

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

RAPPORT D'ACTIVITE 2007

# SOMMAIRE

<b>Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>I. BILAN GENERAL.....</b>	<b>4</b>
<b>1. LA MISE EN PLACE DES INSTANCES DU FIQCS.....</b>	<b>4</b>
<b>2. ACTIVITE GENERALE : 2007, UNE ANNEE CHARNIERE.....</b>	<b>4</b>
<b>3. UNE EXECUTION BUDGETAIRE MAITRISEE.....</b>	<b>6</b>
3.1 L'enveloppe mise à disposition des régions.....	6
3.2 Les consommations au niveau régional.....	7
3.3 Une enveloppe et une consommation nationales stables.....	7
<b>II. BILAN THEMATIQUE.....</b>	<b>8</b>
<b>1.LA COORDINATION DES SOINS.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Les réseaux de santé.....</b>	<b>8</b>
1.1.1 Eléments généraux.....	8
1.1.2 Inclusion des patients.....	12
1.1.3 Intégration des professionnels et partenariats.....	12
1.1.4 Mutualisation des moyens.....	13
1.1.5 Eléments financiers et analyse des coûts.....	13
1.1.6 Audits et évaluations.....	15
<b>1.2 Les autres projets de coordination des soins.....</b>	<b>17</b>
1.2.1 De projets et des financements plus importants.....	17
1.2.2 Les thématiques des projets de coordination.....	20
1.2.3 Des cofinancements limités.....	21
1.2.4 L'essor des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).....	21
<b>2. AMELIORATION ET EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....</b>	<b>22</b>
2.1 Des projets de diverses natures avec l'émergence des groupes qualités.....	22
2.2 Réduction du nombre de projet d'EPP-APP financées.....	22
2.3 Une participation des acteurs publics et privés.....	24
<b>3. PERMANENCE DES SOINS EN AMBULATOIRE DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX.....</b>	<b>25</b>
3.1 Un maintien des projets de permanence des soins.....	25
3.2 Les principaux dispositifs financés restent les MMG et les systèmes de régulation.....	26
<b>4. AIDES DIRECTES A L'INSTALLATION.....</b>	<b>30</b>
4.1 Les projets financés au titre des aides directes à l'installation.....	30
4.2 Des financements de niveau hétérogène principalement consacrés au fonctionnement.....	30
4.3 Une faible mobilisation des cofinanceurs.....	32
<b>5. DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION.....</b>	<b>33</b>
5.1 Les projets de développement de systèmes d'information financés en 2007.....	33
5.2 Une grande variété de projets financés.....	34
5.3 Des co-financements en développement.....	34

## **Introduction**

La mise en place du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins a été l'évènement majeur de cette année 2007.

Créé par l'article 94 de la LFSS de 2007 pour accroître l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé, le FIQCS rassemble dans un même dispositif financier le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR). Ses missions sont de contribuer au financement :

- du développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;
- des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ;
- des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;
- des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;
- de la mise en œuvre du dossier médical personnel et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales ;

### **L'entrée en vigueur du FIQCS**

Le décret n°2007-973 du 15 mai 2007 a fixé l'entrée en vigueur du FIQCS au 1<sup>er</sup> juillet 2007. Cette mise en place en cours d'année a mobilisé les acteurs de la santé en région pour assurer l'organisation de la nouvelle gouvernance du fonds et nécessité d'aménager une phase de transition budgétaire en deux temps :

- sous la forme FAQSV-DNDR du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2007 ;
- puis une mise en place du FIQCS à partir du 1<sup>er</sup> juillet, avec des budgets de liaison et l'attribution d'un reliquat FIQCS en décembre 2007.

Ainsi, 80% du FAQSV (soit 46,8 millions d'€) et 90% de la DNDR (soit 155,9 millions d'€) ont été délégués dès le début de l'année 2007 pour conserver une visibilité budgétaire aux régions dans la gestion des crédits. Le FIQCS dès son entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2007a été doté du reliquat de 20% du FAQSV et de 10% de la DNDR.

Le présent rapport d'activité du FIQCS en 2007 a été élaboré sur la base des données budgétaires issues de la Direction Financière et Comptable de la CNAMTS et des données déclaratives des URCAM et CGSS pour l'activité régionale du Fonds.

Il est constitué d'une première partie retraçant les éléments d'analyse de l'activité générale du FIQCS (I) et d'une seconde partie reprenant individuellement chaque grande thématique financée par le FIQCS (II).

# **I. BILAN GENERAL**

## **1. LA MISE EN PLACE DES INSTANCES DU FIQCS**

- *Les instances nationales*

L'exécutif du FIQCS, le Comité National de Gestion (CNG) s'est assuré de la bonne mise en place administrative et budgétaire du fonds en 2007. Il s'est réuni pour valider les budgets de liaison nationaux et régionaux et garantir une continuité des paiements des projets en cours jusqu'au 31 décembre 2007. Il a précisé les orientations stratégiques et budgétaires du budget 2007 ainsi que les principes de fonctionnement du Fonds.

Le 27 novembre 2007, la réunion de l'Assemblée délibérante du fonds, le Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins (CNQCS), a permis d'installer cette nouvelle instance et de valider les grandes orientations stratégiques et budgétaires pour 2007. A cette occasion, le CNQCS a également élu son bureau.

Les instances nationales ont assuré la diffusion des documents de cadrage suivants :

- la circulaire cadre « réseaux de santé »,
- le référentiel « personnes âgées »,
- le référentiel « réseaux de cancérologie ».

- *Les instances régionales*

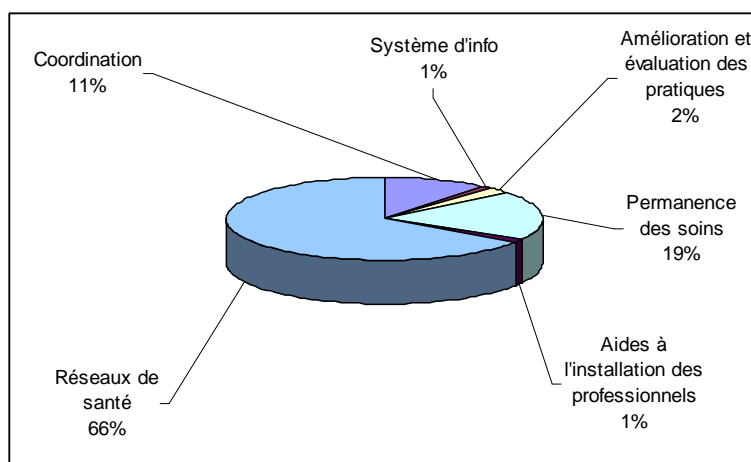
Les Conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins (CRQCS) ont été constitués au cours de l'automne 2007 pour donner leur avis sur les orientations régionales 2007. Les bureaux des CRQCS ont également été élus à cette occasion.

Les Missions régionales de santé (MRS) ont assuré dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007 le secrétariat des instances du FIQCS en région. Elles ont permis l'attribution des crédits du FIQCS sur le fondement des orientations nationales et régionales du FIQCS.

## **2. ACTIVITE GENERALE : 2007, UNE ANNEE CHARNIERE**

En 2007, **1 019 projets** ont bénéficié d'un financement régional au titre du FAQSV, de la DNDR ou du FIQCS.

Ces projets se répartissent en nombre de projets par thématiques de la manière suivante :



Les réseaux de santé représentent aujourd'hui la large majorité des dispositifs financés au titre du FIQCS (66%). Pour l'année 2007, **667 réseaux de santé ont été recensés pour un financement total de 133 millions d'€** au titre de la DNDR et du FIQCS.

Les projets autres que les réseaux de santé sont eux au nombre de **352** et représentent un **montant global alloué de 31,7 millions d'€** sur le FAQSV et le FIQCS. On constate pour ces projets, en comparaison avec les projets financés en 2006 sur le FAQSV :

- une diminution du nombre de projets financés (428 projets en 2006)
- parallèlement à une augmentation du montant total alloué (24 millions d'€ en 2006). En effet, le montant moyen alloué sur le FIQCS en 2007 a été de 146 612 €, soit le double du montant moyen alloué aux projets sur le FAQSV 2006 (73 667 €).

	FAQSV ou DNDR		FIQCS		TOTAL	
	Nbre projets financés	Montant	Nbre projets financés	Montant alloué	Nbre projets financés	Montant
Réseaux de santé (DNDR)	667	133 000 000 €			667	133 000 000 €
Coordination (dont MSP)	87	6 473 880 €	21	3 061 799 €	108	9 535 678 €
Système d'information	6	525 129 €	5	205 382 €	11	730 511 €
Amélioration et évaluation des pratiques professionnelles	21	2 110 035 €	3	124 380 €	24	2 234 415 €
Permanence des soins	153	10 538 351 €	44	8 049 843 €	197	18 588 194 €
Aides à l'installation des professionnels	5	390 037 €	7	287 593 €	12	677 630 €
<b>TOTAL (hors réseaux)</b>	<b>272</b>	<b>20 037 432 €</b>	<b>80</b>	<b>11 728 997 €</b>	<b>352</b>	<b>31 766 429 €</b>

Au niveau national 6 projets ont bénéficiés d'un financement de 24 millions d'€ au titre du FAQSV et du FIQCS.

Le financement du Dossier médical Partagé représente à lui seul 23,5 millions d'euros.

### **3. UNE EXECUTION BUDGETAIRE MAITRISEE <sup>1</sup>**

Le décret 2007-973 du 15 mai 2007 a fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2007 la date de transfert sur le FIQCS des crédits restant disponibles respectivement sur le FAQSV et sur la DNDR, tant au niveau national que régional. Le transfert de ces crédits a permis d'assurer la poursuite des paiements des projets en cours jusqu'au 31 décembre 2007.

L'analyse de l'exécution budgétaire porte sur ces deux fonds, en dissociant au sein du FIQCS les actions relevant anciennement de la DNDR et celles relevant du FAQSV.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a fixé à 195 millions d'euros l'autorisation de dépenses du FAQSV. Pour maîtriser l'évolution des dépenses de santé, le gouvernement a pris des mesures d'économies dont une contribution du FAQSV à hauteur de 70 millions d'euros. L'article 5 de la LFSS 2008 a donc ramené l'autorisation de dépenses du FAQSV à 125 millions d'euros pour l'année 2007.

Le montant limitatif des dépenses de la DNDR a été fixé par arrêté du 16 mars 2007 à 170 millions.

Sur ces 295 millions d'autorisation de dépenses (FAQSV + DNDR), la dotation allouée au niveau national s'est élevée à 66,5 millions et à 228,5 pour la part régionale (soit 58,5 millions au titre du FAQSV régional et 170 millions au titre de la DNDR).

La répartition des fonds au global sur l'année s'établit donc à 22,5 % pour le niveau national et à 77,5% pour le niveau régional.

Le montant total des versements s'élève à 178 millions d'euros soit 60 % du plafond de dépenses autorisé.

