

**FIQCS ILE-DE-FRANCE
DIAGNOSTIC ET PISTES D'ORIENTATIONS
RESEAUX DE SANTE / SOINS DE VILLE
FEVRIER 2011**

I DIAGNOSTIC

1-1 LES RESEAUX DE SANTE

Le FIQCS d'Ile-de-France finance plus de 90 réseaux de santé, c'est la région qui compte le plus grand nombre d'organisations de ce type en France.

Néanmoins, cette relative abondance masque des disparités

La population francilienne représente 18,5% de la population française, le budget FIQCS francilien (totalement consommé en 2009 et 2010) représente également 18,5% du budget total accordé aux régions, les réseaux franciliens représentant 12 % des réseaux financés en France (source : RA FIQCS 2009).

Des thématiques inégalement réparties sur la région...

La couverture territoriale est quasi-totale sur les thématiques cancérologies et insuffisance rénale. Elle est relativement bonne pour les thématiques soins palliatifs et gérontologie : couverture des 3/4 de la région en soins palliatifs (zones non couvertes : ¼ du 77, les 2/3 du 95 et le centre 92) et des 2/3 en gérontologie (zones non couvertes : centre 92, sud 93, nord 77, ouest 95). Elle est de 70% sur le diabète (zones non couvertes : 95, 78 et sud 92). En revanche, un tiers seulement de la région bénéficie de réseaux de précarité/accès aux soins, et des départements tels le 91, le 93, le 95, et le nord 77 ne sont pas couverts sur cette thématique. Paris et la Seine-Saint-Denis ne sont que très partiellement couverts en terme de réseaux de périnatalité. Sur la santé mentale, l'insuffisance cardiaque, l'obésité ou les pathologies chroniques de l'enfant, l'organisation en réseaux de santé est quasi inexistante et les réseaux existants constituent des exceptions.

...des départements inégalement couverts...

L'Ile-de-France est scindée en deux selon une diagonale Nord-Ouest / Sud Est. Au sud de cette diagonale, deux départements peuvent être considérés comme bien dotés en termes de réseaux de santé, puisqu'ils concentrent le tiers des réseaux financés sur la région : Paris et les Yvelines. Et trois départements bénéficient d'une couverture moyenne : Essonne, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne. Au nord, trois départements sont sous dotés : le Val d'Oise, la Seine et Marne et la Seine Saint Denis.

En revanche, au 31/12/10, il n'existe que très peu de zones de chevauchement entre réseaux d'une même thématique.

...et des fonds inégalement répartis entre réseaux.

Il subsiste à ce jour des disparités dans les montants accordés aux réseaux de santé : Les budgets des réseaux de gérontologie vont de 220 000 à 600 000 euros, ceux des réseaux de cancérologie vont de 212 000 à 650 000 euros et ceux des soins palliatifs de 350 000 à 770 000 euros. Sur la périnatalité, les réseaux encore en phase de montée en charge bénéficient à ce titre de subventions moindres.

Les disparités budgétaires s'expliquent en partie par des différences :

- de territoires couverts,
- de typologie de populations couvertes,
- d'actions mises en place,
- d'offre disponible sur le territoire.

Elles sont également le fruit de l'histoire et des différentes phases ayant jalonné la vie des réseaux de santé depuis leur émergence et leur reconnaissance (réseaux Soubie, FAQSV, DRDR, FIQCS). En particulier, les projets ayant obtenu leur premier financement en 2007 et les années suivantes ont obtenu des budgets annuels faibles, compte tenu des difficultés financières qu'a rencontrées le FIQCS francilien à partir de cette date.

Un large éventail d'actions ...

Les 90 réseaux de santé gèrent une file active moyenne de 250 patients chacun, ce qui correspond à une moyenne de 22 500 patients par an, avec des durées moyennes de prise en charge qui varient selon les thématiques, de 3 à 12 mois pour les soins palliatifs ou de quelques années pour les réseaux gérontologiques par exemple.

Les réseaux de santé franciliens mènent des actions dans la plupart des domaines suivants :

- Qualité de la prise en charge : formation des professionnels de santé, évaluation des pratiques, élaboration de référentiels de prise en charge et de protocoles d'organisation,
- Organisation du parcours du patient, en collaboration avec le médecin traitant,
- Maintien à domicile : gestion des urgences, organisation des entrées et sorties d'hôpital, constitution de l'équipe soignante de ville (médicale, paramédicale, soutien psychologique, assistante sociale...), mise en place des services,
- Education à la santé : information, éducation thérapeutique du patient et de son entourage.

