

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

RAPPORT D'ACTIVITE 2009

Septembre 2010

*Département de la coordination et de l'efficience des soins, Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés
Bureau des coopérations et contractualisations, Direction générale de l'offre de soins*

SOMMAIRE

1. BILAN GENERAL 2009	5
1.1 <i>Le financement du FIQCS en 2009 : plafond de dépenses et dépenses constatées</i>	5
1.1.1 La répartition des dotations	5
1.1.2 L'exécution budgétaire 2009	6
1.1.2.1 Taux de consommation national et régional	6
1.1.2.2 Répartition de la consommation régionale.....	6
1.1.2.3 Les dépenses nationales et régionales par type d'action	9
1.1.2.3.1 La consommation nationale.....	9
1.1.2.3.2 La consommation régionale	9
1.2 <i>L'activité des instances</i>	10
1.2.1 Les projets nationaux en 2009	10
1.2.2 Les projets régionaux en 2009.....	10
2. BILAN THEMATIQUE 2009	12
2.1 <i>Présentation globale</i>	12
2.2 <i>Réseaux de santé</i>	19
2.2.2 Répartition des réseaux de santé selon le thème et le financement.....	20
2.2.3 Répartition territoriale des sept principaux thèmes	22
2.2.4 Analyse des indicateurs d'activité, de qualité et de coût.....	27
2.2.4.1 Champ de l'étude	27
2.2.4.2 Analyse par thème	27
2.2.4.2.1 Activité	27
2.2.4.2.2 Indice Synthétique de Qualité (ISQ).....	30
2.2.4.2.3 Montant versé en 2009 par patient et par thème	32
2.2.5 Dérogations tarifaires	35
2.2.5.1 Définition.....	35
2.2.5.2 Données restituées par les régions.....	35
2.2.6 Mutualisation des moyens	39
2.2.7 Audits et évaluations régionaux des réseaux de santé	40
2.3 <i>Aides à l'installation</i>	43
2.4 <i>Amélioration des pratiques</i>	44
2.4.1 Description générale des projets	44
2.4.2 Les Groupes Qualité.....	46
2.4.3 Les formations	47
2.4.4 Les études.....	48
2.4.5 Autres projets.....	48
2.5 <i>Exercices regroupés</i>	49
2.5.1 Description générale des projets	49
2.5.2 Les maisons de santé pluri-professionnelles	51
2.6 <i>Nouveaux modes d'exercice</i>	54
2.6.1 Description générale des projets	54
2.6.2 Les projets d'ETP (hors réseaux de santé).....	56
2.6.3 La rétinopathie diabétique	56
2.6.4 La télémédecine	57
2.6.5 Autre nouveau mode de coopération et autres projets	57

2.7 <i>Permanence des soins</i>	58
2.7.1 <i>La permanence des soins en médecine libérale</i>	59
2.7.2 <i>Les maisons médicales de garde</i>	60
2.7.3 <i>Les projets de régulation</i>	60
2.7.4 <i>Les autres projets liés à la permanence des soins</i>	61
2.8 <i>Développement des systèmes d'information</i>	62
2.9 <i>Evaluation des projets (hors réseaux de santé)</i>	63
2.9.1 <i>Evaluation et Audit pour les projets rattachés à la Permanence des Soins et à Exercices regroupés</i>	63
2.9.2 <i>Evaluation des groupes qualité</i>	64
3. CONCLUSION	65
ANNEXES	67
<i>Annexe 1 : Enquête rétinopathie diabétique</i>	68
<i>Annexe 2 : Répartition des réseaux régionaux et non régionaux de périnatalité et de cancérologie</i> ...	69
<i>Annexe 3 : Indice Synthétique de Qualité (ISQ)</i>	70
<i>Annexe 4 : Présentation des réseaux de santé créés en 2009</i>	71
<i>Annexe 5 : Indicateurs clés pour les réseaux de gérontologie, soins palliatifs et diabétologie, par région</i>	72
LEXIQUE	76

Le rapport d'activité 2009 du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins 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 (MRS) puis des Agences Régionales de Santé (ARS) pour l'activité régionale du fonds.

Il est constitué d'une première partie retraçant les éléments d'analyse de l'activité générale du FIQCS et d'une seconde partie reprenant chacune des grandes thématiques financées par le FIQCS.

1. BILAN GENERAL 2009

1.1 Le financement du FIQCS en 2009 : plafond de dépenses et dépenses constatées

Le Comité national de gestion (CNG) du FIQCS du 27 mai 2009 a fixé le plafond de dépenses du FIQCS 2009 à 249,3 M€. Les recettes assurées par une participation des régimes d'assurance maladie au financement du FIQCS, initialement fixées à 240 M€ par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2009, ont été réduites de 50 M€ par la LFSS 2010, soit un montant arrêté à 190 M€ complété par les réserves issues des résultats antérieurs excédentaires du FIQCS.

1.1.1 La répartition des dotations

La répartition des dépenses autorisées (cf. tableau 1) est de 11% pour le national et de 89% pour le régional, contre respectivement 17% et 83% en 2008.

Le plafond de dépenses national, dont le taux de consommation en 2008 était de 36%, a été fixé pour 2009 à 27,5 M€ (-43% du plafond 2008) et le plafond régional, dont le taux de consommation en 2008 était de 82%, a été fixé à 221,8 M€ pour 2009 (-6% du plafond 2008). 2,8 M€ ont été alloués aux régions dans le cadre de la participation du FIQCS national au développement des maisons de santé pluri-professionnelles contre 0,5 M€ en 2008 soit une multiplication par 5 des montants attribués.

La part de l'enveloppe relevant du bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins (CNQCS) est de 4% de l'enveloppe FIQCS nationale.

Les modalités suivantes ont été retenues pour la répartition des enveloppes entre les régions :

- 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 zone fragile (zone déficitaire en médecins généralistes).

Une première dotation égale à 85% de la dépense autorisée a été allouée à chaque région en début d'année (mars 2009), complétée en juillet 2009 par une dotation calculée en fonction de la consommation régionale estimée pour 2009.

Au sein des crédits déconcentrés aux MRS, la part « expérimentations soins de ville » dont le financement est attribué par les bureaux des Conseils Régionaux de la Qualité et de la Coordination des Soins (CRQCS) s'est élevée à 30,7 M€, soit 14% de l'enveloppe régionale.

1.1.2 L'exécution budgétaire 2009

Les résultats présentés dans ce chapitre sont issus de l'arrêté des comptes 2009 de la CNAMTS.

1.1.2.1 Taux de consommation national et régional

Les charges totales du FIQCS arrêtées au 31 décembre 2009 s'élèvent à 230,7 M€, représentant 93% du plafond de dépenses, soit une hausse de 19 points du taux de consommation du plafond de dépenses (74% en 2008) et une progression de 9% des dépenses, (cf. tableau 1).

Au niveau national 27,1 M€ ont été consommés soit 99% du plafond de dépenses autorisées. Les dépenses sont en hausse de 53% par rapport à 2008, essentiellement en raison de l'augmentation liée au financement du DMP (23,6 en 2009 contre 15 M€ en 2008, cf. tableau 3).

Au niveau régional 203,6 M€ ont été consommés soit 92% de l'enveloppe attribuée (+ 10 points par rapport à 2008 et une augmentation de 5,4% des dépenses).

Au sein du budget régional, la hausse des dépenses est de 19,7% pour les enveloppes « soins de ville » (SDV) allouées aux bureaux des CRQCS et de 3,9% pour les enveloppes des MRS.

Tableau 1 : Répartition des dépenses de l'enveloppe FIQCS

Affectation de l'autorisation de dépenses du FIQCS	Montant du plafond des dépenses autorisées (en M€)	Montant des dépenses 2009 (en M€)	Taux de consommation 2009 (en %)	Taux d'évolution des dépenses 2008/2009 (en %)
Nationale	27,5	27,1	99%	+ 53%
Dont enveloppe nationale pour les projets portés par le CNG	26,4	26,1	99%	+ 67%
Dont enveloppe allouée au bureau du CNQCS du FIQCS	1,1	1,0	95%	- 50%
Régionale	221,8	203,6	92%	+ 5,4%
Dont enveloppe allouée aux MRS	191,1	181,1	95%	+ 3,9%
Dont enveloppe allouée aux bureaux des CRQCS	30,7	22,5	73%	+ 19,7%
Total enveloppe FIQCS	249,3	230,7	93%	+ 9%
<i>Recettes 2009 du FIQCS : 190,1 M€</i>				
<i>Résultat 2009 du fonds : - 40,6 M€</i>				
<i>Report à nouveau cumulé du FIQCS 103,6 M€</i>				

Source : Direction financière et comptable CNAMTS

Compte tenu du niveau de charges et de recettes, le résultat du FIQCS pour l'exercice 2009 est en déficit de 40,6 M€ ce qui vient diminuer les réserves issues des résultats comptables précédents (144,2 M€ en 2009) conduisant à un report à nouveau pour 2010 de 103,6 M€.

1.1.2.2 Répartition de la consommation régionale

La répartition des dépenses par région est présentée dans le tableau 2, par ordre décroissant du taux de consommation.

A noter que la prise en compte des dépenses estimées dans les critères d'allocation budgétaire a généré une hausse du taux de consommation : 95% pour l'enveloppe MRS contre 89% en 2008, et 73% pour l'enveloppe soins de ville contre 45% en 2008.

Le taux de consommation de la dotation régionale le plus faible se retrouve en Corse avec 57%, et le plus fort en Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées et Bourgogne avec 99%. Quinze autres régions ont un taux de consommation supérieur ou égal à 90%.

On peut caractériser les régions en cinq profils de consommation (mêmes profils qu'en 2008), cf. graphique 1.

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

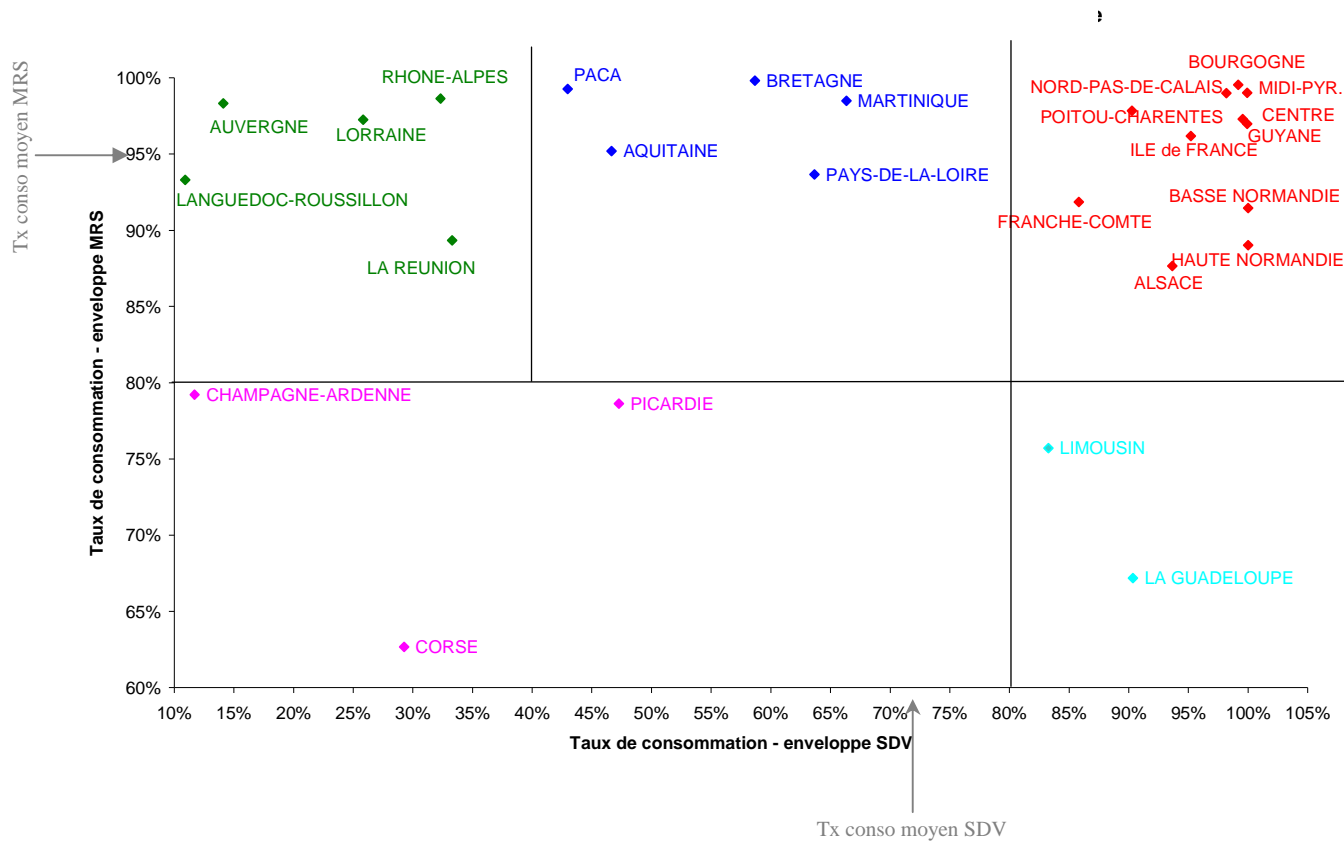


Tableau 2 : Taux de consommation régional 2009 (hors dotations nationales allouées aux MSP)

Région	Total dotation 2009 MRS+SDV	Conso. régionale	Taux de conso. régionale	Dotation enveloppe MRS 2009	Conso. enveloppe MRS 2009	Taux de conso MRS	Dotation enveloppe SDV	Conso. enveloppe SDV	Taux de conso SDV
Bourgogne	7 722 963	7 684 327	99%	6 921 663	6 889 521	100%	801 300	794 806	99%
Midi-Pyrénées	10 402 606	10 314 649	99%	8 672 897	8 586 500	99%	1 729 709	1 728 149	100%
Nord-Pas-de-Calais	15 844 752	15 663 263	99%	13 122 633	12 990 582	99%	2 722 119	2 672 682	98%
Guyane	1 645 530	1 605 184	98%	1 324 520	1 284 405	97%	321 010	320 779	100%
Centre	5 207 287	5 077 922	98%	4 699 070	4 571 905	97%	508 217	506 017	100%
Poitou-Charentes	5 623 103	5 464 406	97%	5 139 638	5 027 972	98%	483 465	436 434	90%
Ile-de-France	40 568 348	38 961 317	96%	34 393 446	33 081 946	96%	6 174 902	5 879 371	95%
Bretagne	11 944 809	11 162 674	93%	10 095 592	10 077 916	100%	1 849 217	1 084 758	59%
Rhône-Alpes	17 773 796	16 557 167	93%	16 304 477	16 082 314	99%	1 469 319	474 853	32%
Basse-Normandie	6 755 474	6 258 077	93%	5 825 466	5 328 069	91%	930 008	930 008	100%
Martinique	2 908 823	2 693 217	93%	2 375 138	2 339 241	98%	533 685	353 976	66%
Lorraine	7 025 052	6 429 509	92%	6 460 692	6 283 643	97%	564 360	145 866	26%
Franche-Comté	6 214 892	5 654 396	91%	5 420 080	4 979 107	92%	794 812	675 289	85%
Auvergne	4 989 972	4 538 092	91%	4 552 916	4 476 420	98%	437 056	61 673	14%
Haute-Normandie	6 725 952	6 108 169	91%	5 626 210	5 008 427	89%	1 099 742	1 099 742	100%
Aquitaine	11 765 955	10 676 560	91%	10 689 063	10 174 132	95%	1 076 892	502 429	47%
PACA	15 347 249	13 912 164	91%	13 000 415	12 903 467	99%	2 346 834	1 008 697	43%
Pays de Loire	10 448 624	9 381 506	90%	9 100 838	8 523 677	94%	1 347 786	857 830	64%
Alsace	5 596 797	4 965 027	89%	4 616 386	4 046 851	88%	980 411	918 176	94%
La Réunion	2 477 338	2 022 784	82%	2 137 374	1 909 583	89%	339 964	113 201	33%
Languedoc Roussillon	7 627 784	6 016 832	79%	6 291 597	5 870 735	93%	1 336 187	146 097	11%
Limousin	4 072 921	3 147 739	77%	3 222 346	2 439 611	76%	850 575	708 128	83%
Champagne-Ardenne	3 548 166	2 601 287	73%	3 237 393	2 564 909	79%	310 773	36 378	12%
Picardie	4 581 262	3 350 178	73%	3 778 746	2 970 895	79%	802 516	379 283	47%
Guadeloupe	3 514 630	2 511 050	71%	2 869 703	1 928 298	67%	644 927	582 751	90%
Corse	1 490 915	847 102	57%	1 229 746	770 651	63%	261 169	76 451	29%
TOTAL	221 825 000	203 604 597	92%	191 108 045	181 110 775	95%	30 716 955	22 493 822	73%

Source : Direction financière et comptable CNAMTS

1.1.2.3 Les dépenses nationales et régionales par type d'action

Les résultats présentés ci-après sont issus de l'arrêté des comptes 2009 de la CNAMTS et la répartition par type d'action reprend l'intitulé des comptes du plan comptable du FIQCS.

1.1.2.3.1 La consommation nationale

Tableau 3 : Répartition de l'enveloppe nationale

Types d'actions financées	Montants versés en 2008		Montants versés en 2009		Evolution 2008/2009 (en %)
	(en M€)	(en %)	(en M€)	(en %)	
Système d'information (dont dossier médical partagé ...)	16,1	91,0%	23,6	87,1%	+47%
Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)	0,5	2,8%	2,4	8,9%	+380%
Nouveaux modes d'exercices	0,3	1,7%	0,9	3,3%	+200%
Amélioration des pratiques	0,6	3,4%	0,1	0,4%	-83%
Réseaux adossés aux maisons des adolescents	0,2	1,1%	Intégré au FIQCS régional		
Evaluation	0	-	0,1	0,4%	-
TOTAL enveloppe nationale	17,7	100,0%	27,1	100,0%	+53,1%

Source : Direction financière et comptable CNAMTS

La forte hausse de la consommation de l'enveloppe nationale de 17,7 M€ à 27,1 M€ (soit +53%) est principalement liée au financement du DMP qui passe de 15 M€ en 2008 à 23,6 M€ en 2009. A noter également l'augmentation importante du financement national pour le développement des MSP (2,4 M€ consommés sur les 2,8 délégués aux régions, soit une hausse de +380% par rapport à 2008).

1.1.2.3.2 La consommation régionale

Tableau 4 : Répartition de l'enveloppe régionale

Type d'actions financées	Montants versés 2008		Montants versés 2009	
	(en M€)	(en %)	(en M€)	(en %)
Réseaux de santé	157,3	81,0%	164,8	81%
Amélioration des pratiques, nouveaux modes d'exercices, système d'information	18,3	10,0%	20,9	10%
<i>Dont groupes qualité, groupes de pairs</i>	1,7	0,9%	1,8	0,9%
Permanence des soins	14,0	7,0%	14,9	7,0%
<i>Dont maisons médicales de garde</i>	7,3	3,8%	7,9	3,9%
<i>Dont régulation libérale et autres actions de permanence des soins</i>	6,7	3,5%	7,0	3,4%
Maisons de santé pluri-professionnelles (1)	1,0	0,5%	1,2	0,6%
Aides à l'installation	0,2	0,1%	0,4	0,2%
Autres dépenses (frais de gestion, et d'évaluation, système d'info)	2,3	1,2%	1,4	0,7%
TOTAL enveloppe régionale	193,1	100,0%	203,6	100,0%

(1) hors dotations nationales allouées aux MSP, cf. tableau 3

Source : Direction financière et comptable CNAMTS

En 2009, la structure des dépenses est quasi identique à celle de 2008, avec une prépondérance constante des réseaux de santé (81%).

1.2 L'activité des instances

1.2.1 Les projets nationaux en 2009

Le bureau du Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins (CNQCS) du FIQCS a examiné 3 dossiers :

- un projet d'amélioration des pratiques (création d'un outil d'aide à la décision, au moyen d'un site internet, dont l'objectif est d'améliorer la pratique en masso-kinésithérapie) qui a reçu un avis favorable (*Aide à la Décision sur Site*)
- un projet de réseau de santé de prise en charge de l'incontinence urinaire et/ou anale et des troubles statiques pelviens de l'adulte, qui a reçu un avis défavorable (*Perenice*)
- un projet « nouveaux modes d'exercice » visant à optimiser la prescription pharmaceutique des médecins généralistes, dont la décision a été reportée dans l'attente d'informations complémentaires (*OMES*).

Par ailleurs, 7 projets ont fait l'objet de poursuite de financement en 2009 pour un montant de 1 M€.¹ (4 sont en cours de financement et 3 ont été cloturés).

Le CNG a pris les décisions de financement suivantes : dotation du DMP à hauteur de 23,6 M€, dotation complémentaire aux régions pour le financement des MSP répondant au cahier des charges national (2,8 M€ ont été alloués à 16 régions, dont 2,4 consommés) et financement de l'évaluation des groupes qualité.

1.2.2 Les projets régionaux en 2009

Les résultats présentés dans ce chapitre sont issus des données déclarées par les MRS.

On constate un écart de 5% entre les montants de dépenses déclarés par les régions (tableaux 5 et suivants) et ceux constatés par la Direction Financière et Comptable de la CNAMTS (tableau 4), essentiellement lié au fait certains projets et leur financement ne sont pas communiqués par les régions.

En 2009, 1 326 projets ont obtenu un financement au titre du FIQCS régional ou ont fait l'objet de paiements pour un financement accordé les années antérieures, contre 1 233 projets en 2008, soit une augmentation de 7%. L'ensemble de ces projets est détaillé au chapitre 2 (bilan thématique)

Projets soumis aux instances régionales en 2009

En 2009, pour l'ensemble des régions, 860 dossiers ont été étudiés, dont 781 (90,8%) ont reçu un avis favorable (nouvelles décisions et renouvellements) et 79 ont reçu un avis défavorable (9% des dossiers examinés contre 12% en 2008), cf. tableau 5.

Par rapport à 2008, on note une diminution de 10% des dossiers examinés (950 en 2008). Les demandes sur les projets d'exercice regroupés sont en revanche en forte hausse (109 contre 60 en 2008). La proportion de renouvellements reste élevée et identique à 2008, soit 60%.

¹Projets en cours de financement :

- ANCREED : Suivi des diabétiques en difficultés (SUDD)
- ASALEE : Coopération médecins généralistes/infirmières
- FFMKR : Groupes de pairs de masseurs kinésithérapeutes
- CNOP : Démarche qualité des officines

Projets cloturés :

- ANCREED : essentiellement éducation aux soins des pieds des diabétiques,
- ANGREHC : Pilotage national des ressources sur l'hépatite C
- Observatoire de la Sénologie

Tableau 5 : Projets étudiés en 2009 par les instances régionales du FIQCS

Nombre de dossiers examinés	Suites données aux demandes : Activité 2009				Activité antérieure à 2009	Montants accordés sur la durée de la convention de financement pour les projets nouveaux ou en renouvellement (en M€)	
	Nombre de dossiers examinés		Nouvelles décisions	Renouvellements	Avis défavorables		Nombre de projets en cours
Réseaux de santé	454	(53%)	63	358	33	321	209,1
Permanence des soins (PDS)	140	(16%)	30	102	8	138	15,1
Exercices regroupés (dont MSP)	109	(13%)	91	8	10	25	4,8
Amélioration des pratiques (dont groupes qualité)	78	(9%)	51	14	13	39	10,0
Nouveaux modes d'exercice	48	(6%)	18	24	6	14	6,1
Systèmes d'information	24	(3%)	5	10	9	4	4,4
Aides à l'installation	7	(1%)	4	3	0	4	0,3
Ensemble	860	(100%)	262	519	79	545	249,8

Source : Données recueillies auprès des MRS

Le principal motif de refus invoqué (cf. tableau 6) est l'absence de maturité du projet (43%). A noter le nombre minime de projets refusés pour non respect des référentiels. 36% des motifs de refus ne sont pas précisés.

Tableau 6 : Projets refusés par les instances régionales en 2009

Motifs de refus	Nombre	%
Projets non aboutis	34	43%
Projets en attente d'évaluation ou avec une évaluation non probante	5	6%
Projets ne respectant pas les référentiels d'organisation et la circulaire d'orientation des réseaux de santé du 2 mars 2007	2	3%
Projets hors champ du FIQCS	4	5%
Problèmes budgétaires	2	3%
Projets ne répondant pas à une priorité régionale ou nationale du FIQCS	2	3%
Projet ne répondant pas à un besoin de santé exprimé	1	1%
Autres motifs	29	36%
Ensemble	79	100%

Source : Données recueillies auprès des MRS

2. BILAN THEMATIQUE 2009

2.1 Présentation globale

Parmi les 1 326 projets financés en 2009, les réseaux de santé représentent 56% des projets, presque 85% des montants accordés sur la durée totale de convention de financement FIQCS et 83% des montants versés en 2009 (cf. tableau 7)².

20,4% des projets relèvent de la permanence des soins pour lesquels les montants versés correspondent à 7,6% du total versé au titre du FIQCS 2009 soit plus de 14,8 M€.

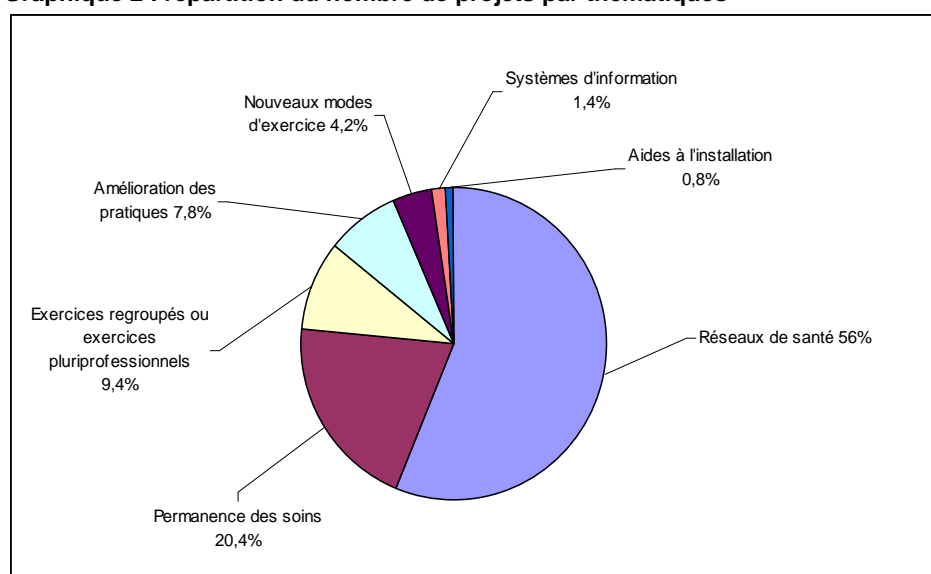
Presque 10% des projets concernent les maisons de santé pluri-professionnelles.

