

I N T E R V I **E** W

FREDERIC VAN ROEKEGHEM : SUR LE RING DE L'ASSURANCE MALADIE

Diriger l'Assurance maladie, c'est foncer dans l'édredon. Frédéric Van Roekeghem est un fondeur, qui va gagner, l'édredon ou le boxeur ?

D'abord il y a la Cnamts et ses bataillons d'experts en tous genre, qui concoctent sans désemparer des mesures souvent idéalisées, auxquelles on doit régulièrement redonner un peu des couleurs du réel à l'épreuve du terrain. Dans de nombreux couloirs de la Cnamts, il a de surcroît quelques cohortes d'éminents consultants, qui expertisent les propositions des experts, pour le cas où elles ne seraient pas assez expertales. Et puis il y a le Réseau, le nez dans le guidon, la casquette sur les yeux, le regard dans le rétroviseur.



L'édredon est donc constitué de plusieurs couches d'épaisseur et d'élasticité variable, avec un coefficient d'inertie maximal : grâce au facteur mobilité qui frappe les hauts fonctionnaires, quand ils deviennent un peu trop « acteur de notre destin », il suffit d'attendre un peu, et ils s'en vont faire les intéressants dans les Assurances complémentaires, gratifiés en sus du Label prestigieux de « Gestionnaire de l'Assurance maladie ».

Ce n'est pas ce que nous souhaitons à Frédéric Van Roekeghem, dont nous ne suspectons pas le patriotisme institutionnel, ni les talents de grand réformateur.

L'homme c'est déjà taillé une réputation dans les URSSAF, qu'il a laissées un peu bousculées, avec son



lot de détracteurs et d'admirateurs. Son arrivée dans la Branche maladie qui n'en finissait pas de « restructurer son réseau », a soulevé de grandes espérances.



Autre souci structurel dont le nouveau directeur national a bien conscience, mais qui reste d'une incontournable pesanteur : la dilution des responsabilités de cette Branche. Si les directeurs peuvent être tenus pour responsables du service à l'Assuré, et ils ont montré dans ce cas qu'ils peuvent faire évoluer la Branche de façon spectaculaire, qui au juste est responsable de la gestion du risque dans cette honorable institution ?



On peut espérer que Frédéric Van Roekeghem a l'intelligence et le dynamisme qui lui permettront de surmonter tous ces obstacles. On voit déjà qu'il en connaît les pièges, et qu'il sait réagir rapidement quand il le faut : nous l'avons interrogé à propos de la suspension de l'envoi aux Assurés de leurs relevés annuels de dépenses, alors même que cette suspension avait été décidée quelques jours auparavant. (et a été explicitée peu après à un séminaire de directeurs.)



Le Directeur général de l'Uncam, plutôt réputé et apprécié pour son franc-parler, a semble-t-il acquis en quelques mois une compétence certaine à exprimer des points de vue habilement policés. Dans ces moments d'ailleurs, il change d'expression, et on sent bien, derrière le récitatif de rigueur, que se bouscule tout ce qu'on pourrait dire d'un peu provocateur sur les sujets du jour.



Mais au-delà des bons choix, reste à s'appropriier le réseau, à convaincre du bien fondé de cette réforme. Les dirigeants des caisses sont, il faut bien le dire, un peu submergés par les axes, les postures, les priorités, les ambitions, les enjeux majeurs et stratégiques, les méthodologies, les sommes de statistiques et les nuées de reporting. Reste qu'il y a bien un sentiment d'urgence à propos de cette réforme que bien du monde a qualifié de celle de « la dernière chance ».

Faudra-t-il ensuite envisager de se reconfigurer, mais au bénéfice de la gestion du risque cette fois ? Si on y regarde bien, les fameux DAM (Délégués de l'Assurance maladie), sur les épaules desquels reposent presque exclusivement les espoirs de concrétiser les engagements de la convention, ne représentent guère que 10% des effectifs de caisses, et il n'y a aucun médecin parmi eux, puisqu'ils se consacrent pour leur part, et de leur côté, aux « entretiens confraternels ». Tout cela est-il suffisant ?

