

**FONDS D'INTERVENTION POUR LA QUALITE ET LA
COORDINATION DES SOINS**

RAPPORT D'ACTIVITE 2008

SOMMAIRE

1. BILAN GENERAL 2008	3
1.1 Les faits marquants	3
1.2 L'activité des instances	4
1.2.1 Les projets régionaux en 2008	4
1.2.2 Les projets nationaux en 2008	8
1.3 Les dépenses constatées en 2008	8
1.3.1 Consommation de l'enveloppe régionale	9
1.3.2 Consommation de l'enveloppe nationale	12
2. BILAN THEMATIQUE 2008	13
2. 1 Aide à l'installation	13
2. 2 Amélioration des pratiques	13
2.2.1 Description et répartition des projets sur le territoire	13
2.2.2 Groupes Qualité	14
2.2.3 Formations	15
2.2.4 Dosimétrie in vivo	15
2.2.5 Autres projets	15
2. 3 Exercices regroupés	16
2.3.1 Description et répartition des projets sur le territoire	16
2.3.2 Les maisons de santé pluri-professionnelles	17
2. 4 Nouveaux modes d'exercice	18
2.4.1 Description des projets et répartition sur le territoire	18
2.4.2 Les professionnels participant aux projets	20
2.4.3 Financements et coûts	21
2.5 Permanence des soins	22
2.5.1 La permanence des soins en médecine libérale générale	22
2.5.2 La montée en charge progressive des maisons médicales de garde	22
2.5.3 La poursuite des projets de régulation	23
2.5.4 Le développement des autres projets liés à la permanence des soins	24
2.6. Réseaux de santé	25
2.6.1 Répartition territoriale	25
2.6.2 Répartition selon la thématique et les montants accordés	27
2.6.3 Financements et montants moyens accordés par convention aux réseaux de santé au titre du FIQCS 2008	30
2.6.4 Patients, professionnels et établissements concernés	30
2.6.5 Dérogations tarifaires	31
2.6.6. Mutualisation des moyens	34
2.6.7 Audits et évaluation des réseaux de santé	35

Le présent rapport d'activité du FIQCS pour l'année 2008 a été élaboré sur la base des données budgétaires issues de la Direction financière et comptable de la CNAMTS ainsi que des données déclaratives des Missions Régionales de Santé pour l'activité régionale du fonds, à l'exception de la Martinique qui n'a pu communiquer les données demandées en raison des troubles sociaux ayant conduit à la fermeture de la caisse générale de sécurité sociale du 5 février au 13 mars 2009.

Il est constitué d'une première partie retraçant les éléments d'analyse de l'activité générale du FIQCS et d'une seconde partie reprenant individuellement chaque grande thématique.

1. BILAN GENERAL 2008

1.1 Les faits marquants

➤ Un cadre budgétaire renouvelé

L'année 2008 correspond à une année de plein exercice du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Le FIQCS a été créé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2007, il a été doté pour l'année 2008 de 301 M€ de recettes pour un montant maximal de dépenses de 355 M€, la différence étant compensée par les résultats antérieurs excédentaires du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et du FIQCS.

Le pourcentage de répartition des crédits entre le national et le régional a été conforme à celui de 2007, soit en montant, respectivement, 118,5 M€ (33%) et 236,5 M€ (66%).

Courant 2008, des mesures d'économie adoptées par le gouvernement sont venues impacter le cadre budgétaire à hauteur de 70 M€. Cette réduction de budget a été imputée sur l'enveloppe nationale faisant passer sa part de 33,4% (118,5 M€) à 17% (48,5 M€). Elle a concerné le dossier médical personnel (DMP) compte tenu des crédits non consommés sur le projet, ainsi que les crédits provisionnés pour les projets d'expérimentations sur la permanence des soins (PDS) et la coordination des soins. Il a été décidé que les expérimentations PDS seraient désormais financées sur le risque.

Au sein de chacune des enveloppes, une partie a été réservée aux expérimentations gérées au niveau national par le bureau du Conseil National pour la Qualité et la Coordination des Soins (CNQCS) et au niveau régional par les bureaux des Conseils Régionaux pour la Qualité et la Coordination des Soins (CRQCS). Les bureaux des CRQCS ont l'opportunité de décider le financement, si demande leur est faite par les MRS, sur une partie de leur enveloppe, et notamment en fonction des priorités définies de la région, de projets dont l'expérimentation serait probante ou qui favoriseraient un exercice pluridisciplinaire ou regroupé.

➤ Des priorités d'actions et d'affectation de la dotation affirmées au travers d'appels à projet et une exigence accrue d'évaluation

L'amélioration de l'accès aux soins de premier recours est un des objectifs prioritaires du FIQCS.

La prise en charge en réseaux reste prépondérante, elle représente 58% des projets financés pour 83% des montants accordés. Elle justifie une nécessaire évaluation de la plus-value des actions financées. Les travaux engagés dans le domaine ont associé plusieurs régions au sein d'un groupe de travail et ont permis l'élaboration d'une méthodologie d'évaluation des réseaux sur la base d'indicateurs pertinents pour, en 2009, généraliser la démarche à l'ensemble des régions.

L'année 2008 a été marquée également par le lancement d'un audit sur le financement des réseaux dans trois régions, à l'initiative de la DHOS et de la CNAMTS.

La politique de diffusion de documents cadre s'est poursuivie avec la diffusion du référentiel sur les réseaux de santé en soins palliatifs.

Les orientations ont été de renforcer la contribution des réseaux à la mise en œuvre des plans de santé publique et au soutien du médecin traitant dans la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques.

Ces orientations se sont accompagnées d'une incitation à la mutualisation et à l'évolution vers des réseaux de santé territoriaux.

Outre les réseaux et la poursuite du soutien à la permanence des soins qui représente 21% des projets financés pour 43 M€, l'amélioration de l'accès aux soins de premier recours trouve aussi sa traduction dans le soutien de projets de développement de nouveaux modes d'exercice de professionnels de santé ou d'exercice regroupé.

Ainsi un cahier des charges visant à promouvoir l'organisation en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) a été diffusé en juin 2008 suivant ainsi la volonté affichée du ministère de la santé de favoriser la création d'une centaine de MSP supplémentaires par an par une aide financière apportée par le FIQCS.

La contribution à l'amélioration de l'efficacité de l'offre de soins est la seconde grande priorité donnée au FIQCS.

L'extension à cinq nouvelles régions des groupes qualité en médecine générale traduit la volonté de professionnels de santé d'adapter leur exercice professionnel en développant notamment des organisations de travail plus collectives mieux à même de proposer à la population des soins de qualité tout en optimisant les dépenses de santé. 106 projets ont été financés au titre de l'amélioration des pratiques pour un montant de l'ordre de 12 M€.

Le législateur a souhaité encourager l'innovation dans ce domaine en ouvrant la possibilité d'expérimenter non seulement de nouvelles répartitions de tâches entre professionnels de santé mais également des dispositifs pouvant inclure des rémunérations alternatives notamment au paiement à l'acte. Un appel à projet relatif aux nouveaux modes de rémunération a été diffusé en juin 2008. Des expérimentations devraient voir le jour courant 2009.

Des thématiques émergentes sur le champ de l'évolution des modes d'exercice et de l'amélioration des pratiques

- ↪ La télémédecine : 4 projets ont été financés en 2008 (montant moyen accordé de 730 000 €).
- ↪ L'éducation thérapeutique du patient (ETP) : le FIQCS a participé au financement de 14 projets pour un montant moyen de 73 600 €. Ces financements, dédiés à la partie formation et coordination des projets d'ETP pour les professionnels de santé libéraux, sont intervenus en complément des financements accordés au titre du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé (FNPEIS) sur la base du cahier des charges diffusé par le bureau du CNQCS en 2008.

1.2 L'activité des instances

1.2.1 Les projets régionaux en 2008

1 233 projets ont obtenu en 2008 un financement au titre du FIQCS régional ou ont fait l'objet de paiements pour un financement accordé antérieurement.

Plus de la moitié des projets sont des réseaux de santé et plus d'un cinquième des projets de permanence des soins (tableau 1).

Tableau 1 : Projets financés par le FIQCS régional en 2008 par thème

Projets 25 régions (1)	Total des projets financés		Montants pluriannuels accordés par la convention		Montants consommés (source déclaration des MRS)	
	Nombre	%	M€	%	M€	%
Aides à l'installation des professionnels de santé	8	1%	0,7	0%	0,2	0%
Amélioration des pratiques (dont groupes de pairs et groupes qualité)	106	9%	12,3	3%	5,7	3%
Exercices regroupés des professionnels de santé ou exercices pluridisciplinaires (dont maisons de santé pluriprofessionnels)	66	5%	3,2	1%	1,8	1%
Nouveaux modes d'exercice	56	4%	8,3	2%	4,3	2%
Permanence des soins (dont maisons médicales de garde et régulation)	258	21%	42,9	9%	14,3	8%
Réseaux de santé	718	58%	383,8 (2)	83%	151,3	83%
Systèmes d'information	21	2%	10,9	2%	4,2	2%
Total	1 233	100%	462	100%	181,8	100%

(1) Hors Martinique

(2) Les informations relatives au financement des réseaux en particulier le montant total accordé au titre du FIQCS, n'ont pas été complétées pour 39 réseaux.

En 2008, pour l'ensemble des régions (hors Martinique), 834 dossiers ont reçu un avis favorable (soit 88% des dossiers examinés) et 116 dossiers ont reçu un avis défavorable (12% des dossiers examinés), cf. tableau 2.

Tableau 2 : Projets étudiés en 2008 par les instances régionales du FIQCS

Nombre de dossiers examinés 25 régions (1)	Nombre de dossiers examinés	Suites données aux demandes : Activité 2008			Activité antérieure à 2008	Montant total des aides accordées pour les projets nouveaux ou en renouvellement (en €)
		Nouvelles décisions	Renouvellements	Avis défavorables	Nombre de projets avec une convention en cours	
Aides à l'installation des professionnels de santé	5	2	2	1	4	508 050
Amélioration des pratiques	110	68	21	21	17	10 020 233
Exercices regroupés des PS ou exercice pluridisciplinaires	60	43	4	13	19	1 941 030
Nouveaux modes d'exercice	51	16	27	8	13	5 664 672
Permanence des soins	197	44	146	7	68	31 435 711
Réseaux de santé	505	77	368	60	273	194 637 837
Systèmes d'information	22	8	8	6	5	9 232 039
Total	950	258	576	116	399	253 439 510

(1) hors Martinique

S'agissant des refus prononcés (tableau 3), les principaux motifs invoqués sont l'absence de maturité du projet (45%) et les contraintes budgétaires (12%). Il convient de noter que pour deux régions où ce dernier motif est invoqué, celles-ci n'ont pas demandé de transfert de leur enveloppe SDV dont les taux de consommation sont respectivement de 50% et 66%.

Tableau 3 : Projets refusés par les instances régionales en 2008

Motifs de refus	Nombre	%
Projets non aboutis	52	45%
Projets en attente d'évaluation ou avec une évaluation non probante	4	3%
Projets ne respectant pas les référentiels d'organisation et la circulaire d'orientation des réseaux de santé du 2 mars 2007	9	8%
Projets hors champ du FIQCS	6	5%
Projets n'ayant pu être financés compte tenu d'une enveloppe FIQCS MRS "trop faible"	14	12%
Problèmes budgétaires	5	4%
Projets ne répondant pas à une priorité régionale ou nationale du FIQCS	7	6%
Projets ne répondant pas à un besoin de santé exprimé	3	3%
Projets n'ayant pas été financés pour d'autres motifs	16	14%
Total	116	100%

1.2.2 Les projets nationaux en 2008

Au niveau national, le bureau du CNQCS du FIQCS a examiné -5 dossiers : 2 nouveaux projets ont reçu un avis favorable (ASALEE¹ et SUDD²) ; 2 ont reçu un avis défavorable et 1 a été reporté.

Le CNG a examiné un dossier (RMES), reporté pour complément d'instruction.

Le financement destiné au GIP DMP a été pérennisé.

Le montant total accordé au titre des nouveaux projets est de 1 989 563.

A noter l'adoption par le bureau du CNQCS en Juillet 2008 d'un cahier des charges « éducation thérapeutique du patient » pour promouvoir sur le FIQCS des actions d'ETP collectives réalisées par des groupes pluridisciplinaires.

1.3 Les dépenses constatées en 2008 (source agence comptable CNAMTS)

Le montant global des dépenses du FIQCS pour 2008 (tableau 4) se monte à 210,8 M€ (+18% par rapport aux dépenses 2007 qui se montaient à 178 M€) et représente 74% du plafond de dépenses, soit une hausse de 14 points par rapport au taux de consommation des dépenses constatées en 2007.

