



Inspection générale
des affaires sociales
RM2010-163P

Mission sur la gestion du risque

RAPPORT

Établi par

Pierre-Yves BOCQUET

Michel PELTIER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

- [1] Par une lettre de mission du 19 mai 2010, la ministre de la santé et des sports a saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission sur la gestion du risque.
- [2] Cette mission intervient dans le contexte de mise en œuvre des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST »), qui prévoit l'élaboration sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) d'un programme régional de gestion du risque (PRGDR) pluriannuel, révisable chaque année. Il était demandé à l'IGAS de vérifier le caractère opérationnel de la méthode qui a été définie pour la préparation du PRGDR et des contrats ayant vocation à lier sur cette question les ARS et les organismes et services d'assurance maladie de leur ressort.
- [3] Pour répondre à sa commande, la mission s'est tout d'abord attachée à lever les nombreuses ambiguïtés dont le terme et le concept de gestion du risque sont aujourd'hui entourés.
- [4] Cette notion peut être définie comme l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût. Mais ce terme est par ailleurs devenu dans les années 2000 un enjeu institutionnel majeur entre l'Etat et l'assurance maladie, dans la mesure où la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en a fait le principal mot d'ordre de sa stratégie de mise en œuvre de la loi du 13 août 2004, et qu'il a été ensuite au cœur des débats auxquels la loi HPST a donné lieu.
- [5] La mission s'en est tenue, dans les développements de son rapport, à la définition énoncée précédemment, dont elle a ensuite envisagé toutes les conséquences opérationnelles, pour les ARS comme pour l'administration centrale et pour l'assurance maladie, au niveau national et au niveau régional. Mais il est permis de s'interroger sur l'intérêt de conserver un terme aussi lourdement chargé, qui, par les débats qu'il a suscités et suscitent encore parfois, peut être en lui-même un obstacle à une correcte appropriation de ses enjeux sous-jacents par les acteurs – enjeux qui n'ont rien de syntaxique, i.e. la nécessité d'améliorer l'efficacité du système de santé, et de dédier à cet objectif des moyens conceptuels et opérationnels significatifs.
- [6] Sur le fond, le rapport relève que la loi HPST fait de la gestion du risque un domaine partagé entre l'Etat et l'assurance maladie, et entre le niveau régional et le niveau national, mais n'explique pas les règles qui gouvernent ce partage. Cette situation explique pour une large partie les interrogations sur les conditions de mise en œuvre du PRGDR que la mission a recueillies auprès des acteurs qu'elle a rencontrés.
- [7] Dans ce contexte, et pour lever ces questions de définition et de périmètre, la mission s'est efforcée de décrire de façon aussi précise que possible les activités qui participent concrètement d'une politique de gestion du risque, d'identifier les acteurs juridiquement en charge de la mise en œuvre de ces activités et enfin d'évaluer les moyens dont ils disposent pour le faire. Ces analyses dessinent une complémentarité dans les interventions de l'Etat et de l'assurance-maladie en matière de gestion du risque, compte tenu de ce que sont aujourd'hui leurs compétences juridiques et leurs moyens, ainsi qu'entre le niveau national et le niveau régional :
- sur le plan juridique, l'assurance maladie est principalement responsable des actions de gestion du risque dans le secteur ambulatoire, tandis que l'Etat est principalement responsable du développement de la gestion du risque dans les secteurs hospitalier et médico-social, et, pour la mission, il n'y a pas de raison de remettre en cause cette répartition ;

- par contre, il est essentiel que l'Etat et assurance-maladie travaillent de concert sur les « sujets-frontières » qui nécessitent d'articuler des interventions auprès des professionnels de santé en ville et à l'hôpital ; la plupart des dix priorités nationales de gestion du risque fixées aux ARS pour 2010-2011 portent opportunément sur ce type de sujets ;
- la conception et la mise en œuvre d'actions de gestion du risque suppose un investissement important du niveau national, qui a vocation à mobiliser conjointement les moyens de l'administration centrale et de l'assurance maladie, ce qui n'est pas encore véritablement le cas ; cet enjeu doit être intégré dans le pilotage national des ARS ;
- l'appropriation par les personnels des ARS des enjeux de la gestion du risque, c'est-à-dire le renforcement dans leurs actions de la prise en compte de la problématique de l'amélioration de l'efficacité du système de santé, n'est pas absolument naturelle et devra être une priorité managériale majeure pour les directeurs d'agence dans les années à venir ;
- sur le plan opérationnel, il est également souhaitable que les moyens de la CNAMTS sur les métiers qu'elle est seule à assurer et qui participent de la gestion du risque (métiers du contact et du contrôle) puissent être mobilisés sur des thèmes de gestion du risque plus larges que les seuls domaines d'intervention de l'assurance maladie.

[8] Les propositions du rapport sont guidées par ces principes généraux. Au niveau national, la mission recommande de faire du contrat entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) le cadre général de la politique de gestion du risque mise en œuvre par l'Etat et l'assurance maladie, et de consacrer le conseil national de pilotage (CNP) comme instance d'arbitrage en la matière, au-delà de sa fonction de pilotage des ARS. Afin d'organiser concrètement ce partenariat au niveau national, elle préconise la définition de programmes nationaux de gestion du risque communs entre l'Etat et l'assurance maladie, et la constitution d'une cellule conjointe pour les préparer et en suivre la mise en œuvre.

[9] Elle souligne également la nécessité de structurer la fonction de pilotage des ARS au sein du secrétariat général, et recommande d'articuler le pilotage par objectifs des agences sur les sujets de gestion du risque avec celui des organismes d'assurance maladie assuré par les caisses nationales, et notamment la CNAMTS, sur ce domaine partagé.

[10] Au niveau régional, elle formule quelques propositions pour aider les directeurs d'ARS à diffuser « l'esprit de la gestion du risque » au sein de leurs équipes car, pour la mission, le développement de l'efficacité du système de santé, qui est l'objectif principal d'une politique de gestion du risque, doit irriguer toutes leurs activités. Mais les PRGDR ne pourront être véritablement efficaces sans une coopération réelle entre les agences et les organismes d'assurance maladie de leur région ; cette coopération sera d'autant plus facile que les acteurs au niveau national auront coordonné leurs objectifs et leurs stratégies de mise en œuvre, mais le rapport donne quelques pistes pour faciliter cette coopération au niveau régional (l'investissement conjoint sur les « sujets-frontières », la mutualisation des moyens en matière d'études...), ainsi que pour donner un contenu concret aux contrats entre les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie.

[11] Enfin, la mission reprend à son compte les recommandations formulées par l'IGAS dans son rapport d'avril 2010 sur l'évaluation de la COG 2006-2009 de la branche maladie, à propos de la nécessité de poursuivre la rationalisation de l'organisation du réseau de la CNAMTS, en achevant la régionalisation des moyens dédiés à la gestion du risque et le rapprochement entre les équipes médicales et administratives.

Sommaire

SYNTHESE	3
RAPPORT	7
1. LA GESTION DU RISQUE : UN CONCEPT PROTEIFORME, DESORMAIS AU CŒUR DE LA REGULATION DU SYSTEME DE SANTE	8
1.1. <i>La genèse de la notion</i>	8
1.2. <i>Une notion au cœur de la réforme de 2004</i>	10
1.2.1. La réforme de 2004 a fait de la gestion du risque une priorité pour l'assurance maladie.....	10
1.2.2. La gestion du risque est désormais au cœur de la stratégie d'action de l'assurance maladie.....	11
1.2.3. Une notion que l'administration centrale du ministère de la santé a jusqu'à présent peu investi.....	21
1.3. <i>Un enjeu conflictuel dans la préparation de la loi HPST</i>	23
1.3.1. Deux schémas d'organisation.....	23
1.3.2. Un dénouement ambigu dans la loi et ses textes d'application	24
1.4. <i>L'application de la loi</i>	27
1.4.1. Le cadrage national de la politique de gestion du risque.....	27
1.4.2. Le lancement des programmes régionaux de gestion du risque dans les ARS.....	29
2. LA GESTION DU RISQUE EN ARS : UN ENJEU ESSENTIEL POUR LE SUCCES DE LA LOI HPST	33
2.1. <i>Retour sur la notion : de quoi parle-t-on ?</i>	33
2.1.1. La gestion du risque comme « état d'esprit »	34
2.1.2. La gestion du risque comme activité	35
2.1.3. La gestion du risque : une logique d'action qui doit être impulsée d'abord par le niveau national.....	38
2.2. <i>Conséquences pour le PRGDR des ARS</i>	42
2.2.1. Le périmètre couvert par le PRGDR	42
2.2.2. Des PRGDR structurés par les programmes nationaux de gestion du risque.....	43
2.2.3. L'organisation de la complémentarité Etat/assurance maladie	44
2.2.4. Le banc-test de la gestion du risque en ARS : les « 10 priorités »	46
2.3. <i>Les moyens de la gestion du risque en région</i>	53
2.3.1. Préliminaire méthodologique : l'absence de données précises fiables sur les moyens de la gestion du risque en région à la date de la mission.....	53
2.3.2. Evaluation des moyens dédiés à la gestion du risque en 2010 dans les ARS.....	54
2.3.3. Etat des lieux des moyens humains dédiés à la gestion du risque dans le réseau de l'assurance maladie en octobre 2010.....	61
3. PRECONISATIONS DE LA MISSION : LES CONDITIONS DE SUCCES DES PROGRAMMES REGIONAUX DE GESTION DU RISQUE	64
3.1. <i>Réussir la mise en œuvre des dix priorités GDR 2010/2011</i>	64
3.1.1. Définir les critères de réussite des actions.....	65
3.1.2. Concevoir de véritables programmes nationaux de gestion du risque pour les ARS	66

3.2. Adapter l'organisation et le fonctionnement du niveau national aux enjeux de la gestion du risque.....	67
3.2.1. La nécessité d'un cadre national cohérent pour la politique de gestion du risque.....	67
3.2.2. Adapter le fonctionnement de l'administration centrale	70
3.2.3. Introduire les enjeux de la gestion du risque en ARS dans le pilotage du réseau de l'assurance maladie.....	74
3.3. Mettre en œuvre une politique de gestion du risque coordonnée en région.....	75
3.3.1. Mobiliser les ARS sur la gestion du risque	75
3.3.2. Soigner la qualité de la relation entre l'ARS et les organismes locaux d'assurance maladie.....	77
3.3.3. Poursuivre la modernisation du réseau de l'assurance maladie.....	79
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	83
LETTRE DE MISSION.....	87
Liste des personnes rencontrées.....	89
ANNEXE 1 : REFLEXIONS DE LA MISSION SUR LE CONTRAT ENTRE L'ARS ET LES ORGANISMES LOCAUX D'ASSURANCE MALADIE	93
PIECE JOINTE N°1 : EFFECTIFS ETAT DES ARS AU 01/04/10	101
PIECE JOINTE N°2 : DETAIL DES EFFECTIFS TRANSFERES PAR LE REGIME GENERAL AUX ARS	103

Rapport

- [12] Par une lettre de mission du 19 mai 2010, la ministre de la santé et des sports a saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission sur la gestion du risque.
- [13] Cette mission intervient dans le contexte de mise en œuvre des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST »), qui prévoit l'élaboration sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) d'un programme régional de gestion du risque (PRGDR) pluriannuel, révisable chaque année. Le contenu de ce PRGDR a vocation à s'inscrire dans le cadre des objectifs et priorités nationales de la gestion du risque définies par le contrat entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) institué par la loi HPST. La mise en œuvre par les ARS des orientations de ce PRGDR et, plus généralement, de leur projet régional de santé (PRS) passera notamment par la conclusion d'un contrat avec les organismes d'assurance maladie de leur région.
- [14] Il est demandé à l'IGAS de vérifier le caractère opérationnel de la méthode qui a été définie pour la préparation du PRGDR et des contrats liant l'ARS et les organismes et services d'assurance maladie de son ressort. Pour cela, la lettre de mission demande :
- [15] - au niveau national, de réévaluer la pertinence d'un double niveau de négociation entre l'UNCAM d'une part et les régimes d'autres part,
- [16] - au niveau régional, de suivre la mise en application de la méthode de travail par les ARS et d'en examiner les difficultés de réalisation, de proposer les modifications qui en amélioreraient la conception, d'évaluer la mise en place de la commission régionale de gestion du risque et ses modalités de fonctionnement, d'apprécier les qualifications professionnelles et les formations nécessaires dans les services pour mener à bien ces tâches nouvelles.
- [17] La lettre de mission indique ensuite que la mission a vocation à accompagner les régions dans leur démarche en leur apportant des conseils utiles pour les aider à acquérir les modes opératoire les plus pertinents et les plus efficaces, en facilitant entre les différentes ARS les échanges de pratiques qui paraîtront les plus judicieuses.
- [18] La mission a conduit ses travaux du 15 juin au 31 octobre.
- [19] Afin d'appréhender la problématique générale de la gestion du risque dans le nouveau contexte créé par la loi HPST, elle a conduit une série d'entretiens au niveau national avec les principaux acteurs concernés : cabinet de la ministre de la Santé, directions d'administration centrale concernées, responsables des caisses nationales membres de l'UNCAM, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).
- [20] Afin d'examiner les modalités de mise en œuvre du PRGDR en région, elle a rencontré les responsables et collaborateurs en charge de la préparation du PRGDR dans sept ARS, ainsi que le directeur coordonnateur de l'assurance maladie dans chaque région visitée. Ces réunions ont été complétées au niveau national par des échanges avec les équipes en charge de l'animation des dix priorités de gestion du risque fixées aux ARS par la circulaire du 19 juillet 2010.
- [21] Pour répondre à sa commande, la mission a organisé le présent rapport de la façon suivante :
- compte tenu des nombreuses ambiguïtés dont ce concept est entouré, et des nombreux débats auxquels il a donné lieu ces dernières années, la première partie est consacrée à l'évolution de la notion de gestion du risque et au cadre actuel de mise en œuvre de cette politique ;

- la seconde partie du rapport est consacrée à la contribution des ARS à la gestion du risque, à l'examen plus particulier des dix priorités de gestion du risque énoncée par la circulaire du 19 juillet 2010, et aux questions que soulève leur mise en œuvre en région ;
- la troisième partie du rapport reprend les recommandations de la mission à propos du dispositif général de pilotage de la gestion du risque et de la mise en œuvre du PRGDR sous l'égide des ARS.

1. LA GESTION DU RISQUE : UN CONCEPT PROTEIFORME, DESORMAIS AU CŒUR DE LA REGULATION DU SYSTEME DE SANTE

1.1. La genèse de la notion

- [22] La « gestion du risque » est un concept dérivé du vocabulaire de l'assurance. Le risque en question est le risque assurable, c'est-à-dire l'événement imprévisible dont l'assureur aura à couvrir les conséquences pour le compte de l'assuré, et sa gestion désigne toutes les techniques permettant à l'assureur de réduire le coût de cette couverture : techniques actuarielles, détermination des niveaux de primes, promotion de la prévention, sélection des clients, etc.
- [23] Appliqué à l'assurance maladie obligatoire, le « risque » correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public, et sa « gestion » désigne les actions mises en œuvre pour maîtriser leur évolution et améliorer leur efficacité (contrôle de l'exactitude de la prise en charge, lutte contre les fraudes et les gaspillages, promotion des techniques et des organisations présentant le meilleur rapport coût/qualité, etc.).
- [24] Même si, aujourd'hui, l'expression est désormais largement utilisée dans ce sens, y compris par le code de la sécurité sociale et par le code de la santé publique (cf. *infra*), la mission ne peut que souligner que cette utilisation d'une expression dérivée du monde de l'assurance ne doit pas masquer tout ce qui distingue fondamentalement les missions d'un assureur public de celle d'un assureur classique, et notamment le fait que, contrairement au second, le premier n'a ni le droit de sélectionner ses clients, ni la maîtrise de ses principaux paramètres de tarification, qui résultent pour l'essentiel de dispositions législatives et réglementaires ; de plus, pour des raisons de santé publique ou d'amélioration de la qualité, un assureur public peut être amené à promouvoir des dispositifs ou des modes de prise en charge plus coûteuses, ce que ne ferait pas *a priori* un assureur privé. Dans ces conditions, le rapprochement entre la « gestion du risque » dans la régulation des dépenses de santé et le « gestion du risque » assurantielle ne doit être compris que comme un rapprochement par analogie entre deux notions en réalité assez nettement différentes.
- [25] Entendu de cette manière, le terme a été utilisé pour la première fois au sein de l'assurance maladie en 1990 dans une circulaire commune du directeur et du médecin conseil national de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur les orientations du service médical¹ (au travers de sa mission « *d'expertise en santé publique* » qui « *a pour objectif la rationalisation de la production et de la consommation des soins et donc l'orientation de la gestion des risques au niveau local, régional et national* »). Cette logique médico-administrative² a été reprise par l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 qui a fait entrer l'expression dans le code de la sécurité sociale pour désigner « *les actions à mener de façon coordonnée par les services administratifs [des caisses primaires d'assurance maladie] et l'échelon local du contrôle médical* » (article L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale).

¹ Pour un développement plus détaillé sur la genèse du terme, voir notamment E. JEANDET-MENGUAL, I. YENI, M-A. DU MESNIL DU BUISSON, F. REMAY, *Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 signée entre l'Etat et la CNAMTS et propositions pour la future convention*, IGAS, rapport n°2003-096, juillet 2003.

² Dans laquelle on voyait déjà poindre la conception actuelle de la gestion du risque, derrière le concept de « rationalisation de la production et de la consommation de soins ».

- [26] La notion a également connu un développement dans le domaine du contrôle interne, où elle désigne l'activité de cartographie des risques auxquels une entreprise doit faire face (par exemple, pour une entreprise cotée et selon le référentiel de l'Autorité des marchés financiers, les risques financiers, les risques juridiques, les risques industriels et environnementaux, les autres risques) et les politiques qu'elle met en œuvre pour en limiter l'impact.
- [27] On retrouve des traces de cette approche dans l'ordonnance précitée de 1996, lorsqu'elle dispose que les conventions d'objectifs et de gestion, créées par ce texte, ont vocation pour toutes les branches à « *préciser les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque* » (article L. 227-1 du code de la sécurité sociale). Cette disposition était complétée pour la branche maladie par la précision suivante : « *pour la branche maladie, la convention d'objectifs et de gestion comporte un plan de contrôle des prestations servies* ».
- [28] L'approche de l'ordonnance de 1996 limitait donc la gestion des risques à une approche de contrôle médico-administratif des dépenses de l'assurance-maladie, dans une logique générale de développement du contrôle interne au sein des différentes branches de la sécurité sociale.
- [29] Cette vision a connu un premier élargissement au sein de l'assurance maladie avec la circulaire inter-régimes n°5/99 du 24 mars 1999 sur la coordination de la gestion du risque par les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM), qui définissait ainsi les trois dimensions de la gestion du risque : « *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 modérations des coûts, dans le cadre financier voté par le Parlement* ».
- [30] Cette définition recoupe assez largement les notions de « *maîtrise médicalisée* » et de « *régulation* » couramment utilisées à l'époque pour désigner des actions ou des préoccupations voisines (i.e. la nécessité d'influer sur le comportement des acteurs du système de santé pour maîtriser l'évolution des dépenses de santé, à travers des dispositifs tels que les références médicales opposables, introduites par la convention de 1993, ou certaines actions du service médical de l'assurance maladie sur la prise en charge de certaines maladies – diabète de type 2, hypertension artérielle). Conformément au partage de responsabilité opéré par les ordonnances de 1996 entre l'Etat et l'assurance maladie, cette approche était toutefois limitée, du côté de l'assurance maladie, au secteur ambulatoire³.
- [31] Elle va se structurer au cours des années 2000, pour devenir l'un des axes majeurs de l'action de l'assurance maladie, et notamment de la CNAMTS, dans le cadre des nouveaux pouvoirs que lui a donnés la réforme de 2004.

³ Même si, à travers l'adoption de son plan stratégique, la CNAMTS a affiché en 1999 une conception plus large de son rôle « d'acheteur avisé », y compris sur le champ hospitalier ; mais, pour des raisons diverses, la CNAMTS n'a pas été en mesure de tirer des conséquences opérationnelles concrètes de cette affirmation théorique.

1.2. Une notion au cœur de la réforme de 2004

1.2.1. La réforme de 2004 a fait de la gestion du risque une priorité pour l'assurance maladie

1.2.1.1. La première étape : l'avenant n°4 à la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 de la CNAMTS

[32] Une première étape a été franchie en 2003 par l'avenant n°4 à la COG 2000-2003 de la CNAMTS, qui a matérialisé l'existence d'un consensus entre l'Etat et l'assurance maladie sur la nécessité de développer une « *politique de gestion du risque* » s'appuyant sur « *l'optimisation des dépenses grâce à des outils médicalisés, afin de garantir la qualité des soins, envisagés dans toutes leurs composantes : leur opportunité, leur régularité (c'est-à-dire leur conformité aux normes médicales et juridiques), leur efficacité et leur efficience* », cette démarche ayant vocation à « *porter sur l'ensemble des champs du système de soins* ».

[33] Dans ce cadre, la CNAMTS a notamment lancé plusieurs plans d'action thématiques sur des postes de dépenses identifiés comme particulièrement dynamiques et/ou reflétant des pratiques manifestement inefficaces et s'est dotée d'un plan de contrôle et de lutte contre la fraude ciblé sur les professionnels et sur les assurés.

[34] L'avenant de prolongation de la COG signé le 10 juin 2004 a actualisé et formalisé ce dispositif sous la forme de sept objectifs chiffrés : réduction des prescriptions d'antibiotiques, augmentation du taux de médicaments génériques, contrôle des indemnités journalières, développement des recours contre tiers, etc. Pour réaliser ces objectifs chiffrés des moyens spécifiques associant personnels médicaux (praticiens-conseils) et administratifs (mise en place des délégués de l'assurance maladie, les DAM) étaient mobilisés au niveau local.

[35] Plusieurs éléments du dispositif actuel de gestion du risque de l'assurance maladie (plan nationaux thématiques, articulation avec la COG, objectifs chiffrés, création des DAM...) ont donc commencé à être expérimentés à cette époque. La loi du 13 août 2004 a donné à l'assurance maladie les moyens d'approfondir et de systématiser cette démarche.

1.2.1.2. La loi du 13 août 2004 : la gestion du risque au cœur des missions de l'assurance maladie

[36] La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a revu de manière substantielle le partage de responsabilité entre l'Etat et l'assurance maladie tel que l'avaient dessiné les ordonnances de 1996 :

- elle a étendu les compétences de l'assurance maladie à tous les aspects de la politique santé, en confiant au conseil de la CNAMTS le rôle de déterminer « *les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris les établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins* » (1° de l'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale) ;
- elle a consacré la notion large de gestion du risque développée par l'assurance maladie depuis la fin des années 1990 en l'identifiant comme une compétence spécifique du conseil de la CNAMTS, chargé d'arrêter « *les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre* » (2° de l'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale) ; cette compétence est également dévolue aux autres caisses nationales d'assurance maladie ;

- elle a en outre renforcé et unifié au sein de l'UNCAM les compétences des trois principaux régimes d'assurance maladie en ce qui concerne les relations avec les professionnels et les établissements et les niveaux de prise en charge (article L. 182-2 du code de la sécurité sociale) ; la loi confie également à l'UNCAM une fonction de coordination des actions de gestion du risque de ses membres, à travers la contractualisation avec les URCAM (article L. 183-2-3 du code de la sécurité sociale) et en relation avec l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) (article L. 182-3 du code de la sécurité sociale).

[37] Si la loi de 2004 a ainsi consacré la gestion du risque comme une mission importante de l'assurance maladie, elle n'a pas pour autant cherché à la définir précisément, ni à délimiter au regard de cette définition les compétences des différents acteurs concernés (Etat, UNCAM, caisses nationales d'assurance maladie). Elle a même multiplié les zones de compétences partagées, dans la mesure où elle a confié aux conseils des caisses nationales une compétence de proposition en ce qui concerne l'organisation des soins, y compris les établissements de santé, revenant ainsi sur le découpage général des responsabilités entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier qu'avaient organisé les ordonnances de 1996.

[38] De plus, s'agissant de l'organisation de l'assurance maladie elle-même, la loi n'a pas cherché à précisément définir une répartition des rôles entre l'UNCAM et les caisses nationales dans le domaine de la gestion du risque qui fait ainsi partie des compétences explicites tant des caisses nationales, à travers la COG, que de l'UNCAM, à travers la contractualisation avec les URCAM et les relations avec l'UNOCAM. Ce recouvrement de compétences est renforcé en ce qui concerne la CNAMTS dans la mesure où l'article L. 182-2-2 du code de la sécurité sociale stipule que le directeur de l'UNCAM est obligatoirement le directeur de la CNAMTS, et que, lors de la mise en place de l'UNCAM en 2004, il a été décidé de ne pas dédier à cet établissement public de moyens spécifiques, notamment en personnel, mais de s'appuyer au contraire pour son fonctionnement sur les directions de la CNAMTS.

[39] Ainsi, en pratique, ce sont les mêmes services (en l'occurrence, selon l'organigramme actuel de la caisse nationale, sa direction de la stratégie, des études et des statistiques et sa direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins) qui fournissent à l'UNCAM et à la CNAMTS les analyses et indicateurs nécessaires à l'exercice de leurs compétences de régulation du système de santé.

[40] A l'intérieur de ce cadre général, la CNAMTS a développé une conception extensive de son rôle en matière de gestion du risque, et s'est dotée d'outils de plus en plus sophistiqués pour mettre en œuvre cette stratégie, qui est désormais au cœur de son action.

1.2.2. La gestion du risque est désormais au cœur de la stratégie d'action de l'assurance maladie

1.2.2.1. Une notion centrale dans la stratégie de la CNAMTS, qui a adopté une interprétation extensive de son rôle

[41] Comme le montrent les développements *supra*, la loi du 13 août 2004 laissait en réalité une assez large latitude à l'assurance maladie quant au périmètre de son intervention en matière de gestion du risque. Le conseil de la CNAMTS a formalisé sa doctrine en la matière en juin 2005 lorsque, en application du 2° de l'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale, il a arrêté pour la première fois « *les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre* ».

- [42] Le document adopté à cette occasion a ainsi identifié trois domaines : ceux pour lesquels l'assurance maladie est seule compétente (relations conventionnelles, contrôles des assurés et des professionnels, périmètre de la prise en charge), ceux pour lesquels ses compétences sont partagées avec l'Etat (prévention, médicament, politique hospitalière, bonnes pratiques, démographie médicale, planification de l'offre de soins, médico-social) et ceux « *qui peuvent donner lieu à propositions* » (i.e. sur lesquels elle n'est pas compétente mais s'estime légitime à s'exprimer : formation des professionnels de santé, sécurité sanitaire, cadre juridique du système de soins et de prévention)⁴.
- [43] La CNAMTS a ensuite donné corps à cette stratégie, en accord avec l'Etat, en en faisant l'axe principal de sa convention d'objectifs et de gestion 2006-2009, qui indique dans son chapitre 1 : « *l'ambition de la CNAMTS est de mettre la gestion du risque au cœur de l'action de l'ensemble du réseau de l'assurance maladie* ». Il s'agit ainsi « *[d']améliorer la qualité des soins, [...] en accroître l'efficacité et maîtriser l'évolution des dépenses de santé* ». Pour mener à bien cette politique, la CNAMTS entend s'appuyer « *d'abord sur les actions portant sur le champ de compétences relevant de sa responsabilité propre* », mais elle entend également mener « *des actions conjointes sur le champ de compétences relevant d'une responsabilité partagée avec l'Etat, les collectivités locales et les instances représentatives des professionnels* ».
- [44] La COG définit ensuite six thèmes (prévention et information des assurés, lutte contre la précarité et les inégalités, efficacité des soins, organisation des soins, périmètre de prise en charge et tarification, lutte contre la fraude) et, selon le décompte de la mission IGAS d'évaluation de cette COG, 109 engagements (62 correspondant aux domaines de compétences de la CNAMTS seule, 5 engagements de l'Etat et 42 engagements sur des domaines partagés)⁵. La mission IGAS a relevé que seule une faible partie de ces engagements avait fait l'objet d'un suivi entre l'Etat et la CNAMTS (huit engagements en 2006, 11 en 2007), et que la COG n'articulait « *qu'imparfaitement les engagements de gestion du risque avec le respect de l'ONDAM* ». Mais, même si cette accumulation d'orientations peut donner une impression de trop-plein, par son ambition même et par les moyens qui lui ont été associés cette COG a été pour l'ensemble des organismes de la branche maladie un puissant outil de mobilisation autour de la thématique de la gestion du risque.

1.2.2.2. De nouveaux outils, de nouvelles méthodes, de nouveaux moyens

- [45] Au-delà des déclarations d'intention de sa COG et de son conseil (à travers ses « *orientations de la gestion du risque* »), la CNAMTS a considérablement investi au cours des années 2000 sur le développement des outils et des moyens dédiés à la gestion du risque. Cet investissement, qui a prolongé et approfondi les actions initiées à la suite de l'avenant n°4, a touché tous les aspects du fonctionnement de la branche.

⁴ On relèvera que, illustration du phénomène d'identification de la CNAMTS à l'ensemble de l'assurance maladie relevé au point précédent, c'est le conseil de la caisse nationale et non de l'UNCAM qui se positionne ainsi sur la répartition des compétences entre « *l'assurance maladie* » et l'Etat, en évoquant sans les distinguer des pouvoirs propres de l'UNCAM (relations conventionnelles...) et de la caisse nationale en tant que tête de réseau de la branche maladie du régime général (contrôles...).

⁵ Source : A. JEANNET, T. BRETON, P. LAFFON, Dr. S. PICARD, *Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'Etat et la CNAMTS et recommandations pour la future convention*, IGAS rapport n°RM2009-133P / Tome 2 – Annexes, avril 2010.

➤ **La gestion du risque : la première priorité du projet d'entreprise de la branche maladie**

[46] Lors de la négociation de sa COG 2006-2009, la CNAMTS a clairement affirmé vis-à-vis de l'Etat son interprétation extensive, comme on l'a vu au point précédent, des dispositions de la loi du 13 août 2004. Vis-à-vis des personnels de la branche, cette priorité a été réaffirmée dans la formalisation de son projet d'entreprise, outil de management collectif de son réseau : les priorités de la COG ont ainsi été regroupées en trois axes et vingt actions, dont le premier est « *exercer pleinement notre métier de gestion du risque* »⁶. Cet axe n°1 regroupe sept actions, qui témoignent de l'approche extrêmement extensive du concept de gestion du risque adoptée par la caisse nationale :

- faciliter l'accès aux soins,
- renforcer l'impact des programmes de prévention,
- améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques,
- conforter le partenariat avec les professionnels de santé,
- renforcer l'efficacité des soins,
- lutter contre la fraude,
- développer la gestion du risque dans la branche AT/MP.

[47] Chacun de ces axes, dont certains sont assez éloignés de la définition classique de la gestion du risque reprise par exemple dans l'avenant n°4 du 10 juin 2004 (par exemple le premier thème, « *faciliter l'accès aux soins* »), a fait l'objet d'un investissement spécifique en matière d'accompagnement, de suivi, d'évaluation et de sanction, en lien avec les mécanismes de pilotage par objectifs que la caisse nationale a progressivement déployés dans ses services et au sein de son réseau.

➤ **Les effectifs dédiés à la gestion du risque : une progression quantitative et qualitative**

[48] La branche maladie s'est dotée en 2005 d'un nouveau référentiel de comptabilité analytique qui isole désormais l'activité de « régulation » comme l'une des quatre activités de l'institution. Dans une tendance générale à la diminution des effectifs, cette activité a connu une progression sensible entre 2005 et 2008 :

Tableau 1 : Effectifs affectés aux activités de régulation dans le régime général entre 2005 et 2008

Effectifs	2005	2008	2008/2005	
			en ETP	en %
Effectifs totaux	83 397,0	78 287,0	-5 110,0	-6,1%
Dont régulation	9 581,0	10 577,0	996,0	10,4%
%	11,5%	13,5%		

Source : Rapport IGAS n°RM2009-133P, op.cit., Annexe 2 pp. 16-17

⁶ L'axe 2 porte sur l'offre de services aux publics, l'axe 3 sur l'efficacité de la branche.

[49] Cette évolution se répartit comme suit entre les différents organismes de la branche :

Tableau 2 : Ventilation des effectifs affectés aux activités de régulation entre organismes

Effectifs "régulation" par organismes	2005		2008		2008/2005	
	en ETP	en % du total	en ETP	en % du total	en ETP	en %
CGSS	121,2	6,5%	158,5	8,5%	+37,3	+30,8%
CNAMTS	448,7	23,0%	457,5	23,5%	+8,8	+2,0%
CPAM	3 587,5	5,7%	4 677	7,9%	+1 089,5	+30,4%
CRAM*	885,2	14,2%	812,1	13,9%	-73,1	- 8,3%
DRSM	4 230,3	44,1%	4167	47,2%	-63,3	-1,5%
URCAM	308	100,0%	305	100,0%	-3,0	-1,0%
Total	9 580,9	11,5%	10 577,1	13,5%	+996,2	+10,4%

Source : *Ibid.* – *chiffres CRAM hors ATMP/vieillesse

[50] Cette présentation doit être nuancée compte tenu des incertitudes qui entourent les règles de répartition de ces effectifs, qui représentent parfois des quotes-parts analytiques d'ETP, parfois des personnes physiques non réparties analytiquement. Ainsi, dans les URCAM, tous les effectifs de ces structures sont comptabilisés comme concourant à l'activité de gestion du risque, alors que, en toute rigueur, il aurait fallu isoler les personnels de support, secrétariat, etc. La totalité des effectifs de ces URCAM ayant été transférée aux ARS, cette remarque n'est pas sans importance dans l'appréciation des moyens des agences en matière de gestion du risque (cf. *infra*).

[51] Plus généralement, il y a eu une réelle volonté de la part de l'assurance maladie sur la période de réorienter des emplois (et des effectifs) vers l'activité de gestion du risque. L'essentiel de cet effort s'est concentré sur les CPAM, avec, notamment, la montée en charge des délégués de l'assurance maladie (189 en 2003, 1 018 en 2008).

➤ **De nouveaux outils au service de la gestion du risque**

[52] Pour mettre en œuvre les différentes priorités qu'elle s'est données en matière de gestion du risque (cf. les sept actions de l'axe n°1 de son projet d'entreprise), la CNAMTS a non seulement renforcé les moyens humains qu'elle y consacre, mais elle s'est également dotée de nouveaux outils et de nouvelles méthodes :

- Le renforcement de l'expertise sur les dépenses

[53] En s'appuyant sur les nouvelles compétences que la loi du 13 août 2004 lui a données (notamment à travers la production du rapport annuel sur les charges et les produits de l'assurance maladie) et sur les ressources du SNIIRAM et, en région, de son système informationnel ERASME, la CNAMTS a renforcé sa capacité d'analyse fine des dépenses d'assurance maladie. En procédant à des analyses comparatives des pratiques entre régions, entre prescripteurs, entre structures, elle cherche à identifier les inefficiences du système de santé, qui pourront ensuite faire l'objet d'actions ciblées de maîtrise médicalisée.

[54] L'analyse conduite par la CNAMTS vise à chiffrer la marge d'économie qu'un alignement des comportements des acteurs sur les pratiques les plus efficaces permettrait de dégager, à fixer l'objectif d'économie raisonnablement atteignable à court/moyen terme, puis à décliner cet objectif vers ses organismes de base (lesquels disposent, grâce à ERASME, des moyens informationnels de conduire leurs propres analyses en la matière, en complément des analyses de la CNAMTS).

- [55] L'enrichissement progressif des thèmes de maîtrise médicalisée assignés au réseau témoigne de cette montée en connaissance. En 2004, quatre thèmes de maîtrise médicalisée faisaient l'objet d'un engagement chiffré dans l'avenant à la COG 2000/2003 (bon usage des antibiotiques, prescriptions en génériques, prescriptions d'examen d'exploration thyroïdienne, prescription de transports). Entre 2006 et 2010, 13 thèmes différents de maîtrise médicalisée ont donné lieu à la fixation d'objectifs chiffrés pour les organismes de base (ce chiffre est un cumul sur la période, ces thèmes n'ayant pas tous été mis en œuvre en même temps)⁷.
- La mobilisation de la Haute autorité de santé
- [56] La recherche d'inefficiences dans le système de santé repose notamment sur la détection des mésusages et des abus, ou sur la mise en exergue de l'impact financier d'une meilleure diffusion des techniques les plus coût-efficaces. Pour ce faire, il est indispensable de disposer de référentiels de bonnes pratiques scientifiquement validés.
- [57] La COG 2006-2009 prévoit que cet éclairage est apporté par la HAS, qui produit ainsi chaque année plusieurs dizaines de recommandations professionnelles, de guides à destination des médecins ou des patients, ou d'avis sur des référentiels de bonnes pratiques élaborés par le service médical de la CNAMTS. Une fois ces documents validés par la HAS, l'assurance maladie en promeut ensuite l'utilisation dans ses actions de communication auprès des malades, des professionnels de santé ou des établissements, en fonction de la thématique concernée.
- Les programmes nationaux de gestion du risque
- [58] Pour déployer ses actions de maîtrises médicalisées, la CNAMTS a développé le concept de « programme national de gestion du risque », dont l'existence a été consacrée par la loi HPST qui le mentionne dans ses dispositions relatives au contenu du contrat Etat/UNCAM (article L 182-2-1-1.-I.) et du PRGDR (2°g de l'article L 1431-2). Lorsqu'un thème est suffisamment bien documenté, notamment sur le plan scientifique, il est mis en œuvre dans le cadre d'un programme spécifique, national, quantifié et instrumenté (i.e. pour lequel les services de la CNAMTS ont développé des supports méthodologiques et de communication, interne et externe).
- [59] L'objectif d'un programme est d'améliorer l'efficacité du système de santé, en modifiant le comportement des acteurs du système de santé ; il peut ainsi viser à sensibiliser les plus gros prescripteurs à la nécessité de modérer leurs pratiques (indemnités journalières), à promouvoir le bon usage de certains médicaments (antibiotiques, statines) ou de certains gestes médicaux (chirurgie ambulatoire), etc. La mise en œuvre du programme prend donc la forme, à titre principal, d'actions de communication et de contacts avec les professionnels, des établissements, voire les patients (cf. campagne antibiotiques), mais il peut se voir associer des actions de contrôle *a priori* (mise sous accord préalable des actes de chirurgie ambulatoire) ou *a posteriori* (contrôle de la motivation des indemnités journalières).
- La contractualisation avec les professionnels de santé
- [60] Les actions de maîtrise médicalisée ont longtemps été une dimension importante des négociations conventionnelles entre la CNAMTS et les professionnels de santé. Elles étaient conçues comme des contreparties aux mesures d'amélioration tarifaire accordées aux professionnels : ces mesures devaient ainsi voir le coût compensé en tout ou partie par les économies réalisées grâce aux actions de maîtrise médicalisée. Ainsi, les programmes nationaux de gestion du risque lancés par la CNAMTS dans le cadre de ses nouveaux pouvoirs issus de la loi du 13 août 2004 s'inscrivaient tous au sein du nouveau dispositif conventionnel négocié en 2005.