Interview : Gérard ARCEGA, Cécile ALOMAR

E.S. : Depuis votre arrivée dans l'Assurance maladie, comme tous vos prédécesseurs, vous affirmez votre attachement à la Démocratie sociale, et votre patriotisme institutionnel. Envisagez-vous un jour, comme certain d'entre eux, de passer dans le rang des assurances dites « complémentaires » ?

Frédéric Van Roekeghem : C'est une question que je ne me suis jamais posée. Il n'entre pas dans ma logique personnelle de me poser ce type de question, quand je suis dans une démarche, elle me mobilise entièrement. Paradoxalement, mon parcours se distingue de celui de mes prédécesseurs par mon passage, certes relativement bref, chez un grand assureur privé préalablement à la direction de l'ACOSS.

E.S. : En parlant de complémentaires, toute réforme d'envergure en France est plus ou moins compromise par un copaiement aux conséquences calamiteuses, qui empêche l'Assurance maladie de prendre en charge intégralement les « parcours vertueux » des Assurés, en compris pour les bénéficiaires de la CMU. Comme vos prédécesseurs, on ne vous entend pas beaucoup vous exprimer sur cette situation inique et unique en Europe ?

Frédéric Van Roekeghem : Je crois qu'il s'agit d'un sujet relevant du domaine des pouvoirs publics, qui touche au cahier des charges des contrats responsables. Vous observerez que la loi du 13 août a mis en place les outils permettant de remédier à la situation que vous évoquez. Certains partenaires ont d'ailleurs exprimé le souhait d'exclure une partie des dépassements réalisés à l'extérieur du parcours de soins. La décision finale appartient au Gouvernement.



E.S. : On a bien vu, s'agissant des prises en charge par les complémentaires des dépassements de tarifs hors des parcours recommandés, qu'il y avait, en quelque sorte, un « fusil à tirer dans les coins ». Mais ne pourrait-on pas aller au-delà, et prévoir des prises en charge intégrale par l'Assurance maladie en Récompense de parcours responsables et vertueux ?

Frédéric Van Roekeghem : Je ne suis pas là pour tenir des discours positifs dont l'application en termes juridiques se révélerait impossible. Aujourd'hui, il est juridiquement impossible de moduler le taux de prise en charge au-delà des limites fixées par le pouvoir réglementaire.

La priorité première et absolue de la réforme est le maintien d'un haut taux de remboursement, dans des conditions d'équilibre économique encore préoccupantes. La structuration de l'organisation des soins entre le premier et le deuxième niveau est déjà un pas extrêmement substantiel. Il faut d'abord réussir ce défi ambitieux et en tirer les bénéfices en termes de qualité et d'efficience.

C'est seulement ensuite et dans un second temps que nous pourrions mettre en place une meilleure coordination des soins dans le cadre de parcours encore plus vertueux. Certes, on ne peut que souhaiter une augmentation des taux de prise en charge, mais, cela ne peut s'envisager que dans un cadre économique mesuré et maîtrisé.

E.S. : Le retrait de MG France du cadre conventionnel, et la suppression du médecin référent sont un point faible pour la nouvelle convention. En dépit des contraintes de la négociation, n'est-il pas possible d'ajouter au médecin traitant une version proche du médecin référent, pour les Assurés qui pourraient librement choisir un parcours encore plus responsabilisant, et donc encore plus avantageux, notamment pour les Cmutistes, qui ont droit au tiers payant ?

Frédéric Van Roekeghem : La convention a très clairement prévu de privilégier le déploiement du médecin traitant. Elle a également autorisé le renouvellement pendant un an de l'option médecin référent afin de permettre durant cette période de fixer les conditions de convergence du médecin référent vers le médecin traitant.

Nous ne souhaitons pas laisser subsister l'effet d'aubaine important qu'aurait créé le maintien du dispositif du médecin référent parallèlement à la construction d'un système de soins sur deux niveaux, généralistes et spécialistes.

