

> Regards sur **12** ans d'URCAM



innover
accompagner inciter cibler évaluer
concerter **décrypter** anticiper
mobiliser contrôler
convaincre

Ensemble

améliorer la santé

en Midi-Pyrénées

1998-2010





> Comment dépenser mieux et améliorer la santé ?

Cette interrogation est restée au cœur des missions des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) depuis leur création. Forte des projets menés avec de nombreux partenaires régionaux du monde de la santé, l'URCAM Midi-Pyrénées a mobilisé pendant 12 ans tous les organismes d'assurance maladie de la région pour améliorer la santé en Midi-Pyrénées. Les études, actions, projets, outils développés au fil de cette expérience ont pris appui sur les principes qui guident l'action de l'Assurance Maladie :

Agir sur l'ensemble du système **Rechercher la qualité des soins au meilleur coût**

Développer la prévention **Responsabiliser tous les acteurs** **Favoriser le bon usage des soins**

Éviter les abus, dépenses inutiles et gaspillages **Contrôler, prévenir et lutter contre la fraude**

Améliorer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins **Organiser la prise en charge autour des patients**

Favoriser le déclouisonnement des acteurs de la santé **Développer l'évaluation en santé** ...

A l'heure d'un bilan rétrospectif, nous nous sommes attaché aux faits marquants de notre parcours. Nous avons souhaité leur donner une dimension prospective, et faire émerger pour l'avenir les points-clés de notre expérience. Cette étape est ici l'occasion de remercier tous les acteurs qui ont contribué aux activités de l'URCAM : le réseau régional de l'Assurance Maladie, l'ensemble de nos partenaires régionaux et locaux, les membres de notre Conseil, de nos instances et de l'équipe URCAM. Bonne lecture !

Daniel FERNANDEZ, Directeur
Yvon FAU, Président



> Octobre 1997

Mise en place du Conseil d'Administration de l'URCAM Midi-Pyrénées.



André GINISTY est nommé Président. Daniel FERNANDEZ devient Directeur de l'URCAM Midi-Pyrénées.

> 1999

Circulaire inter-régimes sur la gestion du risque : définition, intégration de la prévention. Premiers plans nationaux inter-régimes.

> 2000

Lancement d'un premier appel à projets pour des financements par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV). Le programme de GDR devient le Programme Régional de l'Assurance Maladie (PRAM).



> 1998

Constitution progressive de l'équipe URCAM.



Élaboration du premier programme régional annuel de gestion du risque (PRAGDR). Lancement des premiers groupes de travail (« Prescope » par exemple...).



> 2002

Yvon FAU est nommé Président du Conseil d'Administration de l'URCAM.



La vedette et les paquebots



Démultiplication des groupes de projets, des études prospectives, des programmes régionaux et tableaux à compléter sur les plans d'action et les résultats...

Au sein de leur union régionale, les organismes de la région ont à la fois beaucoup contribué et beaucoup été mis à contribution !

Un Directeur de caisse a un jour interpellé notre équipage :

« A l'URCAM, vous êtes sur une vedette rapide... n'oubliez pas que derrière, nous vous suivons avec des paquebots ! ».

Garder le cap mais laisser du temps au temps.

Message reçu !

> 2003

Action Pilote Régionale sur le service, dans le cadre de la reconfiguration du réseau (Projet national). L'URCAM pilote la création des lettres d'information « En Direct » destinées aux professionnels de santé libéraux de la région.



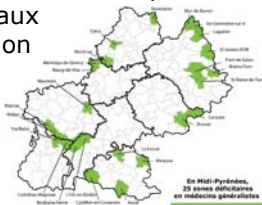
1998





> 2005

Plans nationaux de maîtrise médicalisée en ville et à l'hôpital, de contrôle et de lutte contre la fraude. Orientations MRS sur la permanence des soins, Orientations MRS sur la répartition des professionnels de santé libéraux et détermination des zones déficitaires en médecine générale.



> 2007

2007 : FAQSV et DRDR sont remplacés par le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins).

> 2010

Dans le cadre de la Loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST), création des Agences Régionales de Santé et intégration des URCAM...