Le montant global des dépenses pour les actions à caractère expérimental en soins de ville s'est élevé à 50 millions d'euros représentant 40 % du plafond de dépenses autorisé (125 millions). Le taux de consommation est en baisse de 6 points par rapport à 2006 ou il atteignait 46% (52,9 millions de dépenses et 115 millions de dépenses autorisées).

Les réseaux de santé ont été financés à hauteur de 128 millions d'euros, ce qui représente 75 % de l'autorisation de dépenses et une augmentation de 4,66% des versements (122,3 millions en 2006).

#### **3.1 L'enveloppe mise à disposition des régions**

Le Comité National de Gestion du FAQSV du 2 février 2007 a décidé d'allouer 80 % de l'enveloppe régionale soit 46,8 millions, les 20 % restant, soit 11,7 millions, ont été provisionnés pour permettre l'alimentation du FIQCS dès sa mise en œuvre. Comme les années précédentes, les modalités suivantes ont été retenues pour la répartition des enveloppes régionales du FAQSV :

- Une part fixe à l'ensemble des régions soit 430 000 euros,
- Une répartition du reliquat au prorata de la population de chaque région.

Pour la DNDR, l'arrêté du 16 mars 2007 a réparti 90 % de la dotation entre les régions soit 152,1 millions d'euros. Le solde de la DNDR, soit 14,1 millions a permis d'alimenter le FIQCS dès sa mise en œuvre.

Le Comité National de Gestion du FIQCS du 4 septembre 2007 a décidé d'allouer aux régions la totalité du solde des deux fonds, soit 25,8 millions d'euros.

---

<sup>1</sup> Source : Direction financière et comptable de la CNAMTS

Il a également établi des budgets de liaison régionaux correspondant aux sommes engagées sur le FAQSV et la DNDR et non versées au 30 juin 2007 au titre des aides accordées à cette date. Ces budgets ont permis d'assurer la continuité des paiements pour les projets régionaux en cours jusqu'au 31 décembre 2007.

A l'issue de ces opérations, le montant définitif des dotations attribuées aux régions s'est élevé à 228,5 millions d'euros.

### **3.2 Les consommations au niveau régional**

Au niveau régional 154 millions ont été attribués aux projets, ce qui représente 67 % de l'autorisation de dépenses.

- *Consommation régionale de l'enveloppe totale attribuée pour les soins de ville*

26 millions d'euros ont été versés, soit 45 % de l'enveloppe attribuée (58,5 millions d'euros). Le taux de consommation de l'enveloppe est en baisse sensible par rapport à 2006 (62 %). En montant, la baisse par rapport à 2006 (30,4 millions d'euros) est de 14,5%. Cette baisse s'explique par la mise en place tardive des instances régionales du FIQCS, ainsi que par la mise à disposition du solde de la dotation FIQCS dans le courant du mois de décembre 2007.

- *Consommation de l'enveloppe totale attribuée pour les réseaux de santé*

En 2007, 128 millions d'euros ont été versés dont 64,5 au titre de la DNDR et 63,5 au titre du FIQCS. Le taux de consommation de l'enveloppe reste élevé à 75 %. Il était de 96 % en 2006 (autorisation de dépenses de 127,5 millions d'euros pour une dépense finale de 122,3 millions).

### **3.3 Une enveloppe et une consommation nationales stables**

Au niveau national, les montants versés aux porteurs de projets s'élèvent à 24 millions (22,5 millions en 2006) soit 36 % de la dotation allouée (65,5 millions d'euros) en hausse de deux points par rapport à 2006. Le financement du DMP représente 98 % des versements effectués avec 23,5 millions attribués.

## II. BILAN THEMATIQUE<sup>2</sup>

### 1. LA COORDINATION DES SOINS

#### 1.1 Les réseaux de santé

Les objectifs des réseaux de santé sont définis par la circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 Mars 2007. Conformément au texte précité, les réseaux de santé ont pour objectifs :

- d'assurer la prise en charge globale du patient et le décloisonnement des professionnels ;
- de garantir au patient la qualité, la sécurité et la continuité des soins ;
- de s'inscrire en cohérence avec les objectifs de la réforme de l'assurance maladie ;
- de répondre aux besoins identifiés au sein d'un territoire.

##### 1.1.1 Eléments généraux

La présente analyse porte **sur les données recueillies** pour 667 réseaux, implantés dans 26 régions.

Ces réseaux participent à la prise en charge de 29 pathologies et sont financés à hauteur de 132 996 868 €.

Si les informations recensées ne sont pas encore exhaustives, elles permettent néanmoins de dégager les grandes tendances du développement des réseaux de santé pour l'année 2007.

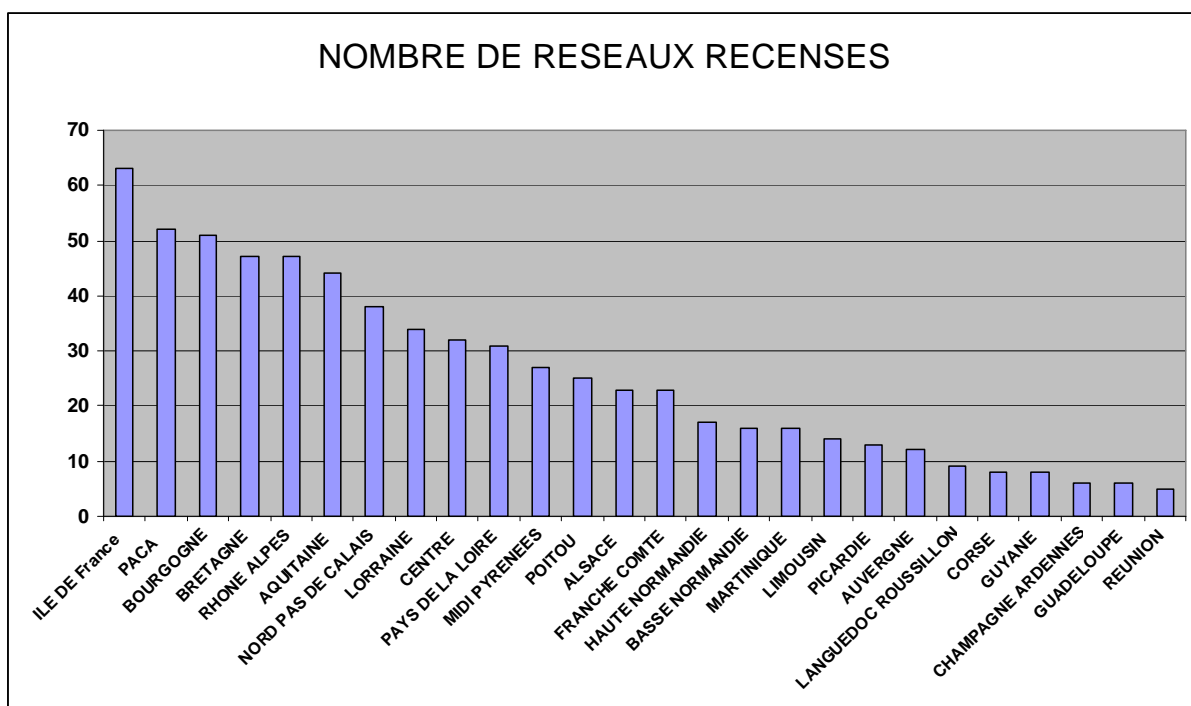
- *Maillage territorial des réseaux : une répartition inégale sur le territoire*

Les réseaux de santé sont présents dans l'ensemble des 26 régions françaises. Néanmoins, ils ne sont pas répartis de manière homogène sur le territoire. Ainsi, près d'un tiers des réseaux de santé sont concentrés sur 5 régions : Ile-de-France, PACA, Bourgogne, Bretagne et Rhône Alpes. Chacune des ces régions finance en moyenne 52 réseaux de santé. A l'inverse, les régions de Champagne Ardennes, la Réunion et la Guadeloupe ne disposent que d'un faible nombre de réseaux (5 à 6 réseaux pour chacune de ces régions).

---

<sup>2</sup> Source : Données déclaratives URCAM et CGSS

## Répartition des réseaux de santé recensés par région

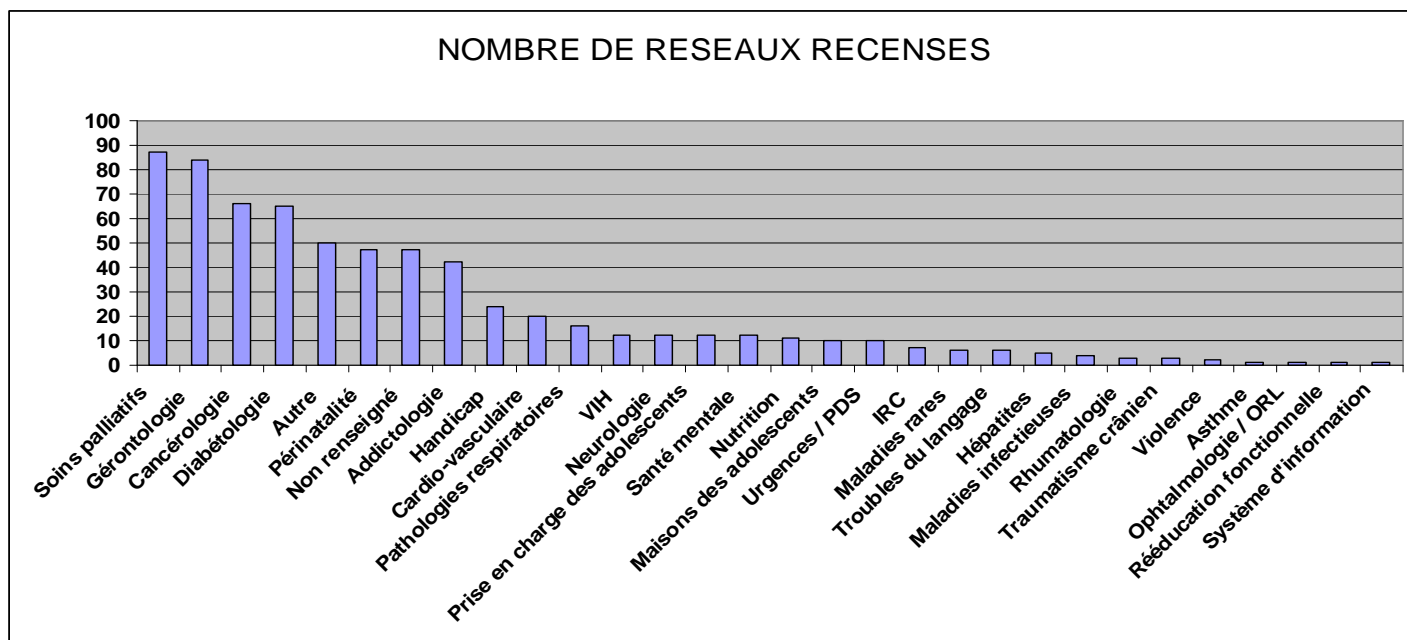


Près de la moitié des réseaux de santé agissent dans un périmètre territorial de niveau infra-départemental ou départemental. L'action des réseaux de santé est donc plutôt inscrite dans une prise en charge de proximité. Cela est plus particulièrement vrai pour les réseaux de soins palliatifs, d'addictologie et de gérontologie qui sont implantés à plus de 75% dans un périmètre infra-départemental et départemental.

