le terrain de promoteurs potentiels d'actions d'éducation pour la santé ou de prévention, puis un apport méthodologique et technique pour les aider à monter les projets permettraient d'orienter les financements vers les actions les plus utiles et de mieux les répartir géographiquement.

D'autre part, la procédure d'appel à projet utilisée est une procédure lourde et longue, totalement disproportionnée par rapport aux enjeux financiers. En 2003, les crédits du ministère de la santé alloués à ces programmes se sont élevés à moins de 25 M€ hors volet santé des contrats de plans. Ceux du FNPEIS étaient à peine supérieurs à 13 M€ les autres financeurs, c'est-à-dire les autres ministères, les collectivités territoriales, les ARH, les fonds européens, les organismes mutualistes permettant d'atteindre au total 46 M€ Cette multiplicité des intervenants permet de ne pas engager durablement le ministère et de privilégier son

rôle d'impulsion. Mais ce principe pose néanmoins avec acuité la question de la pérennité d'actions dont l'utilité pourrait s'avérer indiscutable. Il serait souhaitable que, progressivement, la mise en œuvre des programmes puisse s'inscrire dans un cadre financier plus sécurisé, assurant par là même davantage de crédit à l'action gouvernementale.

Le principe de cofinancement retenu par le FAQSV oblige de même à s'adresser à plusieurs financeurs pour permettre le démarrage des projets et à recommencer chaque année de multiples démarches.

Pour ce qui concerne le financement des réseaux, désormais, le directeur de l'URCAM et celui de l'ARH gèrent conjointement la dotation nationale de développement des réseaux (dite « 5^{ème} enveloppe de l'ONDAM ») créée par la LFSS pour 2002. A fin 2003, les conventions fixant les modalités de coopération entre le directeur de l'ARH et celui de l'URCAM avaient été signées dans toutes les régions. Si le financement est, cette fois, commun, le fonctionnement est complexe puisqu'il nécessite un secrétariat technique commun à l'ARH et à l'URCAM pour recevoir les dossiers de candidature et une cellule d'instruction et d'appui comprenant des représentants des principales composantes des ARH et des URCAM, c'est-à-dire les DRASS –et souvent les DASS-, les CRAM et les CPAM. Il fait intervenir aussi un comité régional des réseaux, ouvert aux établissements de santé et médico-sociaux ainsi qu'aux représentants des professionnels de santé et des usagers. La commission exécutive de l'ARH et le conseil d'administration de l'URCAM doivent chacun délibérer annuellement sur les orientations proposées par leur directeur respectif.

La nature fédérative des URCAM conduit en outre certains de leurs directeurs à soumettre chacun des projets à leur conseil d'administration. Les chevauchements de compétences induisent ainsi soit des financements croisés, soit des structures de co-décision.

Quelle que soit la solution retenue, cofinancement ou structure de co-décision, la complexité des mécanismes actuels est un frein à l'efficacité et induit des coûts de gestion disproportionnés par rapport aux actions financées.

3 – Des résultats incertains

La complexité de la conception et de l'élaboration des programmes de santé publique ne constituerait qu'un moindre mal si ceux-ci débouchaient sur des bénéfices certains. Or, une évaluation de ces programmes et de leurs résultats est impossible.

En dépit de très nombreux travaux apportant une information riche et dense, il n'est pas possible de savoir si les objectifs initialement assignés aux PRS et PRAPS ont été atteints. Une première limite tient à l'imprécision des objectifs visés. Ainsi, l'évaluation réalisée sur cinq PRS « alcool » conclut que plus d'un tiers des 300 objectifs recensés ne font pas référence à l'alcool et que d'autres manquent de précision sur la durée ou le public concerné voire même le but poursuivi par rapport au thème. En second lieu, l'apport de ces plans en termes d'actions nouvelles par rapport à celles qui étaient menées antérieurement est rarement quantifié ; dans la majorité des cas, ce sont des actions préexistantes qui ont été ajustées à la marge aux exigences des programmes. Avant la mise en place des PRS jeunes, il existait pratiquement autant d'actions en direction de cette population impulsées par l'éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse, les services en charge de la jeunesse et des sports, les missions locales, les foyers de jeunes travailleurs. Leur apport a cependant été de prendre en compte de façon plus adaptée les besoins des adolescents dans les modalités de mise en œuvre des actions.