> 2004

Réforme de l'Assurance Maladie, création des Missions Régionales de Santé et des instances régionales conventionnelles. Loi de santé publique avec création du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).



> 2006

Le Directeur de l'URCAM Midi-Pyrénées est nommé coordonnateur régional de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude pour le régime général de l'Assurance Maladie.



Épilogue



On nous l'avait annoncé sans ambages : le risque pour les URCAM était d'en rester à « l'amateurisme joyeux »...

A l'heure du bilan, nous retenons donc de l'expérience collective, un certain nombre de satisfactions :

- Une gestion de projets mobilisant des compétences transversales.
- Une mutualisation régionale, avant l'heure, des objectifs, plans d'actions et résultats.
- Des projets médico-administratifs innovants sur des thématiques nouvelles.
- Des partenariats actifs avec de nombreux acteurs et décideurs externes.
- Des approches prospectives pour faire évoluer notre système de santé.

Professionalisme ou pas. Chacun jugera. Nous avons essayé les plâtres... mais avec passion, conviction et enthousiasme.

...2010



1

Bon usage et qualité des soins

inciter améliorer
contrôler cibler



focus PRESCOPE

> Objectif :

Développer un programme de sensibilisation des prescripteurs sur le thème du "**bon usage du médicament**" .

> Actions :

Généralisation à l'ensemble de la région d'une démarche initiée par la CPAM du Tarn :

- Adresser un **retour d'informations individualisées** périodique à chaque médecin généraliste (fiche "**profil de prescription**")
- Cibler un nombre significatif de professionnels à partir d'**indicateurs médico-économiques** et déployer des **interventions** graduées (Entretien d'alerte avec le Directeur et le Médecin-chef, échange confraternel, contrôles médico-administratifs,...).

> Bilan :

Un certain nombre des constats identifiés au cours de ce programme (1998/2005) sont aujourd'hui d'actualité dans la stratégie nationale :

- Nécessité d'**établir dans la durée un contact direct et personnalisé** (visites DAM, échanges confraternels, retour périodique d'informations sur les pratiques individuelles et collectives,...).
- Nécessité de **trouver un équilibre satisfaisant entre les arguments médicaux et économiques** (dans les messages, dans les ciblage,...).
- Nécessité de **grader les interventions** (choix entre mise sous accord préalable ou actions alternatives, mobilisation des moyens en fonction des autres priorités institutionnelles,...).

L'effet radar

Permettre à chaque médecin de situer son propre niveau de prescriptions pour l'inciter à mieux prescrire... L'idée était lancée dès le premier groupe de travail GDR de l'URCAM en 1998... et « l'effet radar » a largement fait avancer nos réflexions. Deux constats se sont imposés au fil des années :

- > « L'effet radar » a ses limites : il ne dure qu'un temps...
- > Un accompagnement est indispensable, à la fois par la définition des bonnes pratiques et par une approche relationnelle.

En 1999, les premiers effets radar de l'étude PRESCOPE étaient adressés à chaque médecin par voie postale. Aujourd'hui, les ciblage et les référentiels de bonne pratique sont nationaux. Sur le terrain, une véritable politique d'accompagnement est désormais portée par les Délégués de l'Assurance Maladie et les Praticiens-Conseils.

Les temps ont changé mais les précurseurs avaient vu juste !

cibler

inciter améliorer contrôler

focus GÉNÉRIQUES

> Objectif :

Favoriser le recours à un médicament générique chaque fois qu'un traitement le permet.

> Actions :

Multiplication des actions de sensibilisation économique de tous les acteurs concernés par la promotion des génériques :

- Incitation des **médecins** à prescrire des médicaments génériques ou à libeller leurs ordonnances en DCI (molécules) plutôt qu'en marques commerciales.
- Accompagnement des **pharmaciens** lors de la mise en place de leur droit de substitution des princeps par leurs équivalents thérapeutiques moins coûteux.
- Déploiement de campagnes d'information et de sensibilisation du **grand public**.