Tableau 4 : Répartition de la dépense autorisée et des dépenses constatées en 2008

Affectation de l'autorisation de dépenses du FIQCS	Montant de l'autorisation de dépenses (en M€)	Montant des dépenses constatées (en M€)	Taux de conso. du budget 2008	Taux d'évolution des dépenses 2007/2008	Evolution du taux de conso. en points
FIQCS Régional	237,1 ^a	193,7	82%	+ 26%	+ 15 pts ^b
Dont enveloppe allouée aux MRS	195,6	174,9	89%	+ 25%	+ 14 pts
Dont enveloppe allouée aux bureaux des CRQCS	41,5 ^c	18,8	45%	+ 56%	+ 17 pts
FIQCS National	47,9 ^d	17,1	36%	- 29%	0 pt
Dont enveloppe nationale pour les projets portés par le CNG	42,3	15	35%	NS	NS ^e
Dont enveloppe allouée au bureau national du FIQCS	5,6	2,1	37%	NS	NS
Total enveloppe FIQCS	285	210,8	74%	+ 18%	+ 14 pts
Recettes 2008 du FIQCS : 231 M€					
Résultat 2008 du fonds : 20,2 M€					
Report à nouveau cumulé du FIQCS : 144,2 M€					

^aMontant initial de 236,5 M€ auquel est rajouté 0,6 M€ de dotation aux régions au titre des MSP et des réseaux adossés à des maisons des adolescents

^bA partir de 2008, le budget alloué à la permanence des soins a été basculé de l'enveloppe soins de ville du FAQSV à l'enveloppe MRS du FIQCS à hauteur de 15 M€. Pour apprécier l'évolution de la consommation en 2008 de cette enveloppe, il faut tenir compte de l'imputation de ces dépenses sur l'enveloppe MRS afin de raisonner à champ constant.

^cMontant initial de 43,5 M€ duquel est défalqué 2 M€ de transfert vers l'enveloppe MRS (opportunité de transfert utilisée par 4 régions)

^dMontant initial de 48,5 M€ duquel est défalqué 0,6 M€ de dotation aux régions au titre des MSP et des réseaux adossés à des maisons des adolescents

^e En raison du champ différent de l'enveloppe nationale du FIQCS, une comparaison stricte avec les dépenses 2007 n'est pas possible

¹ Extension du nouveau mode de coopération entre médecins généralistes et infirmières initié en Poitou-Charentes

² Suivi des diabétiques

1.3.1 Consommation de l'enveloppe régionale

En 2008, 193,7 M€ ont été dépensés par les régions (soit 82% de l'enveloppe attribuée³). Les dépenses affichent une hausse sensible de 26% par rapport à celles enregistrées en 2007 (154 M€), avec un taux de consommation en progression de +15 points.

• Consommation de l'enveloppe attribuée aux MRS

Les dépenses 2008 se montent à 174,9 M€ (89% de la dotation attribuée aux régions), soit un taux de consommation en progression de 14 points. Si l'on compare ces dépenses, en tenant compte du transfert des charges relatives à la permanence des soins, à celles enregistrées au titre des réseaux sur la DRDR et le FIQCS en 2007, la hausse observée est de 25%.

Les dépenses liées aux réseaux progressent de 22% par rapport à 2007 (128 M€) et expliquent 90% des dépenses de l'enveloppe (tableau 5). Les dépenses liées à la permanence des soins représentent 14 M€.

Tableau 5 : Dépenses régionales relatives à l'enveloppe MRS en 2008

Types d'actions financés	Montants versés (en M€)	% des dépenses
Réseaux de santé <i>Dont réseaux régionaux de cancérologie</i>	157,5	90%
<i>Dont réseaux adossés à une maison des adolescents</i>	21,5	
	1,6	
Maisons médicales de garde	7,3	4%
Régulation libérale et autres actions de permanence des soins	6,7	4%
Maisons de santé pluriprofessionnelles	1,5	1%
Autres actions (évaluations, frais de gestion...)	1,3	1%
Total général enveloppe MRS	174,9	100%

• Consommation de l'enveloppe régionale des bureaux des CRQCS

Avec des dépenses à hauteur de 18,8 M€, le taux de consommation 2008 de l'enveloppe des bureaux des CRQCS progresse de 17 points (45% en 2008 contre 28% en 2007).

³ Rappel des modalités retenues pour la répartition des enveloppes régionales :

- attribution d'une enveloppe identique de 1,5 M€ à chacune des 26 régions (critère d'équité assurant un socle minimal de crédits aux petites régions),
- attribution du complément sur la base d'un critère populationnel établi à partir des données INSEE les plus récentes et pondéré pour tenir compte du poids de la population résidant en zones sous-dotées.

Tableau 6 : Dépenses régionales relatives à l'enveloppe des bureaux des CRQCS en 2008

Types d'actions financés	Montants versés (en M€)	% des dépenses
Groupes qualité, groupes de pairs	1,7	9%
Télé médecine	1,3	7%
Aides à l'installation des professionnels de santé	0,2	1%
Autres expérimentations (amélioration des pratiques hors groupes qualités et groupes de pairs, nouveaux modes d'exercices hors télé médecine, système d'information)	15,3	81%
Autres dépenses (Frais de gestion des instances, évaluation)	0,3	2%
Total	18,8	100%

81% des dépenses sont regroupées sous l'intitulé comptable « autres expérimentations » (tableau 6). Ce constat milite pour l'adaptation du plan comptable aux types d'actions financées sur cette enveloppe (amélioration des pratiques, nouveaux modes d'exercices...). A noter que les actions concernant les « groupes qualités ou groupes de pair » représentent 9% de la dépense totale pour cinq régions impliquées

- **Répartition des régions en fonction de leur consommation des dotations des bureaux des CRQCS et des MRS**

La consommation par région de l'enveloppe des bureaux des CRQCS et de l'enveloppe MRS est très variable selon les régions (tableau 7). Une typologie des régions en fonction de leur taux de consommation de chacune des enveloppes est présentée dans le graphique 1.

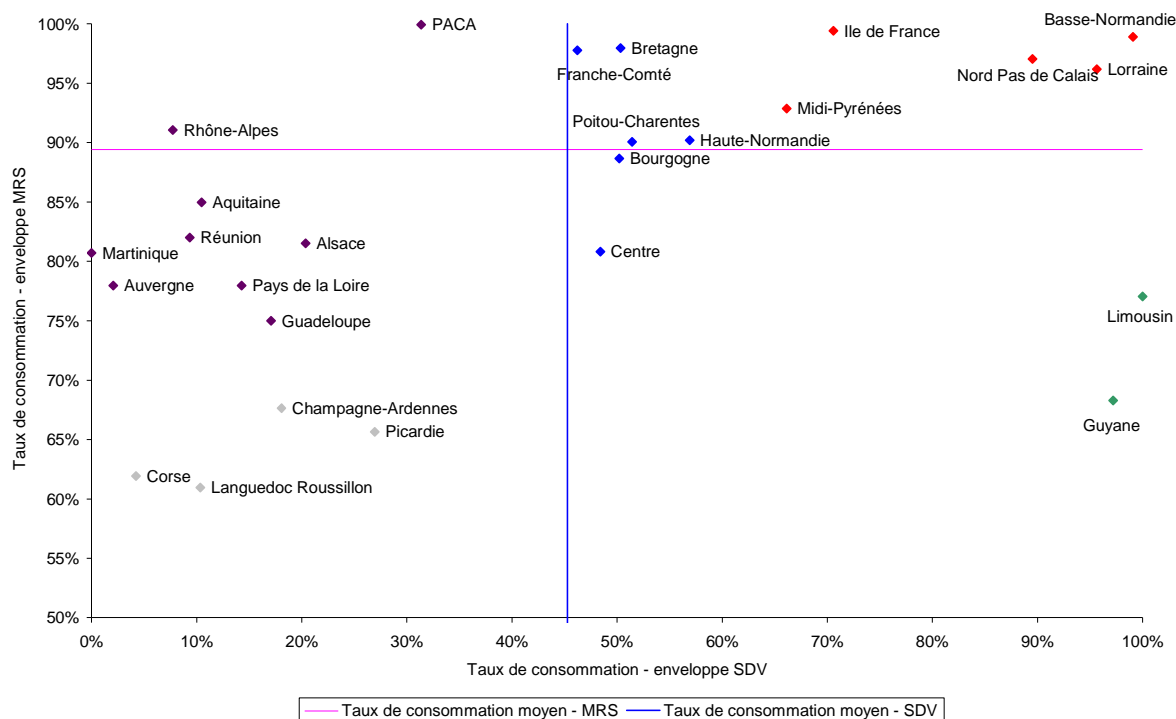
Tableau 7 : Taux de consommation par ordre décroissant de l'autorisation de dépenses par région

Régions	Total (MRS +SDV)			MRS			SDV		
	Enveloppe régionale (€)	Dépenses 2008 (€)	Taux de conso. régional	Dotation MRS (€)	Dépenses MRS (€)	Taux de conso. MRS	Dotation SDV (€)	Dépenses SDV (€)	Taux de conso. SDV
Basse-Normandie	6 823 796	6 750 313	98,92%	6 134 906	6 067 611	98,90%	688 890	682 702	99,10%
Lorraine	6 986 391	6 712 455	96,08%	5 786 924	5 565 292	96,17%	1 199 467	1 147 163	95,64%
Nord-Pas de Calais	16 616 959	15 899 702	95,68%	13 592 383	13 191 965	97,05%	3 024 576	2 707 737	89,52%
Ile-de-France	41 921 632	39 454 229	94,11%	34 233 512	34 028 499	99,40%	7 688 120	5 425 731	70,57%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	15 010 853	13 516 439	90,04%	12 846 849	12 837 441	99,93%	2 164 004	678 998	31,38%
Midi-Pyrénées	11 063 588	9 935 527	89,80%	9 796 813	9 097 497	92,86%	1 266 775	838 031	66,15%
Bretagne	12 403 646	11 062 375	89,19%	10 122 214	9 913 941	97,94%	2 281 432	1 148 434	50,34%
Franche-Comté	6 452 580	5 696 847	88,29%	5 265 742	5 148 045	97,76%	1 186 838	548 802	46,24%
Haute-Normandie	7 095 182	5 968 206	84,12%	5 801 368	5 232 079	90,19%	1 293 814	736 126	56,90%
Poitou-Charentes	5 983 986	4 968 578	83,03%	4 893 086	4 407 503	90,08%	1 090 900	561 075	51,43%
Bourgogne	8 610 103	7 024 996	81,59%	7 026 427	6 229 746	88,66%	1 583 676	795 250	50,22%
Limousin	4 686 314	3 805 579	81,21%	3 835 385	2 954 650	77,04%	850 929	850 929	100,00%
Rhône-Alpes	18 796 158	14 234 797	75,73%	15 338 937	13 966 955	91,06%	3 457 221	267 842	7,75%
Centre	5 834 495	4 368 113	74,87%	4 761 343	3 848 663	80,83%	1 073 152	519 450	48,40%
Guyane	1 852 235	1 360 201	73,44%	1 521 297	1 038 562	68,27%	330 938	321 639	97,19%
Aquitaine	13 776 061	9 817 192	71,26%	11 242 198	9 551 664	84,96%	2 533 863	265 528	10,48%
Alsace	6 270 921	4 406 476	70,27%	5 117 496	4 171 542	81,52%	1 153 425	234 934	20,37%
Réunion	2 775 729	1 904 830	68,62%	2 265 18	1 857 096	81,98%	510 546	47 733	9,35%
Pays de Loire	11 707 142	7 756 160	66,25%	9 553 820	7 448 677	77,97%	2 153 322	307 484	14,28%
Martinique	3 413 563	2 248 247	65,86%	2 785 698	2 248 247	80,71%	627 865	0	0,00%
Guadeloupe	4 125 091	2 653 792	64,33%	3 366 353	2 524 316	74,99%	758 738	129 476	17,06%
Auvergne	5 591 005	3 577 669	63,99%	4 562 638	3 556 443	77,95%	1 028 367	21 226	2,06%
Picardie	5 133 068	3 004 439	58,53%	4 188 931	2 750 017	65,65%	944 137	254 422	26,95%
Champagne Ardennes	3 975 535	2 326 453	58,52%	3 244 305	2 194 294	67,64%	731 230	132 159	18,07%
Languedoc-Roussillon	8 546 537	4 415 235	51,66%	6 974 552	4 252 331	60,97%	1 571 985	162 904	10,36%
Corse	1 670 493	856 975	51,30%	1 363 235	844 029	61,91%	307 258	12 946	4,21%
TOTAL	237 123 063	193 725 827	81,71%	195 621 595	174 927 107	89,42%	41 501 468	18 798 721	45,30%

On peut caractériser les régions en cinq profils de consommation :

- Celles qui ont une consommation élevée des deux enveloppes (supérieure à 65% SDV et 90% MRS) : Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Lorraine, Ile-de-France et Midi-Pyrénées
- Celles qui ont une consommation très élevée de l'enveloppe SDV et plus faible de l'enveloppe MRS : Limousin et Guyane,
- Celles qui ont une consommation élevée de l'enveloppe MRS (supérieure à 75%) et moyenne de l'enveloppe SDV (autour de 50%) : Franche-Comté, Bretagne, Poitou-Charentes, Haute-Normandie, Bourgogne, Centre
- Celles qui ont une consommation élevée de l'enveloppe MRS (supérieure à 75%) et faible de l'enveloppe SDV (inférieure à 35%) : PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR, Rhône-Alpes, Aquitaine, Alsace, Réunion, Martinique, Auvergne, Pays de Loire, Guadeloupe
- Celles qui ont une consommation faible des deux enveloppes : Champagne-Ardenne, Picardie, Corse et Languedoc-Roussillon.