⁷ Rapport IGAS n°RM2009-133P, op.cit., Annexe 2 p. 48 : 12 thèmes entre 2006 et 2009 (ALD, feux rouges, arrêts de travail, génériques, statines, antibiotiques, IPP, HTA (Sartans), chirurgie ambulatoire, EHPAD, transports, lits médicalisés) auxquels s'ajoutent, en 2010, les prescriptions de kinésithérapeutes.

[61] La CNAMTS s'est depuis quelque peu éloignée de ce modèle, en initiant à partir de 2009 un dispositif de contractualisation directe et individuelle entre l'assurance maladie et les médecins, hors du cadre collectif de la convention, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Passé entre le médecin et l'assurance maladie sur la base du volontariat, il a vocation à devenir un canal privilégié d'échange entre l'assurance maladie et ces professionnels, sur les thèmes touchant à la maîtrise médicalisée mais pas exclusivement : les CAPI portent également sur la santé publique, l'expérimentation de nouveaux modes de rémunérations, etc. Le déploiement de ce nouvel outil est encourageant puisque, neuf mois après son lancement, 14 800 médecins avaient souscrit un CAPI. D'après la CNAMTS, deux tiers des médecins signataires au 1er juillet 2009 ont réalisé les objectifs de leur contrat à hauteur de 45% et percevront à ce titre une rémunération de 3 100 € en moyenne⁸.

- Le développement des contrôles et la lutte contre la fraude

[62] Pour un régime de sécurité sociale comme pour un assureur concurrentiel, le contrôle des prestations et la lutte contre la fraude est l'activité de base de la gestion du risque assurantiel. Au sein de l'assurance maladie elle s'est traduite par un effort dans deux dimensions :

- le développement d'une politique spécifique de lutte contre la fraude, avec la création d'une structure ad hoc au sein de la CNAMTS, la direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes et l'institution dans la COG 2006-2009 d'un plan annuel de contrôle révisable ;
- l'articulation d'un volet de contrôle aux actions thématiques de gestion du risque : contrôles a priori (par exemple avec la mise sous accord préalable des actes de chirurgie ambulatoire), contrôles a posteriori sur les assurés, sur les professionnels et sur les établissements (T2A).

- Toucher directement les professionnels : les DAM et les entretiens confraternels

[63] La stratégie de la CNAMTS en matière de maîtrise médicalisée reposant principalement sur l'analyse des déterminants micro-économiques des dépenses, et notamment des comportements des acteurs (assurés, professionnels, établissements), elle a développé à partir de 2003 une nouvelle fonction au sein de ses effectifs administratifs, les délégués de l'assurance maladie. En complémentarité avec les entretiens confraternels que conduisent les praticiens-conseils, les DAM ont offert à l'assurance maladie une réelle capacité d'action auprès des professionnels : ainsi, en 2010, la CNAMTS cible 400 000 visites de DAM et 60 000 entretiens confraternels, destinés à promouvoir les nouveaux outils contractuels (CAPI), les programmes de maîtrise médicalisées et les actions de prévention de l'institution.

[64] Les DAM ont fait l'objet d'un important investissement matériel et humain de la part de l'assurance maladie, qui se poursuit aujourd'hui. Leur mise en place a vu la création de 829 emplois entre 2003 et 2008 (cf. *supra*), financés par redéploiement au sein des effectifs de la branche ; la CNAMTS a conçu un programme de formation continue renouvelé annuellement à leur intention particulière, avec une certification spécifique (élaboration d'un certificat de qualification professionnelle), et a développé un outil informatique spécifique, commun avec le service médical, GDR-PS, qui a déjà fait l'objet de cinq versions. Compte tenu de la nécessité d'asseoir scientifiquement le message délivré aux professionnels, chaque action nouvelle fait l'objet de formations spécifiques, avec simulations de mises en situation. Enfin, l'intervention des DAM fait l'objet d'une procédure qualité spécifique, les CPAM étant invitées à faire certifier la visite DAM sur la base du référentiel élaboré par la CNAMTS.

⁸ Cf. communiqué de presse CNAMTS, *Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) : une dynamique au bénéfice des patients*, 16 septembre 2010.

[65] Pour les sujets nécessitant l'intervention d'un médecin, la CNAMTS a par ailleurs systématisé l'usage des « entretiens confraternels » conduits par ses praticiens. Ces entretiens font l'objet d'une programmation quantitative et thématique annuelle, en articulation avec les interventions des DAM, en particulier sur les principaux programmes de gestion du risque de la CNAMTS.

[66] Ainsi, **c'est bien une ingénierie globale de la gestion du risque que l'assurance maladie a développé au cours des années 2000**. L'impact de cette nouvelle approche sur l'activité des organismes de la branche a été d'autant plus important que, par ailleurs, la CNAMTS a mobilisé au service de cette stratégie tous les leviers managériaux à sa disposition.

➤ **La mobilisation de tous les leviers managériaux**

[67] Axe prioritaire de la COG 2006-2009 et du projet d'entreprise qui décline la convention en communication interne au sein du réseau de l'assurance maladie, la gestion du risque a ensuite irrigué tous les outils de management de l'institution.

- L'intégration de la gestion du risque dans le pilotage par objectifs des organismes de base

[68] Les contrats pluriannuels de gestion négociés entre la CNAMTS et les organismes de base en application de la COG 2006-2009 ont été restructurés afin de rendre compte des priorités définies par le niveau national, et notamment de l'importance attachée à la gestion du risque. Les différents objectifs des CPG (plusieurs dizaines pour un organisme donné) sont cotés sur une échelle de points, le total de cette cotation étant égale à 1 000 points. Pour une CPAM ou une CRAM, le total de la cotation des actions en matière de gestion du risque (regroupant la maîtrise médicalisée, la prévention, les contrôles et les recours contre tiers) représente 400 points ; pour une DRSM, ce total représente 800 points.

[69] Les actions incluses dans le CPG évoluent chaque année. Certaines y sont présentes sans discontinuer depuis 2006 (statines), d'autres ont disparu (prescription en génériques) ou ont été introduites en cours de période (chirurgie ambulatoire). Pour chaque action, un objectif national est défini puis décliné au niveau de chaque département ou région. Les résultats de chaque organisme sont pondérés entre résultats locaux (60%) et résultats régionaux (40%). Ces résultats font l'objet d'un suivi mensuel au niveau local.

- Le bouclage avec les dispositifs de rémunération variable

[70] Ce dispositif est par ailleurs articulé avec les outils d'intéressement individuel et collectif de la branche :

- au niveau collectif, le niveau de réalisation par les organismes de leurs objectifs CPG (score pondéré sur 1 000 points) détermine le déclenchement de l'intéressement des personnels (lorsque la performance dépasse une valeur « socle »), et son montant (en proportion de l'atteinte des objectifs) ;
- au niveau individuel, les directeurs d'organismes bénéficient d'un variable indexé sur l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs en lien avec ceux de leur organisme : pour les CPAM, 9 objectifs (8 communs et en fonction de la situation de la caisse), dont 7 sur la gestion du risque (65% du total).

1.2.2.3. L'impact organisationnel et économique des actions de gestion du risque est réel mais non dépourvu d'ambiguïtés et de limites

[71] La mission IGAS d'évaluation de la COG 2006-2009 a relevé l'impact que la priorité donnée à la gestion du risque dans cette convention a eu sur les organismes de la branche comme, à moindre titre, sur les dépenses de santé elles-mêmes. Elle a également souligné le caractère inachevé de ces évolutions, notamment en ce qui concerne l'organisation territoriale de l'assurance maladie.

➤ **L'impact organisationnel**

- Une modification réelle des priorités des organismes

[72] L'importance attachée par la CNAMTS au thème de la gestion du risque et les outils qu'elle a développés pour traduire cette priorité auprès de son réseau ont profondément modifié les priorités des organismes de base.

[73] L'un des principaux acquis de ce mouvement a été l'alignement des objectifs opérationnels des CPAM et des DRSM sur les actions de gestion du risque et de contact avec les professionnels. Cet alignement a permis la conception de programmes nationaux de gestion du risque associant localement les moyens des CPAM (DAM) et du service médical (dans l'activité de contact avec les professionnels – entretiens confraternels – comme dans son activité de contrôle – MSAP) et, au niveau local, un rapprochement entre les équipes médicales et administratives. Ce mouvement a également été encouragé par le fait que, dans certaines régions, le directeur coordonnateur de la gestion du risque choisi par la CNAMTS n'était pas un directeur de CPAM ou le directeur de l'URCAM, mais le responsable de la DRSM.

[74] La détermination d'objectifs chiffrés et le suivi national qui est fait de leur atteinte crée par ailleurs un effet d'émulation parmi les organismes. Même si, ponctuellement, les limites de tel ou tel indicateur sont mises en exergue par les acteurs rencontrés par la mission, tous reconnaissent que cette mise en cohérence des objectifs stratégiques des CPAM et des DRSM ont permis de rapprocher les équipes et de dynamiser les actions en matière de gestion du risque.

- Une réorganisation territoriale encore inachevée

[75] La mission IGAS d'évaluation de la COG 2006-2009 a relevé deux limites principales aux réformes mises en œuvre par la CNAMTS en ce qui concerne la structuration de son réseau sur le champ de la gestion du risque⁹ :

- « *la fonction de coordination a été privilégiée au détriment de choix plus ambitieux* » : le rapport relève que, si l'assurance maladie a souhaité se doter d'une fonction de coordination de la gestion du risque au niveau régional, elle n'a pas conçu cette fonction comme un outil de restructuration de son réseau sur cette question : d'une part parce que le directeur coordonnateur n'a en réalité qu'une fonction d'animation sans pouvoir hiérarchique sur les équipes de gestion du risque en région (notamment les DAM, qui demeurent rattachés et managés par les directeurs de CPAM), et d'autre part parce que l'organisation de cette fonction n'est pas homogène ; alors qu'il aurait été logique qu'elle soit exercée par le directeur de l'URCAM, elle a pu être confiée dans certaines régions à un directeur de CPAM ou à un directeur de DRSM ; ce choix marginalisait de fait les URCAM, tout en privant en pratique les directeurs coordonnateurs du soutien effectif des équipes de l'URCAM lorsqu'ils n'en étaient pas par ailleurs le directeur ;
- « *alors que l'articulation des compétences médicales et administratives a été mise en œuvre au niveau national, cette question reste pendante au niveau territorial* » : le rapport relève que, alors que l'établissement public a été réorganisé afin de réunir dans des directions communes ses personnels administratifs et médicaux, ce principe n'a pas été mis en œuvre au niveau régional, tout en relevant que la différence de statut entre les DRSM (services déconcentrés de la CNAMTS) et les caisses (organismes autonomes) rendait ce rapprochement plus compliqué à mettre en œuvre.

⁹ *Op. cit.*, rapport de synthèse, citations pp. 62 et 63.

➤ **Un impact limité mais réel sur les pratiques médicales et l'évolution des dépenses de santé**

[76] Les programmes nationaux de gestion du risque sont les outils les plus emblématiques de la gestion du risque – même si l'investissement réalisé par la CNAMTS à travers la constitution et, aujourd'hui, l'exploitation médico-administrative du SNIIRAM est probablement au moins aussi riche d'enjeux pour la régulation du système de santé. Leur ambition est très élevée, puisqu'ils visent autant à modifier les pratiques des professionnels de santé (par exemple dans le cas du programme sur la prescription des antibiotiques) qu'à induire une réduction des dépenses sans diminution de la qualité du système de santé. Leurs résultats sont réels, mais leur impact ne doit pas être surestimé.

- L'impact sur les pratiques : l'exemple du programme « Antibiotiques »

[77] Le programme « Antibiotiques » lancé à l'automne 2002 a été l'un des premiers dispositifs de la CNAMTS à prendre la forme d'un programme national de gestion du risque, même si le concept n'était pas encore identifié ainsi à cette époque : l'action reposait en effet sur le repérage d'une inefficience du système de santé (la surconsommation d'antibiotiques observée en France par rapport aux autres pays européens), et sur la mise en œuvre d'un ensemble cohérent d'actions à destination du grand public (campagne télévisée, relais presse) et des professionnels (kits d'information pour les médecins...).

[78] Le déploiement de la campagne en 2002/2003 a généré une incontestable inflexion dans les comportements des prescripteurs, retracée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Evolution de la consommation d'antibiotiques en ville en doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 personnes et par jour

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Pays-Bas	9,8	9,8	9,7	10,5	10,8	11,0	11,2	
France	32,2	28,9	27,0	28,9	27,9	28,6	28,0	29,6
Grèce	32,8	33,6	33,0	34,7	41,1	43,2	45,2	

Source : ESAC et AFSSAPS (données française) / PQE Maladie – LFSS 2011, p.130

[79] L'action a été ensuite reconduite, sous des formes variées, dans les années suivantes, mais avec des effets beaucoup moins évidents : après avoir nettement décliné en 2003 et 2004, la consommation d'antibiotiques s'est stabilisée à un niveau certes inférieur de 3 à 4 points à ce qu'il était en 2002 mais toujours très supérieur à celui qui est observé dans la plupart des pays européens, alors que les effets des campagnes s'émeussent ; depuis 2009, la prescription d'antibiotiques n'est plus un objectif de gestion du risque de la CNAMTS.

[80] La CNAMTS reconnaît d'ailleurs volontiers qu'il existe une sorte de « cycle » pour ses programmes nationaux de gestion du risque : leur impact est maximal lors de leur lancement, puis on constate un effet d'usure des messages délivrés. L'efficacité structurelle (i.e. sur le long terme) des programmes de gestion du risque sur le comportement des acteurs apparaît donc relative, et suppose de renouveler régulièrement à la fois leurs thèmes et leurs approches – voire d'abandonner temporairement un thème afin d'éviter tout effet de saturation.

- L'impact économique

[81] Les programmes nationaux de gestion du risque forment l'essentiel des mesures de maîtrise médicalisée inscrites chaque année à l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), et dont la mise en œuvre fait l'objet de l'indicateur n° 4-6 du programme de qualité et d'efficacité (PQE) « maladie » de l'annexe 1 du PLFSS.

[82] Chaque action fait ainsi l'objet d'un objectif chiffré d'économies, qui est obtenu par différence entre l'évolution tendancielle du poste de dépenses concerné (i.e. sans action de l'assurance maladie) et le montant de dépenses prévu par l'assurance maladie en tenant compte de ses actions de maîtrise ; l'indicateur n° 4-6 du PQE Maladie donne ensuite le montant réel d'économies réalisé, en remplaçant la prévision de la CNAMTS par le montant effectif des dépenses concernées.

[83] Le tableau suivant présente de façon synthétique les résultats obtenus entre 2007 et 2009 sur les différents thèmes retenus par l'indicateur n°4-6 :

Tableau 4 : Synthèse du tableau de l'indicateur n°4-6 du PQE Maladie annexé au PLFSS 2011

En M€	2007	2008	2009
Convention avec les médecins libéraux (actions de maîtrise des prescriptions et de bon usage)	383	334	398
Kinésithérapeutes			55
Prescriptions hospitalières d'arrêts de travail et de transports		48	23
Accord pharmaciens d'officine (pénétration générique)	107	101	38
TOTAL	490	482	514
Objectif	683	635	660
Taux d'atteinte de l'objectif	69 %	76 %	78 %

Source : CNAMTS / PQE Maladie – LFSS 2011, p.141

[84] Ce tableau permet de constater que les actions de gestion du risque ont un véritable effet sur la progression des dépenses qu'elles visent à maîtriser, à hauteur de plusieurs centaines de millions d'euros. Il convient néanmoins de ne pas surdéterminer leur impact et leur efficacité au regard des grands enjeux de la régulation des dépenses de santé :

- tout d'abord, les chiffres qui figurent dans ce tableau correspondent à de moindres dépenses par rapport à une tendance : ce type d'évolution est évidemment difficile à apprécier, et suppose de nombreuses conventions, redressements, etc., que le document lui-même ne détaille pas ;
- ensuite, l'indicateur est pour partie tronqué, dans la mesure où il ne retrace que les économies réalisées, et pas les dépassements observés par rapport à la tendance initiale prévue dans l'annexe 9 du PLFSS ; ainsi, les actions pour lesquelles aucune économie n'a été réalisée (par exemple la maîtrise des dépenses d'II, dont la mission IGAS d'évaluation de la COG 2006-2009 note que ses résultats « ont cessé d'être positifs »¹⁰) figurent pour 0 M€ dans le tableau de l'indicateur n° 4-6, le dépassement éventuel n'étant enregistré nulle part ailleurs de façon spécifique ;
- enfin, le volume d'économies ainsi réalisé reste modeste au regard du déficit global de la branche maladie (-10,6 Mds d'euros de solde courant en 2009), mais aussi au regard de l'efficacité financière d'autres outils : ainsi, il est évident qu'une inflexion de la politique de prix du médicament pour promouvoir les génériques aurait un effet économique beaucoup plus significatif que les accords avec les pharmaciens d'officine, qui n'ont dégagé en 2009 que 38 M€ d'économies par rapport à la tendance.

¹⁰ *Op.cit.*, rapport de synthèse, p. 59.

1.2.3. Une notion que l'administration centrale du ministère de la santé a jusqu'à présent peu investi

- [85] Jusqu'à une époque récente, l'administration centrale du ministère de la santé a peu utilisé le terme de « gestion du risque » pour qualifier son approche de la régulation du système de santé. Cette situation s'explique pour partie par l'origine du terme, issu comme on l'a vu d'une réinterprétation par la CNAMTS d'un concept issu du monde de l'assurance. Dans un contexte où la répartition des compétences entre Etat et assurance maladie n'a cessé d'évoluer depuis au moins quinze ans, l'usage d'un terme aussi nettement associé à l'action de la CNAMTS soulevait évidemment des questions symboliques et institutionnelles qui en rendaient d'autant plus difficile son utilisation par le ministère.
- [86] Mais ce constat ne reflète pas qu'une simple question syntaxique : sur le fond, force est en effet de constater que sur le secteur du système de santé sur lequel il est le principal régulateur, i.e. sur le secteur hospitalier, l'Etat a peu utilisé l'approche de la gestion du risque dans l'exercice de sa fonction de régulation.
- [87] Il s'est concentré en effet dans les années récentes sur des questions structurelles portant d'une part sur le financement des établissements de santé, avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité (T2A) et la convergence des tarifs entre secteur privé et secteur public dans ce cadre et d'autre part sur leur gouvernance, avec la mise en place des pôles.
- [88] Ces évolutions sont évidemment très structurantes mais elles ne constituent pas des actions ou des programmes de gestion du risque, en ce sens que ni le déploiement de la T2A ni la mise en place des pôles ne visent en eux-mêmes à corriger une inefficience précise du système de santé. Ces réformes facilitent la mise en œuvre de telles actions ou de tels programmes, parce qu'elles offrent aux acteurs de nouveaux outils de connaissance médico-économique et de décision, mais elles ne dispensent pas les établissements et les institutions régulatrices (DGOS, ARH avant 2010, DHOS et ARS aujourd'hui) de conduire des études spécifiques pour repérer ces inefficacités, et identifier les leviers sur lesquels agir pour les réduire, avec le concours des structures d'expertise et d'appui tels que l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).
- [89] Dans cet esprit, la loi du 13 août 2004 a prévu la possibilité d'accords-cadres nationaux conclus entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'UNCAM et les fédérations représentatives des établissements de santé, en vue d'améliorer les pratiques hospitalières et de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Ces accords peuvent prévoir que les établissements de santé bénéficient individuellement ou collectivement du reversement d'une partie des dépenses évitées dans la limite d'un plafond de 50%, et peuvent ensuite être déclinés au niveau local par les ARH, en liaison avec les URCAM.
- [90] Un accord cadre national relatif au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé a ainsi été signé le 26 janvier 2006, puis a été décliné localement par les ARH. Des accords d'initiative locale d'amélioration des pratiques hospitalières ont également été signés sur le bon usage des prescriptions de transports.
- [91] Un autre dispositif, institué par l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale, prévoit la passation d'un contrat entre chaque établissement de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et l'ARH sur le bon usage des médicaments et des produits et prestations ; ce contrat prévoit des engagements généraux sur la sécurisation du circuit du médicament, et des engagements spécifiques sur les médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation. En cas de non-respect des dispositions du contrat, l'ARH peut décider de diminuer le taux de remboursement des médicaments et dispositifs de la liste en sus, sans que ce taux puisse être inférieur à 70%.

- [92] Mais les résultats financiers de ces actions, qui constituent bien des programmes de gestion du risque, sont mal connus, et, pour les actions sur lesquels des résultats ont été publiés, ceux-ci apparaissent modestes.
- Les accords sur les antibiotiques et les transports
- [93] La dernière source d'information disponible sur le déploiement de ces dispositifs est le PQE Maladie annexé au PLFSS 2010¹¹ :
- s'agissant des accords de bon usage sur les antibiotiques, pour l'année 2007 (derniers résultats connus), 133 établissements de santé (pour 733 établissements concernés) ont bénéficié d'un intéressement pour un montant total de 281 475 €;
 - s'agissant des accords de bon usage des transports, pour l'année 2007 (derniers résultats connus), 26 établissements de santé (pour 725 établissements concernés) ont bénéficié d'un intéressement pour un montant total de 259 124 €
- [94] Le document ne donne pas d'information sur les intéressements attribués en 2008, et le PQE annexé au PLFSS 2011 ne donne plus aucune information sur ces contrats, dont le suivi a disparu de l'indicateur n°4-7 qui concerne désormais les contrats de bon usage institués par l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale (cf. point suivant).
- [95] L'accord du 26 janvier 2006 n'est plus mentionné que de façon incidente dans le PQE, notamment dans les commentaires sur le deuxième sous-indicateur de l'indicateur n°4-3 relatif à la réduction de la consommation d'antibiotiques, qui, après avoir rappelé l'objectif de l'accord de 2006 de réduire de 10% sur trois ans la prescription d'antibiotiques dans les établissements de santé, notent qu'il « *n'est pas certain que la mise en place d'une politique active de bon usage au sein d'un établissement fasse baisser le nombre de DDJ plusieurs années de suite de façon importante ; c'est pourquoi l'objectif n'est pas la réduction elle-même de la consommation mais l'amélioration du bon usage des antibiotiques à l'hôpital* »¹².
- Les contrats de bon usage institués par l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale
- [96] Le PQE Maladie annexé au PLFSS 2011 fournit des données arrêtées à 2008 sur la mise en œuvre de ces contrats et sur leurs résultats :
- 1 349 établissements ont signé un contrat, et 1 274 ont bénéficié d'un remboursement à 100% des médicaments et dispositifs de la liste en sus ;
 - en 2008, 74 établissements avaient fait l'objet de sanctions, contre 79 en 2007 ; l'impact financier de ces sanctions s'élevait à 1 296 000 € en 2008, contre 1 789 000 € en 2009.
- [97] Le PQE ne donne pas d'information sur les données 2009 relatives à la mise en œuvre de ce dispositif. Il ne précise pas non plus l'impact global de ces contrats sur les dépenses de prescription de médicaments et de dispositifs médicaux de la liste en sus. Un rapport récent de l'IGAS sur l'évolution des dépenses de dispositifs médicaux laisse penser que cet impact est limité en ce qui concerne cette catégorie de prescriptions¹³.

¹¹ PQE Maladie annexé au PLFSS 2010, indicateur n°4-7, pp. 136-137.

¹² PQE Maladie annexé au PLFSS 2011, indicateur n°4-3, p. 132 ; cette formulation figurait également dans le PQE annexé au PLFSS 2010, p. 126.

¹³ Rapport RM2010-154P d'A. Garcia, A. Kiour et A. Morel, *Evaluation et maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux*, 2010.

1.3. Un enjeu conflictuel dans la préparation de la loi HPST

1.3.1. Deux schémas d'organisation

[98] Durant les travaux préparatoires à la loi HPST, la question de la responsabilité respective des futures ARS et de l'assurance maladie en matière de gestion du risque a été l'une des plus débattues. Elle a donné lieu à la formalisation de deux schémas d'organisation opposés : l'un, porté par la mission de Revue générale des politiques publiques (RGPP) Santé / Solidarité / Sports¹⁴, conduisant au rattachement aux ARS de la plupart des compétences et des moyens de l'assurance maladie en matière de gestion du risque, et l'autre, porté par le rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les ARS¹⁵, qui proposait de confier la gestion du risque en région à une direction régionale de l'assurance maladie distincte de l'ARS.

1.3.1.1. Toute la GDR aux ARS : le scénario du rapport RGPP Santé

[99] Dans sa partie consacrée à l'analyse du « *Domaine Offre de soins* », le rapport RGPP Santé reprend les constats du rapport Picq de 1993 et du rapport de la Cour des Comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui, à quinze ans d'écart et dans des contextes pourtant très différents, faisaient tous deux le constat d'un manque de clarté dans la répartition des pouvoirs entre l'Etat et l'assurance maladie en matière de « *maîtrise globale du système de soins* ». Plus précisément, le rapport relève que, au niveau national, « *la loi du 13 août 2004 a renforcé le bicéphalisme Etat/assurance maladie* » et que, au niveau territorial, « *les mécanismes de coordination entre les acteurs s'avèrent inefficients et deviennent illisibles pour les professionnels de santé* ». Le rapport explique cette situation en relevant notamment que la « *définition de la gestion du risque extensive* [introduite par la COG 2006-2009] *conduit l'assurance maladie et l'Etat à intervenir sur les mêmes domaines* ».

[100] Pour remédier à cette situation, le rapport propose de « *revenir à une compréhension moins extensive du concept de gestion du risque* », en distinguant

- « *les activités visant à l'exécution et au respect d'un ensemble de droits et de devoirs à effets individuels* » (liquidation, contrôles/contentieux, accès aux droits), qui « *doivent relever de la responsabilité des services de l'assurance maladie* » ;
- « *les activités de régulation ayant des effets d'ordre systémique, sur des populations* » (modification des pratiques professionnelles, organisation des soins, prévention), qui « *doivent relever de la responsabilité de l'ARS* ».

[101] Le schéma d'organisation proposé pour les ARS prévoyait en conséquence le transfert vers les ARS de la totalité des effectifs des URCAM et des services Offre de soins des CRAM, ainsi qu'un rattachement fonctionnel ou hiérarchique, selon les scénarios, des agents des CPAM et des DRSM en contact avec les professionnels de santé.

¹⁴ Rapport RGPP Santé, solidarité, sports (document de présentation au Comité de suivi du 15 janvier 2008 et son annexe détaillée) présenté par P. Ritter, décembre 2007.

¹⁵ Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les ARS présenté par Y. Bur, AN, n°2008-697, février 2008.

1.3.1.2. Toute la GDR à l'assurance maladie : le scénario proposé par le rapport de la mission de l'Assemblée nationale sur les ARS

- [102] Partant d'un constat identique (« *l'organisation cloisonnée du pilotage de notre système de santé et la mauvaise répartition des responsabilités entre l'Etat et l'assurance maladie engendrent des pertes d'efficience* »), le rapport de la mission de l'Assemblée nationale sur les ARS propose « *un choix stratégique fondamental* » en ce qui concerne la gestion du risque :
- soit la réunion au sein de l'ARS des fonctions d'organisation de l'offre de soins et de régulation des dépenses de santé ; le rapport souligne alors que « *si la gestion du risque est confiée aux ARS, il paraît indispensable d'unifier complètement le pilotage national du système de santé, avec un véritable Agence nationale de santé* » ;
 - soit la répartition organisée au niveau régional des fonctions d'organisation de l'offre de soins et de régulation des dépenses entre l'ARS (organisation de l'offre de soins) et une direction régionale de l'assurance maladie (DiRAM) à créer (gestion du risque).
- [103] Entre ces deux options, le rapporteur privilégie la seconde, considérant que le premier scénario « *conduit soit à une étatisation de fait de l'assurance maladie, soit à une gouvernance qui risque de s'avérer instable* » (en particulier du fait du double rôle d'organisateur et de régulateur de l'offre de soins qu'auraient alors les ARS). Le second scénario, en revanche, aurait le mérite, d'une part, d'organiser une séparation vertueuse entre l'assurance maladie, chargée des fonctions de remboursement avisé des soins, et l'autorité en charge de la planification de l'offre de soins et de la gestion du service public hospitalier et, d'autre part, de reconfigurer sur une base régionale plus efficace le réseau de l'assurance maladie.
- [104] Les débats auxquels ce rapport a donné lieu au sein de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, qui sont retracés en annexe au rapport¹⁶, révèlent une grande variété de positions sur cette question du partage de responsabilité entre les ARS et l'assurance maladie en matière de gestion du risque et, *in fine*, l'absence d'un schéma d'organisation consensuel.
- [105] Les modifications que la discussion parlementaire sur la loi HPST a apportées sur ce point au projet initial du gouvernement témoignent de la persistance de ces visions divergentes, et du fait que, *in fine*, aucune n'a réellement prévalu dans la version définitive de la loi.

1.3.2. Un dénouement ambigu dans la loi et ses textes d'application

1.3.2.1. Le projet initial du gouvernement

- [106] Le texte initial du gouvernement affirmait nettement le rôle des agences régionales de santé sur la gestion du risque : ces dernières devaient en effet « *définir et mettre en œuvre, avec le concours des organismes d'assurance maladie et de la CNSA, des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé, qui regroupe les actions visant à ce que soient améliorés les modes de recours aux soins des patients et les pratiques des professionnels soignants, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux, et à ce que soient respectées les dispositions réglementaires et conventionnelles relatives à l'exercice des professions de santé* ».
- [107] Pour ce faire, elles devaient arrêter un « *programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé* » avec les organismes locaux d'assurance maladie, tout en intégrant les actions de ces derniers dans le cadre des directives de leur organisme national. Les modalités de leur contribution à ce programme pluriannuel avaient vocation à être précisées dans leur CPG.

¹⁶ *Op.cit.*, pp. 143-148.

[108] Pour autant, la loi ne modifiait pas les compétences des organismes nationaux d'assurance maladie en matière de gestion du risque, telles qu'issues de la loi du 13 août 2004. La logique initiale de la loi reposait donc sur l'affirmation du niveau régional comme niveau d'exercice de droit commun de la politique de gestion du risque, sous l'égide des ARS, mais sans faire disparaître l'autonomie d'action des régimes d'assurance maladie, à travers les pouvoirs que leur organisme national conservait sur ce domaine.

[109] Au niveau national, le projet de loi ne prévoyait aucun mécanisme spécifique pour organiser la coordination entre l'action des organismes nationaux d'assurance maladie et l'administration centrale en charge de la santé et de la sécurité sociale sur le domaine de la gestion du risque. De plus, au niveau régional, bien qu'à l'origine des directives et orientations que les organismes locaux devaient intégrer dans le « *plan pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé* », les caisses nationales n'étaient pas parties à ce plan, et n'intervenaient dans le processus qu'en aval, à travers les CPG, censés définir la contribution de chaque organisme de base à la mise en œuvre de ce plan, mais auxquels, cette fois-ci, il n'était pas prévu que les ARS soient parties.

1.3.2.2. Le texte définitif

[110] La discussion parlementaire a substantiellement modifié le projet initial du gouvernement. Tout d'abord, la notion de « *gestion du risque assurantiel en santé* », qui conduisait à rendre officiellement compétentes les ARS sur une matière assurantielle, a été simplifiée en « *gestion du risque* », et l'article L 1431-2 du code de la santé publique limite désormais les compétences de l'ARS en la matière à la mise en œuvre « *des actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux* ».

[111] De plus, le texte définitif de la loi a introduit des dispositions relatives au pilotage national des ARS et à l'organisation des relations au niveau national entre l'Etat et l'assurance maladie sur le champ de la gestion du risque :

- un conseil national de pilotage est chargé de veiller « *à la cohérence des politiques [que les ARS] ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque* » et de valider les objectifs de ces politiques (art. L 1433-1 du code de la santé publique) ;
- un contrat entre l'Etat et l'UNCAM a par ailleurs été introduit, afin de déterminer « *les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'UNCAM visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins* » et à définir « *les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires* » ; le texte dispose ensuite que « *les programmes nationaux de gestion du risque sont élaborés conformément aux objectifs [ainsi] définis* » (I. de l'article L 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale).

[112] Enfin, la loi consacre l'existence des « *programmes nationaux de gestion du risque* », sans limiter cette notion à la seule assurance maladie, dans la mesure où ces programmes nationaux sont évoqués après la phrase qui indique que le contrat Etat-UNCAM définit « *les actions mises en œuvre [...] par chacun des signataires* » pour atteindre les « *objectifs pluriannuels de gestion du risque* » évoqués au premier alinéa.

[113] Dans le cadre des orientations du contrat, les programmes nationaux ainsi définis doivent ensuite être pris en compte au niveau régional par les ARS dans l'élaboration de leur PRGDR.

- [114] En définitive, la loi fait de la gestion du risque un domaine doublement partagé :
- entre les ARS et l'assurance maladie dont les missions se recoupent explicitement sur un certain nombre de thèmes (par exemple en ce qui concerne les pratiques des professionnels de santé et l'organisation des établissements, qui figurent explicitement parmi les missions des ARS citées par l'article L 1431-2 du code de la santé publique, comme de l'assurance maladie, selon le I. de l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale qui définit le périmètre du contrat Etat-UNCAM) ;
 - entre le niveau national et le niveau régional, dans la mesure où la loi n'explicite pas les thèmes, les outils ou les domaines qui par nature doivent faire l'objet d'un « *programme national de gestion du risque* » ou d'une « *action régionale complémentaire* ».
- [115] Au niveau régional, le PRGDR est donc l'addition de trois types d'actions qui se distinguent par leur mode de mise en œuvre et non par leur domaine d'intervention :
- les actions conduites par les organismes de l'assurance maladie dans le cadre des programmes nationaux évoqués au point précédent ;
 - les actions éventuellement définies par l'Etat au niveau central dans le cadre de ses propres programmes nationaux ;
 - les actions complémentaires régionales impulsées par les ARS.
- [116] La contribution des organismes locaux de l'assurance maladie au PRGDR fait l'objet d'une contractualisation avec l'ARS et est intégrée dans les CPG de ces organismes. Un décret du 18 mai 2010 est venu préciser les modalités d'élaboration et de conduite du PRGDR entre les ARS et l'assurance maladie et le contenu du contrat entre l'ARS et chacun des organismes d'assurance maladie de sa région. Le principal apport de ce décret est de prévoir la création d'une commission régionale de la gestion du risque réunissant sous la présidence du directeur de l'ARS tous les organismes d'assurance maladie dans le ressort de l'agence, ainsi qu'un représentant des organismes complémentaires désigné par l'UNOCAM, et qui a pour rôle de valider le PRGDR et d'en suivre la mise en œuvre et l'actualisation.
- [117] Cette commission régionale peut siéger en formation restreinte avec les seuls représentants régionaux des trois régimes d'assurance maladie : le rôle du directeur coordonnateur de la gestion du risque du régime général est donc ainsi implicitement reconnu dans l'animation de la politique de gestion du risque au niveau régional. Mais cette reconnaissance implicite ne va pas jusqu'à lui permettre de cosigner les contrats que l'ARS doit passer avec les CPAM et DRSM de la région. Ce mouvement de régionalisation de la gestion du risque au sein du réseau de l'assurance maladie est en effet regardé avec une certaine circonspection par le ministère de la santé, qui a formulé sur ce point précis une réserve au texte du projet de convention d'objectifs et de gestion 2010-2013 de la branche maladie.
- [118] Ce détail montre que, jusque dans ses textes d'application, le schéma dessiné par la loi HPST en matière de gestion du risque est le fruit d'un compromis, et que ce compromis demeure relativement conflictuel.

1.4. *L'application de la loi*

1.4.1. **Le cadrage national de la politique de gestion du risque**

1.4.1.1. Une multiplicité de documents de cadrage de la politique nationale de gestion du risque a été produite en 2010

- Rappel : les textes applicables

[119] Aujourd'hui, quatre séries de textes forment le cadre national de la politique de gestion du risque après l'entrée en vigueur de la loi HPST :

- l'article L 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale qui définit du champ du contrat Etat-UNCAM ;
- l'article L 1431-2 du code de la santé publique qui définit les compétences des ARS, ainsi que l'article L 1434-14 qui introduit la notion de PRGDR ;
- l'article L 1433-1 du code de la santé publique qui définit les compétences du conseil national de pilotage des ARS ;
- les articles L 221-3 et L 182-2 et suivants du code de la sécurité sociale qui continuent de définir les pouvoirs de la CNAMTS et de l'UNCAM issus de la loi du 13 août 2004, ainsi que l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale sur le champ de la COG de la branche maladie, puisque ceux-ci n'ont pas été modifiés par la loi HPST¹⁷.