Tableau 7 : Projets financés par le FIQCS régional en 2009 par thématique

Projets	Total des projets financés		Montants accordés sur la durée de convention de financement		Montants versés en 2009	
	Nombre	%	M€	%	M€	%
Réseaux de santé	742	56,0%	474,5	84,7%	162,9	83,4%
Permanence des soins (dont maisons médicales de garde et régulation)	270	20,4%	48,0	8,6%	14,8	7,6%
Exercices regroupés des professionnels de santé ou exercices pluriprofessionnels (dont MSP)	124	9,4%	6,4	1,1%	3,8	2,0%
Amélioration des pratiques (dont groupes de qualité)	104	7,8%	17,1	3,0%	5,9	3,0%
Nouveaux modes d'exercice	56	4,2%	9,0	1,6%	4,5	2,3%
Systèmes d'information	19	1,4%	4,0	0,7%	3,0	1,5%
Aides à l'installation	11	0,8%	1,4	0,3%	0,4	0,2%
TOTAL	1 326	100,0%	560,4	100,0%	195,3	100,0%

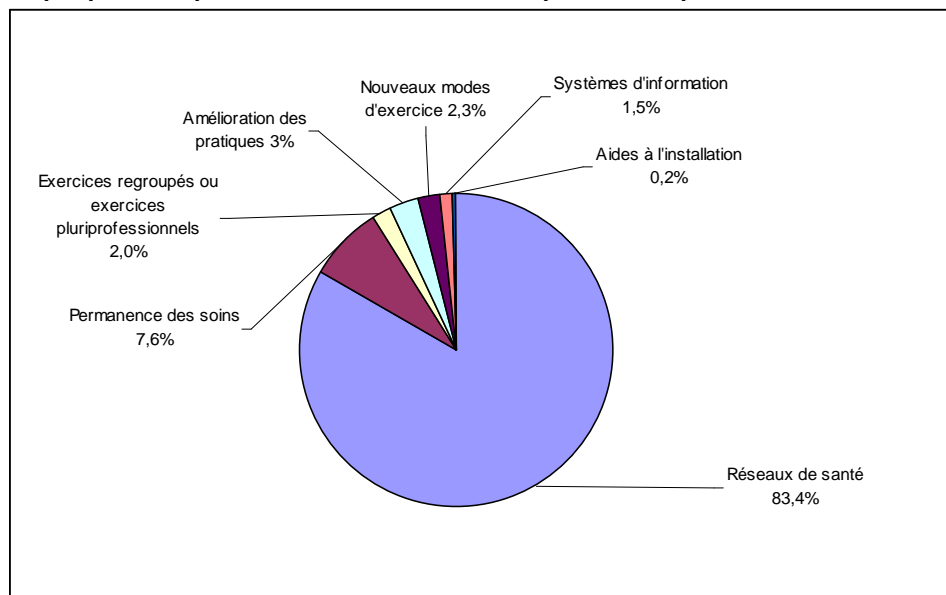
Source : Données recueillies auprès des MRS

Graphique 2 : répartition du nombre de projets par thématiques



² Rappel : les résultats présentés dans ce chapitre sont issus des données déclarées par les MRS et font apparaître un écart d'environ 5% entre les montants totaux de dépenses déclarés par les régions et ceux constatés par la Direction Financière et Comptable de la CNAMTS, essentiellement lié au fait que le financement 2009 de certains projets n'est pas renseigné.

Graphique 3 : Répartition des montants versés par thématiques



Les tableaux 8, 9 et 10 présentent la répartition des projets et de leur financement par région et par thématique permettant ainsi de visualiser les politiques de financement adoptées par chaque région.

Le tableau 8 présente les montants accordés par thématique sur toute la durée de la convention de financement et par région³.

Le tableau 9 présente les montants versés en 2009 par thématique et par région.

Le tableau 10 rapporte par région pour les 5 thématiques prépondérantes : Réseaux, PDS, Amélioration des pratiques, Exercices regroupés (hors MSP) et MSP, le montant moyen accordé par projet, la durée moyenne de convention de financement et le montant moyen versé en 2009. Les 3 autres thématiques ont été regroupées pour l'analyse.

La structure des dépenses accordées et celles des montants versés par région est assez proche (cf. tableaux 8 et 9). Les écarts constatés sont à mettre en regard avec les durées de convention déclarées par les régions (cf. tableau 10).

La durée moyenne de convention de financement est variable par thématique et par région. On peut ainsi remarquer que certaines régions comme la Haute-Normandie ou PACA présentent des durées moyennes de convention nettement supérieure à la durée moyenne nationale quelles que soient les thématiques.

A l'inverse, pour les régions Rhône-Alpes et Poitou-Charentes la durée moyenne de convention est très souvent inférieure aux durées moyennes nationales (rarement supérieure à un an pour Rhône-Alpes).

Cette variabilité impacte les montants moyens accordés.

La répartition des financements par thématique est différente d'une région à l'autre. L'Île-de-France, l'Alsace et la Lorraine déclarent consacrer plus de 95% des financements accordés aux réseaux de santé. La Martinique, quant à elle, leur consacre la totalité de sa dotation.

A l'inverse, d'autres régions telles que Pays-de-la-Loire, Limousin, Haute-Normandie et Languedoc-Roussillon, adoptent une répartition plus diversifiée.

Ainsi, la part consacrée à la permanence des soins pour Languedoc-Roussillon, Pays-de-la-Loire et Haute-Normandie est respectivement de 28,1%, 27,6% et 17% pour les montants accordés sur toute la durée de la convention de financement contre 8,5% au niveau national (respectivement 25,9%, 8,1% et 11,9% pour les montants versés en 2009 ; l'écart de la répartition entre les montants accordés et versés en 2009 pour les 2 dernières régions s'expliquant par des durées moyennes de convention plus importantes que la durée moyenne nationale).

³ Les projets « aide à l'installation », « systèmes d'information » et « nouveaux modes d'exercice » sont regroupés sous l'item « autres ».

Le développement des MSP a particulièrement été soutenu en Bourgogne (6,8% des montants accordés), Franche Comté (4,9%), Guyane (10,7%) et Limousin (2,4%) pour une part nationale de 0,9%.

Les régions Limousin, Pays-de-la-Loire et Picardie consacrent respectivement 33,1%, 14,1% et 12,1% des montants totaux accordés aux projets d'amélioration des pratiques, contre 3% au niveau national. La part exceptionnellement importante que l'on relève sur cette thématique pour le Limousin (33,1%) est liée à la promotion d'un projet visant à prévenir la rupture d'autonomie chez les personnes âgées avec un financement à hauteur de 900 000 € et à la prise en charge d'actions de formation diverses. Pour l'ensemble de la thématique « amélioration des pratiques » la part régionale des montants accordés est très hétérogène (de 0 à 33%, et de 0 à 23% pour la part des montants versés en 2009), en partie du fait du développement des groupes qualité sur 9 régions en 2009⁴, mais également en raison de la nature et du nombre de projets très différents que l'on y retrouve (cf. § 2.4).

Pour les régions Ile-de-France et Midi-Pyrénées les montants moyens versés en 2009 pour les réseaux de santé dépassent largement la moyenne nationale (respectivement 412 520 € et 354 027 € contre 225 678 € en moyenne), ce qui est en partie lié à la proportion importante de réseaux coûteux : réseaux de cancérologie, diabétologie et soins palliatifs (cf. § 2.2). Inversement en Bourgogne le montant moyen versé est très en dessous de la moyenne nationale pour chaque thématique ; pour un réseau de santé le montant moyen versé est de 140 843 €, les réseaux financés étant moins coûteux (gérontologie en particulier, cf. §2.2).

⁴ Régions ayant intégré la démarche des groupes qualité : Basse Normandie, Bretagne, Centre, Haute Normandie, Nord Pas de Calais, Pays de Loire, Picardie, Midi Pyrénées et PACA

Tableau 8 : Répartition par thématique des montants accordés sur toute la durée de la convention de financement pour chaque région

Régions	Nombre de projets	Montant total accordé par le FIQCS sur l'ensemble des conventions de financement (toutes thématiques confondues) en M€	Répartition du montant total accordé par le FIQCS sur l'ensemble des conventions de financement pour chaque région par thématique						Total
			Réseaux de santé	PDS	Amélioration des pratiques	Exercices regroupés (MSP uniquement)	Exercices regroupés (Hors MSP)	Autres (1)	
Alsace	31	17,7	95,4%	1,6%	0,5%	0,6%	0,0%	2,0%	100,0%
Aquitaine	68	52,1	86,8%	5,4%	0,1%	0,2%	0,1%	7,4%	100,0%
Auvergne	32	11,7	79,4%	13,2%	0,7%	1,3%	1,4%	4,0%	100,0%
Basse-Normandie	42	25,4	88,7%	3,9%	3,0%	0,6%	0,3%	3,4%	100,0%
Bourgogne	92	24,8	82,1%	6,1%	1,3%	6,8%	0,0%	3,8%	100,0%
Bretagne	90	34,4	83,8%	7,4%	7,0%	0,2%	0,1%	1,6%	100,0%
Centre	58	20,2	84,3%	5,7%	3,4%	0,4%	0,0%	6,2%	100,0%
Champagne-Ardenne	24	8,6	85,6%	11,7%	0,0%	0,4%	0,5%	1,9%	100,0%
Corse	8	1,8	92,1%	2,0%	4,4%	1,5%	0,0%	0,0%	100,0%
Franche-Comté	51	16,9	83,9%	5,3%	3,9%	4,9%	0,4%	1,7%	100,0%
Guadeloupe	15	7,5	81,6%	15,8%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Guyane	14	1,0	82,4%	5,5%	0,0%	10,7%	0,0%	1,5%	100,0%
Haute-Normandie	52	25,0	68,7%	17,0%	8,8%	0,5%	0,4%	4,6%	100,0%
Ile-de-France	104	105,4	95,2%	3,3%	1,0%	0,3%	0,2%	0,0%	100,0%
Languedoc-Roussillon	53	19,7	69,4%	28,1%	0,1%	0,0%	0,0%	2,5%	100,0%
Limousin	38	4,1	54,2%	6,9%	33,1%	2,4%	0,0%	3,4%	100,0%
Lorraine	54	20,7	95,4%	2,8%	0,4%	0,9%	0,3%	0,2%	100,0%
Martinique	11	2,5	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Midi-Pyrénées	43	28,2	78,3%	14,3%	1,0%	0,3%	0,0%	6,1%	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	104	29,8	78,2%	8,2%	4,5%	1,8%	0,1%	7,1%	100,0%
Pays-de-la-Loire	94	13,8	49,6%	27,6%	14,1%	1,3%	1,5%	5,9%	100,0%
Picardie	31	4,2	74,7%	4,5%	12,1%	1,5%	1,2%	5,9%	100,0%
Poitou-Charentes	47	15,7	94,3%	2,4%	1,0%	0,0%	0,0%	2,3%	100,0%
PACA	72	50,5	79,7%	14,3%	5,1%	0,0%	0,0%	0,8%	100,0%
Réunion	10	2,3	89,7%	7,8%	0,8%	0,0%	0,0%	1,8%	100,0%
Rhône-Alpes	88	19,5	82,3%	8,4%	0,9%	1,2%	0,6%	6,6%	100,0%
TOTAL	1 326	563,5	84,2%	8,5%	3,0%	0,9%	0,2%	3,1%	100,0%

(1) Les thématiques « Autres » sont : nouveaux modes d'exercices, systèmes d'information et aides à l'installation.

Source : Données recueillies auprès des MRS

Tableau 9 : Structure de la répartition des montants versés en 2009 par thématique pour chaque région

Régions	Nombre de projets avec montants versés 2009 renseignés		Montant total versé 2009 (toutes thématiques confondues) en M€	Répartition des montants versés 2009 pour chaque région entre les différentes thématiques						
	Nombre de projets avec montants versés 2009 renseignés	Taux de réponse		Réseaux de santé	PDS	Amélioration des pratiques	Exercice regroupé (MSP uniquement)	Exercice regroupé (Hors MSP)	Autres	Total
Alsace	31	100,0%	5,2	92,4%	2,9%	1,1%	1,9%	0,0%	1,6%	100,0%
Aquitaine	64	94,1%	10,7	85,2%	6,4%	0,2%	0,6%	0,4%	7,2%	100,0%
Auvergne	32	100,0%	4,6	72,9%	14,3%	1,3%	3,2%	3,5%	4,8%	100,0%
Basse-Normandie	40	95,2%	5,8	79,0%	9,9%	3,9%	1,8%	0,9%	4,5%	100,0%
Bourgogne	91	98,9%	7,8	83,2%	4,2%	0,9%	7,6%	0,0%	4,1%	100,0%
Bretagne	88	97,8%	11,0	79,4%	6,9%	9,4%	0,4%	0,0%	4,0%	100,0%
Centre	53	91,4%	5,0	85,8%	5,1%	2,0%	1,7%	0,0%	5,4%	100,0%
Champagne-Ardenne	23	95,8%	2,5	89,7%	6,9%	0,0%	1,0%	0,4%	2,1%	100,0%
Corse	8	100,0%	0,6	80,7%	4,3%	10,5%	4,5%	0,0%	0,0%	100,0%
Franche-Comté	48	94,1%	5,6	79,4%	6,1%	4,0%	6,8%	1,2%	2,6%	100,0%
Guadeloupe	14	93,3%	2,4	79,4%	16,5%	4,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Guyane	12	85,7%	1,0	83,6%	5,6%	0,0%	10,8%	0,0%	0,0%	100,0%
Haute-Normandie	50	96,2%	6,0	74,0%	11,9%	7,8%	0,7%	0,7%	4,9%	100,0%
Ile-de-France	95	91,3%	31,0	95,8%	2,6%	0,8%	0,5%	0,2%	0,0%	100,0%
Languedoc-Roussillon	52	98,1%	6,1	71,4%	25,9%	0,2%	0,0%	0,0%	2,6%	100,0%
Limousin	37	97,4%	3,3	65,2%	5,2%	23,3%	3,1%	0,0%	3,2%	100,0%
Lorraine	53	98,1%	6,8	90,5%	4,7%	1,1%	2,9%	0,3%	0,5%	100,0%
Martinique	11	100,0%	2,5	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Midi-Pyrénées	43	100,0%	10,4	75,0%	15,9%	0,9%	0,8%	0,0%	7,5%	100,0%
Nord-Pas-de-Calais	86	82,7%	15,3	69,8%	11,5%	4,1%	1,8%	0,3%	12,5%	100,0%
Pays-de-la-Loire	87	92,6%	9,3	72,9%	8,1%	6,3%	1,9%	2,2%	8,6%	100,0%
Picardie	31	100,0%	3,2	82,5%	5,2%	5,0%	1,2%	0,4%	5,8%	100,0%
Poitou-Charentes	40	85,1%	5,3	88,4%	3,0%	2,1%	0,0%	0,1%	6,5%	100,0%
PACA	71	98,6%	13,2	88,8%	5,0%	4,9%	0,0%	0,0%	1,3%	100,0%
Réunion	10	100,0%	2,1	91,4%	7,2%	0,4%	0,0%	0,0%	1,0%	100,0%
Rhône-Alpes	86	97,7%	18,6	86,4%	8,2%	0,9%	1,3%	0,6%	2,7%	100,0%
TOTAL	1 256	94,7%	195,3	83,4%	7,6%	3,0%	1,5%	0,4%	4,0%	100,0%

Source : Données recueillies auprès des MRS

Tableau 10 : Financements moyens et durée moyenne de convention de financement par thématique pour chaque région

Régions	Réseaux de santé					PDS					Amélioration des pratiques				
	Nb de projets	Montant moyen accordé par projet sur la durée de la convention de financement (en €)	Durée moyenne de convention de financement (en année)	Nb de projets avec montant versé 2009 renseigné	Montant moyen versé en 2009 (en €)	Nb de projets	Montant moyen accordé par projet sur la durée de la convention de financement (en €)	Durée moyenne de convention de financement (en année)	Nb de projets avec montant versé 2009 renseigné	Montant moyen versé en 2009 (en €)	Nb de projets	Montant moyen accordé par projet sur la durée de la convention de financement (en €)	Durée moyenne de convention de financement (en année)	Nb de projets avec montant versé 2009 renseigné	Montant moyen versé en 2009 (en €)
Alsace	23	733 901	2,7	23	207 418	3	91 932	1,6	3	49 816	1	87 100	1,0	1	57 100
Aquitaine	44	1 028 998	3,5	41	222 116	9	310 108	3,5	9	76 091	2	27 700	1,1	1	19 760
Auvergne	13	715 172	2,5	13	260 750	9	171 327	3,1	9	73 811	1	85 131	1,0	1	59 592
Basse-Normandie	23	978 116	3,0	23	200 350	8	124 341	1,9	7	82 731	4	191 588	1,7	3	75 047
Bourgogne	46	441 970	2,5	46	140 843	9	169 053	2,7	8	41 124	4	77 512	2,7	4	16 605
Bretagne	47	613 358	2,8	46	189 798	24	105 671	2,8	24	31 487	7	343 454	1,8	7	147 767
Centre	31	547 912	3,6	30	144 026	15	77 098	2,5	13	19 587	3	228 133	1,7	3	33 733
Champagne-Ardenne	7	1 053 580	2,4	7	326 492	9	111 747	3,6	8	22 008					
Corse	4	423 400	3,0	4	124 104	1	36 400	1,0	1	26 302	2	40 500	1,0	2	32 400
Franche-Comté	25	568 622	2,6	23	191 791	4	223 033	2,0	4	84 329	7	93 724	1,8	7	31 381
Guadeloupe	8	767 717	2,2	7	275 352	6	198 018	3,0	6	66 821	1	200 000	2,0	1	100 000
Guyane	10	82 659	0,8	9	91 843	1	55 060	1,0	1	55 060					
Haute-Normandie	24	714 298	3,7	24	185 331	14	303 518	4,8	12	59 468	4	550 564	4,5	4	117 072
Ile-de-France	81	1 237 697	2,8	72	412 520	14	250 320	2,9	14	58 648	3	368 720	3,5	3	87 640
Languedoc-Roussillon	30	454 807	2,3	30	145 785	18	306 474	2,7	18	88 159	1	10 000	0,1	1	10 000
Limousin	19	117 600	1,0	18	118 648	7	40 546	1,5	7	24 289	7	194 863	1,5	7	109 148
Lorraine	38	520 227	2,6	37	166 638	9	63 353	1,8	9	35 829	1	77 210	1,0	1	77 210
Martinique	11	230 389	1,0	11	230 389										
Midi-Pyrénées	22	1 001 719	2,5	22	354 027	11	366 204	2,9	11	150 123	3	94 400	1,9	3	29 933
Nord-Pas-de-Calais	45	517 551	2,0	45	237 044	12	203 580	1,3	11	159 005	21	63 735	1,0	7	90 318
Pays-de-la-Loire	35	195 466	0,9	35	193 020	36	105 473	3,7	33	22 734	13	149 927	1,4	9	65 054
Picardie	15	211 475	1,0	15	177 227	8	24 060	1,3	8	20 975	2	257 700	2,0	2	79 800
Poitou-Charentes	25	592 862	1,0	25	186 178	15	25 370	1,1	8	19 591	3	53 485	1,0	3	35 968
PACA	50	805 364	2,6	50	234 303	10	720 886	7,6	9	73 302	9	288 047	2,5	9	71 812
Réunion	5	406 292	1,0	5	379 633	3	58 708	0,9	3	50 008	1	17 735	1,0	1	7 981
Rhône-Alpes	61	263 792	1,0	61	263 792	15	109 811	1,1	15	101 336	4	43 600	0,3	3	54 667
TOTAL	742	639 458	2,3	722	225 678	270	177 750	2,8	251	59 090	104	164 620	1,6	83	71 371

ND : non déclaré

Source : Données recueillies auprès des MRS

Tableau 10 (suite) : Financements moyens et durée moyenne de convention de financement par thématique pour chaque région

Régions	Exercice regroupé (MSP uniquement)					Exercice regroupé (hors MSP)					Ensemble des projets (dont Autres)	
	Nb de projets	Montant moyen accordé par projet sur la durée de la convention de financement (en €)	Durée moyenne de convention de financement (en année)	Nb de projets avec montant versé 2009 renseigné	Montant versé moyen 2009 (en €)	Nb de projets	Montant moyen accordé par projet sur la durée de la convention de financement (en €)	Durée moyenne de convention de financement (en année)	Nb de projets avec montant versé 2009 renseigné	Montant versé moyen 2009 (en €)	Nb de projets	Durée moyenne de convention de financement toutes thématiques confondues (en année)
Alsace	1	100 000	ND	1	100 000						31	2,3
Aquitaine	3	33 761	1,4	3	22 881	1	42 064	0,7	1	42 064	68	3,1
Auvergne	6	24 643	1,0	6	24 643	2	82 328	1,0	2	82 328	32	2,2
Basse-Normandie	3	52 029	1,1	3	35 185	1	67 262	3,1	1	51 185	42	2,5
Bourgogne	28	59 934	1,9	28	21 078						92	2,3
Bretagne	8	10 000	0,5	8	5 000	1	18 000	1,0	0		90	2,5
Centre	3	27 733	1,1	3	27 733						58	2,9
Champagne-Ardenne	2	15 290	0,9	2	12 259	1	43 760	1,5	1	9 626	24	2,4
Corse	1	28 000	1,0	1	28 000						8	2,0
Franche-Comté	11	75 506	1,8	10	37 552	1	71 000	ND	1	63 900	51	2,1
Guadeloupe											15	2,5
Guyane	2	53 500	0,1	2	53 500						14	0,7
Haute-Normandie	4	29 827	1,4	4	10 105	1	103 700	2,1	1	44 100	52	3,7
Ile-de-France	5	61 973	1,1	5	30 573	1	176 460	1,5	1	50 000	104	2,7
Languedoc-Roussillon											53	2,3
Limousin	2	50 000	1,0	2	50 000						38	1,2
Lorraine	4	49 094	1,0	4	49 094	1	64 087	2,0	1	17 054	54	2,3
Martinique											11	1,0
Midi-Pyrénées	2	48 738	1,2	2	38 990						43	2,3
Nord-Pas-de-Calais	9	60 786	1,1	7	38 440	2	20 750	1,0	2	20 750	104	1,5
Pays-de-la-Loire	4	43 926	1,2	4	43 926	4	50 621	1,0	4	50 621	94	2,1
Picardie	2	32 690	1,0	2	18 641	1	50 000	0,3	1	11 912	31	1,1
Poitou-Charentes						1	5 585	2,0	1	3 909	47	1,1
PACA											72	3,3
Réunion											10	1,0
Rhône-Alpes	4	60 400	1,0	4	60 400	2	54 985	0,5	2	54 985	88	1,0
TOTAL	104	49 957	1,2	101	29 325	20	58 026	1,1	19	42 756	1 326	2,2

Source : Données recueillies auprès des MRS.

2.2 Réseaux de santé

742 réseaux de santé bénéficient d'un financement au titre du FIQCS (soit 24 réseaux déclarés de plus qu'en 2008), pour un montant total accordé sur la durée de la convention de financement de 474,5 M€, soit une augmentation de 24% par rapport à 2008 :

- les projets en cours d'exécution représentent 56% du montant accordé sur toute la durée de la convention et 43% des réseaux,
- les projets ayant fait l'objet d'un renouvellement en 2009 représentent 39% du montant accordé sur toute la durée de la convention et 48% des réseaux,
- les nouveaux projets représentent 5% du montant accordé sur toute la durée de la convention et 9% des réseaux.

Le montant versé en 2009, pour les 722 réseaux de santé⁵ pour lesquels l'information a été communiquée par les MRS, est de 163 M€ dont 81 M€ pour les projets ayant fait l'objet d'un renouvellement en 2009 (50% du montant total versé), 75 M€ pour les projets en cours d'exécution (46% du montant total versé) et 7 M€ pour les nouveaux projets (4% du montant total versé). 2.2.1 Répartition des réseaux de santé selon la région

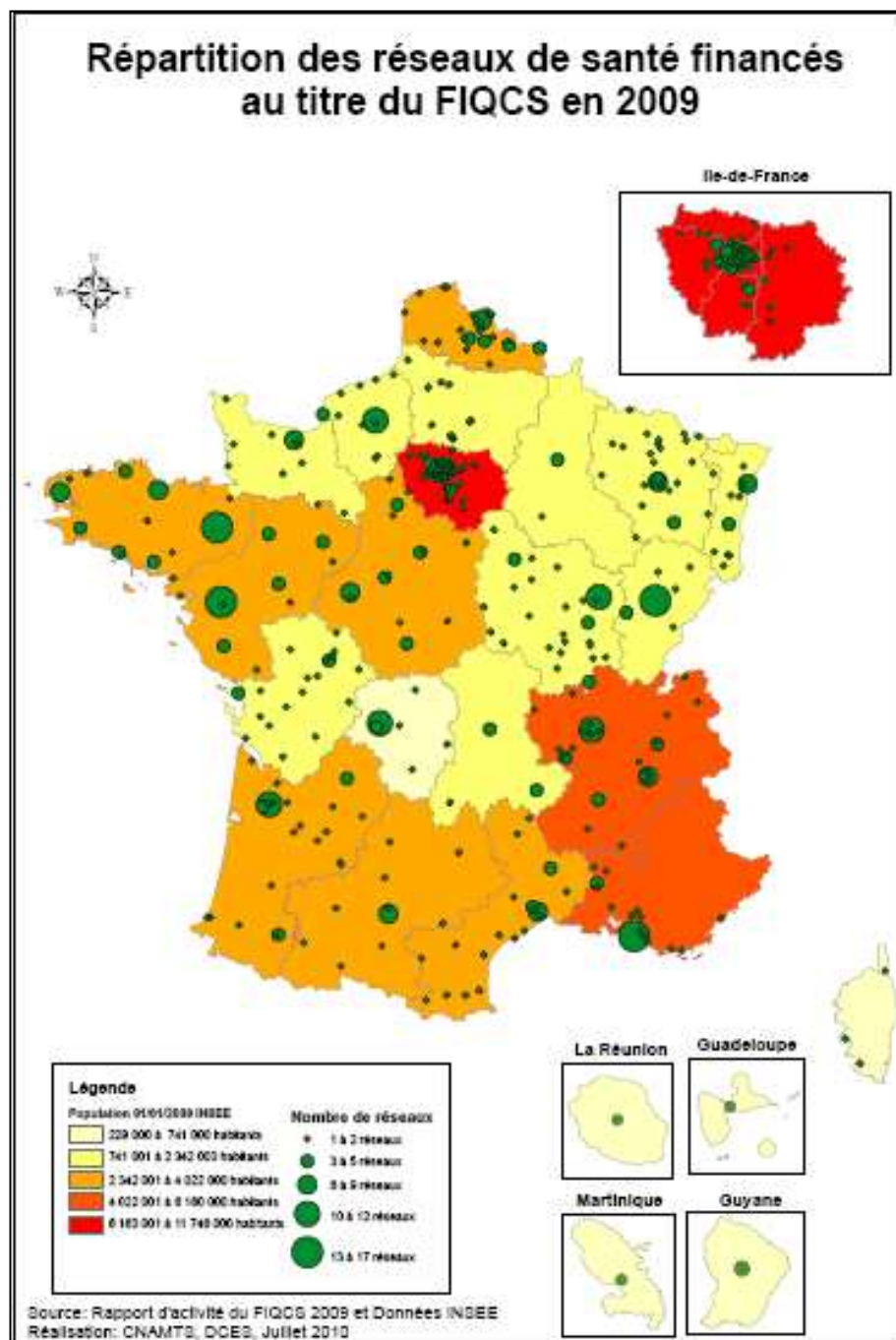
Les réseaux de santé sont répartis sur l'ensemble du territoire. Comme en 2008, on observe une corrélation positive entre le nombre de réseaux et l'effectif de population par région (Données INSEE, population au 01/01/2009) (cf. tableau 11 et carte).

Tableau 11: Répartition des réseaux de santé par région

Région	Nombre de réseaux	% de réseaux	Population INSEE au 01/01/2009	% de la population
Ile-de-France	81	11%	11 746 000	18%
Rhône-Alpes	61	8%	6 160 000	10%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	50	7%	4 940 000	8%
Bretagne	47	6%	3 163 000	5%
Bourgogne	46	6%	1 637 000	3%
Nord-Pas-de-Calais	45	6%	4 022 000	6%
Aquitaine	44	6%	3 200 000	5%
Lorraine	38	5%	2 342 000	4%
Pays-de-la-Loire	35	5%	3 538 000	6%
Centre	31	4%	2 544 000	4%
Languedoc-Roussillon	30	4%	2 616 000	4%
Franche-Comté	25	3%	1 168 000	2%
Poitou-Charentes	25	3%	1 759 000	3%
Haute-Normandie	24	3%	1 822 000	3%
Alsace	23	3%	1 847 000	3%
Basse-Normandie	23	3%	1 467 000	2%
Midi-Pyrénées	22	3%	2 865 000	4%
Limousin	19	3%	741 000	1%
Picardie	15	2%	1 906 000	3%
Auvergne	13	2%	1 343 000	2%
Martinique	11	1%	402 000	1%
Guyane	10	1%	229 000	0%
Guadeloupe	8	1%	404 000	1%
Champagne-Ardenne	7	1%	1 336 000	2%
Réunion	5	1%	817 000	1%
Corse	4	1%	307 000	0%
TOTAL	742	100%	64 321 000	100%

⁵ Parmi les 20 réseaux n'ayant pas renseigné l'information, 45% sont d'Ile-de-France. Le montant total issu des données de Direction financière et comptable est de 164,8 M€.