> Bilan :

En 1998, la part des génériques était de l'ordre de 12% au plan national. En 2004, elle avait atteint 58% en Midi-Pyrénées. Ce taux était de 81,5% dans la région en 2009. **Les génériques sont incontestablement entrés dans nos habitudes de soins.**

La multiplication des **actions de sensibilisation** des prescripteurs, des pharmaciens et des patients a contribué à cette évolution des habitudes. Mais **le principal effet déclencheur est manifestement le plus récent** : quand refuser un générique revient à devoir faire l'avance des frais, les idées reçues sont rapidement plus favorables... et la consommation de médicaments génériques se banalise très rapidement.



inciter

cibler améliorer contrôler



« On peut avoir juridiquement raison mais politiquement tort »...
Le verdict de ce directeur de caisse était sans appel à l'époque, dans un contexte de vives tensions avec le corps médical.

La santé a toujours été un sujet sensible dans l'opinion publique. Elle l'est encore plus quand on évoque son financement.

Nos stratégies ont du peu à peu progressé dans leurs approches, et pas seulement en rhétorique : la trop comptable maîtrise des dépenses de santé s'est médicalisée, la réduction des dépenses a laissé place à la régulation... L'Assurance Maladie a mûri ses concepts.

Seule peut-être, la notion de gestion du risque reste encore aujourd'hui un jargon mystérieux hors du cercle de ses adeptes... mais au fil du temps, nos multiples partenaires nous ont aidé à traduire GDR par « qualité des soins au meilleur coût ». Jusque-là, la définition a recueilli un écho politiquement correct.

focus CONTRÔLES

> Objectif :

Contrôler le respect des règles de facturation et de remboursement et lutter contre les fraudes, pour garantir le bon usage des ressources collectives.

> Actions :

- Depuis plus de 3 ans, la **lutte contre les fraudes** s'est intensifiée et professionnalisée.
- Des **actions de contrôle sont menées auprès des établissements** (T2A, établissements d'hébergement de personnes âgées...)
- Des actions de **mise sous accord préalable** sont initiées à l'encontre de certains médecins libéraux.
- Les actions de contrôle sont renforcées en matière d'**arrêts de travail**. Cette démarche s'accompagne vers les assurés d'un rappel des règles à respecter.

> Bilan :

En 2008, les actions régionales engagées en complément des programmes nationaux ont permis de notifier 420 804 euros d'indûs. Les acteurs de ces préjudices sont pour 17% des assurés, 37% des établissements de santé et 46% des professionnels de santé libéraux.

Pour 2009, le montant des **indûs** notifiés s'établit à 1.891.818 euros. Pour ce qui concerne les **fraudes**, le nombre de détections suivies d'actions a augmenté de 80% entre 2009 et 2008.



contrôler

cibler inciter
améliorer

focus CHIRURGIE AMBULATOIRE

> Objectif :

La France se classe parmi les **pays de l'OCDE le plus en retard en matière de chirurgie ambulatoire, alternative à une hospitalisation**. L'Assurance Maladie accompagne cette nécessaire évolution en développant la mise sous accord préalable (MSAP) : pour les **actes couramment pratiqués en ambulatoire**, tout séjour en hospitalisation complète est conditionné à un avis médico-administratif préalable.

> Actions :

Dans le cadre d'un programme national, lancé dès 2008 en Midi-Pyrénées : 5 établissements mis sous MSAP à compter du 01/09/2008 pour les cataractes, extractions dentaires, arthroscopies du genou sans ligamentoplastie. Une 2^{ème} phase de 10 établissements ont été ajoutés pour une mise en œuvre démarrant au 01/12/2008 sur les mêmes gestes et la chirurgie des varices. Ces établissements sont ciblés à partir de l'analyse de leur activité (données PMSI) et après échange contradictoire. En 2009, la procédure s'intensifie puisque sont concernés 17 établissements et des gestes ciblés à partir d'une **liste de 15 gestes marqueurs**.