- Leur application : cinq documents de cadrage en six mois

[120] Depuis janvier 2010, cinq documents-cadres différents ont ainsi été produits sur la politique nationale de gestion du risque (en excluant les documents ponctuels ou thématiques produits par ailleurs par les acteurs, par exemple les plans nationaux de gestion du risque pour 2010 de la CNAMTS ou les quelques objectifs spécifiques en matière de gestion du risque des projets de CPOM ARS) :

- le plan national d'action UNCAM 2010 (février 2010) ;
- les orientations du conseil de la CNAMTS sur la gestion du risque, pour la COG 2010-2013 (mars 2010) ;
- le projet de contrat Etat-UNCAM (juillet 2010) ;
- le projet de convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS (juillet 2010) ;
- la circulaire aux ARS « Objectifs GDR 2010 » (juillet 2010).

[121] La loi n'est guère explicite sur la façon dont ces différents documents sont censés s'articuler les uns avec les autres (et sur leur enchaînement logique) :

- le plan national d'action de l'UNCAM n'est pas évoqué par le code de la sécurité sociale ; il est l'héritier de l'ancien plan national inter-régime (PNIR), et son élaboration est le fruit d'un processus purement interne à l'UNCAM, sans concertation avec le ministère – alors qu'il touche des sujets sur lesquels la compétence est partagée (par exemple l'organisation des soins) ;
- les dispositions relatives au contrat Etat/UNCAM ne font pas mention de son articulation avec les COG des caisses nationales d'assurance maladie membres de l'UNCAM, qui n'en sont pas signataires ; surtout, cette disjonction entre le contrat et les COG, notamment celle de la CNAMTS, ne permet pas de compléter la discussion sur les objectifs du contrat Etat/UNCAM par une discussion sur les moyens associés¹⁸ ;

¹⁷ A l'exception, naturellement, des textes qui évoquaient les relations entre l'UNCAM et les URCAM, désormais intégrées au sein des ARS.

¹⁸ Ce point a déjà été souligné par le rapport IGAS n°RM2009-133P précité, ainsi que par le rapport de la mission RGPP2 Santé-Jeunesse & Sports de décembre 2009.

- par ailleurs, la loi est peu précise sur la nature des engagements de l'Etat qui ont vocation à figurer dans son contrat avec l'UNCAM ; en particulier, elle n'évoque pas de façon explicite le lien entre ce contrat et l'action des ARS, et donc avec l'intervention du CNP ;
- enfin, il n'est pas certain que les conséquences de l'innovation importante que constitue, sur le plan théorique comme sur le plan pratique, la définition de « programmes nationaux de gestion du risque » de l'Etat destinés à être mis en œuvre par les ARS dans le cadre des orientations du contrat Etat-UNCAM aient été complètement perçues par ses concepteurs (cf. *infra*).

[122] En 2010, faute que la loi leur fournisse un mode opératoire précis, les acteurs ont donc dû organiser empiriquement l'articulation de ces différentes démarches, qui se sont enchaînées de la façon suivante : l'UNCAM a tout d'abord adopté en février un document très général sur les objectifs de GDR des trois régimes ; la CNAMTS a ensuite à la fois précisé et élargi les éléments la concernant du plan d'action UNCAM en faisant arrêter par son conseil en mars 2010 ses orientations pour la gestion du risque, dans la perspective de la négociation de sa COG ; puis ces orientations ont servi de trame à la partie GDR de son projet de COG, dont le contenu a été négocié parallèlement à la négociation du contrat Etat/UNCAM et à l'arbitrage de 10 priorités nationales de gestion du risque à l'intention des ARS ; ces deux derniers documents ont fait l'objet d'un examen et d'une validation du CNP.

1.4.1.2. Un réel effort de coordination, qui ne fait pas disparaître la complexité et le manque de lisibilité d'ensemble du dispositif

[123] Ce processus est lourd et fragile : l'existence de documents différents sur des champs quasi-identiques (notamment le contrat Etat-UNCAM, la partie GDR de la COG CNAMTS et les orientations GDR des ARS telles que précisées dans la circulaire du 19 juillet) multiplie à la fois la charge de travail pour les équipes chargées de les préparer et les risques de tensions ou d'incohérence entre institutions lorsque les opérations ne sont pas parfaitement coordonnées (cf. *infra*, sur le calendrier de lancement du PRGDR). En outre, ces processus multiples sont peu lisibles pour les acteurs extérieurs, notamment au niveau local, comme la mission a pu s'en apercevoir lors de ses échanges avec les responsables des ARS et les directeurs coordonnateurs de la gestion du risque de l'assurance maladie : chaque texte est étudié et comparé avec les autres, et les moindres incohérences ainsi relevées suscitent interrogations et interprétations.

[124] Pour autant, force est de constater que les documents ont effectivement été produits, avec un réel effort de mise en cohérence ; les processus d'arbitrage au sein du ministère et entre le ministère et la CNAMTS ont relativement bien fonctionné : même si la loi ne lui imposait pas de le faire, le CNP s'est saisi de façon pragmatique du dossier du contrat Etat/UNCAM, dont il a perçu à juste titre le lien avec l'action des ARS. Le contrat ainsi obtenu est sans doute trop touffu et devra être simplifié par la suite, mais ses priorités sont dans l'ensemble cohérentes à la fois avec celles du projet de COG de la branche maladie et avec les dix priorités nationales de gestion du risque assignées aux ARS, même si celles-ci n'y sont pas mentionnées en tant que telles (ni dans la COG, du reste).

[125] Mais la faiblesse de ce processus est que, en définitive, tout a reposé sur la bonne volonté des acteurs, et non sur un processus robuste d'arbitrage. L'état du dossier en octobre 2010 souligne bien *a contrario* que, même si la loi ne le précise pas, toutes ces démarches sont liées : l'absence de signature de la COG de la CNAMTS a entraîné le blocage du contrat Etat/UNCAM, ces deux événements compliquant la mise en œuvre du PRGDR en région.

1.4.2. Le lancement des programmes régionaux de gestion du risque dans les ARS

[126] La mise en œuvre des nouvelles dispositions de la loi HPST sur l'organisation de la gestion du risque en région a été progressive, et n'a pu véritablement débuter qu'après la clarification entre l'Etat et l'assurance maladie du cadrage national de cette politique et de ses modalités de mise en œuvre.

1.4.2.1. Une initialisation difficile

[127] En pratique, la politique de gestion du risque dans les régions est demeurée « l'affaire de l'assurance maladie » jusqu'au milieu de l'année 2010. En effet, les préfigureurs ARS étaient fort naturellement concentrés sur la mise en place des nouvelles structures, et n'ont donc pas cherché à investir un champ sur lequel les entités issues de l'Etat (DDASS, DRASS, ARH) étaient jusqu'alors peu mobilisées.

[128] Au contraire, pour les organismes de l'assurance maladie, les chantiers de gestion du risque n'ont été interrompus ni par l'entrée en vigueur de la loi HPST, ni, s'agissant du régime général, par la fin de la COG 2006-2009 : la CNAMTS a ainsi mis à jour au début 2010 ses programmes nationaux de gestion du risque, et a communiqué aux organismes du réseau par une lettre-réseau du 6 mai 2010 leurs nouvelles cibles CPG pour l'année en cours :

Tableau 5 : Objectifs 2010 « Gestion du risque » des CPAM et des DRSM

Thèmes identifiés « Gestion du risque »	Objectifs CPAM (total = 400 pts)	Objectifs DRSM (total = 800 pts)
Maîtrise médicalisée	8 objectifs de résultat	14 objectifs de résultats (dont les 8 assignés aux CPAM)
Contrôle/contentieux	2 objectifs de résultat	2 objectifs de moyens
Accompagnement des professionnels de santé	2 objectifs de moyens	
CAP1	1 objectif de moyens / 1 objectif de résultat	1 objectif de résultat (idem CPAM)
Maîtrise médicalisée en entreprise	1 objectif de moyens	
Recours contre tiers	1 objectif à formaliser	
Prévention	2 objectifs de moyens	
Autre (RCT indicateur composite)		1 objectif à formaliser

Source : CNAMTS, lettre-réseau du 6 mai 2010, retraitée par la mission

[129] Par contre, la mission a pu constater à l'occasion de ses déplacements en région que, compte tenu de la perspective d'intégration de l'URCAM au sein de l'ARS et tant que le contrat Etat/UNCAM n'était pas signé, dans certaines régions (Poitou-Charentes, Bourgogne) les organismes de l'assurance maladie (régime général) avaient décidé de suspendre leur participation aux actions de gestion du risque que l'URCAM avait programmées pour 2010 en complément des programmes nationaux de la CNAMTS.

- [130] Un autre élément de perturbation dans l'initialisation de la démarche PRGDR en 2010 a été le fait que les premières instructions en la matière sont intervenues avant la publication du décret d'application de la loi HPST sur le PRGDR, et alors que le contrat Etat / UNCAM et la COG étaient encore en cours de négociation. Dans ce contexte, la présentation au CNP d'une note de méthode sur la préparation du PRGDR¹⁹ et sa diffusion subséquente aux ARS a suscité des critiques de la part de la CNAMTS, qui a indiqué à son réseau qu'elle n'avait pas validé le contenu de ce document en CNP.
- [131] Les éléments de méthode et de calendrier prévus par cette note n'ont donc pas pu être respectés par les ARS : elle prévoyait une initialisation de la démarche PRGDR dès avril 2010, une phase de diagnostic régional en mai-juin, une phase d'élaboration concertée des actions de GDR et du contenu des contrats ARS-organismes d'assurance maladie jusqu'en septembre, pour une signature du PRGDR et des contrats en octobre.
- [132] Dans la réalité, les premières réunions de travail ARS/assurance maladie sur le PRGDR n'ont été tenues au plus tôt qu'à la fin mai, c'est-à-dire après la sortie du décret du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque, et alors que les négociations sur le contrat Etat/UNCAM et sur la COG étaient déjà bien avancées. Et ce n'est qu'après la diffusion de la directive interministérielle aux ARS sur les priorités de gestion du risque 2010 validée par le CNP du 9 juillet 2010 que les travaux sur la PRGDR ont vraiment débuté en région.

1.4.2.2. Une approche pragmatique de la GDR en ARS : les « 10 priorités »

- [133] L'objectif de la directive du 19 juillet 2010 était de donner un contenu concret aux dispositions de la loi HPST et du décret du 18 mai 2010 sur le PRGDR. Après avoir rappelé les trois types d'actions ayant vocation à figurer dans le PRGDR (cf. *supra*, 1.3.2.2. : les actions des plans nationaux de l'assurance maladie, les actions des programmes nationaux propres aux ARS et les actions locales complémentaires), la circulaire rappelle les principaux programmes mentionnés dans le plan national d'action de l'UNCAM, i.e. les programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie (transports, prescription de médicaments et de kinésithérapeutes, indemnités journalières...), certaines actions de contrôle (ALD-Bizone) et les principaux programmes de prévention (dépistage des cancers, prévention bucco-dentaire, vaccination grippe, etc...).
- [134] La circulaire détaille ensuite les dix priorités spécifiquement assignées aux ARS au titre des actions nationales de GDR à inscrire dans les PRGDR. La directive précise pour chacun de ces 10 programmes le service d'appartenance du chef de projet, donne un descriptif sommaire de l'action et, dans la plupart des cas, une cible d'économies attendue sur 2010 et 2011²⁰.

¹⁹ Note « Préparation du programme régional de gestion du risque (PRGDR) et des contrats liant l'ARS aux organismes et services de l'assurance maladie de son ressort » du 31 mars 2010.

²⁰ Le contenu et les modalités de mise en œuvre de ces « dix priorités » sont analysés infra, au point 2.2.4.

Tableau 6 : Les 10 priorités nationales de gestion du risque 2010-2011 pour les ARS

Programme	Eco 2010	Eco 2011
Transports sanitaires (DSS)	90 ²¹ M€	90M€
Prise en charge IRC (DSS)	30M€	100M€
Liste en sus (DSS)	90M€	90M€
Médicaments hospitaliers exécutés en ville (UNCAM)	20M€	60M€
Imagerie médicale (UNCAM)	100 M€ ²²	100M€
Chirurgie ambulatoire (DGOS)	30M€	50M€
Efficiences des EHPAD (DSS)	Favoriser une organisation et une utilisation des ressources efficaces dans les EHPAD	
Prescription dans les EHPAD (DSS)	Maîtriser la dynamique des prescriptions en EHPAD	
SSR (DGOS)	Respecter les enveloppes SSR définies ds l'ONDAM	
PDS ambulatoire et urgences (DGOS)	Maîtriser la progression des dépenses de PDS ambulatoire et d'urgences hospitalières (<3%/an)	
TOTAL	360M€	490M€

Source : Directive du CNP du 19 juillet 2010

[135] S'agissant des actions régionales spécifiques, la directive indique qu'elles ne sont pas prioritaires au regard des dix chantiers précédents et recommande par ailleurs de ne s'en préoccuper véritablement qu'une fois le projet régional de santé adopté par les ARS, c'est-à-dire au plus tôt courant 2011. La diffusion de ces dix priorités validées par les membres du CNP a donné aux ARS et aux organismes locaux d'assurance maladie une base de travail, qui a nourri l'essentiel des échanges lors des premières commissions régionales de gestion de risque et des réunions de travail qui les ont suivies. Elle a ainsi permis de lancer véritablement la démarche de préparation du PRGDR. Par contre, faute d'un cadrage national de son contenu par les services du ministère et de la CNAMTS, aucune ARS n'a signé de contrat avec les organismes locaux d'assurance maladie de sa région.

1.4.2.3. Un pilotage national en cours de structuration

[136] L'initialisation des travaux sur le PRGDR permet en outre de mesurer concrètement les questions que soulèvent, d'une façon générale, l'animation du réseau des ARS par l'administration centrale du ministère de la santé et, de façon spécifique, l'appropriation par les ARS de la notion de gestion du risque, et le concours que doivent leur apporter dans cette perspective les services du ministère, notamment l'équipe en charge du pilotage des ARS au sein du Secrétariat Général.

➤ La GDR : une priorité insérée dans le dispositif général de pilotage des ARS

- L'alignement stratégique : l'articulation entre les documents de cadrage national de la gestion du risque et les documents de cadrage nationaux et régionaux de l'action des ARS

[137] Comme on l'a vu *supra*, la politique de gestion du risque a donné lieu à l'établissement de nombreux documents de cadrage national destinés à articuler l'action de l'Etat et de l'assurance maladie sur ce domaine partagé. L'articulation de ces documents les uns avec les autres est déjà loin d'être évidente, mais il convient de rappeler que, du point de vue des ARS, la gestion du risque n'est qu'une mission parmi d'autres. Or, en général, les autres missions des ARS doivent elles-mêmes donner lieu à l'établissement d'autres documents de cadrage national (par exemple la méthodologie nationale de préparation des SROS) ou à l'élaboration de documents stratégiques régionaux, dont le plus important est naturellement le projet régional de santé.

²¹ Ces 90 M€ sont communs avec les économies sur les transports sanitaires des programmes nationaux de l'UNCAM.

²² Dont baisse tarifaire.

[138] Ces documents n'ont pas encore été tous produits. Leur production et leur contenu devront nécessairement être articulés, sous l'égide du CNP (pour la définition et la hiérarchisation des priorités et des objectifs) et du Secrétariat général, en lien avec les directions métier (pour la déclinaison opérationnelle des priorités et des objectifs au travers des CPOM et du suivi des grands chantiers des ARS).

- L'animation du réseau : l'insertion de la gestion du risque dans les outils de pilotage opérationnel des ARS

[139] Le principal outil de pilotage opérationnel des ARS sera leur contrat pluriannuel objectifs-moyens (CPOM), dont le contenu, les objectifs et les indicateurs associés font encore l'objet de discussion au niveau national. Pour le moment, 40 indicateurs ont été retenus, mais leur lien avec les missions des ARS sur la gestion du risque est encore imparfait :

- la mise en œuvre du PRGDR fait l'objet d'un indicateur particulier qui se présente en réalité comme un agrégat (« taux de réalisation du PRGDR ») dont les composantes restent à construire ;
- deux thèmes des dix priorités font par ailleurs chacune l'objet d'un indicateur spécifique parmi les 40 : taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (indicateur CPOM n°6.4), part des patients traités par dialyse péritonéale / patients dialysés (indicateur CPOM n°6.5) ;
- hormis ces deux thèmes et celui des transports, pour lequel la CNAMTS a développé un indicateur CPG, les sept autres priorités GDR 2010 ne font pas l'objet d'un indicateur (ni a fortiori d'un objectif) régionalisé ;
- enfin, d'une manière générale, les différents indicateurs CPOM ne sont pas pondérés les uns par rapport aux autres ; la « part » de la gestion du risque dans les objectifs stratégiques des ARS n'est donc pas valorisée (si l'on rapporte le nombre d'indicateurs liés à des actions PRGDR sur le total des indicateurs CPOM, cette « part » représente $3/40 = 7,5\%$ des objectifs, mais faute de pondération, ce chiffre n'a en réalité aucune signification managériale).

- L'outillage du PRGDR : objectifs et indicateurs régionaux

[140] Enfin, s'agissant de la politique de gestion du risque elle-même, la définition de cibles nationales par la circulaire du 19 juillet 2010 n'a de sens, s'agissant de programmes qu'il est demandé aux ARS de mettre en œuvre au niveau régional, que si ces cibles nationales sont elles-mêmes déclinées en cibles régionales.

[141] Cette approche est nouvelle pour les entités de l'Etat aujourd'hui réunies au sein des ARS (DDASS, DRASS, ARH), dont le pilotage par le niveau national ne donnait pas toujours lieu à l'établissement d'objectifs ; ou alors, lorsque des objectifs leur étaient définis, ceux-ci étaient le plus souvent budgétaires (objectifs d'allocations de moyens et de consommations de crédits) ou de moyens (procédures à mettre en œuvre, etc.), mais pas sur un niveau de dépenses hors du budget de l'Etat. Les ARS attendent donc une déclinaison régionale des objectifs d'économies qui leur sont assignés collectivement par la circulaire du 19 juillet.

[142] Par ailleurs, une fois ces objectifs définis, il serait souhaitable que les ARS puissent les suivre en infra-annuel, afin de pouvoir déterminer des actions correctives en cours d'année, et ainsi réellement piloter la mise en œuvre des programmes.

[143] Tous ces chantiers nécessitent un appareillage statistique et de systèmes d'information qui n'existe pas encore dans la structure de pilotage des ARS, ni même, d'une manière générale, au sein de l'administration centrale du ministère de la santé.

*

* * *

- [144] La mission de l'IGAS intervient dans ce cadre marqué du poids du souvenir encore récent des débats autour de la loi HPST et des compromis auxquels ils ont donné lieu. De plus, la mission a constaté que, encore aujourd'hui, la notion même de gestion du risque n'est pas entendue de la même manière par tous les acteurs, au niveau national et au niveau régional. Or cette question de définition est tout sauf anodine car elle masque en général de lourds enjeux interinstitutionnels à propos desquels, comme on l'a vu, la loi n'offre pas toujours de réponse claire.
- [145] Dans un tel contexte, l'approche retenue par la circulaire du 19 juillet 2010, en désignant une dizaine de chantiers concrets à investir, permet de dépasser ces difficultés en invitant les acteurs à travailler sur des problématiques qui, pour la plupart, requièrent pour être traitées une approche coordonnée de l'action l'Etat et de celle de l'assurance maladie. Ces dix priorités jouent ainsi le rôle de « banc-test » de la coopération entre les ARS et les organismes d'assurance maladie sur le champ de la gestion du risque, et c'est dans cet esprit que la mission a abordé ses investigations en région.
- [146] Mais, avant de s'interroger ainsi sur les questions et les problèmes que soulève la mise en œuvre des « 10 priorités », compte tenu du flou qui demeure sur le périmètre, les outils et les finalités de la gestion du risque dans l'esprit de beaucoup d'acteurs du système, notamment au sein des services de l'Etat, il paraît indispensable de revenir au préalable sur cette notion, afin de bien en expliciter tous les enjeux et les implications opérationnelles.

2. LA GESTION DU RISQUE EN ARS : UN ENJEU ESSENTIEL POUR LE SUCCES DE LA LOI HPST

2.1. Retour sur la notion : de quoi parle-t-on ?

- [147] Il convient tout d'abord de relativiser l'idée selon laquelle il n'existerait pas de définition consensuelle de la gestion du risque.
- [148] En effet, en tous cas parmi les acteurs du niveau national, les nombreuses interrogations sur la définition exacte du concept que la mission a entendues lors de ses entretiens renvoyaient moins à une incapacité à donner une définition *théorique* à la gestion du risque qu'à la difficulté de donner à cette définition théorique une traduction *juridique* (c'est-à-dire permettant de justifier un découpage institutionnel des responsabilités) : ce qui est regretté est moins l'absence d'une définition du concept dans la loi (en l'occurrence, les articles relatifs au champ du contrat Etat/UNCAM et aux compétences des ARS en donnent tous les deux une version, comme on l'a vu *supra*), que le fait que ces définitions ne permettent pas de répartir précisément les compétences respectives de l'Etat et de l'assurance maladie sur cette question, et donc d'éviter les conflits inter-institutionnels.
- [149] La situation n'est pas la même dans les ARS, notamment parmi les agents de l'Etat : en effet, les collaborateurs des DDASS, DRASS et ARH n'ont eu, dans le meilleur des cas, qu'un contact indirect avec le concept de gestion du risque tel qu'il s'est développé et a été enrichi dans les années 2000, à travers leurs contacts ponctuels avec les organismes d'assurance maladie et la connaissance qu'ils ont pu avoir des actions que ces dernières menaient dans ce cadre. De plus, la notion fait souvent l'objet d'un contre-sens lorsqu'elle est confondue avec la « gestion des risques » (risque transfusionnel, risque nosocomial, risque environnemental, etc.) qui a constitué l'une des thématiques des DDASS et DRASS et des ARH dans la période récente.

[150] Les deux notions ne sont pas étrangères l'une à l'autre : en effet, l'existence de dysfonctionnements dans les procédures, l'absence de souci de la qualité des pratiques, le défaut de précaution, etc., qui sont les phénomènes que les politiques de gestion *des* risques visent à combattre, ont des conséquences sur la santé des populations, sont révélateurs d'organisations inefficaces et dangereuses, etc., toutes choses que la politique de gestion *du* risque s'efforce également de traquer. Mais confondre les deux démarches ne permet pas de comprendre ce que l'approche de la gestion du risque a de réellement spécifique. Cette spécificité peut être caractérisée de deux manières, qui sont complémentaires :

- la gestion du risque comme « état d'esprit » : ses finalités ;
- la gestion du risque comme activité : ses modalités de mise en œuvre.

2.1.1. La gestion du risque comme « état d'esprit »

[151] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont insisté sur l'idée selon laquelle la gestion du risque, avant d'être une politique à mettre en œuvre par les ARS, était avant tout un « état d'esprit » qu'elles devraient diffuser en leur sein, dans toutes leurs activités. Et, de fait, avant d'être une collection d'outils et de programmes, une politique de gestion du risque repose sur quelques principes simples et spécifiques :

- a) l'objectif de la gestion du risque est **l'amélioration de l'efficacité du système de santé**, c'est-à-dire de son rapport coût / qualité dans un contexte de financement contraint, en promouvant les modes de prise en charge, d'organisation, etc. les plus coûts-éfficaces et en luttant contre les facteurs de non-qualité au sein du système de santé ;
- b) pour atteindre cet objectif, la gestion du risque s'appuie sur une méthode :
 - l'articulation d'une macro-analyse des dépenses de santé (évolutions, disparités, etc.), afin d'identifier les postes d'inefficacité en leur sein et d'une micro-analyse des comportements des acteurs à l'origine de ces évolutions et des leviers pouvant être employés pour les faire évoluer : **tout part d'une analyse des dépenses** ;
 - la recherche d'une **validation scientifique** des bonnes pratiques ou des référentiels de comportement permettant de corriger les inefficacités détectées à l'étape précédente ;
 - le **développement d'outils et de programmes** pour corriger ces inefficacités ; ces outils peuvent être d'une nature très variées (cf. point suivant : les modalités de mise en œuvre de la gestion du risque), mais leur objectif général est toujours le même.

[152] Il convient de relever que cette approche (analyse de dysfonctionnements et recherche de solutions / validation scientifique de la réponse / déploiement) est très classique et peut tout aussi bien être appliquée à la politique de santé publique, par exemple. La spécificité de la gestion du risque est en l'occurrence le fait qu'**elle intègre nécessairement la dimension financière dans son analyse**.

[153] « Diffuser l'état d'esprit de la gestion du risque » au sein des ARS renvoie donc à ces quelques idées simples :

- **l'ARS doit s'intéresser aux caractéristiques et à l'évolution des dépenses de santé** (et, plus généralement, de toutes les dépenses sur lesquelles elle a un moyen d'action) dans sa région : l'existence d'une contrainte financière doit être identifiée et comprise, et l'ARS doit disposer de moyens d'analyse et de suivi de ces dépenses ;
- **l'ARS peut agir sur cette évolution sans remettre en cause la qualité du système de soins**, voire en l'améliorant ; même si sa capacité d'action est partagée (avec les organismes d'assurance maladie au niveau local, avec l'administration centrale et l'UNCAM au niveau national), la recherche et la réduction des inefficacités du système de santé dans sa région est l'une de ses missions principales ;
- **pour agir, l'ARS devra intégrer cet objectif dans toutes ses activités**, en s'assurant de l'impact financier des décisions qu'elle prend, et en utilisant toute la variété de ses

compétences pour lutter contre les facteurs d'inefficience du système de santé dans sa région ; à cet égard, il est important de préciser que, s'il est souhaitable que les décisions d'allocation budgétaire soient éclairées par des analyses de gestion du risque, la gestion du risque n'est pas en elle-même un processus d'allocation budgétaire, dans la mesure où les cibles chiffrées qu'elle affiche ne sont pas des enveloppes limitatives à répartir ;

- l'action de l'ARS passe aussi par **le développement et la mise en œuvre de programmes spécifiquement tournés vers la gestion du risque.**

2.1.2. La gestion du risque comme activité

2.1.2.1. De l'approche globale à l'approche par activité

[154] Cette approche globale de la gestion du risque comme « état d'esprit » permet de réunir plusieurs activités ayant chacune leur logique propre, leurs outils, leur méthodologie, en les inscrivant dans une logique générale commune, en l'occurrence la recherche de l'efficience (rapport coût/qualité) du système de santé.

[155] D'un point de vue managérial, il s'agit d'un puissant outil de mobilisation de services aux compétences différentes mais dont la complémentarité est ainsi soulignée. Comme la mission l'a relevé *supra*, cette approche englobante a été au cœur de la stratégie de la CNAMTS depuis le milieu des années 2000 et, appliquée à des organismes réunissant plusieurs entités à la culture administrative différente tels que les ARS, elle peut également fournir à l'encadrement des agences un efficace levier de conduite du changement.

[156] Cependant, précisément parce qu'elle conduit à rassembler des activités de nature variée sous un objectif très large, cette approche est à manipuler avec précaution dans un contexte où, comme la mission l'a souligné *supra*, la loi ne répartit pas précisément les compétences entre les différentes institutions et les différents niveaux territoriaux. En effet, elle ne permet pas de résoudre concrètement la question du partage des responsabilités entre les acteurs, et peut même être source de conflits si chacun adopte vis-à-vis de l'autre une définition extensive de ses compétences. De plus, appliquée à un grand nombre d'activités de nature différente, elle peut parfois apparaître comme une définition trop abstraite ou trop générale pour des personnels peu au fait de l'historique de la notion et des apports conceptuels des dernières années. Elle perdrait alors son caractère mobilisateur.

[157] Pour éviter cet écueil, il faut envisager de façon plus précise les différentes activités et les différents métiers qui concourent à la gestion du risque.

2.1.2.2. Activités et métiers de la gestion du risque

[158] La mission a adopté pour ce faire l'approche large de la gestion du risque avancée par le rapport de la mission parlementaire sur les ARS, qu'a ensuite reprise et complétée le HCAAM dans son rapport annuel pour 2008²³. A partir de la typologie d'actions du rapport Bur complétée par les remarques du HCAAM, la mission a ainsi décomposé la gestion du risque en sept activités :

- mener des études médico-économiques pour identifier les inefficiences dans le système de santé, leurs causes et leur impact ;
- développer des programmes pour en corriger les causes ;
- agir sur le comportement des acteurs pour modifier leurs pratiques : public, professionnels, établissements, employeurs... ;
- contrôler les droits, les remboursements et lutter contre la fraude ;
- fixer le prix des biens et services remboursables ;

²³ Cf. rapport Bur, *op. cit.*, p. 71-72, et rapport annuel du HCAAM pour 2008, encadré p. 27.

- mener des actions de prévention ;
- piloter l'ensemble du dispositif.

[159] Ces différentes activités supposent de mobiliser des compétences diverses, parfois simultanément. Elles embrassent une grande variété de métiers : l'expertise médicale, les statistiques et les études, la conception et l'exploitation de systèmes d'information, l'ingénierie administrative (conception de systèmes de pilotage, management de réseau, conduite de projet...), la communication grand public ou ciblée sur une catégorie particulière, le contrôle (administratif ou médical), etc.

[160] De plus, ces compétences doivent être utilisées sur des secteurs ou des professions très différentes (médecins généralistes exerçant en ville, professeurs des universités praticiens hospitaliers (PUPH), professions paramédicales, établissements de santé publics ou privés, établissements médico-sociaux...), sur des sujets eux-mêmes très variés (prise en charge de pathologies ou de populations particulières, liens ville / hôpital, prescriptions médicales, organisation des établissements de santé, etc.) et pour lesquels les leviers d'amélioration de l'efficacité sont souvent spécifiques.

[161] Enfin, avant même d'envisager des actions de gestion du risque, les sources où trouver les données permettant les analyses de base sont elles-mêmes diverses et plus ou moins utilisables, du SNIIRAM qui offre un regard très détaillé sur les dépenses ambulatoires au médico-social dont la connaissance souffre des déficiences des systèmes d'information de ce secteur, en passant par l'appareillage complexe et encore inachevé (en l'absence de facturation individuelle) de la combinaison PMSI/T2A s'agissant du secteur hospitalier.

2.1.2.3. Une complémentarité de fait entre Etat et assurance maladie

[162] A ce constat qui ne fait qu'illustrer l'ampleur et de la diversité du secteur de la santé s'ajoute le fait que sa régulation est aujourd'hui partagée entre l'Etat et l'assurance maladie. Ce partage s'organise à la fois par secteurs (ambulatoire / hospitalier / médico-social), par modes d'intervention et par métiers ou savoir-faire, certaines activités étant de ce fait réservées à l'un ou l'autre des acteurs (par exemple les métiers du contact à l'assurance-maladie).

[163] En articulant une approche par métier, par institution et par secteurs, la mission a tenté de représenter de façon schématique une image de la répartition actuelle des responsabilités entre l'Etat et l'assurance maladie sur la gestion du risque.

Tableau 7 : Typologie institutionnelle des activités de la gestion du risque

Activités de GDR (entre parenthèses, le secteur concerné à titre principal)	Etat		Assurance Maladie	
	AC	ARS	CNAMTS	OAM
Etudes				
Dvpt de programmes				
Action s/comportements	(hôpital)	(hôpital)	(ambul.)	(ambul.)
Contrôle droits/prestations				
Fixation des prix	(hôpital)		(ambul.)	(ambul.)
Actions de prévention				
Pilotage du dispositif				

En couleur : compétences significatives et moyens significatifs

En hachuré : compétences limitées ou moyens limités

Source : Analyses de la mission

[164] Le tableau se lit ainsi :

- **dans le champ des études sur la gestion du risque**, la CNAMTS a effectué un important investissement, notamment grâce au développement du SNIIRAM, et a de ce fait acquis une expertise importante sur l'analyse des dépenses de santé et la recherche des zones d'inefficience ; la DREES a commencé à investir ce champ (en ambulatoire, et sur l'hôpital), et il existe des moyens d'analyse et d'études au niveau régional, dans les deux réseaux, mais qui ne sont pas forcément centrés sur les thématiques de gestion du risque (dans les ARS) et dont il reste à organiser la coopération au niveau local et l'animation au niveau national (cf. *infra*) ;
- **le développement de programmes**, activité par nature nationale (cf. *infra*), a été beaucoup industrialisé par la CNAMTS depuis les premiers programmes-prototypes du début des années 2000 (antibiotiques, etc.), tandis que l'administration centrale du ministère a récemment (et encore imparfaitement) adopté cette approche, notamment à travers les dix priorités de la circulaire « Objectifs GDR 2010 » ;
- **l'action sur le comportement des acteurs** : le réseau de l'assurance maladie a considérablement renforcé ses moyens et ses outils pour agir sur le comportement des prescripteurs en ville et est en contact direct avec le grand public ; la loi HPST a renforcé les moyens d'action de l'Etat (ministère et ARS) sur les établissements de santé et médico-sociaux, mais, aujourd'hui, l'activité de ces services portent peu sur la modification du comportement des acteurs ; ils demeurent des administrations d'expertise davantage que de contact, ce qui limite nécessairement leur « force de frappe » locale ;
- **le contrôle des droits et des prestations** et la lutte contre la fraude est une prérogative naturelle de l'assurance maladie ; l'essentiel des moyens sur cette activité sont déployés localement, mais la CNAMTS a renforcé son organisation sur ce thème ;
- **la politique des prix** est pilotée pour l'essentiel au niveau national, sur les secteurs hospitalier et médico-social par l'Etat et sur le secteur ambulatoire par la CNAMTS ; il existe par ailleurs une certaine marge de manœuvre conventionnelle au niveau local pour les organismes d'assurance maladie ;
- **le champ de la prévention** est complètement partagé entre l'Etat et l'assurance maladie, au niveau national comme au niveau régional ;
- enfin, il est nécessaire de disposer pour coordonner l'ensemble de ces actions de compétences de **pilotage**, que la CNAMTS a progressivement développé en tant que tête du réseau de l'assurance maladie, puis dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions de la loi de 2004 ; avec la création des ARS, l'administration centrale du ministère est de son côté en train de se doter de telles compétences, autour du secrétariat du CNP rattaché à la secrétaire générale des ministères sociaux.

[165] On constate ainsi que, même si, dans la loi, les champs de compétence de l'Etat et de l'assurance maladie sur la gestion du risque se recoupent largement, en pratique, les interventions des deux acteurs ne se superposent pas :

- certaines activités sont tout d'abord l'apanage de la seule assurance maladie, notamment le contrôle sur les prises en charge ; cette division est logique car il s'agit bien là de tâches qui relèvent par nature de la responsabilité du financeur ; pour autant, ces activités participent clairement de la gestion du risque, notamment à travers le choix des cibles de contrôles, *a priori* ou *a posteriori*, cette sélection étant de plus en plus fréquemment effectuée en lien avec les thèmes de programmes nationaux de gestion du risque ;
- ensuite et surtout, on ne peut que constater que la spécialisation héritée des ordonnances de 1996 entre un champ ambulatoire régulé principalement par l'assurance maladie et un champ hospitalier et médico-social régulé principalement par l'Etat n'a pas disparu dans la pratique.

[166] Certes, les évolutions récentes ont conduit l'Etat et l'assurance maladie à étendre chacun leur rôle au-delà de ce cadre, de telle sorte que, aujourd'hui, ni l'Etat ni l'assurance maladie ne le revendique plus. La multiplicité des « sujets-frontières » entre la ville, l'hôpital et le médico-social que font surgir les études de gestion du risque sur les inefficiences du système de santé rendent de toutes façons obsolète toute approche cloisonnée entre secteurs.

[167] Mais lorsqu'ils interviennent sur un même secteur, l'Etat et l'assurance maladie le font avec des compétences juridiques et des logiques différentes : ainsi, lorsque l'Etat intervient sur l'ambulatoire, il le fait dans la plupart des cas sur des thèmes (permanence des soins, organisation, fixation du *numerus clausus*...) différents de ceux traités par la maîtrise médicalisée et les programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie. Et si l'assurance maladie a conservé des prérogatives sur l'hôpital, notamment à travers les contrôles T2A et les actions de « maîtrise médicalisée à l'hôpital » qu'elle a pu conduire ces dernières années, ces missions sont distinctes des tâches de planification, d'autorisation et de contractualisation de l'Etat en direction des établissements de santé.

[168] **En pratique, les compétences et les moyens de l'assurance maladie et de l'Etat sur la gestion du risque sont donc complémentaires et, pour la mission, cette complémentarité doit être cultivée et non pas combattue.**

2.1.3. La gestion du risque : une logique d'action qui doit être impulsée d'abord par le niveau national

[169] Dans sa définition de la gestion du risque comme « état d'esprit » (cf. *supra*, 2.1.1.), la mission a introduit l'idée qu'une politique de gestion du risque reposait sur l'association d'un but (l'amélioration de l'efficacité du système de santé) et d'une méthode (la boucle repérage et analyse des dysfonctionnements dans le système de santé / validation scientifique des réponses à ces dysfonctionnements / conception et déploiement de programmes permettant de les corriger).

[170] Les outils et les procédures développés par la CNAMTS pour investir ses nouvelles compétences après 2004 – que la mission a précisément décrits *supra*, au point 1.2.2. (la notion de « plan national de gestion du risque », l'importance donnée à l'exploitation des systèmes d'information, le lien avec l'animation du réseau, etc.) – ont permis de donner un contenu concret à cette approche théorique. Or l'un des principaux enseignements de cette démarche a été de souligner qu'il est impossible de passer de la théorie à la pratique dans la conception et le déploiement d'une politique de gestion du risque sans un engagement fort du niveau national, en termes de moyens, d'impulsion et de pilotage.

- La recherche des inefficiences et des moyens de les corriger

[171] Toute action de gestion du risque, nationale comme régionale, commence par une phase d'analyse dont l'objectif est d'identifier les inefficiences du système de santé, leurs causes, et les leviers sur lesquels agir pour les corriger : elle repose donc sur une analyse médico-économique approfondie articulant une revue de la littérature médicale et scientifique existante et une double approche macro-économique (chiffage global de l'impact de l'inefficacité sur les dépenses de santé) et micro-économique (modélisation du comportement des acteurs afin de comprendre ce qui explique le développement et/ou la persistance de l'inefficacité).

