



Du bon usage des Urcam

**Les Unions
régionales
des
caisses
d'assurance
maladie
(Urcam) ont
été créées par
les
ordonnances
de 1996.
Comment
fonctionnent-
elles ?
Quel rôle
jouent-elles ?**

Dominique Cherasse
Directeur de l'Urcam
de l'Île-de-France

La création des Urcam par l'ordonnance 96.344 du 24 avril 1996 aura dû attendre un peu plus de treize mois pour que deux décrets dont un en Conseil d'État rendent possible leur mise en place qui ne s'effectuera cependant qu'avec l'installation de leur Conseil d'administration, soit entre la toute fin 1997 et le début de l'année 1998.

Deux années pour donner à l'agence régionale de l'hospitalisation son pendant pour la médecine de ville ; voire, la nature juridique, les missions, les moyens, les conditions même d'exercice, donnant rien moins qu'un effet miroir entre les deux pôles régionaux consacrés, grossièrement dit, aux domaines hospitalier et ambulatoire. Leur prétendue complémentarité est sans doute à rechercher dans un autre registre que du simple partage du champ des soins.

À difficulté d'installation comparable pour une sociologie des organisations, la montée en charge des Urcam reste liée à leur contexte comme au flou de leur mission et à l'absence de réflexion précédant leur naissance enregistrée.

Leurs réalisations s'en ressentent encore, même si, au-delà des communications locales, la première année de fonctionnement, loin d'être négligeable, est sans doute plus riche de promesses et plus structurante qu'il y paraît.

De l'approche organique à l'analyse fonctionnelle

En disant Union régionale des caisses d'assurance maladie on n'a sans doute pas

résolu l'ensemble du problème, mais le sigle donne déjà plusieurs indications.

D'abord la notion d'Union qui crée, pour la première fois depuis 1945 une identité au moins structurelle pour l'assurance maladie, les trois grands régimes de base (quatre dans les régions où le régime minier est présent) coopèrent dans un même organisme.

Curieusement, ce sont les Urcam qui vont amplifier la coopération des caisses nationales des trois régimes salariés, agricole et indépendants.

Ensuite, le niveau régional accompagne la tendance politique et administrative à un renforcement que l'Europe rend naturellement intermédiaire plus fortement que la seule dynamique de décentralisation.

Que cette union soit celle des caisses d'assurance maladie de la région, ne manquera pas de créer une synergie dès lors que seront surmontés, avec patience et démonstration pertinente d'utilité à l'appui, les sentiments de gêne d'accueillir un organe nouveau et non substitutif, à vocation géographique élargie, et de dépossession d'une marge de manœuvre de gestion locale, sans parler du réflexe identitaire légitime.

Un point reste en suspens, la place du service médical du régime général, ressource rare et essentielle par la compétence technique forte pour garantir les missions. Son statut national, son rôle de service exercé de manière déconcentrée jusqu'à l'échelon départemental, limite ses possibilités d'expression, structure ses choix et alourdit encore la démarche collective.

Sur la mission elle-même, définir dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, une politique commune pour la région de gestion du risque et veiller à sa mise en œuvre, le texte de base donne une orientation définitivement assurantielle à l'action des régimes. Encore a-t-il fallu deux circulaires émanant d'un accord des caisses nationales pour donner un contenu professionnel à la notion de gestion de risque transposée à la prise en charge des soins par des organismes gérant une protection obligatoire solidariste en monopole.

Des deux circulaires émises en avril 1998 puis en mars 1999, la dernière, plus technique, fixe l'état actuel de la réflexion, amorcée par la Conférence des directeurs d'Urcam en indiquant : « *le but de l'assurance maladie est de permettre à la population d'être et de se maintenir en bonne santé. La gestion du risque y contribue pour l'ensemble des actions et procédures conduisant à :*

- *optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé,*
- *inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins,*
- *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. »*

La dernière mention pour être logique est éclairante sur l'attente d'une politique de santé qui seule placerait ledit cadre financier, par nature annuel, dans une perspective pluriannuelle à orientations prioritaires.

Ainsi trois ans après les ordonnances fondatrices, les Urcam, donc leurs composants politique-technique, administratif-médical, disposent d'une référence homogène inter-régime. Le fonds culturel est constitué.