Graphique 1 : Répartition des régions en fonction de leur taux de consommation par enveloppe



1.3.2 Consommation de l'enveloppe nationale

Au niveau national, les montants versés aux porteurs de projets s'élèvent à 17,1 M€, soit une baisse de 29% par rapport à 2007 (24 M€). Cette baisse s'explique par un financement du Dossier Médical Partagé limité à 15 M€ contre 23,5 M€ en 2007.

Les versements effectués au titre de l'enveloppe soins de ville nationale sont en revanche en nette progression : 2,1 M€ contre 0,5 M€ en 2007. Le financement de la phase expérimentale du Dossier Pharmaceutique représente 55% des sommes versées avec 1,1 M€.

2. BILAN THEMATIQUE 2008

2. 1 Aides à l'installation

8 projets sont recensés pour un montant accordé de 0,7 M€ : 2 forfaits de remplacement, 2 bourses pour étudiants et stagiaires et 4 « autres » (mise en relation médecins remplaçants/médecins remplacés, remboursement des frais kilométriques des étudiants, indemnisation des tuteurs IDE).

2. 2 Amélioration des pratiques

2.2.1 Description et répartition des projets sur le territoire

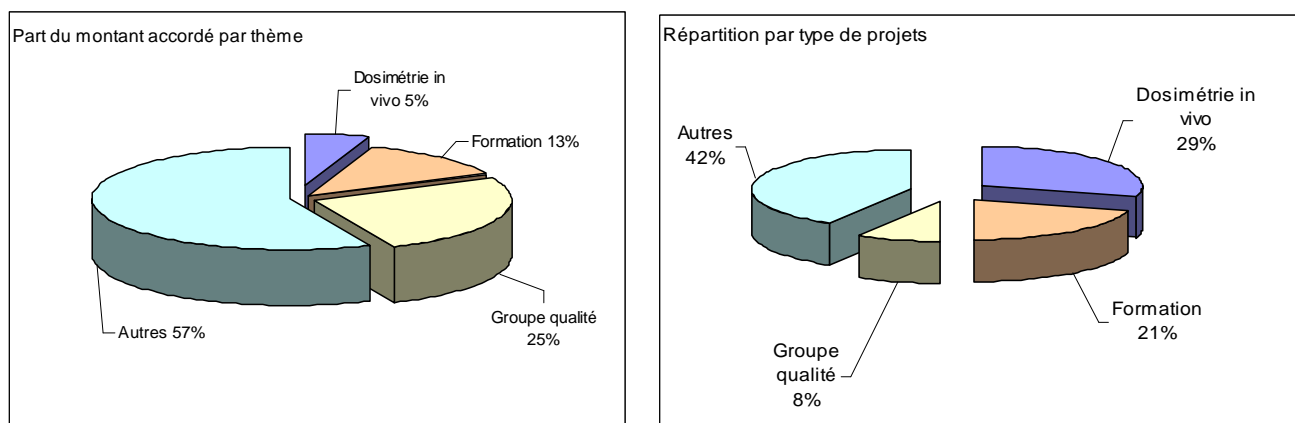
Les projets d'amélioration des pratiques des professionnels de santé ont pour objet la promotion de dispositifs innovants visant à améliorer la qualité des pratiques et *in fine* la qualité des soins aux patients.

Cette thématique regroupe cependant des projets de nature très diverse que l'on peut classer en quatre sous-thématiques : les groupes qualité (9 projets), la formation (22 projets), la dosimétrie in vivo (31 projets) et un groupe « autres » (44 projets).

En 2008, 106 projets, impliquant un peu plus de 14 300 professionnels de santé, sont recensés sous le thème « amélioration des pratiques », soit 9% du nombre total des projets, pour un montant total accordé de 12,3 M€, soit 4% des financements accordés par le FIQCS.

Ce nombre est en forte hausse par rapport à 2007 où seulement 24 projets ont été financés. Cette hausse s'explique notamment par les financements spécifiques accordés en 2008 pour la mise aux normes de cabinets de radiothérapie libéraux dépourvus d'appareils de dosimétrie⁴.

Graphique 2 : Répartition des projets « Amélioration des pratiques » selon les thématiques



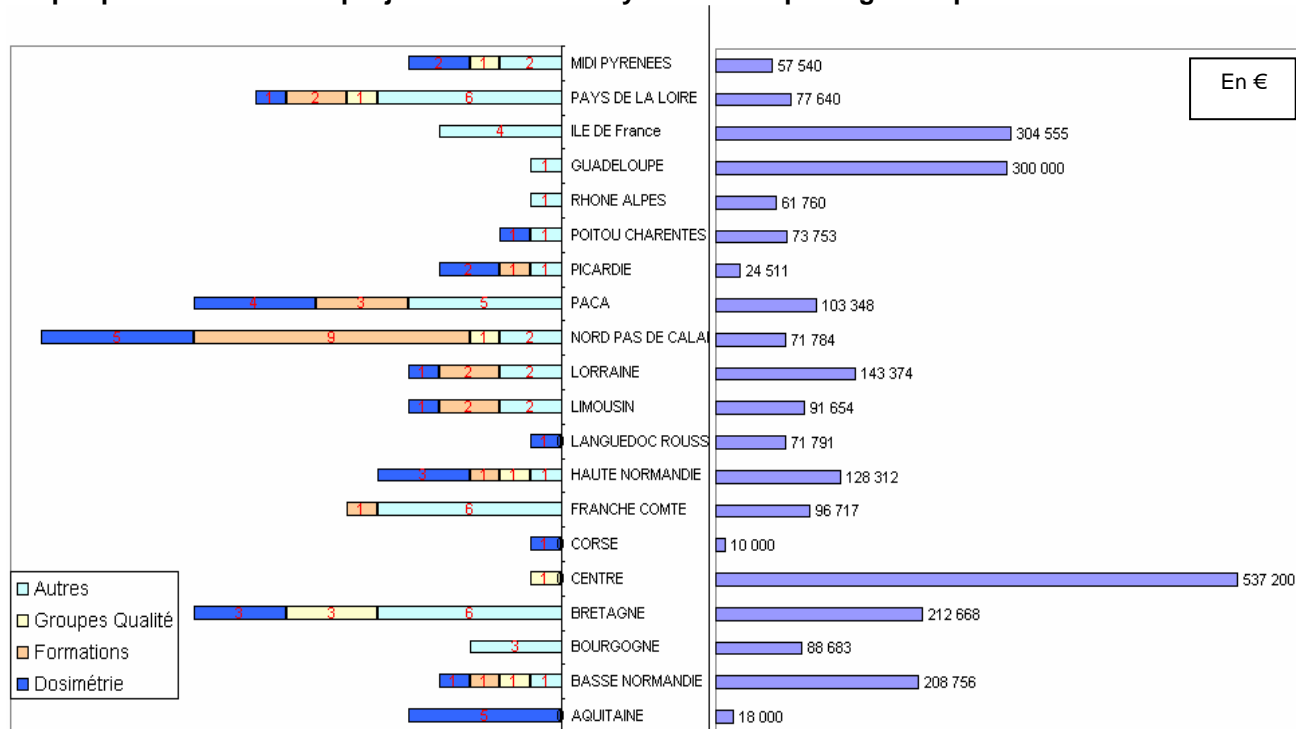
En 2008, 20 régions ont financé des projets (10 en 2007), avec un nombre de projets par région qui varie de 1 à 17 (5 en moyenne). La région Nord-Pas-de-Calais apparaît particulièrement mobilisée avec 17 projets soutenus.

Globalement le FIQCS participe au financement des projets à hauteur de 80%.

⁴ Circulaire DHOS/E4/2007/230 du 11/06/2007, cf § 2.2.3

Le montant moyen accordé s'élève à 116 361 € avec une différence importante selon le thème (cf graphique 3)

Graphique 4 : Nombre de projets et montant moyen accordé par région et par thème



2.2.2 Groupes Qualité

La démarche “ groupe qualité ” a été initiée en 2001 en Bretagne à l’initiative de l’URCAM et de l’URML.

Sa finalité est d’offrir la possibilité aux médecins généralistes volontaires d’adapter leur exercice professionnel en développant de nouvelles formes d’organisation du travail plus collectives en lien avec les autres acteurs de santé et en réponse aux besoins d’une population locale (entre autres, maintien d’une offre de soins de premier recours répartie sur le territoire). L’objectif étant de responsabiliser les médecins dans le cadre d’engagements partagés avec l’Assurance Maladie pour induire une amélioration de la qualité des soins en regard des dernières données de la science, optimiser les dépenses liées à la prescription, et mettre en œuvre des démarches de santé publique.

Le groupe qualité permet aux médecins impliqués de confronter leur pratique, de s’appuyer sur une information objective par la mise à disposition de dossiers documentaires et de recourir à des avis d’experts. Ceci dans l’optique de développer une démarche réflexive leur permettant d’analyser, dans leur pratique quotidienne, les décisions qu’ils prennent, d’identifier la nature des obstacles à l’application d’une recommandation, d’élaborer les stratégies pertinentes pour mettre en œuvre cette recommandation.

Depuis 2007, 5 nouvelles régions : Centre, Pays de Loire, Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Basse-Normandie, se sont engagées dans la démarche, ce qui porte à 6 le nombre de régions expérimentatrices et à 1 100 le nombre de médecins généralistes libéraux participants (soit 8,2% de la population des MG des régions concernées), pour un montant total accordé de 3,1 M€ (348 661 € en moyenne par projet).

La démarche d'extension des groupes qualité amorcée en 2007 se poursuit en 2009 sous l'égide de l'URCAM et l'URML.

Une évaluation du dispositif par un prestataire extérieur est lancée dont l'objectif (pour fin 2009) est de fournir des résultats sur l'efficacité des soins induite par la mise en oeuvre des groupes qualité ainsi que des éléments sur les conditions d'extension et d'appropriation du projet.

A titre expérimental la région Bretagne a également lancé une nouvelle démarche de groupe qualité avec des médecins spécialistes et des professionnels paramédicaux.

2.2.3 Formations

22 projets de formation ont été financés dans 9 régions, à hauteur de 1,5 M€, avec près de 2 000 professionnels de santé qui en ont bénéficié.

La région Nord-Pas-de-Calais finance 7 projets exclusivement sur le thème de la prise en charge du pied du diabétique à destination de pédicures-podologues.

Ces formations sont transitoirement financées sur le FIQCS dans l'attente de la mise en place des actions de formation proposées dans le cadre de la formation continue conventionnelle (FCC) telle que prévue dans la convention entre les pédicures podologues libéraux et l'Assurance Maladie.

Les autres formations sont principalement à destination des médecins généralistes. Elles portent notamment sur le dépistage du cancer colorectal et la formation des maîtres de stage.

2.2.4 Dosimétrie in vivo

Pour répondre aux exigences de la circulaire N°DHOS /E4/2007/230 du 11 juin 2007 relative à la sécurisation de la pratique de la radiothérapie oncologique, des crédits non reconductibles ont été accordés pour le financement d'appareils de dosimétrie in vivo, par le FIQCS (pour cabinets libéraux dépourvus d'équipement au 31 décembre 2006) ou le FMESPP (pour les établissements de santé). La limite a été fixée à 20 000 € par cabinet libéral.

Les besoins en financement d'appareils de dosimétrie in vivo ont été recensés par l'Institut National du Cancer (INCA) et estimés à 1,04 M€ pour 68 cabinets de radiothérapie.

L'utilisation des financements pour l'équipement des cabinets n'a pas été renseignée par 7 des régions concernées par des établissements de la liste INCA. L'information globale communiquée est donc partielle.

En 2008, sur les 31 projets déclarés par les régions, 35 cabinets de radiothérapie parmi les 68 listés par l'INCA ont bénéficié de ce financement exceptionnel pour un montant total de 666 613 €. La quasi-totalité des aides accordées a été consommée à hauteur du plafond fixé.

2.2.5 Autres projets

44 autres projets ont été financés pour un montant de 6,9 M€.