[172] L'objectivation de cette double approche micro- et macro-économique suppose de mobiliser tous les systèmes d'information disponibles, afin d'y repérer les signes qui marquent la présence d'une inefficacité, et d'en évaluer l'impact : écarts dans les modes de prise en charge d'une population ou d'une pathologie selon les régions, variations importantes dans l'évolution des dépenses sur un poste donné, etc. Cette démarche s'apparente à la R&D : les équipes partent d'une interrogation de départ, d'une idée, et recherchent par l'exploitation des données à en valider la pertinence, ou, au contraire, finissent par l'abandonner pour embrasser une autre question ayant pu apparaître plus pertinente au cours des investigations, etc.

- [173] Pour conduire ces travaux, les ressources à mobiliser sont notamment le SNIIRAM pour l'activité et les dépenses ambulatoires et les bases PMSI de l'ATIH pour le secteur hospitalier, les deux bases pouvant être sollicitées sur les sujets-frontières grâce au chaînage récent des identifiants anonymisés de leurs données individuelles. Ces outils sont de conception récente et, aujourd'hui, ils ne sont maîtrisés que par un très petit nombre d'acteurs, pour la plupart nationaux.
- [174] **L'expertise sur le SNIIRAM** est principalement concentrée à la direction de la stratégie, des études et des statistiques de la CNAMTS, qui en assure la maîtrise d'ouvrage. L'ouverture du SNIIRAM aux autres acteurs (ministère, HCAAM, etc.) par le protocole SNIIRAM du 6 juin 2008 a élargi cette expertise, mais le coût d'entrée dans l'outil est très élevé (la DREES l'a estimé à un an pour ses propres agents²⁴), d'autant qu'il est peu documenté et ne dispose pas à ce jour d'un infocentre réellement opérationnel (toutes les requêtes doivent être développées). Le SNIIRAM a vocation à être également ouvert aux niveaux local et régional (ARS et réseau AM), mais cette ouverture doit s'accompagner d'un important effort de formation des équipes (plus habituées à utiliser l'outil ERASME-Régional, qui ne porte que sur le régime général²⁵) et de documentation de l'outil, dans le cadre d'un plan d'action coordonné CNAMTS/Etat qui reste à élaborer. Le SNIIRAM peut également être sollicité dans un but de suivi infra-annuel des dépenses, dans la mesure où il est alimenté quotidiennement par les données de liquidation du régime général, et mensuellement pour les autres régimes.
- [175] **L'exploitation des bases PMSI** est assurée par l'ATIH. Il existe en région des compétences d'analyse de ces données – dans les directions de l'information médicale (DIM) des établissements, mais aussi au sein du service médical (pour les contrôles T2A) et dans les ARS (parmi les personnels issus des ex-ARH). Mais les données PMSI pour une année donnée ne sont livrées par l'ATIH pour exploitation qu'en juin de l'année suivante, et leur utilisation dans une logique de gestion du risque n'est pas aussi avancée que celle du SNIIRAM par la DSES, notamment parce que la déclinaison de ce concept dans le champ hospitalier est encore balbutiante. La mise en œuvre de la facturation individuelle dans les hôpitaux devrait permettre de suivre les dépenses hospitalières dans le SNIIRAM (et donc simplifier leur mobilisation pour des études de gestion du risque), mais ce projet ne sera opérationnel que, dans le meilleur des cas, au 1^{er} janvier 2013²⁶.
- [176] Mais, sur le champ hospitalier, au-delà des données PMSI, qui fournissent des éléments sur l'activité des établissements, il serait également nécessaire d'intégrer dans l'analyse des éléments sur la qualité des soins délivrés (taux de mortalité pondérés à n jours – i.e. ne se limitant pas aux seules données de la mortalité hospitalière reprises dans le PMSI –, etc.), qui sont aujourd'hui beaucoup plus difficiles à réunir et à exploiter.
- [177] **Dans le champ médico-social**, il n'existe pas de système d'information structurant comme peut l'être le SNIIRAM pour l'ambulatoire ou le PMSI pour l'hôpital. Les données sont parcellaires, non consolidées et encore moins exploitées à des fins de gestion du risque. La constitution d'un véritable système d'information du secteur médico-social fait partie des objectifs stratégiques de la CNSA.
- [178] Ce tour d'horizon général des sources à mobiliser pour conduire des analyses de gestion du risque montre que les données et les outils à mobiliser sont très complexes et que, aujourd'hui, leur utilisation à des fins de gestion du risque n'est maîtrisée que par un petit nombre d'experts. Dans ces conditions, il est illusoire d'imaginer que les ARS pourront chacune se doter des compétences nécessaires pour le faire, et il serait absurde de leur demander de le faire de manière totalement autonome.

²⁴ AM Brocas, entretien avec la mission, 01/10/2010.

²⁵ Dans le réseau du régime général ; la MSA et le RSI disposent de leur propre informationnel sur les données de liquidation des ressortissants de leur régime respectif.

²⁶ Selon la nouvelle date-butoir de généralisation de cette procédure fixée par le PLFSS 2011.

- [179] Compte tenu de l'importance de l'investissement nécessaire, celui-ci ne pourra être réalisé qu'au niveau national, par la collaboration de tous les services d'études concernés, en s'appuyant sur l'apport méthodologique et conceptuel des travaux réalisés par la DSES de la CNAMTS et en l'enrichissant dans le cadre de cette approche élargie : apport de nouvelles ressources statistiques permettant d'approfondir les analyses (utilisation par la DREES des référentiels INSEE pour traiter les données du SNIIRAM²⁷), ouverture des analyses sur les secteurs hospitalier et médico-social, sur lesquels l'expertise de la CNAMTS est historiquement et institutionnellement moins développée.
- [180] Mais, si cet investissement est par nature national, il ne fait pas pour autant disparaître les ARS de cette phase. En effet, s'il n'est pas raisonnable d'imaginer qu'elles puissent à elles seules conduire toutes les études dont elles auraient besoin pour bâtir en pleine autonomie leur PRGDR, il est en revanche indispensable qu'elles disposent d'une certaine capacité d'étude leur permettant de réaliser *des* analyses de gestion du risque au niveau local. Ces analyses au niveau local sont effectives nécessaires pour affiner les cibles ou les thèmes nationaux, mais aussi, ponctuellement, pour analyser telle ou telle spécificité régionale, ou tel ou tel sujet sur lequel le niveau national n'a pas travaillé. De nombreuses « idées » de gestion du risque sont ainsi le fruit d'observations locales dont le national s'est ensuite saisi.
- [181] Mais il faut se garder du risque d'une déperdition d'énergie alors que les moyens d'études des ARS, même combinés avec ceux des organismes d'assurance maladie, seront toujours limités. Pour ce faire, les agences auront besoin tout d'abord d'outils et de méthodologies robustes que seul le niveau national peut leur fournir, afin d'éviter qu'elles aient à investir de manière dispersée pour les développer (exemple : formation aux SNIIRAM et développement de requêtes-types) ; par ailleurs, leurs travaux doivent faire l'objet d'une animation de la part du niveau national, afin de coordonner les thèmes de travail et de préparer la « récupération » des études locales par le niveau national, si leurs résultats paraissent prometteurs.
- [182] Si, dans ce cadre, le niveau régional peut ainsi participer de façon directe à la phase d'analyse qui prépare toute action de gestion du risque, en revanche, le processus de validation scientifique par laquelle cette phase doit s'achever ne peut se dérouler qu'au niveau national.
- [183] Cette validation scientifique est nécessaire lorsque l'analyse des dépenses et de l'activité des acteurs du système de santé a conduit à identifier une inefficience résultant de pratiques professionnelles divergentes par rapport à une pratique standard. L'approche de la gestion du risque par l'élaboration de plans nationaux repose sur l'idée que cet écart de pratique n'est pas corrigé par une modification réglementaire ou tarifaire (ou pas seulement), mais aussi par une action directe auprès des professionnels concernés.
- [184] Dans ce cas, cette intervention consiste à les inciter à adopter la pratique standard, qu'il est dès lors nécessaire de faire valider par une autorité scientifique indépendante, pour éviter toute contestation de la part des professionnels ou de leurs représentants. Dans le système issu de la loi de 2004, cette validation est délivrée, pour les prescriptions (de médicaments, de dispositifs médicaux, etc.), par la Haute autorité de santé, à travers l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques ou de bon usage.
- [185] **Cette activité de validation est par nature nationale.** Il n'est pas souhaitable de laisser les niveaux régionaux développer leurs propres référentiels sans validation scientifique externe, ni *a fortiori* de les laisser les promouvoir localement, même dans un cadre expérimental. **Toute action directe auprès des professionnels doit reposer sur des bases incontestables**, et toute initiative locale ne reposant pas sur des référentiels scientifiquement validés ne peut qu'être source de contestations qui fragilisent la crédibilité de la démarche de gestion du risque dans son ensemble.

²⁷ Cf. les analyses territorialisées de la DREES dans les *Comptes de la Santé* 2009.

- Les programmes nationaux de gestion du risque

[186] A l'issue de cette phase d'analyse, les grands caractéristiques de l'action de gestion du risque qui sera ensuite structurée en programme national doivent avoir été identifiées :

- la nature de l'inefficience détectée ;
- sa cause ;
- son enjeu financier ;
- le référentiel à promouvoir pour la corriger (qui doit avoir été validé scientifiquement) ;
- les populations-cibles sur lesquelles agir (professionnels de santé, patients, etc.).

[187] Un programme national de gestion du risque vise à concevoir des outils permettant d'agir directement et sur l'ensemble du territoire auprès de ces populations-cibles dans le sens souhaité pour corriger l'inefficience que l'action vise à résorber. Ces outils sont d'une nature très variée, adaptée à la nature de l'objectif (supports de communication, contacts directs avec les professionnels, actions de contrôle, campagnes de communication grand public, etc.).

[188] L'industrialisation de ces actions est l'un des principaux apports de l'expérience de la CNAMTS depuis le lancement des premiers plans nationaux en 2003/2004 : rompant avec la logique décentralisée qui prévalait jusqu'alors dans le réseau de l'assurance maladie, la caisse nationale a cherché à concentrer les moyens de l'institution sur un nombre limité de priorités ayant vocation à être mises en œuvre par tous les organismes de l'assurance maladie de façon homogène sur l'ensemble du territoire. Cette logique a été systématisée après la loi du 13 août 2004, dans les conditions rappelées par la mission *supra*, au point 1.2.

[189] Comme dans la phase d'analyse qui l'a précédée, **la conception des outils des programmes nationaux de gestion du risque peut s'appuyer sur des initiatives ou des expérimentations locales**, pilotées depuis le niveau national ou issues d'initiatives purement locales. Mais **leur industrialisation ne peut être organisée qu'au niveau national** car, même s'ils ont été développés ou testés localement, cette industrialisation va bien au-delà de leur simple réplique à l'usage de l'ensemble des entités qui devront les utiliser.

[190] Le déploiement d'un programme national ne peut se faire en effet sans un accompagnement méthodologique et technique spécifique, associant documentation, formation et discours managérial, afin que la logique et les objectifs de l'action soient correctement appropriés par toutes les entités qui auront à la mettre en œuvre. Et, pour éviter tout effet d'empilement ou de « une priorité chasse l'autre », cette démarche doit s'insérer dans une stratégie générale de pilotage du réseau, en insérant les objectifs de l'action et les moyens à mettre en œuvre pour l'atteindre dans l'outil d'évaluation générale des objectifs et des moyens de chaque entité que représentent les CPG et leurs avenants réguliers dans le réseau de l'assurance maladie.

[191] La mise en œuvre d'une politique de gestion du risque robuste, fondée sur des objectifs validés scientifiquement et déclinés sur l'ensemble du territoire, demande donc un investissement national fort. Malgré les limites qui entourent l'évaluation de l'impact financier réel des actions ainsi conduites par la CNAMTS depuis 2003/2004²⁸, cette logique a incontestablement réussi à « mettre sous tension » le réseau de l'assurance maladie sur le thème de la gestion du risque. Et cette mise sous tension a permis, de l'aveu même des responsables locaux du régime général que la mission a rencontrés, de donner davantage de visibilité et d'efficacité à la politique locale de gestion du risque de l'assurance maladie, tout en rapprochant les services administratifs et médicaux (CPAM et DRSM), même si ce mouvement est encore loin d'être achevé.

[192] Cet enseignement mérite d'être retenu au moment de concevoir le dispositif de pilotage et de mise en œuvre de l'action des ARS en matière de gestion du risque.

²⁸ Relevées par la mission *supra* au point :

➤ Un impact limité mais réel sur les pratiques médicales et l'évolution des dépenses de santé.

2.2. Conséquences pour le PRGDR des ARS

2.2.1. Le périmètre couvert par le PRGDR

[193] Il est tout d'abord nécessaire de bien préciser le périmètre exact qu'est censé couvrir le PRGDR. Comme on l'a vu *supra* au point 1.3.2.2., il doit reprendre la déclinaison régionale des programmes nationaux de gestion du risque qui s'inscrivent dans les priorités du contrat Etat-UNCAM, que ces programmes aient été définis par l'assurance maladie ou par l'Etat, ainsi que des actions complémentaires en fonction des spécificités de la région.

[194] L'ensemble de ces actions s'inscrit dans le cadre général de la gestion du risque défini par la loi HPST, c'est-à-dire par les g) du 2° de l'article L 1434-2 du code de la santé publique et I. de l'article L 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale. La rédaction de ces deux articles ne se recoupant pas tout à fait, il est permis de s'interroger sur l'étendue réelle du champ du PRGDR ; en reprenant la liste d'activités concourant à la gestion du risque établie au point précédent, le tableau ci-dessous présente la situation :

Tableau 8 : La gestion du risque dans le contrat Etat/UNCAM et dans les compétences des ARS

Texte	Contenu du contrat Etat-UNCAM	Compétences GDR / ARS
Référence	I. de l'article L 182-2-1-1 CSS	g) du 2° de l'article L 1434-2 CSP
Détail du texte	<i>actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins</i>	<i>contrôle et amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux</i>
Cette activité entre-t-elle dans le champ de cette disposition législative ?		
Etudes	oui	oui
Dvpt de programmes	oui	oui
Action s/comportements	oui	oui
Contrôle droits/prestations	non	non
Fixation des prix	non	non
Actions de prévention	oui	non
Pilotage du dispositif	oui	oui

Source : *Analyses de la mission*

[195] On constate ainsi que les textes ne placent pas dans le périmètre du PRGDR la politique de fixation des prix (la tarification étant une compétence nationale), ni la politique de contrôle des organismes d'assurance maladie – dont il a été signalé *supra* qu'elle concourait cependant à la gestion du risque à travers sa politique de ciblage thématique. Un doute peut par contre exister s'agissant de la place de la prévention et de l'information aux assurés, mentionnée dans les thèmes du contrat Etat/UNCAM mais pas dans les missions GDR des ARS.

[196] La prévention participe de la définition large de la gestion du risque ; elle pourrait donc être intégrée dans le PRGDR ; de plus, même si elle n'est pas citée dans l'alinéa relatif aux pouvoirs des ARS en matière de gestion du risque, il convient de rappeler que, d'après le d) du 1° de l'article L 1431-2 du code de la santé publique, les agences « *définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation* ». Mais la loi (article L 1432-2 du code de la santé publique) prévoit également que les ARS préparent au sein de leur projet régional de santé un schéma régional de prévention²⁹.

²⁹ Qui fait lui-même l'objet d'une déclinaison spécifique dans un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

[197] De plus, cette politique est en général mise en œuvre par des personnels spécifiques, avec des moyens budgétaires spécifiques, dans le cadre d'un dispositif d'animation nationale spécifique. Dans ces conditions, pour la mission, **l'intégration de la prévention dans le PRGDR serait une source de confusion.**

[198] S'agissant de l'information aux assurés, il ne s'agit pas d'une activité de GDR en tant que telle, mais plutôt d'une modalité particulière de mise en œuvre de certaines de ces activités (l'action sur les comportements et la prévention) ; elle a donc vocation à être intégrée dans le PRGDR, pour autant que l'activité à laquelle elle se rapporte y figure.

[199] D'une manière générale, la mission tient néanmoins à souligner que **la délimitation du périmètre opérationnel de la gestion du risque est toujours conventionnelle.** La notion faisant elle-même l'objet de définition plus ou moins large, les options retenues par les acteurs pour en borner le champ feront toujours l'objet de critiques (et seront toujours parasitées par des questions institutionnelles de bornage de champ de compétences). Dans une logique d'action, l'important n'est pas de s'appesantir sur ce genre de débat théorique, mais plutôt :

- de s'assurer, d'une part, que les acteurs ont bien appréhendé la **logique opérationnelle propre** de chacune de ces activités, i.e. les savoir-faire, les outils techniques et les compétences juridiques qu'elle suppose de mobiliser, sa logique de déploiement, etc... ;
- de s'interroger, d'autre part, sur la **répartition optimale des rôles** qu'elle requiert dès lors entre le niveau national et le niveau régional et entre l'Etat et l'assurance maladie.

2.2.2. Des PRGDR structurés par les programmes nationaux de gestion du risque

[200] Pour la mission, la nature même de la politique de gestion du risque, dont elle s'est efforcée de détailler les principales caractéristiques *supra*, au point 2.1., appelle un cadrage national fort des PRGDR. La complémentarité de fait qu'elle a relevée entre les interventions de l'assurance maladie et de l'Etat sur ce champ rend d'autant plus nécessaire ce cadrage national, qui doit être partagé entre les deux institutions.

[201] Dans cet esprit, la mission tient à tout d'abord affirmer que, de son point de vue, le PRGDR doit avant tout être un outil de mise en œuvre dans les régions de programmes nationaux de gestion du risque qui n'ont pas vocation à se limiter aux actuels programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie. Comme elle a déjà eu l'occasion de le signaler, l'article L 182-2-1-1 du code de la sécurité qui donne une base législative à ces programmes nationaux les définit comme des outils de déclinaison des objectifs du contrat Etat/UNCAM par ses deux parties ; il est donc souhaitable que l'Etat investisse à son tour ce concept, en développant ses propres programmes nationaux de gestion du risque.

[202] Le premier intérêt de cette démarche serait de structurer la réflexion des directions du ministère en matière de gestion du risque dans un cadre transversal et selon une méthode intéressante à plusieurs titres :

- en insistant sur la nécessité d'appuyer toute action sur une analyse fine et ciblée des déterminants des dépenses de santé, l'approche méthodologique de la gestion du risque est parfaitement en phase avec les besoins des directions métier du ministère, qui doivent renforcer leur capacité conceptuelle et stratégique pour bien exercer les compétences normatives et de régulation qui sont les leurs ;
- nécessairement conduite en mode projet, l'élaboration d'un programme national de gestion du risque peut être un levier pour dépasser la logique traditionnellement verticale de l'administration centrale des ministères sociaux ; elle obligerait de plus à travailler sur des sujets d'intérêt commun avec les agences techniques du champ (HAS, ATIH, ANAP...) ;
- en associant certaines ARS aux travaux de la phase d'analyse et de conception du programme, elle devrait également permettre de développer des liens fonctionnels entre les agences et les directions métier de l'administration centrale, et contribuer ainsi à corriger la

coupure Paris / province, particulièrement marquée au sein de l'administration santé/social ;

- articulée avec une méthodologie rigoureuse de mise en œuvre, elle peut également aider le secrétariat du CNP (et, plus généralement, le secrétariat général) à développer ses compétences et ses outils en matière d'animation de réseau.

[203] **Pour la mission, les principales priorités des ARS en matière de gestion du risque ont vocation à être structurées au sein de programmes nationaux ministériels de ce type.** Sauf situation particulière justifiée par l'existence de situations tout à fait particulières en matière sanitaire ou d'organisation de l'offre de soins (notamment dans les DOM), **les actions régionales complémentaires du PRGDR doivent être comprises comme résiduelles** : elles offrent aux ARS une marge d'innovation et d'expérimentation qu'il est nécessaire de leur conserver, mais qui ne doit pas constituer l'essentiel de leur action en matière de gestion du risque.

[204] La mission constate avec satisfaction que c'est cette logique qui a présidé à la définition par la circulaire du 19 juillet 2010, qui a vu la définition de dix priorités de gestion du risque à l'intention des ARS, et elle partage les observations de ce document s'agissant des actions régionales complémentaires :

« Il peut être rappelé certains éléments de cadrage des actions spécifiques régionales :

- leur nécessaire complémentarité avec les programmes nationaux : il apparaît indispensable que cette cohérence soit au cœur du programme pluriannuel régional de gestion du risque ;
- une définition fondée sur des référentiels scientifiques validés (ex : recommandations de la Haute Autorité de santé notamment) ; le déploiement des actions doit reposer sur le plan médical sur de telles bases solides afin de légitimer le discours ;
- une évaluation des moyens mobilisés et des objectifs atteints ; la rareté des moyens disponibles et l'exigence de résultats en matière financière justifient de privilégier des actions avec un retour sur investissement mesurable ».

2.2.3. L'organisation de la complémentarité Etat/assurance maladie

[205] Pour la mission, **ces programmes nationaux ministériels** n'ont pas vocation à embrasser de la même manière tous les secteurs du système de santé ; ils **doivent** au contraire **se concentrer sur les thèmes et les sujets sur lesquels il est logique de faire porter à titre prioritaire l'action des ARS en matière de gestion du risque**, à côté de l'assurance maladie ou en complémentarité avec elle, selon les cas³⁰.

[206] Certes, l'article L 1431-2 du code de la santé publique donne aux ARS une compétence générale pour « réguler, orienter et organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé », et le PRGDR a vocation à s'inscrire dans ce cadre, en prévoyant des actions portant « sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ».

³⁰ Etant rappelé que le PRGDR inclut par hypothèse la déclinaison régionale de tous les plans nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie.

- [207] Mais cette formulation est en réalité en retrait par rapport à la rédaction initiale du projet de loi HPST, qui étendait très largement la compétence des ARS en matière de gestion du risque sur des domaines traditionnellement pilotés par l'assurance maladie, comme par exemple le respect des dispositions conventionnelles par les professionnels de santé. Finalement, la loi n'a pas fait évoluer la répartition des compétences entre l'assurance maladie et l'Etat en matière de régulation, ni au niveau national, ni au niveau local, et notamment pas sur le secteur ambulatoire. De plus, dès sa rédaction initiale, le texte limitait les transferts de moyens et de missions de l'assurance maladie aux ARS au seul périmètre des CRAM et des URCAM, sans retirer aux CPAM leur responsabilité (et donc leurs moyens, notamment les DAM) en matière de gestion du risque : **sur le champ de l'ambulatoire, l'assurance maladie a donc conservé toutes ses prérogatives et l'essentiel de ses moyens, et rien ne justifie que les ARS les lui disputent.**
- [208] Au contraire, l'objectif premier du PRGDR doit être d'organiser cette complémentarité sectorielle et opérationnelle entre les interventions et les ressources de l'Etat et de l'assurance maladie, complémentarité qui est seule garante du succès d'une politique de gestion du risque en région dans le cadre nouveau mis en place par la loi HPST.
- [209] **Sur le plan sectoriel**, comme la mission vient de l'indiquer, il ne serait guère rationnel (et, pour tout dire, plutôt malvenu) de faire de la gestion du risque sur le secteur ambulatoire une priorité d'action pour les ARS elles-mêmes. En revanche, il paraît important d'initier entre le niveau national et les ARS une réflexion sur le développement d'actions spécifiques de gestion du risque en direction des secteurs hospitaliers et médico-sociaux, sur lesquels les ARS disposent de l'essentiel des leviers au niveau régional. Enfin, il est souhaitable que les ARS et les organismes d'assurance maladie investissent les sujets-frontières entre la ville et l'hôpital, chacun(e) avec leurs compétences juridiques et techniques propres, et dans le cadre de programmes nationaux développés conjointement par l'Etat et l'assurance maladie, selon la logique qu'a empiriquement initiée la circulaire du 19 juillet 2010 (cf. *infra*).
- [210] Cette répartition sectorielle des actions de gestion du risque entre l'Etat et l'assurance maladie doit être pensée et organisée au niveau national, dans le cadre du contrat Etat/UNCAM, qui a vocation ensuite à être décliné par trois types de programmes nationaux de gestion du risque : les programmes pilotés par l'assurance maladie, sur le secteur ambulatoire, les programmes pilotés par l'Etat, sur les secteurs hospitalier et médico-social, et les programmes co-pilotés par l'assurance maladie et l'Etat, sur les « sujets-frontières ».
- [211] **Sur le plan opérationnel**, les moyens de l'assurance maladie aux niveaux local et régional sont pour l'essentiel concentrés sur les métiers du contact et du contrôle ; les actions de contact portent principalement sur les assurés et les professionnels libéraux (mais pas exclusivement, cf. la maîtrise médicalisée à l'hôpital), les actions de contrôle portent en revanche sur les deux secteurs. De leur côté, les ARS disposent de quelques moyens d'analyse et de méthode sur la gestion du risque, mais elles doivent surtout diffuser « l'esprit de la gestion du risque » au sein de leurs équipes afin que toutes leurs actions, notamment en matière de planification, d'autorisation et d'allocation budgétaire, intègrent l'objectif d'amélioration de l'efficacité du système de santé.
- [212] Ce découpage empirique des moyens et des savoir-faire pose nécessairement la question des modalités d'intervention de l'assurance maladie et des ARS vis-à-vis des professionnels et des établissements, afin d'éviter de leur renvoyer l'impression délétère d'une cacophonie au sein des pouvoirs publics.

- [213] En effet, même si l'on souscrit à la répartition sectorielle des tâches esquissée par la mission au point précédent, cette répartition ne fait disparaître ni les compétences croisées de l'Etat et de l'assurance maladie sur les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, ni les sujets-frontières nécessitant de mobiliser les compétences des deux univers pour obtenir un résultat : il ne faut pas que l'application de ce principe de spécialisation, qui, pour la mission, répond à un souci de réalisme tout autant que d'opérationnalité, se traduise dans l'organisation du contact avec les professionnels par un effet de « chasse gardée » évidemment générateur de conflits et de tensions – i.e. que l'assurance maladie conteste aux ARS l'intérêt de pouvoir s'adresser directement aux professionnels en ville, et que les ARS interdisent aux organismes d'assurance maladie d'avoir d'autres contacts avec les établissements de santé ou médico-sociaux que ceux qu'ils peuvent avoir dans le cadre de leur politique de contrôle et de lutte contre les fraudes.
- [214] Dans ces conditions, la mission se demande si, au-delà de la spécialisation sectorielle entre les acteurs qu'elle recommande d'assumer sur le champ de la gestion du risque, il ne serait pas judicieux d'organiser également entre les ARS et les organismes d'assurance maladie en région une répartition fonctionnelle des tâches, en fonction des moyens et des savoir-faire de chacun :
- que les ressources de l'assurance maladie en matière de contact avec les professionnels de santé (DAM, entretiens confraternels des praticiens-conseils) et de contrôle médicalisé puissent être mobilisées par les ARS sur les chantiers du PRGDR (voire, s'agissant des DAM, du PRS), notamment sur les « sujets-frontières », dans des limites et selon des modalités précisées par le niveau national et ayant vocation à être ensuite déclinées dans les contrats que l'agence doit passer avec les organismes d'assurance maladie de sa région ;
 - que l'ARS associe l'assurance maladie à ses contacts avec les équipes des établissements de santé et médico-sociaux lorsqu'elle y intervient dans le cadre d'une action de gestion du risque ; l'association des praticiens-conseils qui effectuent aujourd'hui les contrôles T2A des hôpitaux à ces actions serait particulièrement opportune, pour ces personnels (qui disposeraient ainsi d'une vision plus large du fonctionnement des établissements qu'ils contrôlent) comme pour les personnels de l'ARS (car ces praticiens conseils sont souvent ceux qui ont porté, au sein du réseau de l'assurance maladie, les actions de « maîtrise médicalisée à l'hôpital »).
- [215] Cette répartition fonctionnelle des tâches ne pourra fonctionner en pratique qu'à la condition d'être intégrée au niveau national dans les dispositifs de pilotage des réseaux de l'assurance maladie et des ARS : définition d'objectifs et d'indicateurs communs, intégration de ces actions dans la programmation des actions à conduire sur l'année, cadrage national des modalités d'association des équipes au niveau local, pour les actions nécessitant une coordination AM/ARS dans leur mise en œuvre. Les travaux en cours sur les modalités de mise en œuvre des « 10 priorités » des ARS en termes de gestion du risque devraient permettre d'organiser concrètement ce partenariat sur les sujets d'intérêt commun de la circulaire.

2.2.4. Le banc-test de la gestion du risque en ARS : les « 10 priorités »

2.2.4.1. Une démarche empirique et encore partielle...

- [216] En 2010, la principale priorité des ARS en matière de gestion du risque sera de mettre en œuvre les « 10 priorités » fixées par la circulaire du 19 juillet 2010. L'approche retenue par celle-ci a été volontairement pragmatique et concrète : l'objectif était de fournir très vite (moins de quatre mois après la création des agences) une « feuille de route » permettant aux ARS de se saisir effectivement du thème de la gestion du risque, à partir d'actions concrètes sur des thématiques clairement identifiées, sans attendre la conclusion des PRGDR, ni d'ailleurs le bouclage de leurs grands objectifs stratégiques (qui ont vocation à être formalisés dans leur contrat objectif-moyens d'ici la fin 2010).

- [217] Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que la liste retenue contienne des thèmes de nature et de maturité très hétérogènes, et qu'elle ne dessine pas une ligne directrice claire (ni dans les objectifs à atteindre, ni dans les méthodes à mettre en œuvre, ni dans les acteurs à mobiliser) entre toutes les actions qu'elle rassemble.
- Les limites des objectifs chiffrés de la circulaire
- [218] En premier lieu, il convient de relever que deux des dix programmes ne font l'objet d'aucun objectif chiffré (financier ou d'activité), et que, parmi les huit programmes pour lesquels un objectif a été fixé, celui-ci doit plutôt être vu comme un ordre de grandeur que comme une véritable cible dont le niveau serait la résultante d'analyses spécifiques. L'objectif en matière de permanence des soins est ainsi limité à l'énonciation du respect d'une norme de progression des dépenses (<+3%/an), sans plus de précisions, et l'objectif relatif au programme SSR se résume à la nécessité de respecter l'enveloppe correspondante de l'ONDAM. Ces objectifs généraux sont plus de nature budgétaire que véritablement fondés sur une approche de gestion du risque – dont il est important de rappeler qu'elle ne saurait être réduite à une démarche d'allocation de ressources dans le cadre d'enveloppes prédéterminées – ; leur déclinaison régionale devra par ailleurs faire l'objet d'une réflexion particulière, afin d'intégrer une nécessaire dimension de correction des inégalités interrégionales dont les fondements devront être explicités.
- [219] Ensuite, pour les six programmes faisant l'objet d'un objectif d'économie, ni la circulaire ni les documents d'accompagnement qui ont été élaborés sur chacun des thèmes n'en explicitent le détail : identification de la tendance par rapport à laquelle l'objectif d'économie est calculé, distinction entre les effets prix et les effets volume, etc. Sur les sujets associant des problématiques de bon usage du médicament et de maîtrise médicalisée (liste en sus, prescriptions hospitalières en ville) et des dispositifs médicaux (liste en sus), l'absence de référentiels peut également conduire à une approche exagérément budgétaire, se concentrant sur les postes les plus dynamiques, qui ne sont pas forcément ceux sur lesquels se situent les plus grandes poches d'inefficience : un mode de prise en charge peut voir ses dépenses augmenter de façon très rapide du fait d'avancées scientifiques, tandis qu'un autre dont les dépenses sont étales peut être le reflet de pratiques particulièrement inefficaces.
- [220] De plus, dans la mesure où ces objectifs nationaux ne résultent pas d'une analyse précise de la dépense, ils ne peuvent pas aujourd'hui être déclinés au niveau loco-régional. La déclinaison d'objectifs nationaux de gestion du risque en cibles régionales suppose en effet de bien connaître les déterminants de la dépense, et d'être capable d'en isoler les différentes composantes y compris au niveau loco-régional pour pouvoir ensuite définir des cibles territoriales pertinentes, c'est-à-dire évitant tout « effet d'aubaine », dans un sens ou dans un autre, qui priverait l'indicateur de son utilité en tant qu'outil de management (i.e. de mesure de l'impact propre des actions de l'ARS).
- Des « programmes » en cours de construction
- [221] Au-delà de ces questions médico-économiques, aucune des actions prioritaires de la circulaire ne peut afficher le degré de formalisation que requiert en théorie un programme national de gestion du risque : étude préalable et outillage statistique, méthodologie de mise en œuvre et de déploiement, calage des moyens à mobiliser, bouclage avec les dispositifs de management par objectifs. Impliquant de façon très variable les niveaux nationaux et régionaux (dans certains cas, des textes peuvent être nécessaires) et l'Etat et l'assurance maladie, ces « programmes » sont en réalité de nature très hétérogène, comme le tableau suivant permet de le constater, action par action.

Tableau 9 : Analyse des « 10 priorités » de la circulaire du 19 juillet 2010

Programme	Commentaires
Transports sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - L'action vise à diminuer les dépenses de transport injustifiées en modifiant les pratiques des établissements (notamment en les incitant à revoir leur organisation sur ce sujet), à travers la promotion du contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCOS) - Le sujet tel que présenté concerne les établissements de santé, mais il déborde par nature sur le secteur ambulatoire, sur lequel existe déjà un programme national de la CNAMTS (cf. infra) - L'action suppose l'élaboration de documents de cadrage national : sur la méthodologie d'analyse des établissements, sur les CAQCOS - thématique commune avec un programme national CNAMTS actuel, portant sur le contrôle des prescripteurs libéraux et des transporteurs ; pour le moment, le programme ARS en cours d'élaboration n'est pas articulé avec ce programme CNAMTS ; l'existence de ce programme CNAMTS permettra néanmoins de disposer d'un indicateur de suivi territorialisé des dépenses de transport (objectifs CPG CPAM/DRSM 2010)
Insuffisance rénale chronique	<ul style="list-style-type: none"> - L'action vise trois objectifs : promouvoir la prévention et le dépistage de l'IRC, développer les stratégies de prise en charge coût-efficaces, encourager la greffe rénale - Le sujet concerne les professionnels ambulatoires comme les établissements de santé - Il est demandé aux ARS d'élaborer un plan d'action régional sur ces différents sujets ; la promotion de modes de dialyse plus coût-efficaces est un élément à prendre en compte dans l'exercice de leurs missions de planification et de contractualisation avec les établissements (problématique des centres de dialyse) - Les aspects scientifiques de ce sujet font encore l'objet d'études au niveau national (définition des populations pertinentes pour le dépistage, référentiel de bonnes pratiques sur la prise en charge de l'IRC) ; par ailleurs, des ajustements réglementaires sont à faire (décret du 23/09/2002)
Prescription de médicaments et de dispositifs médicaux sur la liste en sus	<ul style="list-style-type: none"> - L'action vise à poursuivre les actions de maîtrise développées en 2009 afin de tenir les objectifs d'évolution définis pour 2010 - Il est demandé aux ARS de suivre ces dépenses par établissement, et de définir des plans d'action contractualisés (CAQCOS) avec ceux dans lesquels elles ne semblent pas maîtrisées (i.e. dans lesquels elles évoluent au-dessus de la norme fixée, +10%/an en 2010) - Le niveau national doit élaborer un guide méthodologique destiné à être utilisé par les ARS dans leurs contacts avec les établissements, encourager le développement de référentiels HAS et définir un contrat-cadre CAQCOS
Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville	<ul style="list-style-type: none"> - L'action vise à maîtriser l'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville - Le sujet concerne le secteur ambulatoire comme les établissements de santé - Il est demandé aux ARS de suivre ces dépenses par établissement et par prescripteur (dans la mesure du possible), d'agir sur les plus gros prescripteurs et de définir des plans d'action contractualisés avec les établissements dans lesquels elles ne semblent pas maîtrisées - Le niveau national doit développer les référentiels de bonnes pratiques sur les principales pathologies concernées (avec la HAS), définir des objectifs-cibles sur l'évolution des principaux postes de dépenses, définir un contrat-cadre CAQCOS
Imagerie médicale	<ul style="list-style-type: none"> - L'action vise à maîtriser les dépenses d'imagerie et à s'assurer de la soutenabilité du développement des équipements lourds - Le sujet concerne les professionnels ambulatoires comme les établissements de santé - Il est demandé aux ARS de mener des actions de sensibilisation auprès des professionnels et des établissements, et d'intégrer la prise en compte de la problématique de soutenabilité financière des équipements dans leur politique de planification sur ce secteur - L'action des ARS doit être accompagnée au niveau national d'une négociation avec les professionnels du secteur sur leurs pratiques et de la confection de référentiels de bonnes pratiques sur les actes jugés prioritaires (avec la HAS)
Chirurgie ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> - L'action vise à développer l'offre et la pratique de la chirurgie ambulatoire - Le sujet concerne (par définition) le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier - Le niveau national doit élaborer des documents de cadrage sur la promotion de la chirurgie ambulatoire : approfondissement des référentiels HAS et d'indicateurs qualité,

	<p>guide méthodologique à l'intention des établissements et des ARS, tarification, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thématique commune avec un programme national CNAMTS actuel, prévoyant notamment la mise sous accord préalable de certains actes ayant vocation à être effectués en chirurgie ambulatoire ; l'existence de ce programme CNAMTS permettra de disposer d'un indicateur de suivi territorialisé des actes réalisés en chirurgie ambulatoire sur 17 gestes marqueurs (objectifs CPG CPAM/DRSM 2010)
Efficienc e des EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> - L'action vise à développer l'efficacité dans les EHPAD : meilleure coordination des professionnels, amélioration de la connaissance par le développement des systèmes d'information, développement des approches coût/qualité dans les EHPAD - Les capacités d'intervention des ARS sont sur ce point limitées et sont étroitement dépendantes de chantiers nationaux : travail réglementaire (modalités d'intervention des professionnels en EHPAD...), informatisation de la liste des résidents, développement des SI de pilotage dans le secteur médico-social, tarification...) - Dans ce contexte, les thèmes d'actions portent principalement sur le développement des capacités de suivi et d'analyse des dépenses et de l'activité des EHPAD par les ARS, et sur la promotion des contrats de coordination des professionnels intervenant dans ces établissements
Efficienc e de la prescription dans les EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> - L'action vise à développer le bon usage du médicament en EHPAD et les outils de maîtrise médicalisée sur ce secteur, dans le contexte de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD - L'expérimentation étant toujours en cours, un important travail reste à réaliser au niveau national : suivi et évaluation des actions en cours, développement d'outils méthodologiques, élaboration d'un contrat régional d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CRAQCOS) - Il est demandé aux ARS de participer au suivi de l'expérimentation, de collecter et d'analyser les informations relatives aux dépenses de médicament dans les EHPAD, de déployer le CRAQCOS lorsqu'il sera élaboré
Permanence des soins ambulatoire et hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> - L'action vise à mettre en place un dispositif efficace de PDS, dans un contexte financier maîtrisé, en articulant notamment le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier (urgences) - Le sujet concerne (par définition) le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier - Le dispositif de PDS lui-même (organisation, financement) et sa méthodologie de déploiement doivent être cadrés par le niveau national (DGOS) - Dans le cadre qui aura été défini par la DGOS, il est demandé aux ARS de déployer le dispositif de PDS : définition des territoires, organisation des acteurs, définition des modalités de rémunération de la PDS
Soins de suite et de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> - L'action vise à mieux piloter la politique d'autorisation dans une perspective d'efficacité, et à maîtriser le volume d'activité du secteur - Le sujet concerne le secteur hospitalier - Il est demandé aux ARS d'intégrer la maîtrise du développement et des dépenses du secteur SSR dans leur politique de planification et d'autorisations, notamment à travers la maîtrise des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) en SSR - L'action des ARS doit être accompagnée par la fourniture par le niveau national de données sur l'activité et les dépenses des SSR, et d'éléments de cadrage et de méthodologique

Source : *Analyses de la mission*

[222] Sur le plan opérationnel, toutes ces actions requièrent un travail plus ou moins important de la part du niveau national pour fournir aux ARS les éléments méthodologiques dont elles ont besoin : guides d'analyse, contrats-types CAQCOS/CRAQCOS, etc. Dans certains cas, ce travail doit se doubler de la mobilisation d'experts (HAS...) afin d'élaborer des référentiels de bonnes pratiques (chantiers IRC, prescriptions à l'hôpital, imagerie médicale, chirurgie ambulatoire). Enfin, dans certains cas, il est aussi attendu du niveau national l'édiction de nouvelles normes réglementaires (IRC, EHPAD, PDS). A la date de sortie de la circulaire, ce travail était encore loin d'être achevé.

