

**Contrôle et évaluation du fonds
d'aide à la qualité des soins de
ville (FAQSV) et de la dotation de
développement des réseaux
(DDR)**

Rapport de synthèse

- Rapport définitif -

***Rapport présenté par :
Christine DANIEL, Bérénice DELPAL et Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n° 2006 022
Mai 2006***

SOMMAIRE

Rapport initial.....	1 à 75
Annexes au rapport initial	1 à 63

Réponses de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et observations en retour de l'Inspection générale des affaires sociales.....	64 à 71
---	----------------

Réponse du directeur de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	72 à 78
---	----------------

**Contrôle et évaluation du fonds
d'aide à la qualité des soins de
ville (FAQSV) et de la dotation de
développement des réseaux
(DDR)**

Rapport de synthèse

- Rapport initial -

Rapport présenté par :

***Christine DANIEL, Bérénice DELPAL, Gilles DUHAMEL et
Christophe LANNELONGUE***

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont commandité.***

***Rapport n° 2006 022
Février 2006***

Dans le cadre du programme annuel de travail de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le ministre des solidarités, de la santé et de la famille a souhaité que soient évalués le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) et notamment leur fonctionnement, leurs modalités de gestion, les critères d'attribution des financements et la méthode d'évaluation des projets financés.

1. La méthodologie de la mission

Le présent rapport constitue la synthèse des travaux menés par la mission sur le FAQSV national et sur la gestion du FAQSV et de la DNDR dans cinq régions, choisies pour leur diversité¹. Dans chaque région, en sus des entretiens, la mission a organisé son travail avec un double objectif de contrôle de la bonne utilisation des fonds publics et d'évaluation des actions financées :

- pour répondre à l'objectif de contrôle, la mission a sélectionné un certain nombre de dossiers FAQSV et DRDR et les a traités sur pièces ;
- pour répondre à l'objectif d'évaluation, la mission a demandé aux URCAM et aux ARH de remplir conjointement un questionnaire permettant de comparer tous les réseaux d'une même catégorie. Elle a défini pour cela des critères à prendre en compte en priorité (minimum requis) pour les réseaux ou dispositifs qui ont été le plus fréquemment financés : réseaux cancer, diabète, périnatalité, soins palliatifs, personnes âgées, maisons médicales de garde et régulation libérale.

Pour la part nationale du FAQSV, la mission a analysé tous les rapports d'évaluation disponibles d'une part, et sélectionné pour un contrôle plus approfondi les huit projets ayant reçu les montants les plus importants à la date de la mission .

En cumulé, plus de 650 millions € ont été alloués à ces deux fonds depuis leur création et quelques 500 millions € ont été versés aux projets financés. La mission considère que son constat s'appuie sur des données représentatives, puisque les versements dans les cinq régions choisies représentent environ 25 % des sommes versées au niveau national et les huit projets contrôlés au niveau national constituent plus des deux tiers des montants versés au titre de la part nationale du FAQSV.

2. Le pilotage national et régional des deux fonds

Le pilotage national par la CNAMTS du FAQSV a été globalement faible et tardif. Malgré une tentative d'encadrement plus strict en 2003, le suivi de l'application des recommandations effectuées n'a pas été systématique. Le domaine de la permanence des soins fait partiellement exception, notamment pour la régulation libérale des appels, mais reste inabouti, en particulier en termes de normes financières.

¹ Rapport sur la part nationale du FAQSV n° 2006-022 et rapports n° 2005-182, 2005-176, 2006-005, 2005-181, 2005-202 sur les régions Bourgogne, Champagne Ardennes, Haute Normandie, Provence Alpes Cote d'Azur, Rhône Alpes.

Le copilotage national de la DNDR par la CNAMTS et la DHOS, qui s'est effectué dans un contexte très encadré par les textes législatifs et réglementaires, présente des faiblesses majeures aux yeux de la mission : absence de capitalisation de l'expérience acquise sur le FAQSV, documents types insuffisamment opérationnels, animation nationale trop bureaucratique ne permettant ni de définir des orientations nationales ni d'apporter une aide aux gestionnaires régionaux. Le copilotage s'est donc souvent réduit à la définition des arrêtés conjoints CNAMTS/DHOS sur la répartition des crédits DRDR. L'Observatoire national des réseaux de santé reste très peu opérationnel et n'a pas été un lieu de définition d'orientations. Le groupe de liaison ARH/URCAM a permis un minimum de soutien opérationnel et méthodologique aux régions mais n'est pas non plus constitué comme un lieu de copilotage.

En région, les instances de gestion du FAQSV ont été composées conformément aux textes. Seules deux régions sur cinq ont pu faire émerger de réelles priorités régionales, les autres régions énumérant un très grand nombre de priorités sans hiérarchisation véritable. La mission a particulièrement étudié la place des représentants des professionnels de santé et notamment de l'URML dans la gestion des deux fonds. Malgré une grande diversité selon le contexte local, elle a considéré que la multiplication des rôles attribués à l'URML pouvait la conduire à être juge et partie et estime en tout état de cause que les fonctions d'instruction et d'évaluation ne devraient pas être assumées par cette instance.

Le pilotage conjoint de la DRDR par les URCAM et les ARH a montré que celles-ci travaillaient ensemble. Quatre sur cinq des régions ont d'ailleurs apporté leurs commentaires aux rapports régionaux dans le cadre de la procédure contradictoire en vigueur de façon conjointe, ce qui témoigne de la collaboration qui s'est instaurée entre elles. Le fonctionnement des comités régionaux des réseaux révèle en revanche des différences importantes entre régions, certains comités donnant directement un avis sur les dossiers, d'autres se contentant d'orientations plus générales, souvent sans priorités véritables.

Les taux de consommation des deux fonds sont au final extrêmement variables d'une région à l'autre, et parfois entre les deux fonds dans une même région. La démographie des professionnels de santé, la montée en charge lente des projets, les relations entre professionnels de santé comme les modalités de gestion des fonds plus ou moins rigoureuses sont autant de facteurs explicatifs des taux de consommation.

3. Le fonctionnement administratif et financier des deux fonds

L'instruction des dossiers est sérieuse mais souffre de l'organisation en deux fonds, avec une multiplication des instances régionales et des procédures qui restent différentes, et de la définition de requis souvent insuffisants. La gestion des fonds génère au total un foisonnement de procédures largement bureaucratiques, résultant pour partie des contraintes réglementaires, au détriment d'un accompagnement sur le fond des projets et d'un suivi efficace. Les longs délais de traitement des dossiers, surtout pour la DRDR, en témoignent.

Le suivi comptable et financier est très différent pour le FAQSV et pour la DRDR. Pour le FAQSV, les modalités de paiement sont très différentes d'une région à l'autre, et le suivi budgétaire est largement défaillant. Pour la DRDR, les procédures de paiement sont plus homogènes, le suivi budgétaire plus systématique, mais le mécanisme des caisses pivots conduit, en particulier dans les grandes régions, à une absence de procédure de suivi comptable unifié et à une déconnexion entre URCAM et ARH d'une part, caisses d'autre part.

Dans toutes les régions, le suivi de la performance et l'évaluation finale des projets sont très insuffisants, parfois du fait de pré-requis insuffisants, le plus souvent en raison de problèmes de méthode (critères généraux non déclinés par type d'action, absence d'exigences suffisantes sur la définition des objectifs opérationnels et les indicateurs de résultat, trop grande liberté laissée aux évaluateurs externes). La prise en compte de l'évaluation est également défectueuse : budget initial ne la prévoyant pas explicitement dans le financement, évaluation trop tardive ou non prise en compte de l'évaluation disponible pour la prolongation du financement.

4. Les résultats régionaux globaux

Ils sont très limités.

En termes de service médical ou médico-social rendu, certains projets ont permis à certaines personnes malades d'accéder à des prestations supplémentaires jugées utiles ou ont mis en œuvre des actions susceptibles d'améliorer les conditions de prise en charge. Mais rares sont les projets où ont été mesurés des indicateurs permettant d'évaluer (directement ou indirectement) l'impact du dispositif financé pour les personnes malades prises en charge. Plus rares encore sont ceux où un impact positif a effectivement été démontré sur l'état de santé des personnes prises en charge. C'est toutefois le cas dans certains réseaux prenant en charge des patients diabétiques.

En matière d'innovation de l'organisation de l'offre, hormis la régulation libérale des appels, la majorité des projets financés ne peuvent être considérés comme des réussites en matière d'organisation de l'offre de soins, car très peu d'expérimentations ont su conjuguer de façon convaincante plusieurs fonctions utiles à la prise en charge (formation, coordination de la prise en charge, recours à l'expertise, mise en œuvre de référentiels, évaluation des pratiques, éducation sanitaire...), ou réussi à allier des compétences pluri-professionnelles. De même, pratiquement aucune preuve tangible d'amélioration des relations entre professionnels de ville, en particulier des médecins généralistes, et établissements de santé n'a été apportée. L'amélioration d'un recours approprié à l'hospitalisation a toutefois pu être documentée de façon rigoureuse dans le cas des expérimentations dites « Soubie » relatives aux réseaux gérontologiques de la MSA.

Globalement le nombre de personnes prises en charge dans les réseaux de santé et autres dispositifs qui ont été financés par les deux fonds est mal évalué mais semble très limité. De même, le nombre et l'implication effective des professionnels de santé, et singulièrement des médecins généralistes libéraux, dans les réseaux reste très faible. Leur distribution sur le territoire reste très hétérogène.

Les évaluations médico-économiques apportent peu d'enseignements. Elles sont très peu nombreuses, méthodologiquement très lourdes et d'interprétation discutable. Les coûts unitaires ont, eux aussi, rarement fait l'objet d'une évaluation, même frustrée. En première analyse, ils semblent élevés et le coût d'une éventuelle généralisation des dispositifs n'est pas, financièrement, réaliste.

5. Les résultats régionaux par type de dispositif

Ils sont le plus souvent potentiels et très rarement mesurés et démontrés

Les réseaux cancer financés ont mis en place des moyens susceptibles de permettre une meilleure prise en charge des patients (élaboration de référentiels, organisation de RCP), mais, faute de pré-requis et d'encadrement suffisants sur la qualité des RCP et le suivi des pratiques relatives aux référentiels, n'offrent pas encore suffisamment de garanties sur cette amélioration. Dans ce contexte, sauf exception, l'impact des réseaux financés sur la santé des patients ne peut être considéré que comme potentiel.

Certaines expérimentations ont montré que les réseaux diabète, sous réserve qu'ils suivent certains protocoles de prise en charge, permettent un suivi des patients plus conforme aux recommandations de bonne pratique et un meilleur dépistage des complications. Mais très rares sont les expérimentations qui ont mis en pratique ces moyens et mesuré leurs résultats.

Les réseaux gérontologiques permettent d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes, sous réserve que les moyens mis en place respectent des critères minimaux de qualité définis plus haut (bilan initial d'inclusion, plan personnalisé, outil de liaison, formation...), ce qui n'est pas le cas partout aujourd'hui, et que soit suivie l'effectivité de cette mise en œuvre et son impact réel sur les pratiques.

En matière de soins palliatifs règne une assez grande confusion sur les moyens à mettre en place pour répondre à l'objectif d'accompagnement à domicile des patients en fin de vie. Les résultats observés par la mission en région conduisent à se demander si le réseau est le bon outil pour répondre à cet objectif, sa plus value par rapport à d'autres alternatives organisationnelles devant encore être démontrée, tant sur la qualité de la prise en charge que sur les coûts des différentes solutions.

Sauf exception, les instances nationales et régionales n'ont pas véritablement su définir et animer une politique de soutien au développement des réseaux périnatalité, alors qu'il s'agissait d'un élément important d'une politique publique qui, à la différence d'autres, se caractérise par la constance de ses objectifs. C'est d'autant plus regrettable que l'expérience acquise par les différents réseaux est riche d'enseignements.

L'ensemble des dispositifs de permanence des soins financés par le FAQSV et la DRDR a souffert de la mise en place d'un pilotage national tardif et encore inachevé. Le résultat est contrasté. S'agissant de la régulation libérale des appels, le bilan est plutôt positif et le passage par le FAQSV a permis un basculement sur le risque, avec une rémunération sur la base de 3C de l'heure. Pour les maisons médicales de gardes, le bilan est plus mitigé. En l'absence de cahier des charges assez contraignant, certains financements abusifs ont pu être accordés dans un premier temps. Les quelques évaluations disponibles suggèrent des différences d'impact fortes selon l'environnement de la structure (rural, semi-urbain, urbain, proximité des urgences hospitalières). Elles restent cependant largement muettes sur l'impact financier pour l'assurance-maladie de ces maisons médicales de garde.

Enfin, la mission souligne les très nombreux échecs constatés dans le domaine des systèmes d'information, pour un coût élevé (au moins 20 M€), qui s'expliquent à la fois par des difficultés techniques et par un manque d'adhésion des professionnels de santé. Elle déplore que ces échecs n'aient pas fait l'objet d'une analyse plus approfondie, de la part de la CNAMTS et de la DHOS d'une part, de la part des autorités en charge du DMP d'autre part.

6. La part nationale du FAQSV

L'instruction des dossiers financés par la part nationale du FAQSV (21,2 M€ alloués en 2005, 12 M€ versés) est consciencieuse, mais présente des limites (absence de pré-requis autres que formels sur l'évaluation des projets, non obligation de mise en concurrence de prestations de sous-traitance, et délais excessivement longs). La gestion du FAQSV national se caractérise surtout par un processus de décision particulier. D'une part, la moitié des fonds versés relèvent de décisions extérieures au bureau : autorités ministérielles et services de l'assurance maladie chargés des relations conventionnelles. D'autre part, les décisions propres du bureau, si elles obéissent à une forme de doctrine forgée par le bureau et le comité national, ne sont pas suffisamment pensées en articulation avec d'autres priorités de la CNAMTS ou de santé publique. Les financements accordés sur le FAQSV restent alors isolés des autres actions, notamment conventionnelles, menées par ailleurs, et la plupart des projets expérimentés demeurent sans suite. Enfin, le suivi financier des projets présente des insuffisances majeures : absence de lien entre suivi de l'activité et suivi comptable et financier ; faiblesses dans le contrôle des cofinancements et l'examen des fonds propres des structures financées ; suivi formel de la sous-traitance déconnecté des données d'activité.

En définitive, aucun des objectifs que l'on pourrait attendre d'un tel fonds national n'est atteint :

- il n'a pas permis d'expérimenter des outils ayant prouvé leur efficacité et diffusés ensuite sur tout le territoire ;
- il n'a pas été utilisé par les instances nationales pour faciliter la gestion de la part régionale (mutualisation d'évaluations, études structurantes sur certaines thématiques) ;
- il n'a pas non plus servi la CNAMTS dans les négociations conventionnelles.

Les actions financées sont en majorité des échecs ou sont non concluantes. Les rares projets à l'intérêt potentiel ne sont pas suivis d'effet. Pire encore, même les échecs n'ont pas été analysés et pris en compte pour d'autres projets de l'assurance maladie, comme le montre l'exemple du DMP.

7. Les recommandations de la mission

Le bilan est donc très décevant et fait s'interroger sur l'opportunité de supprimer ces deux fonds. Malgré un tel constat, la mission ne recommande pas de mettre un terme à ces financements.

En effet, les réseaux de santé restent potentiellement intéressants comme en témoignent les quelques réussites ponctuelles observées, pour peu que l'on sache et que l'on fasse savoir ce que l'on attend d'eux.

Un financement spécifique pour accompagner ces évolutions paraît plus souhaitable que le droit commun (financement sur le risque en ville ou par les MIGAC à l'hôpital) pour deux raisons principales :

- renvoyer aux financements traditionnels, c'est perpétuer le cloisonnement ville – hôpital ;
- financer sur une base contractuelle au moyen d'une enveloppe fermée, c'est être en mesure de réguler une dépense qu'on aurait du mal à maîtriser en régime de droit commun.

La mission recommande donc une refonte radicale des dispositifs actuels, articulée autour de trois axes majeurs :

- fusionner les deux fonds et réorienter la part nationale du FAQSV ;
- rénover profondément le pilotage de ce fonds unique ;
- mettre en œuvre une politique redéfinie par type de réseaux.

La gestion du fonds qui pourrait s'intituler désormais le Fonds d'amélioration - ou de développement - de la qualité des soins (FAQS ou FDQS), serait confiée en région aux missions régionales de santé (MRS). Les présidents de conseils d'administration des URCAM et les représentants des professionnels de santé ne seraient plus désormais décideurs en matière de financement, mais participeraient à une instance de concertation régionale.

Au niveau national, un comité de pilotage serait mis en place, composé du directeur général de l'UNCAM, du Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et du Directeur de la Sécurité Sociale. Une personnalité qualifiée, par exemple un des membres du collège de la HAS, pourrait y être associée. Ce comité serait assisté d'un groupe de projet permanent (DHOS – CNAMTS) en charge du suivi opérationnel du fonds.

La mission recommande que les actions financées au niveau national ne soient plus que des projets structurants pour le niveau régional (actions interrégionales, outils pouvant être mis à disposition des promoteurs régionaux) et des évaluations médico-économiques mutualisées par type de réseau. Celles-ci seraient décidées et validées au cas par cas par le comité de pilotage, sans dispositif spécifique de gestion comme c'est le cas actuellement avec le bureau du FAQSV.

La mission préconise de mettre en place une politique s'appuyant sur des cahiers des charges reposant sur un petit nombre d'indicateurs, qui constitueraient un « minimum requis » à remplir pour tous les réseaux d'un même type, et dont le contenu serait ensuite évolutif. La mission recommande également de ne pas continuer à financer des actions isolées, mais de ne promouvoir que des projets à composante multiple, associant par exemple de la formation, de la coordination et de l'évaluation, ou encore de la prévention et des soins... La définition d'indicateurs de performance dans les cahiers des charges permettra à la fois de simplifier et de renforcer considérablement le suivi de la performance et de la montée en charge des projets au niveau régional. La démarche d'évaluation serait dans ce contexte à la fois plus forte et plus réaliste.

La fusion des deux fonds doit être également l'occasion d'une simplification des formalités, permettant à la fois de réduire les délais d'instruction et de remplacer un accompagnement essentiellement bureaucratique des promoteurs par un accompagnement sur le fond du projet.

Afin de pouvoir répondre le moment venu à la question de la généralisation des dispositifs ayant fait leurs preuves, la mission recommande en outre :

- de favoriser dès maintenant les expériences de regroupement intégrées des professionnels de santé, permettant de prendre en compte un ensemble d'actions (prévention et éducation thérapeutique, prise en charge médicale, formation, évaluation...).
- de prévoir des évaluations médico-économiques rigoureuses, permettant de mesurer le coût mais aussi les économies engendrées par les actions financées.

Le suivi comptable et financier doit impérativement être sécurisé et simplifié. La mission préconise pour cela de mettre fin au système des caisses pivots et de respecter un certain nombre de principes de gestion budgétaire et comptable.

Enfin, parallèlement à la réforme engagée, la mission recommande des audits ciblés sur certains dossiers, et un bilan sous 3 mois de toutes les opérations financées au niveau régional. Sur la base de ce bilan, les directeurs d'ARH et les directeurs et présidents d'URCAM décideraient de la poursuite ou de l'arrêt du financement des actions régionales. Ce bilan serait remonté à un groupe composé des directeurs de la DHOS, de l'UNCAM et de la DSS qui préfigurerait le comité de pilotage du fonds unifié.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1. PRÉSENTATION DES CHOIX MÉTHODOLOGIQUES.....	5
1.1 LE CHOIX DES RÉGIONS.....	5
1.2 LE CONTRÔLE DE LA BONNE UTILISATION DES FONDS PUBLICS.....	5
1.3 L'ÉVALUATION DES DEUX DISPOSITIFS.....	5
1.4 LA DÉFINITION D'INDICATEURS PAR CATÉGORIE DE DISPOSITIF.....	7
2. LE FONCTIONNEMENT DES FONDS.....	9
2.1 LE CADRE FINANCIER.....	9
2.1.1 <i>Les montants consacrés au FAQSV et à la DNDR.....</i>	<i>9</i>
2.1.2 <i>De multiples fonds ou dotations qui ne sont pas toujours gérés de façon cohérente.....</i>	<i>10</i>
2.1.3 <i>Le partage des compétences FAQSV/DDR au niveau national.....</i>	<i>10</i>
2.1.4 <i>Les modalités d'articulation FAQSV/DRDR au niveau régional.....</i>	<i>12</i>
2.2 LE PILOTAGE ET L'ANIMATION PAR LES INSTANCES NATIONALES.....	13
2.2.1 <i>Le pilotage du FAQSV par le comité national de gestion du FAQSV et la CNAMTS.....</i>	<i>13</i>
2.2.2 <i>Le pilotage de la DRDR par la CNAMTS et la DHOS.....</i>	<i>16</i>
2.2.2.1 L'encadrement réglementaire et législatif.....	16
2.2.2.2 Les circulaires et outils de gestion développés.....	17
2.2.2.3 L'animation nationale du travail des gestionnaires régionaux.....	19
2.2.3 <i>Les remontées d'information des régions vers la CNAMTS et la DHOS.....</i>	<i>23</i>
2.3 LE PILOTAGE RÉGIONAL.....	24
2.3.1 <i>Le fonctionnement des instances.....</i>	<i>24</i>
2.3.2 <i>La définition des priorités régionales.....</i>	<i>25</i>
2.3.3 <i>Le rôle de l'URML et des professionnels de santé dans la gestion du FAQSV.....</i>	<i>26</i>
2.3.4 <i>Le cadrage financier et les différences régionales de taux de consommation des crédits.....</i>	<i>28</i>
2.3.5 <i>L'instruction.....</i>	<i>30</i>
2.3.5.1 L'organisation générale.....	30
2.3.5.2 Les étapes de l'instruction.....	31
2.3.5.3 L'accompagnement des promoteurs.....	32
2.3.5.4 Les délais.....	33
2.3.6 <i>Le suivi comptable et financier.....</i>	<i>34</i>
2.3.6.1 Le FAQSV.....	34
2.3.6.2 La DRDR.....	35
2.3.7 <i>la déconcentration de la procédure.....</i>	<i>36</i>
2.3.8 <i>Le suivi de la performance et l'évaluation des projets.....</i>	<i>36</i>
2.4 LA GESTION DU FAQSV NATIONAL.....	38
3. LES RÉSULTATS.....	40
3.1 UN BILAN GLOBALEMENT DÉCEVANT DES ACTIONS FINANCÉES AU NIVEAU RÉGIONAL.....	40
3.1.1 <i>Les résultats observés sont très limités.....</i>	<i>40</i>
3.1.2 <i>De possibles effets secondaires bénéfiques.....</i>	<i>42</i>
3.2 LES RÉSULTATS DES ACTIONS FINANCÉES PAR LE FAQSV NATIONAL.....	42
3.3 LES RÉSULTATS PAR TYPE DE DISPOSITIF.....	43
3.3.1 <i>Les réseaux de cancérologie.....</i>	<i>44</i>
3.3.2 <i>Les réseaux diabète.....</i>	<i>45</i>
3.3.3 <i>Les réseaux gérontologiques.....</i>	<i>47</i>
3.3.4 <i>Les réseaux de soins palliatifs.....</i>	<i>50</i>
3.3.5 <i>Les réseaux de périnatalité.....</i>	<i>51</i>
3.3.6 <i>Les actions de permanence des soins.....</i>	<i>53</i>
3.3.7 <i>Les systèmes d'information.....</i>	<i>58</i>
3.3.7.1 Des coûts élevés.....	58
3.3.7.2 De nombreux échecs.....	58
3.3.7.3 Une absence de capitalisation de l'expérience.....	60
4. RECOMMANDATIONS : FUSIONNER LES DEUX FONDS ET DÉFINIR UN NOUVEAU PILOTAGE POUR CE FONDS UNIFIÉ.....	61
4.1 MAINTENIR UN FOND SPÉCIQUEMENT DÉDIÉ À L'INNOVATION MALGRÉ LE BILAN TRÈS CRITIQUE DES DEUX FONDS ACTUELS.....	61

4.1.1	<i>Les arguments du maintien d'un fond spécifiquement dédié à l'innovation</i>	61
4.1.2	<i>Les conditions nécessaires à un maintien</i>	63
4.2	FUSIONNER LES DEUX FONDS ET METTRE EN PLACE UN PILOTAGE RÉNOVÉ	64
4.2.1	<i>Fusionner les deux fonds</i>	64
4.2.2	<i>Constituer un comité restreint unique national de pilotage et redéfinir son rôle</i>	65
4.2.3	<i>Intensifier le pilotage régional et le confier aux MRS</i>	66
4.2.4	<i>Réorienter la part nationale du FAQSV vers la mutualisation de projets au profit des régions</i>	66
4.3	DÉCLINER UNE POLITIQUE PAR TYPE DE RÉSEAUX ET ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS	67
4.3.1	<i>Définir des cahiers des charges par type de réseaux</i>	67
4.3.2	<i>Suivre la performance des actions financées au regard du cahier des charges</i>	69
4.3.3	<i>Se donner les moyens d'une généralisation des expériences réussies</i>	70
4.4	SÉCURISER ET SIMPLIFIER LE SUIVI COMPTABLE ET FINANCIER	72
4.4.1	<i>La fin des caisses pivots</i>	73
4.4.2	<i>De nouvelles règles de suivi</i>	73
4.5	REMETTRE À PLAT LES FINANCEMENTS EN COURS	74
4.5.1	<i>Des audits ciblés</i>	74
4.5.2	<i>Un bilan des opérations en cours</i>	74

INTRODUCTION

Dans le cadre du programme annuel de travail de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le ministre des solidarités, de la santé et de la famille a demandé à la chef de l'IGAS de mettre en œuvre une mission d'évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) (cf. lettre de mission et note de cadrage en annexe 1).

Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et ses modalités de fonctionnement ont été déterminées par le décret n° 99-940 du 12 novembre 1999. Le FAQSV a pour objet de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville en promouvant de nouvelles formes d'organisation entre professionnels d'exercice libéral d'une part, et entre médecine de ville et médecine hospitalière d'autre part. Il doit également contribuer au financement d'actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation. Depuis 2002, il intervient aussi sur la permanence des soins ; et, dernièrement, en matière d'aide à l'installation des médecins libéraux.

Créé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) le FAQSV est co-géré à deux niveaux (national et régional) par des instances où siègent des représentants des caisses d'assurance maladie et des représentants des professionnels de santé. La gestion du fonds est fortement déconcentré : jusqu'à présent 80 % au minimum des crédits ont été gérés au niveau régional. Créé initialement pour une durée déterminée de 5 ans, le FAQSV s'est vu depuis prorogé année après année.

La DNDR (ou DDR) est une enveloppe financière, créée par la LFSS pour 2002¹, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour financer les réseaux de santé². Son montant est réparti chaque année entre les régions par arrêté ministériel. Les dotations régionales de développement des réseaux (DRDR) sont gérées conjointement par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et le directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

La DDR a vocation à financer tout ou partie des dépenses des réseaux, notamment les dépenses de fonctionnement (charges de personnels, loyers, frais divers...) - tout comme le peut le FAQSV mais, à la différence du FAQSV, elle peut aussi prendre en charge des dérogations aux dispositions du code de la sécurité sociale pour la prise en charge des patients (exonération du ticket modérateur, prestations non prises en charge par le droit commun) ou des rémunérations dérogatoires destinées aux professionnels de santé pour des prestations non prévues à la nomenclature (ex. consultation de prévention, bilan du patient...) ou non couvertes par l'assurance maladie (diététicien, psychologue, ergothérapeute...).

¹ Les conditions d'application de la LFSS 2002 ont fait l'objet de deux décrets N° 2002 -1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux de santé et N° 2002 -1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé

² Selon l'article L. 6321-1 du CSP : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers ».

En cumulé, plus de 650 millions € ont été alloués au FAQSV et à la DRDR depuis leur création et 500 millions € ont été versés aux projets financés (cf. partie 2, cette somme cumulée doit être entendue sur 6 années pour les versements du FAQSV et sur 4 années pour les versements de la DRDR). La mission considère que son constat s'appuie sur des données représentatives, puisque les versements dans les cinq régions choisies représentent environ 25 % des sommes versées au niveau national et les huit projets contrôlés au niveau national constituent plus des deux tiers des montants versés au titre de la part nationale du FAQSV (cf. partie 1 sur la méthodologie).

La création du FAQSV puis celle de la DDR témoignent de la volonté du gouvernement et du parlement de promouvoir l'innovation dans l'organisation des soins. Leur mise en place s'est inscrite dans un contexte particulier d'exigence accrue de qualité des soins et d'optimisation des ressources de l'assurance maladie. Dans un système de santé caractérisé par un très fort cloisonnement entre l'hôpital et la médecine ville, et un certain individualisme des professionnels de ville, les deux dispositifs ont d'abord été conçus comme des outils visant à soutenir les progrès dans trois domaines étroitement liés : l'organisation des soins, la qualité des pratiques et des prises en charge, et le travail entre professionnels de santé. Le FAQSV et la DDR ont ainsi financé de très nombreuses opérations visant notamment à la création de réseaux de santé et ils ont été le principal levier utilisé par les services du ministère de la santé et ceux de l'assurance maladie pour soutenir leur développement.

C'est pourquoi, la mission a choisi de concentrer son travail d'une part sur le contrôle de l'utilisation des fonds du FAQSV et de la DRDR, au plan national et au niveau régional, essentiellement pour les années 2002, 2003 et 2004, et d'autre part sur l'évaluation de la contribution de ces financements à la mise en place de réseaux de santé.

Le présent rapport constitue la synthèse des travaux menés par la mission sur le FAQSV national et sur la gestion du FAQSV et de la DDR dans cinq régions³. Après une présentation des choix méthodologiques retenus par la mission (1), le rapport analyse le fonctionnement des deux dispositifs (2) fait le bilan des résultats déjà obtenus (3), puis présente des recommandations d'évolution (4).

³ rapport sur la part nationale du FAQSV prévu pour février 2006 et rapports n° 2005-176, 2005-181, 2005-182, 2005-202, 2006-005 sur les régions Bourgogne, Champagne Ardennes, Haute Normandie, Provence Alpes Cote d'Azur, Rhône Alpes.

1. Présentation des choix méthodologiques

1.1 Le choix des régions

Cinq régions ont été retenues : la Bourgogne, la région Champagne - Ardenne, la Haute Normandie, Provence - Alpes - Côte d'azur et Rhône - Alpes.

Le choix des régions a tenu compte de la diversité des situations en termes de taille, d'état de santé de la population, d'organisation de l'offre de soins et de démographie médicale.

Ces 5 régions ont financé de 2000 à 2004 près de 25 % du total des projets subventionnés par le FAQSV et la DDR.

Dans toutes les régions, la mission a eu des entretiens avec l'ensemble des acteurs concernés (URCAM, ARH, URML, CHU, certains promoteurs) dont la liste figure dans les annexes 2 des rapports de site. Elle a également eu des entretiens au niveau national dont la liste figure en annexe 2 du présent rapport.

1.2 Le contrôle de la bonne utilisation des fonds publics

Pour répondre à cet objectif de contrôle au niveau régional, la mission a sélectionné un certain nombre de dossiers FAQSV et DRDR et les a traités sur pièces, en consultant les dossiers correspondants à l'URCAM et en envoyant des courriers spécifiques aux promoteurs des actions contrôlées afin de leur demander des pièces complémentaires. Elle a sélectionné ces dossiers sur la base des montants versés, qui ne correspondent d'ailleurs pas nécessairement aux financements accordés, de la lecture des procès-verbaux et relevés de décisions des instances décisionnaires et des avis techniques éventuellement émis au moment de l'instruction.

Au niveau national, la mission a également sélectionné huit dossiers, représentant 70 % des versements effectués sur la part nationale du FAQSV.

Les éléments privilégiés dans le contrôle ont notamment porté sur le contrôle des dépenses réalisées par rapport à celles qui étaient prévues, sur la procédure de paiement mise en œuvre par les agents comptables et les échéanciers appliqués, sur les rapports de contrôle faits et les suites éventuelles qui leur ont été apportées, sur les comptes annuels, sur les risques de conflits d'intérêt.

1.3 L'évaluation des deux dispositifs

La mission a demandé aux URCAM et aux ARH de remplir conjointement un questionnaire permettant notamment de comparer tous les réseaux d'une même catégorie (document joint en annexe 3). Ont ainsi été réunies des informations portant sur l'identité des réseaux, leur historique, leur financement (montants et nature), leur activité, la population à laquelle ils s'adressent (patients et professionnels de santé) et un certain nombre d'indicateurs propres à

chaque catégorie de réseaux que la mission a définis en croisant l'état actuel des réflexions concernant certains réseaux⁴, les critères généraux d'évaluation des réseaux proposés par différents groupes de travail⁵ et ceux issus de rencontres ou réunions de travail effectuées par la mission pour chaque catégorie de réseaux avec un ou plusieurs experts du domaine concerné⁶.

La mission a parallèlement analysé un certain nombre de documents, méthodes et procédures mises en place pour l'instruction et/ou le suivi des projets demandeurs ou bénéficiaires d'un financement FAQSV et/ou DRDR (guides d'instruction des dossiers ou équivalents, rapports d'activité des deux fonds, procès-verbaux et relevés de décisions des réunions des instances concernées, rapports d'évaluation, notes de synthèse réalisées sur les dispositifs, documents servant de support de communication en direction des professionnels de santé...).

Elle a également comparé les objectifs annoncés dans les demandes de financement aux éléments requis par les financeurs et aux résultats colligés dans les rapports de suivi et les rapports d'évaluation d'un certain nombre de projets financés.

Pour la partie nationale du FAQSV, la mission a également consulté les 21 rapports d'évaluation disponibles et en a effectué une synthèse.

La mission a délibérément choisi de prendre en compte des indicateurs permettant d'évaluer, directement ou indirectement, les résultats des réseaux, leur plus-value, leur impact sur l'objectif sanitaire poursuivi, à savoir des progrès ou des pistes de progrès :

- pour les usagers (patients, personnes malades) : facilité d'accès, meilleure lisibilité du système de santé, accès à plus de prestations sanitaires ou médico-sociales, meilleure qualité des prestations, d'une prise en charge, meilleurs résultats obtenus, amélioration d'un état de santé. Cet aspect – l'amélioration du service rendu - a été privilégié ;
- pour les professionnels de santé, dans la mesure où ces dispositifs cherchent à favoriser le travail entre eux : facilités de financement pour les promoteurs déjà engagés de longue date dans les réseaux de santé, amélioration des conditions de travail, des conditions d'installation, des outils de travail ;

⁴ La mission a retenu principalement :

- le travail réalisé depuis 2001 par l'association nationale pour la coordination des réseaux « diabète » (ANCRED) ;
- les réflexions en cours des groupes de travail animés par la DHOS, notamment sur la périnatalité ;
- l'annexe 2 à la circulaire DHOS du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie ;
- le rapport d'évaluation interne réalisé par la CCMSA sur « l'organisation d'un réseau gérontologique ». Direction de la santé. Avril 2005 ;
- le « Cahier des charges de l'évaluation des MMG » réalisé par l'URCAM Rhône-Alpes en septembre 2003 et avril 2005 et le « projet de guide national pour le développement des maisons de garde libérales » document transmis au bureau national du FAQSV pour sa séance du 07/01/03.

⁵ La mission a retenu principalement les travaux suivants :

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) . Principes d'évaluation des réseaux de santé, Paris 1999.
- ANAES. Evaluation des réseaux de soins. Bilan de l'existant et cadre méthodologique, Paris, 2001.
- Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) et le groupe IMAGE. L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations, ENSP, 2001.
- ANAES. Réseaux de santé. Guide d'évaluation, Saint Denis, 2004.
- Lombraill P, Bourgeuil Y et coll. Repères pour l'évaluation des réseaux de soins. Santé publique 2000. 12 (2)/ 161-176.

⁶ La prise de connaissance *a posteriori* des rapports d'évaluation de certains réseaux (et des indicateurs qu'ils ont retenus) n'a pas changé le point de vue de la mission sur les critères qu'elle avait retenus *a priori*.

- pour les financeurs et les gestionnaires du système : amélioration de la qualité, capacité de modélisation, de diffusion de généralisation, niveau de coût et optimisation des ressources.

Les indicateurs que la mission a été conduite à retenir sont le plus souvent des indicateurs de moyens (ex. mise en œuvre effective de recommandations de bonnes pratiques) et non de résultats (ex. impact sur un état de santé : fréquence des complications, nombre de séjours hospitaliers...) eu égard à l'état actuel de développement des réseaux et de l'évaluation médicale dans notre pays. Ces indicateurs sont donc appelés à évoluer avec les futurs développements souhaitables en la matière.

La mission a pris en compte ce qu'on peut ou ce qu'on devrait considérer comme le minimum ou comme faisant partie du minimum requis pour n'importe quel réseau d'une même catégorie, plutôt qu'une approche plus exhaustive que sous tendrait une attente plus ambitieuse qui semblait aujourd'hui prématurée.

Ces choix ont été opérés au détriment de la prise en compte d'éléments concernant la mise en place, l'organisation ou le fonctionnement (structuration, procédures...), les objectifs opérationnels (services et activités produits) des réseaux, la prise en compte isolée de la satisfaction des patients ou de leur entourage, la dynamique des acteurs, l'évolution des relations entre professionnels, leur changement d'attitude ou de comportement, leur degré de satisfaction... La mission a conscience du caractère potentiellement restrictif du choix des critères d'efficacité qu'elle a choisi de considérer en priorité alors qu'ils ne représentent pas l'ensemble de la réalité complexe des réseaux. Elle justifie toutefois son choix ciblé comme étant le plus approprié pour étayer le jugement global qu'elle est amenée à porter sur les deux dispositifs dont la mise en place devrait être considérée comme achevée.

1.4 La définition d'indicateurs par catégorie de dispositif

Les réseaux (ou dispositifs) qui ont été majoritairement financés, sont ceux pour lesquels la mission a identifié des critères à prendre en compte en priorité (minimum requis).

Concernant les réseaux « **cancer** », la priorité aujourd'hui est axée sur la prise en charge initiale de tous les malades (d'où l'importance de pouvoir apprécier la file active des réseaux à la population cible régionale), et d'abord sur :

- la mise en place et l'encadrement des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ;
- l'existence et l'utilisation de référentiels : l'état et l'évolution des pratiques au regard de ces référentiels ;
- le développement et la mise en place d'un support de liaison dans l'attente du DMP.

Les réseaux « **diabète** » doivent conjuguer plusieurs actions :

- mise en place d'une cellule de coordination et de supports de liaison dans l'attente du DMP
- conduite d'actions de formation des professionnels et d'éducation (thérapeutique et de santé) pour les malades ;
- mise en place de référentiels, notamment sur le suivi et le traitement du pied diabétique, le suivi au long cours de la maladie, la prévention et le dépistage de ses principales complications ;

- évaluation de l'impact du dispositif sur les pratiques professionnelles et sur l'état de santé des malades pris en charge.

Même si la pluralité en matière de configuration des réseaux « **personnes âgées** » doit être admise (voire à ce stade favorisée) , tous doivent partager les buts suivants :

- répondre à une demande de maintien à domicile autant que faire se peut ;
- assurer des conditions de prise en charge de qualité en rapport avec l'état de santé et le degré de dépendance ;
- optimiser les dépenses et les coûts en ayant notamment recours à une hospitalisation adaptée.

-

Dans cette perspective, tous doivent :

- clarifier et évaluer l'articulation, la répartition et les complémentarités entre eux, les CLIC et les autres dispositifs de prise en charge
- assurer un bilan médical et médico-social à l'inclusion ;
- mettre en place et évaluer des plans d'intervention personnalisés ;
- mettre en place et évaluer des outils de coordination (dossier, fiche de liaison...) ;
- mettre en place des référentiels de prise en charge et évaluer leur impact sur les pratiques professionnelles ;
- suivre un indicateur relatif à l'accompagnement social des personnes âgées isolées ;
- contractualiser avec un (ou des) établissements de santé(s) et évaluer le recours à l'hospitalisation et son caractère approprié.

Les principaux éléments à prendre en compte, aux yeux de la mission, concernant les réseaux « **périnatalité** » sont les suivants :

- le taux d'inclusion au regard de la population cible (à savoir l'ensemble des femmes enceintes du territoire concerné) ;
- l'existence d'un dispositif d'orientation et de transfert, la mesure et l'analyse des transferts au sein et hors du réseau ;
- l'existence d'un support de liaison, l'évaluation de son utilisation et de son utilité ;
- la mise en place de référentiels et l'évaluation des pratiques professionnelles au leur égard ;
- la mesure de l'impact du dispositif sur les (des) indicateurs de périnatalité (chez les mères et les nouveau-nés) et l'analyse des problèmes graves rencontrés.

Concernant les « **soins palliatifs** » :

- estimation de la file active et du coût par patient pris en charge ;
- activités de concertation et de coordination ;
- évaluation des pratiques relatives à la lutte contre la douleur ;
- indicateur relatif à l'attention portée aux attentes des familles ;
- évaluation des hospitalisations évitées ;
- prise en compte d'un indicateur social.

En matière de **permanence des soins** ont été retenus, non tant la participation des médecins à la garde, que :

- les horaires d'ouverture limités, excluant la nuit de 24h à 8h ;
- le suivi quantitatif de l'activité ;
- l'estimation du coût par passage ;
- l'impact de la maison médicale de garde sur le flux des urgences hospitalières ;
- le niveau de rémunération des médecins excluant tout forfait supplémentaire (en sus de l'astreinte et des actes majorés).

2. Le fonctionnement des fonds

2.1 Le cadre financier

2.1.1 Les montants consacrés au FAQSV et à la DNDR

Le total des dotations allouées au FAQSV de 1999 à 2005 est de 323,6 millions €. Les montants de la dotation annuelle allouée au FAQSV ont varié au cours du temps. La dotation nulle de 2001 et les dotations annuelles nettement en baisse sur les années 2003 et 2004 s'expliquent par l'évolution du taux de consommation. La fixation de cette dotation annuelle par le Parlement s'est accompagnée de la définition d'un seuil annuel d'autorisation de dépenses, fixés à 76,2 millions € en 1999 et 2000, 106,7 millions € en 2001 et 2002 et 106 millions € en 2003, 2004 et 2005.