Du fonctionnement à l'action

La mission spécifique de la nouvelle structure est d'abord la coordination régionale et la cohérence interne.

Le conseil d'administration de l'Urcam (qui n'émane pas des caisses mais qui se compose de représentants désignés seulement parmi des administrateurs siégeant dans les caisses locales des régimes) traduit cette action dans la décision par laquelle il arrête le Programme régional d'assurance maladie (Pram).

Perçu initialement, avant la circulaire de

1999, comme un document à géométrie variable selon la région, incluant ou non, au-delà d'un socle généralement *a minima* d'actions régionales communes, les actions d'initiatives locales et, le cas échéant, des actions de prévention, le PRAM est désormais la source quasi unique des choix d'actions locales relevant soit d'une action partagée par tous, soit de thèmes optionnels choisis par quelques-uns ou offerts à la variation d'appropriation locale et incluant nécessairement la prévention et l'éducation sanitaire.

Une initiative nationale dès 1999 amène les Urcam à inclure dans les actions communes des organismes de la région des thèmes de gestion du risque adoptés par les trois caisses nationales ensemble (diabète non insulino-dépendant et hypertension artérielle). Cette démarche reconduite chaque année doit donner de la cohérence nationale à la gestion du risque et rendre plus significative l'analyse de la prise en charge d'une pathologie et l'action visant à améliorer ses pratiques. Elle peut aussi, si le jacobinisme s'en mêle, conduire à instrumentaliser les Urcam pour ne pas laisser en déshérence le pouvoir du national. Tant mieux si c'est pour être plus efficace et plus efficient demain qu'hier (à quoi manquait d'ailleurs le relais régional), mais il faudra se garder de couper les Urcam de leurs interlocuteurs pour les trois régimes. Les partenaires régionaux ne peuvent le rester que dans la libre marge de choix communs alimentés au contexte de la région.

Les Pram qui doivent être construits dès 2000 et dans une perspective 2002 seront sans doute moins hétéroclites et plus cohérents que ceux qui ont été fabriqués dans l'improvisation de l'installation de 1998 avec un manque de recul et de repères évident pour 1999.

On comprend bien néanmoins que l'objectif ne peut être atteint sans moyens qui sont aujourd'hui disparates, encore inadaptés, malgré, là aussi, une prodigieuse accélération liée à la mise en place même des Urcam.

L'information statistique, au-delà des actes pratiqués et des dépenses constatées, à travers les codages, commence à s'organiser comme l'accès aux différentes sources dont l'exploitation fait l'objet de nombreuses études par les membres des Urcam.

Il est de bonne méthodologie que les

travaux commencent par des études et ceci au moins pour deux raisons principales. D'une part, et contrairement aux ARH, les Urcam n'ont ni rôle de planification donc normatif, ni davantage un rôle d'allocation budgétaire. D'autre part, et en lien avec ce qui précède, la mission des caisses demeure le paiement des actes remboursables prescrits aux assurés sans indication directe sur la notion du risque à gérer.

Dans ces conditions, même si le travail s'effectue parallèlement selon les domaines d'intervention, la première recherche concerne l'état des lieux — à savoir les modalités d'accès aux soins (droits, accessibilité par l'offre, recours effectif, prises en charge et coûts y afférents) — vient naturellement l'évaluation des pratiques collectives rapprochées des référentiels existants, puis l'action pour améliorer la qualité (le cas échéant en provoquant l'émergence d'un référentiel nouveau ou la révision d'un référentiel ancien), la mesure d'impact et les actions correctrices nécessaires, qu'elles relèvent par exemple du pouvoir réglementaire ou de la formation médicale continue ou encore de la pédagogie quotidienne de la relation organismes-professionnels de santé.

Des Urcam dans quelle perspective ?

On n'aura jamais fini d'identifier les pratiques, ni d'en améliorer la qualité, non plus que de réaliser la meilleure affectation des ressources à la prise en charge optimum des patients. De ce point de vue l'évaluation de la gestion du risque, donc aussi, implicitement ou explicitement, des Urcam, ne peut porter sur les seuls résultats. Ceux-ci confondent souvent des dépenses accrues pour des prises en charge plus précoces et des économies liées à une meilleure utilisation des ressources. On ne pourra non plus se limiter à l'amélioration donnée, à un temps *t* et dans le délai court, d'un taux de récurrence évitée qui peut n'être pas stable car relevant d'explications multiples dont la gestion du risque n'est qu'une composante.