Leur apport majeur se situe dans la coordination des soins et de plus en plus dans la coordination de la prise en charge de patients complexes, que la raison de cette complexité soit médicale, psychologique ou sociale ou une combinaison de ces dernières. Un des enjeux des prochaines années réside dans le transfert de l'expérience acquise par les réseaux de santé en terme de coordination vers l'ensemble des acteurs du premier recours, individuellement mais également dans les structures d'exercice collectif (Maisons de santé pluriprofessionnelles).

Qu'entend-on par coordination, notion vaste que d'autres interventions revendiquent également ? Deux dimensions au moins sont présentes :

- l'une de création de liens, autour d'un malade et d'un besoin de prise en charge entre intervenants qui ordinairement agissent isolément. Plus le problème à régler est chronique moins les interventions isolées sont efficaces. Les réseaux de santé sont de ce fait un lieu d'apprentissage du travail en commun, de la coordination d'équipes pluridisciplinaires, de la coordination entre la ville et l'hôpital, entre le soin et la prévention autour d'un projet de santé commun.
- l'autre d'essai de maîtrise, à plusieurs intervenants de champs et de compétences diverses, de situations particulièrement complexes, souvent dans un objectif de maintien à domicile : à défaut d'interventions coordonnées en ville la solution de repli serait une prise en charge institutionnelle, souvent hospitalière.

Il faut bien souligner le contexte dominant opposant un domaine hyper institutionnalisé - l'hôpital - et un autre très éparpillé - celui de la ville - pour des prises en charge sollicitant successivement et parfois simultanément l'un et l'autre. Les réseaux apportent une réponse à cette problématique.

...Mais des difficultés de visibilité et de lisibilité

Par définition les réseaux de santé apportent une réponse spécifique à une population spécifique sur un territoire donné. Ils ont un rôle interstitiel, leur action et leurs services se placent là où l'action et l'offre du territoire, et de chaque acteur isolé, est déficiente ou absente.

De même, parce qu'il n'existe pas un mode unique d'organisation de la coordination, les réseaux, même sur une thématique identique, peuvent être structurés différemment. Certains vont développer une organisation du type gestionnaire de cas, avec une personne garante du suivi d'un certain nombre de patients. D'autres vont organiser cette coopération sur la base de réunions de coordinations pluridisciplinaires.

Ce mode d'inscription dans le paysage sanitaire rend plus difficile la lisibilité de leur action à la fois pour les patients, les professionnels de santé, les établissements, mais surtout les Institutions.

Dès 2007, la MRS d'Ile de France a orienté les réseaux vers la mutualisation et le développement de projets pluri-thématiques. Cette politique, menée dans une double volonté de rationalisation budgétaire et d'amélioration de la visibilité des réseaux vis-à-vis des patients et des professionnels de santé, a porté ses

fruits dans un certain nombre de domaines (exemple : fusion des 3 réseaux de néphrologie, fusion de deux réseaux gérontologie et cancérologie pour créer un réseau tri-thématique sur le sud 92) mais a paradoxalement abouti fin 2010 à certaines ambiguïtés : chaque réseau mono thématique ayant déposé un projet d'extension thématique pour 2011.

Des projets nés de la volonté de leurs fondateurs

Un réseau ne se décrète pas.

Les réseaux existants en Ile-de-France sont le fruit de la volonté de professionnels de santé (libéraux ou hospitaliers) qui ont constaté à un moment donné un problème dans la prise en charge des patients qu'ils suivaient, et qui ont tenté d'y répondre.

Ils se sont adjoint, au fil des financements accordés, des équipes salariées pouvant aller de 1 à 5 ou 6 ETP. Là encore, leur force est également leur faiblesse, car il s'agit de petites structures légères, adaptables et créatives mais fragiles. Compte tenu du caractère non pérenne des financements et de la régulière remise en question de leur légitimité même, les réseaux de santé ont des difficultés à recruter leur personnel. Les présidents des associations, porteuses à 95% des réseaux financés, assument de lourdes responsabilités, y compris sur leurs biens personnels.

Une exigence d'évaluation externe thématique...

La circulaire du 2 mars 2007 prévoit une évaluation externe à la fin de chaque période de financement. Cette évaluation doit permettre « de démontrer la valeur ajoutée de l'action proposée par rapports aux dispositifs existants ». Les régions doivent retenir un seul prestataire de l'évaluation par thématique.