Le montant des versements a en revanche progressé régulièrement, comme le montre le tableau suivant :

FAQSV	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Dotation (M€)	76.2	76.2	0	76.2	20	15	60
Dotation totale versée (national et régional) (M€)	0	5	31	50	54	59	68*

Estimation* (manquent les résultats pour 2 URCAM et 4 CGSS).

Source : CNAMTS, mail du 26 janvier 2006

La dotation allouée à la DNDR a en revanche augmenté fortement de 2002 à 2005, tout comme la consommation. Au total, 339,7 millions € ont été alloués à cette dotation sur 4 ans pour un total de 226 millions € versés.

DNDR	2002	2003	2004	2005*
Dotation (M €)	22,87	45,86	121	150
Versements (M €)	6,1	22,1	63,5	134,4
Taux de consommation (%)	27 %	48,2 %	52 %	89,6 %

Source : DHOS. Ces données ne prennent pas en comptes les montants dédiés au dispositif d'annonce du plan cancer (3,13 M € en 2004 et 15 M € en 2005)

* prévision

En cumulé sur les deux fonds, ont donc été alloués plus de 650 millions € et versés près de 500 millions €.

2.1.2 De multiples fonds ou dotations qui ne sont pas toujours gérés de façon cohérente

Outre le FAQSV et la DNDR, divers fonds ou dotations d'intervention sont susceptibles d'intervenir dans le champ de l'innovation en santé. Le tableau suivant en retrace la multiplicité, sans prétention à l'exhaustivité :

	Finalité	Bénéficiaire	Gestion	Budget 2004 M€
FAQSV	Qualité Innovation	Libéraux collectifs	CNAMTS, URCAM et professionnels de santé	106
DNDR	Qualité	Libéraux Etablissements	Assurance Maladie et Etat	125
FORMMEL	Modernisation réorientation	Libéraux individuels	CNAMTS	317
FNPEIS	prévention	Associations patients	CNAMTS et CPAM	647
PRAPS	solidarité	Associations patients	DRASS	13
MIGAC	Missions d'intérêt général	Etablissements de santé	ARH	1424
FNASS*	Action sanitaire et sociale**	Assurés Collectifs Etablissements	CNAMTS et CPAM	820***

Source : rapport d'évaluation d'EUREVAL, septembre 2005

*Ajout de la mission.

** Comme l'a souligné la Cour des Comptes dans son rapport sur l'exécution de la LFSS 1999, en l'absence d'une définition légale précise de l'action sanitaire et sociale, le FNASS se voit imputer des dépenses très diverses ; ainsi des financements FNASS ont pu en région cofinancer des relatifs à la formation continue des médecins ou à la prévention.

*** 662,5 M€ en charges de fonctionnement et 157,5 M€ en dépenses d'investissements.

En outre, les plans nationaux de santé publique, les programmes nationaux et régionaux de gestion du risque, les schémas régionaux d'organisation sanitaire, constituent autant de cadres pour des politiques dont certains objectifs se recoupent.

Or, la mission a constaté qu'aussi bien au niveau national qu'au niveau régional, l'articulation entre ces différents outils n'était satisfaisante, principalement parce que les décideurs ne s'étaient pas organisés ou n'avaient pas souhaité s'organiser en ce sens.

2.1.3 Le partage des compétences FAQSV/DDR au niveau national

Après la création de la DNDR, le partage des compétences entre FAQSV et DNDR a été défini par le Conseil National de Gestion du FAQSV qui a décidé de restreindre le champ d'intervention du FAQSV sur le thème des réseaux à deux volets :

- les frais d'étude et d'évaluation des réseaux de santé ;
- l'aide au démarrage et à l'installation (frais de fonctionnement et d'investissement) des nouveaux réseaux d'origine ambulatoire favorisant la coordination ville / hôpital, durant une voire deux années, à titre de test. Est en revanche exclue de ce champ la rémunération de dérogations tarifaires.

Toutefois, cette division des tâches pour l'avenir s'est faite sans que soit pensée, au niveau national, la prise de relais des actions FAQSV sur la DNDR et les moyens d'utiliser l'acquis développé dans le cadre du FAQSV pour le pilotage de la DNDR. Ainsi, alors que de nombreux projets financés par le FAQSV ont fait l'objet d'un financement ultérieur sur la DRDR, les conditions dans lesquelles ce relais devait être pris en région n'ont pas été définies par les instances nationales, notamment en matière d'évaluation. Les instances régionales ont donc été laissées juges au cas par cas de l'opportunité de basculer d'un financement à l'autre. Les instances nationales n'ont pas cherché à définir, en mutualisant et faisant remonter les données disponibles sur les résultats des projets financés par le FAQSV, une doctrine sur le financement de ces actions par la DRDR, ou les exigences particulières à définir du fait de l'ancienneté plus grande de ces projets. Elles n'ont pas non plus tiré la leçon des insuffisances constatées en matière d'évaluation dans le cadre du FAQSV pour définir des modalités différentes de suivi de la performance sur la DRDR.

En outre, s'agissant des actions nationales financées par le FAQSV, la frontière que le bureau national a essayé de tracer entre les actions concourant directement à la formation médicale financés sur les fonds conventionnels et celles plus innovantes portant soit sur la qualité des techniques de formation soit sur la qualité des pratiques en général⁷ apparaît floue. Elle est trop fragile pour permettre de motiver de façon suffisamment pertinente un refus sur ce seul critère. dans l'évaluation des projets acceptés, elle s'accompagne souvent de pré-requis et de suivi insuffisants.

Enfin, la contribution des deux fonds aux plans nationaux de santé publique (plan cancer; plan périnatalité ; plan diabète ; programme national de développement des soins palliatifs) est loin d'avoir été satisfaisante, principalement par défaut d'un travail en commun des instances et l'absence d'élaboration d'une doctrine partagée. C'est ainsi que les travaux sur les cahiers des charges cancer et périnatalité se sont effectués en parallèle des travaux de pilotage de la DNDR (notamment le groupe de travail sur l'évaluation des réseaux, cf. plus loin). Dans le cas du diabète, les travaux d'harmonisation des prestations offertes par les réseaux ont été élaborés hors du cadre de pilotage des réseaux diabète par l'Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète (ANCREDE). La CNAMTS et la DHOS ont ainsi relayé l'initiative de mise en place du protocole de suivi du plan diabétique auprès des URCAM et des ARH de façon assez peu directive: si elles ont encouragé les directeurs à répondre favorablement aux demandes de financement des réseaux souhaitant mettre en place le protocole⁸, elles n'ont pas cherché à utiliser ces recommandations pour élaborer pour elles-mêmes un cahier des charges des réseaux diabète, ni fournir aux régions des outils performants de suivi des réseaux diabète alors même que ceux-ci existaient (cf. partie 3 sur les résultats).

⁷ Cf. rapport de contrôle et d'évaluation de la gestion nationale du FAQSV, février 2006.

⁸ Lettre réseau LR DSM 11-2005 du 1^{er} mars 2005 et courrier CNAMTS/ DHOS adressé aux directeurs d'URCAM et d'ARH.

2.1.4 Les modalités d'articulation FAQSV/DRDR au niveau régional

Dans les régions qu'elle a contrôlées, la mission a constaté que les modalités d'articulation entre FAQSV et DRDR étaient variables : seule la région Rhône Alpes a adopté une application très stricte des orientations nationales, conduisant à réduire considérablement les montants consacrés aux réseaux de santé sur le FAQSV. Dans les autres régions, si la DRDR prend souvent le relais d'actions financées antérieurement par le FAQSV, les cofinancements subsistent, et les bureaux régionaux FAQSV ne s'interdisent pas de financer des réseaux dont la thématique n'est pas nouvelle.

Quelle que soit l'option retenue, la mission a jugé que, malgré l'absence de consignes nationales suffisamment précises, dans toutes les régions s'opérait une coordination en bonne intelligence entre les deux modes de financement. Même si toutes les potentialités de cette coordination n'ont pas été exploitées (notamment partie sur le suivi et l'évaluation des projets), la mission salue ce pragmatisme, qui conforte son jugement selon lequel les deux fonds pourraient être fusionnés (cf. partie 4 sur les recommandations).

En revanche, la mission a estimé que les autres modes d'interventions régionaux n'étaient pas utilisés de façon suffisamment coordonnée avec le FAQSV et la DRDR dans les régions qu'elle a contrôlées. Si de nombreux thèmes d'actions se recoupent, les projets menés dans le cadre des programmes de gestion du risque, des crédits de prévention, des SROS ou de la politique de formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles restent conduits *en parallèle* sans véritablement se rejoindre.

Si des cofinancements existent, ils ne font pas l'objet d'un véritable partenariat en amont comme outils au service d'une politique - et sont de surcroît souvent mal suivis en aval ce qui présente des risques financiers.

Plusieurs exemples sont apparus particulièrement frappants à la mission :

- l'absence de liens entre certains programmes de gestion du risque et les réseaux par pathologie : les actions relatives à la polymédication des personnes âgées et les réseaux gérontologiques ; les actions de dépistage du diabète et les réseaux diabètes
- et entre des actions de dépistage et de prévention financées notamment par le FNPEIS (addictions, cancer) et les réseaux ou les maisons médicales de garde financés par les deux fonds.

L'articulation avec les SROS semble toutefois être allée croissant et la mise en place du SROS III s'est effectuée de façon plus coordonnée avec la politique de développement des réseaux.

Mais même lorsque certaines coordinations positives sont observées (en PACA sur la santé des enfants et des jeunes et le cancer du sein, et en Bourgogne dans les domaines de la gérontologie et de la permanence des soins), elles sont loin d'être systématiques au sein d'une même région. La mission a pourtant constaté que les actions qui combinaient plusieurs modalités (formation + prévention + organisation en réseau + évaluation des pratiques) étaient les plus prometteuses.

Dans ces conditions, le financement des projets a permis au mieux d'accompagner des promoteurs militants au fil de l'eau, au pire a contribué à développer des actions perdant de vue, à mesure que leurs difficultés de gestion augmentaient, les objectifs sanitaires initiaux ayant présidé à leur création.

2.2 Le pilotage et l'animation par les instances nationales

2.2.1 *Le pilotage du FAQSV par le comité national de gestion du FAQSV et la CNAMTS*⁹

Les textes relatifs au FAQSV sont succincts quant au rôle d'animation des instances nationales.

Le décret du 12 novembre 1999 indique que le comité national de gestion définit des orientations d'attribution des aides. Celles-ci ont été élaborées le 4 mai 2000, puis complétées le 8 mars 2002, et chaque année adaptées au regard des évolutions législatives sur le champ de compétence du FAQSV. Quatre thèmes ont été privilégiés et ont guidé la définition des priorités au niveau régional : la promotion de la coordination, l'amélioration des pratiques professionnelles, le développement du partage des informations, et le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles. Le décret du 12 novembre 1999 prévoit également : que le comité national établit le dossier type de demande et le modèle type de convention (article 7)

L'arrêté du 7 avril 2000 a défini la répartition des crédits du FAQSV entre le niveau régional (20 %) et le niveau national (80 %). Le comité national de gestion a défini les modalités de répartition de ces crédits auprès des régions :

- constitution de deux sous-enveloppes « actions traditionnelles » et « actions fléchées » (maisons médicales de garde, régulation libérale, installation des professionnels de santé);
- mise à disposition en deux temps des crédits : attribution immédiate de 80 % de l'aide puis répartition du solde entre les régions sur la base des besoins réels estimés à partir d'un bilan réalisé au 30 juin¹⁰.

Jusqu'en 2002, l'animation nationale du FAQSV par les instances nationales s'est effectuée essentiellement par le biais des orientations d'attribution des aides et la production de documents types. En dehors d'un projet d'instructions comptables, adressé par fax aux agences comptables le 30 novembre 2000, pour répondre aux questions urgentes liées à la fin de l'exercice, la seule instruction technique délivrée a été la circulaire CABDIR N°7/2001 du 31 mai 2001 concernant la participation du service médical à la mise en œuvre du FAQSV.

⁹ Concernant le FAQSV, les paragraphes qui suivent synthétisent les constats et recommandations effectuées par la mission dans le rapport contradictoire de contrôle sur la gestion de la part nationale du FAQSV n°2006 023.

¹⁰ Le versement du solde s'effectuant ainsi : versement immédiat de l'intégralité du solde de la dotation régionale pour les régions qui ont prévu de consommer plus de 80 % des crédits qui leur étaient alloués, au titre des aides accordées jusqu'au 30 juin, versement de la moitié du solde de leur dotation pour les régions qui ont prévu de consommer entre 30 % et 80 % de leurs crédits, et suspension des versements aux régions qui ont prévu de consommer moins de 30 % des crédits qui leur étaient alloués.

S'agissant des documents types, qui ont donc constitué l'essentiel du pilotage en 2001 et 2002, force est de constater qu'ils présentaient des insuffisances. La mission partage sur ce point l'analyse du rapport d'audit interne effectué en 2002, qui pointait la persistance, en dépit d'améliorations apportées en 2002, de risques juridiques et financiers important. Or, cette imprécision résultait d'un choix des instances de gestion, visant à ne pas brider les initiatives, qui apparaît contestable dans la mesure où aucune autre instruction n'était fournie aux régions. Dans ce contexte, en 2001 et 2002, les régions n'ont quasiment pas été pilotées par le niveau national.

A partir de 2003, le pilotage s'est affirmé, mais des insuffisances persistantes ont été constatées par la mission.

Le rapport d'audit interne à la CNAMTS sur l'utilisation du FAQSV a constitué la première étape de ce pilotage.

L'audit a principalement donné lieu aux actions suivantes :

- modification de la convention type¹¹ et du document type de demande d'aide ;
- production de 3 guides (guide d'analyse budgétaire, guide de suivi des actions, et guide d'audit) diffusés aux URCAM en janvier 2004 ;
- formation à la sécurisation des systèmes d'information pour les chargés d'étude des URCAM, en lien avec le GIP CPS et mise en place sur ce thème d'une assistance de premier niveau à l'attention des URCAM.

Ces modifications sont les bienvenues. Toutefois, deux remarques peuvent être formulées à leur égard.

D'une part, la mise en œuvre des recommandations de l'audit a été tardive, non systématique, et son application n'a pas été suivie. Les consignes ont été diffusées aux régions sous forme des trois guides en janvier 2004, soit un an après la production de l'audit et s'agissant des principes budgétaires et comptables, une circulaire n'a été diffusée qu'en octobre 2004¹². La mission a constaté de fait constaté à travers l'analyse du fonctionnement du dispositif en régions que les pratiques restaient très différentes, en particulier sur les modalités de paiement¹³.

D'autre part, les améliorations apportées restent insuffisantes aux yeux de la mission. S'agissant des modalités de suivi budgétaire et comptable, si le guide d'analyse budgétaire est apparu intéressant à la mission, les deux autres guides sont en revanche insuffisamment précis. Le guide d'audit est en effet très formel, rappelant les principes et objectifs d'un audit sans donner aucun critère d'alerte ou grille de comparaison concrète.

S'agissant de l'évaluation des projets, les exigences, rappelées lors du comité national de gestion du 17 juillet 2003, restent formelles. Le rapport d'audit préconisait la rédaction d'un cahier des charges de l'évaluation, et la participation éventuelle de partenaires de l'assurance maladie à l'évaluation des dossiers en complément des évaluateurs externes.

¹¹ Notamment sur les points suivants : encadrement de la sous-traitance, suppression de la clause de « copropriété » des résultats du projet, sécurisation des échanges de données nominatives au niveau offert par la CPS, possibilité de contrôles sur pièces et sur place des organismes.

¹² CIR-125/2004 du 15 octobre 2004

¹³ Cf. rapports IGAS Bourgogne, Champagne Ardennes, Haute Normandie, Provence Alpes Cote d'Azur, Rhône Alpes. Rapports n° 2005-176, 2005-181, 2005-182, 2005-202, 2006-005.

Ces recommandations n'ont pas été suivies, sauf dans le cas des maisons médicales de garde, où des critères d'évaluation ont été inclus dans le cahier des charges élaboré par la CNAMTS –ceux-ci ne contiennent toutefois pas de repères chiffrés.

Le seul domaine dans lequel une animation a été mise en œuvre est justement celui de la permanence des soins. En effet, d'une part, le fléchage des crédits (cf. ci-dessus) a permis de réserver une partie des financements à ce type de projets.

D'autre part, le comité national de gestion a encadré progressivement le financement de ces actions :

- impossibilité de financer sur le FAQSV l'astreinte des médecins libéraux en raison de sa prise en charge sur le risque (réunion du comité du 17 juillet 2003);
- confirmation de la prise en charge de la rémunération des médecins libéraux pour la régulation téléphonique dans l'attente de négociations conventionnelles sur le sujet, mais dans la limite d'un montant de 3 C / heure de régulation (réunion du 17 juillet 2003);
- moratoire sur les nouveaux projets à partir de 2004 afin de pouvoir disposer du résultat des évaluations au second semestre 2004, dans le cadre d'une réflexion sur la pertinence et les modalités d'un financement pérenne (réunion du 21 novembre 2003).

Le premier cahier des charges des maisons médicales de garde (MMG) élaboré en janvier 2003, a ainsi été actualisé en juillet 2005 après la réalisation de l'évaluation. La comparaison entre les deux cahiers des charges montre une évolution importante sur des points essentiels :

- non financement de la structure après 24h (principe qui apparaît dans le 2^{ème} cahier des charges) ;
- recherche d'une mutualisation des moyens, notamment par le biais du lieu d'implantation, l'évaluation ayant fait ressortir les grandes différences entre les projets ;
- régulation préalable par le centre 15 (en application du décret du 7 avril 2005) ;
- accent mis sur le développement des expérimentations dans les zones rurales ou déficitaires;
- définition d'items obligatoires pour l'évaluation (en particulier l'impact sur les consultations et visites pendant les périodes de permanence, sur la fréquentation des services d'urgence et sur le nombre de visites total).

La mission juge cet encadrement positif. Toutefois, trois remarques peuvent être faites à son sujet :

- le moratoire n'a été que partiellement suivi par les régions en 2004, puisque 72 nouveaux dossiers relevant de la permanence des soins ont malgré tout obtenu une aide du fonds. Cette situation s'explique notamment par le fait qu'ont été acceptés en 2004 les dossiers présentés comme largement aboutis en 2003.
- de fait, ce moratoire intervient relativement tardivement, et le cahier des charges des MMG encore plus. En Rhône Alpes, la démarche a ainsi été engagée un an avant la démarche nationale. Les analyses faites dans les rapports régionaux¹⁴ des maisons médicales montrent que des modes d'organisation différents de celui proposé par les instances nationales demeurent, même si un alignement progressif s'effectue.

¹⁴ Cf. rapports cités en note 6.

- le 2^{ème} cahier des charges n'est pas suffisamment directif et précis sur les critères d'évaluation. Prenant acte de l'hétérogénéité des évaluations disponibles, il préconise un recours systématique à un évaluateur extérieur. Mais l'exemple des deux vagues d'évaluations successives menées en Rhône Alpes¹⁵ montre que le recours à des prestataires extérieurs ne garantit nullement la production de données homogènes et de qualité.

Enfin, la mission souligne qu'en dehors du rôle de pilotage spécifique du comité national, certaines décisions du bureau auraient pu avoir un effet structurant sur des actions financées par le FAQSV au niveau régional (mutualisation des pratiques, cartographie des expériences, évaluation, développement d'outils...).¹⁶ Or l'examen des analyses effectuées pour l'instruction et des relevés de décisions du bureau montre qu'ils sont peu envisagés sous cet angle, la mission ayant relevé que cet enjeu était rarement pris en compte pour la décision. Les projets sur les patients diabétiques ne sont par exemple pas analysés comme un moyen de fournir des informations utiles pour le financement régional de réseaux diabète ; il en est de même pour l'expérimentation de la CCMSA (et notamment l'évaluation ambitieuse de ce projet) dans le domaine des réseaux gérontologiques.

2.2.2 *Le pilotage de la DRDR par la CNAMTS et la DHOS*

2.2.2.1 *L'encadrement réglementaire et législatif*

A la différence du FAQSV, le pilotage de la DRDR semble *a priori* très encadré par les textes législatifs et réglementaires, qu'il s'agisse de l'instruction, du suivi financier, ou de l'évaluation.

Le décret du 25 octobre 2002 décrit ainsi les modalités de d'instruction et de décision, prévoyant notamment la signature d'une convention entre les directeurs d'ARH et d'URCAM, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation (rapport annuel d'activité et rapport d'évaluation à fournir par les réseaux). Il dispose que les directeurs d'ARH et d'URCAM doivent élaborer une synthèse annuelle des rapports d'activité, indiquant notamment la consommation régionale de la DRDR ainsi qu'une synthèse des évaluations des réseaux arrivant à leur terme, documents qui doivent être transmis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard le 30 juin de l'année n. Les modalités de paiement et de suivi financier par les caisses pivots sont également prévues par le décret du 25 octobre 2002, qui instaure le mécanisme de versement par la caisse pivot, qui est, sauf exception, la CPAM de la circonscription dans laquelle le réseau a son siège.

Le décret du 17 décembre 2002 précise la définition du réseau de santé en définissant toute une série de documents qui doivent nécessairement figurer dans le dossier de demande afin de financer un réseau par la DRDR (convention constitutive, engagement des professionnels, document d'information du patient, charte du réseau).

¹⁵ Cf. rapport n°2006-005 sur le contrôle et l'évaluation du FAQSV et de la DRDR en Rhône Alpes.

¹⁶ La mission en a relevé 6 : le Réseau gérontologique de la CCMSA, les deux projets de l'ENTRED sur les diabétiques de type II, le développement des pratiques coopératives (projet de la CNR), cartographie 2001, le PRN.

2.2.2.2 Les circulaires et outils de gestion développés

L'animation nationale du fonds a conduit à multiplier les textes encadrant la DRDR sans réellement apporter d'aide aux autorités régionales et aux promoteurs.

La gestion régionale des réseaux de santé a été précisée par des textes qui sont venus compléter l'encadrement législatif et réglementaire :

- circulaire du 19 décembre 2002 DHOS/DSS/CNAMTS relative aux réseaux de santé
- circulaire CNAMTS du 30 décembre 2002
- lettre réseau CNAMTS du 9 mars 2005.

S'agissant de l'instruction, la circulaire du 19 décembre 2002 DHOS/DSS/CNAMTS relative aux réseaux de santé prévoit :

- la mise en place d'un secrétariat technique, commun à l'ARH et à l'URCAM, permettant de recevoir au moins deux fois dans l'année des demandes de financement.
- la possibilité d'une concertation plus large des représentants des professionnels de santé libéraux et hospitaliers ainsi que des fédérations d'établissements concernés, des élus éventuellement co-financeurs et des représentants des usagers sur des projets finalisés, éventuellement au sein d'un comité régional des réseaux dont l'avis est consultatif.

Toutefois, cette circulaire du 19 décembre 2002 n'a pas permis la mise en place d'une procédure identique de « guichet unique », l'expression étant relativement ambiguë et pouvant couvrir des regroupements plus ou moins larges, de la simple adresse de réception unique du dossier DRDR à l'instruction unifiée des projets de réseaux quel que soit leur financement (FAQSV ou DRDR notamment).

Par ailleurs, une circulaire propre à la CNAMTS du 30 décembre 2002 l'a complétée. Outre des précisions techniques à destination des CPAM, la circulaire exprime quelques positions de principe qui témoignent des difficultés de conduire un pilotage commun DHOS/CNAMTS de la DNDR. Le texte rappelle notamment que si l'assurance maladie soutient le développement des réseaux (procédure Soubie, FAQSV), le Conseil d'Administration de la CNAMTS a émis un avis *défavorable* sur le nouveau cadre législatif et réglementaire. Il souligne également que les services de l'URCAM ne doivent pas être les seuls instructeurs des dossiers au risque de « devenir de fait une « annexe » technique de l'ARH ». Enfin, cette circulaire :

- pose des conditions au soutien des réseaux (plus value démontrée, évaluation prévue dès l'élaboration du projet, place effective des professionnels libéraux, soutien aux anciens réseaux Soubie ou financés par le FAQSV) ;
- ainsi qu'en annexe 7 des « critères de choix propres à l'assurance maladie » (articulation avec l'offre de soins existantes, dimensions « prévention » et sociale, comité d'évaluation nécessaire dans le réseau, critères de qualité des pratiques) ;
- et préconise de financer en priorité les réseaux soins palliatifs, gérontologie et diabète.

Selon la DHOS, cette divergence initiale s'est ensuite estompée et a donné lieu à un copilotage plus coopératif. Cependant, aucune autre circulaire conjointe n'a été diffusée à ce jour. Hormis la lettre relative au protocole sur le pied diabétique évoquée plus haut, les documents à signature conjointe sont des documents relatifs à la remontée des besoins de financement et non des instructions retraçant des priorités nationales.

De surcroît, les documents types élaborés en plus de ces circulaires n'ont pas été suffisamment opérationnels pour aider à l'instruction des dossiers.

Le groupe de travail ARH/URCAM (cf. ci-dessous) a élaboré un dossier de demande et un dossier d'aide à l'écriture de la demande à destination des promoteurs (les deux formant le « dossier promoteur »), et un guide d'instruction à destination des chargés de mission. Ces documents, adaptés ou non, ont été largement utilisés en région¹⁷.

La mission, au regard de l'utilisation faite de ces outils dans les régions contrôlées, formule les remarques suivantes.

Le dossier de demande est compliqué à remplir pour les promoteurs, mais cela résulte en grande partie des obligations réglementaires¹⁸. Le dossier d'aide à la rédaction de la demande de financement diffusé par le niveau national présente quant à lui des faiblesses importantes aux yeux de la mission :

- malgré certains efforts, il ne se présente pas assez comme une « boîte à outils » pour le promoteur, détaillant trop peu d'exemples, ne lui fournissant pas en particulier de points de repères, en raison notamment d'une approche généraliste et non fondée sur la comparaison entre réseaux d'un même type ;
- il est insatisfaisant en matière budgétaire, car il n'exige pas un budget prévisionnel type ;
- il est particulièrement défailant concernant l'évaluation. Insistant sur la spécificité des réseaux, le document écarte presque d'emblée toute possibilité d'évaluation médico-économique. Les indications restent souvent générales et peu opérationnelles, définissant les concepts, les outils ou les étapes de l'évaluation sans donner d'exemple précis, et listant tous les items sur lesquels l'évaluation devra porter, sans plus de repère sur les méthodes à utiliser pour évaluer ; certains items ne sont en outre pas expliqués (notion de file active notamment). Les exemples de tableaux de bord de suivi fournis en annexe 3 du dossier sont en revanche utiles.

Le guide d'instruction à destination des ARH et des URCAM¹⁹, appelle le même type de remarques : il est en effet largement descriptif, laissant peu de place à l'analyse sur la plus-value du réseau, et n'apporte pas d'aide ou d'outils à l'instructeur pour faire ses commentaires, les questions posées restant très larges.

S'agissant des modalités de paiement et de suivi financier, la circulaire du 19 décembre 2002 précise le dispositif des caisses pivots prévu par le décret du 25 octobre 2002 et la lettre réseau du 9 mars 2005 a pour objet de préciser le *rôle des acteurs* concernés par la gestion des réseaux, en particulier les relations entre URCAM et caisses pivots. Elle rappelle le fait que « le versement par la caisse pivot s'accompagne d'obligations réciproques de la caisse et du promoteur formalisées dans la convention de financement » ; la circulaire précise que le promoteur doit communiquer aux échéances prévues par la convention un rapport de suivi des dépenses dont elle détaille le contenu²⁰. La caisse pivot doit exercer un rôle d'alerte auprès des directeurs de l'ARH et de l'URCAM en cas de dérapage constaté dans les dépenses.

¹⁷ Le bilan des rapports d'activité régionaux sur l'utilisation de la DNDR en 2003 indique que le dossier national est utilisé dans 11 régions, et adapté dans 12.

¹⁸ Le décret du 25 octobre 2002 énumère le contenu d'un dossier complet, et le décret du 17 décembre 2002 décrit très minutieusement le contenu des documents que tout réseau doit fournir (convention constitutive, charte, document d'information, et rapport d'activité).

¹⁹ Guide que la mission a analysé en détail dans le cadre du contrôle et de l'évaluation de la DRDR en Bourgogne. Cf. Contrôle du FAQSV et de la DRDR et évaluation de la contribution de ces dispositifs à la mise en place de réseaux de santé en Bourgogne, rapport n°2005-176. L'ARH et l'URCAM de Bourgogne ont entrepris un travail d'adaptation régional du guide pour pallier ces insuffisances.

²⁰ Les documents d'adhésion des patients et professionnels de santé ; la copie des attestations de prise en charge ou de retrait ; le relevé des dérogations et rémunérations versées directement par le réseau ; l'état récapitulatif des frais acquittés cosigné par le trésorier et le président du réseau.

L'existence même de cette lettre réseau récente montre qu'après plus de deux ans de fonctionnement du fonds, certains principes pourtant essentiels au suivi financier des projets ne sont pas respectés, et que le rôle des acteurs dans un circuit complexe de financement n'est pas encore assimilé par tous – constat qui recouvre largement celui fait par la mission (cf. plus loin sur le suivi budgétaire et comptable en région). En prévoyant un rôle d'alerte pour les caisses pivots, la lettre réseau du 9 mars 2005 cherche à consolider leur rôle sur tous les plans du suivi (activité, comptabilité) sans pouvoir remédier à la limite majeure que constitue aux yeux de la mission la déconnexion entre la caisse pivot et le niveau régional, induite par le décret du 25 octobre 2002, qui constitue un frein à un suivi comptable efficace et à un suivi uniforme dans les grandes régions en raison de la multiplication des caisses pivots (cf. plus loin).

Cette déconnexion est reproduite au niveau national, puisque le pilotage du circuit de financement a été laissé à la CNAMTS, qui diffuse ses instructions auprès du réseau des CPAM notamment, sans lien avec la DHOS pour la définition du rôle des autres acteurs (ARH en particulier).

2.2.2.3 L'animation nationale du travail des gestionnaires régionaux

Le travail d'animation des gestionnaires des réseaux de santé s'est effectué selon deux modalités principales : le groupe de liaison permanent URCAM/ARH mis en place en 2002 et l'observatoire national des réseaux de santé mis en place en juin 2004.

Le groupe de liaison ARH/URCAM, co-présidé par l'ARH du Limousin et l'URCAM d'Aquitaine, a été créé à l'initiative des URCAM et ARH en 2002. Il regroupe tous les chargés de mission réseaux des ARH et des URCAM. Il se réunit une fois par an en plénière et plus régulièrement en composition plus restreinte. Il est aujourd'hui en attente de renouvellement de ses coprésidents mais devrait se réunir à nouveau en 2006. Il a permis notamment la production dossier du promoteur et du guide d'instruction. En dépit des limites de ces documents (cf. plus haut), c'est le mode d'animation qui est apparu le plus opérationnel à la mission, permettant un échange de bonnes pratiques entre chargés de mission.

Mais la DHOS a également mis en place à l'automne 2004 l'observatoire national des réseaux de santé (ONRS) en collaboration avec la CNAMTS, lui confiant 3 missions principales :

- faire un état des lieux des réseaux existants ;
- accompagner le développement des réseaux et constituer un centre de ressources pour les acteurs ;
- évaluer et faire évoluer le dispositif.

Ses moyens de mise en œuvre sont un site internet, un comité de pilotage pérenne coprésidé par la DHOS et la CNAMTS, installé en mai 2004, et des groupes de travail à durée de vie limitée (4 ont été créés à ce jour : questions et outils juridiques, ingénierie des réseaux, évaluation, réseaux et territoires).

La mission formule les remarques suivantes au sujet de l'ONRS.

La composition des instances est très lourde : 37 membres pour le comité de pilotage, entre 26 et 42 membres pour les groupes de travail. La création de l'observatoire est venue de plus s'ajouter au groupe de liaison ARH/URCAM, qui s'est lui-même étonné de la mise en place

parallèle de groupes de travail sur des thèmes identiques à ceux que le groupe avait étudiés²¹. La reprise des travaux de ce groupe de liaison au sein des groupes de travail n'est ainsi absolument pas assurée. L'examen de la composition des groupes de travail et de la participation des membres aux réunions montre la relativement faible représentation des ARH et URCAM (en moyenne 5 par groupe de travail).

Surtout, les productions concrètes de cet observatoire sont limitées et peu opérationnelles. Il s'agit essentiellement :

- du site internet
- du colloque organisé en novembre 2004
- d'un glossaire élaboré par le groupe de travail n° 2 « ingénierie des réseaux »
- de fiches juridiques établies par le groupe de travail n° 1 (questions juridiques)
- de documents cartographiques élaborés par le groupe de travail n°4 (réseaux et territoires).

Le site internet reste encore faiblement alimenté. Les documents ont été mis ligne tardivement (la synthèse des rapports d'activité régionaux 2003 a été mise en ligne le 7 septembre 2005). Le forum d'échanges n'est pas véritablement actif (11 messages en janvier 2006, dont plusieurs questions techniques relatifs à des difficultés de saisie ou de recueil d'information, et trois questions de fond restées sans réponse de la part de l'administrateur). Des difficultés techniques ont en outre retardé la remontée et la mise à disposition de données d'activité régionale en 2004.

Le colloque organisé en novembre 2004 a permis des échanges entre acteurs et la présentation de certaines pratiques, mais n'a pas débouché sur des orientations ou la production d'outils nouveaux.

Le glossaire élaboré par le groupe de travail n° 2, mis en ligne sur le site le 3 novembre 2005, est apparu totalement inopérant. C'est un document volumineux (71 pages), mais qui ne répond à aucune des questions essentielles que la mission a relevées dans ses rapports régionaux :

- s'agissant des relations entre les acteurs, les items ne font que reprendre les définitions juridiques des structures (URML, hôpital local, CLIC) sans préciser les articulations institutionnelles ou plus informelles avec les problématiques des réseaux;
- les termes relatifs à la comptabilité et à l'organisation financière du dispositif ne font que rappeler les textes ; l'item "commissaire aux comptes" n'indique même pas à partir de quel seuil de subventions le recours à celui-ci est obligatoire;
- en matière de système d'information, aucune aide n'est apportée non plus ; au terme "DMP", on trouve une reprise des articles du code de la santé publique correspondants;
- sur l'évaluation enfin, le glossaire est totalement défaillant. Les définitions des termes sont extrêmement générales et donc sans véritable utilité opérationnelle²².

²¹ Notamment sur les aspects juridiques, et sur l'évaluation. cf. relevé de décisions de la réunion du 5 juillet 2004.

²² Par exemple : Pour le terme Indicateur : "Un indicateur est un outil simple qui permet d'observer périodiquement les évolutions d'un phénomène, en le positionnant par rapport à des objectifs fixés. Il s'agit d'une donnée quantitative qui permet de caractériser une situation évolutive, une action ou les conséquences d'une action, de façon à les évaluer et à les comparer à leur état à différentes dates. Un indicateur porte une signification qui dépasse la donnée quantitative fournie (ainsi, une température de 39°C signifie un sujet malade) et a une capacité à rendre compte de façon concise et objectivée de phénomènes complexes. Un indicateur présente toujours un modèle de la réalité, non la réalité elle-même, c'est pourquoi il doit être accompagné d'informations qualitatives et de commentaires."

La référence aux évaluations menées dans le cadre des réseaux gérontologiques Soubie est emblématique de la démarche suivie par les rédacteurs de ce glossaire, pour qui l'enseignement de l'expérimentation se résume à la mise en évidence du rôle essentiel de la famille et des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées (sic)²³.

En définitive, la mission s'interroge sur l'utilité et les destinataires visés par ce glossaire, qui en tout état de cause ne peut aider ni les promoteurs ni les chargés de mission en région.

Les fiches juridiques enfin permettent de rappeler les différentes structurations juridiques possibles pour un réseau, avec leurs avantages et leurs inconvénients. Elles ont été toutefois élaborées tardivement (juin 2005, avec une mise en ligne le 2 novembre 2005).

Dans le domaine de l'évaluation, le groupe n°3 n'a lui pas du tout abouti à des recommandations opérationnelles pour l'instant. Il a décidé le 31 mars 2005 de se scinder en 3 sous-groupes étudiant 5 thématiques (fonctionnement du réseau, qualité de la prise en charge globale, participation et satisfaction des professionnels et des patients, impact sur les pratiques professionnelles, coûts et efficience). Ainsi, le travail opérationnel n'avait toujours pas commencé un an après la mise en place du groupe de travail. Les indicateurs que ces sous-groupes doivent produire ne sont pas encore disponibles.

La réflexion s'orienterait toutefois depuis novembre 2005 sur les difficultés liées au choix par le promoteur des évaluateurs, et la possible construction d'un cahier des charges national de l'évaluation, ce qui est apparu positif à la mission et rejoint en partie ses propres préconisations. Toutefois, la mission estime insuffisamment prise en compte l'approche par type de réseau ; celle-ci est apparue dans le cadre des plans nationaux et priorités de santé publique (cancer, périnatalité, soins palliatifs, santé mentale, gérontologie) et donc au sein d'instances externes à ce groupe de travail - le compte rendu de la réunion du sous-groupe « efficience » du 5 septembre 2005 laisse plutôt à penser que cette démarche n'est pas privilégiée au sein du groupe. Or, pour la mission, la réflexion générale sur l'évaluation, hors d'une démarche par type de réseau, outre qu'elle est déjà largement assez fournie (travaux successifs de l'ANAES notamment), présente peu d'intérêt pour les instances gestionnaires.

Le groupe « réseaux et territoires » a étudié des expériences territoriales et mis en place un outil cartographique. Il a été l'occasion de réflexions mais n'a pas débouché sur des prises de décisions sur la gestion territoriale et le pilotage des réseaux (appels d'offre, rédaction de cahiers des charges, thématiques prioritaires...). Un rapport est aujourd'hui en préparation, qui doit proposer des préconisations, mais la DHOS, si elle attend ces propositions, ne semble pas avoir d'idée précise de ce qui peut être envisagé sur ce thème.

Concernant les prestations dérogatoires, un observatoire des dérogations tarifaires a été mis en place en 2003 par la CNAMTS *en parallèle* de l'ONRS. Il est co-piloté par la CNAMTS et l'URCAM Rhône Alpes; y participent plusieurs autres URCAM (Aquitaine, Centre, Ile de France, PACA, Picardie). La DHOS n'y participe pas institutionnellement, mais a souhaité participer à certaines réunions. Il est chargé d'organiser la remontée des pratiques régionales et d'établir des repères nationaux sur la valorisation des prestations financées. L'observatoire a produit un rapport en février 2005, à partir des données recueillies en 2003.

Ou encore, le terme Qualité : « Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites. L'amélioration de la qualité de la prise en charge est un objectif prioritaire des réseaux de santé. »

²³ Cf. la rubrique « enseignements de l'expérimentation réseaux gérontologiques menée par la MSA ».

La mission a jugé que ces travaux étaient insuffisants. Tout d'abord, comme l'indique le rapport lui-même, la description des prestations n'est pas suffisamment fine (notamment sur la durée et la fréquence des actes) pour permettre des comparaisons entièrement satisfaisantes. Plus de deux ans après la mise en place de la DNDR, une telle imprécision est regrettable. En outre, si le rapport de l'observatoire fournit les fourchettes (« valeurs repères ») dans lesquels les montants se situent pour certains types de réseaux, aucune valeur de référence n'a été imposée par le niveau national à ce jour. Enfin, l'observatoire ne fournit pas de valeur repère pour la rémunération pour l'élaboration des référentiels cancérologie, qui n'est pas considérée comme une dérogation au sens strict.

La mission a constaté que des pratiques variables continuaient de ce fait d'avoir cours. Le tableau suivant recense les données recueillies par la mission ainsi que par l'observatoire sur les dérogations les plus fréquemment rencontrées :

	Soins palliatifs	Gérontologie		Diabète			Cancer
	réunions	Bilan initial	réévaluation	podologues	Séance éducation collective	Bilan initial	RCP
Bourgogne	80 € MG et 40 € IDE	60 € (+dans un réseau forfait coordination 80€)	40 €	forfait 137,5 € (bilan +5 séances)	SO	80€ par patient et par mois	30€ par médecin + 15€ le remplissage de la fiche
Rhône Alpes	forfaits mensuels de 30 et 40€	60 €	forfait annuel 120 €	forfait 137,5 € (bilan +5 séances)	100€	30 à 60€ + forfait annuel 120€	ND
PACA	ND	ND	ND	Forfait 137€ ; mais aussi forfait grade 0 et 1 à 25€	100 à 150€ (MG); 30 à 52€ (paramédicaux)	forfait 60€ par patient et par an	aucune
Champagne Ardennes	SO	60 €	40 €	ND	ND	ND	SO
Haute-Normandie	40 €	60€	40€	en cours	En cours	en cours	100€ par dossier à répartir entre les professionnels
Données recueillies par l'observatoire	forfaits de 30 à 40€ par patient et par mois, ou à la réunion 40€ les MG, 20 à 40€ les aux.	60 €		120 à 150€	52€ les 2h (paramédicaux), 35 à 222 € (médecins)	40 à 100 €	133€ les 2h (bimestriel)
Valeur repère fournie par l'observatoire	60 à 81€ (1 h)	60 à 81€ (1 h)	60 à 81€ (1 h)	137,5€ le bilan et les 5 séances	25 - 34€ (paramédicaux), 60 -81 € (Médecins) (1h)	60 à 81€ (1 h)	60 à 81€ (1 h)

Sources : tableaux comparatifs remplis par les ARH et les URCAM à la demande de la mission ; observatoire des dérogations tarifaires, rapport de février 2005

ND : non disponible ; SO : sans objet

Il ressort de ces comparaisons que les prestations dérogatoires les plus harmonisées sont celles des réseaux gérontologiques, en raison de l'expérimentation antérieure des réseaux Soubie, qui avait fixé des montants homogènes pour les 19 réseaux concernés. La mise en place du protocole national de suivi du pied diabétique a également favorisé une harmonisation des dérogations pour les podologues dans le cadre des réseaux diabète. En revanche, les autres prestations sont beaucoup moins encadrées, largement du fait de l'absence d'orientations nationales : en région en effet, une certaine harmonisation s'effectue, même si, des cinq régions contrôlées, seule la région Rhône-Alpes a élaboré une politique explicite d'harmonisation.