Du fait de ces limites initiales, les évaluations réalisées au niveau national sur les PRS s'apparentent davantage à des analyses des processus d'élaboration des programmes. L'important travail initié par la DGS sur les PRAPS s'est heurté pour sa part à la généralité des objectifs poursuivis et n'a pas su répondre à la question pourtant essentielle de savoir dans quelle mesure les PRAPS ont favorisé l'accès aux soins des personnes vivant dans des conditions précaires. Le recul des inégalités en matière de santé et l'amélioration du système de santé, qui sont deux enjeux majeurs des PRAPS, ne peuvent être mesurés, de multiples facteurs exogènes perturbant l'éventuel lien de causalité entre les actions menées et les résultats.

A tout le moins, la lourdeur des procédures de définition, d'élaboration et de financement des programmes de santé régionaux, PRS ou PRAPS aurait pu laisser penser qu'ils étaient structurants au plan local. Or, force est de constater que toutes les actions conduites et financées par les services déconcentrés de l'Etat ne sont pas intégrées dans ces plans. Comme souligné précédemment, demeurent hors de cette programmation régionale les déclinaisons locales des programmes nationaux pilotés par la DGS lorsqu'elles ne peuvent être intégrées à un PRS existant et les actions initiées lors de la phase de mise en œuvre d'un PRS qui sont reconduites à l'achèvement du programme. La relative similitude des objectifs des plans nationaux et des PRS plaide en faveur des dispositions prises dans la loi relative à la santé publique qui privilégie la déclinaison régionale des plans nationaux.

4 – Les groupements régionaux de santé publique

La création, prévue par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, de groupements régionaux de santé publique (GRSP) ayant pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique et constitués entre, notamment l'Etat, les ARH, les URCAM et les CRAM, n'est pas de nature à clarifier la situation. Elle peut même induire l'assurance maladie à sortir davantage de sa mission spécifique de remboursement des soins et à s'intéresser davantage à la politique de santé publique, domaine dont cette même loi affirme pourtant qu'il relève de la responsabilité de l'Etat.

L'institution de tels groupements ne saurait donc pour le moins dispenser d'une redéfinition des rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie au plan régional, afin d'éviter les chevauchements de compétences et la poursuite d'une répartition des tâches héritée du passé et qui ne répond aux besoins ni de la politique de santé publique ni de la gestion de l'assurance maladie.

L'analyse qui précède montre aussi que la simple création de groupements ne suffit pas à assurer la cohérence de l'ensemble et risque d'ajouter un niveau supplémentaire à un système déjà trop complexe.

C – La gestion du risque et la maîtrise de la dépense

1 – Une intervention non rationalisée de l'assurance maladie dans le domaine hospitalier

Avant la réforme de 1996, les DRASS intervenaient davantage dans le cadre des hôpitaux et les CRAM vis-à-vis des cliniques privées. Les structures créées par les ordonnances de 1996, ARH et URCAM, ont permis des rapprochements et des échanges de connaissance entre services de l'Etat et assurance maladie. Par exemple, dans le cadre des ARH, les CRAM participent à la définition de la politique hospitalière. Elles ont été associées à l'ensemble des travaux d'élaboration des SROS. Symétriquement, elles ont pu faire bénéficier les ARH de leur savoir faire, par exemple pour l'analyse des établissements.

Ce faisant, ces nouvelles structures ont eu pour contre-effet d'inciter l'assurance maladie à aller au-delà de son champ spécifique de compétences.