- [223] Du point de vue des ARS, les actions concrètes qu'elles ont vocation à mettre en œuvre pour s'inscrire dans ces « 10 priorités » ne sont pas non plus encore bien définies, au-delà de l'objectif général précisé par la circulaire et ses documents d'accompagnement : dans certains cas leur action se limite à l'amélioration de la connaissance du secteur (EHPAD) ; dans d'autres elles doivent promouvoir de façon spécifique des bonnes pratiques auprès des professionnels de santé en établissement voire en ville (IRC, prescriptions à l'hôpital, chirurgie ambulatoire...), intégrer des enjeux de gestion du risque dans leurs activités de planification et d'autorisation (imagerie, SSR...) ou déployer une politique particulière (PDS). Et dans tous les cas, la « boîte à outils » nationale reste à construire, même si, localement, certains thèmes ont pu faire l'objet d'un vrai investissement.
- Un ensemble d'actions qui ne forment pas (encore) une politique cohérente
- [224] Enfin, les thèmes retenus ne forment pas véritablement un ensemble cohérent d'actions inscrits dans une stratégie nationale globale (au-delà de leur objectif premier, qui est de permettre aux ARS de commencer à travailler concrètement sur des actions de gestion du risque).
- [225] Ainsi, les liens avec les programmes nationaux de l'assurance maladie qu'elle mentionne par ailleurs ne sont pas explicités par la circulaire, alors que, sur au moins deux actions (transports, chirurgie ambulatoire), ils sont réels et immédiats, puisque ces deux thèmes font déjà l'objet de programmes nationaux de la CNAMTS ; par ailleurs, d'autres sujets (prescriptions à l'hôpital) ont fait par le passé l'objet d'actions de la part de l'assurance maladie, sur lesquelles il serait souhaitable de pouvoir capitaliser.
- [226] A l'inverse, les thèmes retenus portent peu sur les secteurs hospitalier et médico-social, alors que la mission a souligné que ces secteurs devaient faire l'objet d'un investissement prioritaire de la part de l'Etat et des ARS, compte tenu de leurs responsabilités en la matière. Le secteur hospitalier est touché principalement par des actions sur les « sujets-frontières », i.e. liés à l'articulation entre la ville et l'hôpital, ou sur des activités périphériques (SSR) ; *a contrario*, le cœur du fonctionnement de l'hôpital n'est pas concerné par ces « dix priorités ».
- [227] La mission relève à cet égard une certaine sous-représentation de la DGOS parmi les pilotes des programmes de la circulaire du 19 juillet³¹, qui pourrait s'avérer problématique si elle devait se maintenir, ou si elle traduisait de la part de cette direction un désintérêt ou une incompréhension pour la démarche de gestion du risque telle que la mission l'a explicitée *supra* au point 2.1.1. De plus, force est de constater que, sur les trois thèmes portés par la DGOS dans la circulaire, seul un (le développement de la chirurgie ambulatoire) correspond pleinement à l'approche décrite au point 2.1.1., les deux autres (SSR, PDS) s'inscrivant plutôt dans les missions de planification et d'allocation budgétaire de cette direction.
- [228] Si ces actions contiennent une dimension d'efficacité et de maîtrise financière qu'il n'est pas question d'ignorer, et s'il est évidemment souhaitable de voir l'exercice de ces missions éclairé par des analyses de gestion du risque (notamment dans la construction des SROS), il reste nécessaire de développer une approche de la gestion du risque spécifique au secteur des établissements de santé, centrée sur la détection des inefficiences et la recherche des leviers pour les corriger sur le long terme. La mission esquisse au point 3.2.2.1. *infra* une réflexion sur la forme que cette approche pourrait prendre.

³¹ Cf. tableau 4 *supra* : la DSS fournit 5 pilotes d'actions, la DGOS 3 et l'UNCAM 2.

[229] Quant au secteur médico-social, l'élaboration d'actions de gestion du risque se heurte aux déficiences de son dispositif de régulation (faiblesse des systèmes d'information, manque d'études, etc.) qui expliquent que, trop générale dans son objectif et trop floue dans sa mise en œuvre, l'action « efficacité dans les EHPAD » ne puisse pas être considérée comme un véritable programme de gestion du risque – mais plutôt comme, au mieux, un programme en devenir. Mais l'approche de la gestion du risque ne pourra pas se développer sur ce secteur sans un réel investissement de la DGCS et de la CNSA en la matière. A l'avenir, ces administrations qui, aujourd'hui, ne sont pilotes sur aucun des programmes nationaux de la circulaire du 19 juillet, auront vocation à développer leurs propres programmes, et doivent poursuivre dans ce but leurs investissements au niveau national dans l'amélioration des systèmes d'information et de la connaissance statistique du secteur médico-social et de son activité.

2.2.4.2. ... mais qui va clairement dans la bonne direction

[230] Pour autant, toutes ces observations n'invalident en aucune manière l'intérêt et la pertinence de la démarche qui a été ainsi enclenchée par la circulaire du 19 juillet 2010. Elles montrent simplement l'ampleur du champ qui reste à couvrir et l'importance des enjeux que les ARS auront à investir à l'avenir en matière de gestion du risque, mais la mission est bien consciente que, **dans le contexte de mise en place des agences, il n'était pas possible de faire autrement, et elle tient à souligner que ce qui a été fait va clairement dans le bon sens**, à la fois sur le fond et dans la forme et la manière.

- L'engagement du niveau national

[231] La mission a été pour partie associée par les services du ministère aux travaux en cours sur l'approfondissement des « 10 priorités »³². Ces travaux témoignent d'une réelle volonté de la part du niveau national de répondre aux interrogations pratiques que soulève la mise en œuvre de ces actions :

- le choix des « 10 priorités » résulte d'une décision consensuelle du CNP sur le dispositif d'ensemble, qui est par ailleurs cohérent avec les orientations du contrat Etat/UNCAM ; de surcroît, la circulaire mentionne bien les programmes nationaux de l'assurance maladie, même si leur articulation avec les priorités des ARS n'est pas explicitée ;
- un dispositif de conduite de projet a été mis en place et fonctionne effectivement selon cette logique : création d'un comité de pilotage national sous l'égide de la DSS, direction référente pour la mise en œuvre de la circulaire, installation de groupes de travail associant tous les acteurs nationaux et certaines ARS sur chacune des 10 priorités ;
- un dispositif d'animation de réseau est en cours de structuration, par la constitution d'un réseau de correspondants et leur réunion les 7 ou 8 octobre pour échanger sur la mise en œuvre de la circulaire.

[232] Ces aspects très positifs ne doivent pas masquer l'existence de risques réels d'enlisement de la démarche. La multiplicité des chantiers en rend le macro-pilotage difficile. Il n'est pas certain que tous les documents méthodologiques ou de cadrage puissent être produits dans les délais prévus, et la mise en place d'un dispositif d'indicateurs et de reporting véritablement opérationnel est soumise aux mêmes aléas. Les chefs de projet qui ont été désignés ne sont pas dédiés à cette mission, et ne sont pas forcément familiers de l'animation de ce genre de démarche. L'existence de pré-requis réglementaires ou scientifiques peut conduire à ralentir voire à bloquer certains chantiers. La capacité d'élargir à brève échéance la démarche à des thématiques plus concrètes en prise avec les enjeux de la gestion du risque à l'hôpital et dans le secteur médico-social est incertaine.

³² Participation au premier comité de pilotage national du 02/09/2010, participation au séminaire des correspondants GDR des ARS les 07 et 08/10/2010.

[233] Mais la circulaire a permis de lancer une dynamique au niveau national qui mobilise les différents services du ministère, de l'assurance maladie et des opérateurs (CNSA, HAS...), et l'existence de cette dynamique est en elle-même positive.

- Malgré leurs limites, les « 10 priorités » permettent d'aborder concrètement les grands enjeux de la gestion du risque pour les ARS

[234] Sur le fond, même si, comme la mission l'a relevé, l'addition de ces « priorités » ne forme pas un tout cohérent, elles offrent une gamme variée de thèmes qui, chacun, requièrent en théorie la mobilisation d'une compétence particulière de l'ARS, sectorielle ou juridique, dans le cadre d'une action de gestion du risque :

- le thème « transport » offre une occasion d'intervenir sur l'organisation interne des établissements, afin de les inciter à mettre en place des dispositifs de régulation de leurs besoins et demandes en la matière ;
- les thèmes « IRC » et « chirurgie ambulatoire » nécessitent d'articuler des actions d'organisation des soins (planification de l'offre en matière de dialyse, entre la ville et l'hôpital) et de promotion de bonnes pratiques coût-efficaces ; s'agissant de l'IRC, l'action associe également un aspect de prévention ;
- les thèmes relatifs aux prescriptions à l'hôpital suppose de toucher directement les professionnels à l'hôpital (et par ailleurs d'encourager les hôpitaux dans leur démarche d'individualisation du suivi des consommations), tout en inscrivant cette démarche dans un cadre contractuel avec l'établissement lui-même (CAQCOS) ;
- le thème de l'imagerie médicale doit amener les services en charge de la planification sur ce secteur à intégrer des éléments d'efficacité et de maîtrise des dépenses dans le traitement des dossiers d'autorisations ;
- les thèmes relatifs aux EHPAD sont encore embryonnaires, mais ils permettent au moins d'acclimater « l'état d'esprit » de la gestion du risque dans le champ médico-social, parmi les équipes qui en sont en charge au sein des ARS comme auprès des professionnels dans les établissements et services médico-sociaux ;
- le thème « SSR » nécessite d'infuser la problématique de gestion du risque au cœur même de l'exercice de la mission de planification de l'ARS ; même si, en l'occurrence, il s'agit d'une activité périphérique au sein du secteur hospitalier, elle n'est pas négligeable (11,1 Mds € en 2010) et elle permettra aux équipes de planification d'expérimenter un travail en commun avec les équipes PRGDR et d'études (pour l'articulation entre l'évaluation des besoins et l'évaluation de l'impact du développement ou de la réduction de l'offre sur les dépenses de santé régionales).

[235] Par ailleurs, la plupart des actions requièrent, pour être efficaces, une articulation entre l'action de l'ARS et l'action de l'assurance maladie, soit parce que leurs compétences juridiques et sectorielles sont complémentaires, soit parce que leurs savoir-faire et leurs moyens sont complémentaires :

- certains thèmes nécessitent d'agir à la fois sur les professionnels en ville et à l'hôpital (transports, IRC, imagerie, chirurgie ambulatoire) ou dans les établissements médico-sociaux (prescriptions en EHPAD) ; le déploiement d'un programme national de gestion du risque efficace supposerait donc d'articuler des interventions de l'assurance maladie sur l'ambulatoire et des interventions des ARS vers les établissements ;
- certains thèmes supposent de mobiliser les ressources du système d'information de l'assurance maladie pour cibler les actions et en suivre les effets sur les dépenses (transports, prescriptions hospitalières ou dans les EHPAD, imagerie), souvent avec des problématique de chaînage d'informations (croisement liste des résidents / prescriptions pour les EHPAD, individualisation des prescripteurs en établissement, etc.) ;
- certains thèmes ont pu faire par le passé l'objet d'un investissement des organismes d'assurance maladie, en mobilisant des équipes qui ne font pas partie des effectifs transférés à l'assurance maladie (praticiens-conseils des DRSM et DAM des CPAM ayant conduit des actions maîtrise médicalisée à l'hôpital, équipes CPAM ayant pu s'investir sur

la PDS...) ; il serait souhaitable que ces équipes puissent partager leurs expériences avec les équipes ARS responsables du pilotage de ces thèmes ;

- enfin, pour les thèmes qui requièrent des actions de contact avec les professionnels de santé, dans les établissements mais aussi en ville (par exemple sur le thème de la PDS), l'ARS et l'assurance maladie devront se coordonner afin d'éviter de renvoyer aux professionnels concernés une image de désorganisation des pouvoirs publics ; dans cet esprit, il pourrait être intéressant que les ARS puissent s'appuyer sur les moyens de l'assurance maladie dédiés à ce type de fonction (visites DAM, ECR des praticiens-conseils), sous réserve que les modalités de ce recours soient bien cadrées au niveau national.

[236] La mission revient dans la partie 3 *infra* sur ces différents éléments dans ses recommandations et son analyse des conditions de succès de la mise en œuvre des PRGDR et des « 10 priorités » de la circulaire du 19 juillet 2010.

2.3. Les moyens de la gestion du risque en région

2.3.1. Préliminaire méthodologique : l'absence de données précises fiables sur les moyens de la gestion du risque en région à la date de la mission

[237] Les ARS ayant été mises en place en cours d'année, et leurs effectifs étant la réunion de personnels du ministère de la santé suivi par la DRH et la DAFJS mais également de personnels de l'assurance maladie, dont certains correspondent en fait à des postes budgétaires, et non à des personnes physiques, il n'a pas été possible à la DRH de fournir à la mission un état détaillé à mi-2010 des effectifs des ARS, croisant leurs origines professionnelles, leurs implantations géographiques, leurs profils et leur affectation. Par ailleurs, les services du secrétariat du CNP ont adressé à l'été 2010 un questionnaire sur les modalités de mise en œuvre de la politique de gestion du risque par les ARS, comportant un volet concernant les moyens, dont les résultats ont été transmis à la mission ; mais toutes les ARS n'ont pas répondu à ce questionnaire.

[238] Du côté de l'assurance maladie, la mission dispose de la ventilation analytique précise des effectifs du régime général en 2008 tirée du rapport IGAS sur l'évaluation de la COG 2006-2009 (qu'elle a utilisée *supra*, au point 1.2.2.2.2.), mais pas d'une ventilation aussi précise après la création des ARS. A sa demande la CNAMTS lui a cependant remis une évaluation globale des effectifs affectés à la gestion du risque dans le réseau (CPAM, DRSM et DCRGDR), sur la base de données 2009 ou 2010.

[239] Cependant, le périmètre de ces données est tributaire de la définition que l'on adopte de la gestion du risque et des activités qui y concourent. En l'occurrence, les données recueillies excluent les activités de prévention et, s'agissant des CPAM, également les activités de contrôle / contentieux, qui sont partiellement incluses dans les données relatives aux DRSM.

[240] Pour évaluer les moyens dédiés à la gestion du risque en région à la date de ses investigations, la mission ne peut donc se fonder que sur des ordres de grandeur tirés de ces informations parcellaires et sur les éléments ponctuellement recueillis à l'occasion de ses déplacements en région.

2.3.2. Evaluation des moyens dédiés à la gestion du risque en 2010 dans les ARS

2.3.2.1. Retour sur la constitution des agences

[241] L'évaluation des moyens affectés à la gestion du risque dans les ARS amène nécessairement à revenir sur les principes qui ont présidé à leur constitution, et sur leurs conséquences en termes d'effectifs. En effet, le fait que les agences réunissent en leur sein, aux côtés des personnels de l'Etat issus des services des DDASS, des DRASS et des ARH, des personnels de l'assurance maladie issus des trois régimes ne signifie pas pour autant que tous les effectifs ainsi transférés doivent être analysés comme des ressources affectées aux missions des agences en matière de gestion du risque.

[242] Dans les régimes MSA et RSI (respectivement 73 et 43 ETP transférés), compte tenu des faibles effectifs des caisses locales effectivement dédiés à l'assurance maladie, il n'y avait pas de personnels dédiés à 100% aux actions de gestion du risque. Les effectifs transférés l'ont donc été sur la base du volontariat, et dans le cadre d'une clé de répartition forfaitaire arbitrée au niveau national. Ils ne sont donc pas à proprement parler des agents « de la gestion du risque », même si leur appartenance au réseau de l'assurance maladie les a habitués à ce concept et à sa déclinaison opérationnelle.

[243] Au sein du régime général (1 267 ETP transférés, dont 1 172 effectifs physiques³³), les effectifs transférés proviennent des CRAM (508 ETP), des URCAM (277 ETP) et des DRSM (388 ETP) :

- **les agents des CRAM** sont issus de la partie dite « sanitaire » des caisses régionales ; il s'agit pour l'essentiel des agents de l'assurance maladie qui travaillaient avec l'ARH sur le secteur hospitalier, non pas dans une optique de gestion du risque mais sur les sujets de planification, de contractualisation avec les établissements, etc. ; concrètement, ce sont ces agents qui avaient au sein du réseau de l'assurance maladie la connaissance des établissements de santé de la région, de leur stratégie, de leur situation financière, et qui diffusaient ces éléments auprès de leurs collègues en charge des actions de gestion du risque (notamment lors du lancement des actions de la maîtrise médicalisée hospitalière) ;
- **les agents des DRSM** sont issus des services OSS (organisation du système de soins) et PPS (prévention et promotion de la santé) ; des ajustements ont pu être apportés à ce principe en cas d'écart entre les effectifs physiques effectivement transférables et les effectifs théoriques associés analytiquement à l'activité transférées, ou dans le cas des « bi-régions » (lorsque les effectifs d'une DRSM bi-régionale devaient être transférés vers deux ARS, alors que des engagements avaient été pris sur l'absence de mobilité géographique imposée) ; en termes de profils, 209 praticiens conseils et 179 personnels administratifs ont été transférés ;
- **les agents des URCAM** sont, d'après la comptabilité analytique de la CNAMTS, dédiés en totalité à la « régulation » (cf. *supra*) ; la coordination de la gestion du régime au niveau régional et en inter-régimes faisait explicitement partie des missions des URCAM ; mais, alors même que la gestion du risque est devenue la priorité de l'assurance maladie après 2004, celles-ci ont été peu mobilisées par la CNAMTS sur ce sujet comme l'illustre le fait que, dans certaines régions, la caisse nationale a désigné un autre directeur coordonnateur de la gestion du risque que le directeur de l'URCAM ; après avoir vu leurs effectifs diminuer de 1% entre 2005 et 2008, elles ont vu ce mouvement encore s'accélérer sur la période récente, et finalement ce sont 277 ETP qui ont été transférés aux ARS, contre 305 ETP affectés dans les URCAM en 2008, soit une diminution globale de 28 ETP (-9%) ;

³³ Les 95 autres postes correspondent, d'après les données détaillées recueillies par la mission auprès de la CNAMTS, à 76,19 postes vacants, 10,80 « postes non affectés valorisés niveau 6 par la CNAMTS », 6,50 « cas particuliers » et un delta résiduel de 1,18 ETP ; cf. pièce jointe n°2.

enfin, ces effectifs étaient loin de n'être constitués que d'agents en charge de la gestion du risque.

- [244] A titre d'exemple, le tableau ci-dessous détaille l'organigramme de l'URCAM de Basse-Normandie et la façon dont ont été répartis ses personnels au sein de l'ARS (13 ETP) :

Tableau 10 : Répartition des personnels de l'ex-URCAM de Basse-Normandie

Affectation URCAM	Affectation ARS	GDR ?
1 directeur	Directeur de la Mission Stratégie et Projets Transverses (MSPT)	Non
4 secrétaires	1 MSPT, 1 direction de la performance, 2 RH et logistique	Fonctions support
1 chargée de communication	Communication ARS	Non
1 gestionnaire FIQCS	Direction de l'Offre de Santé et de l'Autonomie	Non
1 prévention	Direction santé publique	Non
1 statisticien	Direction de la Performance	Oui
1 GDR	Direction de la Performance (GDR)	Oui
1 GDR Hospitalière	Mission Démocratie Sanitaire	Non
1 Fraudes / GDR	MSPT	Non
1 Offre de Soins	Direction de la Performance (GDR)	Oui

Source : Données ARS Basse-Normandie, retraitées par la mission

- [245] Dans cette URCAM, outre son directeur et son adjoint³⁴, quatre personnes travaillaient effectivement sur des actions de gestion du risque (trois agents et, pour partie, un statisticien), plus 1 agent sur des actions de prévention, mais, comme la mission l'a indiqué *supra*, elle n'a pas inclus l'activité de prévention dans le périmètre du PRGDR. Les souhaits des agents lors de leur transfert à l'ARS ont fait que, finalement, seuls 3 agents de l'ex-URCAM sont effectivement affectés directement à des tâches directement liées au PRGDR (l'agent de prévention ayant rejoint la direction santé publique de l'agence).

2.3.2.2. Etat des lieux des moyens humains dédiés à la gestion du risque dans les ARS en octobre 2010

- [246] Donner le chiffre exact des collaborateurs des ARS qui sont mobilisés aujourd'hui par la gestion du risque est difficile, en l'absence d'un organigramme-type des agences et d'une comptabilité analytique qui identifie précisément cette activité. De plus, comme la mission l'a exposé *supra*, la gestion du risque n'a pas vocation à n'être qu'une politique sectorielle particulière de l'ARS, mais il est au contraire essentiel que sa logique irrigue l'ensemble des activités et des missions de l'agence, au service de l'objectif général d'amélioration de l'efficacité du système de santé.
- [247] Dans ces conditions, la question des moyens des ARS sur la gestion du risque ne s'apprécie pas uniquement sur la taille du service effectivement en charge de la mise en œuvre du PRGDR ; elle tient également à la capacité de cette équipe à infuser les préoccupations et les méthodes de la gestion du risque dans tout l'organigramme de l'ARS, et aux conditions nécessaires pour que cette acculturation générale au concept et à ses outils s'opère effectivement.

³⁴ Qui avait rejoint le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque avant la mise en place de l'ARS et ne figure donc pas dans ce tableau ;

- Aspects quantitatifs : de petites équipes, au positionnement nécessairement transversal

[248] D'après l'enquête conduite à l'été 2010 par le secrétariat du CNP sur l'état de la mise en œuvre du PRGDR par les ARS, le service officiellement en charge de la gestion du risque (c'est-à-dire, concrètement, de la mise en œuvre et du suivi du PRGDR : il s'agit donc plutôt d'une « cellule PRGDR » davantage que d'un service gestion du risque) comprend en général de 1 à 5 personnes ; les profils présents incluent quasi-systématiquement d'anciens personnels de l'Assurance Maladie, le plus souvent issus des URCAM ; dans au moins 10 cas sur 26, la cellule PRGDR n'est composé que de salariés issus de l'assurance maladie :

Tableau 11 : Composition des cellules PRGDR au sein des ARS en octobre 2010

	IDF	NPDC	RHO	PACA	AQU	BRE	LAN	MID	PDL	ALS	AUV	BNO	BOU	CEN	CHA	COR	FRA	HNO	LOR	PIC	POI	GUA	GUY	MAR	REU	LIM
nb. agents	3	XX	XX	4	3	XX	XX	XX	5	1,5	<4	3,5	1	3	3	2	1	2	3	3	2	2	2	3	1	3
profil de l'équipe : AM ou mixte ?	AM	nd	nd	nd	AM	nd	nd	nd	m	AM	m	AM	AM	m	m	AM	AM	m	m	AM	nd	m	AM	m	AM	nd

Source : Reporting RS du secrétariat du CNP octobre 2010 – retraité par la mission

[249] Selon l'enquête précitée du secrétariat du CNP, trois options ont été retenues pour positionner cette cellule PRGDR au sein de l'organigramme de l'ARS :

- au sein de la direction qualité et efficacité des soins (Alsace, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Lorraine³⁵, Pays-de-Loire, Poitou-Charentes) ;
- au sein de la direction de l'offre de soins (Bretagne, Champagne-Ardenne, Corse, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Limousin) ;
- au sein d'une cellule dédiée transverse (Aquitaine, Auvergne, Ile-de-France, Océan Indien).

[250] Pour la mission, aucun de ces positionnements n'est en soi critiquable, pour autant que l'importance et la spécificité de la notion soient effectivement portées par la direction générale de l'ARS dans son discours managérial, et effectivement perçues et comprises par les autres services de l'agence. Mais il est clair que, compte tenu de leur format très léger, et des incertitudes qui entourent leur capacité à effectivement s'imposer au sein des agences dans la dimension transversale de leur mission, ces cellules demeurent des structures fragiles, et les équipes PRGDR rencontrées par la mission en étaient d'ailleurs parfaitement conscientes :

- si la petite taille des cellules PRGDR est adaptée au rôle d'animation et de supervision qu'il est souhaitable qu'elles jouent dans la mise en œuvre du PRGDR – c'est-à-dire en premier lieu aux dix priorités 2010-2011 définies par la circulaire de juillet 2010 –, en revanche, elles sont évidemment trop peu étoffées pour pouvoir à elles seules mettre en œuvre les actions du PRGDR qui concernent l'ARS ;
- quelle que soit leur place dans l'organigramme, elles doivent donc être positionnées par la direction générale de l'ARS comme des équipes transversales, ayant vocation à travailler avec l'ensemble des services de l'agence ; sans un engagement managérial fort de la direction générale pour faire effectivement vivre cette transversalité, le risque est grand que la gestion du risque ne demeure qu'une préoccupation marginale pour la plupart des collaborateurs de l'ARS ;
- l'enjeu, en l'occurrence, est donc d'éviter que la gestion du risque apparaisse aux yeux des personnels et des cadres de l'agence comme « la chose des salariés des ex-URCAM », dont elle constituait bien le cœur de métier ; sur ce plan, le fait que, dans plus d'un tiers au moins des ARS, la cellule PRGDR ne soit composée que de personnels issus de l'assurance maladie doit appeler une vigilance particulière de la part de la direction générale de ces agences, afin que cette situation ne constitue pas un obstacle à l'appropriation de « l'esprit GDR » par les collaborateurs issus des services de l'Etat.

³⁵ Dans cette ARS, la cellule est placée au sein d'une direction de la performance et de la gestion du risque.

- Le lien avec les équipes études / statistiques

[251] La mission ayant souligné l'importance que revêt l'exploitation des systèmes d'information pour nourrir la réflexion sur les actions de la gestion du risque et affiner les indicateurs régionaux de suivi de cette politique, il convient de s'arrêter spécifiquement sur les effectifs des ARS en matière de statistiques et d'études.

[252] Le tableau suivant montre que les moyens des ARS sur ce champ sont loin d'être nuls, et que l'apport des personnels issus de l'assurance maladie a été substantiel, d'autant qu'il porte de façon très majoritaire sur des profils à forte valeur ajoutée (cadres, informaticiens voire médecins), alors que les effectifs Etat comportait un nombre significatif d'agents de catégories B et C dédiés à la tenue des répertoires et au suivi administratifs des enquêtes.

Tableau 12 : Effectifs études et statistiques des ARS en octobre 2010

Région	Effectif études/stat.	Profils				Origine	
		A+	A	B	C	AM	Etat
ALS	14	nd	nd	nd	nd	9	5
AQU	8		7	1		6	2
AUV	6		3	2	1	3	3
BOU	5	1	2	1	1	2	3
BRE	9		6	2	1	3	6
CEN	9		5	4		4	5
CHA	7		5		2	4	3
COR	3	2	1			1	2
FRA	5	1	3	1		3	2
IDF	14		7	3	4	7	7
LAN	11	2	7	2		7	4
LIM	4		3	1		3	1
LOR	4		1	2	1	1	3
MAR	3		1	2			3
MID	10	1	5	4	1	4	6
NPC	14	1	9	4		8	6
BNO	5		2	1	2	1	4
HNO	7	1	5	1		5	2
PDL	9	1	3	4	1	3	6
PIC	4		1	2	1	1	3
POI	7		3	2	2	3	4
PACA	15	2	2	7	4	9	6
REU	4	1	2	1			4
RHO	14	2	6	4	2	6	8
TOTAL	191	15	89	51	23	93	98

(chiffres hors Alsace)

Source : Données DREES octobre 2010 retraitées par la mission³⁶

³⁶ Manquent les données relatives à la Guadeloupe ; les profils AM ont été classés en « équivalent catégorie A » dès lors que leur niveau de classification UCANSS était supérieur à 5, et A+ pour les profils médecin ou sous-directeur.

[253] La situation des agences est évidemment très contrastée entre les petites régions où les équipes sont très resserrées (ou, *a fortiori*, dans les DOM où, par ailleurs, l'apport de l'assurance maladie a été nul), et les grandes régions qui peuvent aligner des services conséquents (14 personnes pour les plus importants), aux compétences variées et équilibrées entre les origines Etat et assurance maladie. Cette situation doit pousser au développement de mutualisations interrégionales, seules à même d'offrir aux plus petites régions l'accès à une masse critique de compétences suffisantes en matière d'études, notamment.

[254] Il convient en outre de souligner que, sans même évoquer de telles initiatives interrégionales, la constitution de ces services pluridisciplinaires va nécessairement modifier les habitudes de travail de leurs collaborateurs, notamment ceux issus des services statistiques des DRASS :

- tout d'abord, les choix d'organisation retenus par les directeurs d'ARS ont modifié la configuration traditionnelle de ces services, qui étaient jusqu'à présent dirigés par principe par un administrateur INSEE rattaché au budget de la DREES ; or, dans les nouveaux organigrammes, la direction du service n'a pas été obligatoirement confiée à l'ex-statisticien régional ;
- leurs activités vont également devoir évoluer ; aux missions traditionnelles des services statistiques des DRASS (tenue des répertoires, mise en œuvre des enquêtes nationales, analyses pour les travaux de planification des DRASS) vont désormais s'ajouter les analyses de gestion du risque, la construction et le suivi d'indicateurs pour la direction générale, la réalisation d'études sur les différents domaines d'activité de l'agence ;
- enfin, l'animation de ce réseau devra être particulièrement soignée ; la DREES est en train de faire évoluer son organisation en la matière, mais elle a peu de moyens, et doit par ailleurs animer parallèlement le réseau des DRJSCS ; de plus, s'agissant plus spécifiquement de la gestion du risque, certains outils ou certaines méthodes (notamment tout ce qui touche à l'exploitation du SNIIRAM) sont aujourd'hui bien davantage maîtrisés par la DSES de la CNAMTS que par la DREES, et il serait souhaitable qu'elle puisse elle aussi apporter son appui aux ARS.

- La mobilisation des autres services des ARS

[255] Aujourd'hui, le thème de la gestion du risque est porté par de petites équipes composées majoritairement de collaborateurs issus de l'assurance maladie, ayant vocation à jouer un rôle transversal au sein de l'agence, et qui devraient pouvoir s'appuyer sur des services statistiques disposant (au moins dans les moyennes et grandes régions) de réels moyens, sur le plan quantitatif comme sur le plan qualitatif.

[256] Mais, comme la mission l'a souligné à plusieurs reprises, c'est en fait l'ensemble de ses services que l'ARS doit amener à intégrer « l'état d'esprit » de la gestion du risque, dans l'exercice de leurs missions de base. La question des moyens des ARS en matière de gestion du risque ne saurait donc se réduire au décompte quantitatif et qualitatif des effectifs de la cellule PRGDR et des services études et statistiques des agences. Elle renvoie en réalité à une interrogation plus générale sur les moyens que les ARS peuvent employer pour faciliter l'appropriation générale de ce concept, et sur les obstacles ou les contraintes qui peuvent freiner ou empêcher cette appropriation. Cette interrogation suppose d'articuler une réflexion managériale sur la conduite du changement au sein des agences et une analyse fine des caractéristiques actuelles de leurs effectifs, en termes d'emplois et de compétences. Plusieurs dimensions peuvent ainsi être mises en exergue.

[257] Tout d'abord, l'un des grands apports de la constitution des ARS réside dans l'association au sein d'un organisme unique (et donc sous l'autorité d'un seul responsable) de personnels d'origine et d'expérience professionnelles différentes, et dont la complémentarité est clairement un atout lorsqu'il est question de gestion du risque. Ce brassage est réel et quotidien au siège de l'agence, où se retrouvent l'immense majorité des personnels issus de l'assurance maladie, et cette réalité devrait faciliter les échanges et le développement d'une culture commune nouvelle, dont la gestion du risque sera l'une des dimensions importantes. La mixité des origines professionnelles que les directeurs d'agence ont clairement recherché dans la composition de leur équipe de direction, que la mission a constatée dans toutes les agences où elle s'est rendue, témoigne de la **réalité de ce brassage des cultures dans les services du siège**.

[258] Mais il convient de rappeler que **plus de la moitié des effectifs des ARS est demeurée dans leurs délégations territoriales**, et que ces dernières sont composées quasi exclusivement par les personnels des anciennes DDASS : dans les DT, le mélange des cultures avec les agents issus de l'assurance maladie est quasi inexistant, et l'appropriation par ces personnels de concepts et de méthodes développés par l'assurance maladie en sera d'autant plus compliquée. Ce sujet doit clairement faire l'objet d'une vigilance particulière de la part des directeurs d'agence ; or, d'après les éléments recueillis par le secrétariat du CNP à l'occasion de son enquête sur la mise en œuvre du PRGDR, seules six régions (Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine, Midi-Pyrénées) ont associé formellement les DT aux groupes de travail GDR. D'autres ont pu le faire informellement, ou ont prévu de le faire plus tard, lors de la mise en œuvre des dix priorités, mais il est clair que la diffusion de « l'état d'esprit » GDR dans les DT est un objectif qui nécessitera un investissement en soi de la part de l'équipe de direction des agences.

[259] La question de l'acculturation des notions de gestion du risque dans les équipes des ARS doit également être envisagée sous l'angle de son impact sur les corps de catégorie A+ qui structurent leur encadrement (IASS, MISP, PHISP, IGS/IES³⁷). Ce mouvement constitue en effet, sinon une rupture, du moins une évolution importante dans la logique d'intervention de ces corps³⁸, et peut être perçue par certains comme étranger à leur culture professionnelle :

- les enjeux de maîtrise des dépenses de santé ne sont pas encore complètement diffusés auprès d'agents qui sont surtout investis sur des enjeux de prévention, de sécurité sanitaire et environnementale, d'allocation budgétaire et d'animations de partenariats ;
- dans leur activité actuelle, les médecins et pharmaciens inspecteurs sont très peu présents sur le terrain de la maîtrise médicalisée, et ont peu de relations avec les praticiens conseils de l'assurance maladie (hormis les praticiens conseils qui étaient associés au fonctionnement de l'ARH, et qui ont pour la plupart été intégrés au sein de l'ARS, mais qui étaient eux-mêmes peu mobilisés sur les chantiers de gestion du risque de l'assurance maladie) ;
- l'activité de contrôle est historiquement peu valorisée chez les médecins inspecteurs et les IASS ; elle l'est davantage chez les pharmaciens inspecteurs, mais leurs interventions dans les établissements portent surtout sur les questions de sécurité sanitaire et de politique qualité dans le suivi du médicament, et peu sur les pratiques de prescription ou, *a fortiori*, les enjeux de la maîtrise médicalisée ;
- compte tenu de ce qu'étaient leurs missions jusqu'à présent, la formation initiale et continue de ces corps met peu en avant les questions qui se rattachent à la gestion du risque.

³⁷ Inspecteur des affaires sanitaires et sociales, médecin inspecteur de santé publique, pharmacien inspecteur de santé publique, ingénieur du génie sanitaire, ingénieur d'études sanitaires.

³⁸ Qui font par ailleurs l'objet d'importants projets de refonte statutaire, avec comme perspective à moyen terme la fusion des corps techniques MISP, PHISP et IGS, et la fusion des corps d'inspecteurs IASS et IJS, en lien avec le rapprochement des deux univers jeunesse & sports et cohésion sociale au sein des DRJSCS.