50% des réseaux se répartissent sur sept régions : l'Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Bretagne, Bourgogne, Nord-Pas-de-Calais et Aquitaine ; et plus de 25% sur trois régions : l'Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur qui représentent plus d'un tiers de la population française (France métropolitaine+Départements d'Outre Mer).



2.2.2 Répartition des réseaux de santé selon le thème et le financement

Le tableau 12 répartit les réseaux de santé en 22 grands thèmes, dont les 7 premiers en nombre de réseaux sont, comme en 2008 : gérontologie, soins palliatifs, cancérologie, diabétologie, périnatalité, addictologie et handicap. Ces 7 thèmes représentent :

- 66% du nombre de projets
- 70% du montant accordé sur toute la durée de la convention de financement au titre du FIQCS
- 68% du montant versé en 2009

Tableau 12 : Répartition des réseaux par thème, montants financés et durée de convention de financement

Thème regroupé	Projets		Montant total accordé sur la durée de convention de financement		% de couverture	Montant total versé en 2009 (1)				Durée moyenne de convention de financement (en années)
	Nombre de projets	%	Montant (€)	%		Nombre de projets renseignés	Montant (€)	%	Montant moyen versé par réseau	
Gérontologie	116	16%	57 467 880	12%	86%	113	21 333 724	13%	188 794	2,0
Soins Palliatifs	99	13%	94 142 905	20%	90%	96	28 210 079	17%	293 855	2,7
Cancérologie (2)	65	9%	58 639 910	12%	84%	62	18 667 504	11%	301 089	2,5
Diabétologie	63	8%	41 952 877	9%	87%	63	15 054 619	9%	238 962	2,5
Périnatalité (2)	55	7%	28 986 272	6%	82%	54	10 874 639	7%	201 382	2,4
Handicap	46	6%	26 697 638	6%	78%	44	9 694 085	6%	220 320	2,4
Addictologie	45	6%	22 710 045	5%	82%	43	7 696 422	5%	178 987	2,2
Prise en charge des adolescents	35	5%	7 156 835	2%	50%	35	3 313 128	2%	94 661	1,9
Proximité (poly pathologie)	31	4%	25 848 421	5%	83%	29	7 231 157	4%	249 350	2,6
Cardiovasculaire	29	4%	16 896 946	4%	87%	29	7 893 247	5%	272 181	1,9
Maladies infectieuses	23	3%	8 597 271	2%	73%	22	2 585 278	2%	117 513	2,3
Nutrition et prise en charge de l'obésité	23	3%	21 208 759	4%	90%	23	7 389 208	5%	321 270	2,4
Pathologies respiratoires	21	3%	14 707 817	3%	94%	21	5 128 233	3%	244 202	2,5
Neurologie	18	2%	12 749 890	3%	88%	17	4 866 443	3%	286 261	2,7
Précarité	11	1%	9 795 995	2%	72%	10	2 842 335	2%	284 234	2,9
Santé Mentale	10	1%	3 166 502	1%	52%	9	1 024 152	1%	113 795	2,2
Douleur	9	1%	5 786 275	1%	99%	9	2 156 876	1%	239 653	2,0
Néphrologie (insuffisance rénale chronique)	6	1%	4 265 207	1%	89%	6	1 806 797	1%	301 133	1,9
Maladies rares	5	1%	2 840 846	1%	89%	5	612 386	0%	122 477	3,4
Maison des réseaux / SI propre au réseau	3	0%	691 909	0%	44%	3	691 909	0%	230 636	1,0
Rhumatologie	2	0%	698 556	0%	94%	2	246 239	0%	123 120	2,5
Autre	27	4%	9 468 743	2%	91%	27	3 621 305	2%	134 122	1,8
TOTAL	742	100%	474 477 500	100%	84%	722	162 939 766	100%	225 678	2,3

(1) Le montant versé en 2009 n'a pas été renseigné pour 20 réseaux.

(2) Ces 2 thèmes regroupent des réseaux régionaux (organisationnel) et non régionaux (opérationnel). Leur répartition est donnée dans l'annexe 2.

Source : Données recueillies auprès des MRS

Les réseaux de santé de gérontologie et soins palliatifs (près d'un tiers des réseaux) représentent, respectivement 12% et 20% (soit 57 M€ et 94 M€) du montant accordé au titre du FIQCS sur toute la durée de la convention de financement et 13% et 17% (soit 21 M€ et 28 M€) pour le montant versé en 2009.

A noter pour les réseaux de gérontologie, 13 d'entre eux (11%) prennent plus spécifiquement en charge les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Ces réseaux représentent 19% des montants accordés au titre du FIQCS sur toute la durée de la convention de financement et 16% des montants versés en 2009 pour les réseaux de gérontologie.

Les 27 projets classés « Autres » sont, entre autres, des études de faisabilité (4), des projets de prise en charge des soins dentaires pour les personnes âgées ou atteintes de handicap, d'hémopathie maligne et non maligne, des troubles du sommeil (2 pour chacun des thèmes). Cinq projets de prise en charge des urgences médicales apparaissent dans la partie « Réseaux » mais devraient relever en réalité de la thématique « Permanence des soins ».

Le FIQCS finance à hauteur de 84% l'ensemble des réseaux de santé, tous thèmes confondus. 83% des réseaux de santé sont financés à plus de 80% par le FIQCS (87% en moyenne). 6 thèmes de réseau ont un taux de couverture par le FIQCS inférieur à 80% : les maisons des réseaux / système d'informations propre au réseau (44%), prise en charge des adolescents (50%), santé mentale (52%), précarité (72%), maladies infectieuses (73%) et handicap (78%).

Tous réseaux confondus, le montant moyen versé en 2009 est de 225 678 €. Ce sont les réseaux de nutrition et prise en charge de l'obésité (321 270 €), de néphrologie, (301 133 €), de cancérologie (301 089 €) et soins palliatifs (293 855 €) qui ont les montants moyens versés les plus élevés.

La durée de convention de financement des réseaux de santé est de 2,3 ans en moyenne : les réseaux prenant en charge les maladies rares, la précarité, les soins palliatifs et la neurologie, présentent les durées de convention les plus longues, respectivement 3,4 ans, 2,8 ans et 2,7 ans pour les deux dernières.

Les réseaux prenant en charge les maladies cardio-vasculaires, les adolescents, la gérontologie et la douleur ont les durées de convention les plus courtes avec respectivement 1,8 an, 1,9 an et 2 ans pour les deux dernières.

2.2.3 Répartition territoriale des sept principaux thèmes

La répartition territoriale des réseaux de santé est très différente selon le thème (cf. cartes).

Les réseaux de gérontologie, les plus nombreux, sont présents sur l'ensemble du territoire. Cependant, on observe une forte concentration de ces réseaux en Poitou-Charentes et en Lorraine (13 respectivement). Les 2 MRS Martinique et Guyane n'en ont aucun.

On note que pour les deux thèmes liés à l'âge (périnatalité et gérontologie), la concentration des réseaux n'est pas directement liée à l'importance de la population concernée.

Pour les soins palliatifs, le nombre de réseaux recensés est nettement plus important pour les régions Nord-Pas-de-Calais (13 réseaux) et Ile-de-France (10 réseaux). 3 MRS (Guadeloupe, Guyane, Réunion) ainsi que les régions Corse et Limousin n'ont aucun réseau de soins palliatifs.

La répartition des réseaux de cancérologie et de périnatalité, identifiés comme des réseaux régionaux ou non régionaux, est présentée par région dans l'annexe 2.

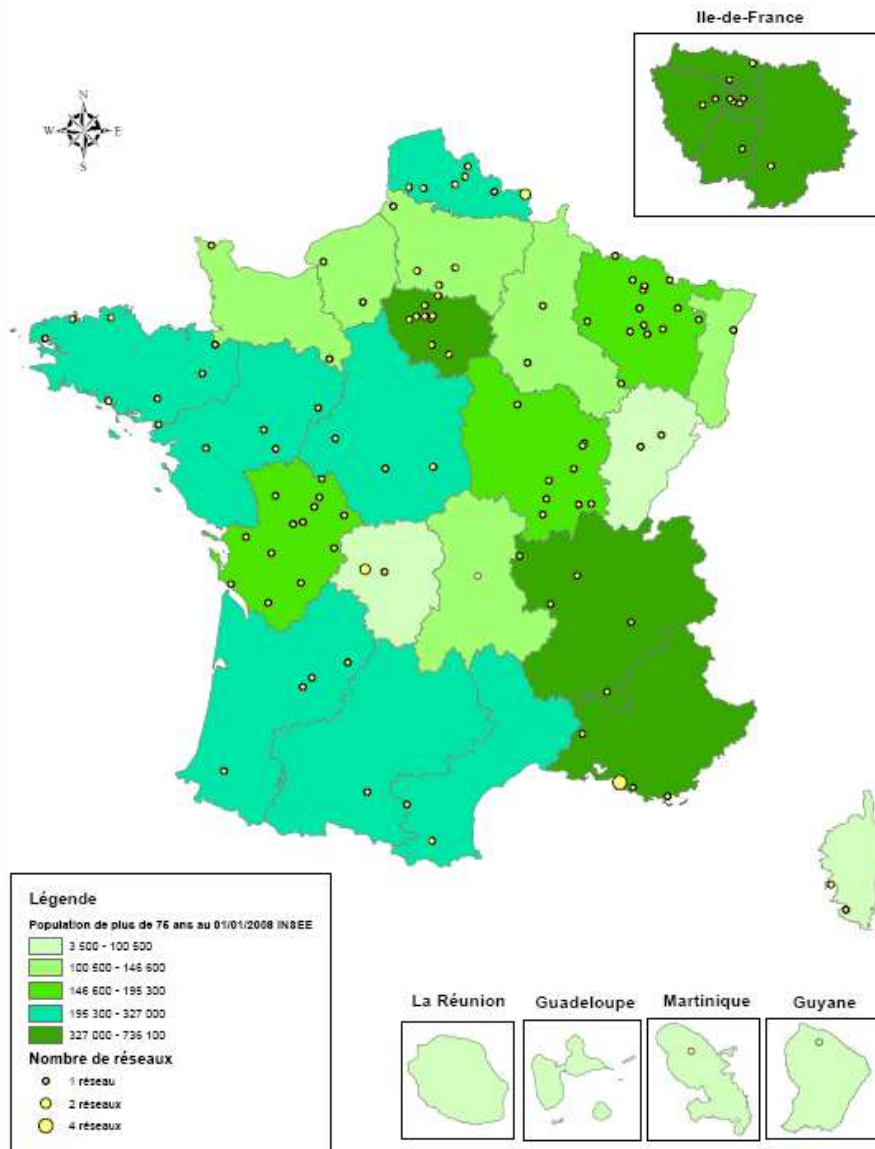
Concernant la répartition des réseaux de diabétologie : chaque région finance au moins un réseau excepté les régions Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne et la Martinique. Les régions finançant le plus grand nombre de réseaux de diabétologie sont la Lorraine et Pays-de-la-Loire avec respectivement 8 et 6 réseaux.

Les 46 réseaux prenant en charge le handicap ont une répartition disparate : 10 régions n'en ont aucun : Auvergne, Champagne-Ardenne, Corse, Guyane, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Picardie, Poitou-Charentes et la Réunion. La région comptabilisant le plus de réseaux de handicap est Rhône-Alpes (8).

On observe également une répartition hétérogène sur le territoire pour les réseaux d'addictologie. 7 régions n'en ont aucun : Basse-Normandie, Corse, Guyane, Languedoc-Roussillon, Martinique, Nord-Pas-de-Calais et Picardie. Le nombre de réseaux localisés en Pays-de-la-Loire (7) et en Franche-Comté (6) est à contrario relativement élevé.

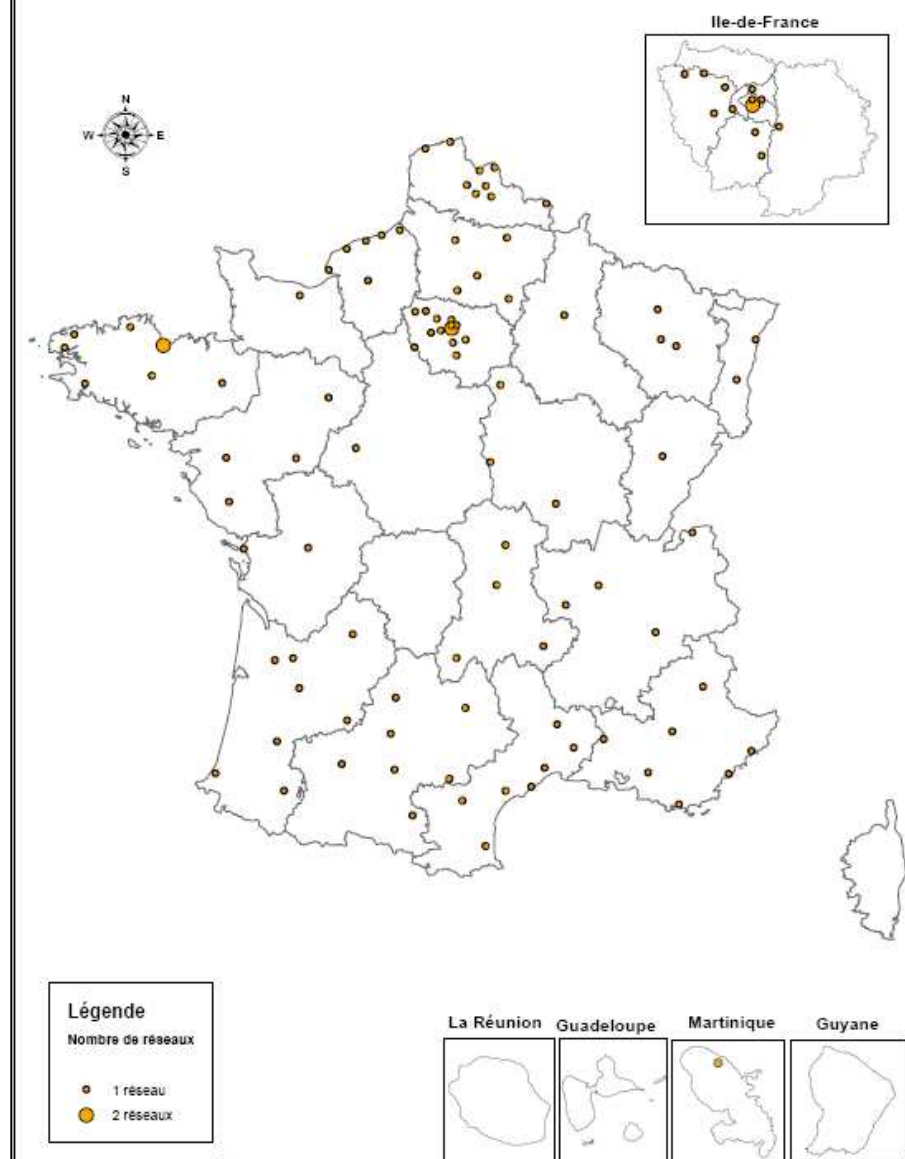
Pour les réseaux de proximité (réseau polyopathologies implantés le plus souvent sur des zones infra départementales), on constate que plus de la moitié d'entre eux sont situés dans les régions Ile-de-France, Basse-Normandie et Bourgogne tandis qu'un nombre important de régions (12) en sont dépourvues.

Réseaux de gérontologie en 2009



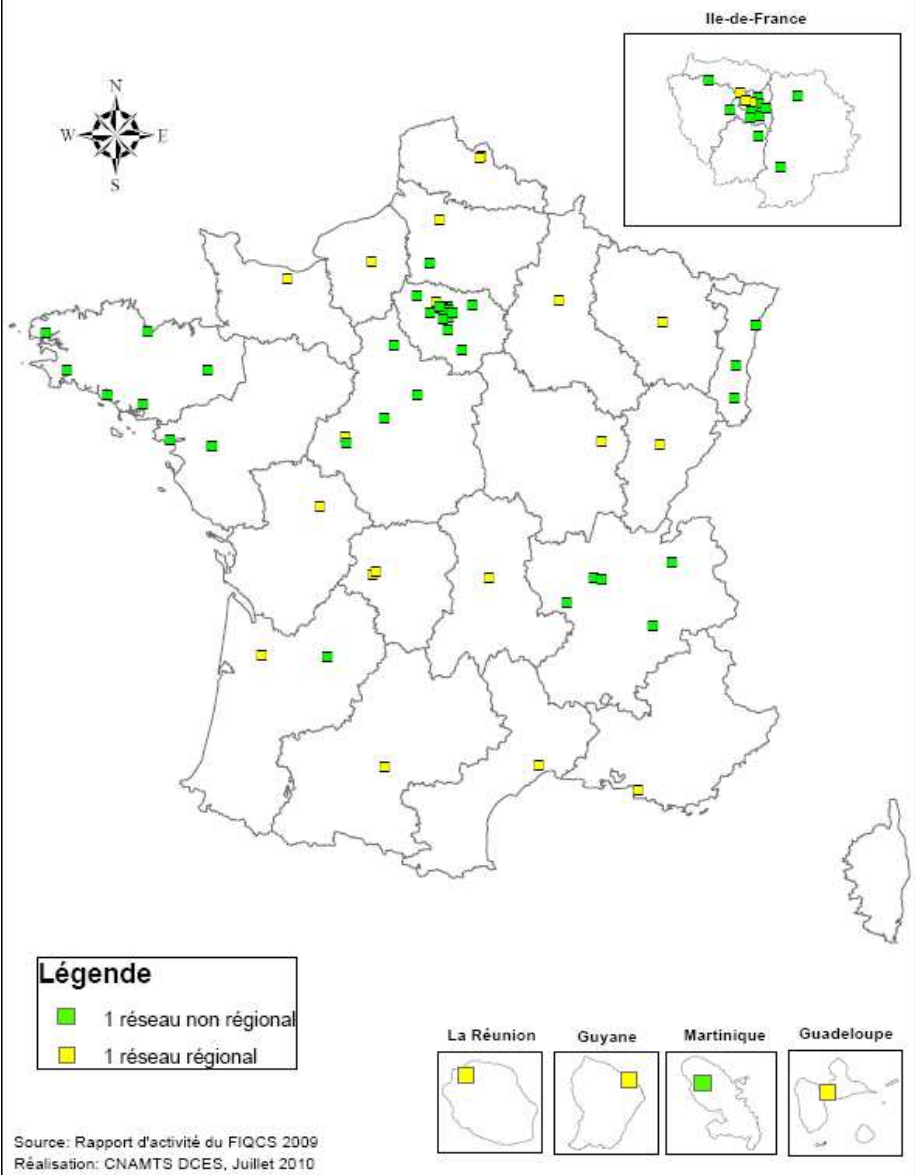
Source: Rapport d'activité du FIQCS 2009 et Données INSEE
 Réalisation: CNAMTS, DCES, Juillet 2010

Réseaux de soins palliatifs en 2009

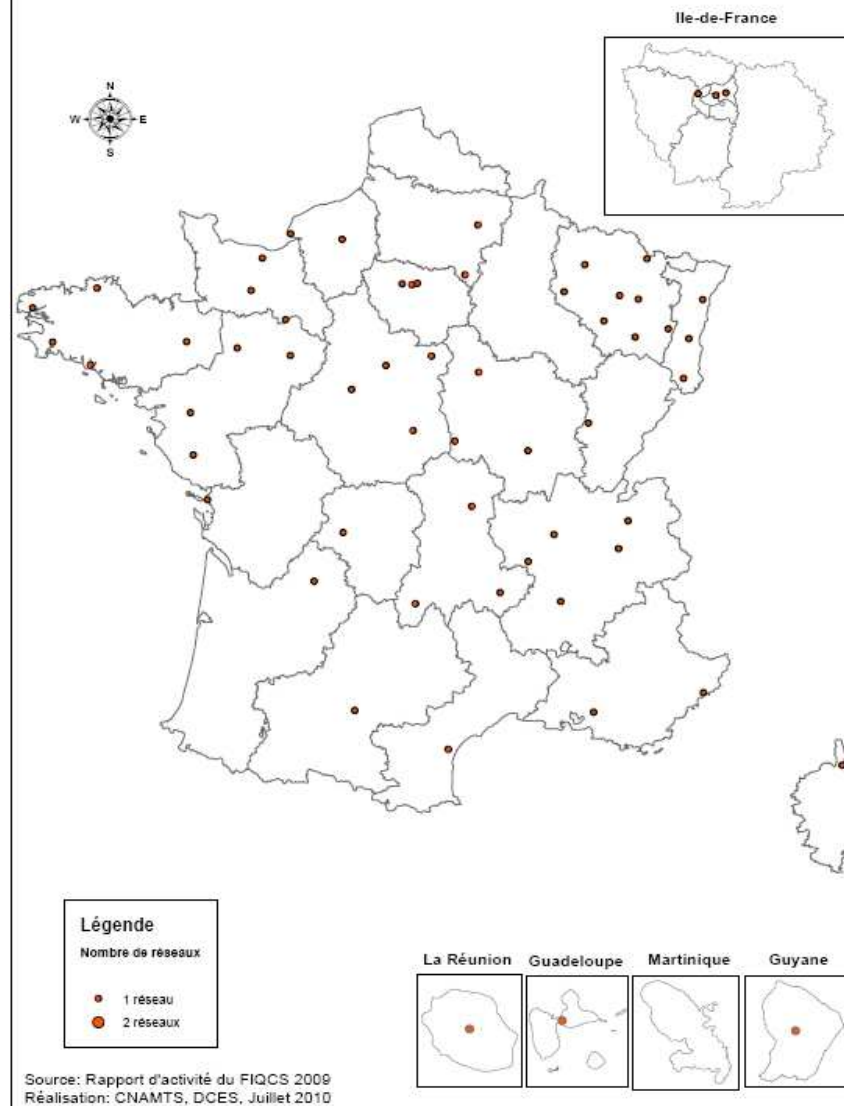


Source: Rapport d'activité du FIQCS 2009
 Réalisation: CNAMTS, DCES, Juillet 2010

Réseaux de cancérologie en 2009

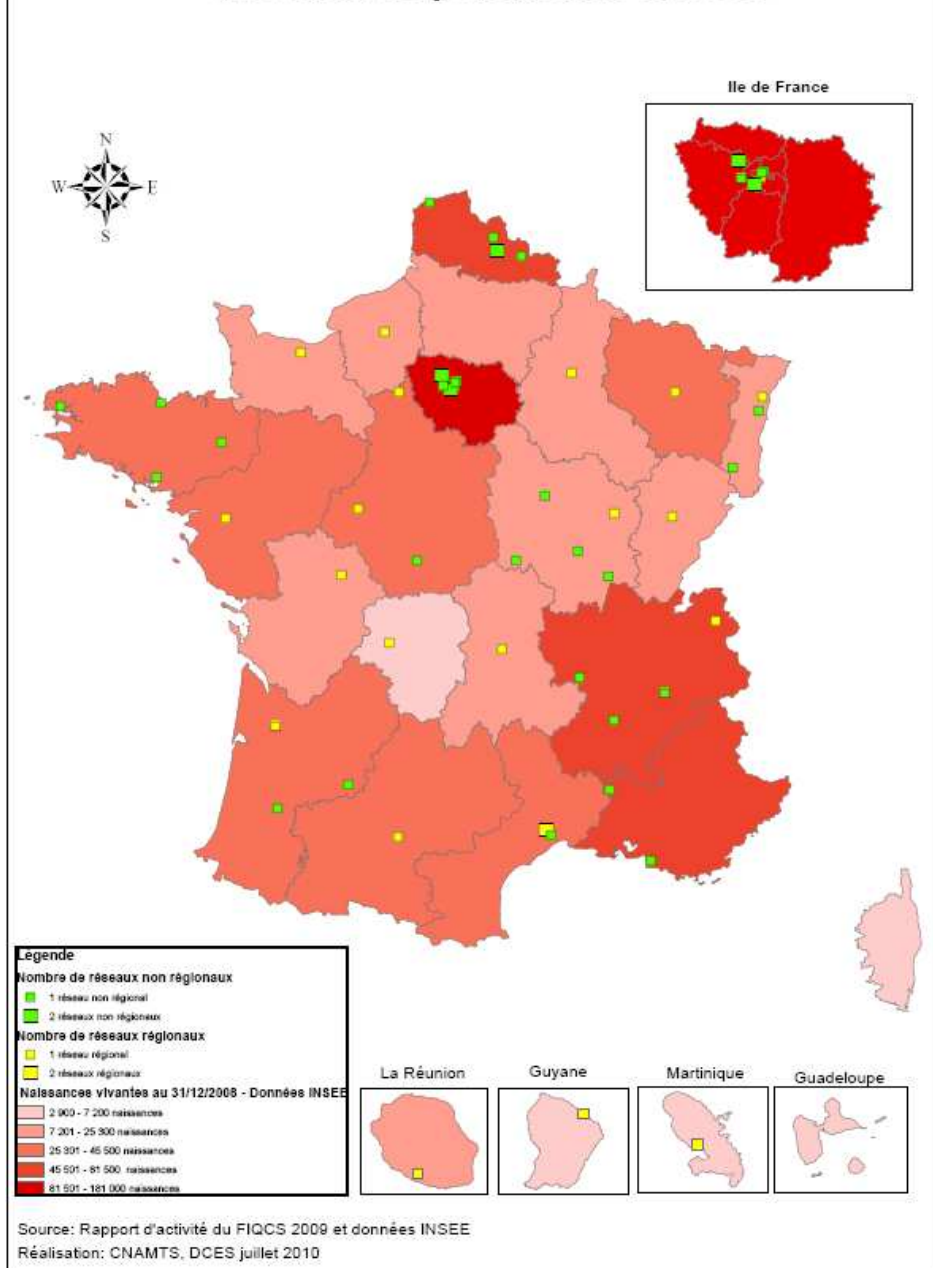


Réseaux de diabétologie en 2009

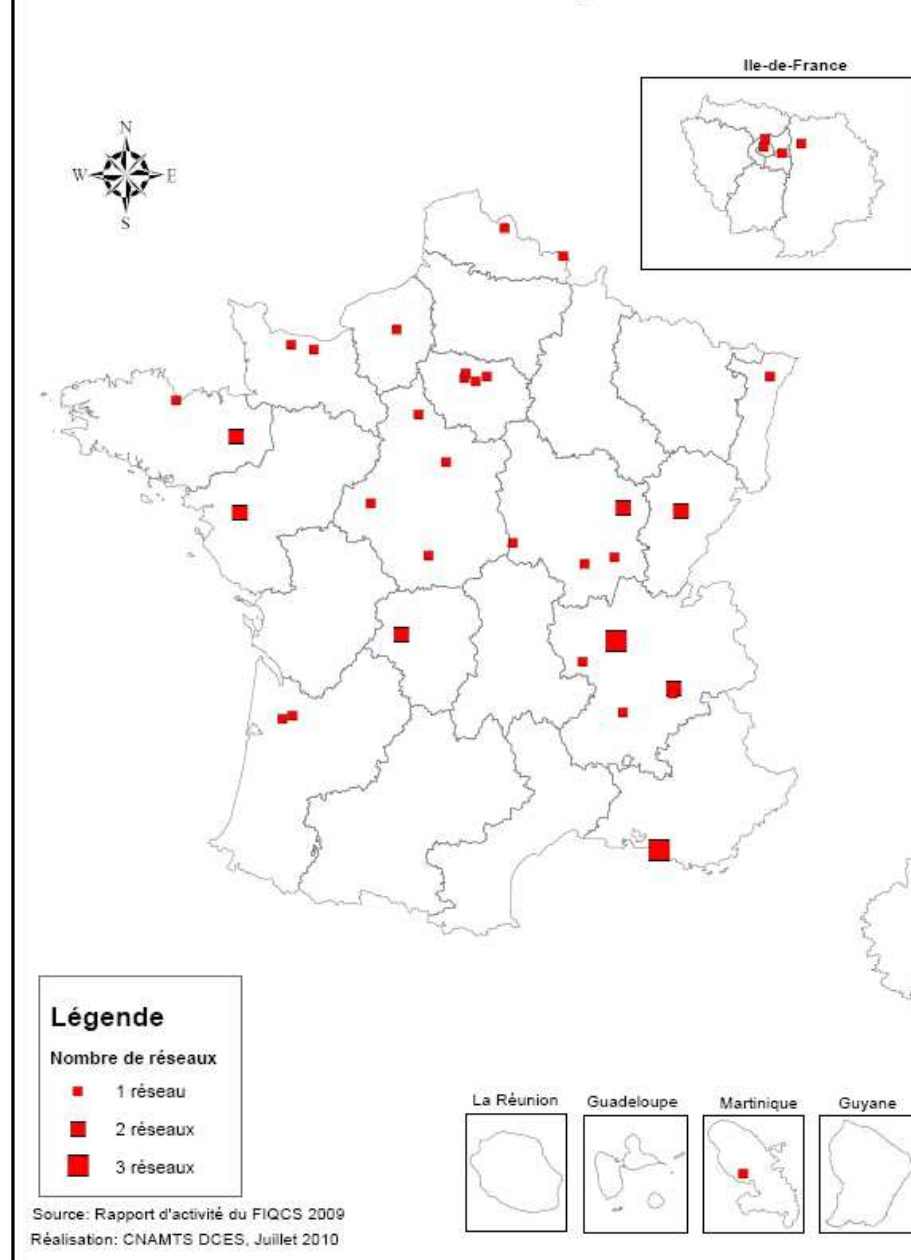


Remarque : La région Nord-Pas-de-Calais dispose de 3 réseaux ayant une activité de diabétologie associée à une activité de prise en charge de patients atteints d'une pathologie cardio-vasculaire, classés dans ce dernier thème.