Cela ne signifie pas qu'il n'y aura pas, dans l'avenir d'autres options possibles. Les choses ne sont pas figées. La Convention est un socle qu'il est possible de prolonger par avenant, avec la réserve qu'un avenant ne se signe qu'entre les parties à la convention. Nous aborderons le sujet du médecin référent en son temps tout en veillant au respect du principe "à contraintes similaires, rémunérations similaires."

E.S. : Pour ce qui concerne le parcours de santé, on attend encore à l'heure de cette interview, des précisions sur les modulations des remboursements. Sur ce plan, la communi-



cation n'est pas très limpide pour les assurés qui consulteraient directement non pas un spécialiste, mais un autre généraliste que leur généraliste traitant. Que se passe-t-il alors ? D'autre part, les modulations de remboursement porteront-elles uniquement sur les honoraires et sur quelques autres actes notamment paramédicaux, ou également sur les médicaments ? Ne peut-on trouver là du grain à moudre pour moduler et responsabiliser la consommation médicamenteuse ?

Frédéric Van Roekeghem : Il n'y a pas vraiment de grains à moudre dans le sens où dans le sac, il n'y a pas encore beaucoup de grains !

Nous sommes en attente d'un décret précisant les modalités de la modulation. Celle-ci concerne principalement les actes. Le taux de remboursement des médicaments relève quant à lui d'une autre logique, celle du service médical rendu.

Toute discussion sur ce point paraît prématurée tant que le dispositif réglementaire n'est pas paru.

Les règles du jeu seront de toute façon connues avant le 1er juillet.

E.S. : *En matière de gouvernance, vous avez obtenu les pleins pouvoirs sur le réseau. Vous avez annoncé tout de suite que « les acteurs locaux » seraient jugés à leurs résultats. Or les indicateurs CPG en matière de GDR restent largement des indicateurs de moyens et non de résultats, et qui plus est, ils sont « régionalisés ». Comment peut-on être jugé sur la gestion de son voisin, sur lequel on n'a évidemment aucune prise, si ce n'est celle de l'incantation ?*

Frédéric Van Roekeghem : Les choses sont certainement plus mesurées que cela. La nouvelle répartition des pouvoirs s'opère entre le Conseil qui fixe les orientations et l'exécutif qui les met en œuvre.

Sur la régulation, si les objectifs conventionnels sont régionaux, une déclinaison départementale a été faite.

La question du poids de la part régionale est en cours d'études à la CNAMTS.

E.S. : *Dans la même veine, une CPAM qui tenterait d'organiser avec son service médical quelques actions vigoureuses en faveur des génériques par exemple, pourrait très bien se voir objecter par la Direction régionale du Service médical qu'il est urgent d'attendre des procédures régionales très formalisées à venir. Comment un directeur local peut-il être tenu pour responsable de résultats, et d'actions dont les moyens ne dépendent pas de lui ?*

Frédéric Van Roekeghem : Nous avons bien conscience du formidable levier que représente la richesse en termes de connaissance et d'expertise d'une action conjointe du Service Médical et des CPAM. Evitons de nous disperser en présentant deux guichets. La nouvelle Convention, en fusionnant les anciennes Commissions Paritaires Conventionnelles Locales et les Commissions Médicales Paritaires Locales, permet une identité d'action entre la partie médicale et la partie CPAM.

E.S. : *C'est effectivement un progrès. Cela dit, qui tiendrez vous pour responsable des résultats en matière de prescription de statines, d'U, de psychotropes et d'ALD à la fin de l'année : les directeurs ou les médecins chefs ?*

Frédéric Van Roekeghem : Les Commissions paritaires locales, qui réunissent tous les acteurs concernés, y compris les médecins libéraux qui se sont engagés dans cette convention ! La responsabilité des résultats est d'abord commune à l'Assurance Maladie et à ses partenaires conventionnels. C'est à ce niveau que la responsabilité est partagée et que nous allons observer l'évolution des choses.