- *Prise en charge des pathologies : une cohérence globale avec les priorités de santé publique*

Tout comme en 2006, les réseaux les plus nombreux sur le territoire sont dédiés aux pathologies relevant des grandes priorités nationales de santé publique. Il s'agit des réseaux de soins palliatifs (13% des réseaux) de gérontologie (12,6%) et de cancérologie (10%). Les  $\frac{3}{4}$  des régions sont en effet dotées d'au moins un réseau de cancérologie, d'addictologie, de diabétologie, de gérontologie, de périnatalité et de soins palliatifs.

## Répartition des réseaux de santé recensés par thématique



- *Financement des réseaux*

Au titre des réseaux de santé, le financement moyen par région s'élève à plus de 5 millions d'euros.

Le financement global moyen par réseau est évalué à près de 200 000 euros pour l'année 2007.

Cependant, une analyse plus fine des financements alloués au titre de l'année 2007 révèle des disparités importantes entre les différentes thématiques concernées.

Les financements moyens par réseau les plus élevés sont ceux alloués aux thématiques de la nutrition (307 422 euros), de la cancérologie (264 387 €) et des soins palliatifs (253 665 €). La thématique de la rééducation fonctionnelle, dotée d'un financement de 272 733 €, ne peut pas être comparée aux thématiques précédentes car elle ne concerne qu'un seul réseau sur tout le territoire.

Parmi les structures disposant du financement moyen le plus faible figurent les réseaux de gérontologie (140 015 €), d'addictologie (152 525 €) et de périnatalité (179 981 €).

## Financement des réseaux de santé recensés par thématique

Thématique	Financement total	Financement thématique/financement total en %	Financement moyen par réseau
NUTRITION	3 381 650	2,54	307422
REEDUCATION FONCTIONNELLE	272 733	0,21	272 733
CANCEROLOGIE	17 449 600	13,12	264 387
SOINS PALLIATIFS	22 068 889	16,59	253 665
SYSTEME D'INFORMATION	253 200	0,19	253 200
AUTRE	1 260 169	9,48	252 033
TRAUMATISME CRANIEN	728 553	0,55	242 851
HANDICAP	5 742 700	4,32	239 279
NEUROLOGIE	2 813 636	2,12	234 469
CARDIO-VASCULAIRE	4 209 688	3,17	210 484
DIABETOLOGIE	13 495 558	10,15	207 623
NON RENSEIGNE	9 573 828	7,20	203 698
PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	3 080 458	2,32	192 528
TROUBLES DU LANGAGE	1 114 228	0,84	185 704
ASTHME	184 000	0,14	184 000
PERINATALITE	8 459 126	6,36	179 981
ADDICTOLOGIE	6 406 068	4,82	152 525
IRC	1 025 074	0,77	146 439
MALADIES RARES	864 946	0,65	144 157
GERONTOLOGIE	11 761 265	8,84	140 015
VIH	1 621 736	1,22	135 144
URGENCES/PDS	1 350 463	1,02	135 046
RHUMATOLOGIE	376 457	0,28	125 485
SANTE MENTALE	1 465 973	1,10	122 164
PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS	1 266 883	0,95	105 573
HEPATITES	445 806	0,34	89 161
MALADIES INFECTIEUSES	255 907	0,19	63 976
VIOLENCE	116 896	0,09	58 448
MAISONS DES ADOLESCENTS	302 062	0,23	30 206
OPHTALMO/ORL	4 134	0,003	4 134
<b>TOTAL</b>	<b>132 996 868</b>	<b>100 %</b>	<b>199 395</b>

### 1.1.2 Inclusion des patients

En 2007, 700 000 patients ont été inclus par les réseaux de santé. La notion de « patient » doit être considérée ici dans son acception la plus large. En effet, le présent rapport d'activité recense aussi bien les patients qui ont sollicité un conseil ou dont le dossier a été présenté au réseau, que ceux ayant bénéficié d'un parcours de soins personnalisé.

- *Comparaison régionale*

L'évaluation et la comparaison régionales du nombre de patients inclus dans les réseaux indiquent qu'il n'y a pas de véritable corrélation entre le nombre de réseaux présents et la quantité de patients inclus. En effet, les régions qui bénéficient du plus grand nombre de réseaux ne sont pas forcément celles qui prennent en charge le plus de patients.

Les régions pour lesquelles le nombre moyen de patients inclus par réseau est le plus important sont les régions Languedoc-Roussillon (4500 patients en moyenne par réseau), Bourgogne (2500) et Champagne- Ardennes (2400).

- *Comparaison thématique*

Les réseaux périnatalité et cancérologie se distinguent très nettement par l'importance du nombre de patients qu'ils prennent en charge. En effet, ces structures sont majoritairement des réseaux territoriaux et régionaux ayant vocation à prendre en charge l'ensemble des patients concernés par ces thématiques sur le territoire. Ainsi, un réseau périnatalité intègre en moyenne 4 800 patients et un réseau cancérologie 3 600 patients.

Ces thématiques ne sont pas représentatives de l'ensemble des réseaux. En effet, plus de 50% des réseaux intègrent moins de 400 patients.

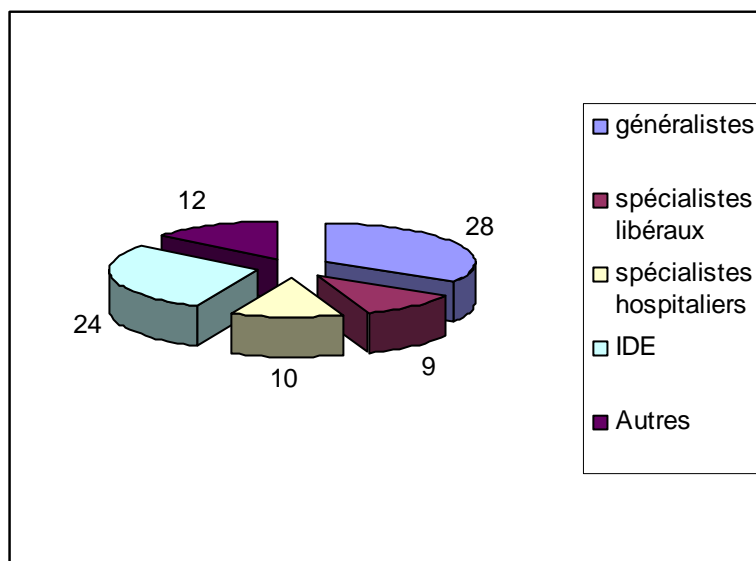
### 1.1.3 Intégration des professionnels et partenariats

- *Intégration des professionnels*

Les données relatives à l'intégration des professionnels doivent être considérées avec précaution puisque la notion de « professionnels intégrés » demeure ambiguë. En effet, aucune distinction n'est faite entre les professionnels ayant signé la charte d'adhésion, ceux qui sont associés de manière ponctuelle et les membres de la structure juridique qui porte le réseau.

Conformément à la circulaire du 2 mars 2007, les réseaux de santé contribuent à la coordination des personnels de santé et au décloisonnement professionnel. La valeur ajoutée des réseaux de santé réside en particulier dans leur capacité à appuyer l'action des professionnels de premier niveau, notamment des médecins traitants. Les réseaux de santé s'inscrivent dans cette démarche puisque chaque structure intègre en moyenne 40% de médecins libéraux, dont près de 30% de médecins généralistes et 10% de spécialistes. Les infirmières représentent en moyenne 23% des professionnels intégrés dans les réseaux de santé. 12% en moyenne des professionnels intégrés dans les réseaux ne sont pas des professionnels de santé (assistantes sociales, diététiciens, éducateurs sportifs...).

## Répartition des professionnels intégrés par catégorie de profession (Proportion moyenne par réseau de santé)



- *Partenariats*

La mise en place de partenariats avec d'autres structures constitue un bon indicateur de la capacité des réseaux de santé à participer au décloisonnement des professionnels mais aussi à garantir une véritable continuité dans le parcours de soin des patients.

En 2007, plus de 12 partenariats existaient en moyenne par réseau. 70% des structures partenaires appartiennent au secteur sanitaire et 30% au secteur médico-social.

### 1.1.4 Mutualisation des moyens

Afin de maximiser leur efficacité, les réseaux de santé sont encouragés à mutualiser leurs moyens.

En 2007, 68 fonctions supports, moyens techniques ou actions spécifiques (formations, réunions...) fonctionnaient de manière mutualisée. 16 régions ont mis en œuvre des actions de mutualisation.

Les réseaux qui ont le plus souvent recours à la mutualisation de leurs moyens sont les réseaux de soins palliatifs, de cancérologie et de diabétologie.

Les mutualisations réalisées consistent principalement en la mise en commun de locaux, de personnels et d'équipements.

### 1.1.5 Eléments financiers et analyse des coûts

- *Origine du financement*

Les ressources des réseaux de santé proviennent presque exclusivement des fonds alloués au titre de la DNDR puis du FIQCS. Les autres sources de financement telles que les subventions des collectivités locales ou la mise en place de systèmes de cotisations sont encore marginales.

Ainsi, si l'on observe un taux de cofinancement global moyen s'élevant à 24% du montant du budget des réseaux, 70% des réseaux bénéficient d'un taux de cofinancement inférieur à 10%.

- *Prestations dérogatoires*

Les dérogations tarifaires, mentionnées à l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale, permettent aux réseaux de prendre en charge des actes non inscrits à la nomenclature et ce à titre expérimental.

La circulaire du 2 Mars 2007 précise que les dérogations tarifaires doivent répondre à l'une des exigences suivantes :

- La non-identification de l'acte ou du dispositif concerné dans les nomenclatures
- La nécessité de l'intervention de plusieurs professionnels de professions différentes
- l'absence de convention entre la profession de l'intervenant qui réalise la prestation et l'assurance maladie
- la non-présence du patient pendant la réalisation de l'acte

En 2007, les prestations dérogatoires représentent en moyenne 6% du budget total d'un réseau de santé. Seules certaines thématiques sont concernées par la mise en place de pratiques s'inscrivant dans le champ des dérogations tarifaires.

Par exemple, les réseaux cardio-vasculaires, oncologie, rhumatologie, nutrition, addictologie et diabétologie consacrent plus de 20% de leurs dépenses de fonctionnement aux prestations dérogatoires.

#### **Part des dérogations tarifaires dans les dépenses de fonctionnement par thématique**

<b>Thématique</b>	<b>Part des dérogations tarifaires dans les dépenses de fonctionnement (%)</b>
Cardio-vasculaire	28
Cancérologie	24
Rhumatologie	23
Nutrition	22
Addictologie	21
Diabétologie	20
VIH	20
Gérontologie	16
Handicap	13
Soins palliatifs	10
Prise en charge des adolescents	8
Périnatalité	6
Santé mentale	5
Neurologie	3
IRC	2

- *Analyse des coûts*

L'efficience des réseaux peut être mesurée par le coût moyen de prise en charge d'un patient. Cet indicateur doit être relativisé compte tenu de la remarque faite au point 1.2 sur la définition de la notion de « patient ». Au niveau global, le coût moyen d'un patient inclus dans un réseau de santé en 2007 est de 178 €.