> Bilan :

L'impact global en termes de progression de l'activité de chirurgie ambulatoire n'est pas encore totalement mesurable. Cependant dans un établissement pris à titre d'exemple, deux gestes étaient ciblés en 2008 : arthroscopie du genou et cataracte. Sur ces deux gestes le taux de chirurgie ambulatoire est passé respectivement de 23% à 38% et de 45% à 67%. Au-delà, on constate une dynamique d'entraînement, puisque sur un an le taux d'activité en chirurgie ambulatoire serait passé de 56% à 63% (données en cours de consolidation). Au plan quantitatif, sur les 280 demandes d'hospitalisation formulées dans les établissements concernés par cette procédure, seuls 2 cas ont fait l'objet d'un avis défavorable : l'effet « radar » et l'autorégulation semblent fonctionner.

Figures libres ou imposées ?



Pour concilier efficacité et proximité, quel est le niveau d'intervention idéal : national ? régional ? local ? La question s'est longtemps posée. Elle est perpétuelle.

Les URCAM ont démarré avec des figures libres. La quête de l'efficacité a peu à peu imposé des plans d'action nationaux coordonnés en région.

Les résultats sont évidemment renforcés par la cohérence de ces actions conjointes.

L'expérience a aussi fait oublier des particularismes locaux... pas si particuliers que cela !

Reste peut-être la capacité d'innovation des figures libres. Cet esprit d'initiative locale a aussi fait ses preuves : l'échange d'expérience semble toujours une source d'efficacité à privilégier.

améliorer

cibler inciter
contrôler

2

Prévention et santé publique

A stylized green figure is positioned in the bottom left corner, appearing to be in motion or interacting with the text. It consists of a circular head, a rectangular torso, and a large arrow-shaped foot pointing towards the right.

anticiper mobiliser
accompagner
convaincre

focus ANTIBIOTIQUES

> Objectif :

Réduire la **surconsommation d'antibiotiques**. Des français, pour limiter les phénomènes de **résistance des bactéries**, surtout chez les enfants.

> Actions :

Programme national et pluriannuel de sensibilisation

de tous les intervenants concernés par cette problématique de santé publique :

- Accompagnement médicalisé et personnalisé des **prescripteurs libéraux** et implication des **établissements hospitaliers**.
- Sensibilisation médicale et appui pédagogique auprès des **structures d'accueil de la petite enfance**.
- Campagnes médiatiques d'information du **grand public** pour lutter contre les idées reçues liées à la consommation d'antibiotiques.



**LES ANTIBIOTIQUES
C'EST PAS AUTOMATIQUE**

> Bilan :

L'objectif national était fixé à -25% en 5 ans.

Il a été presque atteint en Midi-Pyrénées : entre 2002 et 2007, **la consommation d'antibiotiques a baissé de 23,5%** dans la région (-35% sur la cible prioritaire des enfants de moins de 15 ans). **Ces bons résultats restent pourtant à conforter** : la prescription d'antibiotiques en Midi-Pyrénées reste supérieure à la moyenne par habitant au plan national...



Tirés par le maillot

« Ca bouge à l'URCAM ! » : cet ancien médecin-conseil régional avait assisté à un certain nombre de nos séminaires régionaux destinés à bâtir ensemble le programme de l'année suivante.

Ambiance assurée dans la mêlée : pas moins de 17 organismes administratifs, médicaux et inter-régimes à rassembler autour d'un PRAM, PRT ou PRC...

L'exercice de style a toujours été sportif ! Ateliers, plénières, restitution et forum animé ! Thèses, antithèses... et exercices de synthèse... Jeux de rôles et jeux parfois vraiment drôles...

Au cœur d'un de ses matchs épiques à Sorèze, en 2002, après pas mal d'essais et tentatives de transformations, un directeur-rugbyman a interpellé notre collectif : « La question, c'est de savoir si on porte le même maillot : notre maillot à tous, c'est celui de l'URCAM et de l'Assurance Maladie, oui ou non ? ».

Sur l'intérêt de faire équipe, les résultats du programme antibiotiques resteront pour l'Assurance Maladie emblématiques d'une vraie réussite collective.

mobiliser

accompagner anticiper
convaincre



focus OBÉSITÉ INFANTILE

> **Objectif :**
Renforcer la **prévention de l'obésité infantile** par des actions d'éducation nutritionnelle auprès des jeunes enfants et de leurs familles.