En définitive, la mission estime que le copilotage DHOS/CNAMTS de la DRDR:

- ne s'est pas effectué de façon suffisamment coordonnée entre la DHOS et la CNAMTS, qu'il s'agisse des modalités de suivi des réseaux ou des prestations dérogatoires notamment ;
- est resté trop bureaucratique et peu opérationnel ;
- n'a pas suffisamment pris en compte les acquis préexistants à la création de la DNDR.

2.2.3 Les remontées d'information des régions vers la CNAMTS et la DHOS

Dans le cadre du FAQSV, un questionnaire est envoyé par la CNAMTS chaque année aux URCAM ; il est actualisé en fonction des évolutions législatives. La CNAMTS élabore une synthèse de ces rapports qui fournit un grand nombre de données sur l'organisation du dispositif en régions, les priorités élaborées, la nature des dépenses et le type d'actions financées.

La principal problème réside pour la mission dans la faible utilisation de ces données pour définir des orientations et des outils à destination des régions ou encore pour mutualiser les pratiques.

La principale utilisation de ces informations a été faite dans le cadre de l'évaluation externe prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002²⁴, et réalisée par la société EUREVAL-C3E en 2005²⁵. La mission a étudié ce rapport et ses conclusions. Fondé sur une méthodologie qui présente de nombreuses faiblesses²⁶, le rapport conclue néanmoins à l'efficacité du FAQSV, alors même que les impacts du fonds sont jugés « difficilement mesurables » par l'évaluateur. Cette conclusion est fondée sur le constat que les montants consacrés représentent 0,1 % des dépenses d'assurance maladie alors que la part du PIB français consacrée à la recherche et développement est de 2,26 %. La mission ne comprend pas la relation entre ces différents éléments.

Sur la DNDR, les modalités de transmission des informations sont définies par le décret du 25 octobre 2002 qui dispose que les directeurs d'ARH et d'URCAM doivent élaborer une synthèse annuelle des rapports d'activité, indiquant notamment la consommation régionale de

²⁴ La loi de financement pour 2002 prévoit que : "l'impact des financements attribués par le fonds fait l'objet d'une évaluation au regard notamment de l'organisation, de la continuité et de la sécurité des soins ainsi qu'en ce qui concerne les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Gouvernement et au Parlement au plus tard le 30 juin 2005."

²⁵ Evaluation du FAQSV, rapport final, Eureval C3E, 21 septembre 2005.

²⁶ Notamment : insuffisance des données disponibles, échantillons faibles donnant lieu à des affirmations générales, quasi absence d'indicateurs chiffrés, amalgame entre différentes analyses et imprécision des résultats relatifs aux monographies territoriales

la DRDR ainsi qu'une synthèse des évaluations des réseaux arrivant à leur terme. Ces documents doivent être transmis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard le 30 juin de l'année n. En 2004, la remontée des informations s'est effectué par le biais essentiellement d'une saisie des données sur le site de l'ONRS. Ces rapports décrivent l'organisation régionale du dispositif, et présentent les réseaux financés : nombre de patients, nombre de professionnels de santé, structures participantes, budgets réalisés.

Toutefois, les enseignements qui peuvent en être tirés sont très limités. La synthèse des rapports régionaux 2003 soulignait le peu de fiabilité des données concernant le nombre de patients, la notion de patients pris en charge n'ayant pas été clairement définie. Aucune donnée sur les coûts n'était fournie. Pour 2004, les premières analyses issues des données du site de l'ONRS soulignent à nouveau ces limites méthodologiques : ainsi, en décembre 2005 soit après 3 ans de fonctionnement, le niveau national ne sait donner que des « tendances » sur la donnée de base que constitue le nombre de patients inclus dans les réseaux. Là encore, la mission ne peut que souligner la nécessité d'une approche par type de pathologie : une « file active » de patients dans le cadre d'un réseau de soins palliatifs, un nombre d'accouchements dans le cadre d'un réseau périnatalité ou un nombre de patients concernés par une RCP dans un réseau cancer (avec la répartition entre cas traités par référentiels et cas discutés) ne sont du tout des données comparables.

2.3 Le pilotage régional

2.3.1 *Le fonctionnement des instances*

Dans les cinq régions qu'elle a contrôlées, la mission a vérifié que la composition du bureau régional de gestion du FAQSV, présidé par le président de l'URCAM, et du comité régional de gestion du FAQSV étaient conformes aux dispositions du décret du 12 novembre 1999²⁷ et que le nombre des réunions de ces instances étaient également conformes aux textes. En outre la répartition des rôles entre chacun est également identique dans les différentes régions et conforme aux textes, avec un comité régional chargé de définir les orientations régionales d'attribution des aides et un bureau régional chargé d'examiner individuellement les dossiers. Dans toutes les régions également, le ou la directrice de la DRASS ou son représentant participaient aux réunions du bureau régional du FAQSV au titre de commissaire au gouvernement. La mission a également constaté que, pour la plupart des décisions prises dans les cinq régions, l'unanimité était la règle de fonctionnement de l'instance collégiale qu'est le bureau du FAQSV.

Concernant la DRDR, la composition comme le fonctionnement du comité régional des réseaux sont très différents d'une région à l'autre, reflétant en cela des orientations plus souples diffusées par le niveau national :

- il a été installé à des dates différentes, de décembre 2000 (si l'on prend en compte le cas particulier de Rhône Alpes, qui avait instauré avant les textes une instance spécialement chargée du suivi des réseaux) à novembre 2003 (Champagne Ardennes, Haute Normandie) et même octobre 2004 (PACA) ;

²⁷ Ces deux instances comportent ainsi respectivement 29 membres pour le comité régional, et 6 membres pour le bureau en comprenant le Président de l'UNRCAM qui a une voix prépondérante lors du vote de certaines décisions.

- il comprend un nombre de membres différent d'une région à l'autre (de 13 membres à 30 membres selon les régions) ;
- il inclut dans quatre régions sur cinq des représentants des professionnels de santé, mais l'exemple de la Haute Normandie montre qu'il peut également ne pas en comprendre, cette région ayant choisi au départ un fonctionnement institutionnel du comité régional des réseaux afin de permettre la construction d'une doctrine commune. Toutefois, y compris dans les comités régionaux incluant les professionnels de santé, leur présence et leur participation n'est pas aussi active qu'au sein des instances du FAQSV ;
- il est, dans quatre régions sur cinq, présidé conjointement par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM. Toutefois, dans la région Rhône Alpes, où le comité régional des réseaux a pris la suite de la commission technique régionale d'examen des réseaux (CTRE) antérieure, il est présidé alternativement par le directeur de l'URCAM et le DRASS, l'ARH ayant une position en retrait par rapport à cette instance. ;
- surtout, ce comité a fonctionné de façon différente selon la taille de régions et des comités. Dans certaines régions (Bourgogne, PACA), il a fonctionné sur une base formelle, constituant principalement une instance d'information, qui n'émet pas d'avis stratégique. Dans d'autres régions, le comité régional des réseaux a fonctionné comme une instance d'instruction des dossiers. Le nombre de ses réunions est donc plus élevé (de deux à cinq réunions annuelles selon les années) et les projets de réseaux y ont été discutés individuellement. C'est le cas de la Champagne Ardennes, où la taille de la région et le faible nombre de dossiers examinés ont conduit à ce que le comité se prononce sur les projets eux-mêmes, et pas seulement sur des principes. C'est aussi le cas en Haute Normandie, où le comité régional des réseaux auditionne le promoteur dans un premier temps pour que les directeurs de l'ARH et de l'URCAM émettent un avis d'opportunité et se réunissent sur le même dossier une seconde fois, afin que les deux directeurs émettent un avis de financement. C'est enfin le cas en Rhône Alpes, où l'examen était à l'origine organisé en deux temps comme en Haute Normandie, et où il se déroule depuis 2004 en une seule étape à la fois en opportunité et en structuration, avec une audition des promoteurs qui sont appelés à se retirer pendant la délibération du comité.

2.3.2 La définition des priorités régionales

La définition de priorités, par le comité régional de gestion du FAQSV comme par le comité de gestion de la DRDR, est décevante dans trois des cinq régions contrôlées (PACA, Rhône-Alpes, Champagne Ardennes). Outre la reprise des priorités régionales, les instances se réfèrent aux priorités définies dans le cadre des SROS, des plans régionaux de santé publique ou des PRAM, aboutissant à une énumération non priorisée d'objectifs à atteindre, pour un nombre important de pathologies citées. Il n'y a pas de réel exercice de hiérarchisation des actions à conduire.

De façon générale, dans ces régions, un certain scepticisme règne sur ces priorités, en particulier sur la réelle capacité des instances régionales à faire émerger des projets en l'absence de promoteurs se présentant spontanément.

Les deux autres régions – Bourgogne et Haute Normandie – se situent dans un schéma un peu différent.

La Haute Normandie a ainsi constamment affirmé dans les instances du FAQSV la priorité accordée à la question de l'accessibilité aux soins, considérée comme une condition essentielle pour améliorer la qualité dans un contexte d'importants déséquilibres de la démographie des professionnels de santé entre les deux départements la composant. La définition de cette priorité a abouti au financement de plusieurs projets mais n'a pas empêché en pratique une répartition des crédits versés en défaveur de l'Eure. Sur la DRDR, si les constats se rapprochent de ceux formulés pour les autres régions avec une difficulté d'établir une hiérarchisation entre pathologies²⁸, un consensus s'est dégagé dans cette instance sur le cancer et, de fait, par montant de crédits accordés au titre de la DRDR au début 2005, le cancer arrivait en première position avec 34 % des crédits accordés.

Dans le cas de la Bourgogne, l'originalité ne tient pas tant à l'énoncé par les instances des priorités, qui rejoint le constat d'énumérations formulé dans les autres régions, qu'à la mise en œuvre effective de priorités. En effet, pour la DRDR comme pour le FAQSV, la région se caractérise par :

- des décisions de financement concentrées dans les faits principalement sur deux thèmes (gérontologie et permanence des soins) ;
- une politique d'animation et d'accompagnement des promoteurs sur ces deux thèmes, avec une attention particulière portée dans ce cadre aux difficultés des zones géographiques rurales ayant une attractivité faible pour les professionnels de santé au sens large.

2.3.3 Le rôle de l'URML et des professionnels de santé dans la gestion du FAQSV

Les principaux acteurs autres que l'URCAM et l'ARH impliqués, plus ou moins directement, dans l'instruction ou les gestion des projets sont l'URML pour le FAQSV et le CHU pour la DRDR.

L'URML, dans les cinq régions contrôlées, cumule toujours plusieurs fonctions, d'instructeur, de promoteur, de décideur et/ou d'évaluateur.

1/ Elle participe au montage initial des dossiers ou à l'instruction, selon des modalités très différentes selon les régions :

- dans la région Rhône-Alpes, l'URML n'intervient pas directement dans l'aide aux promoteurs ou dans l'instruction des projets ;
- dans la région Bourgogne, l'URCAM et l'UPMLB ont passé une convention en juillet 2001 afin de favoriser un travail concerté d'accompagnement des promoteurs. Cette collaboration a mal fonctionné dans les faits, faute de financements et d'échanges d'informations suffisamment en amont. L'UPMLB intervient donc au titre du montage de certains dossiers, mais sans lien direct avec l'URCAM ;

²⁸ Le comité régional de santé a ainsi mis en place dans cette région un groupe de travail destiné à définir des priorités. Ce groupe a défini sept thèmes et trois problématiques différentes, sans parvenir à réellement éblir une hiérarchie.

- en PACA en revanche, l'URML participe directement à l'instruction des dossiers FAQSV, avec l'émission d'un avis propre aux professionnels de santé rendu en sus de l'avis émis par les services de l'assurance maladie. Cette co-instruction systématique institutionnalisée de chaque demande formulée auprès du fonds avait déjà été signalée par un rapport du COREC de 2004, qui demandait de la supprimer, mais cela n'était pas encore le cas en septembre 2005.
- en Champagne Ardenne la situation de l'URML au démarrage du FAQSV en 2000 était identique à celle de PACA, avec une participation directe de l'URML au groupe experts chargé d'émettre un avis sur les projets. Toutefois, la création de la DRDR a conduit à mettre en place une cellule technique d'instruction et de concertation, commune pour l'instruction des projets FAQSV et DRDR, et excluant l'URML. La présence de l'URML au stade de l'instruction a été jugée gênante par le bureau du FAQSV lui-même, qui a souligné les risques encourus si une même institution était promoteur et instructeur d'un projet.
- en Haute Normandie enfin, l'URML a joué un rôle d'incubateur de projets. Elle a ainsi au départ promoteur direct de projet et a ensuite passé le relais à une association mise en place pour le projet. Cette intervention est ambiguë : positive pour la maison médicale de Rouen, à qui l'URML a apporté un soutien au démarrage, elle est plus contestable dans le cas du Centre de suivi de conseil des traitements anticoagulants, et dans l'appui ponctuel au projet DEFI.

2/ Si la place de l'URML comme instructeur est très différente d'une région à l'autre, elle intervient dans toutes les régions comme décideur : elle appartient toujours au bureau du FAQSV et, à ce titre, participe à la décision prise pour accorder ou refuser les dossiers déposés.

Si la mission a constaté que, dans quatre régions sur cinq, le bureau avait maintenu une position rigoureuse et refusé des projets promus par l'URML, en PACA la présence de l'URML a entraîné des décisions et des modalités de paiement contestables.

3/ Comme promoteur, dans trois régions (Champagne Ardennes, Haute Normandie, PACA) elle a joué un rôle significatif, recevant entre 15 et 24 % des financements²⁹. Les objectifs des projets que les URML ont promu dans ces régions se situent dans le cadre réglementaire du FAQSV et sont innovants : mise en commun d'une plate-forme informatique régionale, observation des pratiques médicales sur des panels de médecins, évaluation par le biais des groupes de pairs, mise en place d'une « agence de remplacement » destinée à attirer les jeunes généralistes en remplacement dans des zones ayant une faible densité en professionnels de santé. En revanche, les résultats de ces projets ont été pour l'instant décevants : absence d'utilisation du produit dans une autre, absence de mesure de l'impact des projets sur l'évolution des pratiques des professionnels.

4/ Comme évaluateur, l'URML n'est intervenue qu'en région PACA. 20 promoteurs, sur les 89 dossiers financés par le FAQSV dans cette région à la mi 2005, ont demandé une évaluation à l'URML. Cette demande a été accordée par le bureau du fonds pour neuf d'entre eux. Six ont déjà été évalués par l'URML. L'une de ces évaluations a été analysée par la mission qui l'a considérée incomplète³⁰.

²⁹ Dans les deux autres régions, le rôle de l'URML comme promoteur est moins important. Pour Rhône Alpes, l'URML n'a été promoteur direct que de 3 dossiers sur les 83 financés par le FAQSV.

³⁰ Maison médicale de garde de Gap

Enfin, doit être signalé le rôle particulier de la Fédération Régionale des Réseaux de Santé en région Rhône Alpes (FRRS RA), antenne régionale de la Coordination nationale des réseaux (CNR). Cette fédération cumule en effet plusieurs rôles, à l'instar de ce qui peut se passer dans d'autres régions pour l'URML :

- la FRRS RA joue un rôle dans l'instruction à travers sa participation active au comité régional des réseaux. Le projet a été conduit de la construction d'une plateforme de soutien aux promoteurs, conjointement avec l'URML mais celui-ci n'a pas abouti ;
- elle joue un rôle de décideur comme personnalité qualifiée dans le bureau du FAQSV ;
- elle joue un rôle comme « quasi promoteur » du réseau GT 69. Dans des conditions tout à fait contestables : mélange total des fonctions, même commissaire aux comptes et expert comptable en violation des textes, absence de transparence dans le suivi, volonté de faire financer des cotisations à la fédération régionale des réseaux par la DRDR... Tout cela est d'autant plus contestable que la CNR joue un rôle national important d'interlocuteur du ministère, participant notamment aux groupes de travail de l'ONRS (cf. plus haut).

La mission considère que la variété des situations régionales, qui découle largement du contexte institutionnel local, entraîne une grande confusion, où l'URML peut être juge et partie. Quelles que soient les évolutions juridiques et les suites données à la mission, la mission considère que les fonctions d'instruction des dossiers en lien avec l'URCAM et les fonctions d'évaluation ne devraient jamais être exercées par les URML (ou par la FRRS en région Rhône Alpes). Les recommandations de la mission (cf. partie 4) conduisent par ailleurs à une réforme de la gouvernance donnant aux représentants des professionnels un rôle consultatif et non décisionnaire.

2.3.4 Le cadrage financier et les différences régionales de taux de consommation des crédits

Les taux de consommation des deux fonds sont très variables selon les régions, et parfois au sein d'une même région entre les deux fonds, comme le montre le tableau récapitulatif présenté à la page suivante.

Certains facteurs explicatifs des divers taux de consommation sont communs aux deux fonds :

- la démographie des professionnels de santé et les grandes différences de densités entre régions et au sein d'une région entre départements (la nette corrélation et les disparités entre départements dans une même région observés témoignent que ce facteur explicatif joue beaucoup) ;
- la montée en charge des projets pour le FAQSV et des réseaux pour la DRDR, presque toujours plus lente que prévu, donnant lieu à la signature d'avenants qui ré-échelonnent les paiements.

Pour le FAQSV, la mission a observé dans deux régions (Rhône Alpes et Haute Normandie) qu'un taux de consommation faible ou pouvait être dû à une politique rigoureuse de gestion, que la mission n'a pas estimée rigoureuse.

A l'inverse, la très forte consommation en PACA s'explique à la fois par des décisions moins rigoureuses et surtout par des modalités de paiement qui ont conduit à verser la subvention

accordée soit en totalité à la signature de la convention, soit en deux ou trois versements sur acomptes, bien avant que les pièces justificatives ne soient exigées.

Pour la DRDR, les taux de consommation sont en réalité surévalués car dans la plupart des régions les modalités de paiement ont abouti à la constitution de trésoreries importantes, notamment dans les CHU.

Les taux de consommation sur la DRDR sont fonction dans une large mesure :

- de la situation antérieure à la création du fonds : dans les régions où préexistaient des réseaux déjà opérationnels, la DRDR a souvent pris le relais ou a complété des financements antérieurs (par exemple en Rhône Alpes, ou en Bourgogne);
- des relations entre professionnels de santé : ainsi en Champagne Ardennes, un climat très conflictuel entre établissements publics et privés a empêché la mise en place d'un réseau cancer et d'un réseau périnatalité.

	FAQSV			DRDR		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Alsace	36,70%	56,09%	64,11%	7,5%	28,1%	29,0%
Aquitaine	40,97%	30,17%	38,83%	89,0%	71,2%	35,0%
Auvergne	14,30%	60,86%	74,03%	36,2%	14,6%	41,1%
Basse Normandie	41,49%	25,68%	64,60%	0,0%	32,4%	84,5%
Bourgogne	44,86%	47,01%	69,39%	12,0%	24,3%	62,2%
Bretagne	40,00%	60,85%	85,98%	22,7%	97,7%	91,6%
Centre	16,18%	46,37%	40,89%	0,0%	7,0%	32,5%
Champagne Ardenne	30,24%	20,39%	52,79%	0,0%	15,0%	16,0%
Corse	1,45%	6,98%	45,83%	24,0%	10,6%	21,2%
Franche Comté	66,16%	39,58%	54,43%	0,0%	35,2%	85,5%
Haute Normandie	38,97%	61,63%	67,11%	0,0%	17,7%	32,9%
Ile de France	67,35%	81,49%	97,52%	0,0%	81,0%	85,0%
Languedoc Roussillon	54,60%	83,24%	67,48%	37,4%	31,8%	38,9%
Limousin	45,19%	50,36%	6,83%	26,9%	6,9%	38,6%
Lorraine	46,62%	76,77%	78,55%	0,0%	29,1%	46,6%
Midi Pyrénées	63,02%	72,14%	43,57%	43,1%	46,6%	89,3%
Nord Pas de Calais	48,75%	97,72%	94,61%	14,8%	46,9%	57,3%
PACA	72,15%	72,91%	83,87%	98,9%	100,0%	66,9%
Pays de la Loire	21,35%	43,70%	56,99%	26,2%	22,0%	26,5%
Picardie	30,15%	25,30%	46,41%	0,0%	23,6%	64,5%
Poitou Charentes	17,37%	61,00%	74,12%	40,8%	54,4%	68,2%
Rhône Alpes	49,28%	21,71%	15,37%	65,8%	46,2%	78,0%
Guadeloupe	73,26%	87,54%	87,69%	0,0%	85,0%	91,5%
Guyane	44,99%	97,86%	92,29%	0,0%	59,3%	51,9%
Martinique	48,23%	76,83%	82,37%	100,0%	100,0%	100,0%
Réunion	62,37%	27,05%	3,17%	0,0%	25,3%	68,0%
Moyenne	46,47%	58,35%	65,75%	27%	48,2%	62%

Sources : rapports d'activité FAQSV 2002, 2003, 2004 et DHOS

Ces données ne tiennent pas compte des montants alloués au dispositif d'annonce du Plan Cancer (3,13M€ en 2004 et 15M€ en 2005)

2.3.5 L'instruction

2.3.5.1 L'organisation générale

L'instruction des dossiers est généralement différente selon qu'il s'agisse d'une demande de financement sur le FAQSV ou sur la DRDR. La mission a observé deux exemples d'instruction unifiée en Champagne Ardenne et en Rhône Alpes. Ailleurs, la persistance de différences de procédures montre la difficulté à décloisonner les dispositifs, alors même que les acteurs de l'instruction sont souvent les mêmes (chargés de mission de l'ARH et de l'URCAM, service médical).

Le nombre d'agents affectés à l'instruction est variable selon les régions, mais il reste toujours largement supérieur dans les URCAM, les ARH ayant moins de personnels affectés à ces procédures, comme le montre le tableau ci-dessous :

Nombre d'ETP	Bourgogne	Champagne Ardennes	Haute Normandie	PACA	Rhône Alpes
URCAM /dossiers FAQSV	3 (pour les deux dispositifs)	1	1	5	2,4 (pour les deux dispositifs)
l'URCAM /dossiers DRDR		1	1	2	
l'ARH /dossiers DRDR	0,2	0	0,5	1	0,25
Total ETP	3,2	2	2,5	8	2,65
Nombre total de dossiers déposés FAQSV et DRDR en 2004	71	21	44	76	67
Dossiers/ETP	22,2	10,5	17,6	9,5	25,3

Source : rapports régionaux et visites sur place de la mission. En Rhône Alpes, les chargés de mission gèrent les deux dispositifs sans distinction précise en répartition du temps ; la gestion de la DRDR est toutefois majoritaire.

Au total, le nombre de dossiers par ETP est extrêmement variable. On peut noter qu'il n'est pas directement lié à la taille de la région, comme le montre l'exemple de la région PACA dans une situation plus confortable que la région Haute Normandie. En outre, un effet de seuil est inévitable pour les régions ayant très peu de dossiers déposés, comme Champagne Ardennes, qui peuvent difficilement ajuster exactement le nombre d'ETP au faible dynamisme des promoteurs.

La gestion des fonds génère un foisonnement de procédures largement bureaucratiques. Le nombre total de réunions des instances officielles s'élève ainsi à plus de 200 par an³¹. On peut estimer de façon rudimentaire, à partir de la moyenne de ces 5 régions, que près d'un peu mois de 100 ETP sont mobilisés pour ces fonds, en grande partie pour la gestion de procédures lourdes au détriment d'un accompagnement sur le fond des projets et d'un suivi efficace.

³¹ En 2004, 44 réunions des comités régionaux et 126 réunions des bureaux régionaux du FAQSV, et un comité régional des réseaux dans presque toutes les régions qui se réunit entre deux et trois fois par an (source : rapport d'activité FAQSV 2004).

2.3.5.2 *Les étapes de l'instruction*

Des fenêtres de dépôt ont parfois été instaurées dans le cadre de la DRDR (comme le prévoit la circulaire du 19 décembre 2002), mais pas du FAQSV. Ce mécanisme est contraignant pour les promoteurs, puisqu'il oblige à déposer les dossiers au cours de périodes prédéterminées dans l'année (en général, deux). Dans deux régions sur les cinq visitées (Haute-Normandie et Champagne Ardennes) la mission a constaté que le système fonctionnait sans fenêtres de dépôt et s'interroge sur l'utilité de cette procédure. Une réception des dossiers au fil de l'eau est tout à fait envisageable, assortie d'une date limite pour assurer l'instruction avant l'examen en comité régional des réseaux s'il existe.

L'examen de la recevabilité des projets FAQSV ou DRDR est assuré par les chargés de mission de l'ARH et de l'URCAM. Ce travail est lourd dans le cas de la DRDR en raison du nombre et du volume des pièces exigées pour un dossier complet.

Certaines régions ont mis en place dans le cadre de la DRDR un double examen en opportunité d'abord, puis sur un dossier définitif en plus (Haute Normandie, et Rhône Alpes à l'origine avant l'abandon de ce système).

Après l'examen de la recevabilité du projet, l'instruction proprement dite s'effectue en concertation avec d'autres institutions, par la constitution de groupes d'instruction. Ceux-ci comprennent toujours des services de l'assurance maladie (URCAM, service médical, CPAM, CRAM). L'avis des services de l'Etat (ARH dans le cas du FAQSV, DRASS et DDASS) n'est en revanche pas systématiquement recueilli. Enfin, le groupe comprend parfois des représentants des professionnels de santé également (PACA, Rhône Alpes). Selon les cas, l'instruction s'effectue par le recueil d'avis écrits ou oraux lors de réunions des membres du groupe, ou par le biais de la désignation d'un rapporteur ou d'une équipe de rapporteurs. Pour les dossiers FAQSV, ces échanges font l'objet d'une synthèse présentée par un chargé de mission de l'URCAM devant le bureau. Pour la DRDR, l'avis du groupe est présenté ou transmis au comité régional des réseaux lorsque cette structure existe ; celui-ci rend lui même un avis transmis aux directeurs de l'ARH et de l'URCAM. Ce sont les chargés de mission (le secrétariat technique) qui préparent les décisions conjointes signées par les directeurs.

Si l'avis des différents services consultés est consultatif, l'avis du service médical présente, selon la mission, une importance particulière du fait :

- du contenu même des projets, qui nécessite une compétence médicale ;
- mais aussi en raison de la faiblesse généralement constatée dans le suivi et l'évaluation de l'impact des actions sur la qualité de la prise en charge. A ce titre, le service médical a un rôle important à jouer en vérifiant la présence et la pertinence d'indicateurs sanitaires.

Si la décision n'a pas à être liée par les avis du service médical, la mission a constaté dans deux régions que les médecins conseils regrettaient de ne pas être davantage associés aux débats (en particulier, dans le cadre du FAQSV, de ne pas participer au bureau avec voix consultative) et de ne pas disposer de plus de retours d'information sur les décisions prises. La mission recommande donc que le service médical participe aux instances consultatives mises en place dans le cadre de la DRDR le cas échéant, et, dans le cas du FAQSV, à l'instance rénovée dont elle préconise la mise en place (cf. partie 4).

La prise en compte des réserves du service médical dans le corps même des conventions signées, comme outils de suivi des actions, à l'instar de ce qui est pratiqué en Bourgogne, est apparu également très positif à la mission.

Enfin, la mission estime légitime que le service médical rende un avis sur l'ensemble du projet, y compris ses aspects budgétaires et financiers.

Les membres des groupes d'instruction utilisent tous une grille d'examen ou un guide de l'instruction, qui permet une instruction consciencieuse, généralement complète, des projets présentés. Ces grilles souffrent toutes des mêmes défauts aux yeux de la mission :

- elles ne fournissent pas assez de points de repères aux instructeurs (critères d'alerte, barèmes, etc.) et restent de ce fait souvent assez formelles ;
- faute d'une approche par type d'action ou par pathologie, elles restent trop générales, particulièrement en matière de suivi et d'évaluation.

L'instruction comptable et financière est par ailleurs parfois difficile pour des instructeurs n'ayant pas eu de formation en la matière ; ce qui rend d'autant plus dommageable la faiblesse des documents types et guides élaborés par les instances nationales dans ce domaine. Elle souffre également de l'absence de barèmes nationaux. Seule une région (Rhône Alpes) applique un barème homogène en matière de prestations dérogatoires. Les rémunérations des salariés des structures financées sont encore moins harmonisées que les dérogations tarifaires. En outre, les instances régionales que la mission a rencontrées ne prennent pas en compte le coût par patient pour comparer des projets ou des réseaux de même type.

2.3.5.3 *L'accompagnement des promoteurs*

Toutes les régions accompagnent les promoteurs dans le développement de leur projet, notamment pour les dossiers DRDR, même si cet accompagnement prend des formes différentes :

- en Haute Normandie, il s'effectue entre l'avis en opportunité et l'examen définitif ;
- dans toutes les régions, les chargés de mission régionaux ou des relais locaux (CPAM, DDASS, ELSM, caisse MSA...) effectuent de fait un accompagnement informel des promoteurs ;
- les instances régionales de la région Rhône Alpes considèrent l'accompagnement comme incompatible avec leur responsabilité d'instructeur, et ont cherché à faire émerger d'autres formes d'accompagnement : aides financières attribuées par le FAQSV, et tentative pour créer une plate forme d'appui gérée par les représentants des professionnels (URML et FRRS-RA).

Plusieurs remarques peuvent être formulées à ce sujet.

Tout d'abord, il convient de distinguer l'accompagnement « bureaucratique » consistant essentiellement à aide à la rédaction d'un dossier, de l'accompagnement technique et médical sur le fonds du projet. Les simplifications proposées par la mission (cf. partie 4) devraient permettre de limiter au maximum le premier type d'accompagnement.

Ensuite, l'accompagnement peut être effectué par des responsables administratifs, par des représentants des professionnels, ou par des consultants externes. L'accompagnement par les chargés de mission responsables de l'instruction suppose tout d'abord des moyens humains en région. Elle pose également une question de principe qui doit être tranchée en mettant en balance deux risques :

- celui d'être juge et partie ;
- celui de laisser l'accompagnement être effectué par les représentants des professionnels ou des consultants externes.

L'accompagnement par les représentants des professionnels de santé présente plusieurs inconvénients. Les représentants des professionnels peuvent demander pour cela un financement spécifique. Cet accompagnement peut également donner lieu à du favoritisme dans le choix des projets accompagnés. Enfin, il n'est pas sûr que cet accompagnement soit de meilleure qualité que celui que peuvent fournir, et que fournissent de toutes façons souvent de façon informelle, les chargés de missions des URCAM, des ARH ou des CPAM.

Un accompagnement par des consultants externes, s'il écarte le risque de favoritisme, conduit au développement d'un marché dont la qualité des prestations n'est pas plus assurée.

La mission estime qu'il peut donc être préférable, en fonction du contexte régional, de permettre un accompagnement par les responsables administratifs ou médicaux même s'ils sont également instructeurs du projet. Dans ce cas, la mission recommande une audition du promoteur devant l'instance collégiale d'instruction ou de consultation (et non une présentation du projet par l'instructeur).

2.3.5.4 Les délais

Les délais de traitement des dossiers sont relativement élevés, et toujours beaucoup plus longs pour la DRDR que pour le FAQSV. Le tableau suivant fournit les indications pour les 5 régions contrôlées par la mission :

Délai moyen entre date de réception du dossier complet et le premier versement pour la dernière fenêtre ou le dernier bureau de 2004

	Bourgogne	Champagne Ardennes	Haute Normandie	PACA	Rhône Alpes
DRDR	9,1 mois	ND	6 mois	9,5 mois	9,5 mois (un seul dossier)
FAQSV	6 mois	2,25 mois	4 mois	7,5 mois	5,8 mois

Source : tableau rempli par les ARH et URCAM à la demande de la mission. A noter que la procédure d'avis en opportunité en Haute Normandie réduit artificiellement le délai constaté, car le dossier n'est considéré comme complet qu'après la procédure d'accompagnement, longue, qui succède à l'avis en opportunité du comité régional.

Ces délais appellent les remarques suivantes :

- les délais plus longs pour la DRDR tiennent en grande partie à la lourdeur des dossiers demandés, qui nécessite un long travail d'instruction. Encore ces délais ne tiennent-ils pas compte du très long travail d'accompagnement des promoteurs effectué pour permettre le dépôt d'un dossier complet. Les préconisations de simplification des exigences réglementaires de la mission comme celles relatives à la mise en place de cahier des charges par type d'action doivent permettre de rationaliser et simplifier le dispositif et en conséquence de raccourcir ces délais.
- le faible nombre de fenêtres de dépôt explique également les délais sur la DRDR. Il semble plus judicieux à la mission d'accepter de recevoir et donc d'instruire les dossiers à tout moment.
- les délais entre la notification de la décision et le premier versement sont également plus longs pour la DRDR du fait du mécanisme des caisses pivots, qui introduisent un acteur complémentaire dans le circuit (cf. partie suivante sur le suivi comptable).
- Enfin, ils doivent être rapprochés des moyens humains des URCAM et ARH concernés. A cet égard, la région PACA semble plus lente que les autres.

2.3.6 *Le suivi comptable et financier*

La mission a constaté que les modalités de suivi comptable et financier étaient très différentes entre les deux fonds. En outre, le suivi comptable et financier dans le cadre du FAQSV est très variable entre les régions. A l'inverse, le suivi comptable sur la DRDR est plus homogène entre régions, mais présente des différences infrarégionales importantes.

2.3.6.1 *Le FAQSV*

La mission a observé des modalités et un calendrier de versement sur le FAQSV très différents selon les régions :

- en PACA, le paiement est effectué sur présentation d'éléments d'activité, généralement en trois versements, avec dans certains cas un versement unique à la signature de la convention (en majorité pour des sommes faibles, sauf dans deux cas très contestables). Dans ce cas, les paiements effectués sont à peu près égaux aux subventions accordées. Les pièces justificatives (factures notamment) sont fournies après les versements (dans un délai généralement compris entre deux et six mois, mais parfois beaucoup plus long), et sont contrôlées encore plus tardivement ;
- dans deux régions (Haute Normandie et Champagne Ardennes), le paiement est effectué sur la base des factures transmises par le promoteur, après un acompte à la signature de la convention³². De ce fait, les paiements sont inférieurs, parfois fortement, aux subventions accordées ;
- en Bourgogne, après un premier acompte limité, le paiement s'effectue à la demande des promoteurs sur la base d'un état récapitulatif des dépenses effectuées et d'un état prévisionnel des dépenses envisagées. Les factures ne sont exigées qu'en cas de doute sur les états fournis ;
- enfin en Rhône Alpes, la convention fixe un échéancier de versements prévoyant pour chacun d'eux des pièces justificatives diverses à fournir (pièces comptables et/ou éléments d'activités selon les cas), les versements s'effectuant à la demande du promoteur.

Aux yeux de la mission, le paiement sur états récapitulatif et prévisionnel constitue la modalité la plus appropriée de versement. En effet, le paiement sur éléments d'activité conduit souvent à la constitution de fonds de trésorerie importants chez les promoteurs, alors même que la pérennité de ces structures n'est pas assurée. Le paiement sur éléments d'activité et de comptabilité divers est quant à lui lourd à gérer, les pièces justificatives étant très nombreuses. Le paiement sur factures, s'il présente l'avantage de la rigueur, peut lui aussi impliquer un travail lourd de vérification, et donne lieu à un nombre de versements excessif qui rend difficile une consolidation ultérieure.

Dans trois régions (Champagne Ardennes, Haute Normandie, PACA), aucune confrontation entre budget prévisionnel et budget réalisé poste par poste n'est effectuée pour le FAQSV. Cela tient principalement à deux raisons :

- l'imprécision du budget initial : dans certains cas extrêmes sont simplement distinguées dépenses d'investissement et dépenses de fonctionnement ;
- le fait que les documents envoyés par le promoteur ne sont jamais fournis sur une base annuelle.

³² En Champagne Ardennes, cet acompte initial n'a été introduit qu'en février 2004.

Dans les deux autres régions, une confrontation est effectuée, mais elle est calée sur le rythme du projet et non sur l'année civile :

- en Rhône Alpes, un compte rendu annuel financier ou un état récapitulatif des dépenses est prévu dans les conventions au titre des pièces justificatives, mais pas sur la base d'une année civile ;
- en Bourgogne, la confrontation s'effectue à chaque versement sur le montant et la nature des dépenses ; en cas d'écart significatif sur la nature des dépenses, l'URCAM est alertée.

La confrontation avec les comptes annuels n'est jamais effectuée ; dans toutes les régions contrôlées sauf la Bourgogne, les comptes annuels ne sont d'ailleurs pas systématiquement demandés. Elle serait de toute façons rendue malaisée par la non présentation du budget selon la nomenclature comptable et par les versements successifs au rythme du projet sans consolidation annuelle. De ce fait, le contrôle des cofinancements annoncés n'est pas effectué. Dans certains cas également, la mission a constaté que certaines associations recevaient au total plus de 150 000€ de subventions publiques diverses sans avoir recours à un commissaire aux comptes, cette vérification n'ayant été faite par aucun des cofinanceurs.

2.3.6.2 La DRDR

Les procédures de paiement sont plus homogènes sur la DRDR entre les régions :

- un versement trimestriel est effectué dans quatre régions (Bourgogne, Champagne Ardennes et Rhône Alpes, PACA) ; le versement est mensuel en Haute Normandie ;
- du fait de l'obligation de renégociation annuelle du budget prévisionnel (donnant lieu à une décision annuelle des directeurs), une confrontation annuelle entre budget prévu et budget réalisé est toujours effectuée ;
- ce suivi sur une base annuelle permet de recourir aux comptes annuels. Toutefois, l'absence de présentation du budget selon les normes comptables complique cette confrontation dans la pratique.

Toutefois, les conséquences qui sont tirées de cette confrontation sont variables selon les régions :

- dans certaines régions, une procédure de renégociation rigoureuse est mise en œuvre, donnant lieu à la rédaction d'avenants à la convention initiale permettant de diminuer le montant du versement prévu en fin d'année n+1 au vu des excédents constatés sur l'année n (Rhône Alpes, Champagne Ardennes) ;
- dans d'autres (Haute Normandie et PACA), la rédaction d'avenants est moins systématique, certains réseaux constituant de fait des réserves de trésorerie importantes.

Enfin, le mécanisme des caisses pivots induit plusieurs difficultés majeures, en particulier dans les grandes régions :

- absence de procédure de suivi comptable unifiée, les caisses pivots ne demandant pas toutes les mêmes documents de suivi (état récapitulatif et/ou factures, comptes annuels...);
- confusion pour les promoteurs du fait de la présence de plusieurs interlocuteurs (URCAM, ARH et caisses, avec parfois différentes personnes au sein de ces structures) ; en particulier, les documents de suivi demandés sont parfois mal adressés et dispersés entre niveaux local et régional (sur ce point, les documents types diffusés par le niveau national sont de plus relativement obscurs, et la présence de deux documents, décision de financement régionale avec l'URCAM et convention de financement locale avec la CPAM, la seconde renvoyant à la première, accentue la confusion) ;

- déconnexion fréquente entre la caisse pivot d'une part, l'URCAM et l'ARH d'autre part, si bien que les URCAM comme les ARH ne sont pas informées du calendrier réel de versement des subventions et que les contrôles et rapprochements éventuels se font parfois sans lien organisé entre comptables des caisses et chargés de mission régionaux.

2.3.7 la déconcentration de la procédure

La mission a constaté un degré variable de déconcentration de la procédure d'instruction, tenant à trois critères principaux :

- la taille de la région : Dans les petites régions, il est possible à des responsables régionaux d'assurer l'instruction des dossiers, en sollicitant le cas échéant l'avis d'instances infrarégionales (DDASS, CPAM) par écrit ou en les faisant participer directement à des réunions d'une cellule d'instruction. En revanche dans les grandes, les procédures d'instruction sont plus décentralisées, avec désignation de correspondants locaux permanents (Rhône Alpes) ou ad hoc (PACA).
- les moyens disponibles au sein des structures infrarégionales, elles-mêmes variables au sein d'une même région ;
- la complexité de la procédure : les procédures de la DRDR, plus difficiles à gérer pour les promoteurs, nécessitent un accompagnement par des interlocuteurs locaux même dans des régions plus petites (Haute Normandie). Dans les grandes régions, les correspondants locaux ont également un rôle plus actif pour les projets DRDR que dans le cadre du FAQSV où ils émettent un avis écrit plus succinct (Rhône Alpes).

Si la mission comprend la nécessité de cette déconcentration au moment de l'instruction, elle a constaté lors de ces contrôles que la déconcentration du suivi des projets, quand elle existe (en particulier pour la DRDR), présentait deux inconvénients majeurs :

- le manque d'expertise disponible au niveau local, renforcé par l'impossibilité de comparer un nombre suffisant de projets par type au niveau local, et couplé à une inégalité entre échelons locaux conduisant à des suivis plus ou moins bien effectués selon les cas ;
- le risque de confusion pour les promoteurs qui disposent d'interlocuteurs multiples (agent comptable des caisses pivots, chargés de mission des caisses, chargés de mission régionaux, agents des ELSM...).

Elle recommande donc un suivi régionalisé (cf. partie 4).

2.3.8 Le suivi de la performance et l'évaluation des projets

Qu'il s'agisse du suivi année après année de la performance ou de l'évaluation finale des projets, les constats de la mission sont similaires. Les faiblesses tiennent parfois à des pré-requis insuffisants. Mais elles tiennent surtout à des problèmes de méthode.

La très grande majorité des projets financés s'inscrivent dans les objectifs recherchés par les deux fonds et paraissent de nature à répondre à un besoin, même si celui-ci n'est généralement qu'imparfaitement défini : la justification et les études préalables étant généralement peu approfondies, insuffisamment motivées ou détaillées.