Réseaux de périnatalité en 2009



Réseaux de handicap en 2009



2.2.4 Analyse des indicateurs d'activité, de qualité et de coût

En 2009, une évaluation nationale des réseaux de santé portant sur l'exercice 2008 a été réalisée.

Sur la base des orientations de la circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 02 mars 2007, les objectifs de cette évaluation étaient d'apprécier l'activité des réseaux, la qualité de la prise en charge par l'analyse des procédures mises en place, l'efficacité par une approche coût/procédures.

L'année 2008 constituait la première année de recueil. Certaines données n'étaient pas disponibles et une analyse plus synthétique que celle initialement prévue a été réalisée.

Pour l'année 2008, un indice synthétique de qualité (ISQ) avait été calculé pour chaque réseau en prenant en compte les indicateurs traceurs⁶, (cf. Indice Synthétique de Qualité en annexe 3) :

- des procédures de qualité et de sécurité mises en place par le réseau pour la prise en charge des patients
- de l'atteinte des objectifs fixés par la convention concernant les systèmes d'informations et la mutualisation des ressources.

Chaque réponse « oui » à un des indicateurs était cotée 1, les réponses ayant pour valeur « non » ou non renseignées étaient cotées 0. L'ISQ a été établi en sommant ces réponses conduisant à une valeur globale comprise entre 0 et 10.

Dans le cadre du rapport d'activité 2009, ont été recueillies les données permettant de mesurer l'activité, de calculer l'indice synthétique de qualité à partir des 10 indicateurs retenus pour l'évaluation des réseaux et d'évaluer le montant moyen versé par patient au titre du FIQCS.

2.2.4.1 Champ de l'étude

Ont été exclus du champ de l'étude :

- Les réseaux régionaux de cancérologie (27 réseaux) et de périnatalité (21 réseaux)
- Les nouveaux réseaux créés en 2009 (63 réseaux, dont 3 réseaux régionaux de périnatalité (réseaux présentés en annexe 4)
- Les projets identifiés comme « maisons des réseaux santé / Système d'information propre au réseau » (3 réseaux)
- les réseaux n'ayant renseigné aucun des 10 indicateurs constituant l'ISQ (36 réseaux concernés).

Ainsi pour l'année 2009, l'analyse a pu être réalisée pour 592 réseaux de santé sur les 742 identifiés dans ce rapport.

2.2.4.2 Analyse par thème

2.2.4.2.1 Activité

Le tableau 13 rapporte par type de réseau, la moyenne et la médiane du nombre de patients avec Plan Personnalisé de Santé (PPS)⁷, de médecins libéraux intervenant dans un PPS, d'établissements et d'ETP de l'équipe du réseau⁸. *Le PPS est l'élément central de cette évaluation : outil de traçabilité du parcours et de la coordination des soins pour un même patient, il permet d'identifier un socle comparable de patients pris en charge et de professionnels participant au réseau.*

⁶ 8 indicateurs pour les procédures de qualité et de sécurité :

- 2 relatifs à la maintenance des référentiels et au respect des protocoles,
- 1 relatif à la mise en place d'une permanence téléphonique,
- 2 relatifs au dossier patient (existence d'un dossier patient pour chaque patient et vérification de son utilisation),
- 1 relatif à l'existence d'une procédure de réévaluation annuelle du patient,
- 1 relatif à l'intégration du médecin traitant au PPS
- 1 relatif à la mise en place d'un recensement des événements indésirables

2 indicateurs pour l'atteinte des objectifs de la convention de financement

- 1 relatif à la conformité du système d'informations du réseau aux critères définis par le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH)
- 1 relatif à la mise en œuvre d'actions de mutualisation avec d'autres structures.

⁷ Plan personnalisé de santé (PPS) : Document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins notamment en soins du patient et établissant le programme des interventions des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires.

⁸ Professionnels de santé ou non, salariés directement par le réseau ou mis à disposition du réseau et travaillant de manière régulière sur l'ensemble des activités de ce dernier

Tableau 13 : Patients, acteurs et ressources humaines, par thème

Thème	Nombre de réseaux ⁹	Patients adhérents et ayant un Plan Personnalisé de Santé (PPS)			Médecins libéraux intervenant dans un PPS			Etablissements et services de santé ou sociaux ou médico-sociaux intervenant dans un PPS			Equipe du réseau Equivalents Temps Plein (ETP)		
		Moyenne	Médiane	taux de réponse ¹⁰	Moyenne	Médiane	taux de réponse	Moyenne	Médiane	taux de réponse	Moyenne	Médiane	taux de réponse
Gérontologie	100	290	236	98%	63	44	94%	27	20	92%	4,0	3,5	100%
Soins Palliatifs	95	173	134	98%	114	71	98%	41	31	93%	4,3	3,8	97%
Diabétologie	60	548	366	95%	99	72,5	97%	9	5	88%	3,4	3,0	100%
Addictologie	41	277	163	71%	59	43	85%	24	12	78%	2,5	2,0	100%
Handicap	37	404	222	97%	63	29,5	86%	23	15	84%	4,1	3,0	100%
Cancérologie	33	573	372	67%	116	113,5	85%	17	13	88%	4,1	3,6	97%
Périnatalité	27	461	426	59%	64	57	93%	15	10,5	89%	2,4	2,3	96%
Prise en charge des adolescents	25	315	172	80%	24	9,5	48%	22	11	68%	3,8	2,8	96%
Proximité (poly pathologie)	22	370	284	82%	68	36	82%	24	11	91%	3,8	3,1	95%
Cardiovasculaire	21	446	415	90%	136	117	90%	8	5	86%	4,4	3,6	100%
Nutrition et prise en charge de l'obésité	21	389	237	95%	126	104	100%	11	7	81%	4,0	3,6	100%
Maladies infectieuses	20	232	148	90%	52	35	80%	16	13	70%	2,2	2,5	90%
Pathologies respiratoires	18	279	166	89%	87	58	89%	7	6	83%	3,0	2,6	100%
Neurologie	17	762	589	94%	77	44	94%	123	30	77%	5,2	4,6	94%
Douleur	9	419	375	89%	67	41	100%	17	10	100%	2,9	3,0	100%
Précarité	9	482	314	100%	43	32,5	89%	66	16	100%	5,8	5,3	100%
Santé Mentale	9	233	32	78%	26	17	78%	11	6	78%	3,5	2,8	100%
Néphrologie (insuffisance rénale chronique)	6	467	414	67%	90	28	83%	20	15	83%	4,4	4,3	100%
Maladies rares	4	138	85	100%	33	32	100%	80	3	75%	2,1	1,3	75%
Rhumatologie	2	105	105	100%	63	63	50%	3	3	100%	1,3	1,3	100%
Autre	16	317	225	63%	117	65	56%	21	10	69%	2,4	2,1	100%
TOTAL	592	351	230	88%	76	53	89%	26	13	86%	3,7	3,2	98%

Source : Données recueillies auprès des MRS

⁹Nombre de réseaux entrant dans le champ de l'étude (cf. § 2.2.4.1)

¹⁰Pour l'item « Patients adhérents et ayant un PPS », les taux de réponse de ce tableau sont calculés à partir du nombre de réponses renseignées, différentes de 0 et inférieures ou égales à 2000. Pour les autres indicateurs, les taux de réponses sont calculés uniquement à partir du nombre de réponses renseignées et différentes de 0.

- **Taux de réponses**

Les taux de réponses des réseaux étudiés dépendent des variables mesurées : Ainsi, ce taux est très élevé pour la variable ETP (98%) et plus faible pour les établissements intervenant dans un PPS (86%). Pour une même variable, ces taux de réponses sont relativement hétérogènes variant par exemple pour les médecins libéraux : de 48% (réseaux de prise en charge des adolescents) à 100% (réseaux de nutrition et prise en charge de l'obésité, douleur et maladies rares).

Les trois principaux thèmes en nombre de réseaux évalués (gériatrie, soins palliatifs, diabétologie) ont des taux de réponses élevés (proches de 100%) pour l'ensemble des items. Pour chacun d'entre eux, des tableaux détaillés par région sont en annexe 5 pour les indicateurs suivants : ISQ moyen, effectif moyen de patients, de médecins libéraux, montant moyen versé par région, montant moyen versé par patient.

Pour un même thème, on peut observer des taux de réponses différents d'une variable à l'autre. Par exemple, pour les réseaux prenant en charge les maladies infectieuses, les taux de réponses selon les variables passent de 70% (établissements) à 90% (patients et effectifs ETP).

Pour la variable patient : les réseaux dont le nombre de patients est supérieur à 2000 ont été exclus (30 réseaux) dont 27% sont des réseaux non régionaux de périnatalité et 23% des réseaux non régionaux de cancérologie. Cela explique les faibles taux de réponses pour ces deux thèmes.

Deux thèmes présentent de faibles taux de réponses pour les variables étudiées (sauf effectifs ETP) : les réseaux d'addictologie (en particulier, variable patient : 71%) et de prise en charge des adolescents (en particulier, variable médecins libéraux: 48%).

Les moyennes et médianes étant calculées sur un nombre de réseaux différents d'une variable à l'autre, l'analyse de la corrélation entre variable pour un même thème n'a pas été réalisée.

En revanche, l'analyse globale tous thèmes confondus ne fait pas apparaître de corrélation entre l'effectif des patients pris en charge et les 3 autres variables (médecins libéraux, établissements et équipe du réseau).

- **Patients adhérents au réseau et ayant un PPS**

Tous réseaux confondus, la moyenne et la médiane, sont respectivement de 351 et 230 patients par réseau.

L'effectif moyen de patients le plus élevé concerne les réseaux de neurologie (762 patients), de cancérologie (573 patients) et de diabétologie (548 patients).

A noter, que pour ces trois thèmes l'effectif médian est très inférieur à la moyenne en raison d'une distribution comportant des valeurs extrêmes élevées.

A l'inverse, on observe des valeurs assez proches entre la moyenne et la médiane, notamment pour les réseaux soins palliatifs, périnatalité et pathologies cardiovasculaires.

Le référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées » recommande un minimum de 200 patients suivis par réseau (Circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197). Or en 2009, seuls 58%¹¹ des réseaux de gériatrie évalués répondent à cette indication.

Pour les réseaux de soins palliatifs, le référentiel national « soins palliatifs » recommande au minimum 150 patients suivis par réseau (Circulaire DHOS/02/DGS/SD 2002/98). Actuellement, 42%¹² de ces réseaux répondent à cette exigence. Ceci suggère qu'une attention particulière doit être portée aux réseaux dont le nombre de patients est inférieur au seuil préconisé en particulier pour les réseaux dont la montée en charge est terminée.

¹¹ Calcul réalisé à partir du nombre de réponses renseignées, différentes de 0 et inférieures ou égales à 2000, taux de réponse : 98% des réseaux de gériatrie évalués.

¹² Calcul réalisé à partir du nombre de réponses renseignées, différentes de 0 et inférieures ou égales à 2000, taux de réponse : 98% des réseaux de soins palliatifs évalués.

- **Nombre de médecins libéraux adhérents et participant à au moins un PPS**

Tous réseaux confondus, la moyenne et la médiane, sont respectivement de 76 et 53 médecins. On peut noter une grande hétérogénéité du nombre moyen de médecins libéraux en fonction du thème allant de 24 (réseaux prise en charge des adolescents) à 136 (réseaux de pathologies cardiovasculaires).

Ce sont les réseaux de pathologies cardiovasculaires (136 médecins), nutrition et prise en charge de l'obésité (126 médecins), oncologie (116 médecins) et soins palliatifs (114 médecins) qui intègrent le plus de médecins libéraux au sein du réseau, en moyenne.

Pour les réseaux de handicap et de proximité, on observe un écart entre la moyenne et la médiane qui est lié à l'existence des valeurs extrêmes très élevées.

- **Etablissements et services de santé ou sociaux ou médico-sociaux adhérents et intervenant dans au moins un PPS**

A noter, pour les réseaux de neurologie, le nombre moyen d'établissements est particulièrement élevé (123 ; 1 réseau déclarant un nombre d'établissements supérieur à 1 000).

Exceptés ces réseaux, le nombre moyen d'établissements le plus élevé correspond aux thèmes suivants : les réseaux de soins palliatifs (41 établissements), de gériatrie (27 établissements) et d'addictologie et de proximité (24 établissements chacun).

Pour les réseaux de diabétologie, de pathologies cardiovasculaires et de pathologies respiratoires, on observe des valeurs assez proches entre la moyenne et la médiane.

- **Equipe du réseau (Equivalent Temps Plein : ETP)**

L'équipe du réseau est constituée des personnels salariés par le réseau.

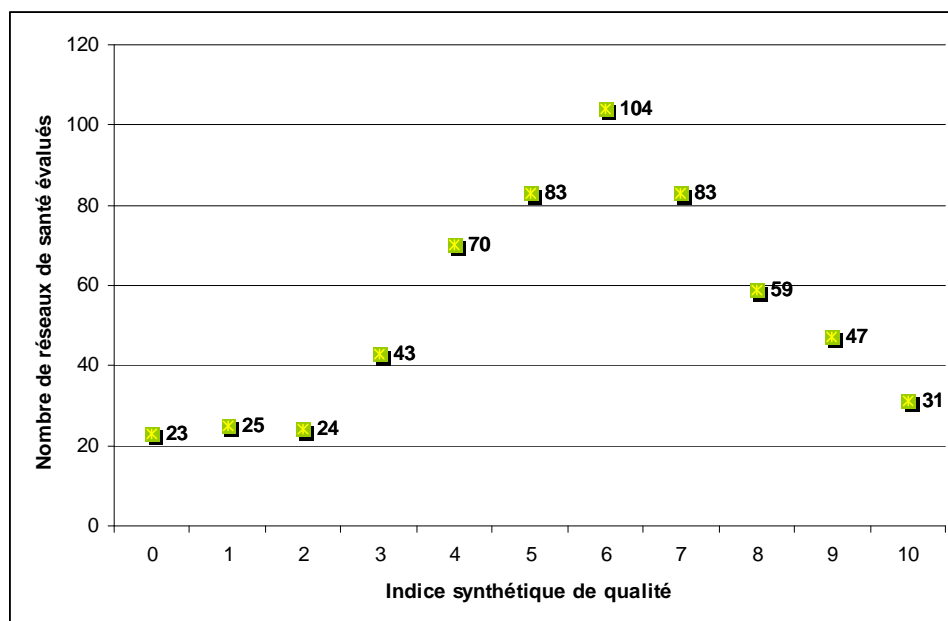
Tous réseaux confondus, la moyenne et la médiane du nombre d'ETP par réseau sont très proches, avec respectivement 3,7 et 3,2 ETP. On observe une relative homogénéité d'un thème à l'autre. La taille de l'équipe du réseau n'étant pas directement liée au nombre de patients pris en charge.

2.2.4.2.2 Indice Synthétique de Qualité (ISQ)

Le graphique ci-dessous indique que 8% (48 réseaux) des réseaux évalués ont un ISQ égal à 0 ou 1 et 13% (78 réseaux) de 9 ou 10.

55% (325 réseaux) ont un ISQ supérieur à 5 (compris entre 6 et 10 inclus).

Graphique 4 : Répartition des réseaux évalués selon leur indice synthétique de qualité en 2009



Si l'on se concentre sur les thèmes pour lesquels 10 réseaux au moins ont pu être étudiés, les 3 thèmes qui ont la plus forte proportion de réseaux avec un ISQ élevé (9-10) sont les pathologies respiratoires (33%), la nutrition et prise en charge de l'obésité (29%) et la diabétologie (22%). Les 3 thèmes ayant la proportion la plus élevée de réseaux avec un ISQ faible (0-1), sont l'addictologie (22%), les maladies infectieuses (20%) et la périnatalité (19%).

On note que 6 thèmes sur les 14 ayant plus de 10 réseaux ont un ISQ inférieur à la moyenne de 5,6 et que les réseaux cardio-vasculaires ont le meilleur score (7,3).

Tableau 14 : Répartition des réseaux selon leur ISQ, par thème

Thème regroupé	Nombre de réseaux évalués	ISQ					
		0-1	2-5	6-8	9-10	Total	ISQ moyen
Gérontologie	100	1%	42%	46%	11%	100%	5,6
Soins Palliatifs	95	2%	35%	48%	15%	100%	6,3
Diabétologie	60	12%	27%	40%	22%	100%	5,9
Addictologie	41	22%	39%	29%	10%	100%	4,5
Handicap	37	8%	57%	32%	3%	100%	4,7
Cancérologie	33	9%	30%	58%	3%	100%	5,4
Périnatalité	27	19%	26%	44%	11%	100%	5,3
Prise en charge des adolescents	25	16%	48%	28%	8%	100%	4,4
Proximité (poly pathologie)	22	5%	55%	27%	14%	100%	5,6
Cardiovasculaire	21	0%	10%	71%	19%	100%	7,3
Nutrition et prise en charge de l'obésité	21	0%	19%	52%	29%	100%	7,0
Maladies infectieuses	20	20%	45%	35%	0%	100%	4,0
Pathologies respiratoires	18	11%	28%	28%	33%	100%	6,3
Neurologie	17	0%	35%	53%	12%	100%	6,3
Douleur	9	11%	22%	33%	33%	100%	6,3
Précarité	9	0%	78%	22%	0%	100%	4,3
Santé Mentale	9	33%	44%	22%	0%	100%	3,4
Néphrologie (insuffisance rénale chronique)	6	0%	17%	33%	50%	100%	8,3
Maladies rares	4	25%	25%	50%	0%	100%	4,0
Rhumatologie	2	0%	0%	50%	50%	100%	9,0
Autre	16	13%	56%	25%	6%	100%	4,3
Ensemble	592	8%	37%	42%	13%	100%	5,6

Source : Données recueillies auprès des MRS

L'analyse des indicateurs constitutifs de l'ISQ (cf. annexe 3) fait apparaître que :

- 81% des réseaux ont systématiquement mis en place un dossier patient
- 42% ont mis en place une procédure de vérification de l'utilisation de ce dossier par les professionnels
- Pour 71%, une révision annuelle de la situation des patients est prévue
- 68% des réseaux élaborent et maintiennent des protocoles et des référentiels de soins en cohérence avec ceux existants (HAS, INCA,...)
- 38% mettent en place des procédures de vérification de l'application de ces protocoles
- 63% assurent une permanence téléphonique
- 65% intègrent le médecin traitant dans le PPS
- 38% disposent d'un système de recensement d'analyse et de suivi des événements indésirables
- 34% ont un système d'information conforme aux critères d'éligibilité du GMSIH¹³
- 60% déclarent mettre en œuvre des actions de mutualisation avec d'autres structures (établissements de santé, CSAPA, CLIC, réseaux).

¹³ GMSIH : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier

Les valeurs sont parfois très disparates entre les différents thèmes. Par exemple, pour la surveillance des événements indésirables, 86 % des réseaux cardio-vasculaires déclarent mettre en place un suivi et seulement 20% des réseaux d'addictologie.

Pour la mise en place d'un dossier patient, les valeurs sont moins hétérogènes pour les 15 thèmes les plus fréquents, de 56% pour les réseaux d'addictologie à 100% pour les réseaux nutrition et obésité.

2.2.4.2.3 Montant versé en 2009 par patient et par thème

Le tableau 15 donne le montant moyen versé 2009 au titre du FIQCS par patient, pour chaque thème.

Tableau 15 : Montant moyen versé 2009 par patient et effectif total de patient, par thème

Thème	Nombre de réseaux	Taux de réponse ¹⁴	Montant moyen versé 2009 par patient (€)	Effectif total de patients réellement pris en charge (adhérents +PPS)
Gérontologie	100	96%	692	28 037
Soins Palliatifs	95	95%	1 766	14 830
Diabétologie	60	95%	422	31 236
Addictologie	41	68%	701	7 956
Handicap	37	95%	624	13 960
Cancérologie	33	64%	535	10 678
Périnatalité	27	59%	343	7 369
Prise en charge des adolescents	25	80%	400	6 307
Proximité (poly pathologie)	22	77%	973	6 503
Cardiovasculaire	21	90%	652	8 482
Nutrition et prise en charge de l'obésité	21	95%	821	7 774
Maladies infectieuses	20	85%	509	4 094
Pathologies respiratoires	18	89%	856	4 265
Neurologie	17	94%	372	12 196
Douleur	9	89%	577	3 352
Précarité	9	100%	633	4 336
Santé Mentale	9	67%	321	1 599
Néphrologie (insuffisance rénale chronique)	6	67%	769	1 868
Maladies rares	4	100%	846	553
Rhumatologie	2	100%	1 173	210
Autre	16	63%	549	3 174
TOTAL	592	86%	679	178 779

Source : Données recueillies auprès des MRS

Le montant moyen versé par patient en 2009, tous thèmes confondus, est de 679 €. Selon les thèmes des réseaux, les montants moyens versés 2009 par patient sont différents :

Les réseaux de soins palliatifs présentent le montant moyen versé par patient le plus élevé (1 766 €) suivis par les réseaux de rhumatologie (1 173 €), les réseaux de proximité (973 €), les réseaux pathologies respiratoires (856 €), les réseaux maladies rares (846 €) et les réseaux nutrition et prise en charge de l'obésité (821 €).

Les réseaux dont les montants moyens versés par patient sont les plus faibles sont les réseaux de santé mentale (321 €), de périnatalité non régionaux (343 €) et de neurologie (372 €).

Ces chiffres sont à mettre au regard des taux de réponses observés pour obtenir cette information. Par exemple, 67% pour les réseaux de néphrologie et santé mentale contre 95% au moins pour les réseaux

¹⁴ Rappel : Le taux de réponses est calculé à partir des réseaux dont le « Nombre de patients adhérents du réseau et ayant un PPS » est renseigné, différent de 0 et inférieur ou égal à 2000 et dont le « montant versé en 2009 » est renseigné et différent de 0.

diabétologie, précarité, rhumatologie, soins palliatifs, maladies rares, nutrition et prise en charge de l'obésité, handicap, gérontologie.

Si le tableau 15 permet d'observer l'hétérogénéité des montants moyens versés en 2009 par patient entre les thèmes, le tableau 16 rend compte de la disparité des montants moyens versés par patient au sein d'un même thème.

Tableau 16 : Montant moyen médian versé en 2009 par patient, médiane, 1er quartile, 3ème quartile

Thème	Nombre de réseaux	Montant moyen versé 2009 par patient adhérent et ayant un PPS			
		Taux de réponses ¹⁵	Médiane ¹⁶ (€)	1er quartile ¹⁷ (€)	3ème quartile ¹⁸ (€)
Gérontologie	100	96%	811	505	1 074
Soins Palliatifs	95	95%	2 303	1 496	2 739
Diabétologie	60	95%	444	247	893
Addictologie	41	68%	1 001	513	2 094
Handicap	37	95%	979	439	2 021
Cancérologie - réseau non régional	33	64%	721	352	1 277
Périnatalité - réseau non régional	27	59%	306	241	780
Prise en charge des adolescents	25	80%	966	155	4 066
Proximité (poly pathologie)	22	77%	1 200	886	2 075
Cardiovasculaire	21	90%	723	397	1 303
Nutrition et prise en charge de l'obésité	21	95%	846	597	1 424
Maladies infectieuses	20	85%	775	315	1 220
Pathologies respiratoires	18	89%	1 271	755	1 690
Neurologie	17	94%	530	302	749
Douleur	9	89%	1 004	207	2 044
Précarité	9	100%	717	471	1 165
Santé Mentale	9	67%	1 974	175	4 689
Néphrologie (insuffisance rénale chronique)	6	67%	1 014	680	1 251
Maladies rares	4	100%	1 712	741	3 648
Rhumatologie	2	100%	1 175	1 049	1 301
Autre	16	63%	501	226	624
TOTAL	592	86%	922	430	1 790

Source : Données recueillies auprès des MRS

Les données sur les 1er et 3ème quartiles mettent en évidence l'hétérogénéité des montants moyens par patient : par exemple, pour les réseaux de prise en charge des adolescents : 50% ont un coût inférieur à 966 € par patient, 25% de ces réseaux ont un coût inférieur à 155 € par patient, et 25% un coût supérieur à 4 066 € par patient.

Pour les réseaux d'addictologie, le montant médian est de 1 001 € par patient ; 25% ont un montant inférieur à 513 € par patient et 25% supérieur à 2 094 € par patient.

La neurologie et la gérontologie sont des thèmes relativement homogènes : 25% des réseaux de neurologie ont un montant inférieur à 302 € par patient, 50% un montant inférieur à 530 € par patient et 25% un montant supérieur à 749 € par patient.

¹⁵ Le taux de réponse est calculé à partir, pour le « Nombre de patients adhérents du réseaux et ayant un PPS », des réponses renseignées, différentes de 0 et inférieures ou égales à 2000 et pour le « montant versé en 2009 » des réponses renseignées et différentes de 0

¹⁶ Valeur calculée à partir du montant moyen versé 2009 déclaré par chaque réseau

¹⁷ Valeur pour laquelle 25% des patients ont un coût inférieur

¹⁸ Valeur pour laquelle 75% des patients ont un coût inférieur

Pour les réseaux de gérontologie, le montant médian est de 811 € par patient ; 25% ont un montant inférieur à 505 € par patient et 25% supérieur à 1 074 € par patient.

Si l'on compare les montants moyens versés par patient (tableau 15) et les médianes de ces montants par réseau, certains thèmes font apparaître un écart important (exemple: santé mentale, prise en charge des adolescents). Cette différence s'explique par la présence de réseaux présentant des montants par patient particulièrement élevés pour un faible nombre de patients pris en charge. Par exemple pour les réseaux prenant en charge les adolescents sur les 20 réseaux étudiés, 10 ont un montant moyen par patient supérieur à 966 €, alors que le nombre de patients qu'ils prennent en charge représente 11% seulement de la population des patients concernés, conduisant à une moyenne de 400 € par patient et une médiane des montants moyens par réseau de 966 €.