Les champs de l'évaluation ainsi définie sont :

- l'organisation du réseau, en particulier son impact sur son environnement,
- la participation des acteurs,
- la prise en charge des patients dans le cadre du réseau et son impact sur les pratiques professionnelles,
- l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison coût/résultats.

L'évaluation s'appuie obligatoirement sur les indicateurs contenus dans les référentiels nationaux thématiques des réseaux (seuls 4 ont été produits : soins palliatifs, personnes âgées, périnatalité, réseau régional de cancérologie) existants et validés.

...Confrontée aux difficultés de moyens et méthodologiques

L'obligation d'évaluation externe thématique s'est heurtée en Ile-de-France, aux réalités suivantes :

- certaines thématiques regroupent près de 15 réseaux, or il est impossible de demander à un seul et unique prestataire d'évaluer autant de projets, il aurait donc fallu partager les thématiques en plusieurs lots, et assurer la cohérence de l'évaluation entre les 3 ou 4 prestataires,
- la rédaction des différents cahiers des charges, la gestion des appels d'offres et le suivi de la procédure nécessitent des moyens humains dont la MRS ne disposait pas,
- la réalisation d'une évaluation tous les trois ans maximum signifie près de 30 réseaux évalués chaque année, soit un budget total de plus de 1 million d'euros chaque année, ce qui était difficilement réalisable au regard des difficultés budgétaires rencontrées par le FIQCS francilien dès 2007,
- enfin, sur le plan méthodologique, l'évaluation s'est heurtée à l'absence de référentiels nationaux sur un grand nombre de thématiques ainsi que sur l'impossibilité d'accéder aux bases de données nominatives Assurance maladie, données indispensables dans la réalisation de l'évaluation médico-économique.

Conclusion

Aujourd'hui les 90 réseaux de santé financés représentent pour l'ARS un outil significatif de réorganisation et d'appui aux acteurs des soins de premiers recours en région. La nécessaire harmonisation thématique, géographique et budgétaire en représente l'opportunité.

1-2 LES SOINS DE VILLE

Né de la fusion du FAQSV¹ et de la DRDR², le FIQCS a vu cohabiter en son sein deux procédures qui, sans être dissonantes, obéissaient néanmoins à des logiques différentes : une décision du Directeur de la Mission

¹ Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

Régionale de Santé pour les réseaux de santé, la permanence des soins et l'aide à l'installation et une décision du Bureau du FIQCS pour les financements au titre de la ligne « Soins de ville ».

La ligne « Soins de ville » avait pour objectif de financer des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.

Les 20 projets financés en Ile de France sont relativement hétérogènes :

- études,
- expérimentation d'outils spécifiques,
- coordinations de professionnels,
- plateformes téléphoniques....

Par exemple : plateforme d'appels téléphoniques pour les professionnels de santé victimes de « burn out » ; détection précoce de la maladie d'Alzheimer ; groupes de paroles destinés aux patients atteints de cancers.

Certains projets relèvent des thématiques et/ou actions prioritaires de l'ARS :

- personnes âgées (ALOIS, REGELIB78, APPOLLINE),
- pathologies chroniques (CREATIF, RESICARD, UFCV),
- précarité / accès aux soins (Centre Ressources Aulnay),
- hospitalisations évitables : ARB, RKBE, SPHERES.

2 ORIENTATIONS

La contrainte budgétaire qui pèse sur la gestion du FIQCS Ile-de-France depuis 2007 s'accroît en 2011 avec l'annonce d'une baisse budgétaire, dont le montant exact n'est pas déterminé à ce jour. Cette baisse oriente nécessairement la politique de l'agence en matière de réseaux de santé, et oblige à des arbitrages.

2-1 LES RESEAUX DE SANTE

Maintenir l'offre sur les thématiques prioritaires

Tout en s'assurant d'une utilisation performante des fonds qui leur sont attribués, il convient de maintenir les réseaux existants sur les thématiques et populations définies comme priorités de l'Agence : Cancérologie, Gériatrie, Soins palliatifs, Pathologies chroniques (Insuffisance rénale chronique, diabète et asthme), Périnatalité, Santé mentale, Précarité/accès aux soins.

En revanche, les réseaux relevant de thématiques ne faisant pas partie des priorités régionales de santé verront leurs budgets restreints dès 2011.