L'avenant n° 4 à la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM avait pourtant rappelé clairement la place de l'assurance maladie

dans l'organisation des soins hospitaliers : « la définition de la politique en matière d'établissements sanitaires et médico-sociaux relève de l'Etat » et le rôle de l'assurance maladie est un rôle de « mise en œuvre de cette politique ».

Néanmoins, dans une lettre adressée par la CNAM aux CRAM le 27 juin 2001, « tout en soulignant que le pilotage du système relève de la seule responsabilité de l'Etat », la CNAM y fixe un programme de travail de neuf thèmes. Celui-ci montre que l'assurance maladie ne souhaitait pas s'effacer de la politique hospitalière ou s'en tenir à un rôle d'exécutant, mais aussi que des éléments essentiels à la définition de son rôle demeurent à concevoir¹⁷¹. Ces déclarations d'intention n'ont cependant donné aucun résultat concret. En effet, un groupe de travail qui devait se réunir et déboucher sur des recommandations à l'automne 2001 n'a produit en fait qu'une « note de réflexion » en février 2003. Celle-ci, bien que traitant de manière précise certaines interventions de l'assurance maladie dans le domaine hospitalier et montrant ainsi que l'assurance maladie souhaite continuer à y jouer un rôle important, est loin de clarifier l'ensemble de son rôle¹⁷².

Dans la pratique, la répartition des domaines de compétence est, pour l'essentiel, demeurée au plan opérationnel la même entre les CRAM et les DRASS qu'avant 1996. Les CRAM ont assuré presque partout le pilotage des contrats négociés avec les cliniques privées. De même, en matière de PMSI des cliniques privées ou d'allocation de ressources, les CRAM ont continué d'assurer les mêmes missions qu'auparavant.

L'articulation entre le champ couvert par l'URCAM et celui relevant de l'ARH demeure pour sa part mal définie. Les textes de 1997 prévoient que le conseil d'administration de l'URCAM a, entre autres rôles, celui de « définir les domaines communs à l'URCAM et à l'ARH requérant des actions conjointes des deux organismes ». Ils ne précisent donc en rien leur articulation. La circulaire du 28 avril 1998 affirme que « la coopération entre [les deux organismes] est essentielle », mais sans

171. Les trois premiers thèmes sont des enquêtes nationales sur la prise en charge de certaines pathologies par l'hôpital, « trois autres thèmes illustrent la volonté de construire des outils communs permettant de mutualiser les savoir-faire » sur les sujets hospitaliers, le troisième groupe de thème vise à clarifier le rôle et la responsabilité des médecins-conseils en matière d'hospitalisation, l'investissement de l'assurance maladie dans les fonctions-clés des ARH (SROS/COM) et à développer la cohérence du collège assurance maladie au sein des ARH.

172. Au surplus son statut est ambigu officiel selon le contrôle de gestion de la CNAM, officieux selon la division des affaires hospitalières.

indiquer davantage la répartition des rôles et la nature ou l'objet de cette coopération.

2 – Une faible contribution des URCAM

a) Un chevauchement avec les actions de l'Etat en matière de santé

La mission des URCAM a été définie de manière très large par la circulaire inter-régimes du 28 avril 1998 comme « la régulation des dépenses de soins de ville avec pour but l'amélioration constante de la qualité et de l'efficacité du système des soins ». A cette fin, l'URCAM doit définir une stratégie régionale de gestion du risque, participer aux objectifs de la régulation conventionnelle, mais aussi contribuer aux actions de prévention et d'éducation sanitaire. Le rôle des URCAM, tel que conçu par les caisses nationales, s'étend ainsi, au-delà des questions spécifiques à l'assurance maladie, à certains domaines de la politique de santé.