Pour 12 d'entre eux, il s'agit d'études ou enquêtes portant principalement sur les pratiques des médecins libéraux ; 10 projets ont pour objet l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients dont 4 ciblés sur les enfants et adolescents ; 6 projets sont orientés vers une action de démarche qualité. Les médecins généralistes sont les principaux acteurs de ces projets.

2. 3 Exercices regroupés

2.3.1 Description et répartition des projets sur le territoire

Les projets d'exercices regroupés intègrent les projets de maisons de santé pluri professionnelles (MSP)⁵, de pôles de santé et de centres de santé. Ils sont répartis sur 16 régions et représentent 5% du nombre total des projets financés par le FIQCS en 2008 et 1% du montant total accordé (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Répartition par région des projets d'Exercices Regroupés et montants totaux accordés par le FIQCS

Région	Nombre de MSP-FIQCS en fonction	Nombre de MSP en phase de finalisation	Montants accordés pour les MSP (€)	Nombre d'études de faisabilité MSP	Nombre d'études de faisabilité Pole de santé	Montants accordés pour les études de faisabilité (€)	Nombre d'autres actions	Montants accordés Autres actions (€)
Aquitaine	1	0	38 110	0	0	0	0	0
Auvergne	0	0	0	1	0	91 918	1	140 961
Basse-Normandie	1	0	63 275	3	0	170 691	0	0
Bourgogne	6	1	667 527	9	0	98 739	0	0
Bretagne	4	0	160 000	0	1	6 750	1	3 156
Franche-Comté	4	3	538 140	0	0	0	1	44 200
Haute-Normandie	1	0	58 000	1	0	11 000	1	57 200
Ile-de-France	1	0	153 800	3	1	258 863		0
Languedoc-Roussillon	0	0	0	0	0	0	1	50 000
Limousin	0	0	0	10		60 000		0
Lorraine	1	0	46 300	0	0	0		0
Nord-Pas-de Calais	0	3	250 000	1	0	23 000		0
Midi-Pyrénées	0	0	0	2	0	31 978	2	35 620
Poitou-Charentes	0	0	0	0	0	0	1	5 585
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	1	0	55 898	0	0	0	0	0
Rhône-Alpes	0	0	0	0	0	0	1	54 028
Total	20	7	2 031 050	30	2	752 939	9	390 750

57 projets de MSP sont financés par le FIQCS : 20 MSP en fonctionnement, 7 projets en cours de finalisation et 30 études de faisabilité.

⁵ MSP : Structure d'exercice coordonné libéral composée de plusieurs professionnels médicaux et non médicaux (au minimum deux médecins généralistes et un professionnel paramédical) travaillant sur un même lieu géographique, adhérant à un même projet de santé et mutualisant éventuellement des moyens. La MSP peut être financée par le FIQCS si elle répond au référentiel des maisons de santé pouvant bénéficier d'un soutien financier du FIQCS

Le FIQCS a apporté un soutien financier en 2008 à 27 MSP installées ou en cours d'installation, pour un montant total de l'ordre de 2 M€.

Les montants accordés concernent principalement des dépenses d'investissement et sont en moyenne de 75 000 €.

30 études de faisabilité de MSP et 2 de pôles de santé ont également été financées pour un montant accordé de 0,8 M€, soit un coût moyen de 23 500 € par étude.

Par rapport à 2007, on note une augmentation de 54% du nombre de projets ou de MSP financés par le FIQCS (de 37 à 57 projets), avec un montant des aides accordées multiplié par 4,3 (de 0,6 à 2,8 M€), confirmant ainsi la dynamique engagée pour l'aide au développement des MSP.

2 actions concernent des études de faisabilité pour la mise en place de pôles de santé ; les 9 autres financent essentiellement des centres de santé ainsi que des actions de soutien et d'accompagnement technique aux porteurs de projets de MSP.

2.3.2 Les 20 maisons de santé pluri-professionnelles en fonctionnement financées par le FIQCS

• Amplitude horaire

Pour les 16 MSP ayant renseigné leur amplitude d'ouverture horaire, l'amplitude quotidienne en semaine est de 11,5 heures en moyenne (de 8,5 à 14 heures).

Aucune des 20 MSP ne fonctionne en maison médicale de garde aux heures de permanence des soins.

18 MSP ont déclaré être ouvertes le samedi matin et une, en Bourgogne, est ouverte tout le week-end en journée.

• Dossier partagé

17 MSP ont un dossier patient partagé ; pour 15 d'entre elles, il est informatisé.

• Zones d'implantation des structures

Sur les 20 MSP en fonctionnement et financées par le FIQCS, 8 sont implantées dans des zones prioritaires⁶ :

- 2 dans des zones de revitalisation rurale,
- 3 dans des zones de revitalisation rurale comptabilisées comme sous dotées en médecins généralistes,
- 2 dans des zones sous dotées en médecins généralistes,
- 1 dans un quartier « dynamique espoir banlieues ».

• Composition de l'équipe de professionnels

La répartition des MSP en fonction des professions impliquées est présentée dans le tableau 9.

18 MSP, parmi les 20, sont composées d'au moins un médecin généraliste et une infirmière.

⁶ . Zone de revitalisation rurale regroupe des territoires ruraux qui rencontrent des difficultés particulières (faible densité démographique, handicap structurel sur le plan socio-économique)

. Zone franche urbaine : Liste de quartiers parmi les zones de redynamisation urbaines de plus de 10 000 habitants confrontés à des difficultés économiques et sociales majeures.)

. Dynamique "Espoir Banlieues" : 215 quartiers ciblés comme prioritaires par la lettre-circulaire du premier ministre en date du 30 juillet 2008 .

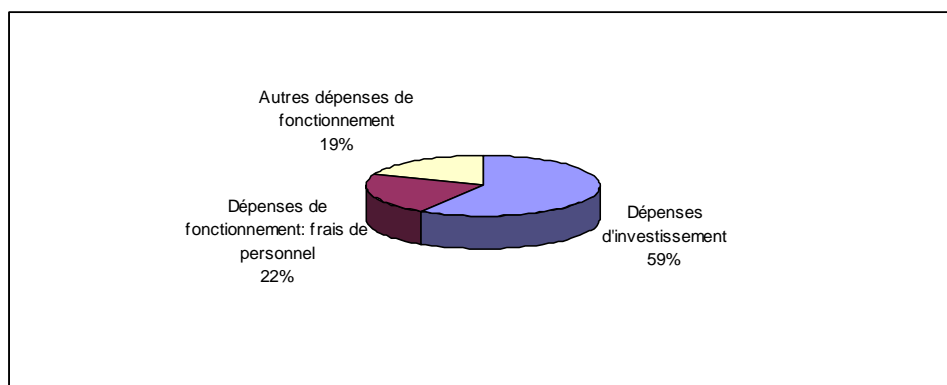
Tableau 9 : Composition des MSP en fonctionnement

Catégorie de professionnels	Nombre de MSP* concernées	Effectif en équivalent temps plein (ETP)		
		Min.	Max.	moyen
Médecins généralistes	20	1	8	3,0
Médecins spécialistes	4	0,1	1	0,6
Infirmiers (IDE)	18	1	6	2,4
Masseurs-kinésithérapeutes	12	1	4	1,9
Chirurgiens dentistes	8	1	3	1,5
Psychologues	8	0,5	2	0,9
Diététiciens	7	0,1	1	0,7
Sages-femmes	4	1	1	1,0
Podologues	11	0,1	1	0,8
Orthophonistes	7	1	1	1,0
Secrétaires	15	1	3	1,8
Autres**	8	1	3	1,4

* Une structure n'est composée que de médecins généralistes et secrétaires et ne devrait pas relever de la définition MSP

** Professionnels « autres » : essentiellement : orthoptiste, ergothérapeute, psychomotricien, pharmacien

Graphique 5 : Répartition des montants accordés pour l'exercice 2008 aux MSP en fonctionnement



Les dépenses d'investissement représentent près de 60% des dépenses budgétées au titre du FIQCS en 2008 et celles de personnel près du quart.

2. 4 Nouveaux modes d'exercice

Les nouveaux modes d'exercices regroupent des natures de projets diverses dont l'objectif est de tester de nouvelles pratiques ou organisations entre professionnels de santé, notamment de nouveaux modes de coopération entre médecins et professionnels paramédicaux (dépistage de la rétinopathie diabétique ou télémédecine, par exemple).

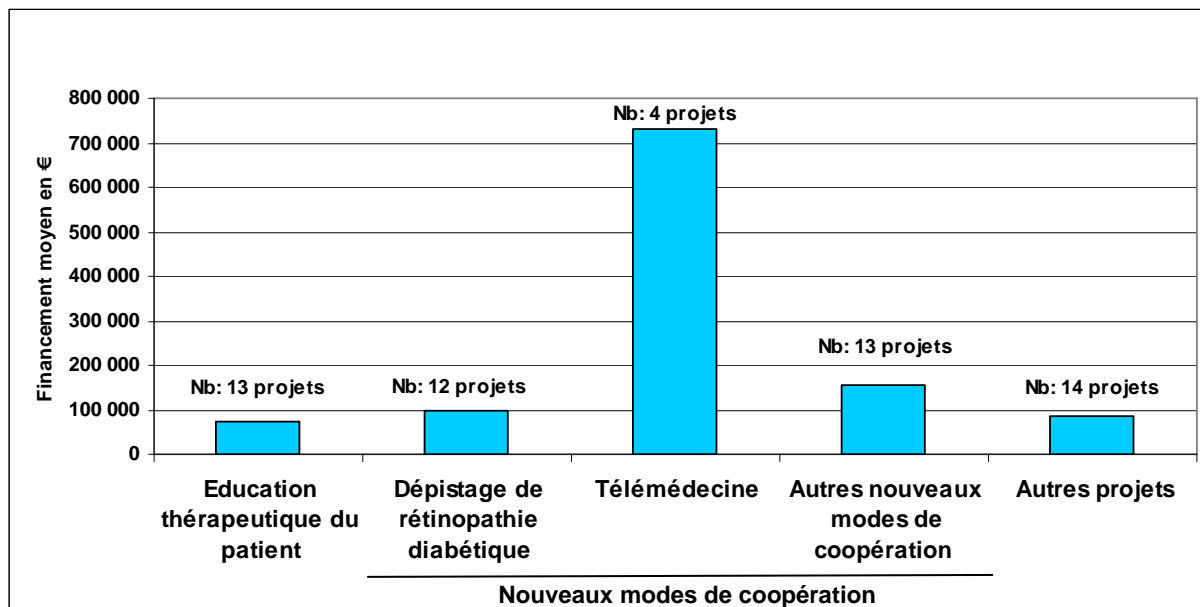
2.4.1 Description des projets et répartition sur le territoire

En 2008, 56 projets bénéficient d'un financement par le FIQCS pour un montant total accordé de 8,3 M€ (5,6 M€ pour les nouveaux projets et renouvellements, 2,7 M€ pour les projets en cours d'exécution).

Ces projets représentent 4% de l'ensemble des projets financés par le FIQCS en 2008 et 2% des montants accordés ; leur répartition est présentée dans le graphique 6.

50% des projets sont répartis sur trois régions : Le Nord-Pas-de-Calais (15 projets dont 9 de dépistage de la rétinopathie diabétique), Midi-Pyrénées (7 projets) et la région Aquitaine (6 projets). Huit régions n'ont aucun projet recensé.

Graphique 6 : Financement moyen accordé par projet “Nouveaux modes d'exercice” selon le thème



Les 2 thèmes prépondérants en nombre sont l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et le dépistage de la rétinopathie diabétique.

- **Les projets d'ETP**

Les actions d'ETP s'adressent en priorité aux patients atteints de maladies chroniques. Elles visent à aider le patient à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa maladie, s'organisant la plupart du temps autour d'ateliers.

Les projets d'ETP financés par le FIQCS visent à promouvoir des actions d'ETP collectives réalisées par des groupes pluridisciplinaires.

13 actions d'ETP (hors réseaux) sont recensées en 2008 dont 4 en Aquitaine et les 9 autres réparties chacune dans une région différente⁷.

Elles sont ciblées principalement sur la prise en charge du diabète et des pathologies cardiovasculaires (fréquemment associées au sein d'un même projet), l'obésité et les pathologies respiratoires (asthme et broncho-pneumopathie obstructive par exemple).

- **La rétinopathie diabétique**

Elle correspond à la complication micro vasculaire la plus fréquente chez les patients diabétiques et représente leur cause principale de malvoyance et de cécité en Europe.

⁷ Régions concernées : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, PACA, Picardie et Rhône-Alpes

12 actions de dépistage sont, en 2008, financées par le FIQCS dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes de coopération entre professionnels.

Le dépistage consiste en la réalisation d'un fond d'œil sans dilatation au moyen d'un rétinographe non mydriatique, réalisé par un professionnel non médecin (orthoptiste le plus souvent) qui est ensuite analysé à distance par un ophtalmologiste.