Harmoniser les budgets

L'harmonisation budgétaire doit tenir compte des éléments suivants :

- étendue de la zone couverte,
- nombre d'établissements présents sur la zone,
- nombre de patients pris en charge,
- existence ou non de certaines structures sur le territoire : CLIC, HAD, SSIAD, accueil de jours, assistantes sociales, diététiciennes,... les réseaux devant parfois pallier certaines absences.

Sachant qu'environ 80% de l'enveloppe FIQCS est consacrée à la rémunération d'équipes salariées, l'harmonisation des budgets passe donc par l'harmonisation des salaires pris en charge sur le FIQCS pour des missions comparables et par la recherche de cohérence des moyens entre les équipes affectées aux différents projets. Ce travail doit s'envisager thématique par thématique, le salaire d'un médecin généraliste coordinateur d'un réseau diabète n'étant pas le même que celui d'un oncologue coordinateur d'un réseau de cancérologie.

² Dotation Régionale de Développement des Réseaux

Ce travail d'harmonisation doit se faire de manière partenariale, en tenant compte de l'ensemble de ces éléments.

Rééquilibrer les territoires

Dans les zones bien dotées, un travail de mutualisation et de rapprochements doit être réalisé en lien avec les promoteurs et les délégations territoriales. Ce travail permettra de dégager des marges de manœuvre financières pour le financement de projets dans des zones moins bien dotées.

Développer le pluri thématisme

Les possibilités de regroupement thématiques doivent s'examiner en termes de cohérence du parcours des patients. Il faut opérer des regroupements sur la base de trajectoires de patients similaires.

Il est envisageable par exemple de favoriser le rapprochement de certains réseaux dont les thématiques, les zones d'intervention se recoupent largement.

C'est le cas des réseaux **cancer, soins palliatifs, et gériatriques**. Pour ces 3 types de réseau, on constate une analogie dans les modalités de prise en charge :

- nécessité de la pluridisciplinarité et pluri-professionnalité ; lors d'un épisode particulier de la maladie (RCP pour le cancer, projet de prise en charge à domicile pour les soins palliatifs et les personnes âgées). Dans ces cas-là, les modèles de prise en charge passent nécessairement par la compréhension de chaque intervenant de son propre rôle et du rôle de ses partenaires
- ces pathologies se caractérisent également par une évolution morbide continue ce qui nécessite une coordination dans le temps, un suivi au long cours, comprenant des épisodes successifs, impliquant des modalités de révision régulière des protocoles à appliquer.

On constate également, essentiellement pour les soins palliatifs et le cancer, une proximité dans les pathologies elles-mêmes, puisque plus de 70% des patients pris en charge en réseau de soins palliatifs sont atteints de cancers en phase terminale.

Cette « proximité » est également de plus en plus fréquente entre réseaux de soins palliatifs et réseaux de personnes âgées, notamment dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Pour ces 3 types de réseau, qui sont également les plus nombreux, en Ile-de-France, comme en France (environ les 2/3 des réseaux), il est envisageable et nécessaire, compte tenu des observations précédentes, de les engager dans des processus de regroupement.

Néanmoins, à l'instar pour les établissements de santé, il serait a priori contreproductif d'imposer un seul mode de regroupement compte tenu de leurs histoires spécifiques, de leurs zones d'intervention qui se recoupent plus ou moins, de leurs propres coopérations avec d'autres réseaux de même nature les engageant dans des regroupements périphériques.

C'est pourquoi il semble préférable de proposer un large spectre de possibilités :

- la fusion pure et simple, lorsque par exemple, les réseaux ont leur siège dans la même commune, lorsque leurs zones d'intervention sont quasi-identiques et lorsque leurs relations antérieures ont toujours été fructueuses
- à l'opposé, dans le cas de réseaux, sans histoire partenariale, situés sur le même territoire de santé mais dans des communes et avec des zones d'intervention différentes, il est préférable de les engager dans des politiques d'actions communes (formations, ETP, colloques, sites internet, partage de protocoles, etc.), ces coopérations pouvant déboucher le cas échéant sur la création de GCS ou d'autres types de structures mutualisés
- enfin, il est possible de proposer à d'autres réseaux des formules d'emblée plus structurantes, de type plateformes, maison commune, etc.