Le tableau 17 synthétise, pour les 10 thèmes les plus fréquents, les indicateurs d'activité, de qualité et de coût : valeur moyenne, dispersion (étendue) et taux de réponse.

Tableau 17 : Indicateurs d'activité, de qualité et de coût, focus sur les 10 thèmes prépondérants

Thème	Nbre de réseaux	Patients		Médecins libéraux		Établissements et services de santé ou sociaux ou médico-sociaux		Équipe du réseau (ETP)		I S Q	Montant moyen versé par patient (€)	
		Moyenne	taux de	Moyenne	taux de	Moyenne	taux de	Moyenne	taux de		Moyenne	taux de
		(étendue)	réponse	(étendue)	réponse	(étendue)	réponse	(étendue)	Réponse		(étendue)	réponse
Gérontologie	100	290 (17 ; 1 676)	98%	63 (1 ; 314)	94%	27 (3 ; 130)	92%	4 (0,2 ; 55,9)	100%	5,6	692 (102 ; 4417)	96%
Soins Palliatifs	95	173 (13 ; 1 119)	98%	114 (9 ; 852)	98%	41 (1 ; 216)	93%	4,3 (1,3 ; 11)	97%	6,3	1 766 (262 ; 6778)	95%
Diabétologie	60	548 (65 ; 1885)	95%	99 (2 ; 355)	97%	9 (1 ; 49)	88%	3,4 (0,8 ; 13,4)	100%	5,9	422 (131 ; 5083)	95%
Addictologie	41	277 (22 ; 1512)	71%	59 (4 ; 312)	85%	24 (2 ; 246)	78%	2,5 (0,8 ; 7,2)	100%	4,5	701 (101 ; 19432)	68%
Handicap	37	404 (22 ; 1500)	97%	63 (1 ; 262)	86%	23 (3 ; 85)	84%	4,1 (0,5 ; 19,5)	100%	4,7	624 (142 ; 6915)	95%
Cancérologie	33	573 (38 ; 1921)	67%	116 (1 ; 285)	85%	17 (1 ; 45)	88%	4,1 (1 ; 11,3)	97%	5,4	535 (156 ; 3636)	64%
Périnatalité	27	461 (37 ; 1092)	59%	64 (5 ; 160)	93%	15 (2 ; 82)	89%	2,4 (1,0 ; 4,2)	96%	5,3	343 (109 ; 2770)	59%
Prise en charge des adolescents	25	315 (19 ; 1113)	80%	24 (5 ; 121)	48%	22 (1 ; 97)	68%	3,8 (1,0 ; 13,5)	96%	4,4	400 (54 ; 6043)	80%
Proximité (poly pathologie)	22	370 (16 ; 1478)	82%	68 (6 ; 224)	82%	24 (1 ; 119)	91%	3,8 (0,5 ; 9,0)	95%	5,6	973 (89 ; 4939)	77%
Cardio vasculaire	21	446 (50 ; 1034)	90%	136 (10 ; 402)	90%	8 (1 ; 26)	86%	4,4 (1,5 ; 10,6)	100%	7,3	652 (112 ; 5164)	90%
TOTAL	592	351 (6 ; 1921)	88%	76 (1 ; 852)	89%	26 (1 ; 1243)	86%	3,7 (0,2 ; 55,9)	98%	5,6	679 (52 ; 19433)	86%

2.2.5 Dérogations tarifaires

2.2.5.1 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. »

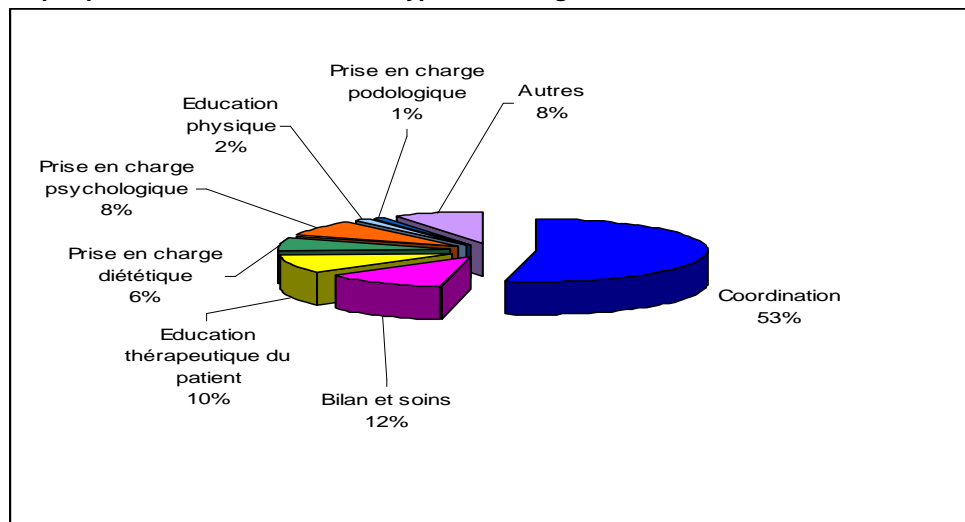
(Sources : article L.162-45 du Code de la Sécurité Sociale et circulaire N°DHOS/CNAMTS/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé, à destination des ARH et des URCAM).

2.2.5.2 Données restituées par les régions

Le montant des dérogations tarifaires accordé au titre du FIQCS pour l'exercice 2009 est stable par rapport à 2008, il est de 20,3 M€, soit 11,8% des dépenses accordées aux réseaux. Le montant total versé au titre des dérogations tarifaires est de 16,9 M€.

Le graphique 5 présente le poids des différentes dérogations financées en 2009.

Graphique 5 : Poids des différents types de dérogations financées en 2009



Sur les 742 réseaux de santé financés en 2009 (contre 718 en 2008), 426 (contre 460 en 2008), ont bénéficié du financement de dérogations tarifaires (tableau 18).

Le tableau 18 synthétise la nature des dérogations tarifaires 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 dérogation n'est pas renseigné de manière homogène (en particulier la durée est rarement renseignée).

A l'instar de 2008, il existe toujours une grande diversité tarifaire et le contenu des dérogations est peu renseigné. Certaines dérogations sont hors champ (remplissage de dossier partagé, frais de transports par exemple) ou ne devrait plus être financées par le FIQCS car prises en charge par le risque maladie (ex : prise en charge des soins podologiques pour les grades 2 et 3).

Tableau 18 : Répartition par thème du nombre de réseaux avec dérogations tarifaires

Thème	Nombre total de réseaux	Nombre de réseaux avec dérogations tarifaires 2009	Nombre de réseaux avec dérogations tarifaires 2008	Evolution 2008 et 2009
Gérontologie	116	88	84	4,8%
Soins Palliatifs	99	67	80	-16,3%
Diabétologie	63	52	56	-7,1%
Cancérologie	65	36	45	-20,0%
Handicap	46	26	22	18,2%
Cardiovasculaire	29	21	18	16,7%
Périnatalité	55	20	25	-20,0%
Addictologie	45	18	26	-30,8%
Nutrition et prise en charge de l'obésité	23	18	18	0,0%
Maladies infectieuses	23	16	15	6,7%
Pathologies respiratoires	21	14	19	-26,3%
Prise en charge des adolescents	35	11	10	10,0%
Proximité (poly pathologie)	31	10	5	100,0%
Neurologie	18	6	5	20,0%
Douleur	9	5	2	150,0%
Précarité	11	3	0	
Santé Mentale	10	3	4	-25,0%
Néphrologie (insuffisance rénale chronique)	6	3	2	50,0%
Maladies rares	5	1	0	
Rhumatologie	2	1	2	-50,0%
Maison des réseaux / SI propre au réseau	3	0	0	
Autres	27	7	22	-68,2%
Ensemble	742	426	460	-7,4%

Source : Données recueillies auprès des MRS

Tableau 19 : Nature des dérogations tarifaires 2009 - 1^{ère} partie

Type de dérogation	Nature de la dérogation	Nombre de réseaux concernés	Nombre de régions concernées	Exemples
Coordination <i>Montant financé : 8,9 M€</i>	Total	266	23	<p>Pour une IDE, de 7,5 € par réunion (réseau de gérontologie) à 44€ par réunion (réseau soins palliatifs). Pour un médecin généraliste de 40 € par réunion (réseau gérontologie) à 100€ par réunion (réseau d'addictologie et réseau de santé mentale)</p> <p>De 15 € annuel par professionnel médical ou para-médical pour un patient (réseau handicap) à 170 € pour un forfait annuel par médecin (réseau de gérontologie).</p> <p>De 30 € par an par patient pour une prise en charge rééducative et la participation aux actions de coordination par un psychomotricien (réseau handicap) à 170 € par patient pour un médecin pour la participation aux réunions de coordination et la prise en charge individualisée du patient (réseau cardiovasculaire).</p>
	Réunion coordination	241	23	
	Forfait bilan et coordination	26	6	
	Forfait bilan et soins	8	5	
Bilan et soins <i>Montant financé : 2 M€</i>	Total	157	24	<p>De 10 € pour le PS par bilan de suivi réalisé (réseau de gérontologie et réseau handicap) à un forfait de 205 € pour un neurologue pour 2 bilans dans l'année (réseau handicap).</p> <p>De 30 € pour le PS réalisant le bilan et assurant la coordination (réseau de diabétologie et réseau handicap) à 150 € pour le PS pour un forfait de 1^{ère} intention (diagnostic et inclusion du patient). Ce forfait comprend le bilan initial, la réunion de coordination et l'élaboration du PPS.</p>
	Bilan seul	136	20	
	Forfait bilan et soins	46	14	
Education thérapeutique du patient (ETP) <i>Montant financé : 1,7 M€</i>	Total	81 dont <ul style="list-style-type: none"> • 40 réseaux diabète • 10 réseaux card-vasc • 6 réseaux patho resp • 5 réseaux proximité 	20	<p>Professions rémunérées : médecins, IDE, diététiciennes, psychologues, masseurs kinésithérapeutes, puéricultrices, pharmaciens, pédicures podologue</p> <p>De 30 € (réseau de diabétologie) à 60 € (réseau cardiovasculaire) pour un diagnostic éducatif Pour une IDE, de 28,8 € la séance (réseau poly-pathologique) à 100 € (réseau de diabétologie) Pour un médecin de 100 € à 200 € (réseau de diabétobgje dans les 2 cas). Pour une IDE, de 12 € par séance (réseau maladies infectieuses) à 100 € pour un forfait « mise à l'insuline » dont le nombre de séances n'est pas précisé (réseau de diabétologie)</p>
	Diagnostic éducatif	7	5	
	Séances ETP collectives	42	16	
	Séances ETP individuelles	60	17	
Prise en charge diététique (hors ETP) <i>Montant financé : 1 M€</i>	Total	85	19	<p>De 10 € à 50 € par séance pour une diététicienne (éseau de diabétologie) De 60 € à 120 € pour un forfait de prise en charge individuel par une diététicienne (réseau nutrition et obésité) De 50 € par séance collective de 2 heures pour une diététicienne (réseau de diabétologie) à 300 € pour un atelier. 600 € (sans précision sur la durée et le nombre de séances) pour une diététicienne (réseau nutrition et obésité, réseau de proximité et réseau de diabétologie).</p>
	Séances individuelles	81	17	
	Séances collectives	11	5	

Source : Données recueillies auprès des MRS

Tableau 19 (suite) : Nature des prestations dérogoires

Type de dérogation	Nature de la dérogation	Nombre de réseaux concernés	Nombre de régions concernées	Exemples
Prise en charge psychologique <i>Montant financé : 1,4M€</i>	Total	107	22	<p>De 25 € pour le psychologue pour l'accompagnement des patients et des aidants naturels dans la compréhension de la maladie, de son évolution (réseau de gérontologie) à 40 € par consultation (réseau cardiovasculaire).</p> <p>De 12,5 € pour le psychologue par patient présent à la séance (réseau de nutrition et obésité) à 80 € pour le psychologue pour une consultation familiale avec au maximum 4 séances par famille (réseau de nutrition et obésité)</p>
	Séances individuelles	97	20	
	Séances collectives	19	10	
Education physique <i>Montant financé : 0,3M€</i>	Total	15	6	<p>De 25 € pour l'éducateur sportif par patient pour une évaluation (réseau de nutrition) à 80 € pour l'éducateur sportif pour une activité physique (sans précision dans un réseau de diabétologie).</p> <p>De 5 € pour l'éducateur sportif par patient participant à la séance (réseau de nutrition) à 75 € pour l'éducateur sportif par atelier de marche (réseau de nutrition).</p>
	Séances individuelles	3	3	
	Séances collectives	14	5	
Prise en charge podologique¹⁹ <i>Montant financé : 0,2 M€</i>	Total	22	9	<p>De 25 € à 37€ pour le pédicure podologue la séance dans un réseau de diabétologie Forfait de 87 € à 100 € (sans précision du contenu) dans un réseau de diabétologie.</p> <p><i>La prise en charge des soins podologiques pour les grades 2 et 3 ne devrait plus être financée, puisqu'elle est prise en charge depuis le 1^{er} juillet 2008 par le risque maladie.</i></p> <p>De 15 € à 35 € pour le pédicure podologue par patient Forfait de 137,75 € pour 5 séances avec pédicure podologue par patient (réseau de diabétologie)</p>
	Prise en charge des patients de grade 0 et 1	9	4	
	Prise en charge des patients de grade 2 et 3	4	2	
	Bilans, consultations ou prestations non précisées, sans mention du grade	10	6	

Source : Données recueillies auprès des MRS

¹⁹ 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.

2.2.6 Mutualisation des moyens

En 2009, le nombre de mutualisations a progressé de 27% passant de 83 en 2008 à 105 déclarés aujourd'hui. Le nombre de régions qui mutualisent leurs moyens, est lui aussi en hausse, 18 régions en 2009 contre 11 en 2008.

58% des mutualisations se font dans 4 régions : Alsace, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon et Lorraine.

Par ailleurs, le type de réseaux et les moyens mutualisés sont très divers.

Cependant, il est à noter que l'information recueillie n'est pas toujours bien renseignée par les régions (type de réseaux, type de moyens mutualisés, valorisation financière de la mutualisation).

Tableau 20 : Répartition du type de moyens mutualisés et valorisation financière

Type de Moyen	Nombre d'opérations de mutualisation	Valorisation financière du gain (en €)
Moyens humains	22	927 125
Locaux	17	292 372
Moyens matériels	11	220 928
Prestations externes (ex analyse juridique)	8	240 108
Locaux, moyens humains, moyens matériels, prestation externe (Commissaire aux comptes, expertise comptable)	5	543 467
Mutualisation et gestion de moyens et d'outils, dont le système d'information	1	NR
Autres	37	625 528
Non renseignés	4	NR
TOTAL	105	2 849 528 (1)

Source : Données recueillies auprès des MRS
(1) sur 100 mutualisations valorisées

Les moyens humains et matériels sont ceux qui font l'objet principalement de mutualisation. La catégorie autre type de moyens est très mal renseignée, elle comptabilise des moyens de formation, de coordination commune et de groupes de travail. 5 opérations de mutualisation n'ont pas été valorisées financièrement.

Tableau 21 : Répartition des mutualisations par thème de réseaux

Thématiques de la mutualisation	Nombre
Gérontologie	12
Diabétologie	10
Soins Palliatifs	9
Nutrition et prise en charge de l'obésité	6
Périnatalité y compris réseaux régionaux	5
Pathologies Cardio-Vasculaires	5
Addictologie	2
Pathologies respiratoires et ORL	3
Cancérologie y compris réseaux régionaux	2
Prise en charge des adolescents	1
Réseau VIH	1
Maladies rares	1
Neurologie	1
Néphrologie	1
Autres thèmes	20
Non renseigné	26
TOTAL	105

Source : Données recueillies auprès des MRS

Le thème des réseaux ayant procédé à des mutualisations est resté stable en 2008 et 2009. Cependant, on peut noter une progression des mutualisations de certains thèmes tels que les soins palliatifs passant de 1 mutualisation en 2008 contre 9 aujourd'hui.

Les thèmes des réseaux dits « Autres » rassemblent des projets très divers liés à l'obésité infantile, l'éducation thérapeutique des patients et la permanence des soins.

2.2.7 Audits et évaluations régionaux des réseaux de santé

- **Audits régionaux**

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 2009, 175 réseaux situés dans 10 régions ont fait l'objet d'un audit contre 152 dans 18 régions en 2008. Quatre régions, Aquitaine, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon et Nord-Pas-de-Calais expliquent à elles seules plus de 81% des audits déclarés.

- **Evaluations régionales**

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 au moins tous les trois ans. En 2009, elle a été établie pour 149 réseaux contre 106 en 2008 dans 21 régions, soit 20% des réseaux contre 15% en 2008.

Tableau 22 : Répartition par région des évaluations des réseaux et de leur coût

Régions	Nombre de projets	Montant de l'évaluation (en €)	Montant moyen par projet par région (en €)
Alsace	2	64 800	32 400
Aquitaine	17	NR	NR
Auvergne	4	50 918	12 729
Basse-Normandie	3	69 973	23 324
Bourgogne	13	NR	NR
Bretagne	17	NR	NR
Centre	4	77 740	19 435
Champagne-Ardenne	1	33 835	33 835
Corse	3	23 880	7 960
Franche-Comté	5	NR	NR
Guyane	2	71 624	35 812
Ile-de-France	7	74 700	10 671
Languedoc Roussillon	3	39 481	13 160
Limousin	1	18 239	18 239
Lorraine	8	147 548	18 443
Midi-Pyrénées	7	64 147	9 164
Nord-Pas-de-Calais	8	62 420	7 803
Picardie	1	10 913	10 913
Poitou-Charentes	3	52 500	17 500
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	30	853 240	28 441
Rhône-Alpes	10	308 941	30 894
TOTAL	149	2 024 899	20 875²⁰

Source : Données recueillies auprès des MRS

On note que 5 régions réalisent 58% des évaluations (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, PACA, Rhône-Alpes) et que 3 d'entre elles n'ont pas renseigné l'information sur le coût de l'évaluation. Le coût moyen par projet s'élève à 20 875 avec cependant une grande disparité des coûts par région.

Tableau 23 : Répartition des critères d'évaluation par cotation

Cotation	Organisation et fonctionnement du réseau	Participation et intégration des acteurs	Prise en charge des patients par les acteurs et impact sur les pratiques professionnelles	Evaluation médico-économique	Evaluation globale
A	22%	18%	22%	11%	13%
B	60%	50%	59%	63%	65%
C	16%	30%	16%	17%	19%
D	2%	3%	3%	9%	3%

Cotations :

A - satisfait aux exigences de l'évaluation

B - satisfait en grande partie aux exigences de l'évaluation

C - satisfait partiellement aux exigences de l'évaluation

D - ne satisfait pas aux exigences de l'évaluation

Selon cette cotation, 79% des réseaux ont satisfait entièrement ou en grande partie aux exigences de l'évaluation. Il est à noter que pour 55% des réseaux évalués, le champ « évaluation médico-économique, coût résultat » n'est pas renseigné contre 42% en 2008.

²⁰ Calculé uniquement pour les régions renseignées

Par ailleurs, pour 135 réseaux sur 149, les décisions prises par les ARH/URCAM suite à l'évaluation peuvent être classées en 4 catégories :

- 82% Renouvellement du financement (111 projets)
- 10% Renouvellement sous conditions des préconisations des évaluateurs (13 projets : 6 en Lorraine, 4 en Rhône Alpes, 2 en Poitou-Charentes et 1 en Nord Pas de Calais)
- 6% Arrêt du financement (8 projets : 2 en Basse Normandie, 1 en Alsace, Aquitaine, Bretagne, Midi Pyrénées, PACA et Rhône-Alpes)
- 2% Non décisions (3 projets).

D'autre part, l'évaluation des 149 réseaux a été réalisée par 3 types d'évaluateurs :

- 75% Organismes privés
- 24% Organismes institutionnels (Caisses d'assurances maladie, ORS²¹, MRS, CNEH²²)
- 1% Autoévaluation (ce qui ne correspond pas par essence à la définition de l'évaluation externe)

²¹ ORS : Observatoire régional de la santé

²²CNEH : Centre national de l'expertise hospitalière

2.3 Aides à l'installation

En 2009, le FIQCS a financé 11 projets relatifs à l'aide à l'installation pour un montant accordé de 1,4 M€ sur toute la durée de la convention de financement.

Ces projets représentent 0,8% de l'ensemble des projets financés par le FIQCS en 2009 contre 1% en 2008.

De plus, l'aide à l'installation représente 0,2% des versements en 2009 contre 0,01% en 2008.

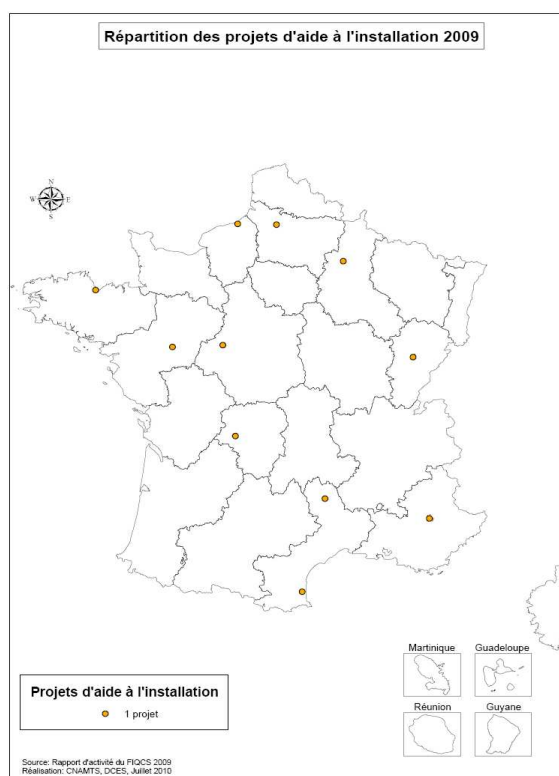
10 régions utilisent le FIQCS pour financer des projets d'aide à l'installation et 36% des projets sont de nouveaux projets. Les objectifs poursuivis par ces projets « Autres » sont divers et plus ou moins directement liés à la collaboration intraprofessionnelle telle que :

- la mise en relation médecins remplaçants et remplacés,
- le projet de tutorat infirmier pour favoriser la collaboration et l'installation dans les zones sous médicalisées
- le recrutement de maîtres de stage

Tableau 24 : Répartition des projets d'aide à l'installation en fonction du nombre et de leur coût

Type de projet	Nombre de projets	Montant total accordé sur la durée de la convention de financement (en M€)	Montant moyen accordé par projet (en M€)	Montant versé en 2009 (en M€)	Taux de couverture FIQCS en 2009	Durée moyenne de convention de financement (en année)
Bourse pour des étudiants	3	296 080	98 693	139 790	100%	2,4
Forfait de remplacement	2	104 600	52 300	20 988	100%	1,5
Autres	6	1 033 269	172 211	209 363	95%	2,6
TOTAL	11	1 433 949	107 734	370 141	98%	2,3

Source : Données recueillies auprès des MRS



2.4 Amélioration des pratiques

La thématique « Amélioration des pratiques » regroupe des projets de natures diverses (groupes qualité, dosimétrie, formation, études...) dont la finalité est de promouvoir les dispositifs innovants visant à améliorer la qualité des pratiques et la qualité des soins aux patients.

2.4.1 Description générale des projets

En 2009, 104 projets ont été financés sur cette thématique. Le nombre de projets financés est stable par rapport à l'année précédente (106 projets financés en 2008) et représente moins de 8% des projets financés par le FIQCS en 2009.

Le montant total accordé par le FIQCS pour cette thématique (sur l'ensemble des convention de financement) est de 17,1 M€ contre 12,3 M€ en 2008, soit une forte augmentation de + 39%.

Sur ces 17,1 M€, 7,2 M€ concernent des projets en cours d'exécution (39 projets), 5,2 M€ des nouveaux projets (51 projets) et 4,7 M€ des renouvellements (14 projets). 50% des projets d'amélioration des pratiques sont nouveaux.

Tableau 25 : Répartition des projets « Amélioration des pratiques » et des financements accordés

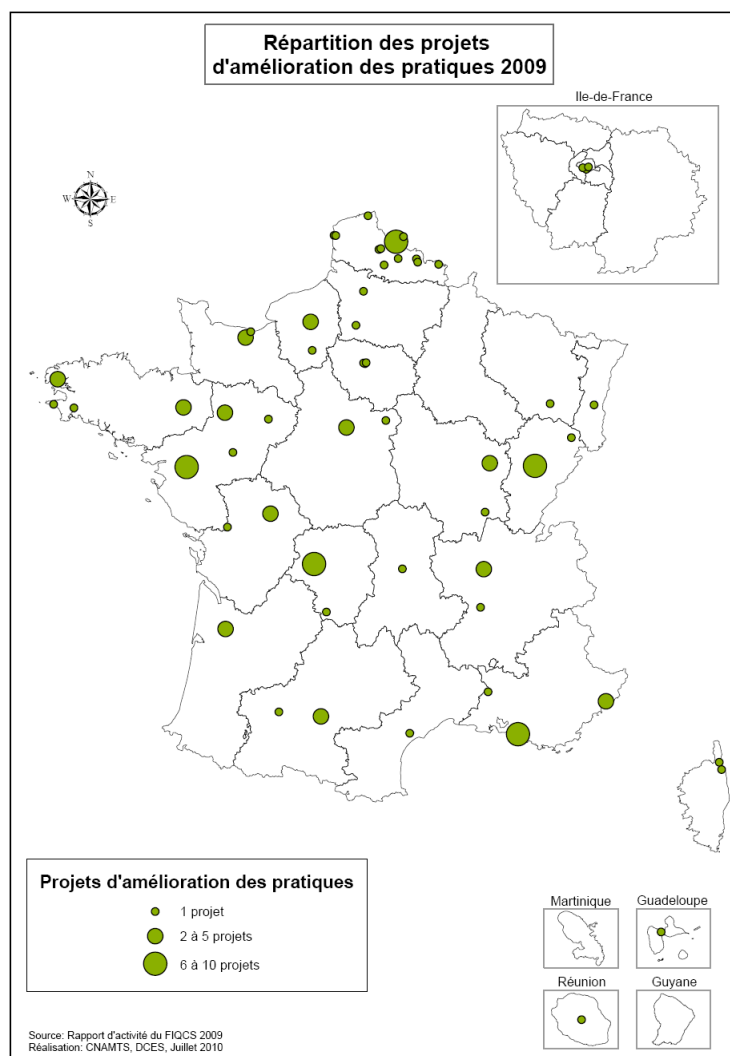
Type de projet	Nombre de projets	Montant total accordé sur la durée de la convention de financement (en €)	Montant moyen accordé par projet (en €)	Montant versé en 2009 (en €)	Taux de couverture FIQCS en 2009	Durée moyenne de convention de financement (en année)
Groupes Qualité	10	5 696 867	569 687	1 485 098	96%	2,1
Formations	25	1 982 739	79 310	560 863	91%	1,3
Etudes	17	1 654 750	97 338	894 624	64%	1,6
Autres	41	7 596 644	185 284	2 923 230	78%	1,9
Dosimétrie	11	189 437	17 222	60 000	95%	0,7
Total	104	17 120 437	164 620	5 923 815	83%	1,6

Source : Données recueillies auprès des MRS

Le montant moyen accordé par le FIQCS pour l'ensemble de la durée de la convention est de 164 620 € contre 116 361 € en 2008.

En 2009, 5,9 M€ ont été versés au titre de l'amélioration des pratiques, soit 3% des montants versés par le FIQCS régional sur l'année et le montant moyen versé en 2009 par projet s'élève à 71 300 €, sur 83 projets renseignés ; en effet près de 20% de l'ensemble des projets de la thématique (21 projets) initiés les années précédentes et mentionnés dans le rapport d'activité n'ont reçu aucun versement pour l'année 2009, tous les financements accordés ayant été versés au cours de la première année. Ils concernent quasi exclusivement les régions Nord-Pas-de-Calais et Pays de Loire.