> **Actions :**

Depuis 2003, l'URCAM et les correspondants prévention des CPAM de la région développent un **programme d'éducation nutritionnelle des enfants et des familles** dans les écoles maternelles, en partenariat avec les services de PMI et l'Education Nationale.

> **Bilan :**

Entre 2003 et 2009, près de **8 000 élèves** (d'une classe d'âge de 3 à 6 ans) ont bénéficié de ce programme en Midi-Pyrénées.

Une **amélioration des connaissances** générales et des comportements est observée à l'issue du programme : les notions principales d'éducation nutritionnelle et le lien entre l'alimentation, l'activité physique et la santé sont acquises pour la plupart des enfants.



focus PRÉVENTION DENTAIRE

> **Objectif :**
Dans le cadre du programme national **M'T Dents**, convier les enfants et adolescents à un **rendez-vous régulier de prévention dentaire** : l'examen bucco-dentaire (EBD).

> **Actions :**

Les rendez-vous de prévention dentaire sont proposés dès 6 ans puis à 9, 12, 15 et 18 ans. Des **actions de sensibilisation** sont déployées par les CPAM de la région à l'école et au collège, dans les **classes de CP et de 6ème**.

Il s'agit d'améliorer les réflexes d'hygiène bucco-dentaire des enfants et de les inciter avec leurs parents à réaliser l'EBD.

Des actions spécifiques ciblant les enfants de CP sont également déployées dans les **zones prioritaires**. La CPAM assure un suivi personnalisé et relance les parents des enfants non participants au dispositif EBD. Ces actions sont financées par le FNPEIS.

Le RSI et la MSA développent également des actions spécifiques d'incitation à l'examen bucco dentaire.

> **Bilan :**

En Midi-Pyrénées, sur l'année scolaire 2008-2009, **29095 élèves de CP** répartis dans **1351 écoles** ont bénéficié de ces ateliers ludiques et pédagogiques. Fin 2009, les taux de participation à l'EBD en Midi-Pyrénées se situaient au-dessus de la moyenne nationale pour toutes les tranches d'âge ciblées.



anticiper

accompagner mobiliser
convaincre

focus DIABÈTE

> **Objectif :**
Améliorer la **prise en charge des patients diabétiques.**

> **Actions :**

Dès 1999, l'URCAM et l'URML ont mené en partenariat une étude régionale pour **évaluer le suivi médical** des patients traités pour diabète. Les résultats de l'étude ont mis en exergue l'utilité d'un rappel des recommandations de l'ANAES adressé aux prescripteurs de la région.

Des actions de **sensibilisation des patients** ont été initiées dès 1999 avec l'Association Française des Diabétiques : soutien à l'organisation des Salons du diabète, édition d'un « livret diabète », fiches de suivi ophtalmologique...

En parallèle, le **réseau DIAMIP** a été soutenu financièrement dès sa création.

> **Bilan :**

Le diabète reste en France une **priorité de santé publique** dont l'incidence et les risques de complications sont alarmants. **Depuis 2008, l'Assurance Maladie déploie au plan national le programme « sophia »**, pour l'éducation à la santé des patients atteints de cette maladie chronique. Il est expérimenté par 5 CPAM dans la région : près de **15000 patients** bénéficient déjà de cet accompagnement en Midi-Pyrénées.

> 2000 :



On entend dire...

« Moi, je prends



*mes comprimés
régulièrement.
Après, s'il y a
des examens à faire,
c'est mon médecin
qui s'en occupe... »*

Votre rôle ne s'arrête pas là !

> 2008 :



« Le diabète, c'est médical ! »



Pas facile en 1999 de convaincre des équipes administratives de leur rôle dans la prise en charge des patients diabétiques. En Midi-Pyrénées, le diagnostic des pratiques médicales a été réalisé avec l'URML dès 1999. Très vite, le rôle des patients a été mis en exergue. Le Président actuel de l'AFD a largement contribué à notre interpellation ! Nous l'avons soutenu dans ses actions de sensibilisation du grand public... tout en renforçant la sensibilisation des prescripteurs au respect des bonnes pratiques médicales. Puis sont nés les réseaux... et DIAMIP a aussi bénéficié de notre soutien actif. Dans cette mobilisation collective, la CNAMTS a créé le programme « sophia », et elle a fait appel pour son Conseil scientifique à l'AFD et à des médecins libéraux de la région. Pour mobiliser nos propres ressources, « sophia » a été testé par 10 caisses en France, dont 5 en Midi-Pyrénées : elles prouvent au quotidien que pour la prise en charge des maladies chroniques, l'Assurance Maladie a son rôle à jouer en éducation à la santé. Le diabète n'est pas que médical !