Quoi qu'il en soit, l'intérêt du regroupement est bien de rendre plus lisible et plus efficace l'action des réseaux considérés, dans le cadre d'une utilisation optimale des ressources rares. Il pourrait en effet être contre-productif de les pousser dans une logique structurelle favorisant la survenue de crises au sein du nouvel ensemble ; le principe d'efficience doit être érigé comme fil conducteur dans cette action de l'ARS.

Une deuxième catégorie de réseaux est constituée par les **pathologies chroniques** (diabète, IRC, insuffisance cardiaque, etc. ;) auxquelles on peut associer les réseaux obésité adultes. Les modes de prise en charge, orientés spécifiquement sur le suivi des protocoles, tant par les patients que par les professionnels, l'éducation du patient (individuelle ou collective), convergent vers une forme spécifique d'organisation :

- information large et régulière des professionnels et des associations de malades,

- informations et formations régulières aux protocoles, aux bonnes pratiques,
- méthodes de suivi, y compris avec l'apport éventuel de la télémédecine,
- rôle central du médecin traitant, en lien avec les initiatives de l'assurance maladie (SOPHIA)
- importance particulière du suivi paramédical (IDE, aide-soignant, etc.) et social

Comme pour les réseaux soins palliatifs/cancer/gérontologie, il est souhaitable de les engager dans la constitution de regroupements. Cela dit, ces regroupements ne seront pas de même nature. Il s'agit davantage en effet pour le réseau de constituer une aide permanente au médecin traitant dans la bonne prise en charge quotidienne de son patient.

En d'autres termes, le regroupement permet de mutualiser des moyens importants, par exemple pour la formation (salles adaptés, moyens multimédia), la logistique, les techniques et moyens de communication (supports de revue communs, maquettes de site internet commun, etc.). Sur le fond, les messages de formation, de communication, etc. sont la plupart du temps totalement différents les uns des autres (ex ; diabète et IRC). Il s'agit dans ce cas de créer une ingénierie collective de moyens.

Dans ces conditions, les regroupements seront beaucoup plus orientés vers la logistique, avec les mêmes réserves que celles formulées pour les réseaux précédents.

La catégorie des réseaux **périnatalité** présente de fortes particularités, notamment dans sa dimension obligatoirement Ville-Hôpital. L'objectif pour ces réseaux est, à la fois de préparer en ville la phase d'accouchement (prévention, suivi prénatal, orientation adaptée en fonction de la nature de la grossesse), de prendre en charge à l'hôpital l'accouchement dans les meilleures conditions (maternité adaptée en fonction des facteurs de risque, transferts in utero le cas échéant, etc.), préparation de la sortie (phase ville – hôpital avec analyse de l'état somatique et psychologique de la femme et de l'enfant), puis, en fonction de la nécessité, suivi en ville de la phase postnatal.

Cela signifie que ces réseaux doivent s'articuler autour d'une ou plusieurs maternités permettant un fonctionnement ville-hôpital collectif, assurant à tout couple mère – enfant une réponse adaptée et rapide à toute situation difficile, somatique, psychologique ou sociale. De ce point de vue, les rapprochements avec d'autres types de réseaux, ou des rapprochements entre réseaux périnatalité n'ont pas grand sens. Il semble plus opportun de travailler sur la bonne articulation ville-hôpital, donc sur les problématiques de coopération et d'organisation entre les deux secteurs, voire avec le secteur médico-social (pouponnière, CAMSP).

Orienter les réseaux vers l'organisation du premier recours

Sous réserve des différentes options de regroupement, rapprochement évoquées dans le paragraphe précédent, les réseaux de santé constituent actuellement dans la région l'une des principales formes développées de coopération et de coordination des soins de premier recours, même s'ils ne se limitent pas à cette seule dimension (Cf. problématique ville – hôpital, ville – médico-social, ville – social).

De forts enjeux pèsent actuellement sur l'avenir de la médecine de ville, notamment en termes démographiques, y compris dans la région, avec en particulier des disparités géographiques importantes et croissantes.

Les réseaux peuvent donc constituer un outil privilégié d'organisation et de structuration de la médecine de ville. La montée en charge des maisons et pôle de santé, en Ile-de-France est encore débutante et il est vraisemblable que leur seul développement organique ne permettra pas d'aboutir dans des délais proches à une organisation des soins de premier recours plus fluide et coordonnée.