Globalement ces projets sont financés à hauteur de 83% par le FIQCS contre 80% 2008. Le financement des groupes qualité relève quasi exclusivement du FIQCS (96%).



23 régions ont financé des projets relevant de la thématique, contre 20 en 2008. Certaines régions sont fortement impliquées, notamment le Nord-Pas-de-Calais avec 21 projets soutenus, les Pays de Loire avec 13 projets, PACA 9 projets, Bretagne, Franche-Comté et Limousin avec 7 projets chacun. Seules 3 régions n'ont recensé aucun projet d'amélioration des pratiques : Martinique, Champagne-Ardenne et Guyane.

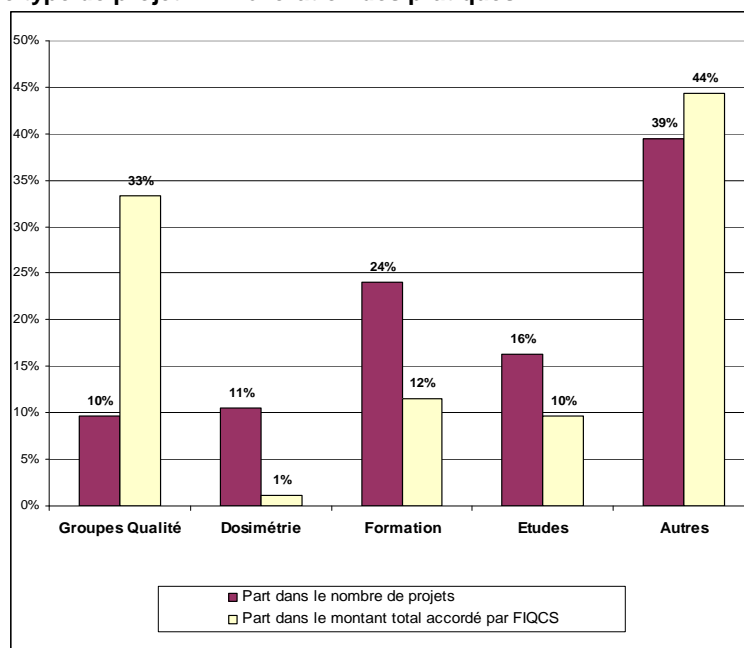
Comme en 2008 les thèmes prépondérants en termes d'amélioration des pratiques portent sur les groupes qualité, les formations et les études.

Il convient de noter que des projets de dosimétrie in vivo ont été financés en 2009 dans quatre régions (Centre, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Pays de Loire).

Le financement accordé initialement en 2008 visait la mise en conformité des cabinets par le financement d'appareils de dosimétrie in vivo. Ces aides accordées pour répondre aux exigences de la circulaire DHOS/E4/2007/230 étaient non reconductibles et exceptionnelles. Pour les trois premières régions, les financements accordés en 2009 répondent à cette exigence. Pour la dernière, les indications fournies ne permettent pas de le vérifier (durée de la convention et montants versés non renseignés).

Le graphique 6 illustre les écarts entre la fréquence de chaque type de projets et le montant total accordé par les instances du FIQCS sur l'ensemble des conventions de financement. A titre d'exemple, les groupes qualité représentent 10% des projets et 33% du montant total accordé par le FIQCS à cette thématique pour la totalité de la durée des conventions.

Graphique 6 : Part du nombre de projets et du montant total accordé selon le type de projet « Amélioration des pratiques »



Si l'on s'intéresse au nombre de professionnels de santé impliqués dans ces actions d'amélioration des pratiques, on constate une forte augmentation de 14 300 en 2008 à plus de 19 000 en 2009. Cette information n'est pas disponible pour l'ensemble des projets financés mais la grande majorité des professionnels concernés sont des médecins, généralistes en particulier. Quelques actions spécifiques vers d'autres professionnels sont soutenues : dentistes (ex : action de dépistage bucco-dentaire auprès de personnes âgées en Poitou-Charentes, amélioration de la qualité des soins en implantologie en Guadeloupe), masseurs-kinésithérapeutes (ex : dépistage et prise en charge d'enfants souffrant de retard de développement en Pays de Loire), sages femmes (ex : promotion de l'allaitement maternel en Bourgogne).

2.4.2 Les Groupes Qualité

La démarche des « groupes qualité » a été lancée en 2001 à l'initiative de l'URCAM et de l'URML de Bretagne avec pour objectif de permettre aux médecins libéraux d'adapter leur exercice professionnel en développant notamment des organisations de travail plus collectives pour :

- Garantir à la population et aux pouvoirs publics des soins de qualité tout en optimisant les dépenses de santé
- Développer des programmes de santé publique
- Maintenir une offre de soins de premier recours répartie sur le territoire.

Ce dispositif est particulièrement innovant par sa dimension territoriale, par le partenariat développé entre les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les unions régionales des médecins libéraux, par son objectif, sur la base d'une organisation collective, d'amélioration de la qualité des pratiques tout en optimisant les dépenses de santé.

La démarche des groupes qualité repose sur un cahier des charges commun qui définit les principes de fonctionnement des groupes.

Au regard de ces nombreux aspects positifs, la démarche a été étendue en 2007 à de nouvelles régions sur la base du cahier des charges et d'outils de suivi élaborés en collaboration avec la CNAMTS.

Cette extension visait à confirmer l'efficacité du projet et à tester l'organisation et les modalités d'un fonctionnement à plus grande échelle. Parallèlement à cette extension, une évaluation du dispositif financée par le FIQCS national a été lancée. Elle a été réalisée en 2009 par la société CEMKA EVAL recrutée dans le cadre d'un appel d'offres (cf §2.9.2).

L'année 2009 a confirmé la poursuite du déploiement des groupes qualité puisque 10 régions sont dorénavant engagées dans la démarche sous l'égide du partenariat URCAM/URML (Bretagne, Centre, Nord Pas de Calais, Basse et Haute Normandie, Pays de Loire, Picardie, PACA, Guadeloupe et Midi-Pyrénées). Les 4 dernières sont entrées dans le dispositif en 2009.

La région Bourgogne a déclaré des financements accordés au titre des groupes qualité. Mais à ce jour l'intégration de cette région par les instances interrégionales « Groupes Qualité », seules habilitées à valider l'entrée dans le dispositif, n'a pas été officiellement reconnue.

Le montant moyen accordé (sur l'ensemble des conventions) au développement du dispositif s'élève à 569 687 €. Le montant accordé est fortement dépendant du nombre prévisionnel de médecins généralistes participants.

Au total, près de 1,5 M€ ont été versés en 2009 aux groupes qualité. Les dépenses sont exclusivement des dépenses de fonctionnement liées pour 70% à l'indemnisation des médecins participants.

Globalement la durée des conventions est plus longue pour les groupes qualité que les autres thèmes puisqu'elle est de 2,1 années contre 1,6 année en moyenne.

Selon l'évaluation réalisée par CEMKA EVAL, un groupe est constitué en moyenne de 10 médecins généralistes pour un coût moyen estimé à 17 000 € par an (cf §2.9.2).

Certaines des nouvelles régions ont été intégrées à la démarche en 2009 mais n'ont pu mettre en œuvre le démarrage effectif des réunions de groupes avant 2010.

En parallèle du développement des groupes qualité, on recense également 7 actions de démarche qualité, dont deux pour lesquelles la finalité est d'améliorer la qualité des prélèvements de biologie.

Il est à noter qu'en termes d'outils d'amélioration des pratiques, les groupes de pairs ne sont plus représentés dans les financements accordés par le FIQCS, alors qu'ils étaient encore nombreux il y a quelques années.

2.4.3 Les formations

Le thème « Formations » concerne 25 projets pour un montant total accordé (sur l'ensemble des conventions de financement) de 1,9M€.

En 2009, 560 863 € ont été versés.

Le montant moyen accordé sur la durée de la convention est très variable selon les projets : de 2 500 € à 811 149 € pour une même action de formation de maîtres de stage. La différence de durée de convention (respectivement de 6 mois pour le premier projet et de 8 ans pour le second) ne suffit pas à expliquer cette différence.

Globalement pour ce thème, la durée moyenne de convention s'élève à 1,3 année.

On peut noter le développement d'actions de formation pour maîtres de stage en médecine générale pour favoriser le renouvellement des générations de médecins généralistes et soutenir la démographie médicale (4 régions).

En revanche, des actions de formation visant à améliorer les compétences des professionnels de santé en anglais ou en informatique sont financées alors qu'elles ne relèvent pas du champ du FIQCS.

A noter que sur les 25 projets financés, 7 sont à destination des podologues libéraux pour la prise en charge des soins et prévention des lésions du pied grade 2 et 3 chez les patients diabétiques. Or, ce type d'actions n'a plus vocation à être financé au titre du FIQCS, compte tenu de la mise en place de la formation professionnelle continue des podologues.

2.4.4 Les études

17 projets d'études sont soutenus en 2009 par le FIQCS pour un montant total accordé sur la durée de la convention de financement est de 1,6 M€. En 2009, 894 624 € ont été versés pour la réalisation d'études.

Les conventions de financement sont d'une durée de 1,6 année en moyenne.

Ces études portent en majorité sur l'amélioration de la connaissance des conditions d'exercice et des pratiques des professionnels de santé, majoritairement les médecins généralistes, et sur les pathologies cancéreuses.

2.4.5 Autres projets

Un dernier groupe d'actions de natures assez diverses et variées porte sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, la prévention, la promotion de la santé ou encore des actions de communication et de sensibilisation. Il représente 41 projets en 2009 pour un montant total accordé assez élevé de près de 7,6 M€ et 2,9 M€ versés en 2009.

A noter que pour certains projets, l'information communiquée très sommaire conduit à s'interroger sur l'adéquation de leur financement aux orientations du FIQCS.

2.5 Exercices regroupés

2.5.1 Description générale des projets

Les projets d'exercices regroupés peuvent être des projets de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), des pôles de santé et des centres de santé.

En 2009, on dénombre 124 projets financés par le FIQCS (9,4% de l'ensemble des projets financés) contre 63 en 2008. Le montant total accordé pour la totalité de la convention de financement est de 6,4 M€ (1,1% des montants accordés) et le montant versé au niveau régional en 2009 est de 3,8 M€ (1,9% des versements 2009) (cf. tableaux 25 et 7).

La durée moyenne d'une convention pour un projet « Exercices regroupés » est de 1,3 an.

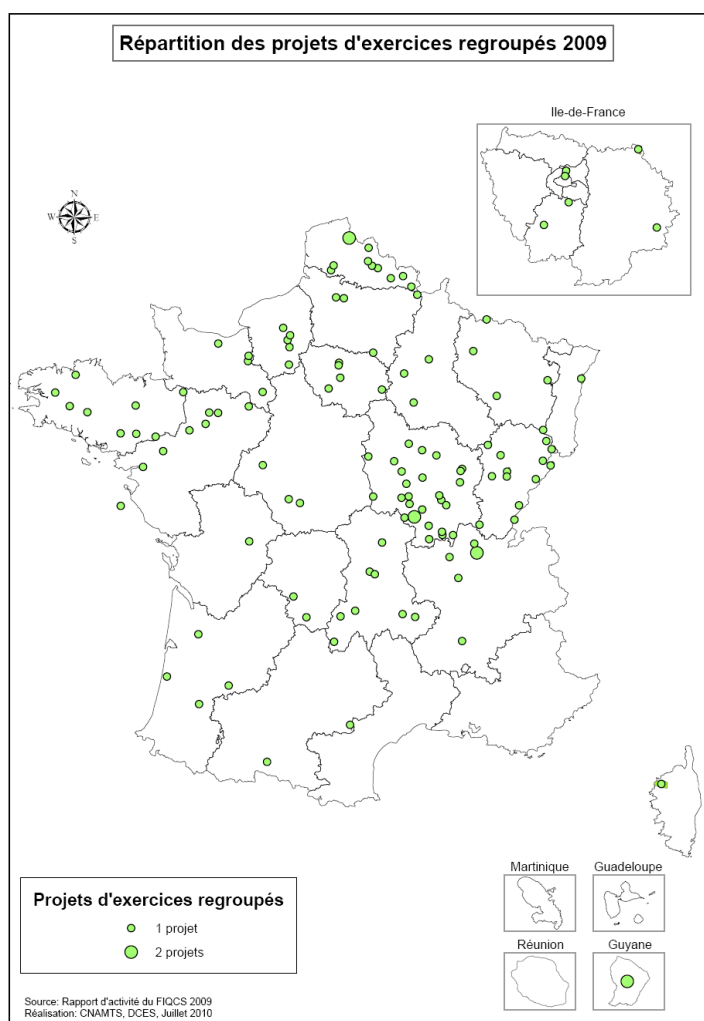


Tableau 26 : Répartition des projets d'exercices regroupés financés par le FIQCS en 2009

Région	MSP			Pôles de santé		Etudes de faisabilité			Autres actions		Montant total versé au plan régional	Dont montant issu de l'enveloppe nationale
	En fonctionnement	En cours d'installation	Montants versés	NB	Montants versés	MSP	Pôles de santé	Montants versés	NB	Montants versés		
Alsace	0	1	100 000 €	0	0 €	0	0	0 €	0	0 €	100 000 €	100 000 €
Aquitaine	1	2	68 942 €	0	0 €	0	0	0 €	1	42 064 €	111 006 €	68 642 €
Auvergne	1	0	37 824 €	0	0 €	5	0	110 035 €	2	164 656 €	312 515 €	166 859 €
Basse Normandie	1	1	75 893 €	0	0 €	1	0	29 661 €	1	51 185 €	156 739 €	30 096 €
Bourgogne	12	1	474 602 €	0	0 €	15	0	115 580 €	0	0 €	590 182 €	548 917 €
Bretagne	0	0	0 €	1	0 €	8	0	40 000 €	0	0 €	40 000 €	0 €
Centre	2	1	83 800 €	0	0 €	0		0 €	0	0 €	83 800 €	83 200 €
Champagne-Ardenne	1	0	19 517 €	0	0 €	1	0	5 000 €	1	9 626 €	34 143 €	0 €
Corse	0	0	0 €	0	0 €	1	0	28 000 €	0	0 €	28 000 €	0 €
Franche-Comté	4	7	375 518 €	0	0 €	0	0	0 €	1	63 900 €	439 418 €	209 634 €
Guyane	0	2	107 000 €	0	0 €	0	0	0 €	0	0 €	107 000 €	0 €
Haute Normandie	2	0	36 900 €	0	0 €	2	0	3 519 €	1	44 100 €	84 519 €	69 306 €
Ile-de-France	0	3	105 000 €	1	50 000 €	2	0	47 863 €		0 €	202 863 €	102 863 €
Limousin	0	2	100 000 €	0	0 €	0			0	0 €	100 000 €	100 000 €
Lorraine	3	1	196 376 €	0	0 €	0	0	0 €	1	17 054 €	213 430 €	196 376 €
Midi-Pyrénées	0	1	37 980 €	0	0 €	1	0	40 000 €	0	0 €	77 980 €	77 980 €
Nord-Pas-de Calais	2	3	214 927 €		0 €	4	2	95 650 €		0 €	310 577 €	157 427 €
Pays-de-la-Loire	1	2	139 705 €	1	90 762 €	1	3	147 723 €			378 190 €	284 665 €
Picardie	0	2	37 282 €			0	0	0 €	1	11 912 €	49 194 €	9 292 €
Poitou Charentes	0	0	0 €			0	0	0 €	1	3 909 €	3 909 €	0 €
Rhône-Alpes	4	0	241 600 €			0	0	0 €	2	109 969 €	351 569 €	200 000 €
TOTAL	34	29	2 452 866 €	3	140 762 €	41	5	663 031 €	12	518 375 €	3 775 034 €	2 405 257 €

(1) Les autres actions « Exercices regroupés » concernent essentiellement le financement d'actions de centres de santé (mise en place de démarche qualité, soins gratuits pour les populations les plus défavorisées et accompagnement social), ainsi que des actions de mutualisation (fédération ou association) de MSP ou d'aide à la coordination entre professionnels de santé. Le nombre d'autres actions augmente de 10%, soit un projet de plus qu'en 2008.

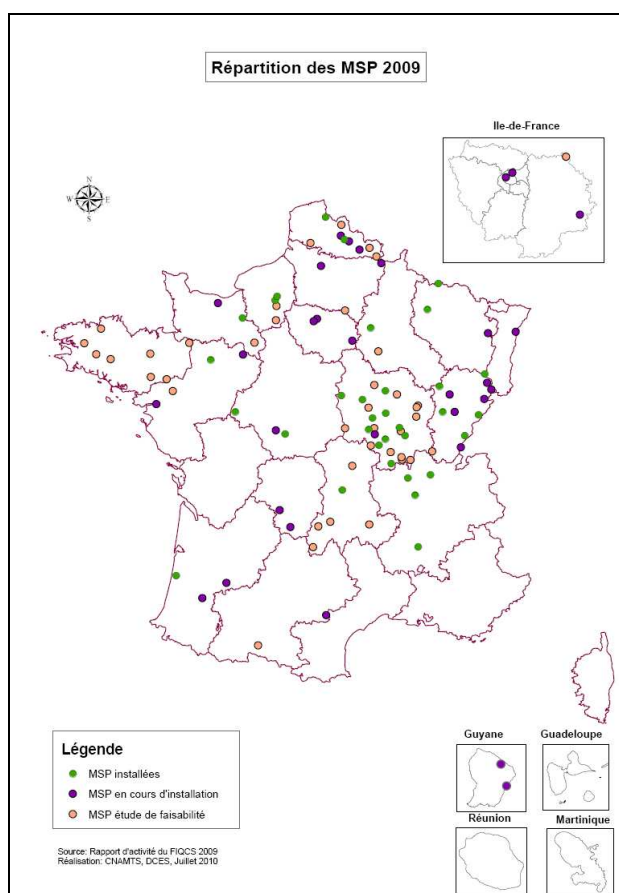
(2) Les montants rapportés pour les MSP (en fonctionnement, en cours d'installation et études de faisabilité) intègrent les montants complémentaires alloués par le FIQCS national.

Source : Données recueillies auprès des MRS

2.5.2 Les maisons de santé pluri-professionnelles

Les MSP sont des structures d'exercice coordonné libéral composées de plusieurs professionnels médicaux et non médicaux.

Les MSP peuvent être financées par le FIQCS si elles répondent au référentiel FIQCS des maisons de santé élaboré en 2008 : 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.



Le nombre de projets et leur financement sont présentés dans le tableau 26. La durée moyenne d'une convention est de 1,9 année.

On note une forte évolution du nombre de projets de MSP financé par le FIQCS entre 2008 et 2009 : celui des MSP en fonctionnement passe de 20 à 34, celui des MSP en cours d'installation est multiplié par 4 (29 MSP contre 7 en 2008) et le nombre d'études de faisabilité passe de 32 à 41.

On constate que certaines régions se sont fortement investies dans le développement des MSP, notamment la Bourgogne, la Franche Comté et Rhône-Alpes. 35% des MSP en fonctionnement sont situées en Bourgogne.

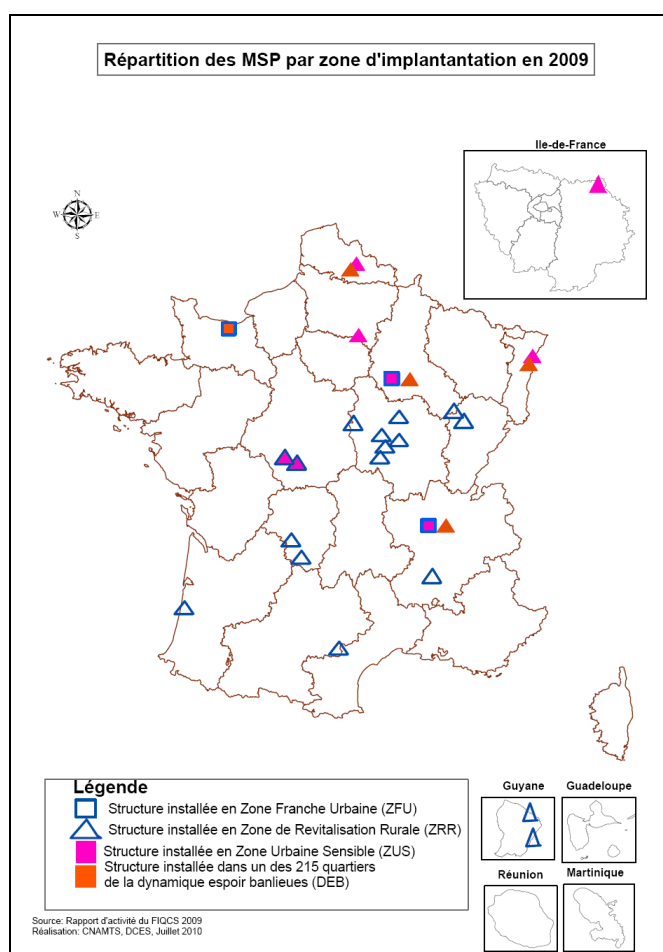
16 régions ont bénéficié de l'enveloppe complémentaire allouée par le niveau national.

Ainsi, l'impulsion donnée à la création de MSP dans le cadre du FIQCS depuis 2 ans (publication du référentiel des maisons de santé pouvant bénéficier d'un soutien par le FIQCS, mise en place d'une enveloppe nationale dédiée) a été suivie d'effet (quasi-doublement des projets financés entre 2008 et 2009) et s'inscrit dans une dynamique d'optimisation de la coordination des soins de premier recours. Les dépenses d'investissement représentent près de la moitié des dépenses accordées au titre du FIQCS en 2009 et celles de personnel un peu plus du quart.

- **Zones d'implantation des structures**

Quatre zones d'implantation sont identifiées :

- Zone de revitalisation rurale (ZRR) : regroupe des territoires ruraux qui rencontrent des difficultés particulières (faible densité démographique, handicap structurel sur le plan socio-économique)
- Zone franche urbaine (ZFU): liste de quartiers parmi les zones de redynamisation urbaines de plus de 10 000 habitants confrontés à des difficultés économiques et sociales majeures)
- Zone urbaine sensible : territoires infra-urbains (ZUS) "caractérisés par la présence de grands ensembles ou de quartiers d'habitat dégradé et par un déséquilibre entre l'habitat et l'emploi". Elles sont la cible prioritaire de la politique de la ville. Certaines ZUS bénéficient d'aides spécifiques : les zones de redynamisation urbaine (ZRU) et les zones franches urbaines (ZFU)
- Zone « dynamique espoir banlieues » (DEB): 215 quartiers ciblés comme prioritaires par la lettre-circulaire du premier ministre en date du 30 juillet 2008 et intégrant, entre autres, des zones franches urbaines très sous dotées en médecins généralistes.



Sur les 34 MSP fonctionnant en 2009 :

- 10 sont implantées dans des zones de revitalisation rurale, dont 4 sous dotées en médecins généralistes et 5 en Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE).
- 3 en zone urbaine sensible, dont 1 à la fois en zone urbaine sensible et en zone franche urbaine.
- 2 dans une zone « dynamique espoir banlieues » dont une est également en zone urbaine sensible et l'autre en zone urbaine sensible et zone franche urbaine.
- 3 MSP sont implantées dans des zones sous dotées en médecins généralistes et en IDE.

- **Amplitude horaire**

Pour les 28 MSP pour lesquelles l'amplitude d'ouverture horaire quotidienne est renseignée, elle est en moyenne en semaine de 11H40. La plage d'ouverture la plus fréquente (13 MSP concernées) est de 8H00 à 20H00. Le maximum observé est une amplitude de 13 heures et le minimum de 7H45. Sur ces 28 MSP, 27 sont ouvertes le samedi matin et 3 sont ouvertes le dimanche matin.

On peut souligner que 5 MSP fonctionnent en maison médicale de garde aux heures de permanence des soins dans 3 régions (Aquitaine, Bourgogne, Lorraine) dont 3 pour la Lorraine. Aucune n'était déclarée comme fonctionnant en 2008.

- **Répartition des professionnels impliqués**

Sur les 34 MSP en fonctionnement déclarées, 2 ne relèvent pas de la définition d'une MSP, l'une est un cabinet de groupe composée de médecins généralistes et secrétaires, l'autre n'est composée que d'un seul médecin associé à des paramédicaux.

Tableau 27 : Répartition des professionnels de santé impliqués (1)

Catégorie de professionnels	Nombre de MSP concernées	Effectif en équivalent temps plein (ETP)		
		Minimum	Maximum	moyenne
Médecins généralistes	33	1	8	3,6
Infirmiers (IDE)	32	1	7	2,9
Masseurs-kinésithérapeutes	24	0,5	4	1,6
Secrétaires	23	0,42	3	1,4
Podologues	21	0,2	1	0,7
Orthophonistes	12	0,5	3	1,2
Chirurgiens dentistes	11	0,4	3	1,6
Diététiciens	10	0,1	1	0,5
Psychologues	8	0,1	1	0,6
Médecins spécialistes	6	0,1	1	0,7
Sages-femmes	2	0,35	1	0,7
Autres (2)	12	0,06	8	1,6

1) Données disponibles pour 33 MSP sur 34.

(2) Professionnels « autres » : essentiellement orthoptistes, ergothérapeute, psychomotricien, pharmacien

Source : Données recueillies auprès des MRS

Les MSP en fonctionnement comptent un peu moins de 4 MG et 3 infirmières, avec toutefois une forte hétérogénéité.

Plus des 2/3 des MSP intègrent une activité de kinésithérapie et 1/3 d'entre elles proposent des soins dentaires.

- **Patients suivis**

Cet indicateur particulièrement important pour apprécier l'apport de ce mode d'exercice n'est quasiment jamais renseigné et sa collecte fera l'objet d'une demande appuyée pour 2010.

- **Dossier partagé**

32 MSP ont mis en place un dossier patient partagé qui pour 24 d'entre eux sont informatisés.

2.6 Nouveaux modes d'exercice

Les nouveaux modes d'exercices regroupent des projets de nature diverse (éducation thérapeutique du patient, télémédecine, ...). Ils ont pour objectif de tester de nouvelles pratiques, des organisations ou des modes de coopérations entre professionnels de santé.

2.6.1 Description générale des projets

En 2009, comme en 2008, 56 projets « nouveaux modes d'exercices » bénéficient d'un financement par le FIQCS.

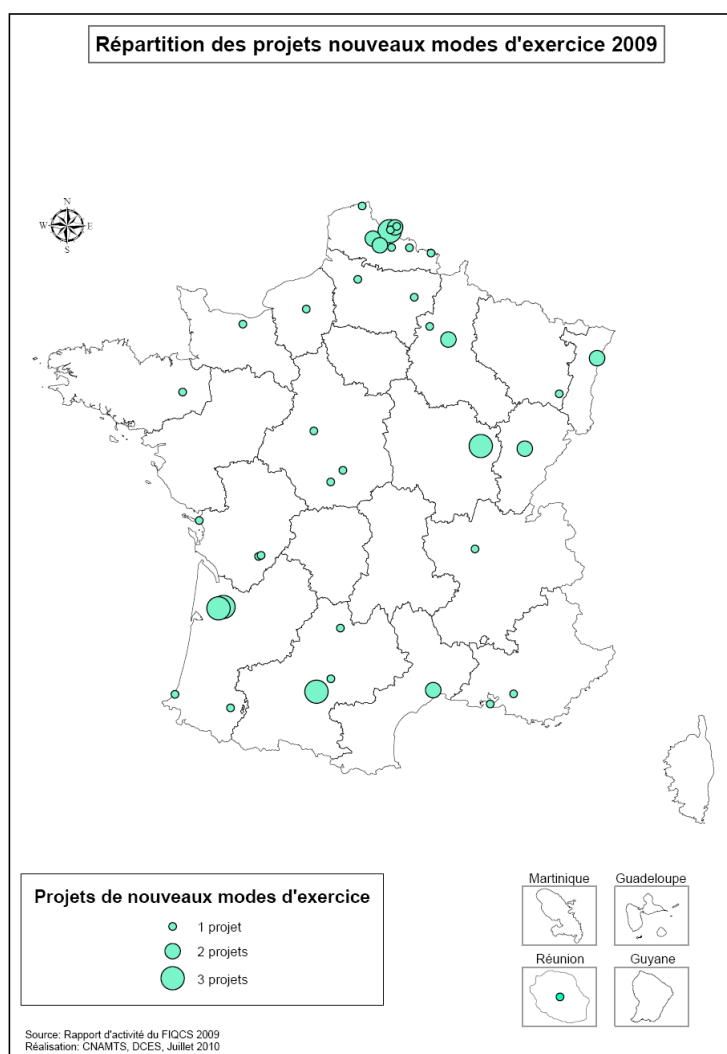
Le montant total accordé est de 8,9 M€ contre 8,3 M€ en 2008, soit une hausse de 8,16%.