E.S. : *Beaucoup de monde a traduit vos propos en estimant que le rôle des URCAM serait désormais un peu moins stratégique, pour l'autant qu'il l'eusse été. A part*

gérer le FAQVS, cogérer le 5ème enveloppe avec l'ARH, et la prévention avec l'Etat, c'est-à-dire, en termes de financement l'épaisseur du trait, que reste-t-il à nos URCAM pour se consoler ?

Frédéric Van Roekeghem : Je ne crois pas que le rôle des URCAM soit amoindri. Je pense même qu'il est renforcé par la loi du 13 août. Les URCAM vont avoir à gérer avec les ARH les sujets communs à l'offre de soins au sein des missions régionales de santé. J'y vois là une extension plutôt qu'une réduction de leurs compétences.

Il ne faut pas avoir une vision en creux du choix qui a été fait de s'appuyer sur le niveau local, le mieux placé pour faire bouger les choses. Ce choix ne remet pas en cause la pertinence du niveau régional pour l'exercice de la coordination car lui seul possède une vision globale de l'offre de soins.

Plus qu'un retrait du régional, je vois une implication nouvelle des CPAM sur l'axe Régulation.

La diminution de l'activité de production, grâce à son industrialisation et à la montée en puissance de la dématérialisation, doit s'accompagner d'un investissement nouveau dans les activités à forte valeur ajoutée sur les champs de la régulation et du service. Dès lors que nous sommes parvenus à stabiliser un service de base, de qualité, il faut investir les deux niveaux supérieurs. Celui des services facilitateurs et celui de la gestion du risque.

C'est là l'enjeu du projet d'Entreprise.

E.S. : La Loi a prévu l'information à l'Assuré des dépenses qu'il a engendré. On s'est déjà élevé, dans *Elan social*, contre les initiatives de certaines caisses dans ce domaine, dont l'effet le plus marquant est de culpabiliser les grands malades, et de réjouir les tricheurs. Mais si la dimension est légale et nationale, le risque est grand de voir des Associations d'usagers légitimement exiger qu'on affiche le montant des cotisations, prenant ainsi le risque non pas de responsabiliser, mais d'aggraver l'égoïsme social en promouvant l'amortissement de sa contribution. Il semble que vous ayez suspendu la mise en œuvre de cette mesure. Est-ce pour ces mêmes raisons ?



Frédéric Van Roekeghem : Les tests réalisés au niveau de la Caisse Nationale montrent globalement une bonne acceptation du principe de l'envoi à chaque assuré de son relevé annuel de prestations.

Cela dit, il serait tout à fait souhaitable que la diffusion de ces informations nouvelles soit précédée d'une campagne pédagogique, certainement nécessaire à la bonne compréhension des données. L'Assurance Maladie réalise une mutualisation sur la totalité de la durée de la vie. On peut être à un instant de la vie jeune et bien portant. On peut aussi, à un autre moment, être plus faible, plus âgé, ou encore avoir un enfant, et donc recevoir davantage.

Il faut l'expliquer, et si possible le faire préalablement.

E.S. : Le reportage de *l'Expansion* a stigmatisé certaines caisses, mais a aussi valorisé d'autres. A force de discrétion effarouchée, on se retrouve comme les hôpitaux dans la situation de voir la Presse publier nos Hit parade. Ne faudrait-il pas avoir une politique de communication plus volontaire, qui affiche le succès des uns, les efforts de ceux qui ont un lourd héritage, et valorise la performance collective, plutôt qu'attendre et subir ? (1)

Frédéric Van Roekeghem : Je voudrais d'abord souligner qu'il y a assez peu de services publics qui publient régulièrement leurs coûts et leurs performances.

Nous avons la chance d'avoir fait un effort de connaissance de ces coûts et de mesure de ces performances. Cette étape franchie est déjà très importante. Il s'agit maintenant de la valoriser. De façon plus générale, et au-delà de cet épisode, il paraît souhaitable que nous soyons plus transparents sur les résultats de l'Assurance Maladie en tant que service public. J'aurais d'ailleurs l'occasion de m'en entretenir lors de mon audition devant le Parlement.