[260] Par ailleurs, ces cinq corps techniques ne forment qu'une faible partie des effectifs des ARS, dont il convient de rappeler qu'ils proviennent pour l'essentiel des services de l'Etat, c'est-à-dire de des effectifs des DDASS, DRASS et ARH (7 268,7 ETP au 01/04/2010, hors mises à disposition entrantes, cf. pièce jointe n°1), où les catégories B et C étaient nettement majoritaires (66,7%). *A contrario*, les médecins inspecteurs de santé publique ne représentaient que 4,8% des effectifs des ARS (348,5 ETP, pour 364 effectifs physiques) et les pharmaciens 1,8% (131,5 ETP, pour 139 effectifs physiques) :

Tableau 13 : Etat des effectifs Etat des ARS au 01/04/2010

Effectifs Etat des ARS	ETP	%
A	2 420,9	33,3%
<i>Ex-emploi fonctionnel</i>	127,0	1,7%
<i>dont IASS</i>	1 013,1	13,9%
<i>dont MISP</i>	348,5	4,8%
<i>dont PHISP</i>	131,5	1,8%
<i>dont IES/IGS</i>	476,5	6,6%
B	2 477,0	34,1%
C	2 370,8	32,6%
TOTAL GENERAL	7 268,7	100,0%

Source : DRH, données au 01/04/2010

[261] Pour autant, ces considérations ne doivent pas laisser penser que les services des ex-DDASS, DRASS et ARH ne disposeraient d'absolument aucune compétence ni expérience en matière de gestion du risque.

[262] Tout d'abord, les approches que les services ont pu développer dans leurs activités de contrôle et de police administrative, notamment sous l'appellation « gestion des risques » (mise en place de procédures qualité, développement de la traçabilité, lutte contre la iatrogénie, contrats de bon usage en établissement...), participent à l'évidence à l'amélioration de l'efficacité du système de santé, et elles impliquent en général les mêmes acteurs que ceux que visent les actions de gestion du risque.

[263] Par ailleurs et en ce qui concerne plus spécifiquement les établissements de santé, les ARS disposent d'un outil très intéressant avec les observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMÉDIT) mis en place dans le cadre du décret du 24 août 2005 qui a créé les contrats de bon usage en établissement (cf. *supra*, point 1.2.3). Financés dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et situés dans un hôpital de la région, ces structures, de taille très inégale, sont composées de pharmaciens en général hospitaliers.

[264] Même si la dimension proprement financière était jusqu'à présent peu présente dans leur activité, les OMÉDITs placent clairement l'amélioration de l'efficacité des établissements parmi leurs objectifs, et leurs équipes ont développé une compétence d'analyse des données PMSI, à partir des outils e-PMSI ; en théorie, elles possèdent donc à la fois les compétences et les outils qui leur permettraient de contribuer à la conception et à la mise en place de politiques de gestion du risque dans le secteur hospitalier.

[265] Pour cette raison, les OMÉDITs devraient logiquement être au cœur de l'action des ARS sur plusieurs des dix priorités de la circulaire du 19 juillet 2010 : la maîtrise de l'évolution des consommations de médicaments et de dispositifs médicaux imputés sur la liste en sus, la promotion du bon usage du médicament en EHPAD, les prescriptions de médicaments en ville à l'hôpital.

[266] Néanmoins, leur capacité à jouer ce rôle est étroitement dépendante de leurs moyens et de leur bonne insertion dans l'organisation de l'ARS. Dans certaines agences, leur contribution à la gestion du risque est d'ores et déjà affichée (ainsi à l'ARS du Centre, l'OMÉDIT a intégré le pôle « gestion des risques, expertise technique, appui à la performance ») ; mais dans d'autres régions, leurs très faibles moyens leur interdisent en pratique de jouer un véritable rôle en la matière (ainsi, en Ile-de-France, l'OMÉDIT ne dispose que d'un pharmacien hospitalier).

2.3.3. Etat des lieux des moyens humains dédiés à la gestion du risque dans le réseau de l'assurance maladie en octobre 2010

[267] Le tableau suivant détaille les données transmises à la mission en ce qui concerne les moyens dédiés à la gestion du risque dans le réseau de l'assurance maladie en 2010.

Tableau 14 : Ordre de grandeur des effectifs mobilisés sur la gestion du risque dans le régime général en 2010

	Effectifs (ETP)	Commentaires
CPAM	1 818	
Accompagnement des PS	1 192	
<i>dont DAM</i>	986	Données 2009 hors contrôle-contentieux
Suivi de l'impact des actions sur les dépenses et les comportements des PS	392	
Suivi conventionnel des PS	234	
DRSM	1 415	
Praticiens-conseils	682	Données juin 2010
<i>dont contrôles IJ</i>	379	
<i>dont relations avec les PS (ECF, formation DAM...)</i>	303	
Administratifs	733	
<i>dont assistance aux contrôles IJ</i>	517	
<i>dont relations avec les PS (suivi des plans d'action)</i>	216	
Collaborateurs des DCRGDR	101,5	Données juin 2010
TOTAL (ordre de grandeur)	3 335	

Source : Données CNAMTS transmises à la mission

[268] Ces effectifs ne recourent pas les données 2008 issues de la comptabilité analytique de la CNAMTS sur la fonction « Régulation » citées par la mission *supra*, au point 1.2.2.2.2., qui affichaient un volume global d'effectifs dédié à cette activité de 10 577,1 ETP (y compris CNAMTS, URCAM, CGSS et CRAM), dont 4 677 ETP dans les CPAM et 4 167 ETP dans les DRSM. Les écarts s'expliquent pour partie par la non-prise en compte par la CNAMTS dans les données 2010 transmises à la mission des effectifs contrôle/contentieux et, probablement, des fonctions support associées aux équipes « régulation », notamment dans les DRSM (à l'instar des URCAM dont l'ensemble des effectifs était affecté à la fonction « régulation » par la comptabilité analytique de la CNAMTS en 2008).

- [269] Mais cette difficulté d'évaluer précisément les moyens réellement affectés aux activités de gestion du risque dans le réseau de l'assurance maladie témoigne également du flou qui règne sur le périmètre exact de cette politique pour les organismes de base, dans un contexte où le projet d'entreprise donne à cette notion une définition très extensive. Appliquée à de petits effectifs à l'échelle de la branche³⁹, qui plus est éparpillés entre plus d'une centaine d'organismes, cette approche ne peut que donner des résultats hétérogènes entre organismes et, au final, peu fiables s'ils ne font pas l'objet d'un redressement sur la base d'une méthodologie de comptage homogène.
- [270] Pour autant, malgré leurs limites, les éléments transmis par la CNAMTS pour 2009/2010 reflètent bien la spécialisation sectorielle et opérationnelle relevée par la mission *supra*, au point 2.1.2.3. :
- spécialisation sectorielle sur le champ de l'ambulatoire : dans les CPAM, les équipes en charge des actions de gestion du risque sont quasiment exclusivement tournées vers ce secteur, même si la mission a constaté que, ponctuellement, certaines CPAM (par exemple Bordeaux) s'engagent dans une politique de spécialisation de certains de leurs DAM sur le champ hospitalier ; dans les DRSM, cette spécialisation est moins marquée du fait de l'existence des équipes de contrôle T2A (qui ne figurent pas dans ce tableau) ; mais l'exercice de cette compétence ne fait pas disparaître le fait que, depuis la création des ARS, le réseau de l'assurance maladie est désormais privé de la vision transversale sur le secteur hospitalier régional que lui offraient les CRAM par leur participation aux travaux de l'ARH ;
 - spécialisation sur certains métiers : les métiers du contact avec les professionnels de santé, avec les DAM (986 ETP en 2009), et à moindre titre les praticiens conseils (entretiens confraternels, appui médical aux DAM, 303 ETP en 2010) et les métiers du contrôle, notamment du contrôle médicalisé qui constituent le cœur du métier des praticiens conseils ; l'importance des ressources médicales de l'assurance maladie doit à cet égard être soulignée, puisque le nombre de praticiens conseils identifiés en région sur des fonctions de gestion du risque dans le tableau de la CNAMTS (682 ETP) est presque le double du nombre de MISP transférés aux ARS depuis les DDASS et DRASS au 31/12/2009 (393,9 ETPT).
- [271] Il convient enfin de relever que, pris globalement, **les effectifs administratifs dédiés au suivi des actions de gestion du risque dans le réseau de l'assurance maladie ne sont pas négligeables** : la somme des effectifs des CPAM qui se consacrent à cette mission (i.e. hors DAM et suivi conventionnel), 392 ETP, les effectifs administratifs du service médical sur le même champ (i.e. hors assistance aux contrôles IJ), 216 ETP, et les collaborateurs des DCRGDR, 101,5 ETP, donne un total de **709,5 ETP**, ce qui est loin d'être négligeable. Mais il convient également de rappeler que ces ETP sont en fait éparpillés entre plus d'une centaine d'organismes et de sites différents, sans rattachement hiérarchique à une autorité régionale de coordination, ce qui complique grandement leur management et leur animation, et limite ainsi l'efficacité globale de ressources pourtant significatives.

2.3.3.1. La question de l'information

- Un enjeu essentiel

- [272] Au-delà des questions d'effectifs, l'information et les données sont les autres ressources indispensables pour la conduite d'une politique de gestion du risque en région :
- l'analyse fine des données contenues dans les systèmes d'information est le matériau de base des études de gestion du risque, à l'appui des politiques nationales ou dans le cadre de réflexions autonomes conduites au niveau régional ;

³⁹ Puisque, même dans l'estimation probablement assez large de 2008, la fonction de régulation ne mobilisait que 10% des effectifs du réseau, et souvent sur des quote-parts d'ETP dont la mission principale n'est pas la régulation (notamment dans les CPAM) ;

- lorsque les données sont nominatives ou détaillées par établissement, elles permettent par ailleurs de cibler les actions (notamment de contrôle) et d'en suivre les résultats de manière détaillée ; les référentiels sont aussi des fichiers qui permettent de mener des actions de contact direct auprès des professionnels ou des établissements ;
 - l'exploitation de ces données est également nécessaire pour la construction d'outils locaux de suivi des dépenses ou de l'activité (par exemple dans le cadre du suivi de la permanence de soins), soit pour affiner les indicateurs mis à disposition par le niveau national (lorsqu'ils existent) soit pour suivre des cibles locales ;
 - dans les trois cas précédents les données en question sont des données informatiques ; mais en matière de gestion du risque l'enjeu de l'information ne se limite pas à cette seule problématique ; les différents documents de cadrage stratégique et de dialogue opérationnel avec les structures (SROS, CPOM ARS/établissement, etc.) sont également des éléments importants pour les acteurs de la gestion du risque en région, dès lors qu'ils sont tous susceptibles d'intervenir auprès desdites structures, avec des finalités et selon des modalités spécifiques.
- Les documents généraux sur le fonctionnement des établissements de santé et médico-sociaux

[273] Avec le rattachement des services sanitaires des CRAM aux ARS, il n'y a plus au sein de l'assurance maladie d'entités qui dispose de façon exhaustive des informations stratégiques et opérationnelles sur les établissements de santé. Dans l'organisation antérieure, ces informations étaient transmises aux CRAM qui les partageaient avec les CPAM et les DRSM lorsque ces services avaient besoin d'intervenir dans les établissements de santé. Avec la création des ARS, il est donc nécessaire de retrouver un système permettant de préserver le niveau d'information de l'assurance maladie en région sur le secteur hospitalier et médico-social.

- Les systèmes d'information

[274] Du côté des systèmes d'information, les données sur le secteur ambulatoire peuvent être recherchées dans deux outils de l'assurance maladie : un outil nominatif retraçant que les dépenses régionales du régime général, ERASME Régional, et un outil anonymisé national et inter-régimes, le SNIIRAM, ouvert en général dans le cadre de « vues » profilées (datamarts). ERASME Régional est l'outil informationnel des CPAM et DRSM. Le SNIIRAM n'est accessible dans son intégralité que par les services nationaux d'études de l'assurance maladie et, depuis le protocole de 2008, du ministère, un datamart « ARS » étant en cours de développement. Sur le champ hospitalier, les principales sources de données sont les bases PMSI administrées par l'ATIH et accessibles au niveau régional par l'outil e-PMSI.

[275] Comme la mission l'a déjà souligné, il faut que les statisticiens et les chargés d'études puissent travailler et réaliser des analyses au niveau régional, tant en ARS qu'au sein de l'assurance maladie.

[276] Il faut donc qu'ils aient des outils pour le faire. S'il est évidemment souhaitable que l'usage du SNIIRAM, plus puissant et plus large qu'ERASME, se développe en région, le datamart « ARS » n'est pas encore prêt et, compte tenu de la complexité de l'outil, la généralisation de son usage en région ne peut être qu'un objectif de moyen terme, qui supposera un vigoureux effort d'accompagnement et de formation au sein du réseau de l'assurance maladie comme dans les ARS, sous l'égide de la DSES de la CNAMTS. A court terme, les acteurs doivent pouvoir continuer à utiliser les outils qu'ils savent utiliser, i.e. ERASME Régional.

3. PRECONISATIONS DE LA MISSION : LES CONDITIONS DE SUCCES DES PROGRAMMES REGIONAUX DE GESTION DU RISQUE

[277] Les préconisations de la mission s'inscrivent dans le contexte général de mise en œuvre de la loi HPST. Or, sur le champ de la gestion du risque, le fait que la loi ne définisse pas précisément le cadre de mise en œuvre de cette politique entre l'Etat et l'assurance maladie d'une part, entre le niveau national et le niveau régional d'autre part, crée des incertitudes et des tensions entre les acteurs, à tous les niveaux, qui sont dommageables à l'efficacité générale.

[278] La persistance de cette situation serait très regrettable. Tout d'abord parce que, sur un grand nombre de sujets, la mise en œuvre d'une démarche de gestion du risque ambitieuse suppose de mobiliser de façon conjointe l'Etat et l'assurance maladie et que cette mobilisation ne pourra s'opérer de façon efficace si les tensions évoquées précédemment ne sont pas dépassées. Ensuite et peut-être surtout, parce que l'assurance maladie a effectué un important investissement sur le thème de la gestion du risque, et que cette expérience mérite d'être partagée avec les autres acteurs de la régulation du système de santé, au premier rang desquels figurent les ARS.

[279] Dans un tel contexte, il est essentiel que les questions institutionnelles puissent être enfin dépassées, ce qui suppose d'abord de définir précisément les frontières entre les acteurs. Dans la mesure où ses analyses se situent à l'intérieur du cadre de la loi HPST, pour la mission, la seule manière de répondre concrètement à cette question est d'asseoir cette définition sur la réalité de la répartition actuelle des moyens et des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie. C'est ce à quoi elle s'est employée en énonçant quelques principes dans la partie 2 *supra* :

- en soulignant l'importance d'une diffusion de « l'état d'esprit » de la gestion du risque chez tous les acteurs de la régulation du système de santé, et tout particulièrement au sein des ARS ;
- en affirmant l'importance du niveau national dans l'élaboration, le cadrage et le pilotage des actions de gestion du risque ;
- en distinguant trois champs d'intervention distincts en matière de gestion du risque : le champ ambulatoire, sur lequel le rôle de l'assurance maladie reste prédominant, dans le cadre des outils que l'institution a développé depuis le début des années 2000, le champ hospitalier et médico-social, dont la responsabilité relève principalement de l'Etat et sur lequel il est nécessaire de développer l'approche de gestion du risque d'une manière générale, et le champ des « sujets-frontières » entre secteurs sur lesquels il est souhaitable de déployer des actions conjointes entre l'Etat et l'assurance maladie ;
- en relevant que la complémentarité entre Etat et assurance maladie est également opérationnelle, sur certains métiers ou savoir-faire (par exemple le contact direct avec le grand public ou les professionnels de santé).

[280] Les préconisations de la mission s'inscrivent donc dans le cadre de ces principes généraux.

3.1. Réussir la mise en œuvre des dix priorités GDR 2010/2011

[281] Même si elle en a relevé les limites, inhérentes à son processus et son calendrier de gestation, la mission considère que **la mise en œuvre effective des dix priorités 2010/2011 définies par la circulaire du 19 juillet est la première priorité des ARS dans le domaine de la gestion du risque**. Et, parce qu'il s'agit des premières actions que conduiront les ARS en la matière, la réussite de leur mise en œuvre est encore plus importante, car elle permettra de crédibiliser en interne comme vis-à-vis de leurs partenaires leur valeur ajoutée sur cette question.

3.1.1. Définir les critères de réussite des actions

[282] Ceci pose la question des critères qui seront utilisés pour juger si cette mise en œuvre doit ou non être considérée comme un succès. Cette question est évidemment très importante : la fixation d'objectifs non mesurables ou inatteignables ne peut que conduire à une démotivation des équipes, et à une décrédibilisation de la politique mise en œuvre, quand bien même les actions menées auraient permis de réaliser des progrès. Sur ce plan, la mécanique de la circulaire (et son articulation avec la démarche CPOM ARS) n'est pas encore bien réglée :

- les limites des cibles nationales ont été décrites *supra*, point 2.2.4.1. ; seul un investissement conjoint des services d'études de la CNAMTS et du ministère permettra d'arrêter de façon rigoureuse ces cibles ; **ne doivent être retenus en tant que cibles pour les ARS que les indicateurs reflétant bien la capacité d'action directe de l'ARS sur l'agrégat mesuré** ;
- dans ce contexte, seules quelques actions ont fait aujourd'hui l'objet d'une déclinaison par un objectif régional intégré au dispositif d'évaluation des CPOM ARS : IRC (% de patients dialysés traités par dialyse péritonéale), chirurgie ambulatoire (% des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs), ou pourrait faire l'objet d'une telle déclinaison, du fait de l'existence de PNGDR de l'assurance maladie (transports) ; les travaux de chiffrage des économies potentielles conduits au niveau national (le cas échéant avec l'appui de certaines ARS particulièrement en pointe sur tel ou tel sujet) doivent intégrer cette dimension de déclinaison régionale ;
- en admettant que les critères de succès (cibles) de toutes les actions aient été explicités, le nombre d'actions à mettre en œuvre est objectivement trop important pour que l'on puisse imaginer assigner aux ARS comme objectif minimal la réussite de *toutes* ces actions : un « socle » minimal doit être défini (par exemple : atteinte des résultats sur 5 des 10 cibles, ou atteinte de x% de la cible pour y cibles sur 10...), idéalement en laissant une certaine marge de manœuvre à l'ARS pour choisir « ses » actions-socles, en fonction de son analyse des priorités régionales ;
- il n'y a pas d'indicateur, même composite, de réalisation du PRGDR dans les indicateurs CPOM des ARS ; par ailleurs, les indicateurs ne sont pas pondérés entre eux, ce qui ne permet pas de visualiser le « poids » affecté à la problématique de la gestion du risque dans les objectifs des ARS ; or ce « poids » est un élément symbolique très important pour rendre perceptible aux agents des ARS l'importance de l'enjeu de la gestion du risque pour l'agence.

[283] Compte tenu de l'importance qui s'attache à cet enjeu, il serait par ailleurs logique d'intégrer des objectifs de gestion du risque dans les dispositifs d'intéressement individuel et collectif qui pourraient être mis en œuvre dans les ARS. Mais, pour la mission, le dispositif actuel d'indicateurs sur ce champ est trop peu robuste pour pouvoir être intégré aujourd'hui dans ce type de démarche (indicateurs inexistantes ou non validés sur la plupart des actions, peu de visibilité sur la capacité d'action réelle et à court terme des ARS sur les indicateurs existants...). **Il est préférable d'attendre d'avoir un nombre d'indicateurs à la fois robustes et ayant une portée globale réellement significative pour les intégrer dans un dispositif d'intéressement.**

Recommandation n°1 : Mobiliser les services compétents de la CNAMTS et du ministère pour chiffrer précisément des économies atteignables au niveau national sur les « 10 priorités », définir les conditions de leur déclinaison au niveau régional et fixer les objectifs régionaux.

Recommandation n°2 : Confier à la CNAMTS la production des indicateurs de suivi des objectifs de gestion du risque des ARS et l'organisation de leur restitution, lorsqu'ils reposent sur des données issues du système d'information de l'assurance maladie (SNIIRAM...).

Recommandation n°3 : Une fois les objectifs régionaux arrêtés, concevoir un dispositif de suivi et de récompense à la fois incitatif et prenant en compte les spécificités régionales :

- définir un « objectif-socle » : % minimal à atteindre par objectif, nombre minimal d’actions à réussir ;
- permettre aux ARS de choisir les thèmes constituant le nombre minimal d’actions à réussir, en fonction de leur analyse de la situation régionale ;
- concevoir sur cette base un indicateur composite « taux de réalisation du PRGDR » pour le CPOM ARS.

Recommandation n°4 : Pondérer les objectifs des CPOM ARS et réfléchir à la pondération spécifique à accorder aux objectifs de gestion du risque.

Recommandation n°5 : A ce stade, ne pas intégrer d’indicateurs de gestion du risque dans les projets de dispositif d’intéressement individuel et collectif des ARS.

3.1.2. Concevoir de véritables programmes nationaux de gestion du risque pour les ARS

[284] La mission a souligné que les « 10 priorités » ne sont au mieux que des embryons de programmes nationaux de gestion du risque, auxquels les groupes projet inter-administrations constitués sous l’égide de la DSS tentent aujourd’hui de donner un contenu opérationnel.

[285] Le souci de nourrir les ARS en thèmes de travail et, plus généralement, de « prouver le mouvement en marchant » a conduit à inverser la démarche logique de conception d’un programme national de gestion du risque : les études, le chiffrage, la recherche de référentiels interviennent ainsi *après* le choix du thème, et non avant comme il serait logique ; en outre, les programmes ainsi retenus ont été lancés officiellement à l’échelle nationale sans que leur « boîte à outils » ne soit encore prête.

[286] Il convient de revenir à un processus plus logique de conception des programmes nationaux de gestion du risque à l’intention des ARS. Les acteurs à associer à ce processus sont dépendants des thèmes à traiter.

[287] En l’occurrence, la mission souscrit à l’optique de la circulaire du 19 juillet 2010 qui a retenu principalement des thèmes touchant des « sujets-frontières » entre secteurs (ville/hôpital/médico-social) et supposant que l’Etat et l’assurance maladie mobilisent de façon complémentaires leurs compétences juridiques et techniques. Le principal intérêt de cette approche est en effet de mettre en exergue le fait que la situation objective de spécialisation sectorielle de l’Etat (sur l’hôpital et le médico-social) et de l’assurance maladie (sur l’ambulatoire) que la mission a relevée ne doit se traduire :

- ni par un cloisonnement sectoriel de la régulation qui ne permettrait pas de traiter de façon satisfaisante les « sujets-frontières »,
- ni par un effet de « chasse gardée » interdisant à chaque institution d’exercer ses compétences croisées sur le secteur de prédilection de l’autre.

[288] Etat et assurance maladie doivent au contraire se saisir de concert de ces sujets qui, s’ils ne font pas disparaître les enjeux propres à chacun des secteurs, révèlent de vraies situations d’inefficience qui ne pourront être corrigées sans ce travail en commun : pour « remettre dans le bon sens » la conception des priorités de gestion du risque des ARS (et des organismes d’assurance maladie en région) sur ces « sujets-frontières », il convient donc de **concevoir de façon conjointe des programmes nationaux de gestion du risque commun Etat (ARS) / Assurance maladie.**

[289] Ces programmes devront être conçus selon les principes que la mission a rappelés *supra* (analyse des données, recherche de référentiels, identification des leviers d'action et des acteurs à toucher, détermination des objectifs atteignables, conception de la méthodologie et des outils de déploiement de l'action), et il est souhaitable qu'ils puissent l'être **par une équipe mixte réunissant les services de la CNAMTS et du ministère** (dont les travaux auront par ailleurs vocation à associer naturellement la HAS, sur les aspects scientifiques). Il est en effet important pour l'efficacité générale du dispositif de régulation du système de santé que l'expérience acquise sur ce sujet par l'un des acteurs de ce dispositif puisse être largement partagée entre tous les autres.

[290] Cette organisation a en outre vocation à être formalisée de façon explicite, sous l'égide du CNP ; elle pourrait être expérimentée sur un ou deux thèmes dès 2011, dans le cadre de l'avenant au contrat Etat/UNCAM définissant des priorités de gestion du risque pour 2011 (cf. *infra*).

Recommandation n°6 : Concevoir des programmes nationaux de gestion du risque communs Etat (ARS) / Assurance maladie, dans le cadre du contrat Etat/UNCAM.

Recommandation n°7 : Confier la conception de ces programmes conjoints à une cellule réunissant en mode projet des moyens de l'Etat et des moyens de l'assurance maladie au niveau national, sous l'égide du CNP.

3.2. Adapter l'organisation et le fonctionnement du niveau national aux enjeux de la gestion du risque

3.2.1. La nécessité d'un cadre national cohérent pour la politique de gestion du risque

[291] La loi HPST ne pourra être mise en œuvre sans un partenariat étroit entre l'Etat et l'assurance maladie, tout particulièrement sur le sujet de la gestion du risque sur lequel les compétences des acteurs se recoupent sans que la loi n'organise précisément leur articulation. Ceci confère par conséquent une importance particulière aux dispositifs de coordination, stratégiques (contrat Etat/UNCAM, COG) et opérationnels (CNP).

3.2.1.1. La cohérence des documents stratégiques

- Le rôle central du contrat Etat/UNCAM

[292] La mission a relevé la multiplicité des documents de cadrage stratégique produits en 2010 par le niveau national sur le thème de la gestion du risque. Tous ces documents (orientation de gestion du risque UNCAM, orientations de la gestion du risque arrêtées par les conseils d'administration des caisses nationales, contrat Etat-UNCAM, COG des régimes, circulaire « Objectifs GDR 2010 » du 19 juillet 2010) ont des finalités et des périmètres différents. Mais ils ont été produits sur une période très brève (six mois) et, en général, par les mêmes personnes. Ils sont donc aujourd'hui globalement cohérents les uns avec les autres.

[293] Mais leur rythme de révision n'est pas coordonné *a priori*, et leur enchaînement logique n'est pas précisé : il existe donc un risque réel de déphasage de leur contenu, à moyen terme, ce qui serait particulièrement problématique pour le niveau régional, qui se trouverait avec des orientations incohérentes, forcément génératrices de tensions interinstitutionnelles. Par ailleurs, il convient de s'interroger sur l'opportunité d'une simplification de ce paysage, par la réduction du nombre de documents programmatiques sur la gestion du risque.

[294] Dans cet esprit, les propositions de la mission visent à clarifier le calendrier d'enchaînement des documents (et de leurs révisions ultérieures), en insistant sur le caractère structurant du contrat Etat/UNCAM, et à simplifier le paysage en supprimant un document, la circulaire d'objectifs GDR aux ARS.

Recommandation n°8 : Faire du contrat Etat/UNCAM le cadre de la définition annuelle des objectifs de gestion du risque assignés aux ARS et aux organismes d'assurance maladie en matière de gestion du risque. Dans cette perspective :

- le document-cadre des orientations de gestion du risque pour l'Etat et l'assurance maladie, sur une année donnée, doit avoir la forme d'un avenant annuel au contrat Etat/UNCAM ; cet avenant annuel aurait vocation à récapituler l'ensemble des actions de gestion du risque des différents régimes d'assurance maladie et de l'Etat lui-même (ainsi que, naturellement, les programmes communs de la recommandation n°6) ;
- la circulaire d'objectifs « Gestion du risque » aux ARS et les lettres-réseau sur les programmes nationaux de gestion du risque de l'assurance maladie ne seraient plus des documents autonomes, mais deviendraient des documents de mise en œuvre des orientations du contrat Etat/UNCAM ;
- il serait souhaitable que les parties s'entendent *a priori* sur le calendrier annuel d'actualisation du contrat Etat/UNCAM.

[295] Pour autant, cette confirmation du rôle du contrat Etat/UNCAM comme cadre national de la politique de gestion du risque ne permettra pas de lever tous les facteurs de complexité de l'organisation actuelle, qui résultent des textes qui la régissent.

- La place des politiques de contrôle des régimes

[296] Les activités de contrôle des régimes d'assurance maladie ne figurent pas dans le périmètre assigné par la loi au contrat Etat/UNCAM, alors que le ciblage de contrôles *a priori* et *a posteriori* est une des dimensions des programmes de gestion du risque. Cet aspect est la principale différence entre le périmètre des orientations de gestion du risque de l'UNCAM et celui du contrat Etat/UNCAM.

[297] Pour la mission, même si la loi ne le prévoit pas, il serait souhaitable que cette dimension ne soit pas ignorée dans la coordination entre l'Etat et l'assurance maladie. En effet, sur certains « sujets-frontières », l'intervention de l'ARS pourra être utilement complétée par des actions de contrôle médicalisé de la part des praticiens-conseils de l'assurance maladie, ce qui est d'ailleurs déjà le cas, ou l'a été, pour certaines des « dix priorités » (chirurgie ambulatoire, bon usage des médicaments à l'hôpital, etc.).

[298] Mais, sans évolution de la loi, cette coordination ne pourra reposer que sur la bonne volonté des parties au contrat Etat/UNCAM.

Recommandation n°9 : Articuler les orientations de contrôle des régimes d'assurance maladie avec les orientations du contrat Etat/UNCAM.

- L'articulation entre le contrat Etat/UNCAM et la COG de la CNAMTS

[299] Ensuite et surtout, comme la mission l'a relevé *supra*, au point 1.4.1.1., le contrat Etat/UNCAM ignore les questions de moyens, faute que son articulation avec les COG des caisses nationales d'assurance maladie ait été précisée.

- [300] Cette situation est particulièrement gênante s'agissant de la CNAMTS, qui est à la fois la tête de réseau du plus important régime d'assurance maladie, mais aussi une institution investie d'une compétence de plus en plus « universelle », c'est-à-dire sur l'ensemble des dépenses d'assurance maladie, au-delà du champ du régime général : elle est le pivot opérationnel de l'UNCAM, qui n'a aucun moyen propre ; elle administre et exploite le SNIIRAM ; son conseil a un pouvoir de proposition sur l'organisation de l'ensemble du système de santé, et l'importance de ses moyens, au niveau national comme à travers son réseau, lui donne une capacité d'action sur le système de santé dans son ensemble.
- [301] Dans ce contexte, c'est dans la COG de la CNAMTS qu'est programmé l'essentiel des moyens mobilisés par l'assurance maladie sur les orientations du contrat Etat/UNCAM, et les documents se recourent forcément. C'est la raison pour laquelle le rapport IGAS RM2009-133 sur l'évaluation de la COG 2006-2009 de la CNAMTS a proposé deux scénarios d'articulation entre le contrat Etat/UNCAM et la COG de la branche maladie :
- le scénario n°1 propose de contractualiser les objectifs et les moyens de la gestion du risque dans le contrat Etat / UNCAM, la COG n'étant plus qu'un instrument de mise en œuvre des décisions arrêtées dans le cadre de cette négociation ;
 - le scénario n°2 propose de distinguer un niveau stratégique, le contrat Etat/UNCAM, et un niveau opérationnel, la COG ; la mission IGAS souligne que, en toutes hypothèses, les deux documents doivent être négociés simultanément.
- [302] La mission souscrit à cette alternative, qui est la seule praticable dans le cadre juridique actuel ; reprenant les deux scénarios du rapport IGAS RM 2009-133, la mission RGPP2 Santé – Jeunesse & Sports notait sur cette question en décembre 2009 : « *élargi aux moyens que l'assurance maladie consacre à la gestion du risque [...], le contrat Etat/UNCAM offrirait un cadre cohérent pour structurer un dialogue de gestion entre l'Etat et la CNAMTS autour des moyens qu'elle met en œuvre pour le pilotage national des ARS ; ceci supposerait que les moyens spécifiquement dédiés à la gestion du risque soient identifiés* »⁴⁰.
- [303] Quelle que soit l'option retenue pour organiser la négociation des moyens associés à la gestion du risque au sein de la branche maladie (scénario n°1 ou n°2), il paraîtrait logique que ce rôle particulier que tient la CNAMTS et son réseau dans la régulation des dépenses de santé soit matérialisé dans sa COG, par l'identification explicite des missions qu'elle assume de façon « universelle », pour le compte de l'UNCAM, et des moyens qui leur sont associés.

Recommandation n°10 : Articuler la négociation des orientations du contrat Etat/UNCAM avec le contenu de la COG de la CNAMTS sur la gestion du risque (objectifs, moyens).

Recommandation n°11 : Identifier dans la COG de la CNAMTS les actions à caractère « universel » (i.e. non limitées au seul périmètre du régime général) qu'elle conduit spécifiquement pour le compte de l'UNCAM, et les moyens qui leur sont associés.

3.2.1.2. Structurer le fonctionnement du CNP

- [304] La loi confie au CNP la responsabilité de donner aux ARS « *les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire* », en veillant à « *la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque* ».
- [305] La mission a recommandé de faire du contrat Etat/UNCAM le cadre structurant de la politique nationale de gestion du risque, il serait logique que sa négociation soit placée sous l'égide du CNP, qui en validerait le contenu avant signature par les parties, et souhaitable que ce rôle du CNP soit consacré par la loi.

⁴⁰ Mission RGPP2 Santé / Jeunesse & Sports, décembre 2009, Rapport de synthèse, p.53.

Recommandation n°12 : Consacrer dans la loi le principe d'une validation par le CNP du contenu du contrat Etat/UNCAM.

[306] Plus généralement, dans un contexte où les compétences respectives de l'Etat et de l'assurance maladie en matière de gestion du risque ne sont pas précisément bornées par la loi, et où les points de coordination nécessaire sur ces questions dépassent les enjeux de pilotage des ARS – ils concernent également le niveau national, par exemple dans la phase d'élaboration des programmes nationaux de gestion du risque, et aussi les organismes d'assurance maladie, par exemple à propos de leurs politiques de contrôle –, il serait utile d'élargir la fonction de coordination du CNP ; à tout le moins sur le thème de la gestion du risque.

Recommandation n°13 : Etudier l'élargissement du rôle de coordination du CNP à toutes les politiques nécessitant d'articuler les compétences de l'Etat et de l'assurance maladie ; programmer cet élargissement au minimum sur le champ de la gestion du risque.

[307] Enfin, ce rôle accru du CNP doit nécessairement l'amener à organiser de façon plus structurée ses travaux. Tout d'abord, pour conserver à cette instance son caractère décisionnel, il convient de ne lui soumettre que des dossiers ayant fait l'objet d'une préparation préalable par les services des différentes institutions qu'il réunit. Le secrétariat du CNP a naturellement vocation à être le principal support de cette structuration. Mais il convient de lui adjoindre des structures partenariales formalisées lui permettant d'associer les principales institutions membres du CNP, et notamment l'assurance maladie.

Recommandation n°14 : Créer des commissions thématiques permanentes au sein du CNP pour faire instruire les dossiers à soumettre à l'instance plénière par les services de ses différents membres.

[308] Par ailleurs, s'il devait effectivement se voir rattacher des projets opérationnels, par exemple la conception des programmes nationaux de gestion du risque conjoints suggérés par la mission dans sa recommandation n°6, il devrait pouvoir s'appuyer pour leur pilotage sur une structure opérationnelle *ad hoc*. S'agissant de la gestion du risque, la mission renvoie ainsi à sa recommandation n°7 sur la création d'une cellule réunissant en mode projet des moyens de l'Etat et des moyens de l'assurance maladie au niveau national pour concevoir et mettre en œuvre ces programmes conjoints.

3.2.2. Adapter le fonctionnement de l'administration centrale

[309] La création des ARS et la montée en puissance du thème de la gestion du risque doit amener l'administration centrale du ministère de la santé à revoir ses modes de fonctionnement et son organisation pour s'adapter à ces nouveaux enjeux.

3.2.2.1. Adapter le fonctionnement de l'administration centrale aux enjeux de la gestion du risque

[310] La mission a souligné la nécessité de largement diffuser « l'état d'esprit » de la gestion du risque parmi les acteurs de la régulation du système de santé, et le fait qu'il s'agissait là d'un enjeu de management majeur, y compris au sein de l'administration centrale du ministère : celle-ci doit elle aussi développer sa capacité d'analyse des dépenses, en mobilisant sur ce champ ses équipes d'études et de statistiques (à la DREES et dans les directions métier) et en les incitant à conduire leurs travaux en partenariat avec les équipes des autres institutions (assurance maladie, CNAMTS, HAS, ATIH, ANAP, CNSA, HCAAM...).

[311] Le champ des questions à traiter étant tellement vaste, il n'y a pas de raison *a priori* de limiter cet effort à un secteur en particulier, pour autant naturellement que les thèmes d'étude retenus ne soient pas redondants avec ceux que traitent par ailleurs les autres acteurs. Ainsi, sur le champ de la médecine ambulatoire, sur lequel, aujourd'hui, l'expertise est surtout à la CNAMTS, la DREES a d'ores et déjà produit des études sur les déterminants de la répartition géographique de l'offre médicale qui nourriront utilement la réflexion sur la territorialisation de la gestion du risque par les ARS⁴¹.

[312] Mais, pour la mission, deux thèmes doivent orienter prioritairement les investissements du ministère en matière d'études de gestion du risque : l'application de cette approche au secteur des établissements de santé et au secteur médico-social, en commençant par le secteur hospitalier, sur lequel le volume de données et d'analyses disponibles est déjà important.

Recommandation n°15 : Appliquer l'approche de la gestion du risque dans le secteur hospitalier et dans le secteur médico-social.

[313] La mission a essayé d'esquisser dans l'encadré ci-dessous ce que pourrait constituer une approche de la gestion du risque au secteur hospitalier.

ENCADRE

Réflexion de la mission sur l'application de l'approche de la gestion du risque au secteur hospitalier

Rappel de l'objectif : l'amélioration de l'efficacité du système de santé (en l'occurrence les établissements de santé) en agissant sur le comportement des acteurs (en l'occurrence, le comportement individuel et collectif des acteurs de l'hôpital).