Les coûts moyens par patient des réseaux de rééducation fonctionnelle, soins palliatifs et asthme sont les plus élevés. En effet, le coût moyen de prise en charge de ces pathologies est compris entre 1300 et 2100 € par patient.

En revanche, les réseaux les moins coûteux sont les réseaux périnatalité, cancérologie (à vocation parfois régionale) et les maisons des adolescents. Pour ces derniers, le coût moyen par patient varie entre 37 et 150 €.

### **1.1.6 Audits et évaluations**

Plusieurs mécanismes sont prévus dans le but de contrôler la bonne utilisation des fonds alloués aux réseaux de santé ainsi que la valeur ajoutée de ces structures par rapport à l'investissement qu'elles nécessitent.

- *Audits réalisés*

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

En 2007, 184 réseaux situés dans 18 régions ont fait l'objet d'un audit, dont 80% ont été réalisés par les URCAM.

Une procédure pénale pour des faits de prise illégale d'intérêts a été engagée à l'encontre d'un réseau de santé à la suite d'un rapport de contrôle effectuée par l'IGAS.

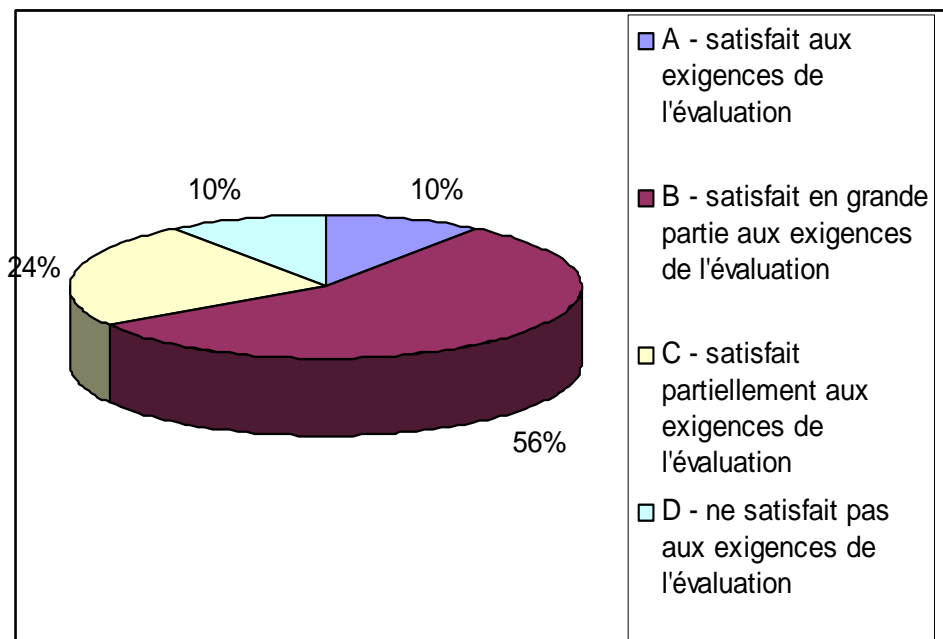
- *Bilan des évaluations externes*

Le principe d'évaluation fait partie intégrante de l'action des réseaux de santé. L'évaluation est à la fois une condition du financement des réseaux et un outil d'amélioration permanente du service rendu au patient. Le décret 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 et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique impose la réalisation d'une évaluation externe des réseaux au terme de chaque période de financement. Cette évaluation porte sur l'organisation et le fonctionnement des réseaux, la participation et l'intégration des acteurs, la prise en charge des patients et l'impact sur les pratiques professionnelles.

130 évaluations externes ont été recensées pour l'année 2007 dans 22 régions. 80% des réseaux évalués ont globalement atteint les objectifs qualitatifs et quantitatifs fixés par la circulaire.

Les évaluations externes ont permis néanmoins d'identifier quelques dysfonctionnements au sein de certains réseaux. Ainsi, 10% des réseaux évalués en 2007 ne satisfaisaient pas aux exigences de l'évaluation (cotation « D » utilisée pour l'évaluation globale – cf. diagramme infra). En conséquence, 70% d'entre eux ne sont désormais plus financés.

## Bilan des évaluations externes réalisées en 2007



## **1.2 Les autres projets de coordination des soins**

### **1.2.1 Des projets et des financements plus importants**

En 2007, 21 régions ont financé 108 projets destinés à améliorer la coordination des soins (contre 130 en 2006), dont 89 sont financés au titre du FAQSV et 19 au titre du FIQCS.

Sur ces 108 projets :

- 37 concernent des projets de coordination ville-hôpital
- 12 concernent des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) en place
- 59 correspondent à d'autres projets de coordination divers

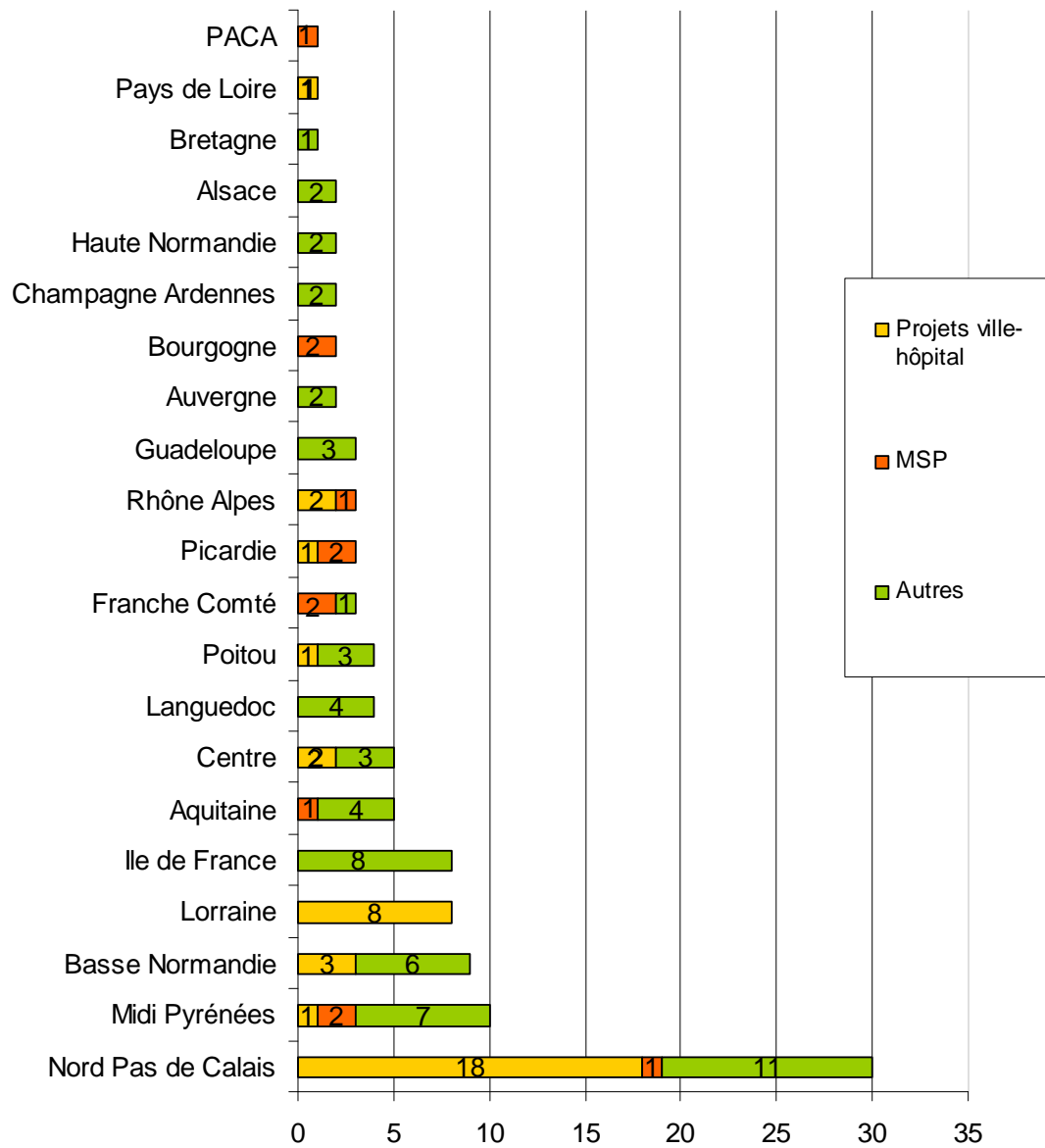
Le montant total des aides accordées au titre des projets de coordination s'élève à 9 535 678 € (7 856 842 € en 2006) avec la répartition suivante : 26 % pour les projets de coordination; 4 % pour les MSP ; 70 % pour les autres projets de coordination des soins.

Le montant moyen de l'aide accordée s'élève à 88 293 € soit 31 % de plus qu'en 2006 (60 437 € par projet en moyenne en 2006).

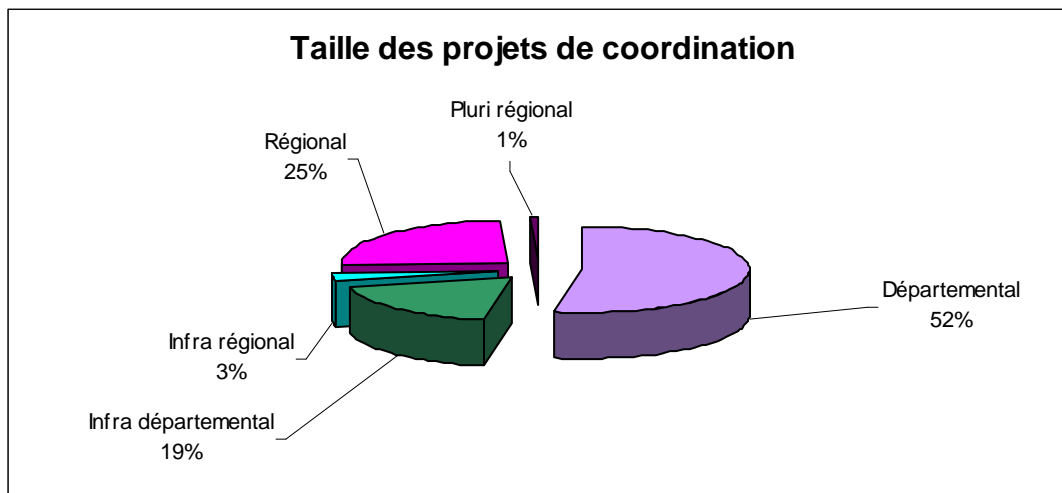
La tendance à la diminution de l'aide moyenne constatée les années précédentes s'est donc inversée en 2007.