- **Autres nouveaux modes de coopération**

Les projets classés sous le thème « autres projets nouveaux modes de coopération » regroupent par exemple le projet Asalée (région Poitou-Charentes) qui développe la collaboration d'infirmières au sein du cabinet d'un médecin généraliste pour améliorer la prise en charge du patient.

- **Autres projets**

Les projets classés en « autres projets » regroupent des projets très divers : prise en charge de la santé bucco-dentaire, lutte contre le décès par arrêt cardiaque via l'équipement de défibrillateurs cardiaques ; amélioration de la prise en charge psychosociale des patients en difficulté...

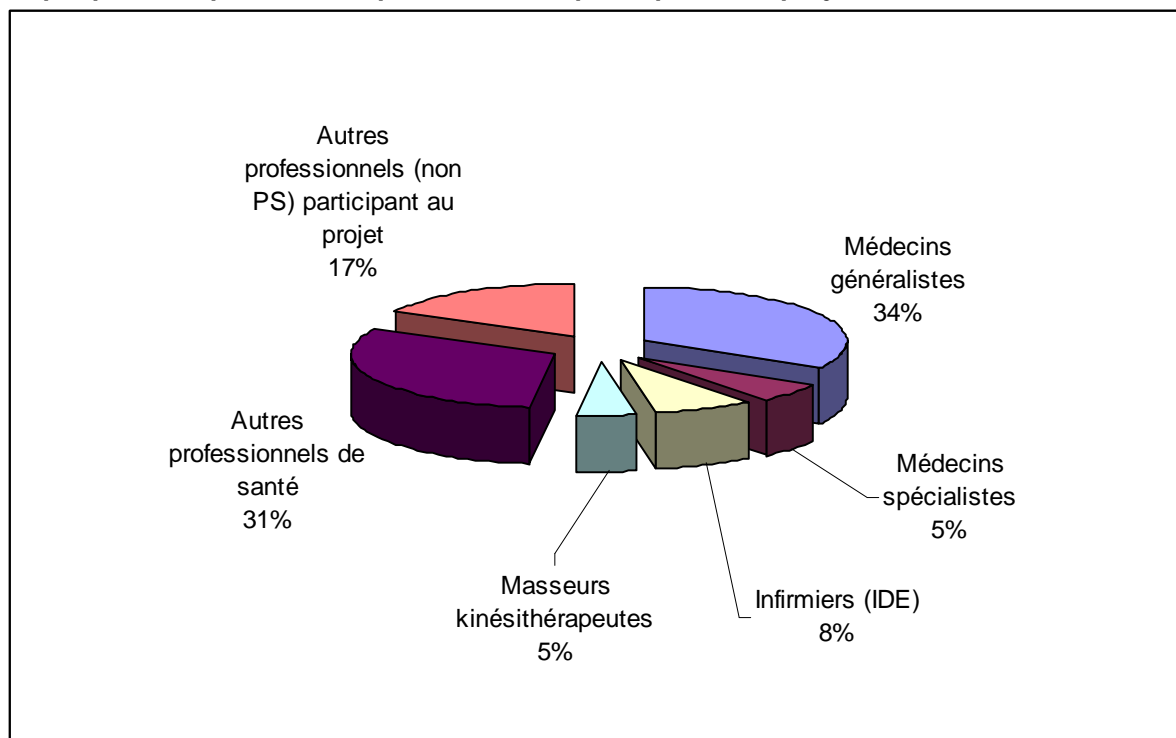
2.4.2 Les professionnels participant aux projets

Notons que plus de 40% des items relatifs aux professionnels ne sont pas renseignés.

Pour les projets pour lesquels les informations sont disponibles, l'équipe professionnelle est constituée, pour 83%, en moyenne, de professionnels de santé avec une prépondérance de médecins généralistes (34%).

Les 17% d'autres professionnels de l'équipe sont des assistantes sociales, des directeurs de centre de soins infirmiers, des cadres de santé, des secrétaires médicales.

Graphique 7 : Répartition des professionnels participant à un projet « Nouveaux modes d'exercice »

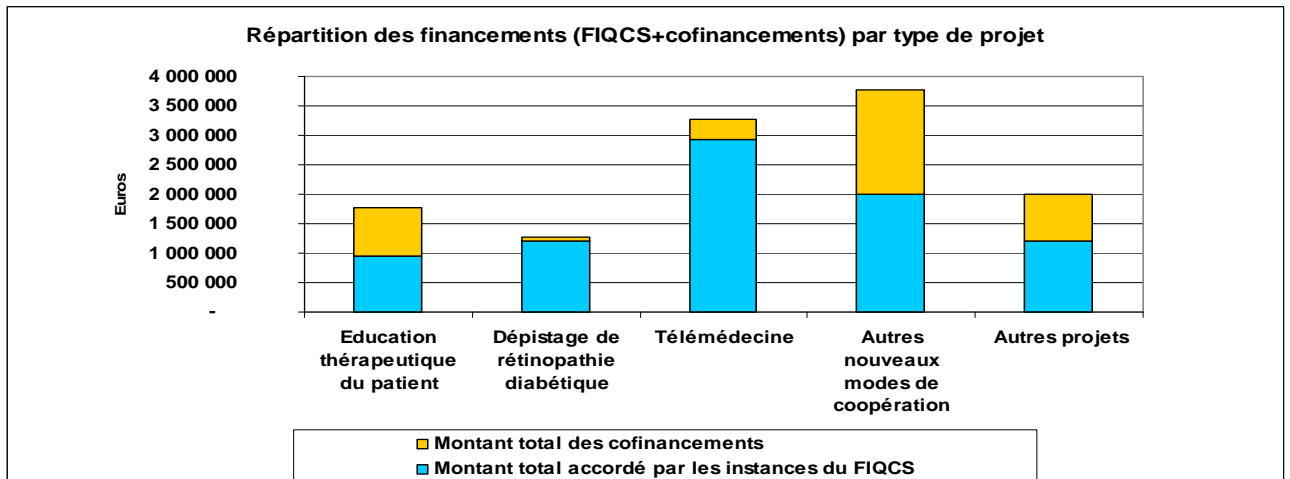


2.4.3 Financements et coûts

Les projets sont financés à hauteur de 70% par le FIQCS, avec un taux de prise en charge élevé pour les projets de dépistage de la rétinopathie diabétique et de télémedecine, respectivement 93% et 89%, contre un peu plus de 50% pour l'ETP

Les cofinanceurs peuvent être le FNPEIS (Fond National de Prévention pour l'Education et l'Information Sanitaire), des laboratoires pharmaceutiques, le conseil général, le conseil régional....

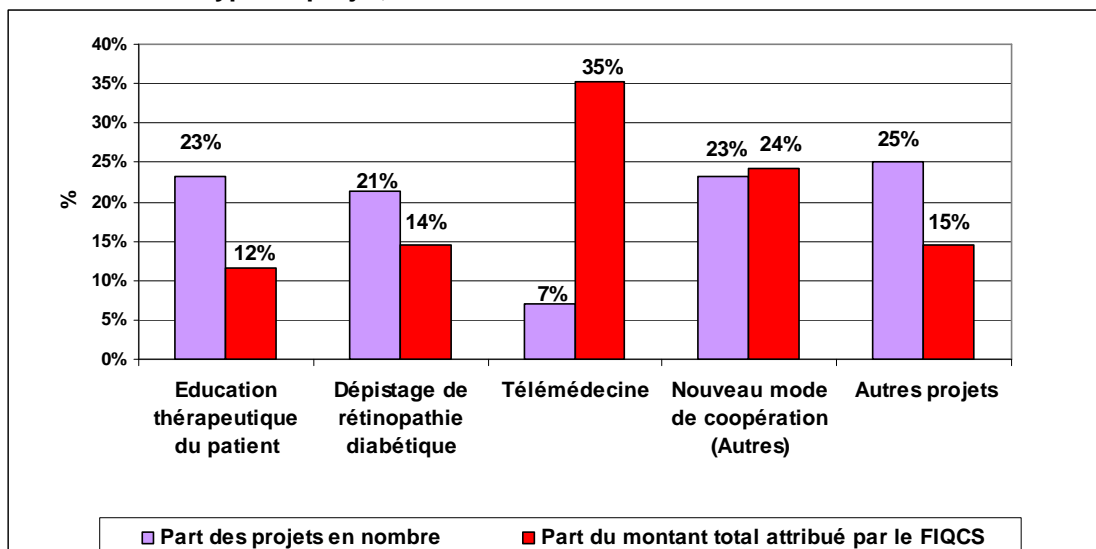
Graphique 8 : Part du financement par le FIQCS des projets « Nouveaux modes d'exercice »



Le montant moyen accordé par le FIQCS est de 148 000 € avec une forte disparité selon les projets : de 730 400 € pour la télémedecine à 73 600 € pour l'ETP (pour laquelle la part des cofinancements est la plus élevée). La rétinographie non mydriatique est financée à hauteur de 99 600 € en moyenne par projet.

Le graphique 9 illustre les écarts entre la fréquence de chaque type de projets et le montant total accordé par les instances du FIQCS par type de projets. A titre d'exemple, les projets de télémedecine représentent 7% des projets et 35% du montant total accordé.

Graphique 9 : Part du nombre de projets et du montant total accordé au titre du FIQCS, selon le type de projet, dans l'ensemble « Nouveaux modes d'exercice »



Plus de 95% des coûts des projets sont affectés aux coûts de fonctionnement (5% aux coûts d'investissement).

La moitié des coûts de fonctionnement correspond à des dépenses en frais de personnel et 15% à des dépenses d'indemnisations des professionnels de santé. Les frais d'évaluation, d'études et recherches, et de systèmes d'information représentent moins de 4%.

2.5 Permanence des soins

2.5.1 La permanence des soins en médecine libérale générale

En 2008, le FIQCS a financé 258 projets relatifs à la permanence des soins, soit 30% de projets de plus qu'en 2007. Il a versé en 2008 un montant total de 14 356 073 €.

Ces projets représentent au total 43 M€ répartis sur plusieurs années dans le cadre de conventions pluriannuelles

Tableau 10a : Nombre de projets « permanence des soins » en fonction du montant total accordé au titre du FIQCS

Montant total FIQCS (en €)	Nombre de projets
Entre 0 et 10 000€	24
Entre 10 000 et 50 000€	71
Entre 50 000 et 100 000€	47
Entre 100 000 et 200 000 €	52
Entre 200 000 et 1 000 000 €	58
Supérieur à 1 000 000 €	6

En France métropolitaine, toutes les régions portent au moins un projet relatif à la PDS. La région Pays de la Loire qui conduit le plus grand nombre de projets en totalise 35.

93% des projets couvrent des dépenses de fonctionnement de la PDS.

57% des projets sont des Maisons Médicales de Garde (MMG) (59% en 2007), 27% portent sur la régulation (32% en 2007) et 16% concernent d'autres dispositifs (9% en 2007). L'année 2008 se caractérise donc par une progression de la part des « autres projets » sur des dispositifs au-delà des projets MMG et régulation.

2.5.2 La montée en charge progressive des maisons médicales de garde

En 2008, le FIQCS a financé 148 projets de MMG, soit 26% de projets de plus qu'en 2007. Parmi eux, 98 projets sont des renouvellements, 34 des conventions en cours et 16 sont des nouveaux projets. Ces projets de MMG sont majoritairement situés en établissement de santé (83 sur les 138 réponses renseignées) et moins de la moitié ne sont accessibles qu'après régulation.

On peut noter que 88 de ces projets sont exclusivement financés par le FIQCS à l'exclusion de tout cofinancement.

Tableau 10b : Nombre de projets « maisons médicales de garde » en fonction du montant total accordé au titre du FIQCS

Montant total FIQCS (en €)	Nombre de projets
Moins de 50 000€	56
Entre 50 000 et 100 000 €	32
Entre 100 000 et 500 000 €	55
Entre 500 000 et 1 000 000 €	4
Supérieur à 1 000 000€	1

En moyenne, une MMG bénéficie d'un financement accordé au titre du FIQCS de 136 246 €.

Cela représente en 2008 le versement de 6 641 080 €, soit 46% des aides versées sur l'année au titre de la permanence des soins.

Il est à noter que sur les 148 projets relatifs aux MMG, 141 financent des dépenses de fonctionnement, dont la moitié est consacrée aux frais de personnels. Ces frais de personnels s'élèvent en moyenne à 22 862 € par MMG et couvrent principalement des frais de secrétariat mais aussi des frais de ménage, de gardiennage, de chauffeurs, et de comptables.

Depuis la circulaire du 23 avril 2007 sur les maisons médicales de garde, le FIQCS a donc accompagné le développement progressif de cette nouvelle modalité d'exercice de la permanence des soins. Les projets financés reflètent les besoins en personnels nécessaires au fonctionnement de ces structures.

2.5.3 La poursuite des projets de régulation

En 2008, le FIQCS a financé 69 projets relatifs à la régulation médicale des appels de permanence des soins (63 en 2007).