Rappel de la méthode : application de la méthode explicitée par la mission *supra*, au point 2.1.1. :

- **Tout part de l'analyse des dépenses**
 - Où sont les données ? principalement à l'ATIH (PMSI), mais d'autres bases devront être mobilisées (SNIIRAM pour le chaînage ville/hôpital, données aujourd'hui peu structurées sur la qualité des prises en charge (infections nosocomiales, taux de mortalité pondérés, etc.), fichier ADELI des établissements, etc.),
 - Qui peut les analyser ? un investissement au niveau national de tous les acteurs : DREES, DGOS, CNAMTS (DSES), ANAP, HAS...,
 - Que rechercher ? les inefficiences statistiquement mesurables et liées au comportement individuel et collectif des acteurs au sein de l'hôpital, entre les établissements de santé ou entre le secteur hospitalier et les autres secteurs (ambulatoire, médico-social).
- **La recherche de référentiels validés pour corriger les inefficiences :**
 - Corriger les comportements individuels et les modes de prise en charge (notamment entre ville et hôpital) : référentiels de bonnes pratiques (HAS),
 - Corriger les comportements collectifs dans les établissements de santé : benchmarks d'organisation (ANAP),
 - Corriger les comportements collectifs entre les établissements de santé : normes de planification pour la construction des SROS.
- **Investir sur le développement d'outils et de programmes** permettant d'industrialiser la mise en œuvre des actions : comment faire en sorte que les référentiels soient

⁴¹ Cf. études DREES : *Des médecins généralistes globalement bien répartis sur le territoire national et Des disparités territoriales de consommation de soins largement expliquées par les caractéristiques de la population de chaque département* dans les *Comptes nationaux de la Santé*, septembre 2009.

effectivement adoptés par les acteurs, et que leur mise en œuvre donne les résultats escomptés sur les dépenses ?

- Utiliser pleinement et dans ce but les outils existants (planification, autorisation, contractualisation) : pour les établissements de santé, « il ne doit pas y avoir deux politiques d'efficience »,
- Développer de nouveaux outils : ceci passe d'abord par un approfondissement des études sur les leviers de conduite du changement dans les établissements (analyse des comportements micro-économiques des acteurs et de leurs déterminants, dynamique de la gouvernance interne des établissements, modèles d'incitation / désincitation, introduction d'une démarche contractuelle inspirée des CAPI, etc.), puis par une réflexion sur les moyens à mobiliser pour déployer des actions de gestion du risque à l'hôpital (quels personnels de l'ARS / de l'assurance maladie ? quelle association de l'équipe de direction ? du corps médical (CME, pôles) ?

3.2.2.2. Adapter le fonctionnement de l'administration centrale aux besoins des ARS

[314] L'exemple de la gestion du risque montre que le déploiement d'une politique par les ARS dépend au moins autant de la mobilisation (et l'organisation) du niveau national que des moyens et de l'organisation des ARS au niveau local. Ce constat illustre le changement de nature des relations entre l'administration centrale et les services constitués en établissement public administratif que sont les ARS, par rapport au schéma antérieur : les agences ne sont pas des services déconcentrés du ministère de la santé ; elles ont une autonomie fonctionnelle et juridique qui doit conduire le ministère à développer au sein de son administration centrale les mêmes fonctions d'animation de réseau que les grands opérateurs publics ou privés ont développés pour piloter leur propre réseau.

[315] Cette fonction d'animation de réseau se distingue de la mise en cohérence stratégique évoquée aux points précédents, qui renvoie avant tout à la nécessité pour chacun des acteurs nationaux (ministère, assurance maladie, autres opérateurs nationaux) d'explicitier et de hiérarchiser pour lui-même ses différents objectifs, et de les articuler avec ceux des autres acteurs. L'animation de réseau n'est pas une finalité mais un ensemble d'activités, destinées à fournir aux agences un cadre, des outils et des procédures leur permettant d'exercer leurs missions efficacement et de manière coordonnée sur l'ensemble du territoire. Ces activités demandent des moyens spécifiques, des compétences particulières et une organisation appropriée au niveau national. Dans le schéma issu de la loi HPST, elle ne peut être structurée que par le secrétariat général du ministère, secrétariat du CNP, et au sein de celui-ci.

Recommandation n°16 : Identifier les moyens dédiés à la fonction d'animation du réseau au sein du secrétariat général du ministère, secrétariat du CNP.

[316] La première mission de l'entité en charge de l'animation du réseau est d'être l'interface entre les ARS et le reste de l'administration centrale, au sein comme hors du ministère (interministériel, régimes d'assurance maladie, agences...). Cette dimension ne place pas l'entité dans une relation hiérarchique vis-à-vis des services « métier », qui disposent des compétences techniques de traitement au fond des dossiers, et ont vocation à les conserver, mais elle l'amène nécessairement à veiller à la bonne coordination des actions des uns et des autres, au besoin en sollicitant un arbitrage de l'autorité compétente. Aujourd'hui, le CNP, qui valide toutes les instructions aux ARS, fonctionne dans cet esprit, et la mission a formulé *supra* au point 3.2.1.2. des recommandations pour l'aider à structurer de façon plus solide encore son fonctionnement.

[317] Mais l'animation de réseau ne se résume pas à la production d'instructions descendantes. Elle doit également s'appuyer sur des outils et des procédures qui sont encore en cours de conception, ou restent à bâtir, et sur lesquels la mission a déjà formulé quelques recommandations) :

- la définition d'objectifs chiffrés et la mise en place d'indicateurs de suivi de leur mise en œuvre (recommandations n°2 et 3) ;
- le dispositif de dialogue de gestion objectifs/moyens entre le ministère et les ARS (CPOM) et les mécanismes de sanction/récompense qui lui sont associés (recommandations n°3 à 5) ;
- la production d'outils normalisés permettant le déploiement d'actions à l'échelle nationale (par exemple les programmes nationaux de gestion du risque, recommandations n°6 et 7).

[318] Au-delà de ces axes qui constituent les bases d'une fonction d'animation du réseau, la mission estime que, dans le domaine de la gestion du risque, deux idées complémentaires pourraient être utilement explorées :

- la structuration de réseaux professionnels : s'il est essentiel pour les ARS de pouvoir disposer au niveau national d'une entité clairement identifiée comme leur interface avec le reste de l'administration centrale, il est également important pour les différents métiers qu'elles abritent (gestion du risque, santé publique, statistiques, communication, support...) de disposer de lieux et de moments d'échanges sur leurs problématiques professionnelles propres, entre ARS et en lien avec les professionnels du métier au niveau national ; mais ces réseaux doivent être animés afin d'éviter que, laissés à eux-mêmes, ils contribuent en fait à renforcer les particularismes et les cloisonnements au sein des organisations :

Recommandation n°17 : Structurer et animer des réseaux professionnels, dont un consacré à la gestion du risque.

- le développement d'actions expérimentales avec les régions : si la mission insiste sur l'importance que revêt le pilotage national sur les questions de gestion du risque, il ne faut pas en revanche que l'existence de ce pilotage étouffe toutes les marges de manœuvre locales des ARS en la matière ; il convient au contraire de cultiver ces marges de manœuvre, qui sont pour le niveau national autant de ressources pour identifier des sujets nouveaux, et tester sur une petite échelle la pertinence des actions nationales avant leur déploiement ; il est ainsi essentiel que les ARS puissent conserver quelques moyens pour imaginer et mettre en œuvre des actions strictement régionales sur des thèmes non identifiés comme prioritaires par le niveau national ; même subsidiaires, ces actions permettront d'alimenter régulièrement le niveau national en idées nouvelles ; d'un autre côté, il est souhaitable que les actions que le niveau national envisage de déployer sur tout le territoire fassent l'objet d'une phase de test préalable, en lien avec quelques ARS qui se trouveraient ainsi associées à la conception de la politique nationale de gestion du risque dès son origine.

Recommandation n°18 : S'appuyer sur les ressources des ARS pour développer des actions expérimentales, en suivant les thèmes des actions régionales spécifiques qu'elles mettent en œuvre, et en testant la pertinence des programmes nationaux en développement dans quelques régions avant de les généraliser.

3.2.3. Introduire les enjeux de la gestion du risque en ARS dans le pilotage du réseau de l'assurance maladie

[319] La mise en cohérence du cadre national de la gestion du risque passe aussi par l'intégration des enjeux de la gestion du risque en ARS par l'assurance maladie elle-même dans ses propres outils de pilotage de réseau. En effet, la coordination des interventions au niveau régional entre les ARS et les organismes d'assurance maladie en matière de gestion du risque (c'est-à-dire la correcte mise en œuvre du PRGDR) ne pourra fonctionner efficacement que si cette dimension est intégrée dès le départ par le niveau national dans les objectifs des organismes de base.

[320] Cette mise en cohérence au niveau national étant de la responsabilité du CNP, il est souhaitable que les instructions des caisses nationales adressent à leur réseau en matière de gestion du risque, dans le cadre des orientations du contrat Etat/UNCAM, fasse l'objet d'un examen en CNP. Ceci permettrait notamment aux ARS d'en être officiellement destinataires, pour information.

Recommandation n°19 : Présenter en CNP les lettres-réseau des régimes d'assurance maladie relatives à la gestion du risque avant leur diffusion aux organismes.

Recommandation n°20 : Organiser la diffusion croisée des instructions aux ARS et aux organismes d'assurance maladie en matière de gestion du risque : diffuser pour information aux ARS les lettres-réseau de l'assurance maladie aux organismes de base, diffuser pour information aux organismes d'assurance maladie les instructions du CNP aux ARS.

[321] Au-delà d'une mise en commun d'informations, il est nécessaire que cette mise en cohérence se traduise par un alignement effectif du pilotage par objectifs des ARS et des organismes d'assurance maladie, sur les sujets d'intérêt commun aux deux institutions. Concrètement, il est ainsi souhaitable :

- que les actions nationales de gestion du risque nécessitant la mobilisation conjointe de l'agence et des organismes d'assurance maladie soient intégrées par les caisses nationales dans la programmation des plans d'action de gestion du risque qu'elles élaborent chaque année à l'intention de leur réseau ; afin d'éviter tout effet de dilution par la détermination d'un trop grand nombre d'actions, cette intégration pourra se faire après priorisation des thèmes par le CNP ;
- que les objectifs de résultat assignés aux ARS et aux organismes d'assurance maladie puissent être coordonnés et faire l'objet de cibles communes ; l'utilisation d'indicateurs communs sur les thèmes de gestion du risque adressés aux CPAM et aux DRSM a démontré l'efficacité de ce système pour rapprocher deux administrations différentes autour d'un même objectif.

Recommandation n°21 : Intégrer dans les objectifs de gestion du risque des organismes d'assurance maladie des thèmes d'action conjoints avec les ARS ; définir sur ces actions des objectifs chiffrés communs aux deux réseaux.

[322] Enfin, l'efficacité de la coordination entre l'assurance maladie et les ARS au niveau local dépendra aussi de la poursuite des réorganisations en cours dans les réseaux des différents régimes d'assurance maladie, et tout particulièrement de la poursuite du mouvement de régionalisation conduit par le régime général. La mission revient sur ce thème *infra*, au point 3.3.3.

3.3. *Mettre en œuvre une politique de gestion du risque coordonnée en région*

3.3.1. Mobiliser les ARS sur la gestion du risque

[323] Créées avec des personnels issus majoritairement des services de l'état et dans un moins grand nombre de services de l'assurance maladie, les ARS vont devoir s'approprier un savoir faire nouveau et se constituer progressivement un socle de connaissance en matière de gestion du risque, afin d'en diffuser effectivement « l'état d'esprit » dans toute leur organisation.

3.3.1.1. Diffuser l'état d'esprit de la gestion du risque au sein des ARS : un enjeu de management

[324] Pour mémoire, la mission a essayé *supra*, au point 2.1.1., de définir ce que serait cet « état d'esprit » de la gestion du risque qu'il conviendrait de diffuser parmi les acteurs de la régulation du système de santé, en appliquant cette définition aux ARS :

- l'ARS doit s'intéresser aux caractéristiques et à l'évolution des dépenses de santé ;
- l'ARS peut agir sur cette évolution sans remettre en cause la qualité du système de soins ;
- pour agir, l'ARS devra intégrer cet objectif dans toutes ses activités ;
- l'action de l'ARS en la matière passe aussi par la mise en œuvre de programmes nationaux de gestion du risque.

[325] Ces notions ne doivent pas simplement être *comprises* par les collaborateurs des ARS : elles doivent les conduire, dans un certain nombre de cas, à modifier leurs pratiques actuelles. Par exemple dans l'instruction d'un SROS, en intégrant la dimension d'impact des orientations de ce schéma sur les dépenses de santé de la région ; ou, dans le contact avec un établissement, en veillant à intégrer dans ses outils de contractualisation les objectifs de gestion du risque le concernant, ou susceptible de le concerner.

[326] Ainsi, l'enjeu de la gestion du risque ne se limite pas pour les ARS à la mise en œuvre d'une série d'actions ciblées et identifiées explicitement comme telles (à travers l'application des « 10 priorités » et l'élaboration du PRGDR) ; c'est aussi un chantier de conduite du changement, qui au demeurant n'a de sens que s'il est inscrit dans le cadre plus général du « projet » des ARS, la gestion du risque n'étant qu'une des dimensions de leurs missions.

[327] **Il s'agit donc d'un enjeu managérial majeur pour les ARS et leur encadrement.** Les recommandations de la mission s'inscrivent dans cette logique générale.

3.3.1.2. Les leviers de diffusion de « l'état d'esprit » de la gestion du risque au sein des ARS

- Valoriser l'existant

[328] Les ARS disposent avec les agents issus des URCAM de ressources ayant une expérience du concept et de sa mise en œuvre par l'assurance maladie au cours des années 2000 ; les ARS ont naturellement vocation à capitaliser ce savoir-faire auprès de leurs équipes, et à s'appuyer sur ces personnels pour le faire. De plus, elles peuvent également profiter de l'acquis que constituent les nombreuses études que les URCAM ont conduites jusqu'en 2009, en relation avec les organismes d'assurance maladie de leur ressort. Ces travaux doivent être recensés et valorisés à l'occasion de l'élaboration du PRGDR.

[329] De la même manière, sur le secteur hospitalier, la mission recommande aux ARS de recenser et de valoriser les travaux qu'ont pu conduire les ARH qui peuvent se rapprocher d'une démarche de gestion du risque (par exemple sur le médicament à l'hôpital, dans le cadre des OMÉDITs).

Recommandation n°22 : Valoriser les travaux et les compétences qui existent déjà au sein ARS, notamment au sein des équipes issues des URCAM et, sur le champ hospitalier, à travers l'action des OMÉDITS. S'appuyer sur ces équipes pour diffuser « l'esprit de la gestion du risque » au sein des ARS.

- Positionner transversalement la cellule PRGDR

[330] Ces équipes – qui, s'agissant des ex-URCAM, forment le plus souvent le noyau de la cellule PRGDR des ARS (voire lui fournissent la totalité de leurs effectifs) – sont peu étoffées, même dans les agences les plus importantes, comme la mission l'a relevé *supra* en partie 2.

[331] Mais l'objectif des ARS devant être la diffusion de « l'état d'esprit » de la gestion du risque dans toute leur organisation et non d'en faire « la chose » d'un service en particulier, le rôle des cellules PRGDR relève davantage d'une fonction d'impulsion, d'animation, de diffusion méthodologique, de vigie que de mise en œuvre à proprement parler. C'est la raison pour laquelle la mission a aussi indiqué au point 2.3.2.2. que les cellules PRGDR n'avaient pas vocation à regrouper un grand nombre d'agents, et pouvaient être rattachées de façon très variée dans l'organigramme de l'agence, pour autant qu'elles soient clairement positionnées transversalement par rapport au reste des services de l'ARS.

Recommandation n°23 : Positionner transversalement et en « mode projet » de la cellule PRGDR, quel que soit son rattachement fonctionnel dans l'organigramme.

- Renforcer la fonction « études » au sein des agences

[332] Les actions de gestion du risque débutant toujours par une phase d'études et d'analyse des dépenses et des comportements des acteurs, la mission a souligné le rôle essentiel que jouent les équipes d'études et de statistiques dans la diffusion de « l'état d'esprit » de la gestion du risque. Cela est vrai au niveau national, mais aussi au niveau régional à la fois pour s'approprier les études nationales et les contextualiser localement, pour contribuer aux travaux nationaux et aussi pour déceler des inefficiences plus spécifiques à la région.

[333] La montée en puissance des agences en matière de gestion du risque passe par un investissement important sur les études et l'analyse des dépenses, et par un resserrement des liens entre ces équipes et les équipes en charge des politiques mises en œuvre par les agences (actions des agences dans le cadre du PRGDR mais aussi planification, autorisations, etc.). Les compétences affectées à cette fonction sont à préserver résolument malgré les contraintes de resserrement des effectifs.

Recommandation n°24 : Orienter les services d'études des ARS sur les actions de gestion du risque, en lien avec les objectifs du PRGDR mais aussi des autres activités des agences (SROS, contractualisation avec les établissements...).

- L'engagement de la direction générale

[334] Ces quelques bonnes pratiques d'organisation et de fonctionnement faciliteront la diffusion de « l'état d'esprit » de la gestion du risque au sein des ARS, au-delà du cercle restreint des personnels qui, en leur sein, sont déjà sensibilisés à ces questions. Mais cet objectif ne pourra être atteint sans l'engagement de l'encadrement des agences, et au premier chef des directeurs d'ARS eux-mêmes, qui ont vocation à le relayer :

- dans leur discours managérial général, naturellement ;
- dans l'appui qu'ils donneront aux équipes qui ont vocation à diffuser « l'état d'esprit » de la gestion du risque au sein de l'ARS : quel que soit l'endroit où elle est située dans l'organigramme de l'agence, la cellule PRGDR ne pourra jouer ce rôle transversal si elle n'est pas soutenue et relayée par la direction générale ; de la même manière, la direction générale a un rôle essentiel dans l'orientation des travaux des services d'études et de statistiques sur des thèmes de gestion du risque, et dans la valorisation de ces travaux au sein de l'ARS ;

- dans leur traitement des services qui ne participent pas directement aux actions PRGDR : il faut que, dans leur appréhension des dossiers qui leur sont soumis par ces services, ils adoptent eux-mêmes « l'état d'esprit » de la gestion du risque (c'est-à-dire, par exemple, systématiquement vérifier que la décision qui lui est soumise a bien fait l'objet d'une analyse de son impact sur l'évolution des dépenses de santé régionales) ;
- dans la qualité du partenariat opérationnel qu'ils sauront nouer avec les différents régimes d'assurance maladie autour des objectifs du PRGDR ;
- dans l'accompagnement RH qu'ils sauront apporter aux équipes pour embrasser ce nouveau champ d'action : formations, gestion des compétences (notamment sur les compétences techniques rares : médecins, statisticiens).

Recommandation n°25 : Les directeurs d'ARS et, plus généralement, tout l'encadrement des agences doivent adopter eux-mêmes « l'état d'esprit » de la gestion du risque, et s'en faire les promoteurs auprès de leurs équipes.

3.3.2. Soigner la qualité de la relation entre l'ARS et les organismes locaux d'assurance maladie

[335] Dans le champ de la gestion du risque, les ARS doivent inscrire leur action dans une logique de complémentarité. Mais cette option ne doit pas amener les deux partenaires à se replier sur un pré-carré : la relation ARS/OAM doit éviter la logique du « chacun chez soi ».

3.3.2.1. Se réunir et partager l'information : le socle élémentaire de la coopération

[336] La mission a déjà souligné l'importance que revêt l'échange et la circulation de l'information entre l'Etat et l'assurance maladie au niveau national, dans ses développements relatifs à l'extension du rôle du CNP qu'elle appelle de ses vœux. Dans cet esprit, elle a notamment recommandé de systématiser la diffusion croisée aux ARS et aux organismes locaux d'assurance maladie des instructions du CNP aux ARS et des instructions des caisses nationales à leur réseau en matière de gestion du risque.

[337] Il est nécessaire de poursuivre cet effort au niveau local. Les lieux d'échange entre les ARS et l'assurance maladie comme la commission régionale de gestion du risque doivent être pleinement investis par les parties, qui doivent par ailleurs avoir le souci de nourrir ces réunions avec les informations ou les données dont ils disposent et qui sont utiles à la réflexion générale : informations relatives au fonctionnement général des hôpitaux (CPOM, projets d'établissement, etc.) que l'ARS est désormais seule à posséder en région, analyses des dépenses de santé effectuées par les organismes d'assurance maladie sur leurs outils informationnels, etc.

3.3.2.2. « Sujets-frontières » et études : les points d'accroche de la coopération ARS/assurance maladie

[338] Au-delà de l'affirmation générale de l'importance de la coopération entre les ARS et les organismes d'assurance maladie au niveau local, il est nécessaire de donner un contenu concret à cette coopération. Pour la mission, les « sujets-frontières » et les études offrent de réelles opportunités de démontrer l'intérêt d'un travail en commun entre institutions :

- parce que les « sujets-frontières », au premier rang desquels figurent naturellement les thèmes des « dix priorités » de la circulaire du 19 juillet 2010, permettent de faire converger vers un objectif partagé l'action des ARS et des organismes d'assurance maladie sur des sujets qui dépassent la logique cloisonnée ville/hôpital/médico-social ; les équipes traditionnellement en charge de ces différents secteurs seront ainsi en mesure de mieux se connaître et de manifester une reconnaissance réciproque de leurs savoir-faire.

Recommandation n°26 : Investir conjointement ARS/AM les « sujets-frontières » des « dix priorités » de la circulaire du 19 juillet 2010 ; identifier les thèmes qui pourraient donner lieu à d'autres actions coordonnées du même type ; centrer prioritairement les actions régionales spécifiques sur ce genre de thème.

- parce que les moyens des régions en matière d'études ne sont pas pléthoriques et que, en matière d'études, l'échange et la coopération doivent être la règle, au niveau régional comme au niveau national, il est souhaitable que les ARS et les organismes d'assurance maladie mettent autant que possible en commun leurs moyens et leurs objectifs en la matière : ARS et organismes d'assurance maladie pourraient ainsi répartir entre leurs équipes respectives les thèmes de travail, voire envisager la création d'une structure commune réunissant des moyens des différents réseaux, notamment pour traiter les « sujets-frontières », à l'instar de la cellule commune dont la mission recommande la création au niveau national.

Recommandation n°27 : Encourager la mise en commun des objectifs et des moyens au niveau régional en matière d'études :

- formaliser cette coopération par la création d'un « comité des études » régional afin, au minimum, de coordonner les thèmes de travail ;
- si possible, aller plus loin dans la coopération : mobiliser les moyens de chaque réseau de façon transversale ; réunir une partie de ces moyens dans une cellule partagée pour traiter des thèmes d'intérêt commun.

3.3.2.3. Une coordination indispensable vis-à-vis acteurs du système de santé

[339] La logique de la gestion du risque conduisant à intervenir directement auprès des acteurs du système de santé afin de faire évoluer leurs pratiques, il est indispensable que les ARS et l'assurance maladie coordonnent leurs interventions, afin de ne pas renvoyer aux professionnels et aux établissements l'image d'une désorganisation des pouvoirs publics sur ces questions – image d'autant plus délétère qu'elle serait évidemment en contradiction absolue avec le discours de coordination qui est en général porté à l'occasion de ces interventions.

[340] Celles-ci doivent donc faire l'objet d'échanges entre les acteurs, au niveau national lorsqu'elles s'inscrivent dans des plans nationaux, et au niveau régional pour les interventions sous la seule responsabilité des acteurs locaux. Cette coordination est d'autant plus nécessaire que ces interventions ne se limitent pas à la seule gestion du risque, et qu'elles sont susceptibles de faire intervenir chaque institution sur le domaine de prédilection de l'autre : l'ARS a des compétences importantes sur le secteur ambulatoire, notamment en matière d'organisation (permanence des soins, SROS ambulatoire...), tandis que l'assurance maladie intervient de manière très significative auprès des établissements à travers son action de contrôle et contentieuse.

Recommandation n°28 : Coordonner l'intervention des ARS et des organismes d'assurance maladie auprès des professionnels de santé et des établissements.

[341] Par ailleurs, le fait que l'essentiel des moyens de contacts avec les professionnels de santé – et les assurés, du reste – et l'essentiel des effectifs médicaux sont demeurés dans le réseau de l'assurance maladie doit amener à s'interroger sur l'opportunité de confier officiellement au réseau de l'assurance maladie (CNAMTS), pour le compte de l'assurance maladie et des ARS, la fonction de contact avec les professionnels de santé, du moins pour les actions de masse.

3.3.2.4. Un modèle dynamique et vertueux de coopération : le contrat entre l'ARS et les OAM

[342] Ces principes de coopération, de coordination et de partage d'information ne peuvent reposer que sur la seule bonne volonté des acteurs. Ils nécessitent d'être traduits en engagements concrets réciproques dans un module obligatoire du modèle national de contrat liant l'ARS et les OAM. La mission fournit quelques pistes pour la formalisation de ce contrat en annexe 1.

Recommandation n°29 : Formaliser le modèle de coopération entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie dans un contrat :

- négocié en s'appuyant sur la coordination régionale de chaque régime en matière de gestion du risque, dont le responsable a vocation à être partie au contrat ;
- limité, dans un premier temps, aux thèmes de la mise en œuvre du PRGDR, de la coordination des interventions des acteurs auprès des professionnels de santé et des établissements au-delà de la gestion du risque, des modalités de leur coopération en matière d'études et de partage d'informations ;
- à compléter par des avenants successifs, notamment après l'adoption du schéma régional de prévention et du projet régional de santé.

3.3.3. Poursuivre la modernisation du réseau de l'assurance maladie

[343] Les organismes d'assurance maladie ont acquis une expérience de la gestion du risque depuis plusieurs années déjà. Leur organisation et leur management ont été modifiés pour accompagner la montée en puissance de cette fonction. Cette adaptation doit se poursuivre.

3.3.3.1. Renforcer la régionalisation esquissée en matière de gestion du risque

[344] L'affirmation du niveau régional comme niveau de mise en œuvre des actions de gestion du risque à travers le PRGDR – pour autant que ces actions s'inscrivent dans une politique nationale dont le support est le contrat Etat/UNCAM – ne fait que renforcer la pertinence des observations du rapport RM2009-133P de l'IGAS sur l'évaluation de la COG CNAMTS à propos du caractère inachevé du mouvement de régionalisation de la gestion du risque au sein de l'assurance maladie.

[345] La poursuite résolue de ce mouvement doit être encouragée par l'Etat, car elle bénéficiera aux ARS. En effet, les agences n'ont rien à gagner au maintien d'une organisation qui dilue les responsabilités et les moyens du côté du régime général. Dans leur relation avec l'assurance maladie, elles ont au contraire besoin d'un interlocuteur parfaitement identifié au niveau régional qui ait l'autorité fonctionnelle suffisante pour organiser les moyens de l'institution en région sur les actions de gestion du risque propres à l'assurance maladie (contrôles/contentieux, actions de maîtrise médicalisée purement ambulatoire) et celles partagées avec l'ARS (sur les « sujets-frontières », vis-à-vis des établissements, etc.). Pour la mission, le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque a vocation à jouer ce rôle, et donc à voir ses missions renforcées au sein du réseau du régime général.

Recommandation n°30 : Renforcer le rôle du directeur coordonnateur régional de la gestion du risque au sein du réseau du régime général et en faire l'interlocuteur naturel de l'ARS sur les questions de gestion du risque.

3.3.3.2. Poursuivre le rapprochement entre médecins et administratifs en région

- [346] Ce développement du rôle du directeur coordonnateur régional de la gestion du risque a vocation à aboutir à la régionalisation effective des moyens et de l'organisation de la gestion du risque au sein de l'assurance maladie, à travers notamment la mutualisation des DAM et la poursuite du rapprochement entre personnels médicaux et administratifs.
- [347] Il s'agit en l'occurrence de poursuivre au niveau régional le mouvement initié en 2005 par la réorganisation de la CNAMTS, qui a fait disparaître l'échelon national du service médical et a réparti les personnels médicaux dans les différentes directions « métier » de l'établissement public. Ce mouvement a notablement amélioré la capacité de la CNAMTS à mobiliser son expertise médico-administrative sur la conception de programmes nationaux de gestion du risque.
- [348] Pour mémoire, le scénario préférentiel du rapport IGAS RM2009-133P précité en ce qui concerne l'organisation régionale de la gestion du risque au sein du régime général était d'instituer des DRSM en responsables de la conduite des programmes de gestion du risque et de leur rattacher les DAM⁴².

Recommandation n°31 : Achever au niveau loco-régional le mouvement de rapprochement des équipes médicales et administratives opéré au niveau national, au service de la politique de gestion du risque.

3.3.3.3. La gestion du risque implique la mobilisation de tous les régimes et des organismes complémentaires

- [349] Si le rôle du régime général en matière de gestion du risque apparaît primordial, il ne peut être exclusif. La mobilisation des autres régimes est indispensable pour renforcer l'efficacité de l'action d'autant plus qu'ils ont pu développer des modes d'intervention adaptés à leur population affiliée ou à certains territoires. Or cette dimension inter-régime, qui était avant 2010 assurée par les URCAM, dont c'était l'une des fonctions, n'est plus assurée aujourd'hui, les ARS n'ayant pas récupéré cette mission.

Recommandation n°32 : Structurer dans un cadre *ad hoc* la coordination inter-régime en matière de gestion du risque, dans le cadre des orientations du contrat Etat/UNCAM.

- [350] Les organismes complémentaires peuvent également être des acteurs de la gestion du risque au niveau régional. Néanmoins, compte tenu de leur dispersion et de leurs faibles moyens en la matière, il est douteux qu'ils puissent déployer de véritables programmes de gestion du risque en direction des établissements ou des professionnels (à l'exception, sans doute, des chirurgiens dentistes et des opticiens, compte tenu de la place qu'ils occupent dans le financement de ces activités). Par contre, ils constituent des relais intéressants pour conduire des actions de communication ou de sensibilisation auprès de leurs adhérents, voire auprès des professionnels en ville, sur certains thèmes du PRGDR, pour autant que ces actions soient conduites de manière coordonnée (i.e. sous l'égide de l'UNOCAM).

⁴² « cette formule a le mérite de donner la compétence à un service déconcentré de la CNAMTS et d'afficher encore plus nettement le caractère médicalisé de ces actions d'accompagnement et de contrôle ; elle présente l'inconvénient de cliver fortement les organismes en recentrant le rôle des CPAM sur la qualité de service et l'efficacité de la production ; cette option a la faveur de la mission en ce qu'elle organise plus efficacement l'articulation entre compétences médicale et administrative » – rapport IGAS RM2009-133P, op.cit., Annexe 1, p.56.

Recommandation n°33 : Identifier avec l'UNOCAM au niveau national et les représentants des organismes complémentaires en région les thèmes du PRGDR dont ils pourraient appuyer la mise en œuvre.

Pierre-Yves BOCQUET

Michel PELTIER

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
<i>Réussir la mise en œuvre des dix priorités GDR 2010/2011</i>			
Définir les critères de réussite des actions			
1	Mobiliser les services compétents de la CNAMTS et du ministère pour chiffrer précisément des économies atteignables au niveau national sur les « 10 priorités », définir les conditions de leur déclinaison au niveau régional et fixer les objectifs régionaux.	CNAMTS AC ministère Santé	Sans délai
2	Confier à la CNAMTS la production des indicateurs de suivi des objectifs de gestion du risque des ARS et l'organisation de leur restitution, lorsqu'ils reposent sur des données issues du système d'information de l'assurance maladie (SNIIRAM...).	CNAMTS	
3	Une fois les objectifs régionaux arrêtés, concevoir un dispositif de suivi et de récompense à la fois incitatif et prenant en compte les spécificités régionales	SG CNP	2011
4	Pondérer les objectifs des CPOM ARS et réfléchir à la pondération spécifique à accorder aux objectifs de gestion du risque.	SG CNP	2011
5	A ce stade, ne pas intégrer d'indicateurs de gestion du risque dans les projets de dispositif d'intéressement individuel et collectif des ARS.	-	-
Concevoir de véritables programmes nationaux de gestion du risque pour les ARS			
6	Concevoir des programmes nationaux de gestion du risque communs Etat (ARS) / Assurance maladie, dans le cadre du contrat Etat/UNCAM.	AC ministère Santé CNAMTS UNCAM	2011
7	Confier la conception de ces programmes conjoints à une cellule réunissant en mode projet des moyens de l'Etat et des moyens de l'assurance maladie au niveau national, sous l'égide du CNP.	AC ministère Santé CNAMTS UNCAM	2011
<i>Adapter l'organisation et le fonctionnement du niveau national aux enjeux de la gestion du risque</i>			
La nécessité d'un cadre national cohérent pour la politique de gestion du risque			
<i>La cohérence des documents stratégiques</i>			
8	Faire du contrat Etat/UNCAM le cadre de la définition annuelle des objectifs de gestion du risque assignés aux ARS et aux organismes d'assurance maladie en matière de gestion du risque.	AC ministère Santé UNCAM	2011
9	Articuler les orientations de contrôle des régimes d'assurance maladie avec les orientations du contrat Etat/UNCAM.	CNAMTS, MSA, RSI	2011
10	Articuler la négociation des orientations du contrat Etat/UNCAM avec le contenu de la COG de la CNAMTS sur la gestion du risque (objectifs, moyens).	AC ministère Santé CNAMTS UNCAM	2011

11	Identifier dans la COG de la CNAMTS les actions à caractère « universel » (i.e. non limitées au seul périmètre du régime général) qu'elle conduit spécifiquement pour le compte de l'UNCAM, et les moyens qui leur sont associés	AC ministère Santé CNAMTS	2011
<i>Structurer le fonctionnement du CNP</i>			
12	Consacrer dans la loi le principe d'une validation par le CNP du contenu du contrat Etat/UNCAM	SG CNP	2011
13	Etudier l'élargissement du rôle de coordination du CNP à toutes les politiques nécessitant d'articuler les compétences de l'Etat et de l'assurance maladie ; programmer cet élargissement au minimum sur le champ de la gestion du risque.	AC ministère Santé UNCAM	2011/2012
14	Créer des commissions thématiques permanentes au sein du CNP pour faire instruire les dossiers à soumettre à l'instance plénière par les services de ses différents membres.	SG CNP	2011
Adapter le fonctionnement de l'administration centrale			
<i>Adapter le fonctionnement de l'administration centrale aux enjeux de la gestion du risque</i>			
15	Appliquer l'approche de la gestion du risque dans le secteur hospitalier et dans le secteur médico-social.	DGCS (avec CNSA) DGOS (avec ANAP et ATIH) CNAMTS	Sans délai
<i>Adapter le fonctionnement de l'administration centrale aux besoins des ARS</i>			
16	Identifier les moyens dédiés à la fonction d'animation du réseau au sein du secrétariat général du ministère, secrétariat du CNP.	SG CNP	Sans délai
17	Structurer et animer des réseaux professionnels, dont un consacré à la gestion du risque.	ARS SG CNP	Sans délai
18	S'appuyer sur les ressources des ARS pour développer des actions expérimentales	ARS SG CNP	2011
Introduire les enjeux de la gestion du risque en ARS dans le pilotage du réseau de l'assurance maladie			
19	Présenter en CNP les lettres-réseau des régimes d'assurance maladie relatives à la gestion du risque avant leur diffusion aux organismes.	CNAMTS SG CNP	Sans délai
20	Organiser la diffusion croisée des instructions aux ARS et aux organismes d'assurance maladie en matière de gestion du risque.	CNAMTS, MSA, RSI SG CNP	Sans délai
21	Intégrer dans les objectifs de gestion du risque des organismes d'assurance maladie des thèmes d'action conjoints avec les ARS ; définir sur ces actions des objectifs chiffrés communs aux deux réseaux.	CNAMTS SG CNP	2011
<i>Mettre en œuvre une politique de gestion du risque coordonnée en région</i>			
Mobiliser les ARS sur la gestion du risque			
22	Valoriser les travaux et les compétences qui existent déjà au sein ARS. S'appuyer sur ces équipes pour diffuser « l'esprit de la gestion du risque » au sein des ARS.	ARS	Sans délai
23	Positionner transversalement et en « mode projet » de la cellule PRGDR, quel que soit son rattachement fonctionnel dans l'organigramme.	ARS	Sans délai

24	Orienter les services d'études des ARS sur les actions de gestion du risque.	ARS	Sans délai
25	Les directeurs d'ARS et, plus généralement, tout l'encadrement des agences doivent adopter eux-mêmes « l'état d'esprit » de la gestion du risque, et s'en faire les promoteurs auprès de leurs équipes.	ARS	Sans délai
Soigner la qualité de la relation entre l'ARS et les organismes locaux d'assurance maladie			
26	Investir conjointement ARS/AM les « sujets-frontières » des « dix priorités » de la circulaire du 19 juillet 2010 ; identifier les thèmes qui pourraient donner lieu à d'autres actions coordonnées du même type ; centrer prioritairement les actions régionales spécifiques sur ce genre de thème.	ARS OAM	2010/2011
27	Encourager la mise en commun des objectifs et des moyens au niveau régional en matière d'études.	ARS OAM	2010/2011
28	Coordonner l'intervention des ARS et des organismes d'assurance maladie auprès des professionnels de santé et des établissements.	ARS OAM	2011
29	Formaliser le modèle de coopération entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie dans un contrat négocié en s'appuyant sur la coordination régionale de chaque régime et sur un périmètre limité, dans un premier temps.	ARS OAM SG CNP	Sans délai
Poursuivre la modernisation du réseau de l'assurance maladie			
30	Renforcer le rôle du directeur coordonnateur régional de la gestion du risque au sein du réseau du régime général et en faire l'interlocuteur naturel de l'ARS sur les questions de gestion du risque.	CNAMTS OAM	2011
31	Achever au niveau loco-régional le mouvement de rapprochement des équipes médicales et administratives opéré au niveau national, au service de la politique de gestion du risque.	CNAMTS OAM	Sur la période de la COG
32	Structurer dans un cadre <i>ad hoc</i> la coordination inter-régime en matière de gestion du risque, dans le cadre des orientations du contrat Etat/UNCAM.	CNAMTS, MSA, RSI	2011
33	Identifier avec l'UNOCAM au niveau national et les représentants des organismes complémentaires en région les thèmes du PRGDR dont ils pourraient appuyer la mise en œuvre.	UNCAM UNOCAM	2011

Lettre de mission

Inspection Générale Des Affaires Sociales
20 MAI 2010
N° 353



Paris, le **19 MAI 2010**

Cab/RBN n° 10-4454

La ministre de la santé et des sports

à

Monsieur le chef de service de
l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission sur la gestion du risque

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST »), prévoit que chaque région a à établir un programme régional de gestion du risque (PRGDR) pluriannuel, révisable chaque année.