Parmi, ces 8,9 M€ :

- les 18 nouveaux projets représentent 2,2 M€
- les 24 projets renouvelés représentent 3,9 M€
- les 14 projets en cours d'exécution représentent 2,8 M€

A noter que la répartition en montants reste très proche de celle de 2008 : les projets nouveaux et renouvelés représentaient 5,6 M€ en 2008 et les projets en cours d'exécution 2,7 M€.

Les projets « nouveaux modes d'exercices » représentent 4,2% de l'ensemble des projets financés par le FIQCS en 2009 contre 4% en 2008 et 1,6% des montants accordés contre 2% en 2008 ; ces projets représentent 2,3% des versements 2009.



Tout comme en 2008, 50% des projets sont répartis sur trois régions : Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées et Aquitaine. Le Nord-Pas-de-Calais finance 15 projets dont 9 de dépistage de la rétinopathie diabétique, Midi-Pyrénées en finance 5 contre 7 en 2008 et Aquitaine 8 contre 6 en 2008. A l'instar de 2008, 8 régions²³ n'ont recensé aucun projet de nouveaux modes d'exercice.

Pour 54 projets, le périmètre géographique d'intervention du projet a été renseigné, parmi eux 11 projets ont un périmètre d'intervention départemental et 17 régional.

Tableau 28 : Financements accordés aux projets "Nouveaux modes d'exercice"

Thème	Nombre de projets	Montant total accordé sur la durée de la convention de financement (en €)	Montant moyen accordé par projet (en €)	Montant versé en 2009 (en €)	Taux de couverture FIQCS en 2009	Durée moyenne de convention de financement (en année)
Education thérapeutique du patient	22	2 803 702	127 441	1 031 687	75%	1,5
Dépistage de la rétinopathie diabétique	12	1 601 003	133 417	1 174 152	99%	1,3
Autre nouveau mode de coopération	12	1 600 284	133 357	1 169 058	84%	1,2
Télémédecine	3	2 245 149	748 383	677 080	17%	3
Autres	7	714 543	102 078	458 601	60%	1,4
TOTAL	56	8 964 681	160 084	4 510 578	42%	1,4

Source : Données recueillies auprès des MRS

En 2009 les 2 thèmes prépondérants en nombre de projets sont l'éducation thérapeutique du patient (ETP), le dépistage de la rétinopathie diabétique.

Globalement, les projets sont financés à hauteur de 42% par le FIQCS contre 70% 2008. Cependant si l'on exclut un projet de télémédecine qui bénéficie d'un co-financement très élevé (88% du montant total du projet), la part de la contribution du FIQCS à l'ensemble des projets passe à 80%. Le taux de couverture par le FIQCS est comme l'an passé quasi exclusif pour les projets de dépistage de la rétinopathie diabétique (99%).

Comme en 2008, plus de 95% des financements sont affectés au fonctionnement (et 4,2% à l'investissement).

La moitié des coûts de fonctionnement correspond à des dépenses de personnel et un cinquième à des dépenses d'indemnités des professionnels de santé.

Les projets de télémédecine ont les durées de convention les plus longues (3 ans en moyenne dont un projet conventionné sur 5 ans).

Sur les 22 projets d'ETP, 3 projets ont une durée de convention de financement variant de 1 à 6 mois.

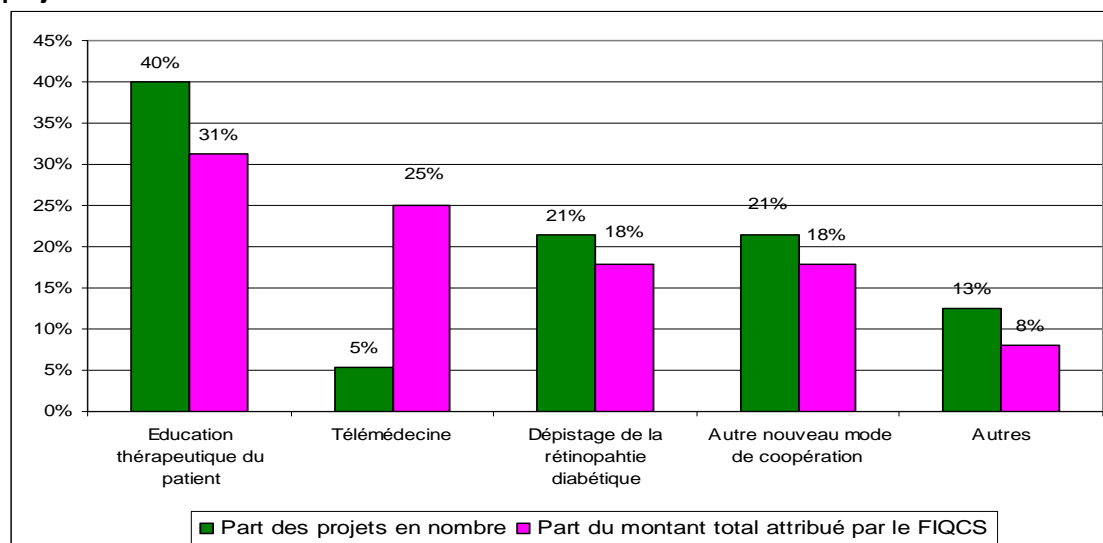
Le montant moyen accordé par le FIQCS en 2009 pour la durée de la convention est de 160 084 € contre 148 000 € en 2008, soit une hausse de 8,16%.

On constate toujours une forte disparité selon les thèmes : de 748 383 € pour la télémédecine à 133 357 € pour les projets autres. Le dépistage de la rétinopathie par rétinographie non mydriatique est financé à hauteur de 133 417 € en moyenne par projet.

Le graphique 7 illustre les écarts entre la fréquence de chaque type de projets et la part du montant total accordé par les instances du FIQCS sur la durée de la convention.

²³ Auvergne, Corse, Guadeloupe, Guyane, Ile-de-France, La Martinique, Limousin et Pays-de-la-Loire

Graphique 7 : Part du nombre de projets et du montant total accordé au titre du FIQCS, selon le type de projet « Nouveaux modes d'exercice »



Pour les projets pour lesquels les informations sont disponibles (50% des projets), l'équipe professionnelle est constituée, pour 84%, en moyenne (83% en 2008), de professionnels de santé avec une prépondérance de médecins généralistes (36%, contre 34% en 2008) et des IDE (16% contre 8% en 2008).

Les 16% d'autres professionnels de l'équipe (17% en 2008) sont principalement des assistantes sociales, des directeurs de structures de soins ou médico-sociales, des éducateurs, des secrétaires médicales.

2.6.2 Les projets d'ETP (hors réseaux de santé)

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.

Le nombre de projets d'ETP connaît la plus forte augmentation depuis 2008 avec une croissance de près de 69%, passant de 13 à 22 projets.

Ces projets sont répartis dans 15 régions²⁴. La région finançant le plus de projet d'ETP est l'Aquitaine.

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

2.6.3 La rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique est une complication micro vasculaire fréquente chez les patients diabétiques et représente l'une des causes principales de malvoyance et de cécité en Europe.

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 ou infirmière le plus souvent) qui est ensuite analysé à distance par un ophtalmologiste.

En 2009, 12 actions de dépistage sont financées par le FIQCS dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes de coopération entre professionnels. Ces 12 actions étaient déjà financées en 2008 dont 9 pour la seule région Nord-Pas-de-Calais. Les 3 autres étant financées par la Bourgogne, la Champagne-Ardenne et la Picardie.

²⁴ Alsace, Aquitaine, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Rhône-Alpes

L'annexe 1 rapporte les résultats d'une enquête CNAMTS réalisée en 2009 auprès des régions ayant une activité de dépistage de la rétinopathie diabétique en 2008 (5 régions dont la Guyane pour laquelle l'activité est intégrée à celle d'un réseau diabète) pour mieux préciser le contenu de cette activité.

2.6.4 La télémédecine

L'article 78 de la loi HPST définit la télémédecine, comme constituant « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. ».

Le projet de décret relatif à l'activité de télémédecine définit les actes médicaux de téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance et téléassistance, actes qui relèvent du strict champ de la télémédecine, au regard du champ beaucoup plus vaste couvert par la notion de télésanté. Il précise également les modalités organisationnelles et financières du développement de la télémédecine. Plusieurs grandes catégories d'actes de télémédecine sont ainsi reconnues :

« 1° La téléconsultation qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n°85-77 2 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

« 2° La télé expertise qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

« 3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

« 4° La téléassistance médicale qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

« 5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale de la permanence des soins ambulatoire constitue aussi un acte de télémédecine.

3 actions de télémédecine sont financées : en Bourgogne, Centre et Midi-Pyrénées.

En Midi-Pyrénées, le GIP RTR Midi-Pyrénées poursuit des activités de téléconsultation et téléexpertise. Les spécialités les plus sollicitées étant la neuro-chirurgie, la cancérologie, la radiologie et la gynéco-obstétrique.

En région Centre le réseau ARPEGES TELE-MED développe essentiellement une activité de téléexpertise en pneumologie, ophtalmologie, échographie et cardiologie.

En Bourgogne, le dispositif est spécifique à l'anatomo-cyto-pathologie dans le cadre du dépistage et du diagnostic en cancérologie.

Dans tous les cas, ces dispositifs visent à palier un déficit en spécialistes et répondent à l'isolement géographique des patients en zone rurale.

2.6.5 Autre nouveau mode de coopération et autres projets

Les projets classés sous le thème « Autre nouveau mode de coopération » regroupent des projets de travail coordonné entre différents professionnels de santé.

5 régions²⁵ ont financés 12 projets (13 en 2008).

Les projets classés en « Autres projets » regroupent notamment des projets de rééducation respiratoire à domicile ou chez le masseur kinésithérapeute et de reprise de l'activité physique.

5 régions²⁶ ont financés 7 projets (contre 14 en 2008).

²⁵ Les régions concernées sont : Aquitaine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes et Réunion.

²⁶ Les régions concernées sont : Alsace, Aquitaine, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais et Poitou-Charentes

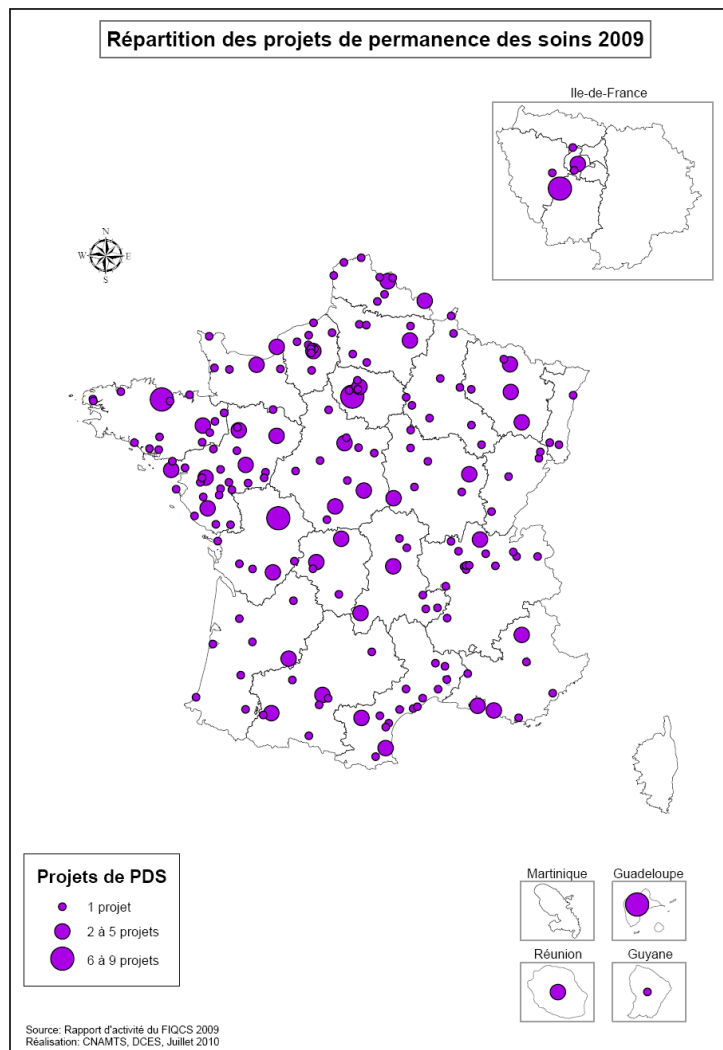
2.7 Permanence des soins

La permanence des soins en médecine ambulatoire (PDS) est un dispositif qui doit permettre :

- la prise en charge, par la médecine libérale, des demandes de soins non programmés ;
- l'organisation d'une régulation libérale.

Le décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins prévoit que la permanence des soins peut être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département :

- le samedi à partir de midi,
- le lundi lorsqu'il précède un jour férié,
- le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.



2.7.1 La permanence des soins en médecine libérale

En 2009, le FIQCS a financé 270 projets relatifs à la PDS soit 4% de plus qu'en 2008, pour un montant total accordé de 48 M€ soit 27% de plus qu'en 2008. La part du FIQCS régional consacré à la PDS est de 8,5% du montant total accordé par le FIQCS et de 7,6% des versements 2009.

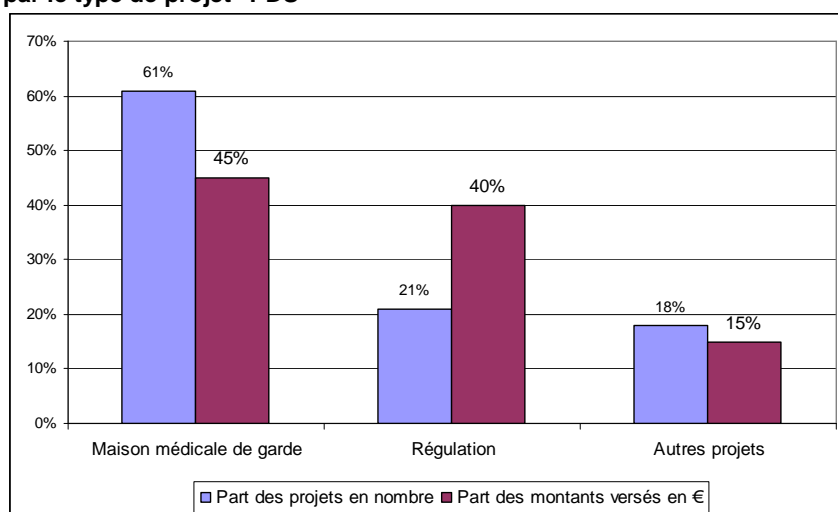
En France métropolitaine, toutes les régions portent au moins un projet relatif à la PDS. La région Pays-de-la-Loire conduit le plus grand nombre de projets avec 29 projets.

Tableau 29 : Répartition des projets de PDS en fonction du nombre et de leur coût

Type de projet	Nombre de projets	Montant total accordés sur la durée de la convention de financement (en €)	Montant moyen accordé par projet (en €)	Montant versé en 2009 (en €)	Taux de couverture FIQCS en 2009	Durée moyenne de la convention de financement (en année)
Maison médicale de garde (MMG)	165	24 467 691	148 289	6 684 772	91%	3,1
Régulation	56	15 031 642	268 422	5 984 016	92%	2,3
Autre	49	7 834 237	159 882	2 162 860	96%	1,8
TOTAL	270	47 333 571	175 961	14 831 649	93%	2,8

Source : Données recueillies auprès des MRS

Graphique 8 : Part du nombre de projets et du montant versé en 2009 au titre du FIQCS par le type de projet "PDS"



L'année 2009 se caractérise par une augmentation de la part des projets de Maisons Médicales de Garde (MMG), une diminution de la part des projets de régulation. On peut aussi noter l'émergence dans la région Centre de 4 projets portant sur la prise en charge des urgences respiratoires.

On note que :

- 61% des projets de PDS sont des MMG contre 57% en 2008,
- 21% des projets de PDS portent sur la régulation contre 27% en 2008,
- 18% des projets de PDS concernent d'autres dispositifs contre 16% en 2008.

2.7.2 Les maisons médicales de garde

Les Maisons Médicales de Garde (MMG) sont des lieux fixes et déterminés au sein desquels un médecin dispense des consultations de médecine générale. Elles s'intègrent à l'organisation territoriale de la permanence des soins et fonctionnent uniquement aux heures de permanence des soins. Leur accès peut faire l'objet d'une régulation téléphonique préalable. (Cf. circulaire DHOS/DSS/CNAMTS du 23 mars 2007).

En 2009, le FIQCS a financé 165 projets de MMG, dont 15 nouveaux projets (16 en 2008).

Ces projets de MMG sont majoritairement situés en établissement de santé (*99 sur les 158 réponses renseignées, la région Midi Pyrénées n'ayant pas renseigné 5 projets*)

Moins de la moitié des MMG ne sont accessibles qu'après régulation.

En moyenne, le financement accordé au titre du FIQCS pour une MMG est de 148 289 €.

En 2009 6,7 M€ ont été versés sur l'année au titre de la permanence des soins (45% des aides versées et 46% en 2008). La durée moyenne de convention est de 3,1 ans.

On peut noter que 83% de ces projets soit 137 sont exclusivement financés par le FIQCS à l'exclusion de tout cofinancement. En moyenne, le FIQCS contribue au financement des MMG à hauteur de 91% du montant total du projet en 2009.

Il est à noter que sur les 165 projets relatifs aux MMG, 51% des montants représentent des frais de fonctionnement dont plus de la moitié sont liés aux frais de personnel. Ces frais de personnel s'élèvent en moyenne à 20 746 € par MMG pour l'année 2009 (soit une hausse de 10% par rapport à 2008) 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.

2.7.3 Les projets de régulation

En 2009, le FIQCS a financé 56 projets relatifs à la régulation libérale des appels (69 en 2008).

En moyenne, le financement accordé au titre du FIQCS pour un projet de régulation libérale s'élève à 278 364 € (54 projets renseignés).

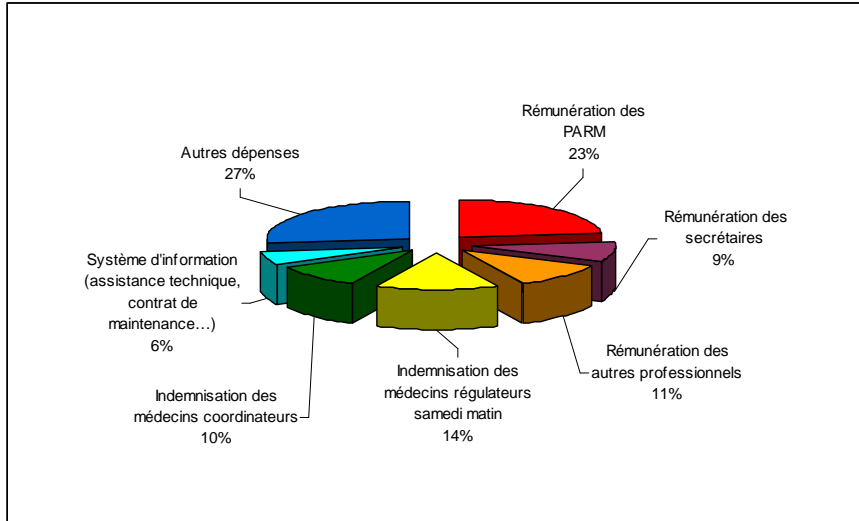
Cela représente en 2009 le versement de 6,0 M€, soit 40% des aides versées sur l'année au titre de la permanence des soins.

La durée moyenne des conventions de financement est de 2,3 ans.

On peut noter que 77% de ces projets, soit 43, sont exclusivement financés par le FIQCS. En moyenne, le FIQCS contribue à hauteur de 92% au financement de la régulation libérale.

La plupart des projets financent les frais de fonctionnement liés à la régulation sur des plages horaires différentes des plages réglementaires de permanence des soins (samedi, soirs de semaine à partir de 18h30 par exemple). Les dépenses de fonctionnement représentent 95% de l'ensemble des dépenses et se répartissent comme suit (cf graphique 9).

Graphique 9 : Répartition des dépenses de fonctionnement



PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

2.7.4 Les autres projets liés à la permanence des soins

Le nombre de projets, autres que les projets relatifs aux MMG et à la régulation, a progressé en 2009 avec 49 projets (contre 41 en 2008).

Ces projets sont en grande majorité liés à la permanence des soins en kinésithérapie respiratoire pédiatrique pour la prise en charge des nourrissons pendant la période épidémique de bronchiolite, et dans une moindre mesure à la gestion et à l'organisation de la permanence des soins.

Le montant des versements pour ces projets s'élève à 2,16 M€, soit 15% des aides versées par le FIQCS au titre de la permanence des soins. La durée moyenne de ces conventions est de 2,4 années.

2.8 Développement des systèmes d'information

Les projets de développement de systèmes d'information et leurs financements sont présentés dans le tableau 30 :

Tableau 30 : Répartition des projets de système d'information et de leur financement

Type de projet	Nombre de projets	Montant total accordé sur la durée de la convention de financement (en €)	Montant FIQCS versés en 2009 (en €)	Part des financements 2009	Dépenses 2009 d'investissement (%)	Dépenses 2009 de fonctionnement (%)
Plateforme informatique ²⁷	9	3 493 600	2 640 206	88%	4%	96%
Réseaux de messagerie ²⁸	3	146 420	64 416	2%	35%	65%
Autres	7	362 595	280 296	9%	8%	92%
TOTAL	19	4 002 615	2 984 918	100%	7%	93%

Source : Données recueillies auprès des MRS

En 2009, le FIQCS a financé 19 projets de développement des systèmes d'information, répartis sur 13 régions²⁹.

Au total 2,98 M€ ont été versés dans le cadre du développement des systèmes d'information.

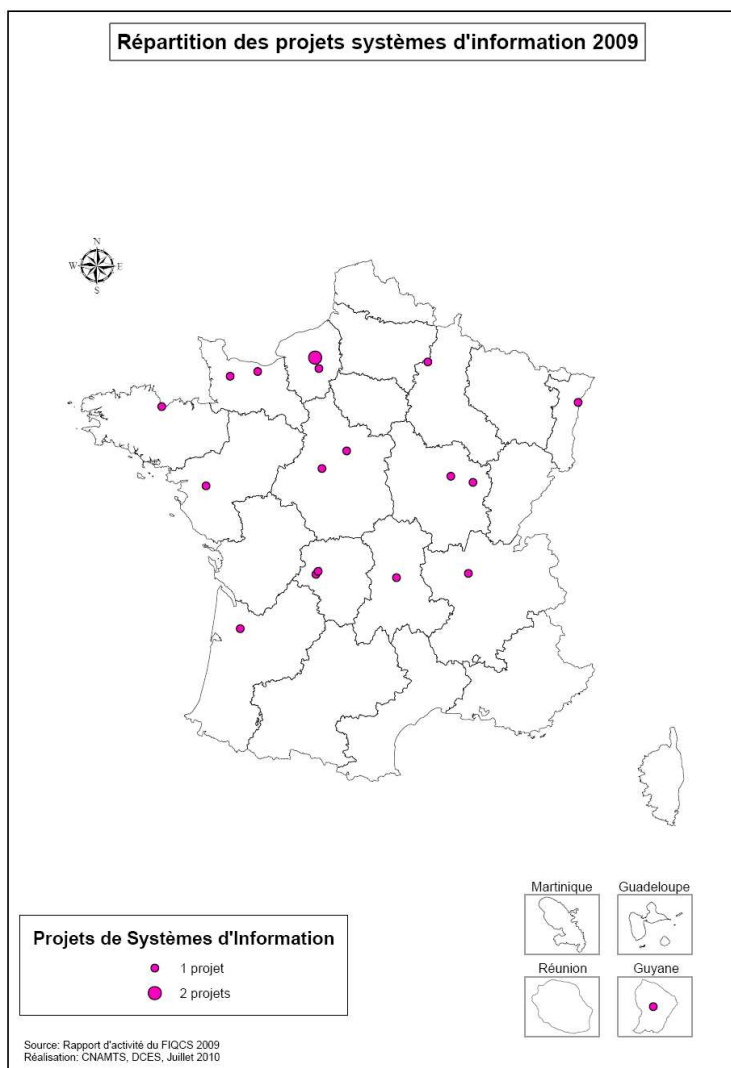
Les aides ont majoritairement été consacrées :

1. dépenses de fonctionnement des projets 66%
2. systèmes d'information proprement dits 24%
3. investissements qui représentent 10% des aides allouées aux dispositifs

²⁷ Une plate-forme informatique est une base de travail à partir de laquelle il est possible d'écrire, lire, utiliser et développer un ensemble de logiciels et d'outils permettant à l'ensemble des professionnels d'un territoire de communiquer et de partager ensemble des informations.

²⁸ Un réseau de messagerie permet de faire communiquer les professionnels de santé entre eux et avec les établissements de soins tout en préservant, par un cryptage de haut niveau, la confidentialité des informations transmises

²⁹ Les 13 régions concernées sont : Alsace, Aquitaine, Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Guyane, Haute-Normandie, Limousin, Pays-de-la-Loire et Rhône-Alpes.



2.9 Evaluation des projets (hors réseaux de santé)

2.9.1 Evaluation et Audit pour les projets rattachés à la Permanence des Soins et à Exercices regroupés

Le tableau ci-dessous donne les grandes tendances en termes d'évaluation et d'audits des projets pour ces deux thématiques :

Tableau 31 : Répartition des projets de permanence des soins et d'exercices regroupés ayant fait l'objet d'une évaluation

	Permanence des soins			Exercices regroupés		
	Projet ayant fait l'objet d'une autoévaluation en 2009	Projet ayant fait l'objet d'une évaluation externe en 2009	Projet ayant fait l'objet d'un audit en 2009	Projet ayant fait l'objet d'une autoévaluation en 2009	Projet ayant fait l'objet d'une évaluation externe en 2009	Projet ayant fait l'objet d'un audit en 2009
Oui	68	18	13	14	2	0
Non	139	190	188	87	99	101
Non renseigné	63	62	69	23	23	23
TOTAL	270	270	270	124	124	124

Source : Données recueillies auprès des MRS

Concernant la partie Permanence des soins, sur les 270 projets, chacun des items a été renseigné à près de 77% : 25% des projets ont fait en 2009 l'objet d'une autoévaluation, 7% l'objet d'une évaluation externe, 5% l'objet d'un audit.

Pour la partie Exercices regroupés, sur les 124 projets, chacun des items a été renseigné à plus de 80% : 11% des projets ont fait en 2009, l'objet d'une autoévaluation, 2% l'objet d'une évaluation externe, cependant aucun projet n'a fait l'objet d'un audit.

Les suites données pour chacune de ces deux grandes thématiques sont les suivantes, que les projets aient fait ou non l'objet d'une évaluation ou d'un audit :

- Pour la Permanence des soins : 90 projets ont fait l'objet d'une poursuite de financement, 2 projets ont eu une révision de leur convention, 1 projet a fait l'objet d'un arrêt de financement et 1 projet dont les conclusions de l'audit et/ou les évaluations étaient en cours. Pour les 176 autres projets (65%), cette information n'est pas renseignée.
- Pour la partie Exercices regroupés : 18 projets ont fait l'objet d'une poursuite de financement, 4 projets ont fait l'objet d'un arrêt de financement et 3 projets dont les conclusions de l'audit et/ou les évaluations étaient en cours. Pour les 99 autres projets (80%), cette information n'est pas renseignée.