Le nombre de projets financés par région est assez hétérogène : 5 régions n'ont financé aucun projet au titre de la coordination en 2007. 16 régions ont financé de 1 à 5 projets et 5 régions plus de 8 projets, avec une exception notable pour la région Nord Pas de Calais qui financent 30 projets de coordination.

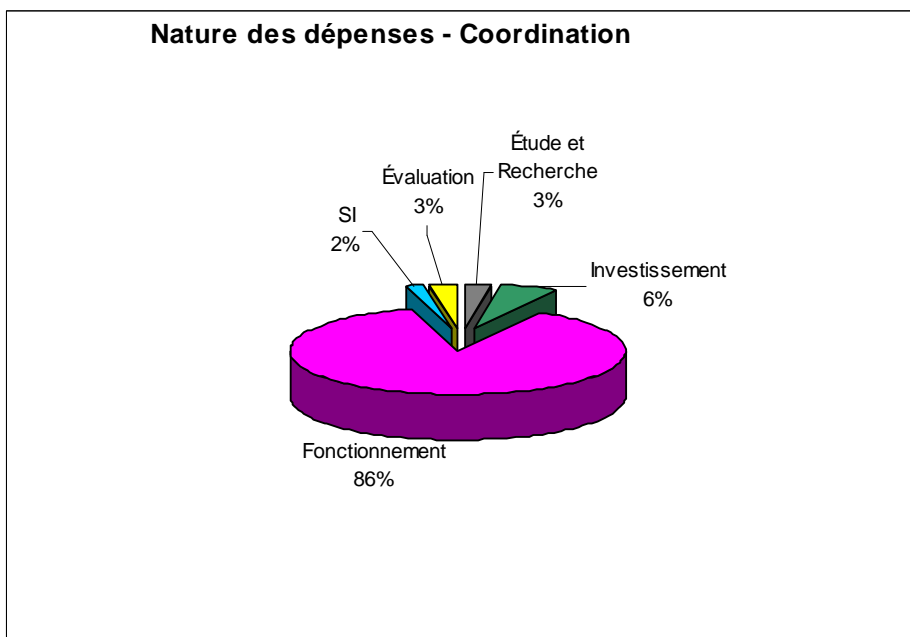
### Nombre de projets de coordination financés par les régions



Sur les 108 projets de coordination des soins, trois quarts ont une dimension de proximité (niveau infra départemental, départemental ou infra régional) et un quart ont une dimension régionale. Un unique projet de dimension pluri-régional a été financé par l'URCAM de Champagne Ardennes.

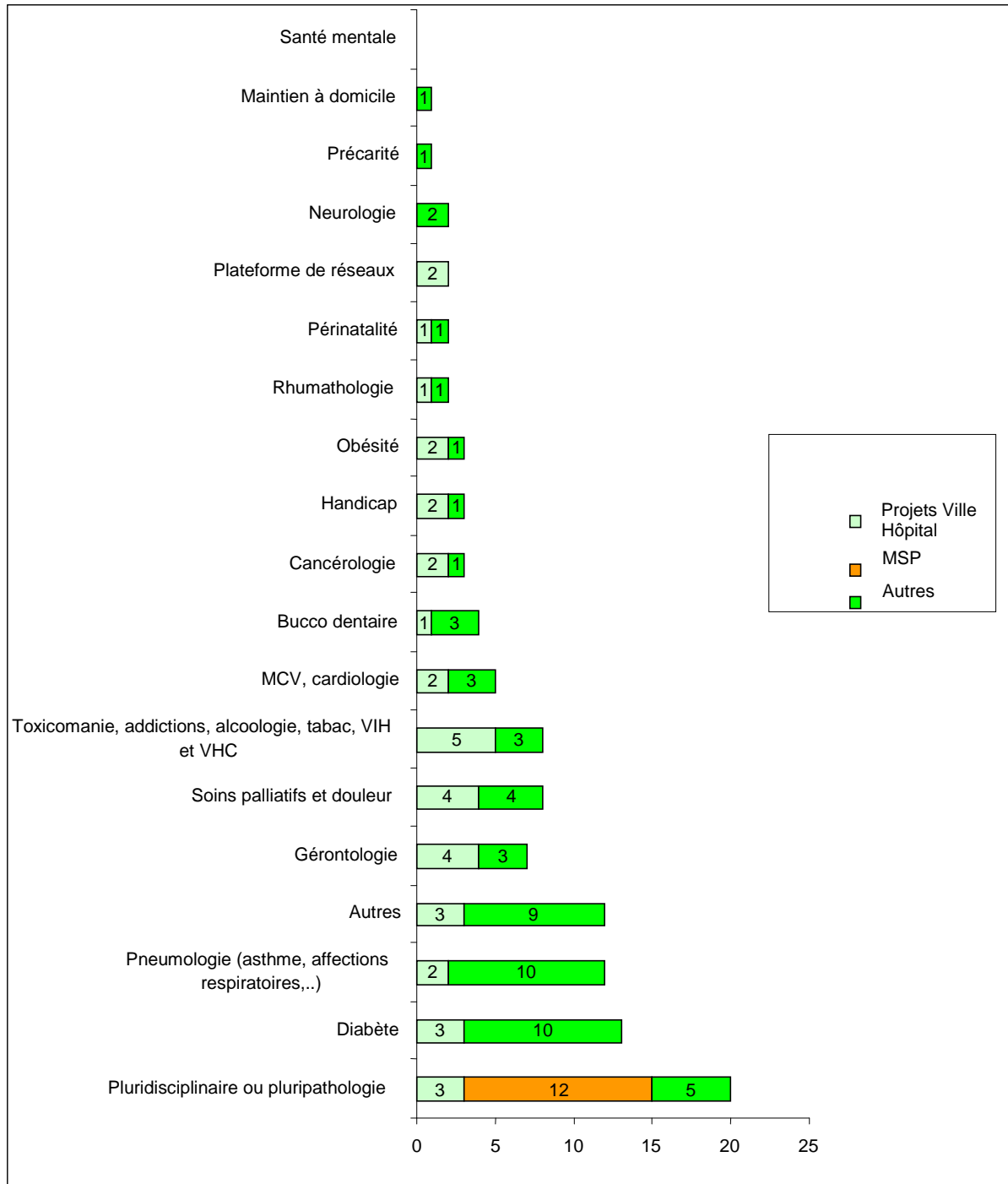


La majorité des financements est affectée aux dépenses de fonctionnements (87%) ; avec 6 % des dépenses affectées à l'investissement et seulement 3 % à l'évaluation des projets de coordination.



### 1.2.2 Les thématiques des projets de coordination

Les projets financés concernant majoritairement les thématiques suivantes : le diabète (14 projets), la pneumologie (13 projets) et la gériatologie (11 projets). Les projets pluridisciplinaires/polypathologie sont principalement représentés par les 12 maisons de santé.



### 1.2.3 Des cofinancements limités

La plupart des cofinanceurs sont les collectivités territoriales : communes, communautés de communes, conseils généraux, conseils régionaux. Les autres financeurs peuvent être les URML, certains Centres hospitaliers, le FNPEIS ou des opérateurs privés (mécènes, laboratoires, pharmaceutiques, caisse d'Epargne).

Ce sont au total 16% des projets, soit 17 projets sur 108, qui ont bénéficié d'un cofinancement en 2007. Le montant total des aides accordées s'élève à 1 664 826 € soit en moyenne 97 931 € par projet cofinancé.

### 1.2.4 L'essor des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

En 2007, **27 MSP ou projets de MSP** (dont 10 études de faisabilité) ont bénéficié d'un soutien financier des régions dont 12 au titre de la coordination des soins. Pour mémoire, 19 MSP (ou projets de MSP) avaient fait l'objet d'un financement en 2006. Les financements accordés par le FAQSV puis le FIQCS pour des MSP ou études de faisabilité de MSP s'élèvent à 641 736 €, dont 70% concernent des dépenses en amont, c'est-à-dire les études et recherches (35%) ou l'investissement (36%) et 25 % concernent les dépenses de fonctionnement.

Région	Etudes en cours	Nombre de MSP (ou projet) financées en 2007	Montant accordé 2007
Aquitaine		1	66 500 €
Auvergne		1	18 238 €
Basse Normandie		3	140 165 €
Bourgogne	2	2	19 000 €
Bretagne	2	2	18 160 €
Champagne Ardennes	1	1	2 900 €
Franche Comté		2	70 318 €
Languedoc-Roussillon	5	5	50 000 €
Midi Pyrénées		3	68 478 €
Nord Pas de Calais		1	60 000 €
PACA		1	55 898 €
Pays de Loire		2	32 053 €
Picardie		2	10 026 €
Rhône Alpes		1	30 000 €
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>641 736 €</b>

## **2. AMELIORATION ET EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Financée jusqu'au 30 juin 2007 sur le FAQSV, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a pour vocation d'émarger sur un nouveau fonds, le fonds des actions conventionnelles (FAC). Son installation n'a pas été mise en œuvre en 2007.

L'analyse porte donc :

- Sur l'EPP du 1<sup>er</sup> semestre 2007 ;
- Sur les projets d'amélioration des pratiques professionnelles de l'année 2007

### **2.1 Des projets de diverses natures avec l'émergence des groupes qualités**

Différentes démarches d'amélioration des pratiques ont été soutenues :

- 5 projets de groupes qualité (Basse Normandie, Haute Normandie, Franche Comté, Bretagne, Lorraine) avec un projet pilote en Bretagne mis en place depuis 2001 et étendu à 5 autres régions
- 1 groupe de pair en Auvergne
- 1 audit de pratique en Pays de la Loire
- 16 projets d'une autre nature : actions de formation pluridisciplinaires, conception d'outils d'aide à la prescription (par exemple, soins de support pour la cancérologie dans la région Limousin ou formations à l'éducation thérapeutique en Aquitaine)
- une démarche d'EPP portée par l'URML en Pays de la Loire

### **2.2 Réduction du nombre de projet d'EPP-APP financées**

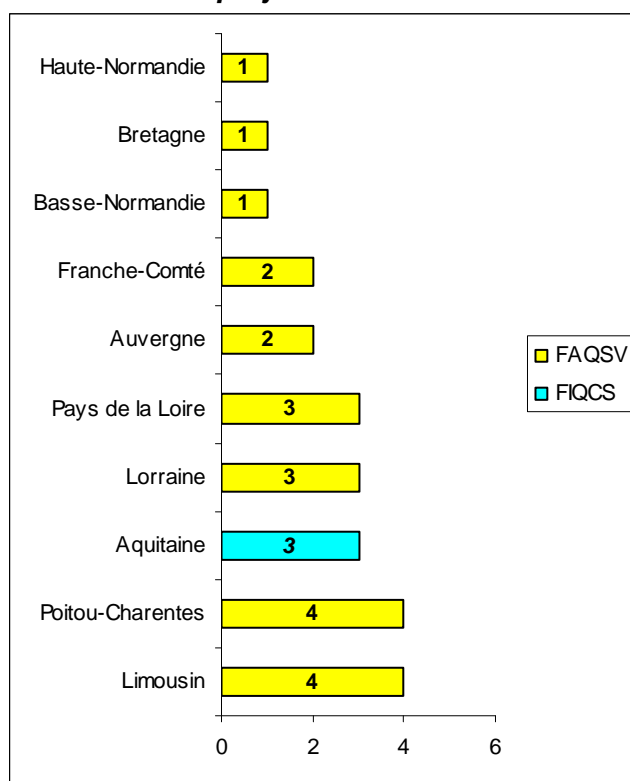
Une diminution notable de l'activité sur cette thématique est constatée en 2007, sans doute explicable par la perspective de la création du Fonds d'Action Conventionnelle (FAC) destiné à relayer le FAQSV pour le financement des EPP.