Au demeurant, la circulaire inter-régimes du 24 mars 1999 définit la gestion du risque comme « 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 et à inciter les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts ». Une définition aussi large, dont la Cour a relevé par ailleurs qu'elle dilue la notion de gestion du risque¹⁷³ ne peut aboutir qu'à des chevauchements entre les actions de l'Etat et celles de l'assurance maladie.

b) Les programmes régionaux de gestion du risque

Le PRAM est établi à partir des priorités nationales et régionales de santé -les parties des PRS induisant un engagement de l'assurance maladie y étant très généralement reprises- et d'un programme national inter-régimes (PNIR) défini annuellement par les caisses nationales. Il le complète par des actions régionales. Chaque année, trois actions font l'objet d'une contractualisation avec la CNAM sous forme d'un avenant aux contrats d'objectifs et de gestion inter-régimes (COGIR) conclus entre l'URCAM et les caisses nationales. Il est lui-même décliné et complété dans les CPAM par des actions propres à ces caisses.

Ce système sophistiqué présente en réalité plusieurs faiblesses.

173. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999, 2001 et 2003.

Le régime général établit son propre plan de gestion du risque, qu'il joint à la circulaire sur le PNIR.

Le programme des CPAM fait l'objet d'une négociation avec la CNAM et non avec l'URCAM, celle-ci pouvant seulement émettre un avis et ne disposant d'aucun moyen d'incitation sur les caisses.

Le PRAM lui-même se construit principalement par addition des projets de programme des CPAM, ce qui explique qu'il soit souvent hétérogène et peu priorisé. Il n'existe d'ailleurs pas de méthodologie sur le mode pertinent de choix et de hiérarchisation. Aucun principe clair n'existe non plus sur le poids relatif à accorder aux actions régionales par rapport aux actions nationales.

Les caisses de base ne mobilisent que des effectifs en général très faibles pour la mise en œuvre du PRAM et du programme régional de travail (PRT) qui le traduit au plan technique. Par exemple, en Ile-de-France, une CPAM qui emploie 1 800 agents et une autre qui en emploie 2 100 y consacraient respectivement 1,37 et 4,67 ETP en 2002, soit 0,07 et 0,06 ETP pour chacun des projets dont elles assuraient la conduite. La même année, chaque CPAM de Rhône-Alpes consacrait en moyenne 0,5 ETP au PRAM¹⁷⁴ ; dans l'ensemble de cette région, la MSA y affectait 1,3 personne.

Cette faiblesse contraste tant avec la complexité et la sophistication de l'élaboration des programmes qu'avec le nombre élevé des programmes pluriannuels en cours dans les URCAM : 22 en 2000, 19 en 2001 et en 2002, bien que la CNAM ait demandé en 2001 de le ramener à un maximum de 10 à 15.

Selon les indicateurs de suivi, 77 % des CPAM et une même part des URCAM ont atteint les objectifs qu'elles s'étaient assignés dans les projets figurant dans le PRAM. Toutefois, ces engagements étaient principalement des engagements de moyens et non de résultats et la faiblesse des moyens engagés suffit à montrer la faible portée de ces engagements¹⁷⁵. Au surplus, la contractualisation s'est souvent faite sur des objectifs que les organismes étaient certains d'atteindre.

Trois observations peuvent enfin être formulées sur les objectifs mêmes des actions ; celles-ci ne sont en général pas ciblées sur des postes où puisse être escomptée une réduction significative des dépenses de

174. Soit d'ailleurs moitié moins qu'en 2000 et 2001.

175. Ce point doit d'autant plus être noté que ces résultats sont une condition de l'intéressement des salariés de l'assurance maladie. La question se pose de l'opportunité de faire reposer l'intéressement sur le respect d'un engagement de moyens portant sur l'utilisation effective d'une si petite partie du temps/agent.

l'assurance maladie ; les objectifs chiffrés d'économies sont rares dans les PRAM et, comme le constatait un rapport de l'audit général de la CNAM, « l'absence d'éléments d'impact financier dans les bilans nationaux ne permet pas d'objectiver la pertinence des actions menées, quel qu'en soit le volume » ; enfin, l'effet potentiel des actions n'est pas rapporté aux coûts qu'elle occasionnent¹⁷⁶.