L'ampleur du chantier ouvert, la modestie du savoir-faire et du pouvoir-faire au regard de l'ambition affichée, la mesure d'efficacité à définir et à suivre, tout s'ajoute à la difficile création des Urcam pour réserver le jugement, n'était la réalité de leur implication.

On la mesure à la typologie des actions

recensées lors du bilan de l'exercice 1998, à la fois précoce au regard de la réelle mise en place des Urcam et partiel dans l'initiative qui leur revient.

Ces actions se sont comptées par centaines et vont du plus classique et modeste contrôle à l'ambitieuse amélioration de l'accès aux soins des plus démunis ou la prise en charge de pathologies lourdes, pour ne pas parler du bouillonnement lié à la réorganisation du système de soins portée par les réseaux.

Chaque région, forte de ses particularismes, de ses acteurs, des partenaires, a su trouver des synergies, promouvoir des dynamiques qui, dans un délai extraordinairement bref, ont repris le traitement du risque avec un équilibre assez spontané entre le pragmatisme médico-économique le plus opérationnel et l'investissement de santé publique le plus fondamental.

C'est même sans doute ce dernier aspect qui se dégage de l'ébranlement des débuts et semble indiquer l'évolution prévisible de l'action.

On peut relever l'investissement des adhérents des Urcam pour traiter de l'Éducation sanitaire (bucco-dentaire, éducation du patient pour développer la compliance), la prévention, primaire ou secondaire (la vaccination, bien sûr, les dépistages) la prescription (notamment médicamenteuse avec les classes thérapeutiques mais aussi le générique et son développement escompté), le traitement des ALD (et la nouvelle mission du service médical qui s'y rattache), la coordination des soins (autour de populations identifiées ou sur une pathologie) et la notion de globalité de la prise en charge du patient en dépassant les clivages hospitalier-médico-social-ambulatoire ou encore les rapports entre praticiens et plateaux techniques, mais aussi le suivi économique de certains postes de dépenses dans un environnement stable ou la prise en compte de modifications de nomenclature, à quoi on doit ajouter les essais de tarification différenciée ou encore l'accompagnement en médecine de ville des contrats hospitaliers avec les premières réflexions et études sur les transferts d'enveloppe et les modalités d'acclimatation d'une certaine fongibilité des enveloppes, sans compter toutes les approches statistiques (définition de zone géographique congrue, délimitation de population observable...).

Le site de fouille, par sa richesse, a

suscité toutes les ouvertures et les imaginations se sont données libre cours pour porter la rigueur de la démarche dans tous les terrains propices, déjà identifiés ou non. Même les sujets qui auraient été préalablement traités par tel ou tel ont pu être repris, consolidés ou développés dans le renforcement des compétences et des moyens que l'Urcam par sa composition et son niveau régional d'intervention rendaient accessibles de façon plus aisée, plus évidente et plus large.

Le bilan pourrait, en forme d'envoi aux puissants qui nous gouvernent, se résumer ainsi :

- à l'actif des créateurs de l'Urcam on doit inscrire la vision claire et de longue portée de doter le système d'une structure régionale intégrant à la fois les régimes, les compétences acquises des caisses et des services médicaux, pour consacrer et développer massivement une culture et une stratégie de gestion du risque.

- à l'actif des opérateurs de terrain on notera la prise en charge de cette mission progressivement révélée et l'articulation somme toute rapide des engrenages de sa mise en œuvre.

La question déjà lancinante demeure celle du rôle que les Urcam doivent jouer, soit celui de la professionnalisation d'un métier original d'assureur public garant du système de soins, son accessibilité, sa performance et son adaptabilité, soit celui de la préparation du rôle de l'assurance maladie dans une future agence régionale de santé. Celle-ci devra financer des besoins identifiés par des ressources calculées pour rendre le système efficient dans des orientations nationales s'appliquant à une réalité régionale irréductible à des modèles et à des moyennes.

À l'absence de passé d'une politique de santé publique imminente, répond l'avenir de la gestion du risque dont l'évolution dépend de l'action présente des Urcam dans toutes leurs composantes. ■