La plupart des projets financent les frais de fonctionnement de la régulation libérale, ainsi que des plages de régulation différentes des plages réglementaires de permanence des soins (samedi, soirs de semaine à partir de 18h30 par exemple). Trois projets portent sur des dispositifs de régulation médicale déportée au cabinet ou au domicile du médecin (Mayenne, Orne, Allier).

42 de ces projets sont exclusivement financés par le FIQCS.

Ces projets relatifs à la régulation représentent un coût de 17 756 202€ dans le cadre de conventions pluriannuelles, soit 257 336 € par projet en moyenne.

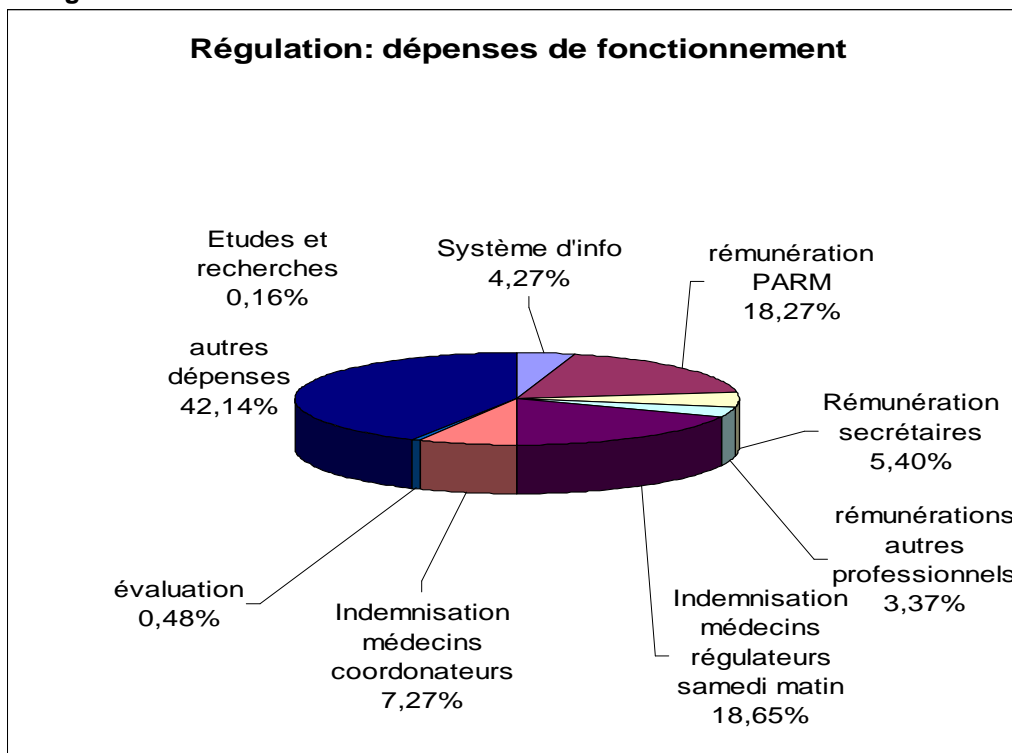
En 2008 le FIQCS a versé, à ce titre 5 752 141€.

Le montant des aides versées pour la régulation en 2008 est donc inférieur à celui de 2007 (7 715 328€) sans redescendre au niveau de 2006 (5 185 064€).

On peut lier cette diminution à la mise en œuvre progressive dans les départements de l'avenant 27 à la convention médicale, qui transfère sur le risque, la charge de la permanence des soins du samedi après-midi.

Les dépenses d'investissement sont faibles puisqu'elles n'atteignent que 449 135€. En revanche les dépenses de fonctionnement s'élèvent à 6 069 091€ pour l'ensemble des projets, réparties comme suit :

Graphique 10 : Répartition des dépenses de fonctionnement des projets de régulation



PARM : Permanencier auxiliaire de régulation médicale

2.5.4 Le développement des autres projets liés à la permanence des soins

La part des projets, autres que les projets relatifs aux MMG et à la régulation, a progressé en 2008 avec 41 projets (contre 17 en 2007).

Les objectifs poursuivis par ces projets sont divers et plus ou moins directement liés à l'organisation de la permanence des soins en médecine générale.

Tableau 11 : Répartition par thème des autres projets de la PDS

Objet des autres projets	Nombre de projets
Kiné	22
Urgences	7
Communications	3
Application informatique	3
Dentaire	2
Réseau PDS	2
Transport patient vers MMG	1
Formation à la régulation	1

Ainsi, 24 projets financent des activités complémentaires à la permanence des soins (22 projets de garde de kiné et 2 de garde dentaire).

Ces projets s'élèvent au total à 4 732 183 € pour toute la durée des conventions et ont représenté, en 2008, le versement de 1 876 872 €, soit 13,7% des aides versées par le FIQCS pour les projets de permanence des soins.

2.6. Réseaux de santé

L'analyse de l'activité et du financement des réseaux présentée dans ce rapport est essentiellement descriptive, dans la mesure où une évaluation des réseaux est en cours auprès de l'ensemble des régions.

Les résultats de cette évaluation (2ème semestre 2009) développeront en particulier l'analyse de la prise en charge des patients, la participation et l'intégration des acteurs, l'organisation et le fonctionnement du réseau, son évaluation médico-économique

En 2008, 718 réseaux de santé ont été recensés comme bénéficiant d'un financement au titre du FIQCS pour un montant total d'engagements pluri annuels de 384 M€ :

- 189 M€ pour les projets en cours d'exécution (49% du montant total et 38% des projets),
- 175 M€ pour les projets ayant fait l'objet d'un renouvellement en 2008 (46% du montant total et 51% des projets),
- 20 M€ pour les nouveaux projets (5% du montant total et 11% des projets).

Les projets de réseaux de santé représentent 58% de l'ensemble des projets financés par le FIQCS en 2008, soit 157,5 M€ et 83% des montants accordés par les instances régionales du FIQCS.

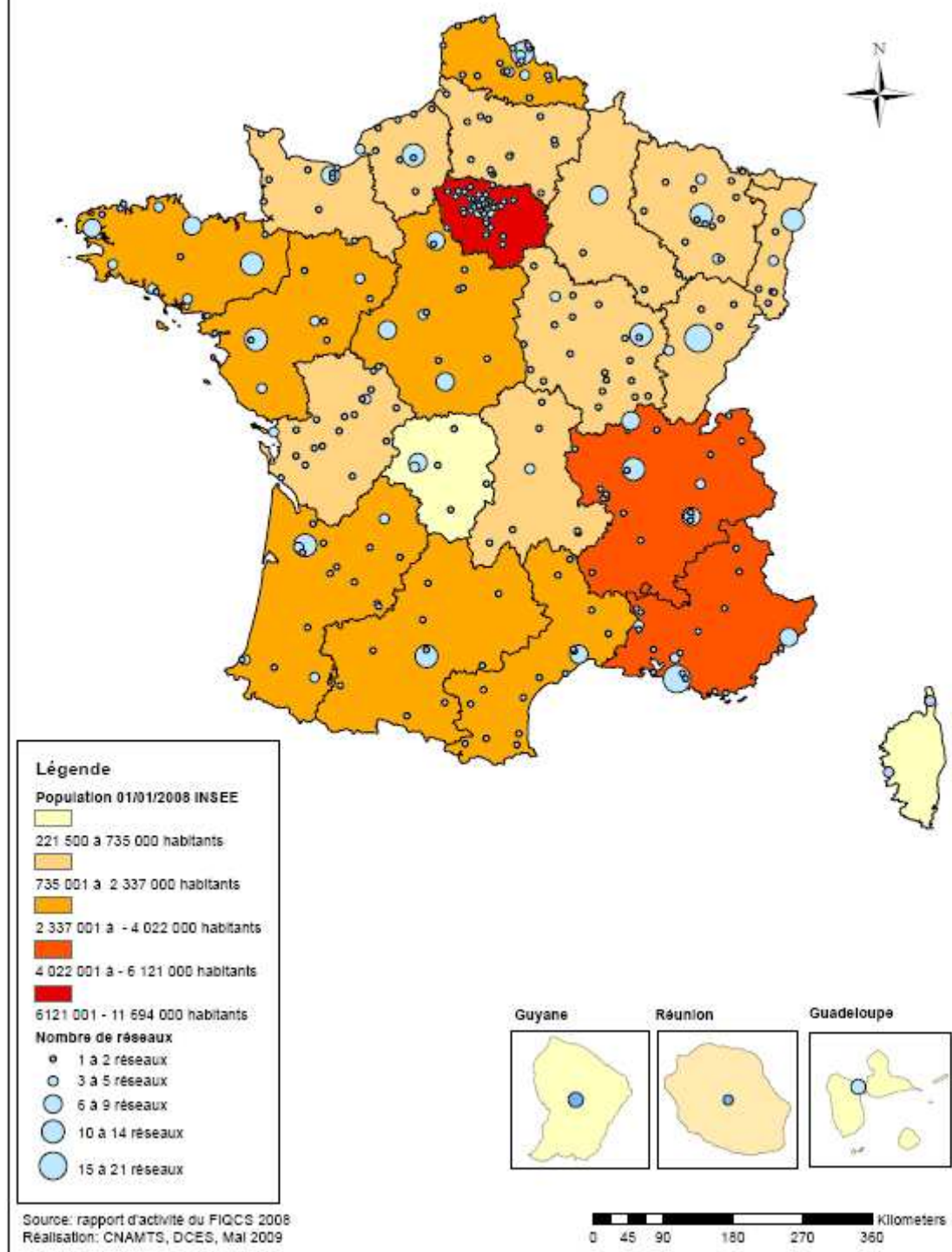
2.6.1 Répartition territoriale

Les réseaux de santé sont répartis sur l'ensemble du territoire, avec une représentation maximale dans les régions les plus peuplées (cf tableau 12 et carte). Rappelons que les données concernant la Martinique n'ont pas été renseignées.

Tableau 12 : Répartition des réseaux de santé par région

Région	Nombre de réseaux	% des réseaux
Ile-de-France	78	11%
Rhône-Alpes	55	8%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	52	7%
Bourgogne	47	7%
Bretagne	47	7%
Aquitaine	45	6%
Nord-Pas-de-Calais	44	6%
Lorraine	35	5%
Pays-de-la-Loire	35	5%
Centre	34	5%
Franche-Comté	28	4%
Poitou-Charentes	27	4%
Haute-Normandie	23	3%
Languedoc-Roussillon	23	3%
Alsace	22	3%
Basse-Normandie	21	3%
Midi-Pyrénées	21	3%
Limousin	17	2%
Picardie	15	2%
Auvergne	14	2%
Champagne-Ardenne	9	1%
Guyane	8	1%
Corse	7	1%
Guadeloupe	6	1%
Réunion	5	1%
Martinique	nc	nc
TOTAL	718	

Répartition des réseaux de santé financés au titre du FIQCS en 2008



Le recensement est effectué par commune.

2.6.2 Répartition selon la thématique et les montants accordés

Le tableau 13 présente la répartition des réseaux selon leur thématique (par montant accordé) et rapporte le montant total accordé par thème, quel que soit l'état du projet (exécution en cours, renouvellement ou nouveau projet).

On peut classer les réseaux en 22 grandes thématiques, dont les 10 premières regroupent 77% des réseaux et 84% des financements accordés.

Les 6 thèmes prépondérants (gérontologie, dont Alzheimer, soins palliatifs, oncologie, diabétologie, périnatalité, addictologie) regroupent quant à eux 62% des réseaux et 70% des financements (cf cartographie sur la répartition des réseaux de santé, ci-après).

Le financement des réseaux de cancérologie (60 M€) se répartit en 33 M€ pour les réseaux régionaux (1/3 des réseaux de cancérologie) et 27 M€ pour les réseaux non régionaux.

Sur les 39 M€ accordés à la gérontologie, 5 M€ (13%) sont affectés aux réseaux spécialisés dans la prise en charge des patients atteints d'Alzheimer (11% des projets de gérontologie).