En revanche, en liaison avec les réseaux, il est possible de formaliser des regroupements cohérents de professionnel de santé de ville, en particulier autour d'actions collectives de proximité, telle que l'éducation thérapeutique, la prévention de maladies chroniques, le partage d'outils et de compétence (en particulier avec l'aide de la télémédecine).

Il s'agirait de privilégier l'émergence de pôles de santé, en lien ou sur la base de réseaux existants et ayant déjà acquis une notoriété suffisante. De premières expériences, s'appuyant notamment sur l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, commencent à émerger sur quelques territoires.

Sous réserve de disponibilités financières du FIQCS, cette politique pourrait notamment s'appuyer sur la valorisation, financière ou non, des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et aussi des contrats locaux de santé. Le lien ainsi créé entre :

- les collectives locales, pour certaines de plus en plus soucieuses des problématiques de désertification médicale (en particulier de la médecine générale)
- les professionnels de santé, aidés des réseaux pour toutes les démarches de type formation, protocoles de prise en charge, éducation thérapeutique, coordination entre plusieurs disciplines et plusieurs professions, voire plusieurs secteurs (médical, social, MS)
- les patients, notamment autour des associations de malade et du CISS,

peut permettre d'envisager la formalisation de contrats locaux, intégrés dans le projet régional de santé, et ainsi suivis de manière partenariale par les institutions (ARS, assurance maladie) et les professionnels (URPS et fédération de réseaux).

Certains types de réseaux n'entrent pas dans les catégories énumérées supra, en particulier les réseaux santé mentale, les réseaux orientés vers la prise en charge des jeunes et des adolescents, les réseaux d'accès aux soins ou/et précarité, les réseaux addictions, etc.

Leurs problématiques respectives les isolent le plus souvent des pratiques et des organisations des autres réseaux, pour autant, constituent des structures particulièrement précieuses sur leur champ de compétence, favorisant notamment la prise en charge des populations en difficultés sociales ou en voie d'exclusion, et d'éviter ainsi l'accroissement des inégalités de santé, orientation forte du PRS d'Ile-de-France.

Les modèles de prise en charge soutenus par ces réseaux sont efficaces dans certaines situations et certains contextes sans qu'ils puissent être *ipso facto* modélisés et implantés dans d'autres territoires de santé.

Cette particularité est liée aux spécificités mêmes des populations à prendre en charge et aux modalités à mettre en œuvre pour ce faire. Les réseaux sont donc amenés à utiliser des canaux particuliers (par exemple les Permanences d'Accès aux Soins de Santé hospitalières pour les personnes précaires), ce qui entraîne de profondes différences d'approche dans des populations et des milieux disparates (pathologies orphelines, difficultés de diagnostic pour certaines pathologies (Troubles des apprentissages par exemple) versus milieux sociaux ou zones particulièrement défavorisés, etc.

Dans ces conditions, il peut être utile d'organiser pour ces réseaux un suivi spécifique, permettant :

- d'une part, d'agréger l'ensemble des résultats positifs obtenus pour tel ou tel type de population ou de patients, de les modéliser afin de proposer leur savoir-faire aux autres réseaux,
- d'autre part, de définir avec eux des grandes lignes d'action, permettant de donner une certaine homogénéité et visibilité à leur action collective sur la région. Il est néanmoins fondamental de définir en commun les contours de ce périmètre d'action, sous peine de voir ces réseaux disparaître par mauvaise compréhension des orientations publiques.

Développer l'évaluation externe des réseaux de santé

Procéder à l'évaluation externe de deux thématiques en 2011 : «Diabète » et «Précarité / accès aux soins ». Et poursuivre cette dynamique en 2012.

2-3 LES SOINS DE VILLE

A compter de 2011, l'enveloppe FIQCS qui sera notifiée aux régions ne présentera plus de ligne « Soins de ville » et les modalités de gestion spécifiques à cette ligne budgétaire disparaissent également.

Cela nous donne l'opportunité d'harmoniser la gestion de ces deux enveloppes (Réseaux de santé et Soins de ville) et d'intégrer l'ensemble des projets dans les nouvelles orientations : efficience, qualité et égal accès aux soins pour tous.

Dans cette perspective, il convient d'appliquer à ces projets certaines des orientations développées pour les réseaux de santé, soit :

- maintenir l'offre sur les thématiques prioritaires,
- rééquilibrer les territoires,
- orienter les projets vers l'organisation du premier recours.

Le développement de projets de coordinations peut représenter une alternative à la mise en place d'un réseau de santé, lorsque le contexte le permet.