accompagner

mobiliser anticiper
convaincre

focus FEMMES ET SANTE

> Objectif :

Le registre des cancers du Tarn a réalisé en 1998-1999, à la demande de l'URCAM et de l'URML, une étude mettant en évidence **les inégalités sociales et culturelles du recours des femmes aux mammographies de dépistage.**

Lors de la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein dans la région au début des années 2000, la DRASS et l'URCAM ont souhaité **accompagner les femmes vers le dépistage du cancer du sein** en favorisant leur implication dans la prise en charge de leur propre santé.

> Actions :

S'appuyant sur le savoir-faire de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) en matière d'animation du milieu rural, des **groupes de parole** ont été financés par des crédits Etat sur une base territoriale. Dans chacun des 8 départements de la région, 10 groupes ont été constitués, animés par des chefs de projet formés à une méthode régionale

> Bilan :

La dynamique « femmes et santé » a continué au-delà de la phase de lancement dans quelques départements. Elle a permis d'appréhender la question cruciale **des freins et leviers à la participation des patients** à un dépistage du cancer.

En Midi-Pyrénées, la participation des femmes au dépistage organisé reste inférieure à la moyenne nationale mais il est intéressant de noter que les départements les plus ruraux, comme par exemple le Gers, enregistrent de bons résultats.

Cette dynamique doit être confortée et améliorée : le **soutien des médecins traitants** est essentiel et aujourd'hui l'Assurance Maladie s'attache à les mobiliser sur la question des dépistages, qu'il s'agisse du cancer du sein ou du cancer colo-rectal. L'incitation au dépistage organisé du cancer du sein est un des objectifs prévention de la convention médicale et du CAPI.



convaincre

accompagner anticiper
mobiliser

3

Organisation du *systeme* de soins

A stylized yellow figure of a person in a dynamic, forward-leaning pose, possibly representing a runner or a person in motion. It is located in the bottom left corner of the slide.

innover décrypter
concerter évaluer

focus DÉMOGRAPHIE et CARTOS@NTÉ

> Objectif :

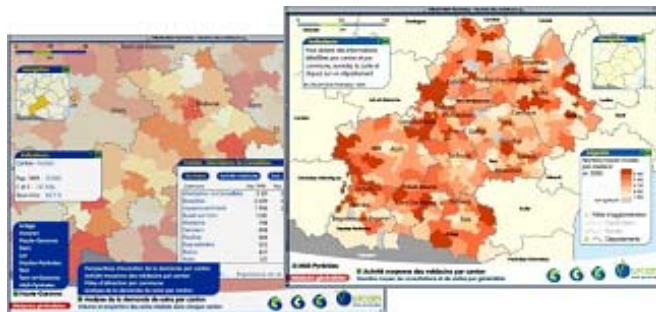
Contribuer à l'évaluation de la répartition territoriale de l'offre de soins.

> Actions :

- Conception et **mise à disposition sur internet d'une cartographie interactive** (Cartos@nté).
- Études visant à identifier des **priorités régionales d'intervention** (« Zones déficitaires » en médecins généralistes, infirmiers).
- **Accompagnement à titre expérimental des acteurs** impliqués dans un projet d'initiative locale (Maison de santé pluridisciplinaire de Salles-Curan par exemple).
- Participation à l'élaboration d'une offre de service de l'Assurance-Maladie en direction des professionnels de santé libéraux (**Parcours d'aide à l'installation**) ou des collectivités territoriales (**Aide au diagnostic territorial**).

> Bilan :

Il est toujours illusoire d'espérer établir des priorités d'action consensuelles sur des bases exclusivement statistiques, que ce soit au plan régional ou national. Face à ces enjeux territoriaux, il reste indispensable d'organiser une réelle **concertation avec les acteurs de proximité concernés**.