Mais les conditions permettant d'évaluer l'intérêt pour le malade des projets financés n'ont pas été réunies dans la majorité des cas.

► Parfois les pré-requis de principe sont insuffisants

Un certain nombre de projets se sont contentés de financer - ou se sont révélés *a posteriori* n'avoir financé que – des actions isolées : par exemple des actions de formation ou des réunions de coordination sans connexion avec les autres composantes de la prise en charge des personnes malades.

Même si ces actions sont susceptibles en théorie de contribuer à améliorer les conditions de prise en charge des malades concernés, il n'est pas acquis qu'elles soient en mesure d'avoir un impact significatif à elles seules. Et, sauf exception, l'évaluation de ces projets n'apporte pas d'élément - généralement aucun élément - convaincant quant à une plus value réelle apportée à cette prise en charge.

Ailleurs, ces actions sont restées isolées car sans lendemain et souffrent des mêmes critiques quant à leur impact pour les patients.

► Souvent, ce sont des problèmes de méthode qui expliquent les difficultés constatées

Les critères généraux définis a priori pour l'instruction des projets paraissent pertinents. Ils se basent généralement sur des critères identiques ou très similaires dans chaque région et ayant fait l'objet d'une réflexion collective ou d'orientations nationales.

Mais la déclinaison des critères appliquée au projet financé n'est pas assez exigeante. Ainsi, ces critères restent généraux et ne sont pas envisagés par type d'action. Les guides nationaux ne fournissent pas ce type d'indicateurs, et les instances régionales n'effectuent pas assez de comparaisons entre actions d'un même type, même si certaines régions ont fourni des efforts importants en ce sens (par exemple, la Bourgogne pour les réseaux gérontologiques, et Rhône Alpes pour les actions de permanence des soins).

En conséquence, dans la grande majorité des cas, ni les priorités attendues ni les critères de qualité exigibles n'ont été prédéfinis.

Il en est ainsi, par exemple, des nombreux projets de « réseaux » de cancérologie financés par la DRDR pour lesquels le cadrage des réunions de concertation pluridisciplinaire et/ou des référentiels et/ou un dossier médical partagé ou les critères de qualité requis pour financer une RCP est resté général et n'a pas permis d'en déduire une mise en œuvre opérationnel au niveau régional.

Dans la majorité des cas également, l'évaluation ne permet pas de mesurer le résultat obtenu, l'impact du projet sur les personnes malades prises en charges, l'amélioration du service médical ou médico-social rendu effectivement aux patients. Les exigences en matière d'évaluation se bornent à attester de la montée en charge du projet et à mesurer la réalisation des actions conduites.

► Une trop grande liberté est laissée aux évaluateurs externes et les promoteurs ne sont pas suffisamment accompagnés

Dans le cas d'évaluations externes, aucun cahier des charges n'est imposé, et la qualité des productions est extrêmement variable. Et ce alors même que les montants consacrés à l'évaluation sont très élevés (en moyenne 10 % du montant total d'un projet financé par le FAQSV régional en 2004).

Les financeurs laissent souvent les promoteurs démunis face aux évaluateurs, sans qu'une discussion préalable ne soit menée sur les objectifs et les attentes des uns et des autres. Or la mission a constaté que dans certains cas une approche partant du promoteur pouvait être plus pertinente que les propositions sophistiquées des consultants.

L'exemple du passage de certains réseaux Soubie, pour lesquels l'évaluation était très encadrée et les promoteurs fortement accompagnés à ce titre, à un financement sur la DRDR, est emblématique de ce point de vue.

► Enfin, presque aussi fréquemment, c'est la mise en œuvre et la prise en compte de l'évaluation qui sont défaillants

Ici, les critères définis lors de la demande de financement et de l'instruction ne seront plus requis au moment de l'engagement du financeur (par exemple dans le cadre de la convention qui le lie au promoteur qu'il subventionne). Ou encore, alors qu'une évaluation externe est prévue, le financement n'est pas alloué dès l'origine, empêchant la mise en place d'une méthodologie et d'un recueil d'information adaptés.

Là, ils ne font pas l'objet d'une évaluation effective à l'échéance prévue. Les engagements des évaluateurs externes ne sont pas non plus toujours respectés.

Ailleurs, l'évaluation arrive trop tard .

Enfin, il arrive aussi que l'évaluation arrive en temps et en heure, par exemple à l'occasion d'un transfert de financement d'un fonds à un autre (du FAQSV à la DRDR), qu'elle soit négative, et pour autant qu'elle ne fasse pas obstacle à une reconduction de financement. De façon générale, le financeur ne formule généralement aucune remarque sur les évaluations fournies, qui sont parfois remises aux membres des différentes instances consultatives ou décisionnaires mais sans donner lieu à débat.

Les cas où ces défaillances se cumulent sont nombreux.

2.4 La gestion du FAQSV national

Les versements du FAQSV national ont porté sur 30 millions € sur la période 2001-2004 et sur 12 millions € en 2005, soit un peu plus de 15 % des fonds totaux versés au titre du FAQSV pour les années 2000-2005.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Dotation nationale allouée	0	15.2	21.3	21.3	21.2	21.2	21.2
Dotation nationale versée	0	0	4	10	10	6	12
Pourcentage de la dotation totale versée consommée par le FAQSV national	0 %	0 %	12,9 %	20 %	18,5 %	10,2 %	17,6 %*

* Estimation (manquent les résultats pour 2 URCAM et 4 CGSS)

Source : CNAMTS, mail du 26 janvier 2006

La mission a consacré un rapport particulier à la gestion des projets nationaux. Les paragraphes qui suivent reprennent l'essentiel des constats sur le fonctionnement de ce dispositif (instruction, prise de décision et suivi financier).

L'instruction des dossiers nationaux est consciencieuse, mais souffre de trois limites sérieuses : l'absence de pré-requis autres que formels sur l'évaluation des projets, la non mise en concurrence de prestations de sous-traitance³³, qui n'est certes pas obligatoire juridiquement mais devrait, par souci de bonne gestion, être fortement encouragée chez le promoteur, et enfin des délais excessivement longs du fait d'une procédure interne de rédaction des conventions discutables.

Le processus de décision présente deux caractéristiques essentielles.

D'une part, la moitié des fonds versés relèvent de décisions dictées par des instances extérieures au bureau : autorités ministérielles et services de l'assurance maladie chargés des relations conventionnelles. Cette intervention extérieure, qui ne peut être considérée comme contraire à l'esprit des textes, n'est pas condamnable dans son principe, sous réserve que des garanties soient apportées quant à l'objet des projets concernés, à la régularité et la transparence des circuits financiers, et quant aux suites données aux expérimentations ainsi financées. Or, la mission a pu constater des manquements à ces trois conditions.

D'autre part, les décisions propres du bureau, si elles obéissent à une forme de doctrine forgée par le bureau et le comité national, ne sont pas suffisamment pensées en articulation avec d'autres priorités de la CNAMTS ou de santé publique. Les financements accordés sur le FAQSV restent alors isolés des autres actions menées par ailleurs, et la plupart des projets expérimentés demeurent sans suite.

Le suivi financier des projets présente des défaillances majeures. Organisé par phases (et non par année civile) et s'appuyant sur des budgets prévisionnels insuffisamment détaillés, le suivi financier n'intègre pas les comptes annuels. Plusieurs éléments manquent alors : absence, rare certes, de rapport du commissaire aux comptes, absence de contrôle des cofinancements et d'examen des fonds propres des structures financées. De façon générale, le suivi financier effectué n'est pas relié au suivi de l'activité, si bien qu'il reste formel et ne s'appuie pas sur la montée en charge effective des projets, notamment sur la sous-traitance.

³³ La mission a effectué ce constat sur la base de décisions initiales prises essentiellement en 2001 et 2002 et n'a pas vérifié systématiquement si cette pratique avait été modifiée depuis 2003.

3. Les résultats

3.1 Un bilan globalement décevant des actions financées au niveau régional

3.1.1 Les résultats observés sont très limités

► En termes de service médical ou médico-social rendu :

Certains projets ont eu le mérite de s'adresser à des difficultés réelles rencontrées par les usagers du système de soins et/ou de chercher à répondre à certains manques : difficultés d'accès, problèmes de lisibilité, d'orientation ou de parcours dans le système de soins.

Certains, ce faisant, ont permis à certaines personnes malades d'accéder à des prestations supplémentaires jugées utiles mais jusqu'à présent insuffisamment accessibles, tels une RCP pour les patients atteints de cancer, un bilan et un plan d'intervention personnalisé pour certaines personnes âgées, un bilan podologique ou un suivi et un dépistage des complications mieux systématisés pour les patients diabétiques.

D'autres ont mis en œuvre des actions susceptibles d'améliorer les conditions de prise en charge : par exemple, dans le cadre de la régulation libérale ou dans la gestion des recours à l'hospitalisation pour les personnes âgées prise en charge à domicile.

Mais, rares sont les projets où ont été mesurés des indicateurs permettant d'évaluer (directement ou indirectement) l'impact du dispositif financé pour les personnes malades prises en charge.

Plus rares encore sont ceux où un impact positif a effectivement été constaté en termes de résultats constatés sur l'état de santé des personnes prises en charge. C'est toutefois le cas dans certains réseaux prenant en charge des patients diabétiques.

Au total, la plus value effective du réseau pour le patient a rarement été démontrée.

► En matière d'innovation de l'organisation de l'offre :

Hormis la régulation libérale des appels pour laquelle des enseignements positifs peuvent être retenus, la majorité des projets financés ne peuvent être considérés comme des réussites en matière d'organisation de l'offre de soins.

Très peu d'expérimentations ont su conjuguer de façon convaincante plusieurs fonctions utiles à la prise en charge (formation, coordination de la prise en charge, recours à l'expertise, mise en œuvre de référentiels, évaluation des pratiques, éducation sanitaire...).

Les réseaux ayant cherché à allier et à faire se partager des compétences multidisciplinaires, pluri-professionnelles ont rarement pu effectivement rassembler un nombre significatif de professionnels autour du malade.

Globalement, le nombre de professionnels de santé, et singulièrement de médecins généralistes libéraux activement impliqués dans les réseaux de santé et dans les autres dispositifs financés par les deux fonds demeure extrêmement réduit.

Ceux qui ont voulu enrichir la palette des outils mis à disposition des professionnels pour aider à la prise en charge des patients (dossier médical partagé, logiciels d'aide à la décision) ont rarement été couronnés de succès pérennes.

De même, pratiquement aucune preuve tangible d'amélioration des relations entre professionnels de ville, en particulier des médecins généralistes, et établissements de santé n'a été apportée.

L'amélioration d'un recours approprié à l'hospitalisation a pu être documentée de façon rigoureuse dans certaines circonstances. C'est le cas des expérimentations dites « Soubie » relatives aux réseaux gérontologiques de la MSA. Mais elle n'a pas suffisamment fait l'objet d'une évaluation même frustrante par la suite. Elle n'a pas non plus été suffisamment mesurée dans le cadre de la prise en charge des personnes recevant des soins palliatifs à domicile.

► Comme outil d'une politique :

-
- Les fonds ont rarement permis l'émergence d'une dynamique de territoire. Parfois, au contraire, ils sont responsables d'une aggravation des inégalités d'accès territoriales.
-
- On observe très peu de cas d'élargissement des réseaux à d'autres pathologies ou à une prise en charge pluri-pathologie (sauf pour les personnes âgées à domicile).
-
- En région, le travail en commun entre services de l'URCAM et collaborateurs des ARH ne dépasse pas le strict cadre de la DRDR ou celui des deux fonds ; on observe peu de contribution, d'articulation avec les autres politiques de santé, avec les autres sources de financement œuvrant à l'amélioration de la qualité du système de santé.

► Peu de personnes impliquées pour un coût qui paraît élevé :

Globalement le nombre de personnes prises en charge dans les réseaux et les autres projets financés par les deux fonds est mal évalué mais semble très limité. Leur distribution sur le territoire reste très hétérogène. Les réseaux se concentrent sur certaines pathologies ou sur certaines populations.

Et les perspectives d'extension démographique, géographique ou pluri-thématique émergent peu et ne laissent guère espérer une quelconque généralisation possible.

Les évaluations médico-économiques apportent très peu d'enseignement. Elles sont très peu nombreuses, méthodologiquement très lourdes et d'interprétation discutable.

Les coûts unitaires ont, eux aussi, rarement fait l'objet d'une évaluation, même frustrante. En première analyse, ils semblent élevés et ne paraissent guère pouvoir être diminués de façon conséquente, même après mutualisation et/ou dégradation relative de certaines prestations.

Dès lors, le coût d'une éventuelle généralisation des dispositifs – pour peu qu'elle emporte l'adhésion des professionnels qui est aujourd'hui loin d'être acquise – ne semble financièrement pas réaliste.

3.1.2 De possibles effets secondaires bénéfiques

De multiples effets sont souvent mis en avant, notamment par les acteurs de terrain, comme ayant été rendus possibles depuis l'existence des deux fonds.

Des bénéfices collectifs seraient observés ou escomptables en termes de reconnaissance mutuelle de dynamique relationnelle, de changement de culture parmi les professionnels entre eux, et entre professionnels et institutionnels financeurs et gestionnaires du système de santé.

Des effets positifs professionnels individuels sont également soulignés en termes d'acquisitions de compétences nouvelles, de modifications des comportements, d'amélioration des pratiques prometteuses pour le moyen long terme et pouvant être mis à profit pour les autres patients suivis.

Sans minimiser leur intérêt potentiel, force est de constater qu'ils sont difficiles à objectiver (et qu'à leur égard se sont généralement des perceptions, des indices de satisfaction et des déclarations qui ont été évalués).

Dès lors, leur impact effectif, aujourd'hui et demain, sur la qualité de la prise en charge semble difficile à garantir.

3.2 Les résultats des actions financées par le FAQSV national

Les actions financées peuvent être classées en fonction de l'impact de l'action et de la suite donnée au projet. Le tableau suivant résume ce classement pour tous les projets ayant fait l'objet d'une évaluation intermédiaire et finale.

Impact de l'action	Nom des projets	Nombre de projets	Montant versé
Echec avéré	MEDIDATA CSI CNR	3	3,55 M€
Evaluation non concluante ou impact incertain	OMG Annuaire des associations CAPP Douleur Enfants Cartographie 2001 Garde ambulancière DPIO FORCOMED (1 ^{ère} et 2 ^{ème} lecture) EPI FORQUAL PRN	11	16,98 M€
Intérêt potentiel	Bilans de compétence Etude de coordination sanitaire et sociale OSE Référentiels des cabinets de MPR BIOQUALITE	5	5,5 M€
Intérêt avéré	Réseau gérontologique CCMSA ANCRED	2	3,99 M€

Source : synthèse de l'annexe 3 du rapport sur la part nationale du FAQSV.

Ainsi, seuls deux projets présentent un intérêt réel. Sur les 5 projets à l'intérêt potentiel, 3 sont restés sans suite jusqu'à présent dans le cadre des relations conventionnelles³⁴ ; or ces trois projets sont des études qui risquent d'être rapidement dépassées si la CNAMTS souhaite un jour les utiliser.

S'agissant spécifiquement des projets d'amélioration des pratiques professionnelles (qui représentent la majorité des actions financées), force est de constater que le financement d'actions expérimentales sur le FAQSV n'a pas contribué de façon décisive à lever les incertitudes qui continuent à peser sur le financement et l'évaluation des actions de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles : connaissances préalables des besoins de formation, dépendance vis-à-vis des organisations syndicales, fragilité de la frontière entre formation médicale « classique » et évaluation des pratiques, et absence d'évaluation de l'impact global des actions sur l'amélioration des pratiques.

3.3 Les résultats par type de dispositif

Les fonds FAQSV ont financé en 2004 :

- 20 réseaux cancer
- 29 réseaux diabète
- 26 réseaux gérontologie
- 20 réseaux soins palliatifs/douleur
- 8 réseaux périnatalité

Soit 103 réseaux sur les 157 financés.

La DRDR a financé en 2004 :

- 64 réseaux cancer
- 55 réseaux soins palliatifs/douleur
- 39 réseaux diabète
- 31 réseaux gérontologiques
- 29 réseaux périnatalité

Soit 218 réseaux sur les 324 financés ; parmi ces 218 réseaux, 23 sont cofinancés par le FAQSV.

Ces 5 thématiques constituent donc les thématiques les plus fréquemment financées par les deux fonds (321 réseaux sur 481, soit les deux tiers des réseaux). Elle représentent 63,37 M € soit 56,8% des fonds versés.

Dans chacune des régions contrôlées, la mission a cherché à apprécier la qualité des actions mises en place sur les réseaux de ce type en vérifiant notamment la conformité des pratiques avec le « minimum requis » défini au préalable par la mission. Ce travail a concerné 87 réseaux : 15 réseaux diabète, 20 réseaux cancer, 12 réseaux périnatalité, 26 réseaux personnes âgées, et 14 réseaux soins palliatifs.

Au niveau national, elle a analysé le projet de développement de 19 réseaux gérontologiques répartis sur toute la France et promu par la CCMSA.

³⁴ Seule l'étude de coordination sanitaire et sociale a fait l'objet de discussions au sein du « club d'utilisateurs » mis en place par la CNAMTS – mais les négociations conventionnelles n'ont pas permis d'aller plus loin à ce jour. Quant au projet BIOQUALITE, il n'a pas été, selon la mission, réellement articulé avec les relations conventionnelles (cf. analyse détaillée en partie 5.5).

De surcroît, le FAQSV a financé des actions de permanence des soins et l'un comme l'autre des fonds ont financés des systèmes d'information.

Les paragraphes qui suivent synthétisent les constats les plus marquants issus de ces analyses.

3.3.1 Les réseaux de cancérologie

La mission a étudié la politique mise en œuvre dans 4 régions sur 5, aucun réseau cancer n'étant mis en place au moment de son passage en Champagne Ardennes.

La mission avait retenu 3 domaines prioritaires d'intervention :

- la mise en place et l'encadrement des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ;
- l'existence et l'utilisation de référentiels : l'état et l'évolution des pratiques au regard de ces référentiels ;
- le développement et la mise en place d'un dossier médical commun.

Tous les réseaux étudiés ont mis en place des actions sur ces trois axes. Les résultats observés sont toutefois contrastés.

Dans le domaine de l'élaboration des référentiels, si tous les réseaux sont engagés dans leur production, aucun ne disposait d'outil de suivi de l'utilisation effective de ceux-ci ni d'évaluation de l'amélioration des pratiques induite. En outre, en Rhône Alpes, la présence de trois réseaux régionaux a conduit à l'élaboration de référentiels « concurrents ».

La mise en place de RCP est également une réalité dans tous les réseaux étudiés, même si l'action des réseaux s'effectue selon deux modalités distinctes : simple assistance méthodologique d'une part, organisation des tâches opérationnelles (convocations, comptes rendus, suivi) d'autre part. Mais seul un réseau avait défini des critères de qualité des RCP et commencé à mettre en place des indicateurs de contrôle de cette qualité (ONCONORMAND en Haute Normandie). Le réseau ONCORA en Rhône Alpes était en cours de réflexion sur l'élaboration de ces critères de qualité. En conséquence, la qualité réelle de fonctionnement des RCP restait mal connue dans la plupart des cas: composition des membres, nombre de patients en ayant bénéficié, pertinence et suivi des recommandations de prise en charge émises, qualité de l'information remontant au réseau, etc.

Enfin, aucun réseau ne disposait d'un dossier médical commun opérationnel. La plupart des réseaux évalués utilisaient des fiches standardisées, avec pour objectif de les partager entre professionnels. Mais la réalité de l'utilisation de ces fiches et la qualité de leur contenu sont généralement inconnus. Les vellétés de partage de l'information et de contrôle de leur qualité reposent quand elles existent sur le traitement informatisé de ces données. Or celui-ci n'est pas opérationnel (Bourgogne) ou encore en démarrage donc ne concernant qu'une partie des dossiers (Haute Normandie). Le seul véritable dossier commun existant est celui de la région Rhône Alpes ; toutefois, il n'en est qu'au stade de la phase pilote, et sa compatibilité avec le futur DMP et le futur dossier communiquant en cancérologie n'est pas assurée.

Le taux de couverture de la population reste mal connu des instances régionales et insuffisant dans les régions où il a pu être estimé (10 000 pour une population cible de 25 000 en PACA).

Le coût de cette politique régionale est important : les fonds versés sur 3 ans peuvent être estimés entre 1 M€ dans les « petites régions » et 3 M€ dans les plus grandes. Il est donc nécessaire que l'ensemble des patients ciblés puissent avoir accès à l'offre de ces réseaux.

Les relations avec les médecins généralistes, bien qu'esquissées ou en projet dans certaines régions (Haute Normandie, Rhône Alpes), ne sont pas aujourd'hui effectives.

En conclusion, les réseaux cancer financés ont mis en place des moyens susceptibles de permettre une meilleure prise en charge des patients (élaboration de référentiels, organisation de RCP), mais, faute de pré-requis et d'encadrement suffisants sur la qualité des RCP et le suivi des pratiques relatives aux référentiels, n'offrent pas encore suffisamment de garanties sur cette amélioration. La littérature scientifique a démontré l'intérêt des RCP pour une meilleure prise en charge des patients ; encore faut-il que ces RCP répondent à certains critères de qualité de fonctionnement, qui, sauf exception, ne sont ni définis ni mesurés dans les régions que la mission a contrôlées. Dans ce contexte, sauf exception, l'impact des réseaux financés sur la santé des patients ne peut être considéré que comme potentiel. Il apparaît indispensable, au vu de ce constat, de renforcer et recadrer les conditions de suivi et d'évaluation des financeurs. Les travaux en cours à l'INCA devraient permettre d'aller dans cette voie.

Sachant qu'à l'avenir, les enjeux du dépistage, du rôle du médecin généraliste et plus largement du partage des tâches entre soins de ville et hôpital devront également être pris en compte. La mission n'a pas pu observer, dans les régions qu'elle a contrôlées, de réseau cancer donnant un rôle aux médecins généralistes – même si le réseau ONCONORMAND a élaboré un projet de suivi conjoint des patients en rémission.

3.3.2 Les réseaux diabète

Les réseaux étudiés ont mis en place les structures, les outils et certaines des actions considérées par la mission comme des exigences minimales :

- mise en place d'une cellule de coordination, de supports de liaison (si possible un dossier médical partagé) ;
- conduite d'actions de formation des professionnels et d'éducation (thérapeutique et de santé) pour les malades ;
- mise en place d'un ou plusieurs référentiels, notamment sur le suivi et le traitement du pied diabétique, et sur le suivi au long cours de la maladie, la prévention et le dépistage de ses principales complications.

Des disparités existent toutefois entre les régions, mais également au sein d'une même région, témoignant d'un pilotage régional insuffisant. Ce point est d'autant plus regrettable que les réseaux diabète ont fait l'objet d'un important travail d'harmonisation nationale par le biais de l'Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète (ANCREDE) (démarche bâtie autour de trois axes : réduire l'incidence des amputations des pieds, développer l'accent à l'éducation thérapeutique, améliorer les pratiques des professionnels par la mise en place de référentiels et d'actions de formation continue). Cette démarche a été récemment relayée par la CNAMTS et la DHOS, qui ont promu la mise en place d'un protocole national pour améliorer la prévention des lésions des pieds³⁵.

³⁵ Voir lettre Réseau LR –DSM- 11/2005 du 1er mars 2005 de la CNAM (DSM/DDRI)

Mais si les moyens et les engagements pris sont globalement satisfaisants, il est rare que l'on puisse prononcer un jugement sur les résultats médicaux obtenus.

Un impact positif sur la qualité de la prise en charge et la santé des patients n'a pu être prouvé que pour trois réseaux financés en région PACA, à partir d'indicateurs médicaux tels que le suivi conforme aux recommandations, la perte de poids, l'amélioration du taux d'hémoglobine glycosylée...

Deux autres réseaux sont trop récents pour qu'une évaluation puisse être effectuée, mais ont défini des critères adéquats pour mesurer à terme leurs résultats.

En revanche dans tous les autres cas, les exigences *a priori* et les évaluations *a posteriori* sont très insuffisantes et ne permettent pas de conclure à un service médical rendu avéré. Ces insuffisances sont, là encore, peu admissibles, dans la mesure où les indicateurs d'impact des réseaux diabète sur la santé sont les plus aisées à identifier a priori et ont fait l'objet eux aussi d'études nationales de l'ANCRED³⁶. Dans le cadre du protocole national décrit plus haut, une évaluation des pratiques et des résultats au sein des réseaux diabète est prévue par le biais de remontée d'informations auprès de l'ANCRED ; cette évaluation est d'ailleurs financée par le FAQSV national, mais de façon déconnectée du pilotage régional de ces réseaux. La mission a constaté que même dans des décisions de financement récentes, ces éléments n'étaient pas pris en compte.

Les données médico-économiques disponibles sont trop partielles pour que la mission puisse en tirer des conclusions.

Le coût par patient (entendu comme le coût total du réseau divisé par la file active) est très variable puisque dépendant fortement de la montée en charge du réseau: entre 130 € et 860 € en Bourgogne, 240 € en Haute Normandie, 900 € en Champagne Ardennes, entre 490 et 690 € en PACA, plus de 1000 € en Rhône Alpes³⁷.

Seul un réseau (RESDIAB en PACA) avait fait l'objet d'une évaluation médico-économique, permettant de comparer les dépenses de consommation de biens et soins médicaux au sein du réseau à la moyenne régionale. Celle-ci concluait à un surcoût de dépenses médicales dans le réseau de 1363 € ; toutefois des données plus récentes de l'assurance maladie laissent à penser que les coûts directs médicaux et sociaux étaient inférieurs dans le réseau à la moyenne régionale et départementale. Des études plus fines sont également indispensables pour évaluer ce qu'un éventuel surcoût doit à un degré de sévérité différent de la maladie ou à une prise en charge de meilleure qualité.

Là encore, la mission regrette que ces comparaisons ne soient pas effectuées plus systématiquement, alors que les outils existent et ont été développés avec le soutien du ministère de la santé : l'étude Entred (Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques), réalisée en partenariat entre l'Association nationale de coordination

³⁶ Peu de réseaux ont su tirer tout le parti possible du travail réalisé par l'ANCRED pour construire les indicateurs : par exemple dans le protocole national d'expérimentation visant à améliorer la prévention des lésions des pieds chez les diabétiques, il est fait état d'études cliniques menés en France et à l'étranger qui ont démontré qu'il était possible d'obtenir une forte réduction des lésions des hospitalisations et des amputations sur des périodes de 1 à 5 ans. En conséquence il est suggéré de définir un objectif de réduction de 30 % par rapport à la période antérieure

³⁷ Ces données doivent être interprétées avec prudence car les informations fournies en région sur la file active et les dépenses réalisées manquent parfois de fiabilité.

des réseaux diabète, l'Assurance maladie et l'Institut de veille sanitaire, avec le soutien de l'Association française des diabétiques, a produit des données régionales permettant de comparer les dépenses au sein d'un réseau à celle de l'échantillon régional.

En conclusion, la mission estime que la littérature scientifique comme les résultats de certaines expérimentations ont montré que les réseaux diabète, sous réserve qu'ils suivent certains protocoles de prise en charge, permettent un suivi des patients plus conforme aux recommandations de bonne pratique et un meilleur dépistage des complications. Mais très rares sont les expérimentations qui ont mis en pratique ces moyens et mesuré leurs résultats. Les actions nationales récemment entreprises dans le cadre de la loi de santé publique du 9 août 2004 et du plan national diabète doivent être l'occasion d'harmoniser un cahier des charges des réseaux diabète. Des exigences doivent également être définies pour la montée en charge de ces réseaux, compte tenu du nombre de bénéficiaires potentiels (plus de 2 millions de diabétiques de type 2 en France).

3.3.3 Les réseaux gérontologiques

La mission a fait le constat d'une grande diversité de modes de fonctionnement et de pratiques de prise en charge dans les réseaux gérontologiques, y compris au sein d'une même région.

En Champagne Ardennes, Haute Normandie et Rhône Alpes, les réseaux financés se sont organisés pour pouvoir délivrer des prestations qui correspondent en théorie à trois pré-requis essentiels définis par la mission : assurer un bilan médical et médico-social à l'inclusion et mettre en place des plans d'intervention personnalisés et des outils de coordination (dossier, fiche de liaison...). Mais en PACA et Bourgogne, où le nombre de réseaux financés est beaucoup plus important, de grandes diversités existent : tous les réseaux ne réalisent pas de bilan d'inclusion systématique, de plans d'intervention, tous n'utilisent pas un outil de liaison commun.

Dans toutes les régions, rares étaient les réseaux qui avaient mis en place des actions de formation (7 réseaux sur 26) et plus rares encore (5 réseaux sur 26) ceux qui avaient élaboré des référentiels de prise en charge. Il est ainsi regrettable par exemple qu'aucune action visant à améliorer les prescriptions médicamenteuses n'ait été mise en œuvre dans les réseaux évalués, alors que cette thématique était identifiée comme prioritaire dans les programmes régionaux de gestion du risque.

Le nombre de professionnels de santé adhérents était souvent mal connu des instances régionales. Le nombre de médecins généralistes variait d'une dizaine à une cinquantaine selon les réseaux. Le nombre de médecins actifs (ayant inclus au moins 5 patients), quand il est disponible, est généralement faible (moins de dix sauf exception). Toutefois, ces chiffres doivent être interprétés en fonction de l'objectif cible du réseau – or seuls 15 réseaux sur 26 avaient défini ces objectifs.

Le nombre de patients inclus dans ces réseaux reste trop faible dans tous les réseaux analysés. Les chiffres varient entre 50 et 300, mais restent la plupart des cas inférieurs aux objectifs (seuls 6 réseaux ont atteint ou dépassé leurs objectifs, sur 36 examinés, tous n'ayant pas défini leur cible). En tout état de cause les inclusions sont au total très limitées au regard du nombre de personnes âgées dépendantes sur le territoire régional (dans le meilleur des cas, en Bourgogne, un cinquième de cette population est couverte, mais dans des conditions de prise en charge très diverses comme il a été souligné plus haut).

Les évaluations disponibles sur les résultats médicaux des réseaux sont largement insuffisantes, à l'exception notable des anciens réseaux Soubie promus par la MSA ayant fait l'objet de deux évaluations nationales successives, l'une externe réalisée par Ariane Santé Social (juillet 2003, couvrant la période de mars 2000 à septembre 2002) l'autre interne réalisée par la CCMSA (avril 2005, couvrant la période septembre 2002 – mars 2004). Elles ont permis notamment une comparaison entre les patients des réseaux et un groupe témoin.

Ces évaluations confirment certaines des difficultés relevées par la mission en région. Par exemple, l'objectif de formation des médecins généralistes n'est pas atteint, et celui d'une baisse de la polymédication non pris en compte à l'origine et non évalué³⁸. Certaines difficultés apparaissent également dans le premier rapport d'évaluation : faible utilisation du cahier de liaison, retards parfois constatés dans les réunions de réévaluation, manque de coordination ville/hôpital.

En revanche, ces évaluations permettent de montrer que les réseaux apportent des résultats médicaux positifs :

- moindre taux de décès dans le groupe réseau ;
- moindre recours aux urgences hospitalières indifférenciées³⁹.

Ces résultats très positifs montrent le potentiel que recèle le développement des réseaux gérontologiques pour une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes.

La mission déplore donc que ni les instances nationales de gestion de la DNDR et du FAQSV, ni les instances régionales qu'elle a rencontrées (à l'exception de la région Bourgogne qui s'est engagée dans cette voie), n'aient pas mis à profit ces évaluations pour définir des exigences de qualité a priori et des indicateurs précis de suivi des réseaux financés. Pis encore, la mission a pu déplorer dans certains cas un affaiblissement des exigences dans le basculement du financement expérimental « Soubie » au financement sur la DRDR en raison d'un défaut d'accompagnement des promoteurs. Ces insuffisances expliquent que pour la plupart des réseaux étudiés par la mission, il n'était pas possible de se prononcer sur la qualité *effective* de la prise en charge, faute d'évaluation des plans d'intervention, des outils de coordination, des référentiels, ou du recours à l'hôpital. Elles ne remettent pas en cause l'intérêt potentiel montré par les évaluations de qualité disponibles.

S'agissant des résultats médico-économiques, l'appréciation est plus délicate à mener. Les évaluations des réseaux expérimentaux de la CCMSA estiment que les économies engendrées par le réseau compensent ses coûts de fonctionnement et le coût des prestations dérogatoires financées, du fait notamment de dépenses hospitalières plus faibles dans le groupe réseau (les dépenses ambulatoires étant d'un montant similaire à celles du groupe témoin en raison de coûts de transports et d'indemnités de déplacement supérieurs dans le réseau, les coûts de consultation, visites, médicaments, matériel et actes de rééducation étant quant à eux plus faibles dans le réseau).

Toutefois, la mission a souligné certaines faiblesses méthodologiques de cette évaluation⁴⁰ :

- comparaisons ne portant que sur le régime agricole, soit la moitié de la population des réseaux ;

³⁸ Même si les dépenses de médicaments dans le groupe du réseau sont comparées à celles du groupe témoin.

³⁹ Dans la première évaluation, les hospitalisations sont plus nombreuses, mais moins coûteuses. Dans la seconde, le recours à l'hospitalisation est moindre dans le groupe réseau.

⁴⁰ Cf. rapport sur la gestion du FAQSV national n°2006 023, février 2006.

- non valorisation dans les coûts du réseau des coûts pris en charge par les caisses locales (essentiellement des caisses MSA) dans le cadre de l'expérimentation: mise à disposition d'assistantes sociales pour la réalisation des bilans et du suivi des patients ; gestion de la comptabilité ; promotion et communication sur le réseau.

Lors du passage à un financement sur la DRDR en 2005, les montants accordés aux réseaux pérennisés ont ainsi été multipliés par plus de 2,5, cette augmentation ne s'expliquant qu'en partie par la prise en charge sur l'enveloppe DRDR des prestations dérogatoires non prises en charge sur le FAQSV et par l'augmentation du nombre d'inclusions envisagée. Pour un réseau qu'elle a étudié en Champagne-Ardenne⁴¹, où une multiplication par 8 des dépenses a été constatée, les « coûts cachés » représentent 37 % de cette augmentation, alors même que la file active prévue n'augmente pas de façon proportionnelle.

En dépit de ces fragilités, les indications économiques fournies par ces évaluations conservent beaucoup d'intérêt et n'ont pas été suffisamment exploitées par les instances de gestion des deux fonds. Ainsi, le coût par patient et par an n'est pas suivi de façon systématique par les financeurs. En dépit de son caractère rudimentaire, cet indicateur offre une première indication à comparer avec l'évaluation des réseaux expérimentaux (996 € par patient). Dans toutes les régions contrôlées, ce coût était bien supérieur (entre 1100 et 2000 €), ce qui permettait de douter de la capacité du réseau à compenser par des économies en dépenses de soins les coûts engendrés, et montrait la nécessité d'accélérer fortement le nombre d'inclusions.

En définitive, les réseaux gérontologiques présentent un potentiel d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, sous réserve que les moyens mis en place respectent des critères minimaux de qualité définis plus haut (bilan initial d'inclusion, plan personnalisé, outil de liaison, formation...), ce qui n'est pas le cas partout aujourd'hui, et que soit suivie l'effectivité de cette mise en œuvre et son impact réel sur les pratiques.

En outre, les conditions économiques de leur généralisation dépendront largement de la capacité dépasser un seuil minimal de patients inclus (afin d'étaler les coûts fixes), ainsi que de la mise en place et du suivi effectif de référentiels de prise en charge. Dans cette perspective, la mission estime indispensable de mieux définir l'articulation de ces réseaux avec les CLIC d'une part, et les hôpitaux (en particulier les hôpitaux locaux) d'autre part. La mission a rencontré les situations les plus diverses sur ces deux plans : certaines structures portent à la fois un réseau et un CLIC, quand d'autres fonctionnent indépendamment ; avec l'hôpital, des relations étroites sont nouées lorsqu'existe un hôpital local, mais en l'absence d'une telle structure les relations quotidiennes sont souvent difficiles. Compte tenu des enjeux financiers, une généralisation de la prise en charge coordonnée des personnes âgées dépendantes, quel que soit le nom qu'on lui donne (CLIC, réseau, rénovation de l'hôpital local) ne peut s'envisager qu'en rationalisant et mutualisant les moyens de ces différentes structures, et en leur fournissant un cahier des charges commun. Celui-ci doit être l'occasion d'une meilleure coordination entre les ARH et les URCAM d'une part, et les collectivités territoriales d'autre part.

⁴¹ Etude du réseau Gérontis, Rapport IGAS n° 2005-176

3.3.4 *Les réseaux de soins palliatifs*

L'objectif affiché des réseaux de soins palliatifs étudiés par la mission est l'accompagnement des malades en fin de vie. La mission a identifié deux enjeux majeurs pour la mise en œuvre de cet objectif :

- la capacité à délivrer des soins anti-douleur au bon moment ;
- l'organisation optimale des aller/retour entre le domicile et l'hôpital.

Or, les résultats observés en région conduisent à se demander si le réseau est le bon outil pour y répondre.

Seuls deux réseaux sur les dix réseaux opérationnels (dans 4 cas, l'évaluation était prématurée car les projets trop récents) ont montré des résultats encourageants en matière de qualité de la prise en charge (réseaux OIKIA et SPAD en Rhône Alpes) : application effective des protocoles, réactivité des équipes et du suivi, impact sur les hospitalisations en urgence, et enfin satisfaction des patients. En revanche, même dans ces deux cas, des difficultés persistent dans les relations avec l'hôpital, alors même qu'il s'agit d'un des points majeurs pour l'efficacité du réseau.

Dans une moindre mesure, le réseau AMADEUS en Haute Normandie offre également certains éléments positifs, s'agissant de la programmation des hospitalisations (mais pas la coordination en aval) et du soutien psychologique aux malades.

Tous les autres projets examinés n'offraient pas de garantie sur l'évolution des pratiques et l'impact d'une prise en charge coordonnée. Les indicateurs essentiels de suivi des résultats identifiés par la mission (et notamment l'évaluation des pratiques relatives à la lutte contre la douleur et des recours aux hospitalisations) n'étaient pris en compte que dans 7 réseaux.

En outre, la mission a constaté que dans les faits, les modalités de fonctionnement étaient très différentes d'un réseau à l'autre. La mission a ainsi observé une gradation dans le degré de prise en charge des patients :

- certains réseaux ont commencé leur activité en la centrant sur l'information, la formation, et l'élaboration de protocoles ; dans ces réseaux le travail de coordination n'a commencé que depuis peu (c'est le cas par exemple du réseau EMERAUDE en Bourgogne) ;
- deux réseaux à l'inverse sont directement acteurs de la prise en charge, car la structure porteuse du réseau est un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) - c'est le cas du réseau SPAD Faucigny en Rhône Alpes, et d'AMADEUS en Haute Normandie même si dans ce dernier cas une structure juridique distincte a été créée;
- les autres réseaux étudiés ont une activité intermédiaire : l'essentiel de leur action réside dans l'activité de la cellule de coordination qui fait appel à des intervenants libéraux (infirmières notamment), avec souvent le renfort d'un psychologue (dans 10 cas). Ces réseaux axés sur la coordination sont de fait largement dépendants de leur environnement, et notamment de la démographie médicale et de la présence de SSIAD ou de structures d'hospitalisation à domicile (HAD) sur le territoire.

Les difficultés rencontrées par les réseaux pour coordonner l'intervention d'acteurs libéraux pour la prise en charge à domicile conduit à s'interroger sur leur capacité réelle à répondre efficacement au besoin. D'autant que les rares exemples réussis (SPAD Faucigny et

AMADEUS) semblent montrer *a contrario* que s'appuyer sur une autre structure (SSIAD) peut être plus porteur. Le réseau SPAD Faucigny envisageait même, pour des raisons financières, de se transformer en structure d'HAD. Ces constats doivent conduire à s'interroger sur la plus value qu'est capable d'apporter le réseau dans ce domaine.

Cette question mérite d'autant plus d'être soulevée que les coûts par patient calculés par la mission sont élevés : entre 2000 et 3000 €. Les réseaux de soins palliatifs représentent d'ailleurs 17 % des financements accordés sur la DNDR en 2005. Ces coûts sont à comparer avec les coûts d'une prise en charge alternative. Une évaluation, celle du réseau AMADEUS, conclut à des coûts bien moindres que ceux d'une prise en charge hospitalière. En revanche, l'évaluation du réseau SPAD qui compare la consommation de soins dans et hors du réseau (cohorte témoin) conclut à une dépense journalière par patient plus forte (de 8 à 28 € selon la méthode retenue).

Au vu de ces observations, la mission estime que règne une assez grande confusion sur les moyens à mettre en place pour répondre à l'objectif d'accompagnement à domicile des patients en fin de vie, voire même sur l'objectif initial poursuivi.

Sur l'objectif lui-même, il n'est pas sûr qu'une évaluation réelle des besoins et de la demande des malades ait été faite pour s'assurer que le maintien à domicile en fin de vie était la priorité à retenir.

Si cet objectif est maintenu, il est indispensable de clarifier la question des modalités optimales pour y parvenir. Dans ce cadre, le financement de réseaux soins palliatifs doit être l'occasion d'une comparaison systématisée avec les alternatives organisationnelles, notamment l'hospitalisation à domicile, les SSIAD et la prise en charge à l'hôpital ou par des équipes hospitalières mobiles, tant sur la qualité de la prise en charge que sur les coûts des différentes solutions.

La mission recommande donc, plutôt que de multiplier les financements d'expérimentations nouvelles, de faire une étude nationale comparative des dispositifs existants dans le but de démontrer ou d'infirmar la plus-value d'un réseau dans le domaine des soins palliatifs.

3.3.5 Les réseaux de périnatalité

Le développement de réseaux a été souhaité à partir de la fin des années 1990 dans le cadre des politiques successives relatives à la périnatalité, avant la mise en place du FAQSV et de la DDR. Ils ont souvent été constitués sur l'initiative de chefs de services de gros hôpitaux. Les réseaux périnatalité ont donc d'abord été des réseaux inter établissements, associant essentiellement les professionnels de santé des maternités de différents niveaux (1, 2, 3) des établissements hospitaliers publics et privés. Cette antériorité explique que les réseaux ont d'abord été financés sur les dotations hospitalières de leur centre de rattachement ou de la région et n'ont été basculés sur la DDR que tardivement. Dans certains cas, ce transfert reste encore à faire.