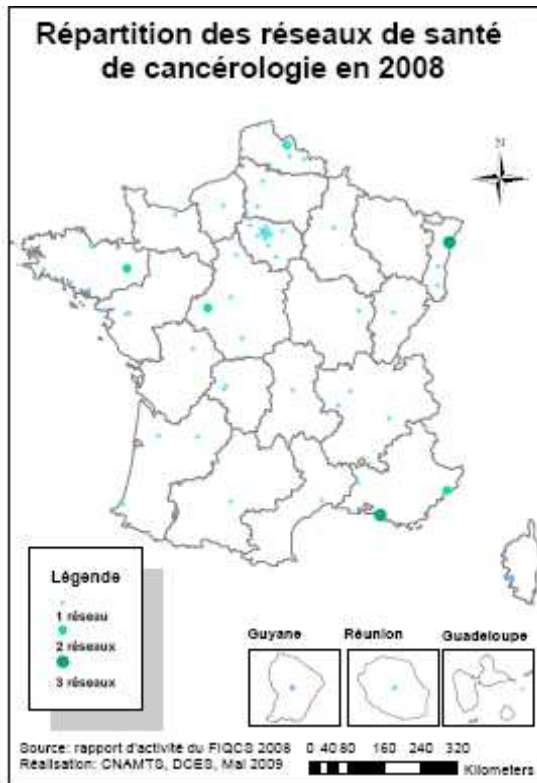
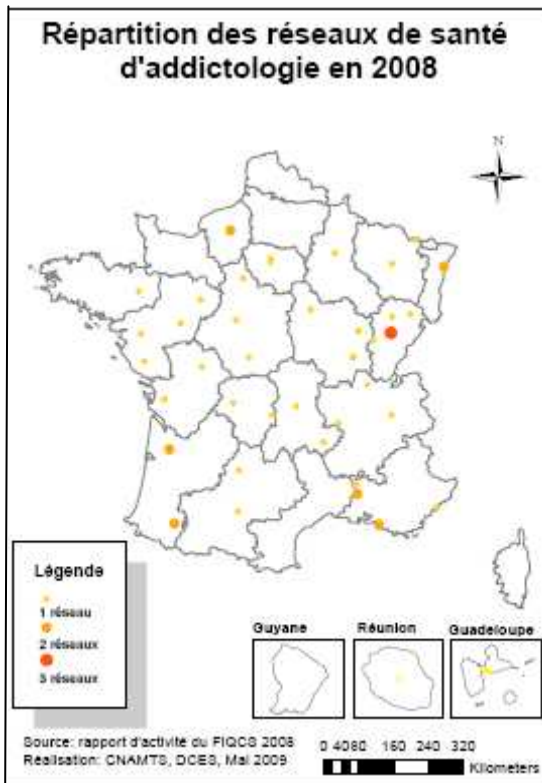
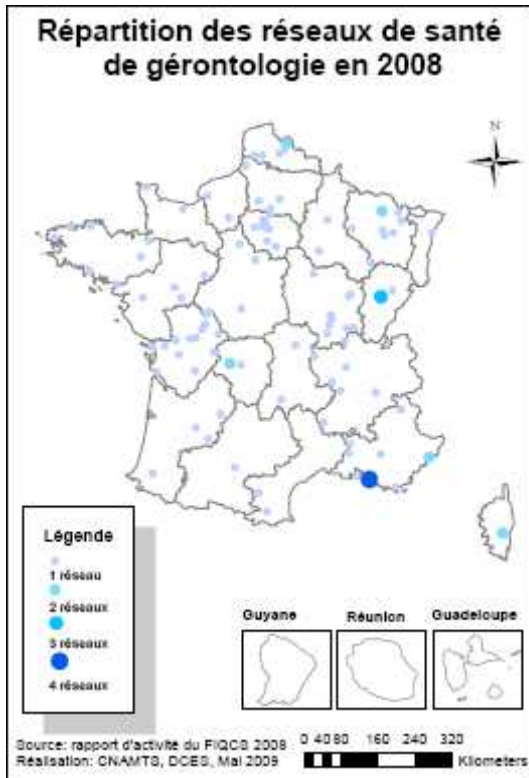
Enfin, concernant les réseaux de périnatalité, le montant total accordé (30 M€) se répartit en 16 M€ pour les réseaux régionaux (1/3 des réseaux de périnatalité) et 14 M€ pour les réseaux non régionaux.

On note que près de la moitié des réseaux créés en 2008 concernent la gérontologie, la prise en charge des adolescents, le handicap et les soins palliatifs.

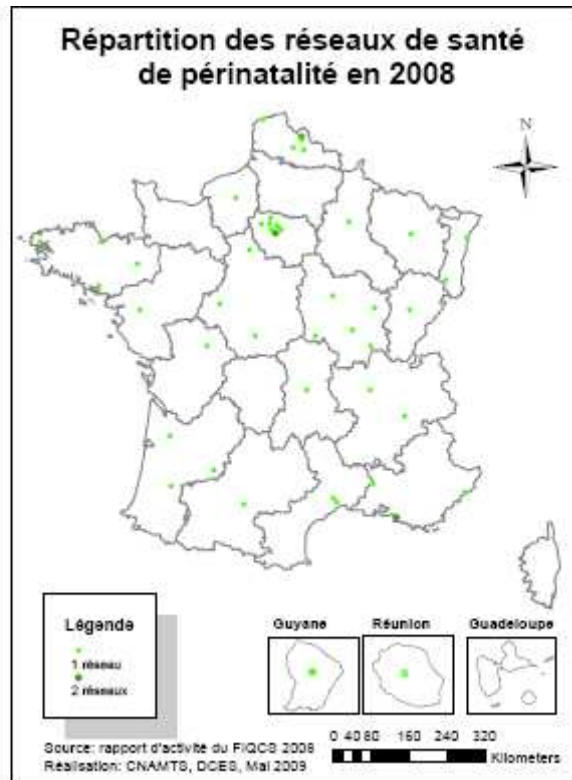
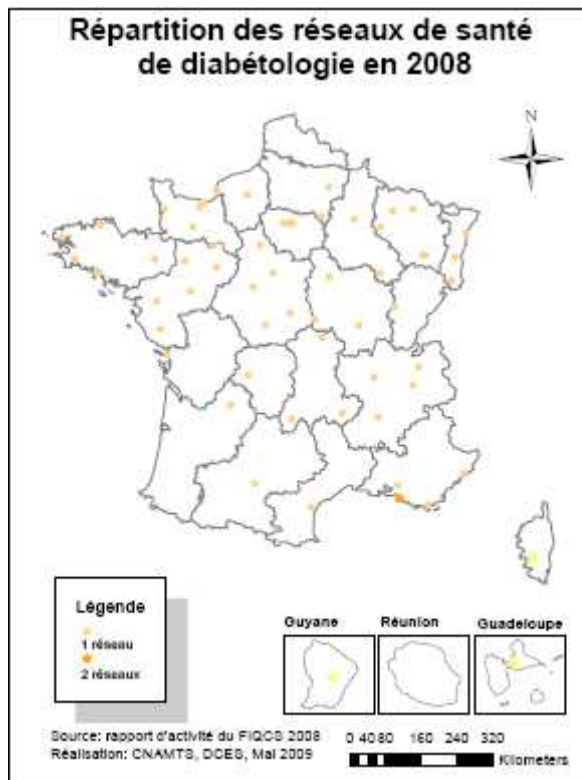
Tableau 13 : Répartition des réseaux en 2008 selon leur thématique et les montants totaux accordés par le FIQCS

Thème	Totalité des projets			Projets renseignés (1)			
	Nombre de Projets	% Projet	% cumulé	Nombre de projets	Montant total accordé (M€)	% Montant	% Montant cumulé
Soins Palliatifs	95	13,2%	13,2%	94	77,4	20,2%	20,2%
Cancérologie (réseau non régional et régional)	76	10,6%	23,8%	76	60,2	15,7%	35,8%
Diabétologie	64	8,9%	32,7%	59	42,7	11,1%	47,0%
Gérontologie (Alzheimer et autre)	110	15,3%	48,1%	101	38,7	10,1%	57,0%
Périnatalité (réseau non régional et régional)	50	7,0%	55,0%	49	29,9	7,8%	64,8%
Addictologie (alcool, tabac, toxicomanie et autre)	50	7,0%	62,0%	47	19,9	5,2%	70,0%
Handicap (Autisme et autre)	40	5,6%	67,5%	38	19,7	5,1%	75,2%
Cardio-vasculaire (accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, rééducation cardiovasculaire, autres)	25	3,5%	71,0%	25	12,5	3,3%	78,4%
Nutrition et prise en charge de l'obésité	25	3,5%	74,5%	23	12,1	3,1%	81,6%
Proximité (poly pathologie)	19	2,6%	77,2%	17	10,9	2,8%	84,4%
Pathologies respiratoires (Asthme, bronchiolite et autre)	22	3,1%	80,2%	19	10,9	2,8%	87,2%
Neurologie (sclérose en plaques, Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, autre)	18	2,5%	82,7%	16	9,7	2,5%	89,8%
Maladies infectieuses (Hépatites, VIH et autres)	22	3,1%	85,8%	20	7,1	1,8%	91,6%
Prise en charge des adolescents	30	4,2%	90,0%	30	6,9	1,8%	93,4%
Douleur	10	1,4%	91,4%	10	6,3	1,7%	95,1%
Santé Mentale	8	1,1%	92,5%	7	2,1	0,6%	95,6%
Précarité	8	1,1%	93,6%	5	2	0,5%	96,1%
Néphrologie (insuffisance rénale chronique)	7	1,0%	94,6%	6	1,8	0,5%	96,6%
Rhumatologie	4	0,6%	95,1%	5	0,96	0,2%	96,9%
Maladies rares - drépanocytose et autre	5	0,7%	95,8%	4	0,94	0,2%	97,1%
Autres	30	4,2%	100,0%	28	11,1	2,9%	100,0%
Total	718	100,0%		679	383,8	100,0%	

(1) Les informations relatives au financement des réseaux en particulier le montant total accordé au titre du FIQCS, n'ont pas été complétées pour 39 réseaux, dont 32 en Ile-de-France.



Le recensement est effectué par commune.



Le recensement est effectué par commune.

2.6.3 Financements et montants moyens accordés par convention aux réseaux de santé au titre du FIQCS 2008

Le montant moyen accordé par convention au titre du FIQCS, toutes thématiques confondues, s'élève à 565 250€ (cf. tableau 14).

Tableau 14 : Montant moyen accordé aux réseaux de santé au titre du FIQCS

Thème du projet	Nombre de projets (1)	Montant moyen accordé par la convention (en €) (1)
Gérontologie (Alzheimer et autre)	101	383 401
Soins Palliatifs	94	822 880
Cancérologie (réseau non régional et régional)	76	791 733
Diabétologie	59	723 772
Périnatalité (réseau non régional et régional)	49	611 128
Addictologie (alcool, tabac, toxicomanie et autre)	47	423 184
Handicap (Autisme et autre)	38	518 635
Prise en charge des adolescents	30	231 502
Cardio-vasculaire (accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, rééducation cardiovasculaire, autres)	25	444 989
Nutrition et prise en charge de l'obésité	23	543 239
Pathologies respiratoires (Asthme, bronchiolite et autre)	19	635 914
Maladies infectieuses (Hépatites, VIH et autres)	20	543 694
Proximité (poly pathologie)	17	415 706
Neurologie (sclérose en plaques, Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, autre)	16	680 019
Douleur	10	972 264
Santé Mentale	7	904 837
Précarité	5	425 157
Néphrologie (insuffisance rénale chronique)	6	328 448
Maladies rares - drépanocytose et autre	5	358 805
Rhumatologie	4	235 492
Autres	28	34 180
Total	679	565 251

(1) Hors les 39 réseaux dont les données disponibles sont incomplètes

2.6.4 Patients, professionnels et établissements concernés

Les items concernant les patients pris en charge par le réseau (patients adhérents du réseau et ayant un plan personnalisé de soins), les professionnels impliqués ainsi que les établissements présentent un taux de non-réponse élevé, de l'ordre de 30%. Ces éléments seront analysés spécifiquement dans le cadre de l'évaluation des réseaux en cours.

A titre indicatif, sur les 500 réseaux répondants, on note que :

- le nombre moyen déclaré de patients adhérents du réseau et ayant un PPS, toutes thématiques confondues, est de 474⁸ (les réseaux indiquant un nombre de

⁸ compris entre 20 patients pour 2 réseaux (diabétologie et maladies infectieuses - VIH) et 7676 (réseau polypathologie).

inférieur à 20 ou supérieur à 10 000 n'ont pas été pris en compte ; cette moyenne est ainsi calculée sur la base de 491 réseaux soit 68% d'entre eux).

- 90% des professionnels participants à un réseau sont des professionnels de santé ; 45% d'entre eux sont des médecins libéraux (avec plus de 75% de médecins généralistes).
- en moyenne, le nombre d'établissements et structures sanitaires, médico-sociaux et sociaux adhérents et intervenant dans au moins un PPS est de 20 par réseau, (la moitié concerne des établissements de soins, 30% des établissements médico-sociaux et 20% des établissements sociaux).

2.6.5 Dérogations tarifaires

2.6.5.1 Définition

Les dérogations tarifaires sont des dispositifs tarifaires expérimentaux concernant les professionnels libéraux ou les patients, dont les critères de définition sont les suivants :

« Une dérogation tarifaire doit répondre au moins à l'un des critères suivants :

- la non identification de l'acte ou du dispositif concerné dans les nomenclatures ;
- la nécessité de l'intervention de plusieurs professionnels de profession différente ;
- l'absence de convention entre la profession de l'intervenant qui réalise la prestation et l'Assurance Maladie ;
- la non présence du patient pendant la réalisation de l'acte (ex : réunion de coordination pluridisciplinaire).