Composé de deux parties, l'une reprenant les programmes nationaux de gestion du risque, l'autre comprenant des actions régionales complémentaires, le PRGDR devra être intégré au projet régional de santé (PRS) arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

Par ailleurs, le directeur général de l'ARS contractualisera avec chacun des directeurs des organismes et services de l'assurance maladie de son ressort, afin de formaliser les engagements de chacun dans la mise en œuvre des dispositions du PRS, comprenant notamment les mesures propres au PRGDR.

Au niveau national, le contrat d'objectif pluriannuel qui lie l'Etat et l'UNCAM doit déterminer les grandes priorités de la gestion du risque, sachant que les moyens en ressources humaines et en outils relèvent de la négociation de la convention d'objectifs et de gestion. Ces deux contrats sont en cours de négociation. Ils conditionnent fortement le cadre de l'action que pourront entreprendre les directeurs généraux d'ARS en matière de gestion du risque.

Au niveau régional, la préparation du PRGDR et des contrats liant à l'ARS les organismes et services de l'assurance maladie constituent un élément central de la réforme engagée avec la création des agences. Il s'agit là de trouver de meilleures articulations entre les stratégies d'organisation de l'offre de soins et les actions de gestion du risque menées sur les modes de recours aux soins et les pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements de santé et médico-sociaux. Il s'agit aussi de garantir l'implication effective des services de l'assurance maladie au sein des ARS par le biais de la contractualisation, comme d'assurer la mobilisation des ARS pour renforcer les interventions de l'assurance maladie.

La réussite de cette ambition exige une procédure de travail précise entre les ARS et les organismes et services de l'assurance maladie de son ressort pour préparer le PRGDR et établir les contrats prévus par la loi. Cette réussite dépendra ainsi de notre capacité à articuler ces outils régionaux avec la politique nationale de gestion du risque et, plus largement, avec la politique de santé nationale.

Une méthode de travail régionale, prévoyant les liens nécessaires avec le niveau national, a été définie par mes services, en association avec les caisses nationales de l'assurance maladie. Je souhaite que vous puissiez vérifier le caractère opérationnel de cette méthode de préparation du PRGDR et des contrats liant l'ARS et les organismes et services de son ressort.

Pour cela, je vous demande de réévaluer la pertinence d'un double niveau de négociation entre l'UNCAM d'une part et les régimes d'autre part et d'en accélérer la conclusion par toutes propositions utiles.

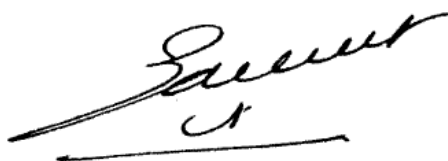
Au niveau des ARS, il s'agira :

- de suivre la mise en application de cette méthode de travail par les régions, et d'en examiner les difficultés de réalisation ;
- de me proposer toutes les modifications qui, à vos yeux, en amélioreraient la conception ;
- d'évaluer la mise en place de la commission régionale de gestion du risque et ses modalités de fonctionnement ;
- d'apprécier les qualifications professionnelles et les formations nécessaires dans les services pour mener à bien ces tâches nouvelles.

Au-delà de la question des procédures de travail à suivre et des articulations avec le national à établir, la préparation du PRGDR et des contrats liant l'ARS aux organismes et services de l'assurance maladie ouvre un nouveau champ de pratiques et interroge nos savoir-faire. Votre mission a vocation à accompagner les régions dans leur démarche :

- en leur apportant des conseils utiles pour les aider à acquérir les modes opératoires les plus pertinents et les plus efficaces ;
- en facilitant entre les différentes ARS les échanges de pratiques qui vous paraîtront les plus judicieuses.

A l'issue de votre mission dont l'échéance est fixée au 30 octobre 2010, je souhaite que vous puissiez me remettre un rapport sur votre action et sur les conclusions auxquelles vous serez arrivé.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Liste des personnes rencontrées

1. ADMINISTRATION CENTRALE DU MINISTERE DE LA SANTE

1.1. Cabinet de la Ministre de la santé et des sports

- Mathias DUFOUR, directeur adjoint du cabinet de la Ministre de la santé et des sports
- Pierre LESTEVEN

1.2. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

- Jean-Marie BERTRAND, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales
- Emmanuelle WARGON, secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales
- Stéphane CLEMENT, directeur de cabinet du secrétaire général
- Jean-Claude MOREL, chargé de mission
- Marie-Anne JACQUET, chargée de mission

1.3. Direction générale de l'offre de soins

- Annie PODEUR, directrice générale de l'offre de soins
- Félix FAUCON, chef de service à la DGOS

1.4. Direction de la sécurité sociale

- Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale
- Thomas FATOME, chef de service à la DSS
- Arnaud VANESTE, chef de bureau à la DSS

1.5. Direction générale de la cohésion sociale

- Fabrice HEYRIES, directeur général de la cohésion sociale
- Sabine FOURCADE, chef de service à la DGCS

1.6. Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques

- Anne-Marie BROCAS, directrice de la recherche de l'évaluation, des études et des statistiques
- Baudouin SEYS, chef de service à la DREES
- Karine STEBLER, chef de la mission MAREL

2. ASSURANCE MALADIE

2.1. Union nationale des caisses d'assurance maladie

- Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur de l'UNCAM

2.2. Caisse Nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

- Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur de la CNAMTS

- Jean-Marc AUBERT, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins
- Olivier DE CADEVILLE, directeur délégué aux opérations
- Michèle CARZON, direction déléguée aux opérations
- Dominique POLTON, directrice des études et des statistiques à la CNAMTS

2.3. Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

- Philippe LAFFON, directeur de la santé

2.4. Régime social des indépendants

- Philippe ULMANN, directeur de la politique de santé et de gestion du risque

3. AUTRES ORGANISMES NATIONAUX

3.1. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Laurent VACHEY, directeur général de la CNSA
- Laurent GRATIEUX, directeur adjoint

3.2. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

- Denis PIVETEAU, président du HCAAM

3.3. Haute autorité de santé

- François ROMANEIX, directeur général de la HAS

4. REGIONS

4.1. Aquitaine

- Nicole KLEIN, directrice générale de l'ARS
- Anne BARON, ARS
- Gérard GAILLARD, directeur coordonnateur de la gestion du risque (DCGDR), directeur de la CPAM de Gironde

4.2. Basse-Normandie

- Pierre-Jean LANCRY, directeur général de l'ARS
- Valérie DESQUESNE, ARS
- Vincent KAUFFMANN, ARS
- Didier KOSELLEK, DCGDR, directeur de la DRSM de Normandie

4.3. Bourgogne

- Cécile COURREGES, directrice générale de l'ARS
- Pascal DURAND, ARS
- Françoise JANDIN, ARS
- Pierre ROUTHIER, DCGDR, directeur de la CPAM de la Côte-d'Or

4.4. Ile de France

- Marie-Renée BABEL, directrice générale adjointe de l'ARS

4.5. Lorraine

- Jean-Yves GRALL, directeur général de l'ARS Lorraine
- Marcel DOSSMANN, directeur de la performance et de la gestion du risque
- Véronique FERRAND, chef de projet
- Jean-Pierre MINEUR, DCGDR, directeur de la DRSM de Lorraine,

4.6. Nord-Pas-de-Calais

- Daniel LENOIR, directeur général de l'ARS

4.7. Poitou-Charentes

- François-Emmanuel BLANC, directeur général de l'ARS
- Karl FLEURISSON, ARS
- Nadine GALINAT, DRCGDR directrice de la CPAM de Poitiers,

4.8. Rhône-Alpes

- Denis MORIN, directeur général de l'ARS
- Joëlle GUILHOT, ARS
- Eric le BOULAIRE, DCGDR, directeur de la CPAM du Rhône

Annexe 1 : Réflexions de la mission sur le contrat entre l'ARS et les organismes locaux d'assurance maladie

1. RAPPEL DES TEXTES

1.1. *La loi*

Article L1434-14 du Code de la santé publique

1.1.1. **Le contrat ARS / OAM**

[Le projet régional de santé] fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

1.1.2. **L'articulation avec les CPG**

Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque.

1.2. *Le décret d'application*

1.2.1. **Le contrat ARS / OAM**

Article R1434-18

Le contrat établi entre l'agence régionale de santé et chaque organisme et service d'assurance maladie du ressort de la région mentionné à l'article L. 1434-14 :

1° Précise les engagements des organismes et services d'assurance maladie relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le projet régional de santé ;

2° Reprend les dispositions du programme pluriannuel régional de gestion du risque ;

3° Précise les engagements de l'agence régionale de santé relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le programme pluriannuel de gestion du risque.

Le contrat est conclu pour une période de quatre ans. Il peut faire l'objet d'avenants définis chaque année et conclus dans les mêmes conditions que le contrat initial. Il est soumis à une évaluation au sein de la commission régionale de gestion du risque.

Article R1434-19

Le contrat pluriannuel établi entre l'agence régionale de santé et chaque organisme et service d'assurance maladie du ressort de la région est signé par le directeur général de celle-ci et le directeur de l'organisme ou du service concerné par le contrat.

1.2.2. L'articulation avec les CPG

Article R1434-16

La mise en œuvre des deux parties du programme pluriannuel régional de gestion des risques⁴³ est assurée par les conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'Etat et les caisses nationales mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime, qui déterminent les règles d'affectation des moyens nécessaires.

L'ensemble des objectifs nationaux et régionaux du programme pluriannuel régional de gestion du risque est inscrit dans les contrats pluriannuels de gestion des organismes et services d'assurance maladie, établis en application des articles L. 227-3 et L. 611-7 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime.

2. LES QUESTIONS SOULEVEES PAR LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

2.1. Les constats de la mission

Un premier document de cadrage du contrat a été produit en mars 2010 à l'intention du CNP et a été diffusé ensuite aux ARS⁴⁴, mais ce document, antérieur à la parution du décret du 18 mai 2010 sur le PRGDR n'a pas été reconnu par la CNAMTS, dont le directeur a indiqué à la mission ne pas l'avoir validé en CNP. Ses dispositions (cadrage du contrat, calendrier de mise en œuvre) n'ont donc pas été mises en œuvre dans les régions.

D'une manière générale, la mission n'a pu que constater l'absence totale d'initiative sur cette question dans les régions qu'elle a visitées :

- les acteurs attendent des instructions du niveau national ;
- le document suscite de nombreuses interrogations, sur ses finalités, son contenu, sa forme, ses modalités de préparation : comment y intégrer les éléments relatifs au PRS alors que celui-ci n'est pas encore arrêté ? quels thèmes intégrer dans le contrat au-delà du PRGDR (prévention ? offre de soins ? etc.) ? quelle articulation avec la coordination régionale de l'AM, et notamment le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque du régime général, alors que celui-ci n'est pas partie au contrat ?
- les ARS des plus grandes régions sont perplexes devant la charge de travail que représente la contractualisation avec plus d'une dizaine d'organismes ;
- certains directeurs coordonnateurs régionaux de la gestion du risque craignent par ailleurs d'être contournés dans ce dispositif.

Mais les acteurs régionaux s'accordent sur l'intérêt de préciser le *modus operandi* des relations entre l'ARS et les OAM, et ont parfois commencé à le faire de façon pragmatique.

⁴³ *sic* : la rédaction du texte officiel varie d'un paragraphe à l'autre entre « programme pluriannuel régional de gestion des risques » et « programme pluriannuel régional de gestion du risque ».

⁴⁴ « Préparation du programme régional de gestion du risque (PRGDR) et des contrats liant l'ARS aux organismes et services de l'assurance maladie de son ressort », 31 mars 2010.

2.2. Les finalités du contrat

2.2.1. Organiser concrètement le partenariat ARS/OAM à l'intérieur du cadre juridique actuel

L'objectif de ce contrat est d'organiser le partenariat régional entre l'ARS et chaque organisme d'assurance maladie, dans le cadre des dispositions générales qui régissent leur fonctionnement et leurs missions. Par conséquent, ce document ne pourra pas être utilisé pour remettre en cause la logique de la loi HPST, i.e. la reconnaissance d'une double compétence des ARS et de l'assurance maladie sur un certain nombre de sujets, parmi lesquels la gestion du risque, et il ne pourra pas non plus remettre en cause fondamentalement la logique managériale d'animation du réseau des trois régimes de l'assurance maladie, i.e. se substituer en tout ou en partie aux CPG des organismes de base avec leur organisme national.

Sur un plan concret, il a ainsi vocation à définir :

- la façon dont sont traités les sujets sur lesquels l'ARS et l'assurance maladie sont également compétentes (GDR en général, prévention ...)
- la façon dont sont traités les sujets sur lesquels les compétences de l'ARS et l'assurance maladie sont complémentaires (médecine ambulatoire, établissements de santé, ESMS) ;
- les thèmes sur lesquels des équipes mutualisées pourraient être constituées (études...)
- les modalités d'intervention de l'ARS et de l'assurance maladie auprès des acteurs locaux : professionnels de santé, établissements
- le tout dans un cadre global incluant toutes les dimensions et tous les thèmes de ce partenariat et non dans une succession de documents ou conventions ponctuels.

2.2.2. Les questions aujourd'hui non résolues

Au-delà de ces développements généraux, la mission n'a pu que constater que de nombreuses questions demeurent aujourd'hui irrésolues à propos du contenu et de la forme de ce contrat :

- quel périmètre pour le premier contrat alors que, à ce jour, aucun des documents stratégiques des ARS n'est encore été arrêté (PRS, schéma de prévention, PRGDR) ?
- en particulier, que vise précisément le décret lorsqu'il évoque « *les engagements des organismes et services d'assurance maladie relatifs à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le projet régional de santé* » ?
- si le premier contrat est *a minima*, quel mécanisme prévoir pour l'enrichir ensuite ? sur quels thèmes ? selon quel calendrier ? y aura-t-il de nouvelles questions de principe à trancher ?
- sur les projets d'intérêt commun, le contrat doit-il être le support du pilotage du projet lui-même (auquel cas il ne peut faire abstraction des moyens associés) ou un support « politique » sans traduction opérationnelle ?
- quelle forme pour le contrat : de quelles clauses a-t-on besoin ? i.e. quelles questions souhaite-t-on concrètement traiter par la conclusion du contrat ?

2.2.3. L'utilité d'un cadrage national

Ces sujets soulevant la plupart du temps des questions de principe qui renvoient à l'articulation générale entre l'Etat et l'assurance maladie en matière de régulation du système de santé, il appartient au niveau national de fournir aux ARS un cadre et des directives précises pour l'élaboration de ce contrat. Ce cadrage national a notamment vocation :

- à identifier les points difficiles et à les trancher afin d'éviter aux parties d'avoir à les négocier au niveau local ;
- à homogénéiser les pratiques entre régions ;

- à mettre en cohérence les différents documents de pilotage des organismes (CPOM ARS, CPG OAM) avec la logique et le contenu des contrats ARS/OAM, dans le cadre général fourni par les documents de cadrage national de la gestion du risque (contrat Etat/UNCAM, COG, directive GDR/ARS).

2.3. Le mode d'élaboration du contrat

Le schéma dessiné par la loi et le décret pose plusieurs problèmes pratiques qu'il est nécessaire de dépasser pour pouvoir avancer.

2.3.1. L'inter-régimes

Les pouvoirs et les moyens des organismes locaux sont différents entre le régime général et les autres régimes. Dans ces conditions, les acteurs s'interrogent : faut-il un contrat unique pour tous les régimes, ou des contrats « à géométrie variable » ? faut-il « commencer par le régime général » ?

- *Pour la mission, il faut contracter selon le même calendrier avec tous les régimes, avec un modèle de contrat modulable selon les pouvoirs, les moyens et les envies (projets spécifiques pour lesquels un partenariat est souhaité) des différentes parties au niveau local.*

2.3.2. Le rôle des coordonnateurs régionaux des régimes

La charge de négociation des contrats est très lourde pour les ARS si elles ne sont pas aidées par la coordination régionale des régimes.

- *Pour la mission, les inconvénients que cette négociation bilatérale multiple est susceptible de soulever dépassent largement les avantages (au demeurant mal perceptibles) de ce schéma décentralisé : il faut s'appuyer sur les coordonnateurs régionaux des régimes.*

Par ailleurs et d'une manière générale, la mission estime qu'il est souhaitable de renforcer le mouvement de régionalisation au sein de l'AM, et tout particulièrement du régime général. Ce point est développé dans le rapport (partie 3.3.).

- *Pour la mission, il conviendrait de reconnaître le rôle de correspondant des ARS des directeurs coordonnateurs de la gestion du risque en les rendant parties au contrat, à côté de l'ARS et de chaque organisme du régime général.*

2.3.3. L'articulation entre tous les documents

Il faut notamment préciser l'articulation :

- entre les différents niveaux de négociation : national (Etat/UNCAM, COG), national/régional (CPOM/CPG), régional (contrat ARS/OAM, PRGDR, schéma prévention, PRS) ;
 - entre les documents généraux (COG, PRS) et les documents thématiques (Etat/UNCAM, PRGDR, schéma prévention) sur les différents domaines de compétences partagées (gestion du risque en général, prévention ...) ;
 - et l'enchaînement logique de tous ces documents (leur adoption, leur mise à jour par avenants).
- *Plus spécifiquement, s'agissant du calendrier à court terme des opérations, il n'est pas possible de signer rapidement un contrat sur le périmètre cible (PRS) : il faudra donc*

nécessairement se contenter d'une version dégradée, qui sera mise à jour par voie d'avenant une fois tous les documents-cadres adoptés au niveau régional.

2.3.4. La question spécifique de l'articulation entre le contrat et les CPG des organismes

En toute logique, il faut que les PRGDR aient été adoptés pour que leur contenu puisse nourrir les COG des régimes « *qui déterminent les règles d'affectation des moyens nécessaires* », puis les CPG ; mais cette articulation entre une multiplicité de PRGDR négociés localement (logique ascendante) et des conventions nationales négociées au niveau national (logique descendante), selon des calendriers qui ne sont pas alignés, paraît peu réaliste.

- *Pour la mission, les COG ont vocation à acter le principe de la participation des organismes de base au PRGDR et de la programmation conjointe entre l'Etat et le régime des programmes nationaux de gestion du risque, sur les domaines partagés au niveau local entre les organismes de base et les ARS et dans le cadre des orientations du contrat Etat/UNCAM.*

Selon le décret du 18 mai 2010, les CPG ont vocation à reprendre « *l'ensemble des objectifs nationaux et régionaux du programme pluriannuel régional de gestion du risque* » ; mais la logique des CPG est d'offrir une lisibilité aux managers locaux sur leurs priorités, selon un cadre largement prédéterminé par le niveau national, notamment pour des raisons d'homogénéité et de comparaison.

- *Pour la mission, l'intégration du volet régional du PRGDR dans les CPG ne pourra être possible que si les objectifs de ce volet sont en nombre limité ; en toutes hypothèses, la mission recommande pour les années 2010/2011 de ne pas mettre en œuvre, sauf exception liée à la situation particulièrement atypique d'une région, le volet d'actions spécifiques régionales du PRGDR.*

Par contre, s'agissant des plans nationaux de gestion du risque, dans la mesure où ils sont définis conjointement par l'Etat et l'assurance maladie au sein du CNP, il semble logique que leurs objectifs soient intégrés dans les documents de pilotage des organismes locaux chargés de les mettre en œuvre (CPG OAM, CPOM ARS), chacun pour ce qui les concerne.

- *Pour la mission, la préparation de tous les programmes nationaux de gestion du risque sur les domaines partagés entre l'Etat et l'assurance maladie doit être coordonnée au niveau national sous l'égide du CNP, et doit faire l'objet d'une traduction par voie d'avenants annuels dans le contrat Etat/UNCAM et dans les COG et CPG des branches.*

Enfin, se pose la question de la définition de moyens associés aux actions du PRDGR dans les CPG : ce principe, qui ne figure ni dans la loi, ni dans le décret, pose un problème de principe dans la mesure où il revient à « flécher » des quotes-parts de moyens sur une mission spécifique, ce qui est contradictoire avec la logique de pilotage global des moyens de ces organismes. *A contrario*, comme la mission de l'IGAS sur l'évaluation de la COG 2006-2009 l'a souligné, il n'est pas logique de négocier au niveau national des objectifs de gestion du risque dans le contrat Etat/UNCAM sans avoir une vision des moyens associés et de leur répartition, pas plus qu'il n'est logique de négocier au niveau national les moyens de la CNAMTS sans avoir une vision de ses objectifs en matière de GDR.

- *Pour la mission, l'idée de « flécher » spécifiquement dans les CPG une partie des moyens des organismes d'assurance maladie vers les actions du PRGDR constituerait en réalité une fausse garantie pour les ARS. Le vrai enjeu de négociation en ce qui concerne les moyens associés à la gestion du risque se situe au niveau national : l'Etat et l'assurance maladie doivent se coordonner sur les thèmes et les modalités de mise en*

œuvre de leurs programmes nationaux de gestion du risque, en identifiant précisément les champs sur lesquels l'assurance maladie intervient seule, les champs sur lesquels l'Etat intervient seul, et les champs sur lesquels les deux secteurs doivent travailler de concert. La négociation croisée du contrat Etat/UNCAM et des COG (en pratique, de la COG de la CNAMTS) doit normalement donner lieu à une discussion entre l'Etat et l'assurance maladie sur cette répartition des rôles en matière de gestion du risque, et sur les moyens affectés à chacun de ces champs de compétences.

3. PISTES DES FORMALISATION DU CONTRAT

3.1. *Forme du contrat*

Dans un premier temps, le contrat qui pourra être signé entre les ARS et les organismes d'assurance maladie se limitera à quelques thèmes détaillés *infra*, parmi lesquels figure naturellement la mise en œuvre du PRGDR. Il ne paraît pas nécessaire d'intégrer à ce stade les sujets de prévention, qui pourront être traités après l'adoption du plan régional de prévention.

A la question de savoir si le contrat a vocation à être multilatéral ou bilatéral, la mission préfère l'option de **contrats bilatéraux entre l'ARS et chaque organisme d'assurance maladie, mais avec cosignature par le coordonnateur régional de la gestion du risque pour les organismes du régime général.**

Le contrat pourra prendre une forme simple : un nombre limité de clauses (cf. *infra*), et une annexe sous forme de tableaux récapitulatifs sur les modalités de mise en œuvre des actions qu'il organise, en précisant le « qui fait quoi et quand », et les objectifs de résultat ou de moyens associés à chaque action.

3.2. *Les clauses du contrat*

- rappel du cadre national : le contrat Etat/UNCAM, COG de la branche considérée...
- rappel des compétences de l'ARS et de l'organisme d'assurance maladie sur les différents champs objets du contrat (clause type identique dans tous les contrats) ; s'agissant des compétences des organismes d'assurance maladie, il convient de rappeler que, en matière de gestion du risque, ces compétences diffèrent suivant le type d'organisme (CPAM, DRSM, CMSA...) et son régime d'appartenance (sur ce thème, le régime général a davantage de compétences juridiques ou techniques que les autres régimes)
- énonciation des règles de la concertation locales : par exemple, en matière de gestion du risque, description des modalités concrètes de fonctionnement des instances issues du décret du 18 mai 2010 ; les acteurs locaux doivent avoir une large liberté pour fixer leur organisation en la matière : groupes de travail, comités de projet, etc.
- nature de la contribution de l'ARS et de l'organisme d'assurance maladie sur les thèmes de travail communs ; deux options sont ensuite possibles :
 - le contrat ne mentionne que la contribution spécifique de l'organisme signataire, sans vision sur la contribution des autres acteurs en région ;
 - le contrat annexe le document général de suivi de projet précisant la contribution de tous les acteurs pour tous les chantiers ; pour la mission, cette option paraît plus simple, notamment parce que, sur la gestion du risque, elle permet de préciser le rôle dévolu au coordonnateur régional, qui a vocation à être partie au contrat

- organisation des échanges d'information interinstitutionnels au niveau régional :
 - mise à disposition des organismes d'assurance maladie des infos hospitalières en possession de l'ARS ;
 - définition des conditions d'ouverture aux ARS des SI de l'assurance maladie (ERASME / SNIIRAM) ;
 - organisation des initiatives de mise en commun de thèmes ou de moyens en matière d'études entre les acteurs.

- *Pour la mission, l'existence d'une capacité d'analyse fine des dépenses au niveau régional est indispensable à la mise en œuvre des politiques de gestion du risque du côté de l'assurance maladie comme dans les ARS. Il faut que les statisticiens et les chargés d'études puissent travailler et réaliser des analyses au niveau régional :*
 - *il faut qu'ils aient des outils pour le faire ; s'il est évidemment souhaitable que l'usage du SNIIRAM se développe en région, il s'agit là d'un objectif de moyen terme, qui supposera un vigoureux effort d'accompagnement et de formation au sein du réseau de l'assurance maladie comme dans les ARS, sous l'égide de la DSES de la CNAMTS ; à court terme, les acteurs doivent pouvoir continuer à utiliser les outils qu'ils savent utiliser, i.e. ERASME Régional ;*
 - *ils faut qu'ils puissent travailler ensemble, car les moyens sont trop limités dans bien des régions pour devoir en plus subir les conséquences d'un cloisonnement entre ARS et assurance maladie.*

- *La mission insiste à cet égard sur le fait que l'enjeu est en l'espèce la préservation et le développement d'une capacité d'analyse fine des dépenses de santé au sein des ARS ; la recommandation précédente ne préjuge pas de l'existence ou non d'actions conduites par les ARS en matière de gestion du risque directement vers les PS, comme la loi les y autorise ; mais, en pratique, la mission recommande de définir un modus operandi consensuel avec l'AM sur cette question (point suivant).*

- coordination des interventions auprès des professionnels et des établissements :
 - principe d'une coordination permanente
 - définition d'une « doctrine » en la matière (cadre national probablement nécessaire), définition de règles opérationnelles (protocoles) sur l'approche des professionnels
 - cette coordination a vocation à concerner les actions des acteurs sur les thèmes de gestion du risque, mais pas uniquement, dans la mesure où ils ont chacun des compétences croisées sur le secteur de prédilection de l'autre.

Sur ce dernier point, la mission s'interroge sur l'opportunité de confier de façon officielle la mission de contact direct avec les professionnels de santé libéraux à l'assurance maladie, qui dispose seule des moyens pour le faire à grande échelle. L'organisation des interventions des ARS et des organismes d'assurance maladie à l'hôpital doit par ailleurs faire l'objet d'une réflexion particulière.

Pièce jointe n°1 : Effectifs Etat des ARS au 01/04/10

Signification des sigles

Corps de catégorie A	
Inspecteur de l'action sanitaire et sociale	IASS
Médecin inspecteur de santé publique	MISP
Pharmacien inspecteur de santé publique	PHISP
Attaché d'administration des affaires sociales	AAAS
Chargé d'études documentaires	CED
Conseiller technique de service social	CTSS
Ingénieur du génie sanitaire	IGS
Ingénieur d'études sanitaires	IES
Corps de catégorie B	
Secrétaire administratif des affaires sociales	SAAS
Technicien sanitaire	TS
Assistant de service social	ASS
Infirmier de l'Etat	IE
Corps de catégorie C	
Adjoint administratif	AA
Adjoint sanitaire	AS
Adjoint technique	AT

	Titulaires de catégorie A										Titulaires de catégorie B				Titulaires de catégorie C				TOTAL titulaires	Non titulaires			TOTAL non titulaires	
	Ex emploi fonctionnel	IASS	MISP	PHISP	AAAS	CED	CTSS	IGS	IES	Total A	SAAS	TS	ASS	IE	Total B	AA	AS	AT		Total C	A	B		C
ARS Alsace	2,0	28,6	8,5	3,0				3,6	7,3	53,0	40,4	13,2		1,6	55,2	43,6			43,6	151,8	12,8	6,0	1,8	20,6
ARS Aquitaine	5,0	55,0	20,6	7,0		1,0	0,8	8,3	18,4	116,1	79,2	40,0		0,8	120,0	100,5	5,8	4,0	110,3	346,4	14,5	0,8	5,2	20,5
ARS Auvergne	3,0	28,6	9,4	3,8				6,7	6,1	57,6	38,9	21,3		4,0	64,2	55,6	3,0	3,0	61,6	183,4	3,0	2,0	2,7	7,7
ARS Basse Normandie	5,0	20,1	5,0	3,8				3,8	9,5	47,2	37,9	20,4		2,6	60,9	46,9		1,0	47,9	156,0	4,5	1,7	1,0	7,2
ARS Bourgogne	7,0	34,4	10,3	4,9				7,0	8,8	72,4	41,3	19,8		3,8	64,9	57,2	2,6	2,0	61,8	199,1	6,8	4,0		10,8
ARS Bretagne	8,0	53,5	17,4	7,0		0,9		8,3	22,9	118,0	72,1	30,9		3,6	106,6	86,0	2,8	3,8	92,6	317,2	3,8			3,8
ARS Centre	6,0	42,1	8,8	5,0	0,8	0,9	1,0	10,4	12,6	87,6	61,2	28,9		5,8	95,9	76,2	3,8	2,0	82,0	265,5	16,6	6,0	1,7	24,3
ARS Champagne-Ardenne	3,0	24,6	5,0	3,0				4,0	6,8	46,4	40,4	15,8		4,0	60,2	48,5	1,0	5,0	54,5	161,1	7,9	1,7	3,8	13,4
ARS Corse	1,0	9,2	2,7	2,0				3,0	3,0	20,9	13,3	7,0		3,0	23,3	24,4	12,3		36,7	80,9	2,0	2,4	1,4	5,8
ARS Franche Comté	5,0	25,6	4,8	2,9				6,8	6,2	51,3	35,9	14,5		5,9	56,3	40,5	3,4	3,0	46,9	154,5	9,0	12,4	2,1	23,5
ARS Haute Normandie	4,0	21,6	4,5	4,0		1,0		4,1	7,1	46,3	44,2	12,1		2,0	58,3	47,8	1,0	3,0	51,8	156,4	15,5	2,0	5,0	22,5
ARS Ile de France	15,0	134,7	55,3	18,2	1,0		2,6	13,0	24,8	264,6	239,4	61,3	1,0	10,6	312,3	227,7	4,0	22,0	253,7	830,6	58,5	17,6	21,1	97,2
ARS Languedoc-Roussillon	6,0	42,7	19,4	5,8				11,6	14,4	99,9	64,2	33,9		7,4	105,5	76,4	5,9	7,0	89,3	294,7	18,5	8,0	4,5	31,0
ARS Limousin	2,0	20,2	7,6	3,0				5,0	5,8	43,6	26,9	14,5		3,8	45,2	35,0	4,0	1,0	40,0	128,8	5,0	4,0	1,0	10,0
ARS Lorraine	5,0	39,6	12,8	3,0			1,8	6,6	8,5	77,3	68,1	23,5		1,8	93,4	75,2	1,8	2,0	79,0	249,7	11,5	0,9	1,8	14,2
ARS Midi-Pyrénées	8,0	51,8	21,1	5,6		0,8		14,0	17,5	118,8	86,6	38,4		6,6	131,6	90,7	7,0	6,9	104,6	355,0	15,8	3,0	1,9	20,7
ARS Nord-Pas de Calais	4,0	54,4	15,7	7,3				9,6	11,6	102,6	94,4	18,4		4,8	117,6	105,9		3,0	108,9	329,1	17,1	6,3	10,4	33,8
ARS Pays de la Loire	5,0	66,0	19,5	6,8		0,8		9,9	17,0	125,0	79,7	34,9		6,2	120,8	89,4	3,0	2,8	95,2	341,0	7,7	11,4	0,4	19,5
ARS Picardie	7,0	26,4	4,2	3,0		1,0		4,0	7,6	53,2	46,5	17,4		3,0	66,9	50,6	4,0	2,5	57,1	177,2	7,8	4,9	0,7	13,4
ARS Poitou-Charentes	2,0	30,3	9,4	3,8		1,0		9,8	15,5	71,8	43,5	21,0		1,0	65,5	53,1	4,0	4,9	62,0	199,3	5,0	1,0		6,0
ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur	8,0	78,0	33,5	12,2		1,0	2,0	12,5	17,9	165,1	109,5	42,0	3,0	9,2	163,7	148,4	5,0	4,0	157,4	486,2	19,3	7,0	8,4	34,7
ARS Rhône-Alpes	13,0	82,8	33,5	12,4		1,0		11,6	28,8	183,1	152,5	52,7		7,2	212,4	146,5	5,5	7,0	159,0	554,5	20,3	8,6	7,7	36,6
ARS Guadeloupe		9,9	4,0	1,0	1,0			2,0	3,8	21,7	19,9	13,0		3,5	36,4	21,7	73,8	4,0	99,5	157,6	1,5			1,5
ARS Martinique	1,0	9,0	4,5	1,0				3,0	3,0	21,5	26,8	14,0		4,0	44,8	26,7	32,0	2,0	60,7	127,0	4,5	2,5	2,0	9,0
ARS Guyane		4,0	4,0					1,0	2,0	11,0	9,8	7,0		2,0	18,8	18,0	3,0		21,0	50,8	4,0	1,0	2,0	7,0
ARS Océan indien	2,0	20,0	7,0	2,0				4,0	6,0	41,0	32,0	27,1		1,0	60,1	36,6	161,5	4,0	202,1	303,2	11,0	1,0	5,0	17,0
Ensemble des ARS	127,0	1 013,1	348,5	131,5	2,8	9,4	8,2	183,6	292,9	2 117,0	1 604,6	643,0	4,0	109,2	2 360,8	1 829,1	350,2	99,9	2 279,2	6 757,0	303,9	116,2	91,6	511,7

Pièce jointe n°2 : détail des effectifs transférés par le régime général aux ARS

Année 2010

	ETP								
	Nbre de postes transférés notifiés par CNAMTS	Nbre de postes pris en compte par Mission ARS	Nb de personnes physiques transférées pris en compte (en ETP)				Total personnel réellement transféré	Ecart entre les personnes transférées et le nombre pris en compte par la mission ARS	Dont postes vacants
			CRAM-CGSS	EX URCAM	DRSM PA	DRSM PC			
Strasbourg	51,70	52,50	19,00	11,40	6,00	12,40	48,80	3,70	3,00
Bordeaux	50,70	50,70	21,00	13,00	7,80	5,91	47,71	2,99	2,00
Clermont	34,20	34,20	11,00	8,90	2,90	5,82	28,62	5,58	3,00
Caen	30,80	30,80	8,00	12,78	2,00	5,00	27,78	3,02	3,00
Dijon	43,20	43,20	18,00	12,74	6,00	7,00	43,74	-0,54	
Rennes	64,60	64,60	28,35	14,00	9,54	11,00	62,89	1,71	2,00
Orléans	57,20	57,20	23,72	11,90	7,00	8,00	50,62	6,58	6,00
Champagne Ardennes	29,20	29,20	2,00	10,69	3,00	2,00	17,69	11,51	9,21
Ajaccio	11,50	11,50	0,00	9,00	0,84	1,00	10,84	0,66	1,50
Besançon -Franche Comté	32,30	32,30	10,00	14,00	3,88	3,88	31,76	0,54	
Rouen	30,40	30,40	9,90	10,80	3,00	6,00	29,70	0,70	0,60
Paris	253,60	254,10	131,58	19,90	51,00	39,88	242,36	11,74	9,50
Montpellier	51,00	51,00	23,00	12,00	6,90	7,00	48,90	2,10	2,00
Limoges	26,20	26,20	8,90	11,76	2,00	4,00	26,66	-0,46	
Nancy	51,00	50,60	14,90	12,80	7,60	8,90	44,20	6,40	6,00
Toulouse	50,20	50,20	26,00	11,40	4,00	7,60	49,00	1,20	0,80
Lille - NORD	67,70	67,70	31,00	14,00	9,85	14,80	69,65	-1,95	
Marseille	76,40	76,40	35,52	17,06	10,90	13,00	76,48	-0,08	
Nantes	66,30	66,30	23,86	10,64	11,46	12,00	57,96	8,34	7,12
Amiens - PICARDIE	34,80	34,80	3,00	11,79	2,00	5,00	21,79	13,01	13,00
Poitiers - Poitou Charentes	28,00	28,00	3,00	8,90	5,00	4,00	20,90	7,10	6,96
Lyon	97,30	97,30	45,00	17,59	13,00	21,78	97,37	-0,07	0,50
TOTAL METROPOLE	1 238,30	1 239,20	496,73	277,05	175,67	205,97	1 155,43	83,77	76,19
Guadeloupe	5,00	5,00	3,00		1,00	1,00	5,00	0,00	
Martinique	5,00	4,00	3,00		1,00	0,00	4,00	0,00	
Guyane	2,00	2,00	1,00		0,00	1,00	2,00	0,00	
Réunion	6,00	6,00	4,00		1,00	1,00	6,00	0,00	
TOTAL DOM	18,00	17,00	11,00	0,00	3,00	3,00	17,00	0,00	0,00
TOTAL GENERAL	1 256,30	1 256,20	507,73	277,05	178,67	208,97	1 172,43	83,77	76,19
Postes non affectés valorisés niveau 6 par la CNAMTS	11,00	10,80							
TOTAL 2010 dont postes non affectés	1 267,30	1 267,00	507,73	277,05	178,67	208,97	1 172,43	83,77	82,69