Jeu de cartes

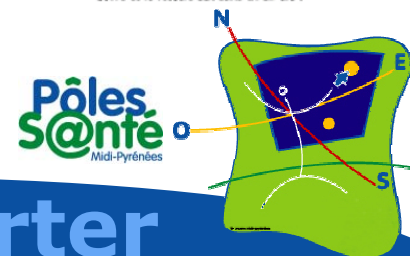
En matière d'aménagement du territoire, à chacun son diagnostic ! Quand les avis sont multiples, comment progresser vers un diagnostic partagé ?

1. Par une posture d'aide à la décision
2. Par une démarche de partage des données
3. Par un travail de mise en cartes, pour plus de lisibilité.

De ces 3 postulats sont nées dès 2002, les toutes premières cartographies interactives sur l'offre de soins ambulatoire en Midi-Pyrénées. Décliné par d'autres URCAM, notre « Pôles s@nté » est aujourd'hui devenu « cartos@nté », un applicatif généralisé au plan national, qui permet aux porteurs de projets d'installation comme aux décideurs d'affiner leurs diagnostics... pour mieux les partager !

décrypter

C@rtoSanté
L'offre et le recours aux soins en un clic !



concerter
innover évaluer

focus MAISONS DE SANTÉ

> Objectif :

Favoriser le **déploiement d'une offre de services en santé regroupée et pluridisciplinaire**, en priorité dans les zones où l'offre de soins est déficitaire.

> Actions :

Partenariat avec les financeurs régionaux

(Fonds européens, État, Assurance Maladie, Conseil régional) pour la définition des priorités régionales et pour une **instruction concertée des demandes de financement**.

Mobilisation des acteurs locaux dans l'**accompagnement des porteurs de projet** et diffusion d'un **guide pratique** pour faciliter leurs démarches.

Mise en place au plan régional d'un guichet électronique d'information et suivi cartographique du déploiement régional des projets de maisons de santé.

> Bilan :

Fin 2009, 6 maisons de santé étaient en activité en Midi-Pyrénées, une quarantaine d'autres projets étant à l'étude ou en cours d'installation.

La démarche de partenariat entre financeurs régionaux a permis de clarifier les **priorités de financement** et mettre en place une démarche d'**instruction concertée des dossiers**.

Cette articulation régionale prend appui sur les avis des **acteurs locaux**, qui sont en amont les interlocuteurs privilégiés des porteurs de projets de maisons de santé. L'accent est mis de leur côté sur l'**accompagnement dans le montage des projets**. Les caisses d'Assurance Maladie de la région sont notamment mobilisées pour faciliter la conduite de **diagnostics territoriaux**.

Ce dispositif semble aujourd'hui favoriser le déploiement annoncé de nouveaux projets de maisons de santé pluridisciplinaires en Midi-Pyrénées.



concerter



décrypter
innover évaluer

focus
FAQSV+DRDR
= FIQCS

> Objectif :

Améliorer la **qualité des soins** dispensés en ville et décloisonner le système en soutenant des formes innovantes de **coordination des soins**.

> Actions :

2000/2007 : le **FAQSV**, fonds expérimental dédié à l'amélioration de la qualité des soins de ville est co-géré avec l'URML. Des appels à projets sont régulièrement lancés pour ces fonds d'environ 3 millions d'euros chaque année. Au total, plus de 150 subventions sont accordées, dont un investissement important sur la permanence des soins.

2002/2007 : la **DRDR** a vocation à accompagner de déploiement des réseaux de santé. Son montant a été multiplié par 4 entre 2002 et 2006 (de 1,9 à 8,3 millions d'euros). Un guichet unique ARH/URCAM prend en charge les demandes de financement. Une instance consultative, le Comité régional des réseaux, rassemble institutions et professionnels de santé.

Depuis 2007 : le **FIQCS** prend le relais avec un budget annuel d'environ 10 millions d'euros et une co-gestion ARH/URCAM. Environ 60 projets sont soutenus chaque année.