Le renseignement du dossier patient, les éventuelles transmissions de données ainsi que les fonctions de coordination prévues par les dispositifs conventionnels ne peuvent relever du champ du dispositif dérogatoire. »

(Sources : article L.162-45 du Code de la Sécurité Sociale et circulaire NDHOS/CNAMTS/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé, à destination des ARH et des URCAM).

2.6.5.2 Données restituées par les régions

Le montant des dérogations tarifaires accordé au titre du FIQCS pour l'exercice 2008 est de 20 M€, soit 12% des dépenses accordées aux réseaux.

Sur les 718 réseaux de santé financés en 2008, 460 ont bénéficié du financement de prestations dérogatoires (tableau 15).

Le tableau 16 synthétise la nature des prestations dérogatoires les plus fréquemment accordées ainsi que des exemples de tarifs pratiqués. La comparaison entre les tarifs est difficile dans la mesure où le contenu de la prestation (et en particulier la durée) est rarement renseigné. Par ailleurs, il n'a pas été possible de préciser le montant total accordé par type de prestation, les montants accordés en 2008 étant déclarés de façon très hétérogène entre les régions.

De telle sorte que la grande diversité tarifaire observée, l'absence de précisions relatives au contenu des prestations accordées et un recours parfois observé à des prestations hors champ (frais de transports par exemple) suggèrent de compléter cette première mise à plat par une enquête spécifique auprès des régions visant à analyser la nature des écarts observés.

Cette enquête permettrait ainsi d'asseoir des recommandations nationales, fondées sur des contenus optimisés, en cohérence avec les outils de tarification en vigueur.

Tableau 15 : Répartition par thématique de réseau du nombre de réseaux avec dérogations

Thème du réseau	Nombre total de réseaux*	Nombre de réseaux avec dérogations
Gérontologie	110	84
Soins Palliatifs	95	80
Cancérologie	76	45
Diabétologie	64	56
Addictologie	50	26
Périnatalité	50	25
Handicap	40	22
Prise en charge des adolescents	30	10
Cardio-vasculaire	25	18
Nutrition et prise en charge de l'obésité	25	18
Maladies infectieuses	22	15
Pathologies respiratoires	22	19
Proximité	19	5
Neurologie	18	5
Douleur	10	2
Précarité	8	0
Santé Mentale	8	4
Néphrologie	7	2
Maladies rares	5	0
Rhumatologie	4	2
Oto-rhino-laryngologie	1	0
Autres	29	22
TOTAL :	718	460

Tableau 16 : Nature des prestations dérogatoires - 1^{ère} partie -

Type de dérogation	Nature de la dérogation	Nombre de réseaux concernés	Nombre de régions concernées	Exemples
Coordination	Total	239	23	<ul style="list-style-type: none"> - Rémunération par réunion : de 15 € par PS par réunion, à 133 € pour un spécialiste libéral par réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) - Attribution d'un forfait mensuel pour une participation à l'ensemble des réunions (en soins palliatifs par exemple 40 € pour la participation aux réunion et 80 € par mois pour l'animation des réunions¹ ou autres) - Attribution d'un forfait annuel pour une participation à l'ensemble des réunions (ex : 120 € par PS par patient). <p>De 15 € par an et par patient pour un spécialiste, un orthoptiste et un opticien (prise en charge du handicap) à 170 € par trimestre et par patient par médecin généraliste (réseau de gérontologie).</p>
	Réunion coordination	213	23	
	Forfait bilan et coordination	26	9	
ETP	Total	87 <i>. dont 50 rés diabète</i> <i>. dont 15 rés card-vasc</i> <i>. dont 16 rés patho resp</i>	23	<p>Professions rémunérées : médecins, IDE, diététiciennes, psychologues, masseurs kinésithérapeutes, puéricultrices, pharmaciens, pédicures podologue</p> <p>De 25 € pour un IDE (réseau diabète) à 120 € par professionnel de santé (réseau diabète)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rémunération prépondérante : à la séance, de 37€ pour une IDE pour l'apprentissage de l'autosurveillance (réseau diabète) à 260 € pour un médecin pour une séance de 4H (réseau diabète). - Attribution d'un forfait, de 100 € pour un professionnel de santé (réseau diabète), à 1703 €² (réseau diabète) <p>De 12 € par séance pour une IDE (réseau Card Vasc) à 360 € pour un cycle de base en éducation thérapeutique et activité physique (réseau Card Vasc)</p>
	Diagnostic éducatif	12	5	
	Séances ETP collectives	55	18	
	Séances ETP individuelles	62	19	
Prise en charge diététique (hors ETP)	Total	80	20	<p><i>Le plus fréquent</i></p> <p>De 15€ pour une séance pour une diététicienne (réseau maladies infectieuses à 60€ pour un bilan pour une diététicienne (réseau nutrition</p> <p>Sous forme collective, elle consiste en des groupes de paroles. Elle est rémunérée de 46 € par séance (réseau addictions) à 300 € (réseau diabète).</p>
	Séances individuelles	58	19	
	Séances collectives	54	18	

¹ Cette rémunération correspond à celle explicitement prévue à titre transitoire sur les dotations régionales dédiées aux réseaux de soins palliatifs ; sur les 53 réseaux déclarant bénéficier de forfaits mensuels, 29 déclarent bénéficier de ces tarifs.

² Cycle de 7 séances

Tableau 16 : Nature des prestations dérogatoires – 2^{ème} partie -

Type de dérogation	Nature de la dérogation	Nombre de réseaux concernés	Nombre de régions concernées	Exemples
Prise en charge podologique <i>La prise en charge par le FIQCS n'est plus possible depuis le 1^{er} juillet 2008, date à laquelle les séances de prévention des lésions de grades 2 et 3 chez les patients diabétiques sont financées sur le risque maladie (27 € par séance. 4 séances financées au maximum pour le grade 2 et 6 pour le grade 3)</i>	Total	54	20	
	Expérimentation du Comité national de suivi du plan diabète	42	18	Contenu : dépistage systématique du risque des lésions du pied diabétique par une gradation ³ par les médecins traitants; avec une prise en charge des lésions de grades 2 et 3. Forfait à 137,5 € avec 1 bilan annuel et jusqu'à 5 séances de soins par un podologue du réseau formé.
	Prise en charge des patients de grade 0 et 1	21	6	De 25 € pour une consultation de podologue, à 100€ pour un forfait pour les patients de grade 1
	Bilans ou consultations sans précision du grade Prise en charge des lésions perforantes	23 1	11 1	- Consultation : de 20 € pour un bilan par podologue à 75 € pour une « consultation conjointe » d'une 1/2 journée par podologue. - Forfait de 120 € à 180 € Prestation non définie à 10€
Prise en charge psychologique	Total	124	21	
	Séances individuelles	114	18	<i>Le plus fréquent</i> Consultation : de 20 € (prise en charge du handicap) à 120 € pour une séance de 2 heures (réseau diabète). Forfait : de 225 € (2 visites et coaching téléphonique estimé à ≈ 9H par patient) pour un psychologue tabacologue (réseau pathologies respiratoires)
	Séances collectives	21	9	De 48 € par séance (réseau diabète) à 288 € pour un forfait (réseau diabète).

³ Le grade définit le niveau de risque de lésion du pied diabétique (Rapport HAS relatif aux séances de prévention des lésions des pieds chez les patients diabétiques par un pédicure podologue, juillet 2007) :

- grade 0 : pas de neuropathie sensitive ;
- grade 1 : neuropathie sensitive isolée
- grade 2 : neuropathie sensitive associée à une artériopathie des membres inférieurs et/ou à une déformation du pied ;
- grade 3 : antécédent d'ulcération ou d'amputation

2.6.6. Mutualisation des moyens

30 mutualisations ont été déclarées par les MRS en 2008 sur 11 régions, .

Les thématiques des réseaux mutualisés sont

- Diabétologie (10 mutualisations)
- Gériatrie (8 mutualisations)
- Addictologie (4 mutualisations)
- Cancérologie (2 mutualisations)
- Système d'information (2 mutualisations)
- Troubles du langage (1 mutualisation)
- Réseau polyvalent (1 mutualisation)
- Maladies infectieuses (1 mutualisation)
- Soins palliatifs (1 mutualisation)

Si le nombre de mutualisations varie logiquement en fonction de l'importance numérique des réseaux sur le thème (gérontologie, addictologie, diabétologie,...), il est étonnant de constater que des thématiques très transversales comme les soins palliatifs sont peu représentées et que la santé mentale par exemple, ne figure pas dans cette liste.

Les mutualisations s'opèrent avec d'autres réseaux de santé mais aussi avec des CLICS, (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologiques) des centres de santé, des maisons médicales de garde,...

Les moyens humains et matériels sont ceux qui font l'objet prioritairement d'une mutualisation. Le recensement par type de mutualisation, donne les résultats suivants (tableau 17)

Tableau 17 : Nombre de mutualisations par type

Fusion complète des réseaux de santé	6
Création d'une fédération ou d'une coordination de réseaux	3
Mutualisation de locaux	19
Mutualisation de moyens humains	23
Dont secrétariat	9
Dont coordonnateur administratif	5
Dont coordonnateur médical	2
Dont infirmière coordinatrice	1
Dont comptable	1
Dont fonctions non précisées	5
Mutualisations de formations	9
Mutualisations de prestations extérieures autres	4
Mutualisation de moyens matériels divers	4
Mutualisation système d'information	1
Mutualisation site Internet	1
Mutualisation fonctionnement (accès Internet, téléphone, fournitures,...)	4
Mutualisation outils de communication (brochures, dossiers-types,...)	7

Les moins-values déclarées comme liées à ces mutualisations sont des plus diverses allant de 2000 à 175 0000 € mais beaucoup de MRS n'ont pu apporter de réponse à cette demande de chiffrage.

2.6.7 Audits et évaluation des réseaux de santé

- Audits

Conformément à la circulaire du 2 mars 2007, les ARH et les URCAM procèdent à des audits pluriannuels afin de vérifier la régularité de l'utilisation des fonds par les réseaux.

En 2008, 152 réseaux situés dans 18 régions ont fait l'objet d'un audit, dont les deux tiers ont été réalisés par les MRS. Les régions Rhône-Alpes et Aquitaine expliquent à elles seules plus de 52% des audits déclarés. Deux régions parmi les plus dotées (Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Bretagne) n'ont pas déclaré avoir eu recours à cette procédure et l'Île-de-France déclare y avoir eu recours dans un cas uniquement. Un seul audit (en Basse-Normandie) a été réalisé à la suite d'une alerte.

Les suites données à ces audits ont été principalement des diminutions de crédits, les audits ayant mis en évidence des subventions supérieures aux besoins des réseaux et/ou des coûts trop importants. 2 arrêts de financements ont également été décidés après des conclusions d'audits.

- Evaluations

Conformément à la circulaire du 2 mars 2007, les MRS ont adressé la synthèse des cotations effectuées par les évaluateurs externes. Cette cotation correspond aux réseaux évalués en application du décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 qui prévoit une évaluation tous les trois ans. En 2008, elle a été recueillie pour 106 réseaux dans 21 régions, soit 15% des réseaux. Selon cette cotation, 70% des réseaux ont satisfait aux exigences de l'évaluation. Il est à noter que pour 42% des réseaux évalués, le champ « évolution médico-économique, coût résultat » n'est pas renseigné.

Six réseaux n'ont pas satisfait aux exigences de l'évaluation, dont quatre ont fait l'objet d'un arrêt de financement. Deux autres réseaux ayant satisfait partiellement aux exigences de l'évaluation ne sont plus financés.

De nouveaux travaux ont été engagés en 2008 en collaboration avec un groupe d'experts de terrain (représentants d'URCAM, ARH, DRSM, CCMSA, de réseaux de santé) pour définir des indicateurs visant à apprécier annuellement la qualité de la prise en charge des patients et l'efficacité du dispositif. Les outils nécessaires à ce recueil ont été adressés à l'ensemble des MRS après avoir été testés sur 3 régions, permettant ainsi de réaliser une évaluation sur la base d'une méthodologie nationale et d'un socle commun d'indicateurs.

A partir des informations recueillies, il sera possible d'apprécier d'une part la qualité de la prise en charge des patients par une approche des process (coordination médicale, application de protocoles et référentiels, partage d'information, éducation thérapeutique des patients) et d'autre part l'efficacité du dispositif par une approche médico-économique associant l'étude des coûts liés aux actions du réseau (analyse des financements et des coûts intégrant les frais de fonctionnement et les prestations dérogatoires).

Les résultats portant sur 2008 seront disponibles au 2nd semestre 2009.

Le recours à une grille d'analyse commune permettra de mesurer chaque année l'évolution de l'efficacité de la prise en charge et de procéder à des comparaisons intra et inter-régionales.