3 – Une action peu convaincante des URML

Dans le cadre de leur contribution à la maîtrise médicalisée des dépenses, les URML devaient désigner¹⁷⁷ auprès des comités médicaux paritaires locaux les médecins dont le comportement ne respectait pas les engagements pris par les organisations syndicales dans le cadre de plans locaux de maîtrise des dépenses de santé. Ainsi, une structure professionnelle élective était chargée d'engager la procédure conduisant à sanctionner financièrement certains de ses mandants, ce qui était peu réaliste.

Compte tenu de l'opposition des organisations syndicales, le dispositif a rapidement cessé d'être appliqué. De ce fait, les URML n'ont jamais eu à exercer la mission pour laquelle elles avaient été créées. Par la suite, elles sont demeurées, par choix ou prudence, à l'écart de la négociation et de l'application des accords conventionnels nationaux et locaux avec l'assurance maladie.

Plusieurs évolutions ultérieures tendent certes à créer les conditions de l'exercice par les URML d'une fonction de régulation des actes effectués ou prescrits par les praticiens libéraux : un décret du 28 décembre 1999 a prévu qu'elles effectuent une analyse trimestrielle de l'évolution des dépenses de médecine de ville à partir des données transmises par les URCAM ; pris dix ans après une loi de 1994 qui en posait le principe, un décret du 18 février 2004 a fixé les conditions générales de la transmission aux URML, sous une forme anonyme pour le patient et le médecin, des informations issues du codage des actes médicaux.

Les modalités pratiques de réception et d'exploitation des données disponibles par les URML ne sont toutefois pas arrêtées à ce jour. En outre, quand les données seront effectivement transmises, il restera à assurer les conditions de leur réelle utilisation. Les URML devront se doter des moyens, y compris humains, nécessaires. Elles devront aussi se concerter avec l'assurance maladie, ce qu'elles ne font généralement pas

176. Quand le coût est établi, seul le coût direct du personnel est pris en compte.

177. En application de l'avenant n° 3 (1992) à la convention des généralistes de 1990.

aujourd'hui, sur les facteurs qui pourraient expliquer l'évolution constatée des dépenses. Il faut enfin être conscient que, compte tenu des limites des systèmes d'information de l'assurance maladie, et notamment de l'absence de codage des pathologies, les données qui seront transmises aux unions ne leur permettront pas, dans bien des cas, de porter une appréciation sur le bien-fondé des pratiques suivies au regard des pathologies prises en charge.

Autre mission confiée aux URML, l'évaluation des pratiques professionnelles est, jusqu'ici, montée lentement en charge : fin janvier 2004, pour la France entière, 482 médecins seulement avaient fait l'objet d'une évaluation (231 médecins habilités en vue d'évaluer leurs confrères et 251 médecins évalués). L'objectif récemment annoncé par l'ANAES et la conférence des présidents d'URML d'engager l'évaluation de 10 000 médecins à fin 2005 est manifestement irréaliste et ne pourra être atteint en l'état actuel du dispositif.

Enfin, le choix de confier aux URML la mission d'évaluation des pratiques professionnelles trouve sa justification dans le fait qu'elle ne concerne que les médecins libéraux. Toutefois ce choix rend leur champ de compétence mitoyen de celui de l'ordre. Si l'évaluation devait être étendue à l'ensemble des médecins (y compris hospitaliers), les rôles respectifs des URML et de l'ordre comme l'organisation de leurs relations auraient vocation à être réexaminés, d'autant que l'ordre intervient désormais dans l'organisation des soins, sujets proche du domaine des URML.

D – Un rapprochement des acteurs sans cohérence et dynamique d'ensemble

En définitive, l'enchevêtrement des actions précédemment mis en évidence a favorisé un certain rapprochement des acteurs mais n'a pu créer, sauf exception, de véritable dynamique d'ensemble.

Le double objectif des programmes de santé (territorialisation et décroisement) n'a pu être atteint que dans certaines régions mais le plus souvent la lourdeur des processus de concertation a éteint les espoirs initiaux.