Plus récemment, la loi relative à la politique de santé publique de 2004 a fixé des objectifs de réduction de la mortalité périnatale et pour atteindre cet objectif, le dernier plan périnatalité prévoit la couverture de l'ensemble du territoire par les réseaux.

A fin 2005, 33 réseaux de périnatalité étaient financés par la DDR et les subventions dont ils avaient bénéficié représentaient 7 % du montant total versé sur cette dotation pour cette année. Dans les régions où elle a concentré ses études, la mission a pu analyser 12 réseaux « périnatalité » : 4 en Bourgogne (un réseau régional et trois réseaux territoriaux), un réseau régional en Haute Normandie, 3 en en PACA (un à vocation régionale et deux plus territoriaux) et 4 en Rhône Alpes (dont un avec une implantation territoriale assez large et 3 autres opérant sur des champs territoriaux plus réduits).

Tous les réseaux analysés inscrivent leur action dans le cadre d' une prise en charge globale et continue des femmes enceintes et des nouveau-nés de leur ressort. Ils ont *a priori* vocation à prendre en charge toutes les grossesses pour assurer la détection de celles qui présentent des risques pour la mère ou l'enfant ainsi que le suivi des enfants nouveaux nés vulnérables.

Dans les régions étudiées, la « couverture » territoriale assurée par les réseaux est probablement assez variable s'agissant des établissements. *A priori* très bonne en Rhône Alpes puisqu'elle concerne les 63 maternités de la région, elle ne fait pas l'objet d'un suivi systématique dans les 4 autres régions. Sauf exceptions, l'implication des professionnels qui exercent en ville et particulièrement des médecins généralistes et des sages femmes, est beaucoup plus ponctuelle. Plus problématique, le taux de couverture de la population cible (l'ensemble des femmes enceintes) n'est pas suivi et n'est donc pas connu dans les 5 régions contrôlées.

Les réseaux analysés ont tous - de façon plus ou moins explicite - affiché parmi leurs objectifs prioritaires la détection et l'orientation des femmes présentant une grossesse à risque. Ils sont ainsi partie prenante de l'organisation des transferts pour les grossesses à risques et notamment comme support ou partenaire privilégié des cellules de transferts in utero ou néonataux. Mais dans la pratique l'articulation dans chaque région entre la cellule et les réseaux et concrètement le nombre de transferts mis en œuvre par la cellule de transfert à la demande des réseaux sont très variables.

Pour assurer un partage efficace de l'information, certains réseaux (5 sur les 12 examinés) ont mis en place des dossiers médicaux commun sous forme papier. L'utilisation effective et la plus value apportée par ces dossiers communs restent très mal évaluées. Trois de ces réseaux envisagent la réalisation de système d'information mais n'avaient pas encore démarré les projets correspondants.

La plupart des réseaux de périnatalité (9 sur 12) se sont engagés dans l'élaboration et la diffusion de protocoles, certains (4 sur 12) ont accompagné ce processus en finançant des actions de formation à leur égard. Mais, dans la plupart des cas (9 sur 12) le suivi de leur mise en œuvre et donc l'évaluation de leur impact sur les pratiques n'étaient pas organisées. De même, au sein de chacune des régions, l'harmonisation du contenu de ces protocoles ou des conditions d'évaluation de leur mise en œuvre entre les différents réseaux n'avaient pas été engagées.

L'évaluation du réseau AURORE en Rhône Alpes et celle du réseau périnatal bourguignon font exception et permettent de disposer d'éléments précis sur la qualité des prises en charge et leur impact en termes de morbidité et de mortalité des mères et des nouveau-nés.

La mission a pu constater que dans deux régions⁴² étaient organisées régulièrement des réunions de professionnels pour débattre des cas difficiles. Leur articulation avec le travail des commissions régionales de la naissance n'est pas claire.

⁴² sans pouvoir se prononcer de façon certaine sur les trois autres régions.

Les financements dont ont bénéficié les réseaux ont été affectés aux dépenses des cellules de coordination, aux actions de formation et d'élaboration de protocole. Les informations recueillies par l'observatoire tarifaire sont très incomplètes puisqu'elles ne portent que sur trois réseaux. Il n'y pas eu d'harmonisation nationale dans ce domaine. Dans le cas des réseaux qui ont déjà une certaine ouverture sur les professionnels de ville, des rémunérations dérogatoires ont été prévues : par exemple une indemnisation forfaitaire de 100 € est versée aux participants des groupe de travail ou du comité de pilotage ; dans un autre cas la participation à un cycle de formation de 32 h est rémunérée à hauteur de 2C l'heure.

Sauf exception, les instances nationales et régionales n'ont pas véritablement su définir et animer une politique de soutien au développement des réseaux périnatalité, alors qu'il s'agissait d'un élément important d'une politique publique qui, à la différence d'autres, se caractérise par la constance de ses objectifs. C'est d'autant plus regrettable que l'expérience acquise par les différents réseaux est riche.

Dans la dernière période (à partir de la mi 2005) la DHOS a entrepris l'élaboration d'un cahier des charges en y associant des professionnels. Cette initiative est à appuyer, mais elle vient tardivement alors qu'elle aurait dû précéder le travail de rédaction des derniers SROS.

Dans l'avenir, il apparaît souhaitable de faire évoluer les réseaux - en sus de leurs enjeux prioritaires mentionnés ci-dessus - en développant des réseaux de proximité capables d'intervenir davantage en amont, en début de grossesse, en associant généralistes et sage-femme libérales et PMI pour mieux prendre en charge les situations de difficultés sociales (comme cela a été vu dans un réseau) et également en aval pour suivre avec les médecins généralistes les nouveaux nés à risque (cas également rencontré dans un réseau).

3.3.6 Les actions de permanence des soins

Le FAQSV a été un accélérateur très important des projets de maisons médicales de garde (MMG) et de régulation téléphonique ces dernières années⁴³. Il a financé, de 2000 à 2004, 108 projets de maisons médicales de garde et 84 projets de participation de médecins libéraux à la régulation des appels⁴⁴. Les projets « permanence des soins » représentent 26 % du total des aides accordées de 2000 à 2004 par les bureaux régionaux ; le montant moyen accordé pour ces projets s'élève à 231 538 €⁴⁵.

La thématique permanence des soins a représenté pour la première fois en 2004 la part la plus importante des aides allouées par le FAQSV, en montant : 39 % des aides allouées par les bureaux régionaux du FAQSV, pour un total 25 397 141 € - la majorité du financement étant accordé à des projets relatifs à la participation des médecins libéraux à la régulation des appels. Dans certaines régions, la thématique permanence des soins peut être largement majoritaire, comme la mission l'a constaté en Rhône Alpes (73 % des aides accordées en 2004).

A partir de 2002, des actions de permanence des soins ont également été financées sur la DNDR, mais de façon marginale : 17 réseaux de la thématique urgences/ permanence de soins étaient financés en 2005, pour un montant accordé de 2 923 260 €, soit 2,6 % des

⁴³ Evaluation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) - Eureval C 3 E - 2005

⁴⁴ *ibid.*

⁴⁵ Source : base de données nationale du FAQSV

financements⁴⁶. La mission n'a rencontré ce type de financement que dans une région sur les 5 contrôlées (en Bourgogne).

Comme cela a été indiqué (voir supra partie 2), le domaine de la permanence des soins est un des rares domaines où le bureau du FAQSV national a défini des orientations relativement précises à travers la mise en place de financements fléchés puis en organisant à partir de 2004 un moratoire pour le financement de projets nouveaux en attente d'une évaluation de cette politique au niveau national. La mission a souligné toutefois les limites et notamment le caractère tardif de ce pilotage. Les constats effectués en région montrent en effet que malgré une tendance à l'homogénéisation du fonctionnement, des différences demeurent et que les conditions d'une bonne évaluation font souvent défaut.

La mission a recueilli dans les régions contrôlées des données sur 32 MMG⁴⁷ et 16 opérations de régulation⁴⁸.

S'agissant de l'activité des MMG, trois éléments principaux ont retenu l'attention de la mission : les horaires d'ouverture, la rémunération des médecins généralistes (en sus des rémunérations conventionnelles) et le coût par passage.

Les MMG étudiées dans les 5 régions sont toutes ouvertes les soirs de semaine, le samedi après-midi et soir et les dimanches en journée et soirée. Seule une région (Haute Normandie) disposait de deux MMG ouvertes toute la nuit⁴⁹ ; en PACA, l'ouverture de nuit de la MMG de Gap a été supprimée en juillet 2004.

La rémunération des médecins généralistes tend également à s'homogénéiser. La plupart des MMG examinées prévoyaient une rémunération à l'acte des médecins. Six exceptions sont toutefois à signaler :

- la MMG de Reims, dont l'expérimentation a été arrêtée au 31 décembre 2004, qui octroyait une indemnisation de 1,5 C par heure de présence à la MMG pour des consultations, et 2,5 C de l'heure pour les visites ;
- 3 MMG en Rhône Alpes (Saint Etienne, Villefranche sur Saône et Lyon) dans lesquelles une indemnité horaire de 4,17 € était attribuée jusqu'au 31/12/2004 ; parmi ces 3 maisons médicales, 2 ont également mis en place du 1^{er} janvier au 31 juillet 2005 un système de forfaits pour les gardes où le médecin effectue zéro, un ou deux actes (respectivement de 130 €, 75 € et 20 €) ;
- la MMG de Decize en Bourgogne où une garantie de revenu de 240 € est accordée aux médecins.

Ces constats rejoignent ceux effectués par les instances nationales de gestion du FAQSV : l'enquête menée au 1^{er} semestre 2004, qui indiquait que les médecins étaient rémunérés à l'acte seulement dans 58 % des maisons de garde, les autres expériences prévoyant des garanties de ressources ou des indemnisations en sus des actes⁵⁰. Le rapport d'activité du FAQSV 2004 souligne également que sur les 42 nouveaux projets financés, 9 prévoient une indemnisation des praticiens sous forme d'un forfait, qui peut être dégressif en fonction du nombre d'actes réalisés.

⁴⁶ Source : DHOS, extraction de la base de données régionales.

⁴⁷ 6 en Bourgogne, 5 en Champagne Ardennes, 7 en Haute Normandie, 6 en PACA et 8 (en comptant les quatre antennes lyonnaises) en Rhône Alpes.

⁴⁸ 2 en Bourgogne, une en Champagne Ardennes, 3 en Haute Normandie, 5 en PACA et 5 en Rhône Alpes.

⁴⁹ l'une n'étant d'ailleurs que très peu financée par le FAQSV.

⁵⁰ Maisons médicales de garde. Activité et coûts de fonctionnement. Rapport final, décembre 2004. CNAMTS/DDRI/DIOS.

La mission a également constaté la concentration de l'activité le week-end dans toutes les MMG examinées, sauf une exception⁵¹.

Les subventions versées sur le FAQSV en 2004 aux MMG sont très hétérogènes : de moins de 3000 € pour deux MMG de Bourgogne (Chalon et Mâcon) dont les frais sont largement couverts par l'hôpital, à près de 300 000€ pour la MMG de Reims. Hormis ces trois cas extrêmes, la moitié des autres MMG étudiées percevaient moins de 50 000€ par an, et l'autre moitié plus de 50 000€ (entre 50 000 et 100 000€ généralement).

Le coût par passage, quand il a pu être calculé par la mission, varie ainsi fortement entre MMG, comme le montre le tableau suivant.

Coût payé par le FAQSV au titre des MMG en sus des rémunérations conventionnelles

MMG	Coût par passage en 2004
Dieppe	22 €
Le Havre	11 €
Neufchâtel (*)	93 € *
Rouen	26,7 €
Vénissieux	19 €
Plaine de l'Ain	23€
Saint Etienne	39,5 €
Villefranche sur Saône	44,6 €
Lyon	41,6 €
GIPS (Istres)	11,4 € en 2003
AMGGA (Avignon)	31,9 €
MMG Gap	7 € en 2003
MMMN (Marseille)	8 € en 2003
MMG Reims	123 € (consultations) et 247 € (visites) (forfait)

Source : Rapports régionaux, tableaux comparatifs remplis par les URCAM et les ARH à la demande de la mission et calculs de la mission

(*) Pour Neufchâtel, la rémunération est uniquement composée d'un forfait, à l'exclusion de toute autre rémunération conventionnelle, à l'acte ou à l'astreinte.

La localisation des MMG (dans ou hors d'une structure hospitalière) a un impact fort sur les coûts d'investissement et de logistique. L'ouverture toute la nuit et les modes de rémunération des généralistes ont également un impact important.

Le surcoût de la structure MMG doit alors être mis en regard des économies réalisables par regroupement des secteurs de garde.

La mesure de l'impact des MMG a porté notamment sur l'évolution des visites et les flux aux urgences hospitalières. Les données disponibles étaient toutefois largement insuffisantes.

Les visites ont diminué en Rhône Alpes, Bourgogne, et PACA. Toutefois rares sont les évaluations plus fines permettant de prendre en compte :

- l'effet propre des MMG par rapport à une tendance globale de baisse des visites (notamment en raison de l'impact des AcBus),
- l'éventuel effet report sur d'autres structures (SOS Médecins),
- le transfert d'actes réalisables aux heures d'ouverture des cabinets libéraux vers les plages horaires des MMG.

⁵¹ MMG de la Plaine de l'Ain en Rhône Alpes.

L'impact sur les urgences hospitalières est encore moins bien mesuré. La région Rhône Alpes constitue une exception, et dispose des données les plus précises en la matière. La première évaluation réalisée dans cette région concluait à des effets contrastés, avec un impact plus assuré à Lyon, impact confirmé lors de la deuxième vague d'évaluation des antennes lyonnaises. La diminution est nettement plus marquée à Lyon dans les services proches des MMG et prenant en charge des populations et des pathologies similaires⁵².

Enfin, la régulation préalable de l'accès aux MMG est loin d'être systématique. En théorie, seules 4 MMG sur les 31 examinées ne sont pas intégrées au dispositif de régulation. Mais en réalité, lorsqu'il est mesuré, l'accès spontané peut être très important : pour les MMG de Rhône Alpes, le taux d'accès spontané varie de 27 % à 79 % ; en Bourgogne, seulement 56,4 % des patients sont admis à la MMG de Beaune à partir de la régulation préalable- ils ne sont que 6 % à la MMG de Decize. D'autres maisons médicales ont à l'inverse une conception très stricte de la régulation téléphonique préalable de tous les appels. Ainsi, la maison médicale de Rouen a prévu une cabine téléphonique à l'extérieur de ses locaux, pour que les personnes qui arrivent soit bien adressées par la régulation.

Au total, si les MMG étudiées par la mission ont un impact positif sur la ré-implication des médecins dans la garde et l'accès aux soins, leur impact sur les visites à domicile et le flux aux urgences sont peu mesurés et pas toujours significatifs.

En outre, la mission n'a pu disposer d'aucune évaluation relative à l'évolution des pratiques professionnelles. Plusieurs MMG étudiées par la mission ont mis en place des actions de formation, mais leur impact sur les pratiques n'a pas été évalué. Rares sont par ailleurs les MMG ayant mis en place des protocoles de soins.

Les dispositifs de régulation libérale fonctionnent de façon plus harmonisée. Dans les cinq régions contrôlées, la régulation libérale était située dans les locaux du SAMU (avec toutefois à Evreux la possibilité de déporter les appels au cabinet). Toutes les structures rémunéraient les médecins régulateurs sur la base de 3C de l'heure, sauf le dispositif des Alpes maritimes (qui prévoit 2 C de l'heure). La régulation est assurée les soirs de semaine, les samedi après-midi et les dimanches et jours fériés en Rhône Alpes, Champagne Ardennes et Bourgogne ; en PACA deux départements ont mis en place une régulation 24h/24 (Hautes Alpes et Vaucluse) et en Haute Normandie deux dispositifs sur trois fonctionnement toute la nuit.

Le coût de ces dispositifs est élevé : les subventions du FAQSV (et de la DRDR dans un cas) sont toutes, sauf deux cas, supérieures à 100 000€ par an, et en moyenne s'élevaient pour les 16 opérations étudiées à 155 000 €. En incluant les cofinancements, le coût moyen par structure s'élève à 212 000 €.

La mission n'a pas disposé d'évaluation complète des dispositifs étudiés.

Toutes les instances régionales disposaient de données d'activité permettant de montrer la répartition des appels, ainsi que le pourcentage des appels⁵³ donnant lieu à des conseils, à une intervention libérale ou à une intervention d'urgence. Ces données montrent une concentration de l'activité le week-end, et une répartition des suites des appels très variable selon les structures : le pourcentage de conseils varie ainsi de 19 à plus de 55 %, la part des interventions libérales de 4 à 43 %. Les causes de ces variations sont largement inexplorées ;

⁵² Evaluation des MMG de Lyon, CAREPS, rapport n° 534, septembre 2005.

⁵³ Ces données n'étaient connues des instances régionales de PACA que dans deux cas sur cinq.

on peut supposer que des modes d'organisation différents notamment de l'orientation des appels par les permanenciers entre médecins libéraux et médecins hospitaliers ont une influence.

Dans trois régions sur cinq (Bourgogne, PACA et Rhône Alpes), était organisé un suivi de l'évolution de l'activité de nuit, les dimanches et les jours fériés des médecins généralistes des départements régulés. Toutefois, aucune région ne disposait de données sur l'activité globale des médecins généralistes, ni de données sur les éventuels reports d'activité sur les lundis ou lendemains de fête. Seule la région Rhône Alpes (ainsi que la région PACA mais pour un seul département) avait prévu une comparaison de la régulation des appels avant/après la mise en place de la régulation libérale. Enfin, la mission n'a pu disposer d'aucune évaluation financière des dispositifs comparant notamment les économies générées (baisse du nombre d'actes majorés) aux coûts engendrés (rémunération des médecins régulateurs).

En définitive, la mission estime que les données d'évaluation disponibles sur les activités de régulation libérales ne permettent pas de mesurer l'impact complet de ces dispositifs sur l'activité médicale ni de déterminer leur efficacité. L'absence de cahier des charges harmonisé au niveau national a conduit à des modalités d'organisation différentes et à des résultats très variables sur les suites données aux appels ; une harmonisation des conditions de mise en œuvre de la régulation doit être organisée afin d'obtenir des résultats comparables à ceux des « meilleurs » départements en matière de conseils téléphoniques et de visites évitées.

L'ensemble des dispositifs de permanence des soins financés par le FAQSV et la DRDR a souffert de la mise en place d'un pilotage national tardif et encore largement inachevé. En l'absence de cahier des charges assez contraignant, certains financements abusifs ont pu être accordés dans un premier temps. Les quelques évaluations disponibles offrent en outre des résultats contrastés. Elles suggèrent des différences d'impact fortes selon l'environnement de la structure (rural, semi-urbain, urbain, proximité des urgences hospitalières) qui nécessiteraient une prise en compte au cas par cas des situations pour l'accord de financements. Le coût des dispositifs est également important et les évaluations ne concluent pas toutes à une compensation suffisante par des économies sur le nombre d'actes majorés ou la diminution des forfaits d'astreinte en raison du regroupement de secteurs de garde. Il est possible en outre qu'un surcoût global soit à envisager pour l'assurance maladie, qu'il est indispensable d'évaluer précisément pour le mettre en regard de l'amélioration à l'accès aux soins, et éventuellement de l'amélioration des pratiques professionnelles (mais rares sont les structures s'étant engagées de façon probante dans cette voie).

Au total, alors que le pilotage national des MMG a été consolidé, il est essentiel de mettre en place un corps de doctrine sur les exigences de qualité et les objectifs d'amélioration des dispositifs existants, qui s'impose véritablement aux instances régionales. Les conditions de l'évaluation des MMG doivent absolument être harmonisées en conséquence afin qu'il soit possible de disposer de résultats sur l'efficacité des dispositifs financés. Dans le domaine de la régulation libérale, un même travail de cahier des charges du fonctionnement mais aussi de l'évaluation des projets doit être mis en œuvre.

3.3.7 Les systèmes d'information

3.3.7.1 Des coûts élevés

Les financements accordés au développement de systèmes d'information sont conséquents. De 2000 à 2004, le montant des projets exclusivement dédiés au développement d'échanges d'information financés par le FAQSV régional s'élève à 15,47 M€⁵⁴.

S'y ajoutent les financements attribués aux réseaux de santé pour le développement de systèmes d'information, qui s'élève à 2,131 M€ de 2001 à 2004. Les financements de systèmes d'information via d'autres types de projets sont plus marginaux ; la mission a pu calculer leur montant pour l'amélioration des pratiques professionnelles en 2003 et 2004 (189 000 € au total)⁵⁵.

Sur le FAQSV national, 8 projets importants relevant de la thématique « développement du partage d'information »⁵⁶ ont été financés depuis 2000 qui représentent 29 % des crédits versés au total (9,9 M€, dont 2,6 M€ pour le DMP).

Au total donc, le FAQSV a consacré plus de 25 M€ (hors DMP) aux systèmes d'information depuis 2000.

Sur la DNDR, les données sont plus lacunaires. La DHOS ne suit pas de façon spécifique la part consacrée aux systèmes d'information des réseaux financée par la DRDR. L'absence même de ces données montre la faiblesse du pilotage national en ce domaine, alors que la synthèse des rapports 2003 soulignait qu'il s'agissait d'une préoccupation régionale majeure.

Une étude effectuée 2004 par la CNAMTS⁵⁷ sur la base d'une enquête réalisée par les URCAM auprès des réseaux financés en région par la DRDR et le FAQSV conclut à des dépenses informatiques de 6,9 M € pour 201 réseaux ayant répondu à l'enquête (soit 16 % des dépenses de ces réseaux). En déduisant de cette somme les financements accordés par le FAQSV, entre 4 et 5 M€ auraient été accordés par la DRDR pour le financements des systèmes d'information des réseaux.

Au-delà du coût total qu'il est difficile d'estimer mais qui s'élève donc sans doute à plus de 30 M€, c'est surtout la dispersion des financements entre régions et réseaux et le très grand nombre d'échecs que la mission tient à souligner.

3.3.7.2 De nombreux échecs

La mission a en effet constaté un très grand nombre d'échecs dans les évaluations qu'elle a effectuées à la fois au niveau national et dans les cinq régions qu'elle a contrôlées.

⁵⁴ Source : base de données nationale du FAQSV.

⁵⁵ Source : rapports d'activité du FAQSV 2001, 2002, 2003 et 2004. Calculs de la mission.

⁵⁶ CSI, DPIO, EPI, MEDIDATA, SOSI, OSE, OMG, DMP, ainsi que le projet (à vocation interrégionale) de la communauté périnatale en Pays de Drouais, Verneuil et Houdan. Ces projets sont à la frontière de la thématique « amélioration des pratiques professionnelles » dans la mesure où les outils informatiques proposés visent à cette amélioration.

⁵⁷ Réseaux de santé et dossier médical informatisé. Inventaire de l'existant. septembre 2004.

Au niveau national⁵⁸, un seul des 7 projets (hors DMP et projet interrégional de la communauté périnatale de Douais) présente un intérêt potentiel (OSE), deux sont des échecs avérés (MEDIDATA et DPIO), les 4 autres sont non concluants.

Au niveau régional, les projets financés portent à la fois :

- sur la mise en place d'outils informatisés au sein des réseaux, avec deux fonctions principales :
 - offrir un dossier partagé, permettre les échanges d'information pour assurer la continuité du suivi des patients et la coordination entre professionnels. Les éléments essentiels de réussite dans ce cas sont l'interopérabilité entre les systèmes des différents professionnels, la facilité d'accès et la plus value de l'informatique par rapport au papier, et surtout l'absence de double saisie des informations qui décourage fréquemment les professionnels ;
 - apporter une aide à l'amélioration des pratiques professionnelles, avec par exemple des indicateurs d'alerte, ou la mise à disposition de référentiels sur support informatisé. Dans ce type de projet, il est crucial que l'aide proposée soit adaptée à la pratique quotidienne des professionnels et facile d'accès.
- sur des outils de mutualisation régionale des systèmes développés dans les réseaux.

La mission a effectué une analyse approfondie de douze de ces opérations dans les régions qu'elle a contrôlées⁵⁹. Sur ces douze projets :

- seuls deux peuvent être considérés comme pleinement opérationnels. Il s'agit en fait d'un même outil développé dans le cadre du réseau ADDICA et adapté pour le réseau CREDIAB en Champagne Ardennes.
- un troisième est dans une phase pilote (le dossier partagé du réseau ONCORA), et concerne donc moins d'un millier de patients (mais plus de 40 000 potentiels). Il fait partie intégrante d'une stratégie régionale ambitieuse de développement d'un dossier patient, mais la compatibilité avec le dossier communiquant en cancérologie prévu par le plan cancer comme avec le DMP n'est pas assurée.

Les 9 autres projets sont soit des échecs (DIALOGS, ENOSIS, DOPAMINE, ONCO CA) soit sont non concluants à ce stade, seuls deux offrant certaines garanties de développement (ONCOGYN et ONCONORMAND)⁶⁰.

S'agissant des systèmes mis en place au sein des réseaux, deux facteurs essentiels expliquent ces échecs :

- les difficultés techniques sont apparues souvent plus lourdes que prévu, alors même que les professionnels concernés étaient le plus souvent déjà équipés en informatique et familiers des technologies de l'information, et ont entraîné des retards dans la mise en place des systèmes. Dans plusieurs cas, il n'a finalement pas été possible d'aboutir à des projets opérationnels ;
- l'utilisation des systèmes par les professionnels de santé, pourtant volontaires et motivés par des outils centrés sur des pathologies les intéressant directement, s'est révélée décevante.

⁵⁸ Cf. rapport sur le contrôle de la gestion de la partie nationale du FAQSV, février 2006.

⁵⁹ Réseaux ADDICA et CREDIAB et plate forme d'information en oncologie en Champagne Ardennes, réseaux Dopamine et ONCONORMAND en Haute Normandie, réseaux ONCOGYN et ONCOREP et projet Enosis en PACA, projet Extranat du Réseau Périnatal Bourguignon et réseau ONCOBOURGOGNE, et enfin réseaux DIALOGS et ONCORA en Rhône Alpes. Cf. Rapports n° 2005-176, 2005-181, 2005-182, 2005-202, 2006-005 sur le contrôle du FAQSV et de la DRDR en régions Bourgogne, Champagne Ardennes, Haute Normandie, Provence Alpes Cote d'Azur, Rhône Alpes.

⁶⁰ La mission considère ainsi qu'un projet ayant l'ambition initiale de fournir plusieurs outils d'aide aux professionnels de santé et aboutissant finalement à la mise en place d'une messagerie sécurisée, de surcroît pour un nombre de médecins très inférieur à celui visé, est un échec.

En définitive, les coûts apparaissent élevés eu égard au nombre de patients concernés, en partie en raison de la lenteur de la montée en charge des projets. En outre, certaines dépenses auront été effectuées en pure perte, l'intégration des solutions techniques développées dans le système DMP n'étant pas assurée.

Même dans les cas où le système fonctionne, la mission a constaté que les promoteurs comme les financeurs ne tiraient pas tout le profit possible du système d'information en matière d'évaluation des pratiques (analyse des pratiques réelles et de leur conformité aux référentiels notamment) (cf. l'exemple du réseau ADDICA).

En outre, toutes les régions contrôlées par la mission ont cherché à élaborer, sous des modalités diverses, des formes de mutualisation, devant le constat de l'inefficacité et du coût de la multiplication de systèmes différents. Dans trois régions, ces efforts ont échoué (étude ONCO-CA, projet ENOSIS en PACA, Dopamine en Haute Normandie), montrant la difficulté du projet. Une région a retenu une solution a minima (la Bourgogne), une autre a cherché à déployer un système plus ambitieux allant jusqu'au développement d'un dossier médical partagé (Rhône Alpes). L'absence de réflexion et d'orientations nationales en la matière n'en ressort que plus clairement. Sur le FAQSV, le moratoire recommandé par le Comité National de Gestion le 1^{er} février 2002 a été inégalement repris selon les régions, et n'a pas fait l'objet d'un suivi national. Sur la DRDR, aucune consigne n'a été donnée, alors même que la synthèse des rapports d'activité 2003 soulignait que « le développement croissant et rapide de ces outils ainsi que la place prépondérante de ce thème dans les réflexions régionales appellent à une réflexion nationale globale ».

3.3.7.3 Une absence de capitalisation de l'expérience

La mission s'étonne que les expériences menées et les échecs constatés n'aient pas fait l'objet d'une analyse plus approfondie, de la part de la CNAMTS et de la DHOS et de la part des autorités en charge du DMP. La mission de préfiguration (MPDM) puis le GIP DMP n'ont ainsi étudié aucun des projets informatiques financés sur le FAQSV national.

Les projets régionaux ont fait l'objet d'une étude réalisée en 2004 par Bernard Chapuis⁶¹. Un questionnaire a ainsi été envoyé aux réseaux par l'intermédiaire des URCAM à l'été 2004 ; 201 réseaux ont répondu (57%). Sur la base de ces données déclaratives, 35 réseaux ont été considérés comme ayant un dossier médical informatisé opérationnel. Près d'un an plus tard, au printemps 2005, un stagiaire a été chargé d'effectuer des visites sur site pour s'assurer de l'opérationnalité réelle de ces dossiers. Globalement, le GIP DMP considère qu'aucune de ces expériences ne peut véritablement être un point d'appui pour le DMP, le mode de fonctionnement comme les exigences de sécurité n'étant pas à la hauteur des exigences du DMP. Le principe des dossiers réseaux (la prise en charge du patient) serait également fondamentalement différente de celle du DMP, dont l'objet est la coordination des soins. En conséquence, les projets régionaux n'auront été utiles au DMP que dans la mesure où ils auront favorisé une culture du partage d'informations et de dialogue entre professionnels.

La mission souligne les risques très importants à ne pas avoir pris en compte les échecs et les facteurs d'échecs soulignés plus haut : difficultés techniques, mais aussi très faible intérêt des professionnels eux-mêmes pour les outils proposés.

⁶¹ Réseaux de santé et dossier médical informatisé. Inventaire de l'existant. Septembre 2004.

4. Recommandations : fusionner les deux fonds et définir un nouveau pilotage pour ce fonds unifié

4.1 Maintenir un fond spécifiquement dédié à l'innovation malgré le bilan très critique des deux fonds actuels

Le bilan des deux fonds est donc très décevant et fait s'interroger sur l'opportunité de mettre un terme aux deux fonds. Cette proposition radicale aurait pour effet immédiat de remédier à toutes les critiques émises dans ce rapport, tant sur le plan administratif et financier que sur les résultats très maigres de ces deux fonds, quant à leur plus-value médicale.

En tout état de cause, en cas de maintien du dispositif actuel, il apparaît impératif à la mission de réformer la prise de décision dans le cadre du FAQSV, afin de mettre fin au positionnement actuel ambigu des représentants des professionnels (URML notamment), en confiant la décision de financement non plus au bureau du FAQSV mais au directeur de l'URCAM, et en organisant la concertation avec les représentants des professionnels mais aussi avec d'autres acteurs régionaux par le biais d'une instance à l'avis consultatif. Le pilotage et la gouvernance du FAQSV étant actuellement définis par le décret du 12 novembre 1999, il serait possible d'y apporter une modification par voie réglementaire. Une instruction permettant de sécuriser le suivi comptable et financier serait également indispensable (s'inspirant des principes définis plus loin).

Mais si la mission, malgré le bilan négatif qu'elle a effectué, ne recommande pas de mettre un terme à ces financements, elle préconise en revanche de les réformer radicalement, en fusionnant les deux fonds et en rénovant profondément le pilotage.

4.1.1 Les arguments du maintien d'un fond spécifiquement dédié à l'innovation

Le débat public qui a précédé l'adoption de la loi du 13 août 2004 a mis en lumière les difficultés auxquelles notre système de santé est confronté en matière d'organisation de l'offre de soins : comportements individualistes ou hégémoniques, cloisonnements entre professionnels de santé, entre ville et hôpital, entre prise en charge médicale et médico-sociale, entre soins et prévention...

Par ailleurs dans un avenir proche, le système de santé devra répondre à de nouvelles exigences liées au changement démographique, au développement des maladies chroniques et aux progrès technologiques.

Pour y répondre, il paraît nécessaire de promouvoir une politique globale en matière d'innovation et d'amélioration de la qualité de l'offre de soins qui concerne à la fois l'organisation de la prise en charge des malades, les conditions d'installation et d'exercice des professionnels et la qualité des pratiques professionnelles (outils d'aide à la décision, FMC, EPP...).

Mais il faut aussi soutenir les initiatives qui permettent de tester en vraie grandeur puis dans certains cas de valider et de diffuser des approches nouvelles dont le bien fondé est démontré sur un plan théorique mais qui ne peuvent pas être généralisées sans une phase d'expérimentation. Les nombreux manques, insuffisances, blocages auxquels les actions subventionnées par le FAQSV et la DRDR se sont adressées, justifiaient ainsi, dans la très grande majorité des cas, que leurs demandes de financement soient prises en compte.

Certes, les dispositifs mis en place, les pratiques constatées, les résultats obtenus pour répondre à ces défis dans le cadre des deux fonds ont rarement été convaincants, loin s'en faut. Et la sévérité du bilan tel qu'elle ressort de l'analyse de la mission, doit faire discuter l'opportunité de mettre un terme à ces deux fonds.

Pour autant, la mission estime nécessaire que la démarche soit maintenue.

Tout d'abord, parce que la suppression des deux fonds aurait pour effet de stopper instantanément tout financement et très probablement de condamner les quelques expériences qui fonctionnent localement.

Plus fondamentalement, parce que les défis rappelés ci-dessus justifient que soit conservé un financement spécifique de l'innovation. Ainsi, même si une généralisation est envisageable⁶² pour certaines expériences réussies :

- rémunération sur la dotation hospitalière dans le cadre des MIGAC, par exemple pour les RCP, d'autant ces actions s'inscrivent dans le cadre du plan cancer national ;
- rémunération pour les personnes diabétiques de certains soins podologiques voire de certaines consultations diététiques via la nomenclature sur une base conventionnelle ;

elle n'épuise pas l'ensemble des potentialités d'innovation dans l'organisation des soins en France.

Ensuite, parce que dès lors qu'un tel financement de l'innovation est préservé, il n'existe pas aujourd'hui d'alternatives organisationnelles permettant de choisir entre plusieurs modèles d'innovation (HMO ou réseau, par exemple). Dans ce contexte, le modèle du réseau au sens large, en raison de ses potentialités reste pour la mission un modèle à promouvoir. Les très rares cas dans lesquels les actions financées par le FAQSV et la DRDR peuvent être qualifiées de réussies ont permis de montrer l'intérêt des réseaux pour améliorer les prises en charge - c'est à dire mieux articuler prévention, dépistage, éducation à la santé et soins curatifs - gérer le recours à l'hôpital et le maintien à domicile, offrir un meilleur service de proximité, et faciliter la coopération entre professionnels de santé pour améliorer la qualité des pratiques.

Or le « laisser faire » en la matière ne permet pas d'espérer des évolutions suffisantes. La mission juge donc indispensable de définir une politique d'innovation dans l'organisation des soins. En ce sens, la suppression de deux fonds représenterait une décision politique délicate à afficher, alors que de nombreuses réformes ont été apportées au système de santé et à son dispositif de financement ces dernières années, mais qu'une politique lisible en matière de qualité fait défaut, hormis la première vague d'accréditation des établissements de santé.

⁶² Ce relais existe d'ailleurs déjà pour certaines actions, par exemple pour la régulation libérale des appels aujourd'hui prise en charge dans le cadre de la politique conventionnelle.

Enfin, s'agissant des modalités de financement d'une telle politique, le principe d'un fonds dédié, offre plusieurs avantages :

- il permet d'afficher clairement la politique choisie ;
- il s'inscrit dans un objectif de décloisonnement ville/ hôpital, au contraire des autres modalités de financement possibles ;
- il donne un moyen d'encadrement financier. En effet, un tel fonds fournit une opportunité supplémentaire d'expérimentation en matière de rémunération au forfait et de contractualisation avec les professionnels, tant sur des objectifs de qualité des pratiques que de régulation des dépenses, cette expérimentation se faisant à dépenses limitées puisque financée par une enveloppe pré- définie. L'expérience récente des AcBUS montre que le financement de telles expériences sur une base conventionnelle a en effet un coût élevé difficilement maîtrisable pour des résultats peu probants.

4.1.2 Les conditions nécessaires à un maintien

Plutôt que de préconiser la suppression des deux fonds, la mission s'est interrogée sur les raisons de la faiblesse des résultats obtenus à ce jour et sur les facteurs d'une réussite éventuelle.

Ceux-ci sont de trois ordres et relèvent respectivement des professionnels de santé, des services administratifs en charge de la gestion des fonds et des responsables politiques.

Les professionnels doivent être les plus convaincus de l'intérêt des réseaux (et autres dispositifs) car ils en sont les principaux artisans. Or, aujourd'hui le très faible nombre de professionnels impliqués laisse dubitatif sur la capacité des deux fonds à imprimer une inflexion notable dans les habitudes de prise en charge.

Le succès, ou les espoirs, devront se fonder – quelque soit le dispositif en place - d'abord et avant tout sur l'engagement individuel des professionnels. Car, pour ce qui concerne les institutionnels, on ne peut espérer – au vu des différentes situations observées – guère plus qu'une collaboration de certains représentants des professionnels en région (URML). Au plan national, le recours au financement de la part non régionalisée du FAQSV semble avoir relevé de la part des syndicats professionnels d'un simple opportunisme plus que d'une détermination à développer de façon prioritaire des réseaux de santé ou autres dispositifs innovants de prise en charge.

La faiblesse du pilotage des deux fonds par la puissance publique en charge de leur gestion constitue également un élément conséquent. La gestion et le suivi des fonds a généré une bureaucratie importante, mais cette dernière est restée trop formaliste, essentiellement administrative et comptable, ne cherchant que rarement à appréhender la réalité des actions financées, les risques et les enjeux dont elles étaient porteuses.

Le pilotage des deux dispositifs est également resté trop cloisonné. L'exemple des multiples projets informatiques financés est, à cet égard, assez démonstratif puisque aucun de ceux financés dans les régions contrôlées n'a servi au GIP-DMP : ni comme base pour d'éventuels développements techniques, ni comme expérience d'échec à ne pas reproduire.

Le portage politique a, lui aussi, fait défaut. Les difficultés rencontrées, encore aujourd'hui, pour forger une doctrine en témoignent. Il en est de même du peu de cas fait de l'évaluation et de ses indicateurs, en dépit des affichages en la matière (pré-requis insuffisants, coûts élevés, arrivée tardive et non prise en compte des résultats).

Les réseaux de santé doivent faire l'objet d'une politique plus lisible fondée sur :

- une capacité de veille et une réflexion stratégique continues ;
- des moyens d'expérimentation engagés sur une base de doctrine mieux définie et des objectifs qualitatifs, quantitatifs et calendaires précis ;
- un pilotage opérationnel efficace permettant à la fois un suivi plus rigoureux et une mutualisation qui a globalement fait défaut jusqu'à présent ;
- enfin une volonté affichée de pérenniser les succès avérés et de les diffuser en vue d'une généralisation dans la mesure où elle est possible.

Ils doivent enfin s'inscrire dans une politique plus globale en matière d'innovation et d'amélioration de la qualité de l'offre de soins qui concernerait à la fois l'organisation de la prise en charge des malades, les conditions d'installation et d'exercice des professionnels et la qualité des pratiques professionnelles (outils d'aide à la décision, FMC, EPP...).

La mission préconise donc quatre axes d'amélioration :

- une fusion des deux fonds permettant de revoir en profondeur leur gouvernance ;
- une approche consistant à définir un cahier des charges pour chaque type de réseau financé, associée à une meilleure gestion de leur performance ;
- une simplification des contraintes administratives et une politique d'accompagnement et d'incitation des professionnels ;
- une sécurisation des modalités de suivi financier.

La question de l'élaboration de cahier des charges, au contenu suffisamment précis et synthétique pour que ceux-ci constituent un outil opérationnel pour les régions et la base de l'évaluation, constitue un enjeu essentiel dans le cadre de cette réforme.

4.2 Fusionner les deux fonds et mettre en place un pilotage rénové

4.2.1 Fusionner les deux fonds

La mission recommande de fusionner les deux fonds en un seul fonds d'amélioration - ou de développement - de la qualité des soins (FAQS ou FDQS). Cette mesure nécessite des modifications législatives à inscrire au prochain PLFSS.

Outre ses avantages en matière de simplification de la gestion, elle est en cohérence avec les objectifs de contenu que la mission recommande d'adopter pour la politique d'innovation rénovée:

- lutter contre le cloisonnement ville/hôpital, que fait perdurer le maintien d'un fonds orienté « soins de ville » ;
- privilégier les actions à composante multiple (formation + prévention + organisation en réseau...);

La fusion contribuera, enfin, à une meilleure intégration des politiques de santé régionales.

4.2.2 Constituer un comité restreint unique national de pilotage et redéfinir son rôle

Le rôle du niveau national doit être double :

La définition d'orientations et de priorités :

- validation des cahiers des charges établis en faisant appel aux instances techniques compétentes (HAS, INCA notamment) ;
- accent mis sur tel ou tel aspect du cahier des charges en fonction des priorités de santé retenues (privilégier les RCP en matière de cancer, le suivi podologique ou l'éducation thérapeutique pour les réseaux diabète...) ;
- définition de la procédure de généralisation envisagée pour les expérimentations ayant fait leurs preuves.

L'animation et le suivi des dispositifs régionaux :

- diffusion des orientations et des cahiers des charges ;
- réunions d'animation des chargés de mission régionaux ;
- suivi des remontées d'information des régions sur les indicateurs des cahiers des charges, et sur les conclusions tirées de ces résultats notamment en matière de cessation de financement.