Ainsi, seules 10 régions contre 20 en 2006 ont accordé des financements FAQSV ou FIQCS pour des projets d'amélioration ou d'évaluation des pratiques professionnelles. Au total, le nombre de projets financés en région est de 24 soit le tiers du nombre de projets en 2006 (72), dont 21 financés au titre du FAQSV et 3 en Aquitaine au titre du FIQCS.

Le montant total des sommes accordées s'élève à 2 234 414,85 €, soit une baisse de 44% par rapport à 2006 (montant total accordé en 2006 : 3 972 080 €).

Le nombre de projets financés par région s'échelonne de 1 à 4 projets.

### Nombre de projets financés – EPP/APP



Le nombre de médecins par région concernés par les projets d'EPP ou APP s'échelonne de 52 (en Auvergne) à 660 (Limousin) avec au total 1 582 médecins concernés déclarés par les régions.

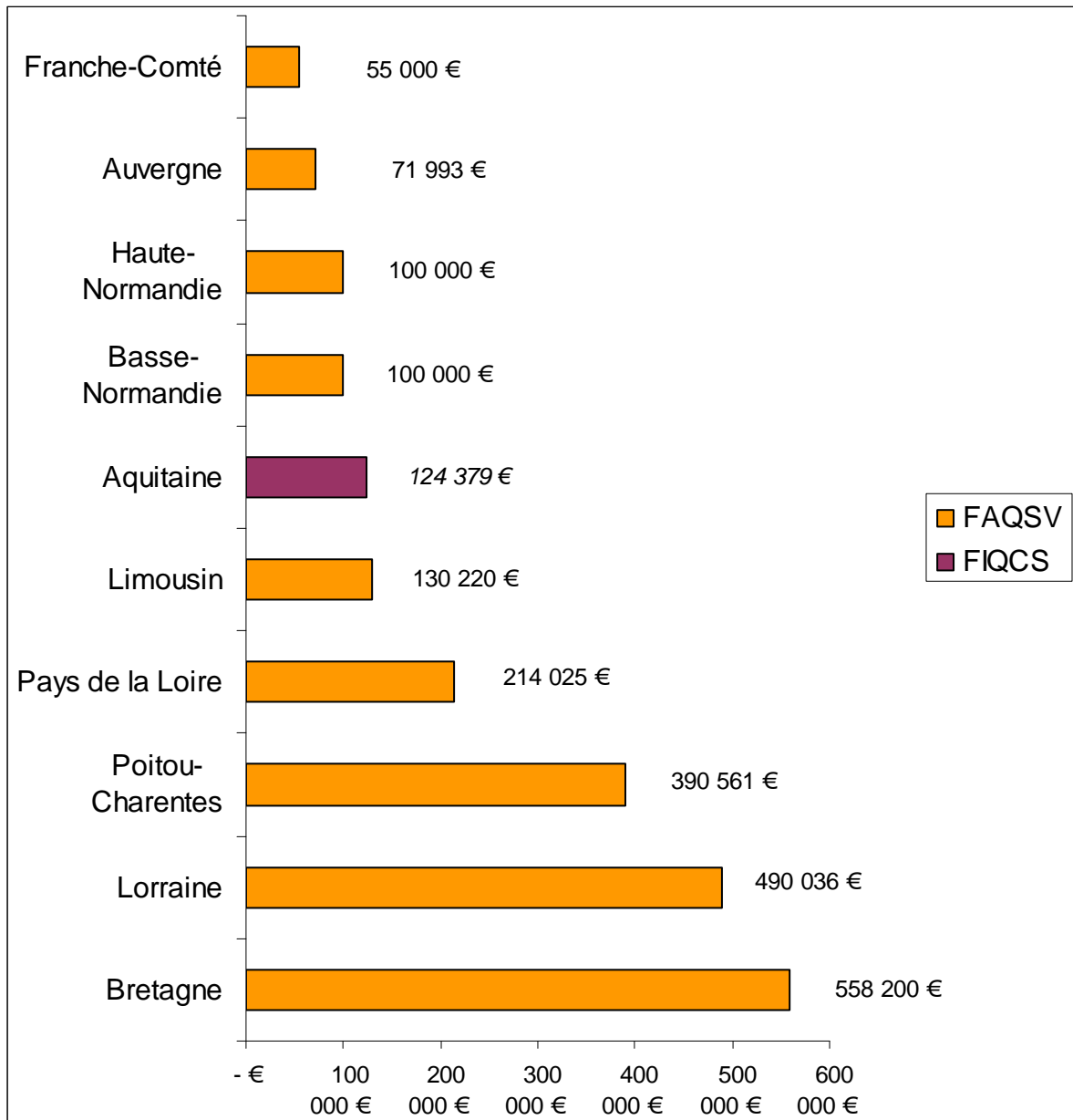
- *Montants accordés*

Les montants accordés sur la thématique de l'amélioration et de l'évaluation des pratiques sont assez hétérogènes selon les régions s'échelonnant de 55 000 € à 558 200 € selon les régions.

Le montant moyen par projet s'échelonne pour sa part 27 500 € à 558 200 € en régions, avec, au niveau national, une moyenne par projet s'élevant à 86 300 € contre 55 168 € en 2006. Ce montant moyen est toutefois fortement surévalué par le projet de groupes qualité porté par la région Bretagne de 558 200 € (400 médecins).

6 régions ont accordé 100 000 € et plus et 4 des sommes inférieures à 100 000 €. Seules trois régions ont accordé plus de 300 000 € au titre de l'amélioration et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

### Montant accordés – EPP/APP



Les aides accordées pour l'amélioration et l'évaluation des pratiques professionnelles sont consacrées pour 87 % à des dépenses de fonctionnement. L'autre poste majeur de dépense est le poste Evaluations avec 11% des dépenses, le reste étant marginal.

### 2.3 Une participation des acteurs publics et privés

Un quart des projets d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles (6 sur 24) financés par le FAQSV ou le FIQCS en 2007 font l'objet de cofinancements.

Le montant des cofinancements n'a pas toujours été précisé ; le total des cofinancements déclarés s'élève à 553 418, 56 €. Les principaux cofinanceurs sont soit institutionnels (URML, ARH, CPAM, FNPEIS, HAS), soit des fondations (Fondation Wyeth, Fondation de France).

### 3. PERMANENCE DES SOINS EN AMBULATOIRE DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX

#### 3.1 Un maintien des projets de permanence des soins

197 projets relatifs à la permanence des soins ont bénéficié en 2007 d'un financement, se répartissant entre 153 projets financés par le biais du FAQSV et 44 par le FIQCS. Pour mémoire, en 2006, 201 projets avaient été financés par le FAQSV sur le thème de la permanence des soins.

	Nombre de projets ayant obtenu un accord de financement	Montant des aides accordées
FAQSV	153	10 538 350,97 €
FIQCS	44	8 049 843,00 €

Au total 18.588.194 € ont été consacrés à la permanence des soins, soit environ 35 % des aides allouées sur le FAQSV et le FIQCS :

- 153 projets à moins de 100.000 € ;
- 20 projets entre 100.000 et 200.000 € ;
- 24 projets à plus de 200.000 € ;

Ces aides ont très majoritairement été consacrées aux dépenses de fonctionnement des projets (94%). L'investissement ne représente quant à lui que 4% des aides allouées aux dispositifs.

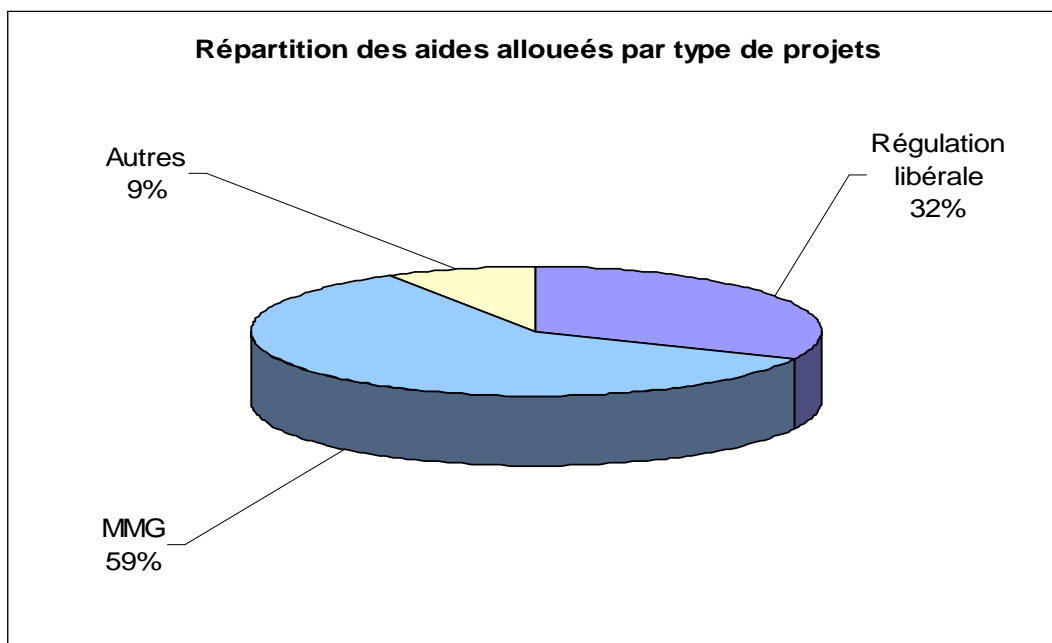
Les informations recueillies ne permettent cependant pas toujours de corréler la source de financement avec la nature des projets financés.

Actions PDS exclusivement financées sur le FAQSV	Actions PDS principalement financées sur le FAQSV	Actions PDS à 50 % financées sur le FIQCS	Actions PDS principalement financées sur le FIQCS	Actions PDS exclusivement financées sur le FIQCS
13 régions	5 régions (Alsace ; Franche-Comté ; Languedoc-Roussillon ; Nord-Pas-de-Calais ; Pays-de-Loire)	4 régions (Centre ; Champagne - Ardennes ; Midi-Pyrénées ; Basse-Normandie)	2 régions (Bourgogne ; Ile-de-France)	1 région (PACA)

La région Corse n'a financé aucun projet lié à la PDS.

L'information sur les départements concernés par les projets financés n'est pas recensée.

Sur les 197 projets financés en 2007 au titre de la permanence des soins, 117 concernent des maisons médicales de garde et 63 des dispositifs de régulation des appels (respectivement 114 et 58 en 2006).