2.9.2 Evaluation des groupes qualité

L'évaluation du dispositif, financée par le FIQCS national, a été réalisée en 2009 par la société CEMKA EVAL recrutée dans le cadre d'un appel d'offres. Le cahier des charges a été réalisé conjointement entre l'URCAM Bretagne et la CNAMTS et validé par l'ensemble des autres régions participantes.

Cette évaluation avait pour objectifs de fournir aux différents partenaires de la démarche :

- des résultats sur l'efficacité des soins issue de la mise en œuvre des groupes qualité ;
- des éléments d'appréciation et de réflexion sur les conditions d'extension de l'expérimentation et d'appropriation du projet, afin d'améliorer et d'affiner si nécessaire sa mise en œuvre.

Les résultats

Cette évaluation montre que le programme Groupes Qualité fonctionne de manière satisfaisante : le cadre de pilotage est en adéquation avec le projet, les modalités de mise en œuvre et l'organisation des groupes satisfont les médecins participants, et les principes du cahier des charges sont globalement respectés.

Quelques évolutions seront nécessaires compte tenu de l'augmentation du nombre de participants et de régions, dans l'éventualité d'une poursuite de leur extension.

L'impact sur l'amélioration des modalités d'exercice des médecins, le développement de relations avec d'autres professionnels et l'organisation des soins est également mis en évidence. Cet impact semble croître avec l'ancienneté des groupes et les projets professionnels se multiplient après quelques années de fonctionnement commun.

Le partenariat professionnels de santé / Assurance Maladie est jugé comme incontournable par tous les acteurs. En ce sens, les Groupes Qualité constituent une plate-forme intéressante pour la recherche et l'expérimentation de démarches ciblées sur des thèmes d'intérêt reconnus par l'ensemble des acteurs.

L'amélioration des pratiques de prescription est confirmée par les résultats issus des bases de remboursement de l'assurance maladie³⁰. Les modifications les plus nettes portent sur l'antibiothérapie et les prescriptions d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). De façon générale,

³⁰ En Bretagne, entre 2007 et 2009, sur les 19 indicateurs de qualité de la prescription médicale retenus et évalués, 15 ont une évolution plus favorable dans les Groupes Qualité que dans le groupe témoin.

Sur ces 15 indicateurs on observe une différence statistiquement significative pour 7 d'entre eux.

En Basse-Normandie, sur les 19 indicateurs de qualité de la prescription médicale évalués, 12 ont une évolution plus favorable dans les Groupes Qualité que dans le groupe témoin.

la prescription d'IPP (inhibiteurs de la pompe à protons), d'antihypertenseurs et d'hypnotiques restent à améliorer.

Globalement, les médecins participant aux groupes qualité considèrent que leurs pratiques se sont modifiées, notamment, pour plus de la moitié des répondants, sur :

- leur manière de prescrire ;
- leur pratique professionnelle ;
- la mise à jour de leurs connaissances et pratiques ;
- une incitation à la recherche documentaire ;
- leur recours aux référentiels de pratique.

Compte tenu de ces résultats, le développement de la démarche se poursuit.

3. CONCLUSION

Les taux de consommation du FIQCS en 2009 ont été plus élevés que les années précédentes, respectivement 99% pour le national et 92% pour le régional, contre 36% et 82% en 2008, essentiellement en raison de la prise en compte de la consommation estimée pour ajuster les financements attribués.

Toutefois, le taux de consommation reste très variable entre les régions allant de 57% à 99%.

La structure de financement des projets portés par le FIQCS évolue peu (globalement mêmes thèmes financés d'une année sur l'autre pour des montants comparables) d'où une certaine inertie au détriment de l'innovation qu'un fonds comme le FIQCS a également vocation à expérimenter.

Les politiques de financement adoptées diffèrent entre les régions : certaines financent quasi exclusivement des réseaux de santé, d'autres diversifient les thématiques financées.

Les réseaux demeurent néanmoins largement prépondérants (plus de 80% des financements leur sont consacrés).

Pour les autres actions financées, deux thèmes ont connu une impulsion notable.

- Les groupes qualité : 4 nouvelles régions ont rejoint le dispositif, initié en 2001 par la Bretagne, qui regroupe aujourd'hui 10 régions. L'évaluation réalisée par CEMKA EVAL confirme la plus-value de la démarche en particulier sur la qualité de la prescription.
- Les MSP : si l'objectif de 100 nouvelles MSP n'est pas atteint, l'évolution du nombre de MSP installées ou en cours d'installation a été très nette, passant de 27 en 2008 à 63 en 2009, avec une forte dynamique pour certaines régions.

L'évaluation nationale des réseaux réalisée en 2009 à l'initiative du Comité national de gestion du FIQCS ³¹ a permis, à partir des données 2008, de valider les indicateurs « socles » d'activité, de qualité et de coût.

L'analyse de ces indicateurs a été reconduite, comme prévu, dans le cadre de ce rapport d'activité et a permis de faire ressortir les éléments suivants.

Certaines données clés ne sont pas communiquées par les promoteurs et ne font pas l'objet d'une recherche complémentaire par les régions, d'où une qualité de recueil, cette année encore, insuffisante. Ainsi, le nombre de patients adhérents et ayant un plan personnalisé de santé (PPS) n'est pas correctement renseigné dans 12% des cas. Or, le PPS est l'outil central pour garantir une prise en charge globale et coordonnée des patients, vocation princeps des réseaux.

36 réseaux (6% des réseaux entrant dans le champ de l'évaluation) n'ont communiqué aucune information concernant les 10 indicateurs constitutifs de l'indice synthétique de qualité (ISQ) et 8% des réseaux présentent un ISQ très bas (0 ou 1) qui traduit l'absence de mise en place des procédures de qualité et de sécurité.

Pour les thèmes pour lesquels un référentiel spécifique définit un seuil minimum de patients (réseaux de gérontologie, de soins palliatifs), le nombre de réseaux qui déclarent un nombre de patients inférieur au seuil fixé n'est pas négligeable (plus de 40% pour la gérontologie et plus de 50% pour les soins palliatifs).

Au sein d'un même thème, le nombre de patients pris en charge et le coût par patient se révèlent très hétérogènes.

³¹ Evaluation des réseaux de santé financés par le FIQCS - Année 2008, novembre 2009

Enfin, certains financements par le FIQCS apparaissent inappropriés (dérogations tarifaires pour des prises en charges déjà financées sur le risque par exemple).

Les indicateurs sur lesquels l'ensemble de cette analyse est fondé sont certes déclaratifs, mais néanmoins objectivables, reproductibles et contrôlables, constituant par là même des supports d'analyse de la performance simples et signifiants.

Les résultats observés tant au niveau des comparaisons inter thématiques qu'inter régionales montrent qu'une marge de progression existe qui passe par l'engagement des promoteurs sur des objectifs explicites et quantifiés.

Les outils sont d'ores et déjà disponibles pour analyser la pertinence des financements en cours. Une rencontre avec les responsables régionaux de la gestion du FIQCS sera prochainement planifiée pour partager une démarche commune fondée sur la nécessité d'un recueil exhaustif et validé des indicateurs proposés.

C'est sur la base d'une gestion maîtrisée et éclairée des financements portés par le FIQCS que l'expérimentation d'actions innovantes en lien avec le volet ambulatoire des SROS pourra dès lors se développer.

ANNEXES

Annexe 1 : Enquête rétinopathie diabétique

Annexe 2 : Répartition des réseaux régionaux et non régionaux (de périnatalité et de cancérologie)

Annexe 3 : Indice Synthétique de Qualité (ISQ)

Annexe4 : Présentation des réseaux de santé créés en 2009

Annexe 5: Indicateurs clés pour les réseaux de gérontologie, soins palliatifs et diabétologie, par région

Annexe 1 : Enquête rétinopathie diabétique

En 2009, une enquête a été réalisée par la CNAMTS auprès des régions ayant une activité de dépistage de la rétinopathie diabétique financée par le FIQCS en 2008 (5 régions dont la Guyane pour laquelle l'activité est intégrée à celle d'un réseau diabète) afin de mieux préciser le contenu de cette activité.

Les résultats de l'enquête sont présentés ci-dessous pour 4 régions (Guyane, Picardie, Champagne-Ardenne et Nord-Pas-de-Calais).

- *Objectifs de la mise en œuvre du dispositif.* Pallier une démographie médicale insuffisante et améliorer le dépistage et le suivi des patients diabétiques.
- *Modalités d'adressage.* Elles sont diverses : professionnels de santé dont médecins généralistes, réseau diabète, campagne de presse. Ce dernier mode d'adressage est fréquemment évoqué ce qui laisse supposer que les sites concernés ont développé ce type de communication.
- *Patients.* En moyenne 730 patients sont suivis par an et par site avec une forte hétérogénéité : de 121 à 1 100 patients. (estimation sur 8 sites).
Sur les 5 sites (situés en Nord-Pas-de-Calais) pour lesquels les informations recueillies sur le nombre de patients suivis et dépistés sont directement comparables, le taux de dépistage d'une rétinopathie diabétique (stade 1 à 4, hors cas non interprétables) est de 18% avec une forte hétérogénéité : de 3.8% à 37%, dont il est difficile d'analyser la cause.
- *Matériel et praticiens.* 13 rétinographes mobilisés, majoritairement itinérants. Les clichés sont généralement réalisés par des infirmiers salariés et dans une moindre mesure par des orthoptistes. Les lectures de clichés sont réalisées par des ophtalmologistes. A noter que lorsque l'information est disponible la double lecture des clichés ne semble pas systématique, contrairement à ce qui est recommandé par la HAS [Interprétation des photographies du fond d'œil suite à une rétinographie avec ou sans mydriase, juillet 2007].
- *Délais d'adressage à l'ophtalmologiste après dépistage.* Ils diffèrent selon le type de rétinopathie (proliférante ou non).
Dans le cas des rétinopathies diabétiques non proliférantes, les délais varient de 3 à 8 jours à 6 mois maximum, avec un délai plus court pour les stades sévères.
Dans le cas des rétinopathies diabétiques proliférantes, les délais varient de 7 jours (Guyane) à 1 mois maximum (Champagne).
La encore pour certains sites, les délais sont supérieurs à ceux recommandés par la HAS en 2007. (Adressage chez l'ophtalmologiste inférieur à 2 mois pour les patients atteints d'une rétinopathie non proliférante et inférieur à deux semaines pour une rétinopathie proliférante).
- *Financement et coût.* Les financements proviennent exclusivement du FIQCS. Dans le cas de dispositif itinérant, le véhicule peut être offert par un tiers ou mis à disposition par le réseau diabète.
Le montant moyen annuel par patient financé par le FIQCS sur les 8 sites pour lesquels les données sont renseignées est de 125 € (de 85 € à 557 € avec 4 sites très proches de la valeur moyenne). A noter que le montant moyen par patient est fortement lié au nombre de patients suivis, les montants les plus élevés correspondant aux sites où le nombre de patients est le plus faible.

L'hétérogénéité constatée pour le nombre et le taux de patients dépistés ainsi que les délais d'adressage vers l'ophtalmologiste, l'absence systématique d'une double lecture suggèrent de privilégier le financement des projets qui sont en adéquation avec les recommandations de la HAS.

Annexe 2 : Répartition des réseaux régionaux et non régionaux de périnatalité et de cancérologie

Près de la moitié des réseaux de périnatalité et de cancérologie sont des réseaux régionaux. Ces réseaux ont pour mission d'offrir un cadre régional harmonisé qui puisse garantir une organisation et l'élaboration d'outils permettant d'assurer des soins de qualité (décloisonnement et amélioration des pratiques par exemple). Ils ne coordonnent pas directement les prises en charge des patients ; dès lors ils n'ont pas été intégrés dans le § 2.2.4 : Analyse des indicateurs d'activité, de qualité et financiers.

Répartition des réseaux de périnatalité et de cancérologie en distinguant les réseaux régionaux (organisationnels) et non régionaux (opérationnels)

Thème du réseau		Nombre de projets		Montant accordé par le FIQCS		Montant total versé en 2009		Durée moyenne d'une convention de financement
		(en nombre)	(en %)	(en €)	(en %)	(en €)	(en %)	(en années)
Cancérologie	Réseau non régional	38	58%	31 482 753	54%	10 326 227	55%	2,7
	Réseau régional	27	42%	27 157 157	46%	8 341 277	45%	2,3
	Total	65	100%	58 639 910	100%	18 667 504	100%	2,5
Périnatalité	Réseau non régional	31	56%	14 665 212	51%	5 048 524	46%	2,5
	Réseau régional	24	44%	14 321 060	49%	5 826 115	54%	2,2
	Total	55	100%	28 986 272	100%	10 874 639	100%	2,4

Source : Données recueillies auprès des MRS

Les réseaux régionaux de cancérologie, soit 42% des réseaux de cancérologie, représentent :

- 46% du montant total accordé sur toute la durée de la convention à l'ensemble des réseaux de cancérologie
- 45% du montant versé à l'ensemble des réseaux de cancérologie

Les régions Bretagne, Corse, Martinique et Rhône-Alpes n'ont pas déclaré de réseaux régionaux de cancérologie financés par le FIQCS. A l'inverse, certaines régions déclarent financer plusieurs réseaux régionaux : Ile-de-France (3), PACA, Limousin et Nord-Pas-de-Calais (2 chacune).

Les réseaux régionaux de périnatalité, soit 42% sont des réseaux de périnatalité, représentent :

- 49% du montant total accordé sur toute la durée de la convention
- 54% du montant versé au titre des réseaux en 2009.

Les régions Bretagne, Corse, Guadeloupe et Nord-Pas-de-Calais ne déclarent pas de réseaux régionaux de périnatalité. Certaines régions Centre, Languedoc-Roussillon et PACA déclarent financer 2 réseaux régionaux.

Annexe 3 : Indice Synthétique de Qualité (ISQ)

En 2009 une évaluation des réseaux de santé a été mise en place dans la continuité du dispositif d'évaluation prévu par la circulaire du 2 mars 2007. Le dispositif proposé a permis d'identifier des indicateurs plus précis et plus opérationnels aux régions et aux prestataires chargés de l'évaluation externe.

Pour ce faire, les travaux ont été menés par un groupe de travail coordonné par la DGOS et la CNAMTS. Les indicateurs ont été testés dans trois régions et la version issue de ce test a été diffusée à l'ensemble des MRS après validation finale par le groupe de travail.

L'année 2008 a été la première année du recueil. Pour cette raison, certaines données n'étaient pas disponibles et une analyse plus synthétique que celle initialement prévue par le groupe a été effectuée.

La diffusion des critères et le glossaire qui les accompagnaient ont permis à la fois que soit partagé une démarche commune entre régions et niveau national et que soient clarifiés les objectifs attendus des réseaux de santé en particulier en matière de coordination de la prise en charge des patients autour d'un plan personnalisé de santé (PPS). Cette évaluation dans sa première version a aussi permis de valider des indicateurs « socles » constituant un indice synthétique qualité intégré depuis en routine dans le rapport d'activité du FIQCS dans la partie réseaux de santé.

L'ISQ prend en compte les indicateurs traceurs de qualité suivants répartis en 4 groupes :

Objectifs fixés par convention

- Atteinte de l'objectif fixé par la convention et relatif à la conformité du système d'information du réseau aux critères d'éligibilité définis dans le document du GMSIH
- Atteinte des objectifs fixés dans la convention concernant la mise en œuvre d'actions de mutualisation avec d'autres structures (réseaux, établissements de santé, CLIC, CSAPA....)

Prise en charge des patients

- Elaboration et maintenance de protocoles et référentiels de soins en cohérence avec les protocoles et référentiels existants (HAS, INCa, sociétés savantes...)
- Mise en place de procédures de vérification de l'application de ces protocoles
- Existence d'une permanence téléphonique
- Mise en place systématique (100% des patients adhérents du réseau et ayant un Plan Personnalisé de Santé - PPS³²) d'un dossier patient du réseau
- Mise en place d'une procédure de vérification de l'utilisation du dossier patient du réseau par les professionnels
- Existence d'une procédure de réévaluation annuelle de la situation du patient par rapport au réseau

Participation et intégration des acteurs

- Intégration dans le PPS du médecin traitant pour 100% des patients du réseau (participation à l'élaboration ou validation)

Organisation et fonctionnement du réseau

- Mise en place d'un système de recensement d'analyse et de suivi des événements indésirables (Incidents et accidents pour lesquels le réseau doit mettre en place une traçabilité (exemple: hospitalisations non programmées, rupture de prise en charge, sorties volontaires des patients et des professionnels...) ainsi qu'une évaluation des actions correctives.).

Chaque réponse « oui » à l'un des indicateurs est cotée 1, les réponses ayant pour valeur « non » ou non renseignées sont cotées 0. L'ISQ est établi en sommant ces réponses ; le résultat est donc une valeur entre 0 et 10.

³² Plan Personnalisé de Santé (PPS) : Document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins du patient notamment en soins, et établissant le programme des interventions des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires. Le PPS comprend le plan de soins et le plan d'aide, le cas échéant.

Annexe 4 : Présentation des réseaux de santé créés en 2009

En 2009, 63 réseaux de santé ont été créés. Le tableau suivant donne la répartition des nouveaux réseaux en fonction de leur thème et de leur région.

La moitié des nouveaux réseaux créés en 2009 sont en grande majorité des réseaux de gérontologie (25%), de proximité (polypathologies ou polyvalents) (13%) et de prise en charge des adolescents (11%).

Les régions ayant financé le plus grand nombre de nouveaux réseaux sont la région Rhône-Alpes (21% des nouveaux projets) et à un moindre niveau les régions Lorraine et Languedoc-Roussillon (10% chacune).

Concernant la création de 4 nouveaux réseaux prenant en charge la périnatalité, 3 d'entre eux sont des réseaux régionaux.

En raison du faible temps d'observation de ces structures, les indicateurs d'activité, de qualité et financiers n'ont pas été analysés.

Répartition des nouveaux réseaux de santé créés en 2009 par thème et par région

Thème	Alsace	Aquitaine	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Centre	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Haute-Normandie	Ile-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Midi-Pyrénées	Nord-Pas-de-Calais	Poitou-Charentes	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	Rhône-Alpes	TOTAL	
Gérontologie	1		1		1	2			1					5			2	1		2		16
Proximité (polypathologies)		1	2	1															2	2		8
Prise en charge des adolescents						2			1				1				1		2			7
Cardiovasculaire	1		1									1		1			2					6
Autre		1								1		1				1						4
Cancérologie											1										3	4
Périnatalité			1									1	1							1		4
Handicap	1																			2		3
Pathologies respiratoires								1				1			1							3
Nutrition et prise en charge de l'obésité												1								1		2
Soins Palliatifs				1														1				2
Addictologie							1															1
Maladies infectieuses																				1		1
Maladies rares												1										1
Précarité																				1		1
TOTAL	3	2	5	2	1	4	1	1	2	1	1	6	2	6	1	1	5	2	4	13	63	

Source : Données recueillies auprès des MRS

Annexe 5 : Indicateurs clés pour les réseaux de gérontologie, soins palliatifs et diabétologie, par région

Cette annexe rapporte les résultats par région relatifs aux indicateurs d'activité (nombre de patients, et de médecins libéraux), de qualité (ISQ) et financiers (montant moyen par réseau et montant moyen par patient) pour les 3 thèmes les plus représentés (gérontologie, soins palliatifs et diabétologie).

Seuls les résultats des régions dont le nombre de réseaux déclaré par thème est supérieur à 2 ont été présentés. Ces résultats n'ont pas été calculés (NC) pour les régions dont le nombre de réseau est inférieur ou égal à 2.

Les données communiquées peuvent ne pas être exhaustives de telle sorte que les valeurs moyennes estimées sont entachées d'une imprécision difficile à apprécier.

Gérontologie

Région	Nombre de Réseaux évalués (1)	ISQ moyen	Effectif moyen de patients adhérents et ayant un PPS par réseau	Effectif moyen de médecins libéraux adhérents et intervenant dans un PPS par réseau	Montant moyen versé 2009 par réseau (en €)	Montant moyen versé 2009 par patient (en €)
Alsace	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Aquitaine	4	6,0	181	56	212 983	1 175
Auvergne	1	NC	NC	NC	NC	NC
Basse-Normandie	1	NC	NC	NC	NC	NC
Bourgogne	9	4,6	237	23	114 204	496
Bretagne	7	5,4	211	43	166 858	705
Centre	1	NC	NC	NC	NC	NC
Champagne-Ardenne	3	5,3	384	85	222 614	422
Corse	2	NC	NC	NC	NC	NC
Franche-Comté	2	NC	NC	NC	NC	NC
Guadeloupe	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Guyane	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Haute-Normandie	2	NC	NC	NC	NC	NC
Ile-de-France	10	7,9	363	87	303 428	828
Languedoc-Roussillon	2	NC	NC	NC	NC	NC
Limousin	3	3,3	148	1	109 692	739
Lorraine	8	6,4	433	78	182 420	422
Martinique	1	NC	NC	NC	NC	NC
Midi-Pyrénées	1	NC	NC	NC	NC	NC
Nord-Pas-de-Calais	6	6,7	486	84	265 747	547
Pays-de-la-Loire	4	4,3	173	108	145 275	841
Picardie	4	5,8	196	39	147 468	752
Poitou-Charentes	12	6,2	358	42	154 137	431
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	11	4,5	193	76	227 122	1 175
Réunion		NC	NC	NC	NC	NC
Rhône-Alpes	6	7,3	306	90	352 779	1 152
Ensemble	100	5,6	290 (1)	63 (2)	202 477 (3)	692 (4)

(1): Moyenne calculée à partir des données transmises par 98 réseaux de gérontologie (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

(2): Moyenne calculée à partir des données transmises par 94 réseaux de gérontologie (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

(3): Moyenne calculée à partir des données transmises par 98 réseaux de gérontologie (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

(4): Moyenne calculée à partir des données transmises par 96 réseaux de gérontologie (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

Soins palliatifs						
Région	Nombre de Réseaux évalués	ISQ moyen	Effectif moyen de patients adhérents et ayant un PPS par réseau	Effectif moyen de médecins libéraux adhérents et intervenant dans un PPS par réseau	Montant moyen versé 2009 par réseau (en €)	Montant moyen versé 2009 par patient (en €)
Alsace	2	NC	NC	NC	NC	NC
Aquitaine	8	5,4	69	85	205 628	2 991
Auvergne	4	4,3	127	51	345 822	2 734
Basse-Normandie	1	NC	NC	NC	NC	NC
Bourgogne	2	NC	NC	NC	NC	NC
Bretagne	8	5,1	112	65	223 377	2 001
Centre	2	NC	NC	NC	NC	NC
Champagne-Ardenne	1	NC	NC	NC	NC	NC
Corse	-	NC	NC	NC	NC	NC
Franche-Comté	1	NC	NC	NC	NC	NC
Guadeloupe	-	NC	NC	NC	NC	NC
Guyane	-	NC	NC	NC	NC	NC
Haute-Normandie	6	7,2	75	72	182 142	2 439
Ile-de-France	12	8,3	353	187	572 037	1 705
Languedoc-Roussillon	7	5,3	189	71	210 900	1 117
Limousin	-	NC	NC	NC	NC	NC
Lorraine	3	9,0	124	160	302 105	2 443
Martinique	1	NC	NC	NC	NC	NC
Midi-Pyrénées	7	6,7	230	141	397 440	1 725
Nord-Pas-de-Calais	10	6,8	151	65	260 775	1 725
Pays-de-la-Loire	4	5,0	151	99	152 350	1 012
Picardie	5	7,2	165	117	302 556	1 838
Poitou-Charentes	1	NC	NC	NC	NC	NC
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	7	5,6	205	166	272 663	1 328
Réunion	-	NC	NC	NC	NC	NC
Rhône-Alpes	3	7,3	124	48	349 803	2 813
Ensemble	95	6,3	173 (1)	114 (2)	288 635 (3)	1 766 (4)

(1): Moyenne calculée à partir des données transmises par 93 réseaux de soins palliatifs (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

(2): Moyenne calculée à partir des données transmises par 93 réseaux de soins palliatifs (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

(3): Moyenne calculée à partir des données transmises par 92 réseaux de soins palliatifs (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

(4): Moyenne calculée à partir des données transmises par 90 réseaux de soins palliatifs (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

Diabétologie

Région	Nombre de Réseaux évalués	ISQ moyen	Effectif moyen de patients adhérents et ayant un PPS par réseau	Effectif moyen de médecins libéraux adhérents et intervenant dans un PPS par réseau	Montant moyen versé 2009 par réseau (en €)	Montant moyen versé 2009 par patient (en €)
Alsace	3	6,0	688	129	294 884	428
Aquitaine	1	NC	NC	NC	NC	NC
Auvergne	3	9,3	199	43	152 807	769
Basse-Normandie	2	NC	NC	NC	NC	NC
Bourgogne	3	7,7	627	85	184 384,0	235
Bretagne	5	6,2	237	84	239 579	1 010
Centre	3	7,0	1 047	119	267 318	255
Champagne-Ardenne	-	NC	NC	NC	NC	NC
Corse	1	NC	NC	NC	NC	NC
Franche-Comté	1	NC	NC	NC	NC	NC
Guadeloupe	1	NC	NC	NC	NC	NC
Guyane	1	NC	NC	NC	NC	NC
Haute-Normandie	2	NC	NC	NC	NC	NC
Ile-de-France	4	10,0	1 096	121	483 641	441
Languedoc-Roussillon	1	NC	NC	NC	NC	NC
Limousin	1	NC	NC	NC	NC	NC
Lorraine	8	6,4	277	90	102 672	370
Martinique	-	NC	NC	NC	NC	NC
Midi-Pyrénées	1	NC	NC	NC	NC	NC
Nord-Pas-de-Calais	-	NC	NC	NC	NC	NC
Pays-de-la-Loire	6	3,7	644	162	201 495	313
Picardie	2	NC	NC	NC	NC	NC
Poitou-Charentes	1	NC	NC	NC	NC	NC
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	4	5,0	1 484	155	354 530	220
Réunion	1	NC	NC	NC	NC	NC
Rhône-Alpes	5	6,0	159	51	296 226	1 860
Ensemble	60	5,9	548 (1)	99 (2)	242 241 (3)	422 (4)

(1): Moyenne calculée à partir des données transmises par 57 réseaux de diabétologie (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

(2): Moyenne calculée à partir des données transmises par 58 réseaux de diabétologie (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

(3): Moyenne calculée à partir des données transmises par 60 réseaux de diabétologie (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

(4): Moyenne calculée à partir des données transmises par 57 réseaux de diabétologie (exclues réponses non renseignées et égales à 0)

LEXIQUE

ARS	:	Agences Régionales de Santé
CGSS	:	Caisse Générale de Sécurité Sociale
CNEH	:	Centre national de l'expertise hospitalière
CNG	:	Comité National de Gestion (du FIQCS)
CNQCS	:	Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins
CRQCS	:	Conseils Régionaux de la Qualité et de la Coordination des Soins
DMP	:	Dossier Médical Personnel
DOM	:	Département d'Outre Mer
ETP	:	Education Thérapeutique du Patient
ETP	:	Equivalent Temps Plein
FFMKR :	:	Fédération Française de Masseur Kinésithérapeute Rééducateurs
FIQCS	:	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
GMSIH :	:	Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
HAS	:	Haute Autorité en Santé
IDE	:	Infirmiers Diplômés d'Etat
ISQ	:	Indice Synthétique de Qualité
LFSS	:	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MMG	:	Maison Médicale de Garde
MRS	:	Missions Régionales de Santé
MSP	:	Maisons de Santé Pluri-professionnelles
ORS	:	Observatoire Régional de la Santé
PARM	:	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PDS	:	Permanence Des Soins
PPS	:	Plan Personnalisé de Santé
SDV	:	Soins De Ville
URCAM	:	Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