Pour l'animation stratégique, la mission recommande de mettre en place un comité de pilotage du fonds composé du directeur général de l'UNCAM, du Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et du Directeur de la Sécurité Sociale. Une personnalité qualifiée, par exemple un des membres du collège de la HAS, pourrait y être associée.

L'animation opérationnelle du dispositif devrait quant à elle être profondément rénovée par rapport aux instances existant actuellement :

- suppression des groupes de travail de l'ONRS⁶³, devenus sans objet du fait de la politique de définition de cahiers des charges. La mise au point opérationnelle de ces cahiers des charges serait confiée aux autorités techniques compétentes (INCA, HAS, groupes de travail ad hoc du ministère mis en place dans le cadre des plans nationaux de santé publique).
- composition d'une équipe de suivi commune DHOS/ UNCAM. Un rapprochement physique des personnels chargés du suivi pourrait être envisagé. Cette équipe serait chargée notamment de la réception et de l'exploitation des données d'activité fournies par le niveau régional : suivi des indicateurs des cahiers des charges, du suivi des délais d'instruction et de la cartographie des actions financées sur le territoire.
- animation par la DHOS et l'UNCAM du groupe de liaison permanent ARH/URCAM, par l'organisation de réunions régulières d'échanges des pratiques et de remontée des préoccupations.

⁶³ Le comité de pilotage de cet observatoire étant également supprimé du fait de la création d'une instance plus restreinte d'orientation stratégique.

4.2.3 Intensifier le pilotage régional et le confier aux MRS

Dans les faits, la mission a constaté que les URCAM et les ARH travaillaient de façon coordonnée dans le cadre de la DRDR, même si cette coopération n'allait pas toujours assez loin dans le décloisonnement des différentes politiques de ces deux acteurs.

Cette logique de coopération doit être poussée à son terme, avec les objectifs suivants :

- décloisonner la ville et l'hôpital ;
- renforcer la cohérence avec les autres fonds gérés par l'URCAM d'une part, l'ARH d'autre part ;
- associer les professionnels de santé, tout en évitant les conflits d'intérêt.

Elle implique d'associer ARH et services de l'assurance maladie à un niveau (ou dans une configuration) régional (e) regroupant fonctionnellement des compétences administratives et médicales sous une seule autorité, elle-même répondant au directeur général de l'UNCAM.

Le dispositif le plus cohérent au regard de ces objectifs, celui dont la mission préconise la mise en place, est celui d'une fusion des deux fonds en un FDQS (cf. plus haut) géré par les MRS ou les ARS expérimentales.

Il s'inscrit dans la logique impulsée par la loi du 13 août 2004 :

- qui a investi la MRS de la compétence pour élaborer le programme annuel des actions destinées à améliorer la coordination du système de soins, notamment en matière de développement des réseaux ;
- qui modifie les principes de gestion paritaire au sein des URCAM au profit du pouvoir du directeur.

Il permet de renforcer la cohérence entre les différents types d'action préconisée par la mission, la MRS étant également chargée par la loi des orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins, et du programme annuel de gestion du risque dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires.

La décision de financement appartiendrait ainsi au président de la MRS, après avis d'une instance de concertation :

- ne comprenant pas plus d'une quinzaine de membres afin de rester une structure opérationnelle donnant un avis sur chacun des projets présentés et non une instance formulant simplement des orientations générales ;
- composée de représentants des professionnels de santé et des établissements, de l'ARH, de la DRASS, de l'URCAM et de représentants du service médical de l'assurance maladie.

4.2.4 Réorienter la part nationale du FAQSV vers la mutualisation de projets au profit des régions

La mission préconise de supprimer la part nationale du FAQSV telle qu'elle fonctionne aujourd'hui. En effet, aucun des objectifs que l'on pourrait attendre d'un tel fonds national n'est atteint:

- il n'a pas permis d'expérimenter des outils ayant prouvé leur efficacité et diffusés ensuite sur tout le territoire ;

- il n'a pas été utilisé par les instances nationales pour faciliter la gestion de la part régionale (mutualisation d'évaluations, études structurantes sur certaines thématiques) ;
- il n'a pas non plus servi la CNAMTS dans les négociations conventionnelles.

Les actions financées sont en majorité des échecs ou sont non concluantes. Les rares projets à l'intérêt potentiel ne sont pas suivis d'effet. Pire encore, même les échecs n'ont pas été analysés et pris en compte pour d'autres projets de l'assurance maladie, comme le montre l'exemple du DMP.

La part nationale pourrait en revanche se concentrer sur des projets structurants pour le niveau régional, et développer un financement pour des évaluations mutualisées entre régions.

Cette réorientation, qui permet de financer au cas par cas certaines actions d'envergure nationale, conduirait à privilégier :

- la réalisation d'évaluations mutualisées (cf. plus loin) ;
- la construction d'outils pouvant être mis à disposition des promoteurs régionaux (en matière informatique, par exemple).

Impulsées le cas échéant par une décision du ministre, elles seraient validées par l'instance stratégique de pilotage évoquée ci-dessus. Cette modalité de décision offre deux avantages :

- la suppression des mécanismes d'instruction et de décision de la part nationale du FAQSV libère des moyens à redéployer pour l'animation des dispositifs régionaux
- la prise de décision au sein de l'instance stratégique offre plus de garantie d'articulation avec les autres priorités en matière de santé publique, de gestion du risque ou de négociations conventionnelles, articulation qui fait aujourd'hui totalement défaut dans le cadre du FAQSV national.

4.3 Décliner une politique par type de réseaux et accompagner les professionnels

Compte tenu de l'inadéquation de la politique « généraliste » menée jusqu'à présent en matière de priorités énoncées, d'exigences requises au moment de l'instruction ou de modalités de suivi et d'évaluation des projets, la mission recommande une approche par type de réseau.

4.3.1 Définir des cahiers des charges par type de réseaux

Les grands types de réseaux (ou autres dispositifs organisationnels de prise en charge financés) devraient faire l'objet d'un cahier des charges adopté au niveau national dans un délai rapproché.

Cette démarche permettrait de cibler les enjeux jugés prioritaires par type de réseaux et d'harmoniser leur prise en compte dans les différents réseaux. Elle aurait, de surcroît, l'avantage d'afficher un message clair aux promoteurs et de faciliter l'instruction des dossiers.

Ces cahiers des charges devraient être des documents très courts, dont le but serait principalement de définir un petit nombre d'enjeux et d'indicateurs qui constitueraient un « minimum requis » à remplir pour tous les réseaux d'un même type (un type de réseaux

s'adressant généralement à une pathologie ou une population particulière). Il ne doit pas s'agir d'une analyse littéraire trop abondante des nombreux enjeux d'une thématique de santé publique, mais bien du recensement de quelques enjeux accompagnés de quelques indicateurs de suivi de la performance (cf. plus loin).

La mission recommande de faire évoluer en ce sens les travaux menés actuellement à l'INCA pour les réseaux cancer et à la DHOS pour les réseaux périnatalité. Le cahier des charges élaboré à ce stade pour les réseaux périnatalité présente en effet certaines faiblesses au regard de la définition d'un cahier des charges utile tel que l'entend la mission :

- il reste trop littéraire et très large, multipliant les missions possibles des réseaux périnatalité sans suffisamment hiérarchiser les priorités ;
- il ne cible pas assez précisément les indicateurs de suivi de la performance : une annexe fournit une liste très longue d'items pouvant être utilisés pour construire l'évaluation, mais ne donne ni valeur de référence, ni encore une fois ne cible les quelques indicateurs prioritaires à suivre notamment pour les gestionnaires régionaux ;
- il ne comprend aucune exigence sur l'évaluation des pratiques relatives aux référentiels diffusés.

Ces travaux devraient également être élargis à d'autres thèmes (types de réseaux). La mission recommande de commencer par les réseaux développés en grand nombre ces dernières années (diabète, soins palliatifs, gérontologie) et de terminer ces travaux d'ici la fin de l'année 2006. La Haute autorité de santé gagnerait à être sollicitée pour élaborer et/ou valider ces cahiers des charges. La démarche retenue par la mission est également susceptible de constituer une base de réflexion (cf. partie 1, § 1.4 « Indicateurs par catégorie de dispositif »).

Enfin, les enjeux prioritaires (« minimum requis ») ainsi définis devront être ajustés et le niveau d'exigence évoluer avec le temps :

- pas seulement au plan quantitatif : par exemple, l'augmentation du nombre de patients inclus année après année ;
- mais aussi qualitativement : par exemple en ciblant prioritairement la qualité des RCP⁶⁴ et la mise en œuvre de référentiels et secondairement seulement le DMP et le suivi au long cours des patients dans les réseaux de cancérologie ;
- en privilégiant les indicateurs directs ou indirects de la plus-value apportée pour les patients, les professionnels et les financeurs au détriment des éléments organisationnels.

La mission préconise également de ne pas continuer à financer des actions isolées (par exemple des actions isolées de formation, de coordination ou d'évaluation des pratiques professionnelles), et de ne financer dorénavant que des actions à composante multiple, associant par exemple :

- formation + coordination + évaluation ;
- ou prévention + soins ;
- ou santé publique – prévention + gestion du risque (au sens que lui donne l'assurance maladie) ;
- réseau ou dispositif de permanence des soins + gestion du risque...

Autant l'intérêt de cahiers des charges (minimum requis) validés au niveau national paraît avéré pour peu qu'ils ne se fassent pas trop attendre. Autant l'idée d'une accréditation de

⁶⁴ Concernant la qualité des RCP, la mission a fait un certain nombre de propositions qui viennent prolonger les recommandations de l'annexe 2 de la circulaire DHOS du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie qui pourront, le cas échéant, aider la réflexion de l'INCA (cf. annexe 3).

chacun des réseaux de santé financés semble inappropriée parce qu'elle doublerait avec le suivi des services financeurs. Le transfert de cette responsabilité du financeur aux professionnels de santé ou à des tiers ne paraît pas justifié, ou à tout le moins prématuré, tant qu'il s'agit d'une politique publique d'innovation.

4.3.2 Suivre la performance des actions financées au regard du cahier des charges

Vis à vis des promoteurs, une fois défini un cahier des charges national minimum par type de dispositifs, il est essentiel d'assurer le suivi de la montée en charge des dispositifs financés et de sa conformité aux requis. Ce qui suppose en amont une déclinaison des objectifs quantitatifs, qualitatifs et calendaires pour chaque réseau financé et la définition d'un petit nombre d'indicateurs ciblant en particulier les enjeux prioritaires (minimum requis) de chacun des types de réseaux (par exemple, pour le cancer, les RCP et les référentiels).

Concernant les objectifs, il paraît pertinent :

- d'harmoniser les indicateurs pour les dispositifs d'un même type ;
- de décliner éventuellement des objectifs d'évolution intermédiaires (clauses de rendez-vous à 6 mois, un an, etc.) sur les quelques indicateurs nationaux prioritaires ;
- de moduler les objectifs en fonction de l'ancienneté du réseau et/ou du contexte local.

La mission préconise d'être à la fois exigeant et réaliste sur le contenu de ces indicateurs, en privilégiant le suivi des résultats et de la plus value apportée aux patients, plutôt que le (bon) fonctionnement des réseaux ;

- prendre en compte, chaque fois que c'est possible, des indicateurs d'impact sur la santé et la qualité de la prise en charge, et des indicateurs d'efficience ;
- ou prendre en compte des indicateurs intermédiaires de qualité des pratiques qui permettent de supposer que l'impact sanitaire final sera positif ou que des économies seront engendrées ;
- ajuster et faire évoluer le niveau d'exigence avec le temps, en fonction du développement du réseau et de l'évolution des exigences minimales nationales (minimum requis).

Pour les gestionnaires, dans une optique de simplification du travail des services en charge de la gestion des deux fonds au niveau régional, il est suggéré :

- d'effectuer un suivi régionalisé des quelques indicateurs pertinents. La concentration sur un petit nombre d'indicateurs standardisés faciliterait le travail de suivi et rendrait possible un suivi centralisé, ce qui n'interdit pas à certaines grandes régions de demander des avis aux échelons locaux infra- régionaux. Elle ne doit en tout cas pas conduire à mettre en place un ensemble de procédures formalisées structurées qui créerait une bureaucratie régionale pléthorique ou une dispersion des compétences et des responsabilités ;
- d'effectuer un suivi par thématique, en recherchant une spécialisation des compétences ;
- d'organiser un dialogue de gestion avec les promoteurs sous forme d'un rendez-vous au moins annuel (plus fréquent en cas de besoin dans une logique d'accompagnement) avec si possible une rencontre physique entre le promoteur, le chargé de mission régional et l'agent comptable, au moment de la définition du budget prévisionnel.

Dans ce contexte, la démarche d'évaluation doit être à la fois plus forte et plus réaliste. Plus forte, parce que les indicateurs retenus seront suivis avec plus d'exigence et que doit être affiché plus explicitement la possibilité d'arrêt du financement et un arrêt effectif en cas de non atteinte des objectifs fondamentaux. Plus réaliste, car elle s'impose comme

l'aboutissement de la gestion de la performance, à partir de quelques indicateurs simples définis au niveau national.

Cette démarche doit permettre d'éviter deux écueils trop souvent constatés en région : soit un simple suivi de la montée en charge, soit des velléités d'évaluation plus ambitieuses qui ne trouvent pas de relais opérationnel et/ou de suites concrètes satisfaisantes.

La mission recommande donc que des évaluations complètes - portant à la fois sur l'impact sur la santé des patients, l'amélioration effective des pratiques, les coûts engendrés et les économies générées - ne soient menées qu'au niveau national, en abandonnant le mythe d'une évaluation exhaustive de la myriade de projets financés au niveau régional, compte tenu des difficultés méthodologiques et techniques et des coûts qu'elles engendrent. Ce qui n'exclut pas, bien au contraire, d'associer quelques régions pilotes à ce travail national.

En revanche, ces évaluations mutualisées doivent permettre de définir ou de redéfinir des indicateurs intermédiaires de suivi et d'évaluation des actions financées au niveau régional, par type de projet. Ainsi, par exemple, s'il a été démontré une fois, au niveau national, qu'un réseau gérontologique, s'il répond aux critères de qualité, permet de générer des économies dans les recours à l'hospitalisation, l'évaluation au niveau régional se bornera à mesurer le nombre et la durée des hospitalisations et le type d'établissements les ayant pris en charge.

4.3.3 *Se donner les moyens d'une généralisation des expériences réussies*

L'organisation de la prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique impliquera de plus en plus une approche transversale des prises en charges et des compétences (professionnels de santé), de l'information (système d'information, transferts de données et DMP) et des procédures (parcours du patient). Les réseaux de santé devront s'inscrire inéluctablement dans ce processus systémique⁶⁵.

Les préconisations de la mission doivent permettre de diffuser les bonnes pratiques et de modéliser les expériences réussies. Au-delà, se pose la question de la généralisation des dispositifs ayant fait leurs preuves. Celle-ci présente deux types de difficultés :

- le coût financier d'une extension à toute la population concernée
- l'engagement des professionnels dans la démarche.

Ces difficultés nécessitent d'engager dès maintenant les démarches permettant d'envisager à terme une décision éclairée de généralisation :

S'agissant du coût de la généralisation, la mission recommande le développement de quelques évaluations médico-économiques nationales par type de dispositif, afin de pouvoir disposer non seulement des coûts unitaires par patient mais également des économies éventuelles générées par les réseaux notamment par un recours plus approprié aux soins. Ces évaluations devraient être menées au moment où se posera la question de la généralisation, après plusieurs années d'application de la politique redéfinie par cahier des charges telle que présentée.

Pour répondre au constat du faible engagement actuel des professionnels, hormis les militants, dans les dispositifs, la mission recommande de simplifier leurs démarches, de mieux les accompagner dans celles-ci, et de renforcer les mesures d'incitation à leur égard.

⁶⁵ Une telle perspective n'exclut pas l'intérêt d'une réflexion complémentaire qui se focaliserait sur une approche centrée sur la maladie (disease management) ou sur le patient (case management).

1. Une simplification réglementaire devrait être conduite.

En particulier, les exigences très formalistes du décret de décembre 2002 sur les réseaux de santé devraient être allégées, en réduisant le contenu des dossiers de demande. La mise en place de cahiers des charges très précis - qui constituent des minima requis mais n'empêchent en rien la poursuite d'objectifs plus ambitieux pouvant varier d'un réseau l'autre - implique que le promoteur n'aura plus à définir lui-même toute l'organisation de son action ni sa méthodologie d'évaluation, ce qui constituera un gain de temps très important. L'instauration d'un suivi de la performance plus simple limitera l'intérêt d'exiger un très grand nombre de pièces justificatives *ex ante* de la part du promoteur.

L'ensemble de ces mesures devraient permettre de réduire les délais d'instruction qui sont parfois source de découragement pour les promoteurs.

Cette simplification ne remet pas en cause la nécessité d'un délai de maturation du projet et d'un accompagnement des promoteurs. Mais elle doit permettre de limiter au maximum l'accompagnement « bureaucratique » d'aide au remplissage d'un dossier, au profit d'un accompagnement technico-médical plus axé sur le fond du projet.

La mission d'accompagnement des promoteurs doit pouvoir être effectuée par les responsables administratifs même s'ils sont en charge de l'instruction des projets. En effet, la définition de cahiers des charges offre un garde fou suffisant au risque d'être juge (instructeur) et partie (accompagnateur). De plus, l'accompagnement des services administratifs et médicaux peut être de meilleure qualité qu'un accompagnement externe, une fois la doctrine mieux établie.

L'accompagnement technique devrait être confié à des responsables régionaux dans la logique de spécialisation des compétences qui est celle des cahiers des charges thématiques, même si un accompagnement administratif infra régional peut également être envisagé dans les grandes régions.

2. L'incitation des professionnels à s'engager dans ces actions doit s'affirmer sous plusieurs formes :

- poursuite de la rémunération des réunions de coordination et autres tâches de mise en œuvre du réseau, dans le cadre de la définition de barèmes établis au niveau national ;
- renforcement significatif des mesures d'aide à l'installation des professionnels dans le cadre des actions de regroupement ;
- mise en place d'un intéressement aux résultats du réseau ou de l'action mise en place, en attribuant des surprimes en fonction des économies générées ou des objectifs de qualité mesurés ;
- prise en compte de la participation à un réseau dans le cadre des obligations de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles, le travail au sein d'un réseau ou d'une maison de santé correspondant aux cahiers des charges nationaux pouvant valoir comme respect de ces obligations.

3. Une organisation professionnelle plus intégrée

Dans la perspective d'une généralisation à tout le territoire, la question de l'engagement des professionnels de santé dans des démarches nouvelles ne pourra sans doute être réglée par ces mesures de simplification, et nécessitera une évolution forte de la culture et des comportements actuels des professionnels de santé.

Si les travaux de la mission ont fait apparaître les difficultés que rencontraient certains réseaux de pathologie pour intégrer les médecins généralistes et les para médicaux, à l'inverse, la mission a pu observer des expériences intéressantes de développement de réseaux de proximité prenant en charge plusieurs types de pathologies, ainsi que la constitution de maisons de santé pluridisciplinaires rapprochant médecins généralistes et paramédicaux⁶⁶.

C'est pourquoi la mission considère qu'en complément de l'approche par pathologie ou par population fondée sur les cahiers des charges définis plus haut, il serait intéressant de favoriser l'expérimentation de modes d'exercice professionnels plus intégrés regroupant des professionnels de santé de premier niveau (soins primaires) sous forme de cabinets de groupe ou de maisons de santé pluridisciplinaires.

Le cahier des charges propre à ces actions de regroupement situerait les exigences à 4 niveaux (ces exigences pouvant être évolutives) :

- un regroupement de professionnels de santé de plusieurs disciplines et/ou de professions médicales et paramédicales, voire médico-sociales. Le dispositif pourrait également expérimenter des délégations de tâches.
- un regroupement de fonctions médicales : dans la même entité seraient mises en œuvre, en sus du soin, des actions de formation, de coordination de prise en charge, de suivi du parcours des patients, d'éducation sanitaire et thérapeutique des malades, la diffusion et l'application de protocoles pour des pathologies chroniques, d'évaluation des pratiques, la participation à des actions de santé publique ... ;
- la mise en œuvre de fonctions supports renforcées et professionnalisées : soit logistiques et administratives (gestion comptable, informatique, gestion des déchets, mutualisation des secrétariats administratifs et médicaux...), soit d'ordre médico-administratif (stratification des risques chez les patients, recherche de comorbidité, inclusion des patients dans les réseaux, démarche qualité, évaluation, suivi de l'activité médicale avec l'assurance maladie, organisation du retours d'informations auprès des professionnels...);
- la contractualisation avec les instances de gestion, comportant des modalités d'incitation au respect des critères de qualité des soins et de maîtrise des coûts et des mécanismes d'intéressement financier aux résultats obtenus.

Ce type d'organisation constitue une réponse possible à la multiplication des réseaux par pathologie en créant une structure intermédiaire qui facilite l'adhésion des professionnels à des réseaux divers.

4.4 Sécuriser et simplifier le suivi comptable et financier

Le bilan négatif établi par la mission tient également au constat d'une gestion formaliste des dispositifs, trop éloignée d'un suivi de la réalité de l'action financée. Les préconisations de la mission relatives à une approche par type d'action associée à un meilleur suivi de la performance répondent en partie à ce constat de formalisme. Elles doivent également s'accompagner d'une rationalisation du suivi budgétaire et comptable :

- pour éviter certains gaspillages constatés ;
- pour un suivi financier en cohérence avec le suivi de l'activité des actions financées.

⁶⁶ Cf. notamment les expériences développées en Bourgogne. Cf. rapport n° 2005-182 sur le contrôle et l'évaluation du FAQSV et de la DRDR en Bourgogne.

4.4.1 *La fin des caisses pivots*

La fusion des deux fonds au sein d'une nouvelle 5^{ème} enveloppe de l'ONDAM permettrait de mettre fin au mécanisme des « caisses pivots » multipliant les acteurs du paiement. La gestion financière pourrait alors être confiée à l'agent comptable de l'URCAM sur le modèle de ce qui est pratiqué actuellement pour le FAQSV.

Un tel dispositif garantirait :

- la mise en œuvre de principes de suivi unifiés au niveau régional,
- un contact plus facile entre ordonnateur responsable du suivi de l'activité et comptable responsable du suivi financier,
- un interlocuteur financier « unique » pour les promoteurs.

4.4.2 *De nouvelles règles de suivi*

Ce suivi comptable et financier devrait s'exercer dans le respect des préconisations suivantes :

- la fin des pratiques les plus contestables constatées par la mission dans la gestion du FAQSV, comme le paiement par acompte unique exclusivement ou majoritairement (l'acompte initial de maximum 30 % de fonctionnement de la première année est tout fait raisonnable) ;
- des contacts accrus entre comptables et chargés de mission afin que le suivi financier soit plus directement lié au suivi de l'activité de la structure ;
- un système généralisé de paiement fondé sur des états financiers récapitulatifs passés et prévisionnels (semestriels, annuels) plutôt qu'un système de paiement sur factures. Une telle procédure devrait permettre de vérifier la réalisation du projet et privilégier des justificatifs déjà consolidés (comptes annuels ou ventilations analytiques pour des structures comme l'URML, le CHU, le CAC...). La mission insiste d'ailleurs sur le fait que l'existence d'un commissaire aux comptes doit systématiquement être vérifiée par les financeurs pour les associations dépassant le seuil réglementaire. Les comptes annuels certifiés permettent en effet de vérifier les co-financements versés et la réalité des disponibilités à travers le bilan. Il s'agit d'un élément essentiel de contrôle. Or, ils ne sont aujourd'hui quasiment jamais utilisés par les gestionnaires du FASQSV ;
- un système de suivi budgétaire qui n'existe pas pour l'instant pour le FAQSV et qui existe pour la DRDR sans que les conséquences en soit tirées. Pour que ce suivi budgétaire fonctionne, deux conditions préalables sont nécessaires : une présentation suffisamment détaillée des conventions, précisant en particulier la catégorie fourre-tout des frais de fonctionnement, et la présentation en annexe de la convention d'un budget annualisé et suffisamment détaillé afin qu'un suivi puisse en être réalisé, par le promoteur comme par le financeur. Une tolérance sur le basculement d'un poste à l'autre doit rester possible (par exemple sous un seuil de 5 %) mais ce système doit permettre de vérifier une ventilation par postes. Une révision annuelle du budget est ensuite souhaitable pour les projets qui ne suivent pas du tout le calendrier ou le schéma de réalisation prévu.

Avant même toute fusion des fonds, la mise en œuvre immédiate de ces préconisations apparaît d'autant plus urgente que le FAQSV est amené à financer en 2006 les expérimentations conduites dans le cadre du DMP pour un montant considérable.

4.5 Remettre à plat les financements en cours

4.5.1 Des audits ciblés

La mission préconise que soient effectués rapidement un certain nombre d'audit comptable, voire d'audit sur place la mise en place d'une procédure d'audit permettant d'effectuer des contrôles sur place pour vérifier la régularité des opérations et garantir la fiabilité des résultats présentés⁶⁷. La mission suggère notamment des audits comptables et sur place si nécessaire pour les dossiers suivants :

- projets ambulanciers, Medidata, DPIO, Forcomed et CAPP Douleur de l'enfant au niveau national ;
- GT-69 en région Rhône Alpes ; Enosis, les projets promus par l'URML, Nicostop, Qualivie, le réseau Rivage 83 pour la région PACA.

4.5.2 Un bilan des opérations en cours

Parallèlement à la réforme engagée, la mission recommande que soit effectué sous 3 mois un bilan des opérations financées au niveau régional à partir des indicateurs qu'elle a définis par typologie de réseaux dans la partie 1 de ce rapport (cf. partie 1.4 et annexe 3).

Si la mission est tout à fait consciente que ces indicateurs ne sont pas parfaits, ils constituent un « minimum requis » et peuvent servir immédiatement de base pour une première évaluation par les URCAM et ARH de tous les projets financés, indépendamment de travaux plus sophistiqués sur des cahiers des charges.

Pour ce qui concerne les réseaux prenant en charge d'autres populations (personnes en situation de précarité, toxicomanes) ou d'autres pathologies (hépatites, asthme, santé mentale...), le minimum requis devrait être l'association d'une action de coordination, la mise en place d'un ou plusieurs référentiels et une évaluation des pratiques les concernant, l'ensemble à décliner selon le ou les enjeux en cause (par exemple, prévention et accès aux soins pour les personnes en situation précaire, éducation thérapeutique pour les asthmatiques, programme d'échange de seringues pour les toxicomanes...).

Sur la base de ce bilan, les directeurs d'ARH et les directeurs et présidents d'URCAM décideraient de la poursuite ou de l'arrêt du financement des actions régionales, ou de la poursuite du financement sous conditions strictes d'évolution rapide dans l'organisation ou la montée en charge des projets.

⁶⁷ Sur le modèle de ce qui a été développé en PACA ou en Bourgogne. Cf. rapports n° 2005-181 et n° 2005 182 et sur le contrôle et l'évaluation du FAQSV et de la DRDR respectivement en PACA et en Bourgogne.

Ce bilan serait remonté à un groupe composé des directeurs de la DHOS, de l'UNCAM et de la DSS qui préfigurerait le comité de pilotage du fonds unifié dont l'existence officielle serait validée en LFSS.

Christine DANIEL

Bérénice DELPAL

Gilles DUHAMEL

Christophe LANNELONGUE

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

ANNEXES

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Lettre de mission nationale et note de cadrage

ANNEXE 2 : Liste des personnes rencontrées

ANNEXE 3 : Questionnaire sur le fonctionnement régional des deux fonds et tableaux thématiques sur les actions menées dans la région, à remplir par l'ARH et l'URCAM

ANNEXE 4 : Critères de qualité à prendre en compte pour l'évaluation des RCP

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION ET NOTE DE CADRAGE

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

Le Directeur de cabinet

Inspection Générale des Affaires Sociales
30 MARS 2005
N° 262

Paris, le 29 MAR. 2005

NOTE

à l'attention de

Marie Caroline BONNET-GALZY
Chef de l'IGAS

Objet : Evaluation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (F.A.Q.S.V.) et de la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR)

Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (F.A.Q.S.V.), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a deux missions principales :

- Il participe à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville entre professionnels libéraux d'une part et entre médecine de ville et médecine hospitalière d'autre part
- Il contribue au financement d'actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation.

Cinq années d'existence du FAQSV permettent d'aboutir à un constat nuancé sur ses missions, sa gestion et son articulation avec d'autres dispositifs de financement :

- Les missions du FAQSV ont été progressivement élargies, ce qui amène le fonds à accorder des financements dans de nombreux domaines, parfois en doublon avec d'autres dispositifs plus récemment créés. (permanence des soins, des réseaux, évaluation des pratiques professionnelles),
- Sa gestion, assurée à deux niveaux (national pour 20 % du budget et régional pour les 80% restants) par les caisses et les professionnels de santé, rend difficile le suivi des subventions et l'évaluation des actions financées.

Le fonds, créé initialement pour 5 ans s'est vu prorogé jusqu'au 31 décembre 2007. Le contexte de ses interventions a également fortement évolué ces dernières années avec la création de la dotation nationale des réseaux.

Depuis 2002, la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) créée au sein de l'ONDAM hospitalier permet en effet sur décision conjointe de l'ARH et de l'URCAM de financer des réseaux. Les montants consacrés à ces financements sont importants (165 M € en 2005) et croissants, sans, pour autant, de visibilité claire aujourd'hui sur les conditions de financement au niveau régional et sur les conditions d'évaluation des actions financées.

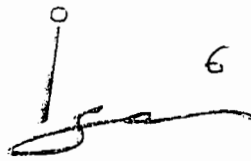
Je vous demande de constituer une mission ayant un double objectif :

- évaluer le fonctionnement du FAQSV et de la DNDR, en particulier les modalités de gestion, les critères d'attribution des financements et la méthode d'évaluation des projets financés.
- proposer des évolutions possibles de ces financements, en cohérence avec l'évolution de la gouvernance de l'assurance maladie.

Vos propositions devront s'inscrire dans la perspective d'une réforme éventuelle dans le cadre du PLFSS 2006, ce qui implique que les conclusions de la mission me soient transmises avant l'été 2005.



Jean Louis BUIH.



Inspection générale des affaires sociales

27 JUIN 2005

La Chef de Service

Note
à Monsieur le directeur de cabinet du Ministre
de la santé et des solidarités

Objet : contrôle du fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) et évaluation de la contribution de ces dispositifs à la mise en place de réseaux de santé

Dans le cadre du programme annuel 2005 de l'IGAS, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille a demandé à la chef de l'IGAS par lettre en date du 29 mars 2005 de mettre en œuvre une mission d'évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) avec un double objectif :

- évaluer le fonctionnement du FAQSV et de la DDR en particulier les modalités de gestion, les critères d'attribution des financements et la méthode d'évaluation des projets financés ;
- proposer des évolutions possibles de ces financements en cohérence avec l'évolution de la gouvernance de l'assurance maladie.

La mission a été confiée à Christine Daniel, Bérénice Delpal, Gilles Duhamel et Christophe Lannelongue, membres de l'IGAS. Elle a débuté le 23 mai dernier.

A la suite des contacts avec la DSS et la DHOS, la mission a prévu d'effectuer :

- le contrôle de l'utilisation des fonds du FAQSV et de la DNDR/DRDR ; dans cette optique, le FAQSV sera contrôlé et évalué dans son ensemble, sans se limiter au financement des seuls réseaux, mais en examinant les autres actions financées par le fonds, notamment la permanence des soins ;
- l'évaluation de la politique de financement des réseaux et de son intérêt comme mode d'organisation de l'offre de soins.

Les contrôles auront lieu aux niveaux national et régional. Cinq régions (Bourgogne, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Rhône-Alpes) ont été choisies en fonction de trois facteurs principaux : la démographie médicale, le nombre des réseaux fonctionnant dans la région, et le taux de consommation des enveloppes budgétaires

25/27, rue d'Astorg - 75008 PARIS - Tél. : 01 40 56 60 00 - Fax 01 40 56 67 01

Internet du Ministère : www.sante.gouv.fr - www.travail.gouv.fr - www.social.gouv.fr - www.ville.gouv.fr

attribuées. Sur ces trois facteurs, les cinq régions sélectionnées présentent une grande diversité.

Le contrôle portera à la fois :

- sur le fonctionnement des deux dispositifs FAQSV et DDR, mis en œuvre au niveau national par la DSS, la DHOS et l'UNCAM et au niveau régional par les ARH et les URCAM
- sur certaines actions conduites par les promoteurs régionaux et financées par les deux dispositifs, en particulier la permanence des soins et certains réseaux thématiques (soins palliatifs, cancer, diabétologie, périnatalité et gérontologie).

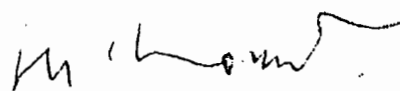
Il s'intéressera aussi bien à la conformité aux textes qu'à la performance des dispositifs (qualité du fonctionnement et efficacité) et des actions financées (qualité et l'efficacité des prises en charge, notamment via l'impact sur les pratiques des professionnels).

Le travail d'évaluation de la mission consistera à recueillir des éléments concernant notamment :

- le dispositif de financement actuel : niveaux de financement accordés, modalités de construction de la « 5^{ème} enveloppe », efficacité du circuit de financement, articulation des deux dispositifs et basculement éventuel du FAQSV sur la DDR ;
- les conditions de gestion administrative du FAQSV et de la DDR et leurs perspectives dans le double contexte d'évolution des politiques régionales de santé et de réforme de la gouvernance de l'assurance maladie. La mission s'interrogera notamment sur l'articulation des deux dispositifs, alors que se mettent en place les missions régionales de santé, ainsi que sur les conditions de pilotage des dispositifs au niveau national et régional ;
- les conditions d'engagement des professionnels de santé dans les réseaux ;
- l'impact des actions financées - et d'abord des réseaux- à l'amélioration de l'organisation des soins. La question de l'évaluation des réseaux sera plus précisément abordée dans ce cadre (critères d'évaluation et financement de celle-ci).

Les différents rapports concernant cette mission vous seront adressés en décembre 2005.

Les membres de la mission ont convenu avec la DSS et la DHOS de prendre à nouveau contact avec elles en octobre pour les informer de l'état d'avancement des travaux. Par ailleurs, ils sont à votre disposition et de celle de vos collaborateurs pour fournir tout élément complémentaire.



Marie-Caroline BONNET-GALZY

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Liste des personnes rencontrées

1) Organismes nationaux et personnalités

Cabinet du ministre de la santé et des solidarités

Pr. Jeandel
M. Laurent Habert

Haute autorité de santé

M. Canniard membre du collège

M. Guerin membre du collège

Direction de la sécurité sociale

M. Dominique Libault directeur
M. Stéphane Seillier, en tant que sous directeur du financement et du système de soins,
M Jean Philippe Viquant sous directeur du financement et du système de soins
M. Jean Luc Vieilleribière, adjoint au sous-directeur
M. Etienne Champion, chef du bureau des professions libérales
Mlle Anne MOUTEL, chargée de mission auprès du sous-directeur du financement et du système de soins, mission de la coordination et de la gestion du risque maladie
Mme Arlette MEYER, conseillère médicale à la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie
Mme Isabelle FAIBIS, conseillère médicale au bureau des relations avec les professionnels de santé (1B)

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

M Castex, directeur
M. Luc Allaire, chef de service

Sous-direction de l'organisation des soins (O) :

Mme Myriam Revel, sous directrice
M. David Seligman, chef du bureau O3
Mme Sophie Bentegat, adjointe du chef du bureau O3
Mme Véronique Billaud, chef du bureau de l'organisation générale de l'offre régionale des soins (O1)

Institut National du Cancer (INCA)

Mme Christine BARRAT
M. Laurent BORELLA, directeur des soins, des innovations et de l'évaluation

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés CNAMTS

Monsieur Régereau, président

Monsieur Van Rockeghem directeur général

M. Joel Dessaint directeur des finances, agent comptable

Mme Françoise Hugot, adjointe de l'agent comptable

Direction des Assurés - Département de la Coordination et de l'Evaluation des Soins (DCES)

Dr. BAYET, responsable du département

Mme Marie-Christine KETERS, ancienne responsable du département

Mme Christine NEU, adjointe

Mme Catherine GAUCHER, chargée de mission

Mission Professionnels de Santé

M. HAUSHALTER, Responsable de la mission

Mme HEURTON, chargée d'études

Direction de l'Offre de Soins – Département des Professions de Santé (DPROF)

Mme Maud GOBIN, chargée d'études

Mme RICHARD, chargée des relations avec les auxiliaires médicaux

Direction de l'Offre de Soins – Département des Produits de Santé

Mme KHUN, biologiste conseil

Mme ROBA, biologiste conseil

Mutualité sociale agricole Caisse centrale :

Mme Françoise FREGEAC Responsable du projet de développement des réseaux de santé

Mme Emmanuelle PION

Personnalités (par ordre alphabétique)

M. Thierry Boval, Ariane santé social

Mme Valérie CORNU, coordinatrice administrative du réseau gérontologique EMILE

Dr. DESCOUT, Président du réseau EMILE

M. Bernard Elghozi médecin généraliste et praticien hospitalier au centre hospitalier de Créteil coordonnateur du réseau de santé de Créteil.