### 3.2 Les principaux dispositifs financés restent les MMG et les systèmes de régulation

- *Les maisons médicales de garde (MMG)*

Les aides accordées aux maisons médicales de garde en 2007 s'élèvent quant à elles à 9 765 150 € (4 224 488 € en 2006).

Aide au démarrage	Investissement	Fonctionnement	Evaluation	Système d'information
1 MMG concernée	39 MMG Concernées	117 MMG Concernées	9 MMG concernées	7 MMG concernées
17 565 €	337 016 €	9 337 574 €	49 272 €	23 723 €

En 2007, dans le cadre de la mise en œuvre effective du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination en santé (FIQCS) au dernier trimestre 2007, et conformément à la circulaire sur les maisons médicales de garde du 23 mars 2007, les missions régionales de santé (MRS) devaient engager un processus de reconventionnement pluriannuel des maisons médicales de garde (MMG), en lien avec l'organisation de la permanence des soins.

L'enquête sur l'activité 2007 des missions régionales de santé montre que peu d'entre-elles ont engagé ce processus en 2007. L'enjeu de la reconduction des moyens attribués aux MMG a été privilégié, comme par ailleurs le recommandent les orientations nationales de début 2007, en l'attente d'une identification régionale des besoins en MMG.

Ce constat est confirmé par le présent rapport d'activité. Au total, 117 MMG ont été financées en 2007 sur des crédits du FAQSV ou du FIQCS, sur un total de 238 MMG recensées dans les rapports 2006 et 2007 du Dr J.Y. Grall, conseiller général des établissements de santé.

Aucune MMG financée	1 MMG financée	2 MMG financées	3 MMG financées	4 à 9 MMG financées	plus de 10 MMG financées
2 régions	4 régions	5 régions	4 régions	7 régions	4 régions
Corse ; Basse-Normandie (financement en 2006 d'une MMG sur deux ans)	Auvergne ; Limousin ; Martinique ; Guyane	Aquitaine ; Bourgogne ; Centre ; Franche-Comté ; Réunion	Alsace ; Lorraine ; Midi-Pyrénées ; Poitou-Charentes	Picardie ; Champagne-Ardenne ; Nord-Pas-de-Calais ; PACA ; Guadeloupe ; Rhône-Alpes ; Languedoc-Roussillon	Haute-Normandie ; Pays-de-Loire ; Bretagne ; Ile-de-France

Le nombre de projets financés est à peu près constant. Or on constate une augmentation de l'aide moyenne apportée par projet significative. Ainsi, si l'aide moyenne accordée aux MMG était de 37.056 € en 2006, cette aide est passée à 83 462 € en 2007 :

- dans 15 régions, le coût moyen d'une MMG est inférieur à celui préconisé par la circulaire d'avril 2007 précitée sur les maisons médicales de garde (soit 50000 €) ;
- dans 2 régions, le coût moyen d'une MMG est d'environ 50 000 € ;
- dans 7 régions, le coût moyen d'une MMG excède les 50 000 € préconisés. Ce coût moyen dépasse les 100 000 € dans 3 régions.

La circulaire du 23 avril 2007 sur les maisons médicales de garde stipule que le montant maximum de 50.000 € comprend les frais d'installation, de secrétariat et de coordination de la MMG. Les crédits du FIQCS tels que prévus dans le cahier des charges de la circulaire, ne comprennent pas le fonctionnement du ticket modérateur, le paiement des astreintes ou de rémunération complémentaire des médecins. La circulaire elle-même rappelle également le principe de plurifinancement des MMG.

Les informations recueillies ne permettent pas d'évaluer l'ampleur des cofinancements du dispositif des maisons médicales de garde. Les sources externes de financement sont variées et concernent essentiellement les collectivités territoriales ainsi que les cotisations d'adhésion des médecins généralistes à l'association support de la maison médicale de garde.

- *Les dispositifs de régulation libérale de la PDS*

Alors que les 63 projets de régulation des appels représentent 32% du nombre total de projets financés au titre de la permanence des soins, ceux-ci absorbent 41% des aides accordées pour l'ensemble de la thématique, soit un montant de 7.715.328 €. Il s'agit d'une augmentation significative par rapport à 2006 où ce montant était de 5.185.064 €. Ceci s'explique en partie par l'augmentation du nombre de projets financés, mais également par une augmentation du coût moyen des projets, passant de 89.397 € en 2006 à 122.465 € en 2007.

Investissement	Fonctionnement	Evaluation	Système d'information	Etude et recherche
15 Dispositifs concernés	58 dispositifs Concernés	7 dispositifs concernés	2 dispositifs Concernés	1 dispositif Concerné
179 686 €	7 313 524 €	102 718 €	114 000 €	5 400 €

Aucun dispositif de régulation libérale financé	1 dispositif de régulation libérale financé	2 dispositifs de régulation libérale financés	3 dispositifs de régulation libérale financés	4 dispositifs de régulation libérale financés	5 à 6 dispositifs de régulation libérale financés
4 régions	6 régions	1 région	8 régions	5 régions	2 régions
Bourgogne ; Corse ; Martinique ; Guyane.	Alsace ; Champagne-Ardenne ; Franche-Comté ; Rhône-Alpes ; Guadeloupe ; Réunion	Centre	Auvergne ; Ile-de-France ; Languedoc-Roussillon ; Nord-Pas-de-Calais ; Basse-Normandie ; Haute-Normandie ; Picardie ; PACA	Bretagne ; Limousin ; Lorraine ; Midi-Pyrénées ; Poitou-Charentes	Aquitaine ; Pays-de-Loire

Ces dispositifs ne retracent cependant pas la couverture départementale des projets, ni l'objet exact du contenu des projets.

On constate une forte variation du coût moyen des dispositifs de régulation libérale de la PDS :

- 10 régions en dessous de 50 000 € ;
- 12 régions au-dessus de 50 000 € dont 9 au-dessus de 100 000 € et 3 au-dessus de 300 000 € (Ile-de-France ; Nord-Pas-de-Calais ; Midi-Pyrénées).

Cette variation des coûts des dispositifs de régulation libérale de la permanence des soins s'explique par :

- d'une part, une grande hétérogénéité des projets financés ;
- d'autre part, certaines régions ont anticipé l'application des dispositions du décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 qui a étendu les périodes de permanence des soins aux samedis après-midi et ponts. Ainsi, des régulateurs étaient payés par le FIQCS le samedi après-midi notamment.

L'avenant N°27 à la convention médicale signé le 19/12/2007 a vocation désormais à s'appliquer, sous réserve des objectifs de resectorisation fixés par la ministre.

Ainsi, à la suite de la procédure de resectorisation de la PDS, le coût des régulateurs libéraux de la permanence des soins devra être transféré sur l'enveloppe risque de l'assurance maladie. Il est rappelé que le paiement des médecins régulateurs aux horaires de PDS relève déjà du risque.

- enfin, certaines régions ont historiquement organisé la régulation libérale de la permanence des soins en dehors des centres 15. Des associations de médecins libéraux gèrent cette régulation ce qui entraîne des surcoûts de fonctionnement (frais de structure ; temps administratifs ; loyers...) qui seraient évités par une mutualisation des moyens avec la régulation des SAMU-Centre 15.
- *Seulement 2 projets de communication autour de la PDS ont été financés en 2007 pour un montant de 13 700 €*

Cependant, il ressortait de l'exploitation des rapports d'activité des missions régionales de santé (MRS) pour les années 2006 et 2007 que :

- dans 13 régions, une campagne de communication autour de la permanence des soins avaient été réalisée sur des financements 2006 du FAQSV ;
- dans 10 régions, des travaux d'élaboration de campagnes d'informations étaient en cours en 2007 pour une mise en œuvre effective prévue en 2008, avec une contribution éventuelle des crédits du FIQCS.

- 15 actions diverses liées à la PDS ont été financées pour un montant de 1.095.017 €

<b>Investissement</b>	<b>Fonctionnement</b>	<b>Evaluation</b>	<b>Système d'information</b>	<b>Etude et recherche</b>
6 actions Concernées	15 actions Concernés	2 actions Concernées	3 actions Concernées	1 action Concernée
21 881 €	985 771 €	13 000 €	24 365 €	50 000 €

Dans 4 régions (Bretagne ; Nord-Pas-de-Calais ; Haute-Normandie ; Pays-de-Loire), le financement de dispositifs de gardes de kinésithérapie pour les insuffisances respiratoires ou les bronchiolites.

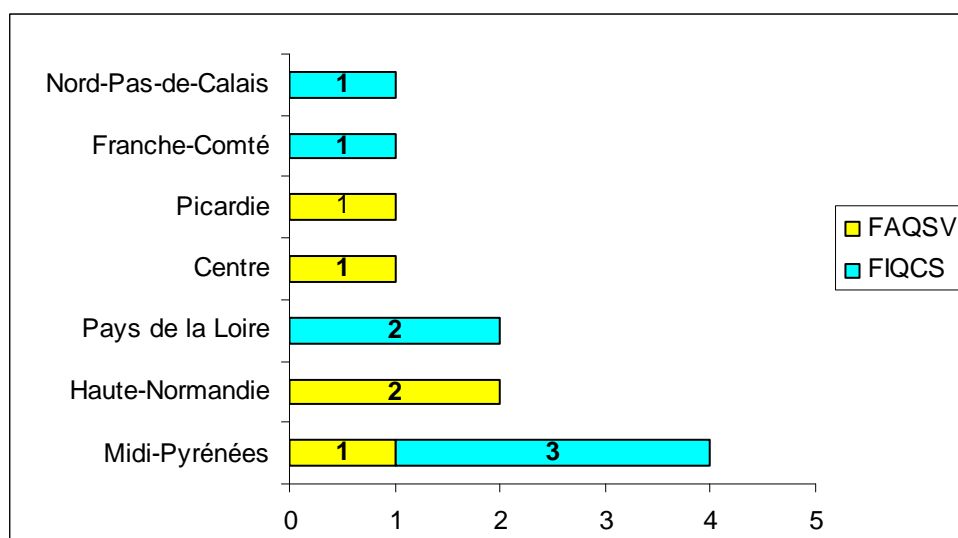
#### 4. AIDES DIRECTES A L'INSTALLATION

Parmi les nombreuses actions destinées à faciliter l'installation des médecins dans les zones déficitaires (maisons de santé, réseaux de santé...), le FIQCS accorde également des aides directes aux professionnels de santé

##### 4.1 Les projets financés au titre des aides directes à l'installation

En 2007, 12 projets d'aide à l'installation dont 5 au titre du FAQSV et 7 au titre du FIQCS ont été financés répartis sur 7 régions.