> Bilan :

Les années FAQSV ont contribué à une expertise en matière d'aide et d'**accompagnement** des porteurs de projets. L'usage d'internet a facilité les démarches et assuré la **transparence** des décisions de financement. Quelques années plus tard, l'heure est à l'**évaluation** des projets... et la gestion du FIQCS est à la fois confrontée à une **limitation des dotations**, à une multiplication de **priorités nationales** à financer et à la difficile pérennisation financière de **projets régionaux**. FAQSV, DRDR et FIQCS ont permis d'initier des **partenariats** soutenus entre acteurs de santé, mais ces capacités de financement de l'innovation sont aujourd'hui nettement plus limitées.



Qui n'a rien ne tente rien



Difficile d'innover sans moyens. Les leviers financiers du FAQSV, puis de la DRDR et du FIQCS ont incontestablement contribué à des avancées dans l'organisation de notre système de soins dans la région.

Les gestionnaires de ces fonds ont dès le départ adopté une politique de dématérialisation et de transparence. Dès 2000, un guichet internet a permis l'accès à l'appel à projets et aux décisions de financement.

Au fil des années, les projets se sont multipliés. La raréfaction des ressources a soulevé des problématiques de fléchage des priorités...

Au final, c'est bien souvent la pérennité des financements qui reste d'actualité pour des projets à l'époque expérimentaux mais aujourd'hui incontournables dans le décor actuel.

Les moyens ont permis d'innover. Des projets ont été évalués. Reste à transformer l'essai.

innover

concerter
décrypter évaluer

focus ÉVALUATION DES RÉSEAUX DE SANTÉ

> Objectif :

Piloter l'**évaluation externe des réseaux de santé** dotés d'un financement FIQCS, sur une période triennale.

> Actions :

- Élaboration des cahiers des charges de l'évaluation, à partir des éléments nationaux.
- Lancement et gestion des appels d'offres.
- Impulsion, coordination et supervision des différentes phases de l'évaluation et des différents acteurs au sein d'un Comité de pilotage.
- Exploitation des résultats pour initier une démarche d'amélioration au sein des réseaux concernés.
- Communication sur les résultats auprès des décideurs en matière de financement (CRQCS et bureau du FIQCS, Mission Régionale de Santé...)

> Bilan :

Il n'existe pas un modèle unique de réseau et il n'existe pas un modèle unique d'évaluation. L'élaboration des cahier des charges de l'évaluation des réseaux de santé s'est inscrite dans cette réalité.

Ces évaluations ont été menées avec des prestataires externes. Certaines sont encore en cours. Ces différentes expériences mettent en exergue l'importance d'y **associer en amont les décideurs financiers**, pour mieux **définir les résultats attendus** : consolider l'évaluation, c'est à la fois en faire un meilleur **outil d'aide à la décision** pour les financeurs. C'est aussi développer les **pistes d'amélioration** pour les acteurs opérationnels.

évaluer

concerter
décrypter innover

Culture du résultat



Il faut vivre avec les exigences de son temps. Comme d'autres services publics, l'Assurance Maladie s'inscrit aujourd'hui dans une culture quotidienne du résultat. Pour ses propres projets... et pour ceux qu'elle finance.

L'évaluation est toujours contraignante, mais elle permet à chaque acteur de situer son niveau de performance.

L'évaluation s'inscrit surtout de plus en plus comme une obligation : financement public rime avec devoir de rendre des comptes (publics). La mesure de l'efficacité est d'autant plus d'actualité quand le contexte de financement est tendu : la conciliation entre exigences économiques et missions de santé publique est désormais incontournable.

En une dizaine d'années, la culture de l'évaluation a nettement progressé... même s'il reste encore du chemin à parcourir pour consolider cette indispensable aide à la décision.

“

Connaître les risques maladie,
les prévenir et en limiter la gravité
pour améliorer l'efficacité de notre
système de soins, c'est l'action de
la **gestion du risque**
et de ses métiers, dans le domaine
de l'observation socio-économique,
de l'accompagnement des professionnels
de santé, de la prévention, ou encore
du contrôle et de la lutte contre la fraude.



”

Ensemble

améliorer la santé

en Midi-Pyrénées

1998-2010