Dr. Monod président de la fédération des URML (vérifier titre)

M François MOUTERDE, directeur associé, EUREVAL-C3 E

M. Gilles Poutout, directeur adjoint de l'URCAM Ile de France

Mme Agnès Robert, Ariane santé social

Dr. Varroud-Vial responsable de l'association nationale

2) Liste des personnes rencontrées en Bourgogne

URCAM

Mme Beaumont, présidente
 M. Routhier, directeur
 Mme Péliissier, chargée de mission FAQSV - réseaux
 M. Arredi, agent comptable

ARH

M. Ballereau, directeur
 M. Jaffre, secrétaire général
 M. Garcia, conseiller en systèmes d'information et chargé de mission réseaux

CPAM Cote d'Or

Martine Mollot Derel sous directrice
 M. Didier Collin, responsable du service juridique et des relations avec les professionnels de santé

ERSM Bourgogne Franche Comté

M. Escano, médecin conseil régional adjoint
 M. Jean Luc Zanni, médecin conseil
 Mme Laurence Clerc, médecin conseil

ARCMSA

M. Menu, médecin conseil régional

CRAM Bourgogne Franche Comté

M Madika, Directeur
 Mme Renaud directrice adjointe
 Mme Le Goff chargée étude, pôle gérontologique

DRASS

Mme Jacqueline Ibrahim, Directrice régionale
 Mme Françoise Besse, Inspectrice Principale Responsable du Département Protection Sociale
 M. Michel Legrand, Inspecteur au Pôle Santé Publique

CR

Mme Tenenbaum, vice présidente du conseil régional

CG 21

Mme Wrobel, direction solidarité et famille

UPMLB

M. Giet, président
 Mme Colin, directrice
 M. Picard, adjoint de direction
 M. Triat, kinésithérapeute
 Mme Chaumonnot, infirmière
 M. Bassen, médecin généraliste
 M. Casset, médecin généraliste
 M. Marchet, gynécologue-obstétricien

CHU de Dijon

M. Marie, directeur

réseau RESIAD

M. T. Gabreau, chef du service de médecine 1 (médecine interne/endocrinologie/ diabète) au CH d'Auxerre

Mme V. Quipourt

Mme Céline Guiliano, diététicienne

Mme Laetitia Eschrihuela, IDE

Mme Annie Fumerand, Secrétaire

Régulation 71

M. Passerat, président du réseau et de l'AMRL

Réseau Périnatal Bourguignon

Mme Gouyon, service de biostatistique et informatique médicale au CHU de Dijon, médecin du réseau

M. Gouyon, chef du service de réanimation et de médecine néonatale au CHU de Dijon

Réseau de Santé Haut Nivernais

M. Casset, médecin coordonnateur

M. Filidori, pdt du réseau

Mme Fautrier, assistante de direction

Mme Pleuveraux, sage femme réseau

Mme Trameau, psychologue

Maison Médicale de Saint Amand en Puisaye – Maison de santé amandinoise

M. Serin, médecin généraliste

M. Jarny, médecin généraliste

M. Jacquetin, médecin généraliste

Réseau gérontologique de Haute Côte d'Or

M. Plassard, président

Mme Grognet, coordinatrice

Mme Strugen, secrétaire

Réseau EMERAUDE

M. Petit, CH Henri Dunant, président

Mme Virot, médecin responsable de l'UMSP, CH Nevers

Mme Michel, infirmière coordinatrice

Réseau ONCOBOURGOGNE

M. Altwegg, président

Mme Titton, coordonnateur médical

3) Liste des personnes rencontrées en Champagne Ardennes

Agence régionale d'hospitalisation (ARH)

M. Broudic, directeur

Dr. Pernet, directrice adjointe

Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)

M. Thomas, président
M. Ravetta, directeur
M. Opfermann, chargé de mission
Mme Paulus, chargée de mission

CPAM Reims (caisse pivot pour la DRDR)

Mme Chamaux, fondée de pouvoir de l'agent comptable

CPAM Charleville (agence comptable de l'URCAM)

M. Capveller, agent comptable

Echelon régional du service médical (DRSM de Nancy)

Dr. Parant, médecin conseil
Dr Verroust, médecin conseil

Union régionale des médecins libéraux (URML, Reims)

Dr. Rousselot-Marche, médecin généraliste, présidente
Dr. Nivelet, médecin généraliste, membre du bureau du FAQSV
Dr. Turquin, médecin généraliste, trésorier de l'URML

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

Mme Debaisieux, directrice

Centre hospitalier universitaire de Reims (CHU, Reims)

Mme Coudrier, directrice
Pr. Gillery, président de la CME

Centre départemental des professions de santé (promoteur de la maison médicale de Reims)

Dr. Brulé, médecin généraliste, président du CDPS

Réseau ADDICA

Dr. Depinnoy, médecin généraliste, président d'ADDICA
Mme Delaplanque, coordinatrice administrative du réseau ADDICA

4) Liste des personnes rencontrées en Haute Normandie

Agence régionale d'hospitalisation (ARH)

M. Dubosc, directeur
M. Duret, chargé de mission

Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)

M. Prévelle, président
M. Nicollet, directeur
Mme Isenmann, chargé de mission
Mme Suzor, chargée de mission

Echelon régional du service médical (DRSM de Nancy)

Dr. Thielly, médecin conseil régional

Dr. Eudeline, médecin conseil

Centre hospitalier universitaire de Rouen (CHU)

M. Paire, directeur général

Mme Palier, directrice adjointe

M. Got, secrétaire générale

Mme Cornibe, directrice des finances

Centre Péricot (centre anti-cancéreux)

Pr. Monconduit, directeur général du centre, président du réseau Onconormand

Dr. Coussens, coordonnateur du réseau Onconormand

Union régionale des médecins libéraux (URML)

Dr. Martinez, président

Dr Soubrane, président de la section des spécialistes, représentant au bureau FAQSV, président du CSCTA

Dr Guinot, présidente de la section des généralistes, chargée de la permanence des soins, présidente de l'Union des Urgences Rouennaises (maison médicale de Rouen)

Dr Collard, élu URML, responsable du projet Dopamine

Dr Lichtbault, élu URML, président de la commission informatique

Contacts téléphoniques

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

M. Millard, médecin inspecteur régional

Maison de garde de Neufchâtel

Dr. Frichet, président de l'association des médecins brayons

4) personnes rencontrées dans la région Languedoc Roussillon

URCAM

M Dominique Létocart, directeur de l'URCAM

M. Christian PY, Président de l'URCAM

Mme Céline RICHARD, chargée de mission

ARH

Mme Catherine Dardé directrice

Mme Odile Lamarque chargée de mission

DRASS

M Gilles SCHAPIRA directeur

M Dominique KELLER, Directeur adjoint

M. Michel GREMY, médecin inspecteur

DRSM

Dr LAROSE
Dr CAROL

URML

M. Pierre MONOD, président
Mme Gisèle GIDDE, secrétaire générale

Réseau Polyarthrite Rhumatoïde LR

Pr. SANY

Réseau périnatal Naître en LR

Mme CRIBALET, sage femme coordinatrice
Pr. Pierre BOULOT, président du réseau

Réseau de soins palliatifs ROADS

Dr. Dominique BLET

Réseau de cancérologie ONCO LR,

Pr. Philippe ROUANET

SMUR de Cerdagne Capcir

Dr. LAPORTE

6) Liste des personnes rencontrées en Provence alpes cote d'azur (PACA)**Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) :**

- M. G. VALLET Directeur général
- Mme M. SORRENTINO Direction de la stratégie

Agence régionale de l'hospitalisation Provence - Alpes - Côte d'Azur (ARH PACA) :

- M. C. DUTREIL Directeur
- Dr. DELOFFRE

Comité technique régional des réseaux de santé :

- M. J-Y. ABECASSIS URCAM
- Dr. DELOFFRE ARH
- Dr. HORTE Echelon régional du service médical de la CNAMTS
- Dr. JACQUEME Echelon régional du service médical de la CNAMTS
- Mme H. PRODHON DRASS
- M. J. RIPOLL Echelon régional du service médical de la CNAMTS
- M. A. SARFATI DRASS
- Mme G. TONNAIRE URCAM
- Mme C. VINCENT URCAM

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) :

- M. L. CARBONNEL
- M. J. CHAPPELLET Directeur
- Mme H. PRODHON
- M. A. SARFATI

Etablissement de santé mentale Maison Blanche (Paris) :

- Mme N. PRUNIAUX Directrice

Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) région PACA :

- M. G. LACROIX Président

Institut national du cancer :

- Dr. BARA Directrice adjoint des soins, des innovations et de l'évaluation
- M. L. BORELLA Directeur des soins, des innovations et de l'évaluation

Union régionale des caisses d'assurance maladie Provence Alpes Côte d'Azur (URCAM PACA) :

- M. J-Y. ABECASSIS
- M. D. MARCHAND Directeur
- Mme G. TONNAIRE
- Mme C. VINCENT

Union régionale des médecins exerçant à titre libéral Provence Alpes Côte d'Azur (URML PACA) :

- Dr GOURHEUX Président

6) Liste des personnes rencontrées en Rhône Alpes

URCAM

M. MOREL, Président
M. DORME, Directeur
M. KRİKORIAN, Chargé de mission, responsable du pôle organisation des soins
M HALLIN, Agent comptable

ARH

- M. METAIS, Directeur
M. CHUZEVILLE, Chargé de mission

CRAM

M KINER, Directeur

Mme ALAMO, Sous-Directrice de la Direction de l'Hospitalisation (membre du CRR)

Mme CHARDON (membre de la cellule de coordination de Cap Réseaux)

CPAM de Lyon

M COLAS, service de la gestion du risque, correspondant local de Cap Réseaux

DRASS

M. ALEGOET, Directeur

M. GLAMI, Responsable du département offre hospitalière et médico-sociale

M. BENEVISE, Inspecteur Général des Affaires Sociales, ancien Directeur

DDASS de Haute Savoie

Mme F DELAUX, Directrice

Mme LEGRAND, Médecin inspecteur de santé publique

MRIICE

M. LARAMAS, Responsable de la mission régionale

DRSM

Dr. VERMOREL, Médecin Conseil

Dr. MARSALA, Médecin inspecteur régional

URML

Dr. CATON , Président

Dr. GROSCLAUDE (membre du bureau du FAQSV)

FRRS RA (Fédération régionale des réseaux de santé en Rhône Alpes)

M CHOSSEGROS, Président de la Coordination Nationale des Réseaux, membre de la FRRS RA

FHP

Dr. DUROUSSET, Président

Mme GAILLETON, Déléguée régionale

HCL

M. DENIEL, Directeur adjoint - Département de Conseil et stratégie

MMG de la plaine de l'Ain

Dr. BELEY, Coordinateur
Cécile LECOLLIER, Secrétaire

Réseau AURORE

Pr. R.C. RUDIGOZ, chef du Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital de la Croix-Rousse, responsable médical du réseau.

Réseau DIALOGS

Dr. MARTIN, Coordinatrice
Mme ALLIROL, Secrétaire

Réseau gérontologique des Coteaux du Roannais

Dr. DECHELETTE, Président
Mme CUILLIER VILLARD, Coordinatrice
Mme FARGETON, Coordinatrice
Mme LAPALUS, Secrétaire comptable

Réseau ONCORA

Dr. FARSI, Coordinatrice
M. BIRON, Directeur

Réseau RS 74

Dr. LABARRIERE, Président

Réseau Proxi Santé et Soins

Dr. MARTIN, Présidente
Mme FABRETTI, Directrice adjointe –Direction des Activités de réseaux et de la Qualité, Centre hospitalier de la région d'Annecy (CHRA)
Mme LECOMTE, Infirmière coordinatrice
Mme TISSOT NIVAULT, Responsable du secteur « activité de réseaux » (CHRA)

réseau SPAD Faucigny

Mme LEGUERN, infirmière coordinatrice, Présidente du SPAD
Mme FONGEALLAZ, Secrétaire du SPAD

Réseau REPOP GL

(réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique sur le Grand Lyon)

Dr. Sophie TREPPOZ, pédiatre, Coordinatrice
Mme CAVELIER, diététicienne, Coordinatrice
Mme FOUCHARD, Secrétaire

**ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE SUR LE FONCTIONNEMENT
REGIONAL DES DEUX FONDS ET TABLEAUX THEMATISES
SUR LES ACTIONS MENEES DANS LA REGION, A REMPLIR
PAR L'ARH ET L'URCAM**

Mission IGAS
FAQSV - DRDR – Réseaux de santé

Ce document est à remplir par l'URCAM s'agissant des données sur le FAQSV, et par le secrétariat technique ARH-URCAM pour les données sur la DRDR. Il comporte trois volets :

un questionnaire et des tableaux portant sur le dispositif régional FAQSV et DRDR à remplir par écrit spécifiquement pour la mission ;

une liste de documents déjà existants ;

des tableaux comparatifs régionaux à remplir par écrit spécifiquement pour la mission , portant sur les actions suivantes :

- 3.1 maisons médicales de garde
- 3.2 régulation libérale
- 3.3 périnatalité
- 3.4 diabète
- 3.5 personnes âgées
- 3.6 cancer
- 3.7 soins palliatifs

L'ensemble des documents doit être renvoyé par e-mail aux membres de la mission se déplaçant dans la région:

berenice.delpal@sante.gouv.fr

christophe.lannelongue@sante.gouv.fr

1) Questionnaire « Dispositif régional FAQSV et DRDR » à renseigner pour la mission :

Activité

FAQSV

	2002	2003	2004
Nombre de réunions du comité régional du FAQSV			
Nombre de réunions du bureau régional			
Nombre total de projets déposés			

Dont projets de réseaux			
Nombre total de projets financés			
Dont projets de réseaux			
Pour les projets financés par le FAQSV : <ul style="list-style-type: none"> • Montant total des projets financés (y compris les cofinancements) • Montant total des aides demandées au titre du FAQSV • Montant total des aides accordées au titre du FAQSV • Montant total des aides <u>versées</u> au titre du FAQSV 			
Nombre total de projets accordés dont les adhérents exercent à la fois en ville et à l'hôpital			
Nombre total de projets accordés dont les adhérents sont exclusivement des professionnels de santé libéraux exerçant en ville			

Frais de gestion :

Dépenses réalisées en.....	2003	2004
Frais de communication à l'adresse des promoteurs		
Frais d'évaluation globale du Fonds		
Frais d'assistance aux promoteurs pour l'élaboration des demandes d'aide		
Frais de gestion courante liés au fonctionnement des instances		
Frais d'expertise		
Frais liés à l'indemnisation des membres des instances régionales (frais de déplacements, indemnités compensatrices de frais, indemnités pour pertes de gains)		
Autres frais (à préciser)		
TOTAL		

DRDR

	2003	2004
Nombre de réunions du comité régional des réseaux		
Nombre total de projets déposés		
Nombre total de projets financés		
Dont nombre de projets financés l'année précédente et reconduits		
Pour les réseaux financés par la DRDR : <ul style="list-style-type: none"> • Montant total des projets financés (y compris les cofinancements) • Montant total des aides demandées au titre de la DRDR • Montant total des aides accordées au titre de la DRDR • Montant total des aides <u>versées</u> au titre de la DRDR 		

Répartition des réseaux financés

FAQSV

thème	2002		2003		2004	
	Nombre de projets financés	Montant total accordé	Nombre d'actions	Montant total accordé	Nombre d'actions	Montant total accordé
Actions fléchées						
Maisons médicales de garde						
Régulation libérale						
Périnatalité						
Soins palliatifs						
Cancer						
Gérontologie						
Diabète						
autres						

DRDR

thème	2003		2004	
	Nombre de réseaux financés	Montant total des financements accordés	Nombre de réseaux	Montant total des financements accordés
Maisons médicales de garde				
Régulation libérale				
Périnatalité				
Soins palliatifs				
Cancer				
Gérontologie				
Diabète				
autres				

Articulation FAQSV/DRDR

Pour les réseaux ayant basculé d'un financement FAQSV à un financement DRDR :

Nom du réseau	Date du 1 ^{er} financement DRDR	En cas d'arrêt du financement par le FAQSV, date du dernier financement obtenu

Procédure d'instruction des dossiers :**FAQSV**

- Nombre d'ETP affectées par l'URCAM à l'instruction et au suivi des dossiers FAQSV :
- Personnes ou structures dont l'avis est formellement sollicité pour l'instruction :

	oui	non
ARH		
CPAM		
DRSM		
DRASS		
DDASS		
URML		
Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins		
Autres (préciser)		

DRDR

- Nombre de personnes affectées par l'ARH à l'instruction et au suivi des dossiers DRDR
- Personnes ou structures dont l'avis est formellement sollicité pour l'instruction :

	oui	non
CPAM		
DRSM		
DRASS		
DDASS		
URML		
Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins		
Autres (préciser)		

Délais d'instruction des dossiers

FAQSV : le tableau suivant est à remplir pour tous les dossiers examinés lors de la dernière réunion du bureau du FAQSV en 2004

Nom du projet	Date de la réception du dossier <u>complet</u>	Date de la notification de la décision	Date de la signature de la convention	Date du premier paiement intervenu

2) Documents existants à fournir :

Par l'URCAM

- composition du comité régional de gestion
- composition du bureau
- comptes rendus des réunions et décisions du comité régional
- comptes rendus des réunions et décisions du bureau.
- comptes rendus des réunions et décisions du comité consultatif
- rapports annuels remis à la CNAMTS en 2003 et 2004
- documents de suivi remis à la CNAMTS en 2003 et 2004 : fiche de synthèse (suivi qualitatif) ; tableau recensant nombre de professionnels de santé et de patients concernés ; tableaux de consommation des crédits
- document de synthèse retraçant les priorités du PRAM 2004

Et si ces documents existent :

- Rapport d'activité de l'URCAM 2004
- Documents de promotion sur le fonds (brochures, etc)
- Documents retraçant les priorités régionales
- Documents de suivi de l'activité (tableaux de bord, grilles de comparaison...)
- Rapports d'audit comptable
- rapports d'évaluation jugés « positifs » soit concernant la méthode d'évaluation, soit sur le fond du projet (à préciser lors de l'envoi)
- Graphique de répartition géographique des dossiers financés
- Grille d'analyse des dossiers

Par l'ARH

- composition du comité régional des réseaux
- comptes rendus des réunions du comité régional des réseaux et le cas échéant ,des réunions décisionnaires
- Rapports d'activité remis à la DHOS (2003, 2004)
- convention ARH/URCAM
- document de synthèse retraçant les priorités du SROS II

Si ces documents existent

- version régionale des documents types (dossier promoteur, guide de l'instruction, décision de financement, convention de financement)
- documents de promotion de la DRDR (brochures, plaquettes d'information...)
- Documents retraçant les priorités régionales
- cahier des charges
- document précisant l'articulation avec le FAQSV
- Graphique de répartition géographique des dossiers financés
- Documents de suivi de l'activité (tableaux de bord, grilles de comparaison...)
- Rapports d'audit comptable

3.1 Maisons médicales de garde : tableau de comparaison régionale

Ce tableau est à remplir par l'URCAM pour les financements du FAQSV, par le secrétariat technique ARH-DDR pour les financements de la DDR.

Si certaines informations ne sont pas disponibles à l'URCAM ou à l'ARH, il n'est pas nécessaire d'effectuer des recherches complémentaires auprès des promoteurs. Merci de l'indiquer par les lettres « ND ».

1. Fiche d'identité

Maison médicale de garde			
1. Promoteur : nom de la personne morale et structure juridique			
2. Promoteur : nom de la personne physique et rattachement institutionnel (libéral, hôpital...)			
3. Date création structure juridique			
4. Date 1 ^{ère} convention FAQSV Date 1 ^{er} paiement FAQSV			
5. Date 1 ^{ère} convention DDR Date 1 ^{er} paiement DDR			
7. Médecin(s) membre(s) de l'équipe chargée du fonctionnement (établissement des plannings des tours de garde notamment) en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP, à distinguer des médecins adhérents en partie 2)			
8. Autres professionnels de santé (infirmière...): en 2002 en 2003 en 2004			
8. Secrétariat en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)			

2. Activité et fonctionnement

Maison médicale de garde			
1. Horaires d'ouverture en 2004 : Soirs de semaine Samedi Dimanche et jours fériés			
2. Nombre de médecins présents par tranche horaire en 2004 : Soirs de semaine Samedi Dimanche et jours fériés			
3. Nombre de médecins participant à la maison médicale de garde cibles 2002 2003 2004			
4. Nombre de médecins participant à la maison médicale de garde obtenus 2002 2003 2004			
5. Rémunérations dérogatoires : tarif prévu pour l'activité des médecins (forfait, tarif par prestation hors nomenclature...)			
6. Nombre de patients : En 2002 En 2003 En 2004			
7. Nombre de passages : En 2002 En 2003 En 2004			
8. Nombre moyen de passages en 2004 : Par soir de semaine Par samedi Par dimanche			

3. Gestion administrative et financière

Maison médicale de garde			
1. Montant des subventions versées (en distinguant si nécessaire investissement et fonctionnement) FAQSV 2002 FAQSV 2003 FAQSV 2004 DDR 2003 DDR 2004			
2. Montant des subventions prévues FAQSV 2005 DDR 2005 DDR 2006 DDR 2007			
3. Dépenses réalisées d'investissement * 2002 2003 2004			
4. Dépenses réalisées de fonctionnement* 2002 2003 2004			
5. Comparaison dépenses prévues au budget/dépenses réalisées * (fonctionnement et investissement) 2002 2003 2004			
6. Reversements éventuels au titre de la DDR et du FAQSV (montant et date)			
7. Dépenses de personnel (réalisé 2004)* - rémunération du coordonnateur - rémunération du secrétariat - rémunération des médecins - rémunération des paramédicaux - autres rémunérations			
8. Dépenses informatiques (réalisé 2004)* - investissement - fonctionnement			
9. Dépenses d'équipement médical* (réalisé 2004)			
10. Prestations d'études (réel 2004)*			
11. Prestations de formation (réel 2004)*			
12. Prestations d'évaluation - montant total subventionné par le FAQSV et la DDR (cumulé 2002, 2003, 2004) - montant total dépensé au titre des subventions FAQSV et DDR (cumulé 2002, 2003, 2004)			

* dépenses totales toutes sources de financement confondues, y compris hors FAQSV et DDR

4. Résultats et évaluation

Maison médicale de garde			
1. Participation à la garde préfectorale en 2004			
2. Relation avec le centre 15 et intégration dans la régulation			
3. Existence d'une évaluation externe Si oui, nom de l'évaluateur et structure juridique de rattachement (hôpital, université, consultants privés...)			
4. Existe-t-il une évaluation de l'impact sur le nombre de V sur la zone géographique couverte et pendant les plages d'ouverture de la maison médicale : – prévue ? – réalisée ? Préciser le cas échéant l'indicateur			
5. Existe-t-il une évaluation permettant de monter un meilleur accès aux soins libéraux sur la zone géographique couverte depuis l'ouverture de la maison médicale et pendant les heures d'ouverture : – prévue ? – réalisée ? Préciser le cas échéant l'indicateur			
6. Existe-t-il une évaluation de l'impact sur le nombre d'arrivée aux urgences hospitalières pendant les plages d'ouverture de la maison médicale : – prévue ? – réalisée ? Préciser le cas échéant l'indicateur			

3.2 Structures de régulation libérale des appels : tableau de comparaison régionale

Ce tableau est à remplir par l'URCAM pour les financements du FAQSV, par le secrétariat technique ARH-DDR pour les financements de la DDR.

Si certaines informations ne sont pas disponibles à l'URCAM ou à l'ARH, il n'est pas nécessaire d'effectuer des recherches complémentaires auprès des promoteurs. Merci de l'indiquer par les lettres « ND ».

1. Fiche d'identité

Régulation libérale			
1. Promoteur : nom de la personne morale et structure juridique			
2. Promoteur : nom de la personne physique et rattachement institutionnel (libéral, hôpital...)			
3. Date création structure juridique			
4. Date 1 ^{ère} convention FAQSV Date 1 ^{er} paiement FAQSV			
5. Date 1 ^{ère} convention DDR Date 1 ^{er} paiement DDR			
6. Médecins membres de l'équipe chargée du fonctionnement du réseau : en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP, à distinguer des médecins adhérents demandés en partie 2)			
7. Permanenciers financés en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)			
8. Population couverte			

2. Activité et fonctionnement

Régulation libérale			
1. Horaires d'ouverture de la régulation libérale des appels en 2004 : Soirs de semaine Samedi Dimanche et jours fériés			
2. Nombre de médecins libéraux impliqués dans le planning de la régulation libérale en 2002 en 2003 en 2004			
3. Nombre de médecins présents par tranche horaire en 2004 : Soirs de semaine Samedi Dimanche et jours fériés			
4. Rémunérations dérogatoires : tarif prévu pour l'activité des médecins (forfait, tarif par prestation hors nomenclature...)			
5. Nombre d'appels totaux arrivés à la régulation (libéral et SAMU) : En 2002 En 2003 En 2004			
6. Nombre d'appels pris par la régulation libérale : En 2002 En 2003 En 2004			
7. Nombre moyen d'appels pris par la régulation libérale en 2004 : Par soir de semaine Par samedi Par dimanche			
8. Comparaison du nombre d'appels traités par les médecins du centre 15 et par les médecins régulateurs libéraux (sur une plage horaire où cohabitent les deux régulations)			

3. Gestion administrative et financière

Régulation libérale			
1. Montant des subventions versées (en distinguant si nécessaire investissement et fonctionnement) FAQSV 2002 FAQSV 2003 FAQSV 2004 DDR 2003 DDR 2004			
3. Montant des subventions prévues FAQSV 2005 DDR 2005 DDR 2006 DDR 2007			
3. Dépenses réalisées d'investissement * 2002 2003 2004			
4. Dépenses réalisées de fonctionnement* 2002 2003 2004			
5. Comparaison dépenses prévues au budget/dépenses réalisées * (fonctionnement et investissement) 2002 2003 2004			
6. Reversements éventuels au titre de la DDR et du FAQSV (montant et date)			
7. Dépenses de personnel (réalisé 2004)* - rémunération du coordonnateur - rémunération du secrétariat - rémunération des médecins - rémunération des paramédicaux - autres rémunérations			
8. Dépenses informatiques (réalisé 2004)* - investissement - fonctionnement			
9. Dépenses d'équipement médical* (réalisé 2004)			
10. Prestations d'études (réel 2004)*			
11. Prestations de formation (réel 2004)*			
12. Prestations d'évaluation - montant total subventionné par le FAQSV et la DDR (cumulé 2002, 2003, 2004) - montant total dépensé au titre des subventions FAQSV et DDR (cumulé 2002, 2003, 2004)			

* dépenses totales toutes sources de financement confondues, y compris hors FAQSV et DDR

4. Résultats et évaluation

Régulation libérale			
1. Existence d'un contrat liant la régulation libérale et le centre 15			
2. Intégration des locaux de la régulation libérale au SAMU			
3. Existence d'une évaluation externe Si oui, nom de l'évaluateur et structure juridique de rattachement (hôpital, université, consultants privés...)			
4. Résultats des appels : % conseils % intervention libérale (astreinte, structure spécifique, autre) % retour vers le centre 15 % autres			
5. Existence d'une comparaison des résultats des appels avant/après la mise en place d'une régulation libérale des appels			

3.3 Réseaux « périnatalité » : tableau de comparaison régionale

Ce tableau est à remplir par l'URCAM pour les financements du FAQSV, par le secrétariat technique ARH-URCAM pour les financements de la DDR.

Si certaines informations ne sont pas disponibles à l'URCAM ou à l'ARH, il n'est pas nécessaire d'effectuer des recherches complémentaires auprès des promoteurs. Merci de l'indiquer par les lettres « ND ».

1. Fiche d'identité

Nom du réseau			
1. Promoteur : nom de la personne morale et structure juridique			
2. Promoteur : nom de la personne physique et rattachement institutionnel (libéral, hôpital...)			
3. Date création structure juridique			
4. Date 1 ^{ère} convention FAQSV Date 1 ^{er} paiement FAQSV			
5. Date 1 ^{ère} convention DDR Date 1 ^{er} paiement DDR			
6. Profil des partenaires du réseau - Etablissements de santé - Professionnels de santé de ville - Professionnels des services de PMI - Champ médico-social - Champ social			
7. médecins membres de l'équipe chargée du fonctionnement du réseau ¹ en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)			
8. Autres professionnels de santé membres de l'équipe ² en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)			
9. Secrétariat en 2002 en 2003 en 2004			

¹ A distinguer des professionnels adhérents, répertoriés dans la deuxième partie (activité)

² A distinguer des professionnels adhérents, répertoriés dans la deuxième partie (activité)

(préciser nombre et ETP)			
10. Autres membres de l'équipe chargée du fonctionnement du réseau (travailleurs sociaux, ...)³ (préciser nombre et ETP)			
11. population du territoire du réseau			

2. Activité et fonctionnement

Nom du réseau			
1. Existe-t-il un dossier médical partagé ? Est-il informatisé ?			
2. Les référentiels suivants ont-ils été élaborés par le réseau : - Streptocoque B pendant la grossesse - Maturation pulmonaire en cas de menace d'accouchement prématuré - Gestion d'une hémorragie de la délivrance			
3. Existe-t-il une cellule d'orientation des transferts ?			
4. Nombre d'établissements de santé ciblés pour 2004			
5. Nombre d'établissements membres du réseau en 2004			
6. Nombre de professionnels de santé libéraux ciblés pour 2004			
7. Nombre de professionnels de santé libéraux adhérents en 2004			
8. Prestations dérogatoires pour les professionnels de santé (indiquer le montant unitaire) : Hors soins : - indemnisation pour la participation à l'élaboration des protocoles - indemnisation pour le remplissage du dossier médical - indemnisation pour le recueil des données de suivi et d'évaluation - indemnisation pour la participation à des formations (demi-journée ou soirée) - indemnisation pour la participation à d'autres réunions			

³ A distinguer des professionnels adhérents, répertoriés dans la deuxième partie (activité)

- autres (préciser) Soins : - Majorations d'actes - Actes de prévention - Actes hors nomenclature - Autres			
9. Dérogations au bénéfice du patient			
10. Nombre de femmes enceintes ciblées par le réseau en 2002 en 2003 en 2004			
11. Nombre de femmes enceintes incluses dans le réseau en 2002 en 2003 en 2004			
12. Nombre de femmes enceintes dans le réseau déjà incluses l'année précédente : En 2002 (femmes déjà incluses en 2001) En 2003 (femmes déjà incluses en 2002) En 2004 (femmes déjà incluses en 2003)			
13. Nombre de femmes sorties du réseau en 2002 en 2003 en 2004			

3. Gestion administrative et financière

Nom du réseau			
1. Montant des subventions versées (en distinguant si nécessaire investissement et fonctionnement) FAQSV 2002 FAQSV 2003 FAQSV 2004 DDR 2003 DDR 2004			
2. Montant des subventions prévues FAQSV 2005 DDR 2005 DDR 2006 DDR 2007			
3. Dépenses réalisées d'investissement * 2002 2003 2004			
4. Dépenses réalisées de fonctionnement* 2002 2003 2004			
5. Comparaison dépenses prévues au budget/dépenses réalisées * (fonctionnement et investissement) 2002 2003 2004			
6. Reversements éventuels au titre de la DDR et du FAQSV (montant et date)			
7. Dépenses de personnel (réalisé 2004)* - rémunération du coordonnateur - rémunération du secrétariat - rémunération des médecins - rémunération des paramédicaux - autres rémunérations			
8. Dépenses informatiques (réalisé 2004)* - investissement - fonctionnement			
9. Dépenses d'équipement médical* (réalisé 2004)			
10. Prestations d'études (réalisé 2004)*			
11. Prestations de formation (réalisé 2004)*			
12. Prestations d'évaluation - montant total subventionné par le FAQSV et la DDR (cumulé 2002, 2003, 2004) - montant total dépensé au titre des subventions FAQSV et DDR (cumulé 2002, 2003, 2004)			

* dépenses totales toutes sources de financement confondues, y compris hors FAQSV et DDR

4. Résultats et évaluation

Nom du réseau			
<p>1. Y a-t-il une évaluation (prévue/réalisée) portant sur l'utilisation et/ou l'utilité du dossier médical commun ? Le cas échéant, préciser l'indicateur retenu</p>			
<p>2. Existe-t-il une évaluation (prévue ou réalisée) des pratiques relatives : - à l'un ou plusieurs des référentiels cités ci-dessus (strepto B ; maturation pulmonaire ; hémorragie de la délivrance) ? - à un ou des autres référentiels (préciser) ?</p>			
<p>3. Existence d'une évaluation externe Si oui, nom de l'évaluateur et structure juridique de rattachement (hôpital, université, consultants privés...)</p>			
<p>4. La mesure de l'impact sur les taux de transfert des mères et des nouveaux nés au sein et hors du réseau est-elle réalisée ou prévue ? Le cas échéant, préciser l'indicateur</p>			
<p>5. L'impact sur les indicateurs de périnatalité est-il mesuré ? Est-il positif ? Le cas échéant, préciser : - évolution du taux de mortalité périnatale - évolution du taux de décès maternels</p>			

3.4 Réseaux « Diabète » : tableau de comparaison régionale

Ce tableau est à remplir par l'URCAM pour les financements du FAQSV, par le secrétariat technique ARH-URCAM pour les financements de la DDR.

Si certaines informations ne sont pas disponibles à l'URCAM ou à l'ARH, il n'est pas nécessaire d'effectuer des recherches complémentaires auprès des promoteurs. Merci de l'indiquer par les lettres « ND ».

1. Fiche d'identité

Nom du réseau		
1. Promoteur : nom de la personne morale et structure juridique		
2. Promoteur : nom de la personne physique et rattachement institutionnel (libéral, hôpital...)		
3. Date création structure juridique		
4. Date 1 ^{ère} convention FAQSV Date 1 ^{er} paiement FAQSV		
5. Date 1 ^{ère} convention DDR Date 1 ^{er} paiement DDR		
6. Médecins membres de l'équipe chargée du fonctionnement du réseau : en 2002 en 2003 en 2004 (à distinguer des médecins adhérents) (préciser nombre et ETP)		
7. Autres professionnels membres de l'équipe chargée du fonctionnement du réseau : en 2002 en 2003 en 2004 Préciser formation, nombre et ETP (à distinguer des professionnels adhérents)		
8. Secrétariat en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)		

9. Population : - population du territoire du réseau - estimation de la population concernée par la pathologie sur ce territoire		
10. Quel est le coût moyen annuel pour l'assurance maladie par patient diabétique dans le territoire (T) ou la région (R) ? (préciser T ou R)		

2. Activité et fonctionnement

Nom du réseau			
1. Existe t'il un dossier médical commun ?			
2. Est-il informatisé ?			
3. Existe t'il un référentiel relatif au suivi du patient diabétique (recommandations ANAES, bilan annuel...)?			
4. Existe t'il un référentiel permettant de graduer le risque podologique ?			
5. Ce référentiel « risque podologique » est-il diffusé aux généralistes du territoire non adhérents au réseau ?			
6. Existe t'il un référentiel portant sur le traitement du pied diabétique (programme de soins gradués...)?			
7. Existe t'il un référentiel portant sur le traitement cardiovasculaire ?			
8. Existe t'il un référentiel portant sur les hypoglycémiantes ?			
9. Nombre d'actions de formation en diabétologie des professionnels : en 2002 en 2003 en 2004			
10. Nombre moyen de participants à ces actions de formation ?			
11. Nombre de professionnels cibles du réseau : - généralistes - spécialistes - infirmières - podologues - autres Préciser les nombres ciblés : en 2002 en 2003 en 2004			

<p>12. Professionnels adhérents au réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - généralistes - spécialistes - infirmières - podologues - autres <p>Préciser leur nombre :</p> <p>en 2002</p> <p>en 2003</p> <p>en 2004</p>			
<p>13. Nombre d'actions relatives à l'éducation thérapeutique des patients (éducation, DTT, activité physique...) :</p> <p>en 2002</p> <p>en 2003</p> <p>en 2004</p>			
<p>14. Nombre moyen de patients participants à ces actions :</p> <p>en 2002</p> <p>en 2003</p> <p>en 2004</p>			
<p>15. Le réseau a t'il accès à une consultation hospitalière dans un service référent dans les 48h en cas d'urgence podologique ?</p>			
<p>16. Prestations dérogatoires pour les professionnels de santé (préciser le montant unitaire)</p> <p>Hors soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - indemnisation pour la participation à l'élaboration des protocoles - indemnisation pour le remplissage du dossier médical - indemnisation pour le recueil des données de suivi, d'évaluation, de mise en œuvre des référentiels - indemnisation pour la participation à des formations (soirée, demi-journée...) - indemnisation pour participation à des réunions autres (information, coordination...) - autres (préciser) <p>Soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - majorations d'actes - réunions d'éducation thérapeutique - autres actes hors nomenclature - autres 			
<p>17. Dérogations au bénéfice du patient :</p>			

3. Gestion administrative et financière

Nom du réseau			
1. Montant des subventions versées (en distinguant si nécessaire investissement et fonctionnement) FAQSV 2002 FAQSV 2003 FAQSV 2004 DDR 2003 DDR 2004			
5. Montant des subventions prévues FAQSV 2005 DDR 2005 DDR 2006 DDR 2007			
3. Dépenses réalisées d'investissement * 2002 2003 2004			
4. Dépenses réalisées de fonctionnement* 2002 2003 2004			
5. Comparaison dépenses prévues au budget/dépenses réalisées * (fonctionnement et investissement) 2002 2003 2004			
6. Reversements éventuels au titre de la DDR et du FAQSV (montant et date)			
7. Dépenses de personnel (réalisé 2004)* - rémunération du coordonnateur - rémunération du secrétariat - rémunération des médecins - rémunération des paramédicaux - autres rémunérations			
8. Dépenses informatiques (réalisé 2004)* - investissement - fonctionnement			
9. Dépenses d'équipement médical (accès rétinographe...)* (réalisé 2004)			
10. Prestations d'études (réalisé 2004)*			
11. Prestations de formation (réalisé 2004)*			
12. Prestations d'évaluation - montant total subventionné par le FAQSV et la DDR (cumulé 2002, 2003, 2004) - montant total dépensé au titre des subventions FAQSV et DDR (cumulé 2002, 2003, 2004)			

* dépenses totales toutes sources de financement confondues, y compris hors FAQSV et DDR

4. Résultats et évaluation

Nom du réseau			
1. Nombre de patients ciblés par le réseau : pour 2003 pour 2004			
2. Nombre de patients présents en 2003 ⁴ ayant été inclus en 2002			
3. Nombre de nouveaux patients inclus en 2003 ⁵			
4. Nombre de patients sortis en 2003 (dont décès)			
5. Nombre de patients présents en 2004 ayant été inclus en 2003			
6. Nombre de nouveaux patients inclus en 2004			
7. Nombre de patients sortis en 2004 (dont décès)			
8. Existe t'il une évaluation ⁶ des pratiques relatives au référentiel « suivi , bilan » ?			
9. Existe t'il une évaluation des pratiques relatives au référentiel risque podologique ?			
10. Existe t'il une évaluation des pratiques relatives à celui sur le traitement du pied ?			
11. Existe t'il une évaluation des pratiques relatives à un référentiel portant sur le traitement CV ?			
12. Existe t'il une évaluation des pratiques relatives au référentiel concernant le traitement hypoglycémiant ?			
13. Existe t'il une évaluation des pratiques relatives à un autre référentiel (préciser) ?			

⁴ Présents du 1^{er} janvier au 31 décembre

⁵ Inclus entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre

⁶ démarrée (T0) pas forcément aboutie

<p>13. Une évaluation externe est-elle prévue ou a t'elle été réalisée ?</p> <p>Si oui, nom du (ou des) évaluateur(s) et structure juridique de rattachement (hôpital, université, consultant privé...)</p>			
<p>14. Pourcentage de patients du réseau dont le risque podologique est évalué (au moins une fois par an) ?</p>			
<p>15. Existe t'il une amélioration constatée des pratiques au sein du réseau ? (préciser sur quels points)</p>			

3.5 Réseaux « Personnes âgées » : tableau de comparaison régionale

Ce tableau est à remplir par l'URCAM pour les financements du FAQSV, par le secrétariat technique ARH-URCAM pour les financements de la DDR.

Si certaines informations ne sont pas disponibles à l'URCAM ou à l'ARH, il n'est pas nécessaire d'effectuer des recherches complémentaires auprès des promoteurs. Merci de l'indiquer par les lettres « ND ».

1. Fiche d'identité

Nom du réseau			
1. Promoteur : nom de la personne morale et structure juridique			
2. Promoteur : nom de la personne physique et rattachement institutionnel (libéral, hôpital...)			
3. Date création structure juridique			
4. Date 1 ^{ère} convention FAQSV Date 1 ^{er} paiement FAQSV			
5. Date 1 ^{ère} convention DDR Date 1 ^{er} paiement DDR			
6. Partenaires du réseau - CHU ou CH - hôpital local - CLIC (préciser niveau) - CG - Associations d'aide à domicile - SSIAD - EHPAD - Maisons de retraite			
7. Médecins généralistes membres de l'équipe chargée du fonctionnement du réseau : en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)			
8. Auxiliaires médicaux de l'équipe (infirmières, kinésithérapeutes...) en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)			

9. Assistantes sociales membres de l'équipe en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)			
10. Secrétariat en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre, ETP et profil)			
11. Autres membres de l'équipe réseau en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)			
12. Population : - population de 70 ans et plus sur le territoire du réseau - Nombre de personnes âgées dépendantes sur le territoire			
13. Territoire couvert : - rural ou urbain ? - correspond-il à un territoire déjà identifié ? si oui, lequel (CLIC, bassin gérontologique...)			

2. Activité et fonctionnement

Nom du réseau			
1. Bilans d'inclusion - existe-t-il un bilan médical d'inclusion systématique (évaluation gériatrique, degré de risque, vulnérabilité...)? - existe-t-il un bilan médico-social systématique? - existe-t-il un ou des plans d'intervention personnalisés établis systématiquement à l'issue de ces deux bilans?			

<p>2. Existe-t-il un dossier de coordination ? Si oui, préciser la forme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cahier de liaison - dossier commun patient <p>Est-il informatisé ?</p>			
<p>3. Nombre de réunions formelles de concertation, de mise à plat ou de coordination financées :</p> <p>en 2002 en 2003 en 2004</p>			
<p>4. Le réseau a-t-il mis en place un ou plusieurs référentiels de pratiques pour les médecins généralistes ?</p>			
<p>5. Nombre d'actions d'information, de promotion financées :</p> <p>en 2002 en 2003 en 2004</p>			
<p>6. Nombre d'actions de formation en gérontologie (soirées ou demi-journées) financées :</p> <p>en 2002 en 2003 en 2004</p>			
<p>7. Nombre moyen de participants en distinguant médecins (M) et autres professionnels (AP) par action de formation :</p> <p>en 2002 en 2003 en 2004</p>			
<p>8. Prestations dérogatoires pour les professionnels de santé (montant unitaire)</p> <p>Hors soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - indemnisation pour participation à des réunions de coordination, de concertation - indemnisation pour la participation à l'élaboration des protocoles - indemnisation pour le remplissage du dossier médical - indemnisation pour le recueil des données de suivi et d'évaluation - indemnisation pour la participation 			

à des formations (soirée, demi-journée) - autres (préciser)			
Soins : - majorations d'actes - actes hors nomenclature - autres			
9. Dérogations au bénéfice du patient			
10. Nombre de médecins généralistes ciblés par le réseau : en 2002 en 2003 en 2004			
11. Nombre de médecins généralistes inclus dans le réseau : en 2002 en 2003 en 2004			
12. Nombre de médecins actifs (ayant inclus au moins 5 patients) : en 2002 en 2003 en 2004			
13. Nombre d'infirmières ciblées par le réseau : en 2002 en 2003 en 2004			
14. Nombre d'infirmières incluses dans le réseau : en 2002 en 2003 en 2004			
15. Nombres d'assistantes sociales ciblées par le réseau en 2002 en 2003 en 2004			
16. Nombre d'assistantes sociales incluses dans le réseau en 2002 en 2003 en 2004			
17. Nombre d'autres professionnels inclus par le réseau : en 2002 en 2003 en 2004			

3. Gestion administrative et financière

Nom du réseau			
1. Montant des subventions versées (en distinguant si nécessaire investissement et fonctionnement) FAQSV 2002 FAQSV 2003 FAQSV 2004 DDR 2003 DDR 2004			
2. Montant des subventions prévues FAQSV 2005 DDR 2005 DDR 2006 DDR 2007			
3. Dépenses réalisées d'investissement * 2002 2003 2004			
4. Dépenses réalisées de fonctionnement* 2002 2003 2004			
5. Comparaison dépenses prévues au budget/dépenses réalisées * (fonctionnement et investissement) 2002 2003 2004			
6. Reversements éventuels au titre de la DDR et du FAQSV (montant et date)			
7. Dépenses de personnel (réalisé 2004)* - rémunération du coordonnateur - rémunération du secrétariat - rémunération des médecins - rémunération des paramédicaux - autres rémunérations			
8. Dépenses informatiques (réalisé 2004)* - investissement - fonctionnement			
9. Dépenses d'équipement médical* (réalisé 2004)			
10. Prestations d'études (réalisé 2004)*			
11. Prestations de formation (réalisé 2004)*			
12. Prestations d'évaluation - montant total subventionné par le FAQSV et la DDR (cumulé 2002, 2003, 2004) - montant total dépensé au titre des subventions FAQSV et DDR (cumulé 2002, 2003, 2004)			

* dépenses totales toutes sources de financement confondues, y compris hors FAQSV et DDR

4. Résultats et évaluation

Nom du réseau			
1. Le réseau s'est-il fixé un taux de pénétration vis à vis des patients et des professionnels de santé de son territoire ?			
2. Nombre de patients ciblés pour 2003 pour 2004			
3. Nombre de patients présents en 2003 ayant été inclus en 2002			
4. Nombre de nouveaux patients inclus en 2003 Précisez l'origine de l'inclusion : Hôpital MG autre			
5. Nombre et motifs de sorties en 2003: Décès Placement en institution Sortie volontaire			
6. Nombre de patients présents en 2004 ayant été inclus en 2003			
7. Nombre de nouveaux patients inclus en 2004 Préciser l'origine de l'inclusion : Hopital MG autre			
8. Nombre et motifs de sorties en 2004: Décès Placement en institution Sortie volontaire			
9. Nombre de refus d'inclusion			
10. Taux de patients ayant un bilan médical et social : en 2002 en 2003 en 2004			
11. Une évaluation de l'application du plan personnalisé d'intervention est-elle prévue ou réalisée ? si oui, préciser l'indicateur			

12. Une évaluation de l'impact du plan personnalisé d'intervention est-elle prévue ou réalisée ? si oui, préciser l'indicateur			
13. Une évaluation de l'utilisation et/ou de l'utilité du dossier est-elle prévue ou réalisée ? si oui, préciser l'indicateur			
14. Une évaluation des pratiques relatives à un ou des référentiels du réseau est-elle prévue ou réalisée ? si oui, préciser l'indicateur			
15. Le réseau a-t-il défini un indicateur permettant d'apprécier sa contribution à un recours et/ou un accès plus approprié et/ou facilité à l'hospitalisation (court séjour, soins de suite...) Si oui, préciser lequel Son évaluation est-elle en cours (T0, cas-témoin...) ou réalisée ?			
16. Les aidants naturels sont-ils interrogés de façon systématique (organisée) à propos de leurs attentes/ satisfaction ?			
17. L'évaluation de l'apport du réseau a-t-elle (ou va-t-elle) pris en compte un indicateur social ? - Lequel ? - Cette évaluation est-elle en cours ou déjà réalisée ?			
18. Comment la plus-value du réseau est-elle évaluée ? - Préciser dans le cas où les éléments de réponse ne sont pas inclus dans les réponses déjà apportées supra - Cette évaluation est-elle en cours ou déjà réalisée ?			
19. Existence d'une évaluation externe Si oui, nom de l'évaluateur et structure juridique de rattachement (hôpital, université, consultants privés...)			