L'Assurance Maladie sera au rendez-vous de l'effort demandé à nos concitoyens. Elle va encore diminuer ses coûts de gestion grâce à l'évolution de sa masse salariale et la révision de sa politique d'achat. Je tiens toutefois à rappeler que l'efficacité se mesure d'abord à la qualité de service. Je privilégie la logique entrepreneuriale du retour sur investissement des moyens, notamment humains, avant d'envisager une baisse des coûts pour baisser les coûts.

Nous en reparlerons lors de la construction du projet d'entreprise. Tout cela n'est pas de « la langue de bois », mais réellement l'expression d'un plan d'actions.

E.S. : La Cour des comptes et certains Parlementaires nous sermonnent à nouveau sur les coûts structurels du réseau. Certes, il y a certainement des situations qui peuvent susciter le débat, s'agissant notamment des caisses infra-départementales. Mais faut-il à nouveau s'enliser dans les méandres d'une « Reconfiguration du réseau », tandis que le système

(1) A ce sujet, *Elan social* prépare un numéro sur l'évaluation des organismes.



de soins reste pléthorique, inorganisé, et infiniment plus dispendieux ?

Frédéric Van Roekeghem : L'impact de la reconfiguration du réseau sur les coûts est sans aucune mesure avec l'effet de levier que représente une organisation efficiente de l'offre de soins.



Cela dit, ce n'est pas une raison pour ne pas apporter notre pierre aux gains de productivité attendus. Le réseau sera jugé à l'aune des attentes des pouvoirs publics et de ses résultats sur la Réforme de l'Assurance Maladie. Nous regarderons si les efforts déployés à chaque niveau sont couronnés de succès.

Les orientations sur le réseau ne seront donc annoncées qu'au second semestre.

E.S. : *Il semble bien que l'hôpital ne soit pas présentement la priorité de l'Assurance maladie. On peut toujours espérer que la T2A va restructurer comme par magie le réseau hospitalier, comme si l'indicateur tenait lieu de volonté politique. (2) Ne pourrait-on pas à tout le moins user de notre influence pour demander une organisation un peu moins désresponsabilisante de la gouvernance hospitalière, qui regrouperait par exemple le payeur et le gestionnaire ?*



Frédéric Van Roekeghem : Le sujet de la régionalisation de l'offre de soins a largement été débattu au Parlement l'été dernier. Décision a été prise au travers la loi du 13 août de rapprocher les URCAM des ARH. C'est déjà un premier pas.

E.S. : *Mais c'est la tutelle qu'on réorganise ainsi, pas l'offre hospitalière !*

Frédéric Van Roekeghem : C'est déjà un premier pas ! Lorsque nous aurons suffisamment avancé dans la mise en place de nouvelles relations avec nos partenaires libéraux, peut-être pourrons-nous pour ce qui nous concerne, avancer sur le thème de la fixation des tarifs de l'hôpital.

Nous avons fait le choix d'une Assurance Maladie solidaire et accepté le principe d'une mutualisation et d'une mise en commun des ressources au niveau national. La voie choisie aujourd'hui est celle de la responsabilité de l'Assurance Maladie dans un équilibre qui reste national, partagé avec l'Etat, et c'est déjà une évolution substantielle.



E.S. : *Le crédit d'impôt pour l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé se superpose à la CMU, dont il relève l'effet de seuil, et succède ainsi à « l'aide à la mutualisation ». Malgré l'échec (annoncé dans Elan social) de cette dernière, on persiste à vouloir donner une aide aux moins pauvres des pauvres, pour leur permettre d'aller s'assurer ailleurs. Faut-il persister dans cette formule, qui n'intéresse par construction que les célibataires hypocondriaques ?*

Frédéric Van Roekeghem : Il est trop tôt pour juger de l'échec ou de la réussite de l'aide à la mutualisation, déployée initialement par l'Assurance Maladie. Nous aurons une vision plus claire en septembre prochain, à partir des données du fonds CMU.



(2) Il se dit qu'on avait déjà longuement expliqué à Simone Veil, alors fort sceptique, que le PMSI allait résoudre le problème de la dépense hospitalière. Madame la Ministre avait-elle raison d'être sceptique ?