L'ambition du comité régional des politiques de santé (CRPS), créé par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion et qui est l'instance de concertation, de suivi et d'évaluation des PRS et des PRAPS était de faciliter le travail de mise en commun. Présidé par le préfet, il associait aux trois décideurs régionaux en santé, DRASS, ARH, URCAM, de nombreux partenaires extérieurs dont des

élus locaux, le recteur d'académie, le délégué de l'ex fonds d'action sociale (FAS) et, sur invitation du président, des personnes qualifiées. Dans la quasi-totalité des régions, le nombre de participants au CRPS a été augmenté, soit en proposant un nombre de sièges supplémentaires aux institutions ou organismes déjà présents, soit en y ajoutant des compétences nouvelles.

Cette souplesse d'organisation a permis d'ajuster la composition du comité au contexte local et d'impliquer à un niveau stratégique les financeurs et les acteurs principaux de la mise en œuvre des programmes de santé. Les URML ont été les premiers bénéficiaires de cette ouverture, le secteur des soins de ville n'étant institutionnellement représenté au CRPS qu'au travers de l'URCAM dont la vocation n'est pas d'assurer le relais auprès des médecins libéraux.

L'existence du CRPS a ainsi légitimé, officialisé et facilité le travail en créant un cadre de transversalité institutionnelle. Il a agi comme un catalyseur sans toutefois instituer une véritable coordination entre les institutions ou organismes représentés. Ainsi, les PRAM ont pu y être évoqués de manière succincte. Toutefois, le nombre élevé des participants aux réunions du CRPS a constitué un obstacle à un travail de réelle concertation et l'a réduit au rôle d'instance de validation de programmes élaborés et suivis à un niveau plus technique.

Le travail des chefs de projet pilotant les programmes a favorisé une même dynamique au prix d'un investissement en temps parfois considérable. La méthodologie de gestion de projet, appliquée à un travail de programmation en multipartenariat dans une optique de décroisement entre les institutions et professionnels demande un temps d'animation dont il est difficile de mesurer les fruits dans le court terme. Mais la Cour a constaté qu'à contrario un investissement en temps insuffisant, une absence de stabilité dans le pilotage expliquaient une partie des difficultés de mise en œuvre, voire l'arrêt des programmes.

La concertation entre les acteurs régionaux compétents pour l'organisation des soins hospitaliers n'a pas été plus aisée.

Les ARH ont associé les URML à la préparation de volets des SROS au titre des complémentarités entre établissements de santé et médecine de ville, de leur fonction de représentation des praticiens exerçant en clinique privée et de la connaissance du fonctionnement des hôpitaux publics procurée, pour certains de leurs élus, par l'exercice d'une activité privée en leur sein. Elles sont, en revanche, demeurées tributaires, dans la mise en œuvre des préoccupations de santé publique prévues dans les SROS, des capacités de blocage ou de réactivité de leurs partenaires hospitaliers.

Enfin, au nom de l'efficacité, la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux qui figurent dans les objectifs des PRAPS n'a pas suivi la méthodologie ascendante préconisée par la DGS. Ces nouvelles structures résultent de directives du ministère auprès des ARH. Ceci a certes évité les aléas d'une négociation entre DRASS et ARH, mais révèle les effets encore incertains de la coopération des acteurs locaux.

L'expérience de la région Nord – Pas-de-Calais

La région Nord – Pas-de-Calais est un exemple de forte association de tous les acteurs en santé dans une démarche convergente.

Le CRPS y associe aux membres de droit, le procureur général près la cour d'appel de Douai, les deux sous-préfets à la ville ainsi que les représentants de divers organismes et associations travaillant dans les secteurs sanitaire et médico-social. Le comité ne se cantonne pas à examiner les PRS et les PRAPS mais il valide également les travaux menés par le comité technique régional de dépistage des cancers, est informé du plan national suicide et du plan national nutrition santé et de leurs déclinaisons régionales.