3.6 Réseaux « cancer » : tableau de comparaison régionale

Ce tableau est à remplir par l'URCAM pour les financements du FAQSV, par le secrétariat technique ARH-URCAM pour les financements de la DDR.

Si certaines informations ne sont pas disponibles à l'URCAM ou à l'ARH, il n'est pas nécessaire d'effectuer des recherches complémentaires auprès des promoteurs. Merci de l'indiquer par les lettres « ND ».

2. Fiche d'identité

Nom du réseau		
3. Promoteur : nom de la personne morale et structure juridique		
4. Promoteur : nom de la personne physique et rattachement institutionnel (libéral, hôpital...)		
3. Date création structure juridique		
4. Date 1 ^{ère} convention FAQSV Date 1 ^{er} paiement FAQSV		
5. Date 1 ^{ère} convention DDR Date 1 ^{er} paiement DDR		
6. Profil des partenaires du réseau : - CHU et CH publics - CLCC - spécialistes de ville - généralistes - para médicaux en ville - champ social et médico-social		
7. Médecins membres de l'équipe chargée du fonctionnement du réseau : en 2002 en 2003 en 2004 (à distinguer des médecins adhérents) (préciser nombre et ETP)		
8. Autres professionnels de santé (infirmière...) membres de l'équipe chargée du fonctionnement du réseau : en 2002 en 2003 en 2004		

(à distinguer des professionnels adhérents) (préciser nombre et ETP)		
9. Secrétariat en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)		
10. Autres membres de l'équipe réseau (travailleurs sociaux...) en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)		
11. Population : - population du territoire du réseau - estimation de la population concernée par la pathologie sur ce territoire		

2. Activité et fonctionnement

Nom du réseau			
1. Existe t'il un dossier médical commun ?			
2. Est-il informatisé ?			
3. Existe t'il un référentiel « cancer du sein : traitement adjuvant » ?			
4. Existe t'il un référentiel « cancer du sein : suivi » ?			
5. Existe t'il un référentiel « cancer broncho-pulmonaire : traitement adjuvant » ?			
6. Existe t'il un référentiel « cancer broncho-pulmonaire : suivi » ?			
7. Existe t'il un référentiel « cancer colo-rectal : traitement adjuvant » ?			
8. Existe t'il un référentiel « cancer colo-rectal : suivi » ?			

<p>9. Nombre d'actions de formation en cancérologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> en 2002 en 2003 en 2004 			
<p>10. Nombre de professionnels cibles en 2004 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - généralistes - spécialistes - infirmières - autres 			
<p>11. Profil des professionnels adhérents au réseau en 2004 .</p> <p>Nombre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - généralistes - spécialistes - infirmières - autres 			
<p>12. Prestations dérogatoires pour les professionnels de santé (montant unitaire)</p> <p>Hors soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - indemnisation pour la participation à l'élaboration des protocoles - indemnisation pour le remplissage du dossier médical - indemnisation pour le recueil des données de suivi et d'évaluation - indemnisation pour la participation à des formations (soirée, demi-journée... - indemnisation pour participation à des réunions autres - autres (préciser) <p>Soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - majorations d'actes - actes hors nomenclature - autres 			
<p>13. Dérogations au bénéfice du patient</p>			

3. Gestion administrative et financière

Nom du réseau			
1. Montant des subventions versées (en distinguant si nécessaire investissement et fonctionnement) FAQSV 2002 FAQSV 2003 FAQSV 2004 DDR 2003 DDR 2004			
6. Montant des subventions prévues FAQSV 2005 DDR 2005 DDR 2006 DDR 2007			
3. Dépenses réalisées d'investissement * 2002 2003 2004			
4. Dépenses réalisées de fonctionnement* 2002 2003 2004			
5. Comparaison dépenses prévues au budget/dépenses réalisées * (fonctionnement et investissement) 2002 2003 2004			
6. Reversements éventuels au titre de la DDR et du FAQSV (montant et date)			
7. Dépenses de personnel (réalisé 2004)* - rémunération du coordonnateur - rémunération du secrétariat - rémunération des médecins - rémunération des paramédicaux - autres rémunérations			
8. Dépenses informatiques (réalisé 2004)* - investissement - fonctionnement			
9. Dépenses d'équipement médical* (réalisé 2004)			
10. Prestations d'études (réalisé 2004)*			
11. Prestations de formation (réalisé 2004)*			
12. Prestations d'évaluation - montant total subventionné par le FAQSV et la DDR (cumulé 2002, 2003, 2004) - montant total dépensé au titre des subventions FAQSV et DDR (cumulé 2002, 2003, 2004)			

* dépenses totales toutes sources de financement confondues, y compris hors FAQSV et DDR

4. Résultats et évaluation

Nom du réseau			
1. Nombre de patients ciblés par le réseau : pour 2003 pour 2004			
2. Nombre de patients présents en 2003 ⁷ ayant été inclus en 2002			
3. Nombre de nouveaux patients inclus en 2003 ⁸			
4. Nombre de patients décédés en 2003			
5. Nombre de patients sortis en 2003 (hors décès)			
6. Nombre de patients présents en 2004 ayant été inclus en 2003			
7. Nombre de nouveaux patients inclus en 2004			
8. Nombre de patients décédés en 2004			
9. Nombre de patients sortis en 2004 (hors décès)			
10. Y a t'il une évaluation (prévue ou réalisée) portant sur l'utilisation et/ou l'utilité du dossier médical commun ? (le cas échéant, préciser l'indicateur)			
11. Existe t'il une évaluation (prévue ou réalisée) des pratiques relatives : - à l'un ou plusieurs des référentiels cités ci-dessus (sein, poumon, colon : traitement adjuvant, suivi) - à un autre référentiel (préciser)			
12. Y a t'il une articulation réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)- réseau ? Est-elle formalisée ?			
13. Une évaluation externe est-elle prévue ou a t'elle été réalisée ? Si oui, nom du (ou des) évaluateur(s) et structure juridique de rattachement (hôpital, université, consultant privé...)			

⁷ Présents du 1^{er} janvier au 31 décembre

⁸ Inclus entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre

3.7 Réseaux de soins palliatifs : tableau de comparaison régionale

Ce tableau est à remplir par l'URCAM pour les financements du FAQSV, par le secrétariat technique ARH-URCAM pour les financements de la DDR.

Si certaines informations ne sont pas disponibles à l'URCAM ou à l'ARH, il n'est pas nécessaire d'effectuer des recherches complémentaires auprès des promoteurs. Merci de l'indiquer par les lettres « ND ».

1. Fiche d'identité

Nom du réseau			
13. Promoteur : nom de la personne morale et structure juridique			
14. Promoteur : nom de la personne physique et rattachement institutionnel (libéral, hôpital...)			
3. Date création structure juridique			
4. Date 1 ^{ère} convention FAQSV Date 1 ^{er} paiement FAQSV			
5. Date 1 ^{ère} convention DDR Date 1 ^{er} paiement DDR			
6. Médecins membres de l'équipe chargée du fonctionnement du réseau : en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)			
7. Auxiliaires médicaux de l'équipe (infirmière...) en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)			
8. Secrétariat en 2002 en 2003 en 2004 (préciser nombre et ETP)			
9. Autres membres de l'équipe réseau en 2002 en 2003 en 2004			

10. Population : - nombre d'habitants dans le territoire du réseau - population de 75 ans et plus			
11. Territoire couvert : rural ou urbain ?			

2. Activité et fonctionnement

Nom du réseau			
1. Nombre d'actions d'information, de promotion : en 2002 en 2003 en 2004			
2. Nombre d'actions de formation en soins palliatifs/douleur (soirées ou demi-journées) : en 2002 en 2003 en 2004			
3. Nombre moyen de participants par action de formation (soirée ou demi-journée) : en 2002 en 2003 en 2004			
4. Nombre de réunions formelles de concertation, de mise à plat ou de coordination : en 2002 en 2003 en 2004			
5. Prestations dérogatoires pour les professionnels de santé (montant unitaire) Hors soins : - indemnisation pour participation à des réunions de coordination, de concertation - indemnisation pour la participation			

à l'élaboration des protocoles - indemnisation pour le remplissage du dossier médical - indemnisation pour le recueil des données de suivi et d'évaluation - indemnisation pour la participation à des formations (soirée, demi-journée) - autres (préciser) Soins : - majorations d'actes - actes hors nomenclature - autres			
6. Dérogations au bénéfice du patient			
7. Nombre de médecins ciblés par le réseau : en 2002 en 2003 en 2004			
8. Nombre de médecins inclus dans le réseau : en 2002 en 2003 en 2004			
9. Nombre d'infirmières ciblées par le réseau : en 2002 en 2003 en 2004			
10. Nombre d'infirmières incluses dans le réseau : en 2002 en 2003 en 2004			
11. Nombre d'autres professionnels ciblés par le réseau : en 2002 en 2003 en 2004			
12. Nombre d'autres professionnels inclus par le réseau : en 2002 en 2003 en 2004			

3. Gestion administrative et financière

Nom du réseau			
1. Montant des subventions versées (en distinguant si nécessaire investissement et fonctionnement) FAQSV 2002 FAQSV 2003 FAQSV 2004 DDR 2003 DDR 2004			
3. Montant des subventions prévues FAQSV 2005 DDR 2005 DDR 2006 DDR 2007			
3. Dépenses réalisées d'investissement * 2002 2003 2004			
4. Dépenses réalisées de fonctionnement* 2002 2003 2004			
5. Comparaison dépenses prévues au budget/dépenses réalisées * (fonctionnement et investissement) 2002 2003 2004			
6. Reversements éventuels au titre de la DDR et du FAQSV (montant et date)			
7. Dépenses de personnel (réalisé 2004)* - rémunération du coordonnateur - rémunération du secrétariat - rémunération des médecins - rémunération des paramédicaux - autres rémunérations			
8. Dépenses informatiques (réalisé 2004)* - investissement - fonctionnement			
9. Dépenses d'équipement médical* (réalisé 2004)			
10. Prestations d'études (réalisé 2004)*			
11. Prestations de formation (réalisé 2004)*			
12. Prestations d'évaluation - montant total subventionné par le FAQSV et la DDR (cumulé 2002, 2003, 2004) - montant total dépensé au titre des subventions FAQSV et DDR (cumulé 2002, 2003, 2004)			

* dépenses totales toutes sources de financement confondues, y compris hors FAQSV et DDR

20. Résultats et évaluation

Nom du réseau			
1. Nombre de patients ciblés pour 2003 pour 2004			
2. Nombre de patients présents en 2003 ayant été inclus en 2002			
3. Nombre de nouveaux patients inclus en 2003			
4. Nombre de patients décédés en 2003			
5. Nombre de patients sortis en 2003 (hors décès)			
6. Nombre de patients présents en 2004 ayant été inclus en 2003			
7. Nombre de nouveaux patients inclus en 2004			
8. Nombre de patients décédés en 2004			
9. Nombre de patients sortis en 2004 (hors décès)			
10. Existe t'il une évaluation des pratiques du réseau concernant la douleur ?			
11. Les familles sont-elles interrogées de façon systématique (organisée) à propos de leurs attentes ?			
12. L'évaluation a t'elle pris en compte les hospitalisations (nombre, durée) évitées ?			
13. L'évaluation de l'apport du réseau a t'elle pris en compte un indicateur social ? Lequel ?			
14. Existence d'une évaluation externe Si oui, nom de l'évaluateur et structure juridique de rattachement (hôpital, université, consultants privés...)			

**ANNEXE 4 : CRITERES DE QUALITE A PRENDRE EN COMPTE
POUR L'EVALUATION DES RCP**

Éléments à prendre en compte pour la qualité et l'évaluation des RCP

- identification du lieu, des dates, des fréquences effectives de réunions (maillage géographique et temporel) ;
- définition de la population cible de la RCP ;
- composition minimale requise (oncologue, anatomo-pathologiste, radiologue, radiothérapeute, chirurgien, infirmière spécialisée...) et suivi en pratique (taux de présence) ;
- identification du médecin coordinateur de réunion, du médecin référent par patient ;
- délais de passage en RCP, célérité des bilans complets ;
- répartition des cas entre personnes relevant d'une prise en charge standardisée et d'un simple enregistrement et personnes dont le cas doit être discuté (seuls cas justifiant une indemnisation des professionnels participant à la réunion) ;
- contenu attendu et effectif des fiches- types (classification TNM, référentiel décisionnel, identification du parcours de soins, information du patient, capacité informative...) ;
- délais de diffusion des fiches aux participants et à la cellule de coordination, du document d'information au patient (document type d'information et d'orientation), de l'information du médecin traitant ;
- délais de mise en œuvre du traitement personnalisé (délais d'accès au plateau technique, respect des séquences thérapeutiques...) ;
- conditions d'indemnisation des participants (requis quanti et qualitatifs, niveau d'indemnisation, règles de répartition entre coordinateur, référent et autre professionnel impliqué dans la proposition thérapeutique...) ;
- analyse de la participation effective des médecins présents ;
- appréciation du taux d'exhaustivité de l'enregistrement et du traitement des cas incidents ;
- analyse de l'adéquation du traitement des dossiers vus et de leur indemnisation ...

Réponses de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et observations, en retour de l'Inspection générale des affaires sociales



**Ministère de la santé
Et des solidarités**

Paris, le 7 avril 2006

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation du système de soins
Myriam REVEL, Sous-directeur,

Bureau des réseaux, complémentarités
et recomposition des activités de soins (O3)
Marc-David Seligman, chef de bureau

02677

NOTE

**A l'attention de Madame Marie-Caroline BONNET-GALZY
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales**

Objet : Observations de la DHOS sur les constatations du rapport provisoire de l'IGAS ayant pour objet « contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR et évaluation de la contribution de ces fonds à la mise en place des réseaux de santé ».

Le rapport provisoire cité en objet, que vous m'avez transmis pour observations le 23 mars, appelle de ma part les réactions suivantes.

Je réagirai principalement sur la DNDR dont j'ai en charge le pilotage avec la CNAMTS.

Je ne commenterai pas chacune de vos appréciations issues de votre enquête dans cinq régions mais souhaite revenir brièvement sur le constat de la mission et réagir plus précisément aux perspectives que la mission propose pour la politique de développement des réseaux. Si certaines d'entre elles apparaissent pleinement pertinentes eu égard aux enjeux de la politique des réseaux, d'autres m'apparaissent ne pas correspondre aux objectifs poursuivis.

1. Rappel des conditions de mise en place de la DNDR

1.1. Les objectifs qui ont conduit à la mise en place de la DNDR et aux choix de méthode de travail entre le niveau national et le niveau régional

La mission constate à la page 62 que « les très rares cas dans lesquels les actions financées par le FAQSV et la DRDR peuvent être qualifiées de réussies ont permis de montrer l'intérêt des réseaux pour améliorer les prises en charge - c'est à dire mieux articuler prévention, dépistage, éducation à la santé et soins curatifs - gérer le recours à l'hôpital et le maintien à domicile, offrir un meilleur service de proximité, et faciliter la coopération entre professionnels de santé pour améliorer la qualité des pratiques ».

C'est exactement dans cet esprit qu'a été conçue la politique de développement des réseaux mise en place en 2002. Elle réforme en profondeur le dispositif antérieur jusqu'ici éclaté, cloisonné entre la ville et l'hôpital, et très contraignant, notamment le dispositif des

réseaux Soubie. Certes, la simplification n'est pas allée aussi loin que la DHOS l'avait souhaité et elle reste à parfaire. Je partage ainsi la volonté de la mission de simplifier le dossier promoteur et les contraintes « bureaucratiques » imposées.

En créant les réseaux de santé, la politique mise en œuvre depuis 2002 (loi du 4 mars) visait à dépasser la logique de réseaux de soins, soit strictement hospitaliers, soit restreints à la médecine de ville. Elle visait à faire des réseaux de santé, incluant prévention et réinsertion des patients, un des instruments majeurs de décloisonnement entre la ville et l'hôpital, ainsi qu'entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. C'est dans cet objectif que l'ensemble des plans de santé publique (cancer, personnes âgées, soins palliatifs, périnatalité, santé mentale,...) comportent un volet relatif à l'organisation des coordinations et des complémentarités en réseau dont le financement est prévu dans le cadre de la DNDR, enveloppe fongible qui permet de manière innovante le financement de la coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux.

Le cadrage stratégique a été défini dans les plans de santé publique pré-cités. La mise en œuvre a clairement été confiée aux ARH et URCAM, de la même façon que les ARH ont la compétence de la définition du SROS et des CPOM avec les établissements de santé. Le développement des réseaux de santé suppose une forte implication des acteurs et une adaptation aux enjeux de leurs territoires, les réseaux ne se « décrétant » pas. Un délai de mise en place a par conséquent été laissé aux promoteurs avant de définir précisément, au niveau national, le contenu, l'organisation et le fonctionnement attendus de chaque type de réseaux. C'est pourquoi, la préparation du premier cahier des charges des réseaux n'a été lancée qu'en novembre 2004 pour la périnatalité, thématique sur laquelle avait été constatée une pratique de réseaux déjà ancienne. Ce cahier des charges a été co-signé avec la CNAMTS le 29 mars 2006.

Il a été travaillé avec les sociétés savantes et collèges des professionnels, mais aussi ARH et URCAM. Une journée très largement ouverte aux professionnels a été consacrée le 12 septembre 2005 à l'examen d'un premier projet formalisé et a permis d'en améliorer le contenu. L'appropriation de ce cahier des charges par les professionnels est un gage essentiel de mise en œuvre et d'efficacité. Des indicateurs d'évaluation sont prévus en annexe en lien avec les indicateurs PERISTAT définis au plan européen.

Une marge de manoeuvre importante a donc été donnée dans les trois premières années de mise en place du dispositif aux acteurs régionaux pour favoriser le développement des réseaux en lien avec les besoins de santé et les spécificités de l'offre de chaque région. La création de l'observatoire des réseaux qui dispose d'un site internet visait à diffuser l'information transmise par les ARH et URCAM et traiter dans le cadre de groupes de travail des sujets de préoccupation importants pour les réseaux et remontés par les ARH et URCAM dans le cadre du groupe mis en place en 2002. Deux groupes ont achevé leurs travaux jugés satisfaisants par les organisations qui ont concouru à ces travaux, même si bien entendu ils sont amenés à être périodiquement réévalués. Le groupe sur l'évaluation dont l'ANAES puis la HAS a été membre, va bientôt achever ses travaux et proposer aux ARH et URCAM une méthodologie générale d'approche.

Le groupe « réseaux et territoire » sera très prochainement réuni pour une dernière séance pour tirer des préconisations opérationnelles à court terme à destination des ARH et des URCAM qui doivent combiner la prise en compte des grandes thématiques prévues par les plans de santé publique et des logiques de territoires de santé qui constituent l'un des grands enjeux des SROS de 3^{ème} génération. Des difficultés d'effectifs rencontrés dans le second semestre 2005 expliquent que le comité de pilotage n'ait été réuni qu'une seule fois à la fin 2004.

Au total, la DHOS considère que la méthode retenue, en laissant aux acteurs locaux un temps d'expérimentation suffisant et en associant largement les professionnels de santé à la définition des cadrages nationaux, a certes induit un certain délai de maturation mais a permis de réunir les conditions d'une réelle appropriation de la démarche ainsi engagée, notamment en termes d'évolution en profondeur des pratiques professionnelles.

1.2. Le pilotage de la DNR

C'est également dans cet esprit de décloisonnement que le pilotage de cette politique au niveau régional a été confié aux ARH et aux URCAM conjointement. Toutes les phases de la procédure jusqu'à la décision de financement sont conjointes. Ainsi, la circulaire du 19 décembre 2002 précise qu'une convention conclue dans chaque région entre le directeur de l'ARH et celui de l'URCAM définit les conditions de l'instruction conjointe des demandes de financement. La création des comités régionaux des réseaux participait de cette même logique. Cette coopération était assez inédite à l'époque et a par conséquent nécessité beaucoup de temps passé à la construire dans chaque région. La mise en place des conventions et des comités régionaux des réseaux a clairement mobilisé en 2003 et en 2004 les ARH et URCAM qui se sont durant ces années plus focalisées sur leur partenariat que sur leur stratégie régionale.

La mise en place du groupe de liaison ARH/URCAM piloté par deux directeurs de ces organismes régionaux, auquel participait la CNAMTS et la DHOS, paraissait également comme un mode innovant de relation entre les niveaux nationaux et régionaux qui semblait plus opérationnel et moins source de « bureaucratie ».

Au niveau national, la mission déplore la faiblesse du copilotage avec la CNAMTS. Si cette impression a pu être donnée au démarrage par la sortie de deux circulaires concomitantes, la première co-signée et la seconde signée de la CNAMTS seule, le travail en commun s'est constamment enrichi, notamment par le partenariat noué entre Sophie Bentegeat pour la DHOS et Marie-Christine Keters pour la CNAMTS, poursuivi et renforcé par la nouvelle équipe. La réunion du conseil de l'hospitalisation du 13 décembre dernier illustre fort bien le travail coopératif mis en œuvre entre nos deux institutions, la CNAMTS ayant pleinement affirmé que le montant proposé en commun résultait d'un travail commun. Le copilotage nécessite des habitudes de travail en commun. Celles-ci ont fait l'objet d'une réelle attention qui doit être poursuivie. C'est dans cet esprit que des voies d'amélioration sont toujours possibles et que nous y travaillons avec la CNAMTS.

Le partenariat avec la CNAMTS a été mis en place fin 2002 sur des domaines complexes et innovants. La première phase du travail en commun a consisté dans le développement de réseaux dans les régions en laissant une marge de manœuvre aux ARH et URCAM qui l'ont souhaitée afin de ne pas rigidifier et « décourager » un processus naissant. Cette politique volontariste de développement atteint aujourd'hui un seuil, qui, s'il ne peut être qualifié de maturité, nécessite des inflexions fortes. Toutefois, celles-ci ne doivent pas se faire au prix de casser l'outil conçu au cours de ces dernières années et les réelles pistes de progrès qu'il convient de capitaliser.

2. Des recommandations partagées et dont la DHOS et la CNAMTS travaillent à la mise en application

Les potentialités d'innovation majeures pour le système de santé et la nécessité de définir de manière plus homogène au plan national les objectifs attendus et les indicateurs d'évaluation plaident pour une deuxième étape sur laquelle nous travaillons depuis quelques

mois. Nous partageons ainsi beaucoup de recommandations de la mission dont nous travaillons à la mise en place.

2.1. Le cadrage par thématique jusqu'aux indicateurs d'évaluation

Je partage ainsi les conclusions de la mission de la nécessité d'un cadrage par thématique de réseaux de santé. C'est dans cet esprit que nous avons entrepris l'élaboration de cahiers des charges. Le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité vient d'être diffusé. Les cahier des charges réseaux soins palliatifs et prise en charge des personnes âgées sont assez avancés et devraient être diffusés d'ici la fin du 1^{er} semestre 2006. Les travaux menés avec l'INCa devraient aboutir à l'élaboration du cahier des charges des réseaux régionaux de cancérologie dans ce même calendrier. La réalisation des cahiers des charges maladies chroniques et santé mentale devrait débiter prochainement.

Ce cadre renouvelé permettrait une réactivité renforcée face à la nécessaire évaluation et l'appréciation de l'efficacité et de l'efficience des réseaux de santé. C'est dans ce cadre, comme l'a noté la mission, que s'orientent depuis novembre 2005 les travaux sur l'évaluation : une méthodologie claire qui permette de savoir ce qu'on attend d'une évaluation couplée à des indicateurs par thématiques, déterminés avec les professionnels dans le cadre de l'élaboration des cahiers des charges nationaux.

Il est désormais nécessaire que les évaluateurs soient choisis par les financeurs et de séparer clairement l'évaluation de l'indispensable accompagnement qui doit être opéré sur des bases opérationnelles. L'ensemble des réseaux d'une thématique d'une région pourrait être examiné par les mêmes évaluateurs. Les constats de ces évaluations devraient permettre de faire remonter au niveau national les pratiques à développer et généraliser et celles à abandonner.

2.2. Le toilettage du dispositif réglementaire

Comme le recommande la mission, il est aujourd'hui nécessaire, à la lumière de l'expérience de ces dernières années, de toiletter le dispositif réglementaire dans un souci de meilleure lisibilité et de simplification. C'est dans ce cadre qu'il paraît nécessaire que d'ici la fin de l'année les décrets encadrant les réseaux de santé puissent évoluer notamment en allégeant les lourdes obligations du dossier promoteur, en simplifiant l'articulation entre convention constitutive et charte.

2.3. Le lien avec les territoires

Une approche territoriale est désormais indispensable. La mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération fait des territoires de santé le cadre naturel d'une offre de soins de proximité. La multiplication des réseaux de santé ne faciliterait pas l'adhésion des professionnels de santé qui, comme le rappelle la mission, est fondamentale à la plus-value apportée à l'offre de soins par les réseaux de santé. Il est donc souhaitable de s'orienter de manière très claire vers le développement de réseaux territoriaux de proximité. Ces réseaux à la dimension d'un territoire de santé, ou d'un territoire de proximité pour les plus grands des territoires de santé, pourraient inclure l'ensemble des établissements de santé du territoire et la majorité des professionnels de santé du territoire qui seraient incités à y adhérer en raison même des bénéfices que pourrait leur apporter une telle plateforme territoriale.

Ceci permettrait le déploiement de manière coordonnée d'un système d'information au sein du réseau en lien avec le DMP, comme peut l'illustrer un certain nombre de réseaux retenus dans le cadre de l'expérimentation du DMP 2006. Le développement de ce type de réseaux territoriaux de prise en charge de proximité qui pourraient rassembler différentes thématiques liées - douleur, soins palliatifs, cancer, prise en charge des personnes âgées voire maladies chroniques - permettrait de leur donner une taille critique. Ainsi, une telle évolution favoriserait des mutualisations, de logistique notamment, et créerait une interface utile avec les réseaux régionaux qui pourraient être plus orientés sur une fonction de production de référentiels et de soutien aux réseaux territoriaux, comme l'exemple du cancer l'illustre.

Cette territorialisation renforcée et structurée des réseaux de santé permettrait de lutter contre l'inéquité d'accès aux soins délivrés aujourd'hui.

3. Les conditions pour la réussite d'un nouveau fonds issu du FAQSV et de la DNDR

Ce cadre renouvelé devrait permettre une clarification du dispositif. C'est ainsi que je suis favorable à la fusion du FAQSV et de la DNDR. Ce nouveau fonds devrait se voir assigner des objectifs clairs et il apparaît indispensable qu'au moment du calibrage de l'enveloppe de ce fonds pour l'année, des sous-enveloppes fixes soient prévues pour ces différents objectifs qui pourraient être notamment au nombre des réseaux de santé, de la permanence des soins, voire des systèmes d'information.

3.1. Les objectifs du nouveau fonds

L'objectif de ce nouveau fonds ne pourrait être restreint à l'expérimentation et l'innovation puisque ces seules orientations ne seraient pas compatibles avec la logique de cahier des charges, soutenue par la mission, qui sous-tend une généralisation que les plans de santé publique ont annoncée. Le fonds doit donc permettre le déploiement des réseaux de santé sur l'ensemble du territoire annoncé par les Ministres de la santé qui se sont succédés. Toutefois, cela n'exclue pas que les réseaux de santé puissent être des laboratoires d'innovations et d'expérimentations qui, une fois la pertinence de celles-ci jugée, seraient généralisées par le biais des cahiers de charges et éventuellement pérennisées au moyen de financements clairement identifiés.

3.2. Le pilotage doit rester assuré conjointement par la DHOS et la CNAMTS au niveau national et par les ARH et URCAM au niveau régional

La création de ce nouveau fonds devrait s'accompagner d'un pilotage renforcé. En raison de la forte implication des relais régionaux de l'assurance maladie et des avantages à développer le travail partenarial, il apparaît préférable de maintenir un copilotage, et ceci tant au niveau national que régional.

Ce copilotage devrait se faire sur des bases affirmées. Ainsi, au niveau national, il pourrait être envisagé, outre des réunions de concertation mensuelles qui existent déjà et qui pourraient être davantage formalisées, de faire un rapport conjoint annuel au ministre qui pourrait déterminer les orientations stratégiques et serait seul en mesure d'arbitrer d'éventuelles différences d'appréciation entre le DHOS et le directeur général de la CNAMTS.

En ce sens, la proposition d'associer la Direction de la Sécurité Sociale et une personnalité qualifiée, comme un des membres du collège de l'HAS, à un comité de pilotage apparaît non opérationnelle et serait sans nul doute source d'un blocage complet du système. En effet, si copiloter à deux nécessite déjà une volonté commune sans cesse réaffirmée, piloter à quatre serait inévitablement source de blocage. Une politique doit être conduite par ceux qui en ont la charge au sens des textes. C'est ainsi que la « Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins détermine l'organisation de l'offre soins » comme en dispose le décret n° 2000-685¹ du 21 juillet 2000. La politique des réseaux de santé et plus largement, tout fonds concourant « au développement de la qualité des soins » ne peut donc être placée au niveau du ministère de la santé que sous le pilotage de la DHOS et de la CNAMTS, compte tenu de l'implication des professionnels de santé de ville.

Au niveau régional, la proposition de confier le pilotage de ce fonds aux missions régionales de santé est prématurée en l'absence de véritables agences régionales de santé, dans la mesure où, d'une part, les MRS ne sont pas dotées de véritables compétences décisionnelles et, d'autre part, du fait du lien étroit entre les réseaux, la planification de l'offre de soins via le SROS et les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les établissements de santé. Il est essentiel compte tenu de ces enjeux de maintenir une décision conjointe du Directeur d'ARH du Directeur de l'URCAM.

En conclusion, les réseaux de santé financés sur la DNDR atteignent pour les premiers d'entre eux leur troisième anniversaire. Après les premiers temps de mise en œuvre de cette politique marqués par certaines faiblesses constatées par le rapport, mais riches de perspectives très intéressantes et fortement novatrices pour le système de santé, cette politique doit connaître une deuxième étape dont les réflexions sont engagées depuis plusieurs mois et qui devrait connaître une mise en œuvre opérationnelle pour l'ensemble de ces volets au plus tard à la fin de l'année.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur de l'Hospitalisation
Et de l'Organisation des Soins

Jean CASTEX

¹ décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité et aux attributions de certains de ses services

Réponse de l'IGAS aux commentaires de la DHOS

La mission retient qu'il y a donc consensus avec la DHOS aujourd'hui pour une approche thématique des réseaux et systématisée autour d'objectifs définis dans des cahiers des charges.

Elle insiste toutefois sur la nécessité à la fois d'agir vite, compte tenu du nombre d'années déjà écoulées à financer des réseaux, et de façon opérationnelle en hiérarchisant les priorités et en sélectionnant un nombre limité d'indicateurs.

La mission ne partage pas le point de vue de la DHOS sur l'organisation de l'évaluation des réseaux. Si le cahier des charges des réseaux et les indicateurs sont suffisamment précis, un suivi par les services des ARH et des URCAM paraît tout à fait suffisant et l'évaluation extérieure n'est plus nécessaire. Cette mesure, de surcroît, sera source d'économies.

La mission maintient sa recommandation de ne réaliser des évaluations complètes que dans certains cas, mutualisés au niveau national, par exemple pour des thématiques émergentes, pour une analyse médico-économique ou avant généralisation d'un dispositif.

Concernant la multiplicité et l'implantation territoriale des réseaux, l'approche de la mission se centre sur l'organisation de l'exercice professionnel, alors que celle de la DHOS est plus planificatrice. Les deux ne sont pas forcément incompatibles. En revanche toutes deux restent dépendantes de l'adhésion des professionnels de santé, en particulier libéraux.

La mission maintient ses recommandations concernant le pilotage du dispositif. Elle estime nécessaire d'impliquer directement la DSS au niveau national et d'en confier la gestion régionale aux missions régionales de santé (MRS). Elle s'étonne des réserves de la DHOS à vouloir confier plus de compétences opérationnelles aux MRS alors qu'elle souligne les avancées déjà acquises dans le partenariat avec l'assurance maladie.

**Réponse du directeur de la caisse nationale de l'assurance maladie des
travailleurs salariés**

Caisse Nationale
Le Directeur

73

Madame Marie Caroline BONNET-GALZY
Chef de l'IGAS

14, avenue Duquesne

75007 PARIS

Date : 11 MAI 2006

N/Réf. Cab n° 369/2006

Madame,

Vous avez bien voulu me transmettre dans le cadre de la procédure contradictoire le projet de rapport relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Vous trouverez ci-joint les réponses techniques aux observations formulées par les inspecteurs de l'IGAS.

Compte tenu des modalités actuelles de gouvernance du FAQSV qui n'ont pas été modifiées par la loi du 13 août 2004, il ne m'appartient pas de répondre aux observations formulées sur la politique menée par les instances dirigeantes du fonds pendant la période étudiée.

Je partage néanmoins le souhait globalement émis dans le rapport visant à garantir la cohérence des choix faits par le FAQSV avec les orientations adoptées par le conseil de la CNAMTS et les accords conventionnels. A cet égard, les orientations relatives à la politique de gestion du risque adoptées en 2005 retiennent comme priorité la mise en place de dispositifs innovants dans l'organisation du système de soins qui peuvent nécessiter l'appui financier du FAQSV.

S'agissant de la proposition de suppression de la part nationale du FAQSV, ce choix impliquerait notamment d'envisager une autre modalité de financement du dossier médical personnel qui constitue, en 2006, de loin le poste de dépenses le plus important du FAQSV au niveau national.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.


Frédéric van ROEKEGHEM

Rapport de l'IGAS sur le FAQSV et la DNDR

Observations de la CNAMTS

1/ Sur la recommandation de fusion du FAQSV et de la DNDR

Au vu des constats et des objectifs assignés respectivement au FAQSV et à la DNDR, les recommandations principales de l'IGAS visent à la fusion de ces deux fonds et à la suppression de la part nationale du FAQSV. Le pilotage de ce nouveau fonds serait assuré par les directeurs de l'UNCAM, de la DHOS et de la DSS réunis au sein d'un comité ad hoc.

L'IGAS justifie cette recommandation par un objectif qui serait commun à ces deux fonds, à savoir soutenir l'innovation et contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

- La CNAMTS ne partage pas cette analyse qui méconnaît l'enjeu que représente la gestion bipartite entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives des professionnels de santé d'un fonds destiné à accompagner l'adaptation de l'offre de soins et à soutenir des expérimentations proposées par des professionnels de santé exerçant en ville.

Cette responsabilité partagée est importante à préserver. Elle constitue un levier pour des évolutions du système de soins. Elle donne au FAQSV toute sa légitimité et sa raison d'être.

- Si le concept de réseaux a pu être innovant jusqu'en 2002, la DNDR n'a pas été instaurée dans un objectif d'expérimentation mais en vue d'assurer le développement et la pérennisation des réseaux de santé.
- Toutefois, la cohérence entre ces deux sources de financement est effectivement nécessaire et pourrait être assurée par le directeur de l'UNCAM au niveau national et par le directeur de l'URCAM au niveau régional.

2/ Sur la gestion du FAQSV au plan national et au plan régional

Un certain nombre des préconisations de la mission pourront être mises en œuvre rapidement : lancement des audits sur les projets identifiés, modification de la convention type en ce qui concerne la présentation du budget, enrichissement des bases de données partagées relatives aux actions financées.

Sur les autres points, la CNAMTS confirme les observations transmises lors de la préparation du rapport.

Les risques juridiques et financiers identifiés par l'IGAS ne sont pas différents de ceux mis en évidence en 2003 à l'occasion d'un audit de la gestion du FAQSV diligenté par la CNAMTS.

Les recommandations effectuées à cette occasion ont été suivies de la diffusion en 2004 de guides de procédure portant notamment sur l'instruction des demandes de financement et sur le suivi budgétaire et comptable.

Suite à cet audit, la nécessaire mise en concurrence des prestataires rappelée par l'IGAS est désormais intégrée dans l'information donnée aux promoteurs et dans les procédures d'instruction des demandes. Cette vérification est systématique pour les dossiers instruits au niveau national.

La CNAMTS partage la préoccupation de l'IGAS sur la nécessité de sécuriser et de simplifier le suivi comptable et financier des projets financés. Pour l'année 2006, le contrôle de l'application des recommandations effectuées dans les suites de l'audit constitue l'un des objectifs prioritaires retenus par la direction.

PJ: 2 annexes techniques

Rapport de l'IGAS sur le FAQSV et la DNDR

Observations de la CNAMTS

ANNEXE 1

Gestion de la part nationale du FAQSV

1/ Le rapport souligne que sur la base d'un certain nombre d'informations dont ils disposaient, les services n'ont pas diligencé toutes les actions qui se seraient imposées.

- Il s'agirait ainsi de réduire le montant des versements lorsque le service prévu dans les contrats entre les prestataires et le promoteur n'a pas été réalisé, alors même que la facture a été réglée par le promoteur. Ce type d'action paraît difficilement envisageable compte tenu des responsabilités qui incombent, dans le cadre juridique actuel du fonds, à chacun des acteurs. Le promoteur reste la personne responsable du projet et du suivi de la réalisation du contrat. Dès lors que les factures ont été enregistrées dans la comptabilité du promoteur et que les comptes sont certifiés par le Commissaire aux comptes, il n'appartient pas à la CNAMTS de revenir sur la recette de la prestation qui est du ressort du promoteur. Toute intervention de ce type pouvant d'ailleurs être assimilée à de la gestion de fait.
- Le rapport envisage que la CNAMTS s'assure que le promoteur a mis en œuvre toutes les recommandations faites par le commissaire aux comptes dans le cadre de la certification des comptes ou encore par des organismes certificateurs. Sur la base des conventions, la CNAMTS s'assure dans tous les cas que le Commissaire aux comptes a certifié les comptes et les listings annuels des factures acquittées se rapportant au projet.

Les aides accordées sur le FAQSV visent au soutien d'un projet, conformément aux textes, et ne visent pas au soutien financier d'un promoteur. Les pièces demandées en application de la convention et sur la base desquelles s'effectuent les contrôles relèvent de cette démarche.

Les contrôles proposés par l'IGAS relèvent du contrôle de gestion de la structure promotrice ce qui ne ressort pas du cadre juridique dans lequel s'inscrivent les aides accordées sur le FAQSV.

- Pour les mêmes raisons, l'analyse de la structure des postes du bilan notamment des postes de valeurs et capitaux mobiliers ne peut à notre sens conduire à préconiser au Bureau de ne pas soutenir un projet ou encore à revoir le montant d'une subvention.

2/ Le rapport s'étonne de la forte part des aides consacrées à la sous-traitance

Les projets financés au niveau national se caractérisent par l'étendue de leur champ et par la complexité des actions à mettre en œuvre (développements informatiques, mobilisation d'un nombre important d'acteurs) qui nécessitent une ingénierie et des compétences dans de nombreux domaines, autres que l'exercice médical, dont ne disposent aucun des promoteurs qui doivent être, en application des textes applicables au FAQSV, des regroupements de professionnels de santé exerçant en ville.

3/ La mise en concurrence des prestataires ne serait pas systématiquement exigée.

Les dossiers nationaux examinés par la mission sont des dossiers qui ont fait l'objet d'un examen antérieurement aux orientations arrêtées par le CNG suite à l'audit de la CNAMTS en 2003 qui a effectivement contribué à rappeler cette exigence.

Lors de l'examen de dossiers plus récents le Bureau a régulièrement rappelé aux promoteurs que le prestataire intervenant dans la réalisation du projet devait être choisi sur appel d'offre, même si au départ le promoteur envisageait de confier cette réalisation au prestataire qui l'avait assisté pour le montage du dossier de demande (ex projet "PRESC- AID pédiatrie" pour le secrétariat de projet, projet "Démarche Qualité" déposé par le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens pour le consultant qualité etc...).

Rapport de l'IGAS sur le FAQSV et la DNDR

Observations de la CNAMTS

ANNEXE 2

Thématique Permanence des soins

La mission souligne le caractère tardif du pilotage, eu égard en particulier à la date de diffusion du cahier des charges sur les MMG.

En réponse à cette observation, il s'avère que :

- Le FAQSV a pour finalité de permettre le développement de dispositifs « innovants », l'intérêt étant justement de laisser une marge de manœuvre suffisante aux acteurs de terrains pour porter des projets « expérimentaux ».
- Les principes d'organisation de la permanence des soins ambulatoires ont connu leur aboutissement en avril 2005 (avec la parution du décret).
- Le CNG du FAQSV a été attentif à laisser aux régions la possibilité d'intégrer les spécificités locales dans la mise en œuvre de la permanence des soins.
- Les maisons médicales se sont développées essentiellement à partir de 2003. S'agissant d'un concept nouveau, il a été jugé nécessaire de laisser se développer différents modèles de fonctionnement avant de rédiger un cahier des charges; il paraissait utile notamment de disposer des premières évaluations.
- Le caractère incomplet des premières a conduit les instances décisionnelles du FAQSV à introduire des critères d'évaluation dans le cahier des charges MMG.