**Nombre de projets financés – Aides directes à l'installation**



Sur ces 12 projets :

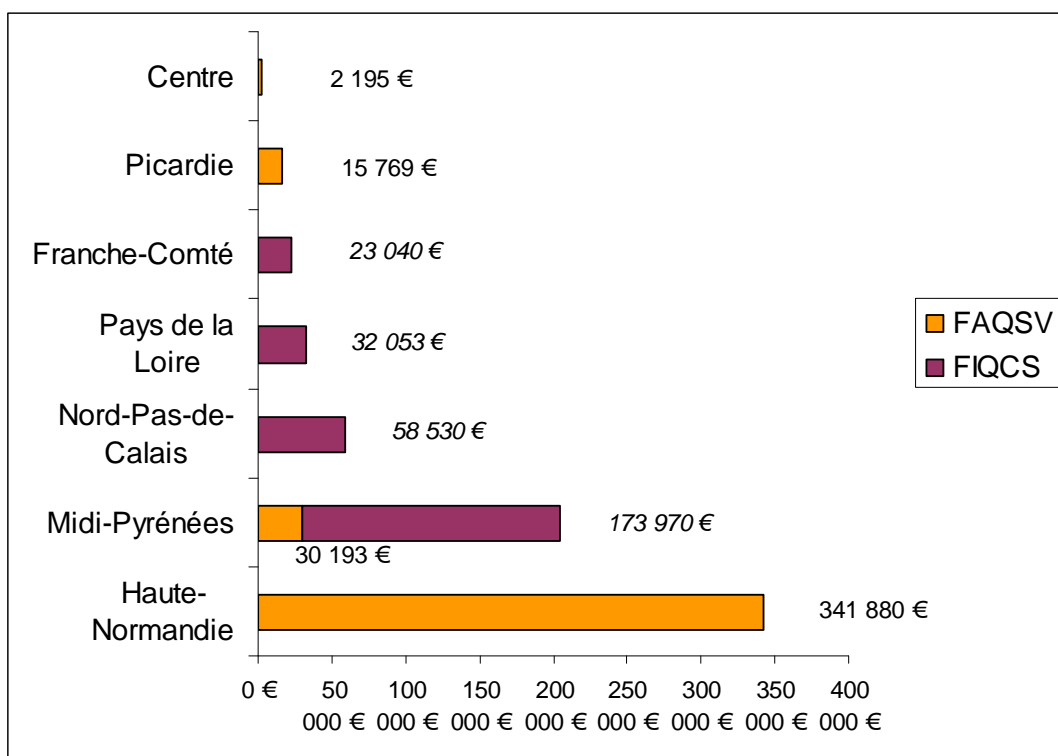
- 5 concernent des installations à titre individuel, parmi lesquelles 4 médecins spécialistes en médecine générale et 1 paramédical libéral
- 7 concernent des installations en groupes

Les zones bénéficiaires sont, pour 7 projets, les zones déficitaires en médecins définies par la MRS et pour les 5 autres projets des zones correspondant à d'autres critères (« population fragile » en Région Picardie ; 1 projet à Toulouse dans un secteur regroupant des quartiers sinistrés par la catastrophe de l'usine d'AZF et des quartiers socialement défavorisés parfois difficiles en terme de sécurité ; 1 projet implanté dans des quartiers défavorisés en milieu urbain à Toulouse).

##### 4.2 Des financements de niveau hétérogène principalement consacrés au fonctionnement

Le montant total des aides accordées au titre de l'aide à l'installation s'élève à 677 630 € avec une moyenne nationale de 56 469 € par projet. Le montant moyen accordé pour l'aide à l'installation selon les régions s'échelonne de 2 195 € à 170 940 €.

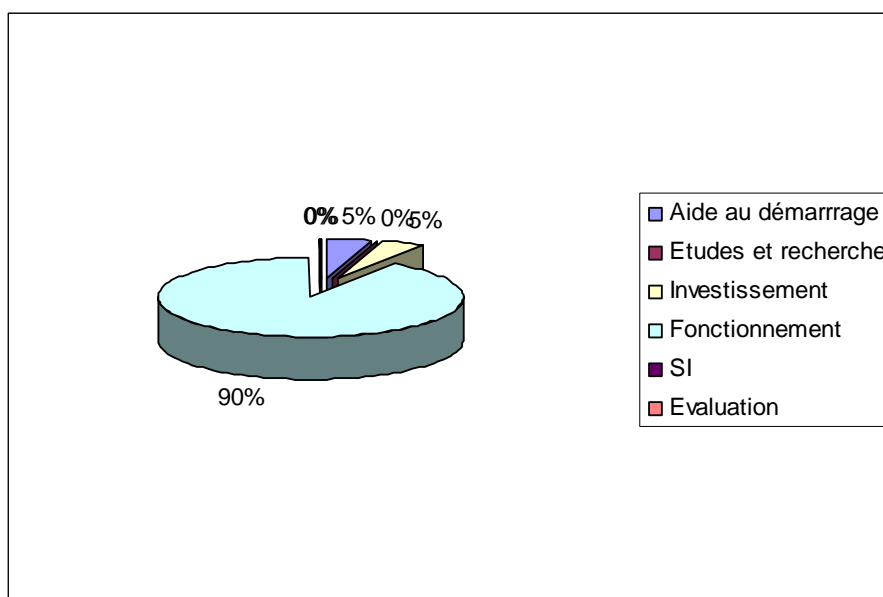
## Montants totaux accordés pour l'aide à l'installation



Les aides financières accordées aux projets par le FAQSV/FIQCS en 2007 sont principalement des aides au fonctionnement (90%), les 10% restant se répartissant entre l'aide au démarrage (5%) et l'investissement (5%).

Les montants financés dédiés au fonctionnement paraissent importants au regard d'un fonds destiné à soutenir des projets de façon transitoire.

## Nature des dépenses pour l'aide à l'installation



### **4.3 Une faible mobilisation des cofinanceurs**

Un seul des projets d'aide à l'installation financés par le FAQSV ou le FIQCS en 2007 a été cofinancé, d'après les déclarations des régions. Ce projet midi pyrénéen a été cofinancé à hauteur de 34 900 €, apportés par des cotisations des médecins, l'ACSE (Agence Nationale pour la Cohésion sociale et l'Égalité des chances) et le Sidaction.

## 5. DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION

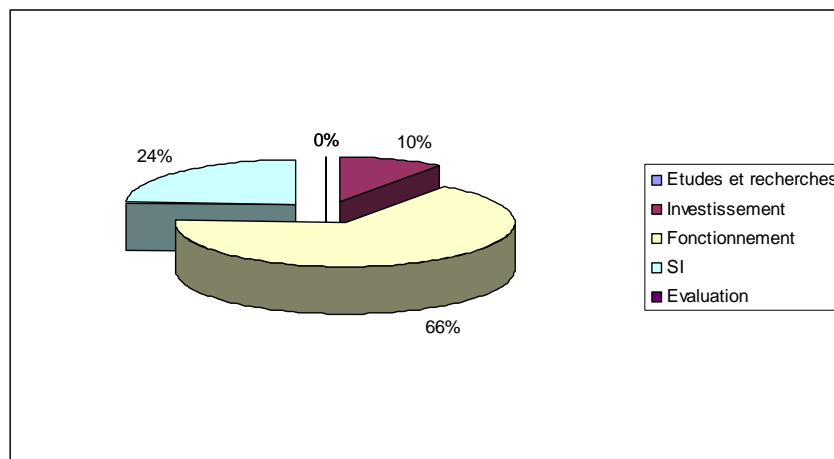
### 5.1 Les projets de développement de systèmes d'information financés en 2007

En 2007, 11 projets de développement des systèmes d'information, répartis sur 7 régions, ont été financés, dont 6 au titre du FAQSV et 5 au titre du FIQCS.

Au total 730 511 € ont été dévolus au développement des systèmes d'information (525 129 € sur le FAQSV, 205 382 € sur le FIQCS)

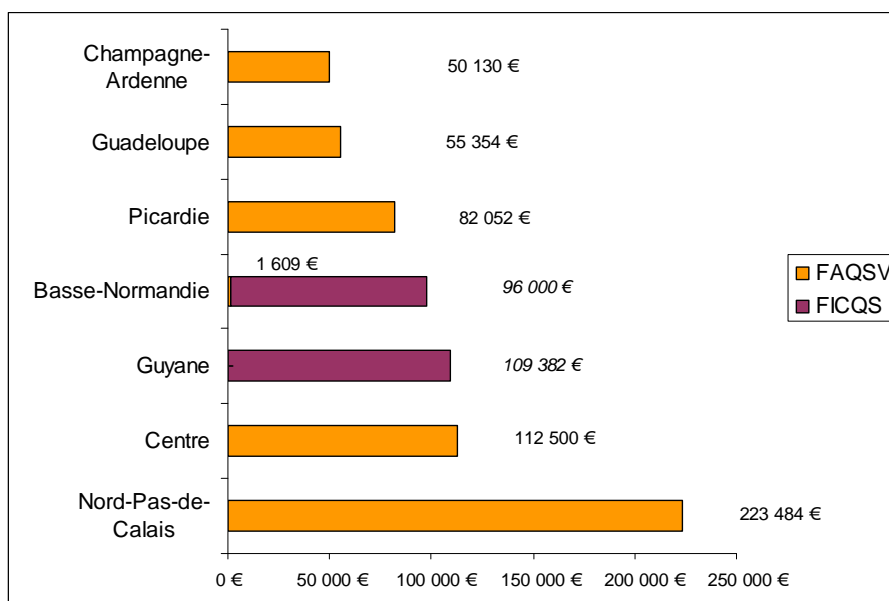
Les aides ont majoritairement été consacrées aux dépenses de fonctionnement des projets (66%) et au système d'information proprement dit (24%). L'investissement représente quant à lui 10% des aides allouées aux dispositifs.

#### Répartition des aides allouées par nature des dépenses



En 2007, sous l'égide de la DHOS, la DGAS et la CNAMTS, le Groupement de modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH) a développé un outil d'analyse et d'aide à la décision pour la recevabilité des projets de système d'information des structures de soins coordonnés.

## Montants alloués par région – Systèmes d'information



### 5.2 Une grande variété de projets financés

Sur les 11 projets ont été financés :

- 1 projet de système d'information « URMEL » (Nord Pas de Calais)
- 3 projets de maintenance pour le DMP (Guyane)
- 1 projet de site Internet (Guyane)
- 3 projets de messagerie sécurisée (Centre, Champagne Ardennes et Guadeloupe)
- 1 projet de dossier patient diabète (Picardie)
- 1 plate forme de services sur site internet et intranet Professionnels de santé et grand public (Basse Normandie)

Le montant moyen des dépenses par projet s'élève à 66 410€ soit une baisse de 25% par rapport aux projets de 2006 (89 059 €).

### 5.3 Des co-financements en développement

55 % des projets de développement des systèmes d'information financés par le FAQSV ou le FICQS en 2007 ont fait l'objet de co-financements soit 6 projets sur les 11.

Le montant n'a pas toujours été précisé sous forme monétaire par les URCAM. Le montant des cofinancements déclarés s'élève pour 2007 à 193 226 €. Les cofinanceurs sont principalement les conseils généraux ou les URML, avec par exemple une participation forfaitaire des médecins (20 € par médecin utilisateur en Champagne-Ardennes).