Les PRS sont pilotés par un comité auquel participe l'assurance maladie. Les décisions de financement sont étudiées en commun, la région privilégiant une répartition des financements en fonction des compétences de chacun.

Le contrat de plan Etat-région comporte un important volet santé. Marquant une volonté forte de cohésion avec l'action de l'Etat, le contrat promeut « une déclinaison régionale de l'ensemble des PRS et le PRAPS qui garantissent l'adéquation des actions menées en matière de santé publique aux caractéristiques du territoire, aux besoins de la population et qui facilite la mobilisation des différents acteurs locaux ».

La région est la seule à avoir mis en place des programmes territoriaux de santé

SYNTHESE

L'émergence de la région comme échelon majeur du système de santé français est la résultante de plusieurs ambitions : celle de structurer une organisation de la santé et de l'assurance maladie très décentralisée, l'idée qu'une plus grande autonomie des circonscriptions régionales dans la détermination et la mise en œuvre des politiques de santé et d'assurance maladie favoriserait leur meilleure articulation et, par conséquent, une prise en charge plus cohérente et plus adaptée, celle aussi qu'une circonscription géographique limitée se prête mieux à des organisations innovantes, enfin, l'espoir qu'une implication plus forte des acteurs locaux autoriserait une appropriation plus consensuelle des enjeux.

Une quasi-unanimité des acteurs et des responsables de la santé et de l'assurance maladie existe sur l'idée que les réformes de 1996 visant notamment à rapprocher l'Etat et l'assurance maladie n'ont été qu'une étape.

Cette réforme est maintenant suffisamment ancienne pour que son apport et ses limites puissent être évalués et que des conclusions puissent en être tirées. L'orientation retenue à l'époque a eu deux contreparties : d'une part un accroissement des chevauchements de compétences, chaque organisme étant amené par sa participation aux instances communes à se préoccuper de tous les sujets, d'autre part, la création de structures faibles. La faiblesse, la complexité des mécanismes mis en place et les limites des actions menées montrent que le rapprochement ne pouvait être que le prélude à une indispensable clarification entre l'Etat et l'assurance maladie.

L'enquête de la Cour fait ressortir qu'une nouvelle étape de l'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie devrait prendre en compte les principes suivants.

La région administrative n'est pas toujours le niveau géographique le plus adapté. En particulier, l'observation de l'état sanitaire de la population et l'analyse épidémiologique nécessitent des compétences qui ne peuvent être réunies qu'au plan national ou interrégional.

Les formules juridiques qui ont été utilisées, groupements d'intérêt public et unions, sont insuffisamment solides au regard de la difficulté des sujets à traiter. Certes, elles ont permis d'initier un processus de rapprochement des acteurs mais leur faiblesse a constitué une difficulté supplémentaire à agir. Celle-ci contribue elle-même à expliquer que les URCAM, structures peu adaptées aux enjeux de la maîtrise des dépenses, se soient orientées aussi largement vers la réalisation d'études. A fortiori, il est peu vraisemblable qu'une structure superposant un groupement d'intérêt public aux GIP et unions préexistants, comme le ferait le GRSP puisse avoir une suffisante efficacité. Des structures fortes doivent être mises en place. Par construction, la formule du GIP n'est adaptée qu'à des fonctions temporaires.

Une amélioration de l'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie suppose une clarification des responsabilités et de leur répartition, faute de laquelle les chevauchements de compétence entraînent le recours à des formules institutionnelles mal adaptées ou à une multiplicité d'instances de concertation. Le problème se pose avec acuité entre les services de l'Etat chargés de la santé et les caisses d'assurance maladie, notamment pour ce qui concerne le financement de la politique de santé publique et en particulier la prévention d'une part, les

responsabilités sur l'hôpital, les cliniques privées et les réseaux de soins, d'autre part.

Une nouvelle étape suppose aussi comme la Cour l'a recommandé dans son rapport de 2000 un regroupement des caisses du régime général et la mise en place d'un véritable échelon régional du régime général d'assurance maladie qui se substitue à la totalité des structures existantes. Faute de telles évolutions, l'ensemble de l'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie ne peut que mal fonctionner. Plutôt qu'à l'organisation inter-régimes, la priorité devrait être donnée à une organisation plus efficace au sein du régime général, car c'est de cette efficacité que dépend celle de l'ensemble. L'intérêt de la santé publique et de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie rejoint ici pleinement la conclusion formulée par la Cour au chapitre VII sous l'angle de la gestion du régime général.

Ce double mouvement de rationalisation-clarification des responsabilités et réorganisation territoriale de l'assurance maladie devrait être considéré comme un préalable avant d'aller plus loin dans l'affirmation des moyens dont disposent les instances régionales, faute de quoi une telle affirmation risquerait de demeurer sans impact.

RECOMMANDATIONS

37. Clarifier au niveau régional les champs de compétence de l'Etat et de l'assurance maladie.

38. Créer des caisses régionales propres à la branche maladie du régime général se substituant aux diverses structures existantes et disposant de pouvoirs sur les organismes de base.

CONCLUSION

Sans nier les incontestables améliorations réalisées dans la gestion du régime général depuis une quinzaine d'années, grâce aux innovations technologiques, aux efforts des personnels et à la démarche de fixation d'objectifs et de budgets pluriannuels, la Cour relève, à partir des enquêtes effectuées au sein du régime général, que des marges de progrès importantes subsistent.

Alors que se préparent les COG de troisième génération, les constats effectués par la Cour révèlent une difficulté récurrente à définir des objectifs suffisamment ambitieux et à arrêter des enveloppes budgétaires plus contraignantes. En effet, en dépit des efforts consentis, la connaissance par les branches de leurs coûts de gestion par activité et processus est encore trop limitée. Les indicateurs permettant de suivre la mise en œuvre des objectifs fixés par les COG ne couvrent pas tout le champ de l'activité de certaines branches.

Les enquêtes de la Cour révèlent également une insuffisance de pilotage des réseaux par les caisses nationales, en dépit du levier essentiel que constituent les COG et les CPG. Tant en matière d'organisation territoriale et fonctionnelle que dans le domaine de la gestion des ressources humaines, les caisses nationales éprouvent encore des réticences et des difficultés à imposer des règles communes. Le respect de l'autonomie des caisses locales ne doit pas empêcher la fixation dans les COG d'objectifs de réorganisation territoriale. Le maintien de plus de 500 organismes dotés de conseils d'administration ne se justifie plus.

Par ailleurs, l'autonomie des organismes de base du régime général ne doit pas non plus faire obstacle à une réflexion sur leur implantation géographique qui n'a pratiquement pas évolué depuis plus d'un demi-siècle et doit à l'évidence être revue. La mutualisation des moyens esquissée dans certaines branches ne saurait dispenser d'un regroupement des caisses qui n'atteignent pas la taille critique.

Une meilleure analyse des coûts, une définition plus rigoureuse des objectifs de progrès et des indicateurs associés, une analyse plus fine de l'impact du progrès technologique en relation avec les nombreux départs en retraite à venir devront se traduire par des mécanismes d'intéressement du personnel plus incitatifs, de nature à dégager les gains de productivité attendus.

Si l'amélioration de la qualité de service aux usagers reste un objectif essentiel des branches, elle ne doit pas constituer un alibi à l'absence de maîtrise des dépenses de gestion : les gains de productivité à venir doivent permettre de réaliser ces deux objectifs, compte tenu des progrès déjà réalisés en matière de qualité de service.

De même, la réforme de la gouvernance de la sécurité sociale ne doit pas se limiter à la nouvelle organisation des pouvoirs au niveau national entre l'État et les partenaires sociaux. Cette réforme devrait également conduire à l'émergence d'une véritable organisation régionale de l'assurance maladie. Enfin, il est nécessaire de simplifier les innombrables structures qui travaillent sans grande efficacité et dans le désordre le plus complet.
