



Le petit-déjeuner « Café Réseaux »

du mardi 15 mai 2007

« Innovation et santé, la place des mutuelles et des fondations »

Intervention de :

Madame Christine Meyer – Déléguée de la santé à la Mutualité Française

Monsieur Didier Tabuteau – Directeur de la Fondation Caisses d'Épargne pour la Solidarité.

Modérateur : Dr Bernard Elghozi – Elu de l'URML Ile-de-France.

- La séance est ouverte à 7 heures 05 sous la présidence du Dr Bernard ELGHOZI.

Dr Bernard ELGHOZI, Vice-Président de la Commission Etablissements et Réseaux de l'URML IDF - Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Christine MEYER, Directrice assurance santé de la Mutualité Française, et Monsieur Didier TABUTEAU, Directeur de la Fondation des Caisses d'Epargne pour la solidarité et aussi professeur à Sciences Po, responsable de recherche santé.

C'est avec plaisir que j'ouvre cette rencontre dont l'objectif, quand on en parle il y a à peu près six mois, avant les vacances, était d'ouvrir un espace d'échange et de rencontre avec les représentants du monde mutualiste et des fondations, l'idée étant d'échanger sur les partenariats, les possibilités de rencontre et de croisement avec le monde mutualiste, mouvement représentant légitime des usagers et les fondations partenaires auxquelles on a fait peu appel jusqu'à présent, nous professionnels de santé libéraux.

La question se pose bien sûr aujourd'hui, elle est d'autant plus d'actualité que les financements des réseaux, comme vous le savez, ont été remis en question depuis le mois de septembre, à la suite de certaines décisions que vous connaissez bien et l'une des questions que l'on se pose, c'est : « quelles pistes pour d'autres modes de financement pour les réseaux ? », mais ce n'est qu'une des questions et ce ne sont pas ces réponses que nous attendons de nos invités ce matin mais il faut aussi y penser.

Ce que nous attendons aujourd'hui, c'est ce qu'eux peuvent attendre des réseaux et qu'est-ce qu'ils peuvent proposer comme échanges, comme partenariats et la question que vous ne manquerez pas de leur poser, c'est qu'est-ce que nous, réseaux nous pouvons attendre des fondations et du mouvement mutualiste de la Mutualité française.

Madame Christine MEYER, vous avez la parole pour une quinzaine de minutes.

Mme Christine MEYER.- Vous connaissez les mutuelles bien sûr mais il faut réaliser que depuis plus d'une centaine d'années le mouvement mutualiste offre aux citoyens, aux salariés, aux usagers des systèmes à la fois une protection des risques de la santé et des services de santé. Aujourd'hui, on considère même s'il n'y a pas véritablement d'enquête de représentativité, que la Mutualité couvre à peu près 38 millions de personnes et que la Mutualité française que je représente ici fédère 95 % des mutuelles.

Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif qui agissent selon des principes de solidarité, de non sélection des risques, de non discrimination. Il y a à peu près 800 mutuelles qui sont agréées pour la couverture du risque santé, du risque complémentaire santé et 1500 mutuelles dont à peu près la moitié, du fait des règles de solvabilité et des règles prudentielles, sont réassurées ou substituées par d'autres mutuelles plus importantes. On considère donc qu'il y a 800 mutuelles assureurs principaux.

Les plus grandes que vous connaissez, ce sont évidemment les mutuelles professionnelles comme la MGEN, la Mutuelle Générale qui comprend notamment les fonctionnaires de la Poste, des mutuelles interprofessionnelles qui couvrent des salariés dans les entreprises mais pas forcément les fonctionnaires.

La Mutualité est également offreur de soins. Il y a habituellement à peu près 2 000 services de soins et d'accompagnement mutualiste, des centres de santé, des centres dentaires, des magasins d'optique, des établissements hospitaliers puisque la Mutualité a le deuxième réseau d'hospitalisation privée et un grand nombre de services médicaux sociaux puisque c'est une demande fréquente des adhérents.

Enfin, la Mutualité déploie beaucoup d'actions de prévention, notamment dans les Unions régionales, des actions régionales de promotion de la santé.

Il faut bien voir, et ceci sera sans doute important pour notre débat de tout à l'heure, que les mutuelles ont de nouvelles problématiques. Elles ont évidemment été beaucoup bousculé par toute l'évolution du système de protection sociale, que ce soit la création des Assurances sociales en 1930, de la Sécurité Sociale en 1946. Chaque fois évidemment il a fallu réinventer le métier de mutuelle et aujourd'hui vous savez que d'une part les mutuelles sont exactement soumises aux mêmes règles que les autres assureurs lucratifs comme les Compagnies d'assurance pour qui la santé n'est quand même qu'une petite cerise sur le gâteau, ou bien ce que l'on appelle les institutions paritaires qui étaient les caisses de retraite et qui font aujourd'hui à peu près la moitié de leur activité en santé.

Le périmètre de remboursement des régimes obligatoires et donc des régimes complémentaires évolue beaucoup, que ce soit le débat dans la prise en charge des affections de longue durée, toutes les évolutions dans la prise en charge des médicaments. La Mutualité, peut-être à la différence des autres opérateurs, a une position qui est très claire sur la question des remboursements : nous sommes délibérément des partenaires des régimes obligatoires et nous considérons que ce que nous devons prendre en charge et rembourser dans les mutuelles, c'est ce qui est médicalement utile, ce n'est pas ce qui permet de vendre de l'assurance. Dans ce sens, nous n'avons pas forcément la même position que nos partenaires assureurs au sein de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie, cette nouvelle « bête » qui a été créée par la loi de 2004 et qui nous permet de travailler ensemble.

On est dans une situation où la pression sur les organismes complémentaires est de plus en plus forte et je ne pense pas que les évolutions qui se profilent dans la prise en charge des risques liés à la santé diminuent la pression sur les organismes complémentaires. On peut le voir de deux façons. On peut considérer qu'ils vont avoir une extension ou l'ouverture de leur marché par diminution de la prise en charge dans les régimes obligatoires, on peut aussi considérer que leur responsabilité va être accrue dans la prise en charge des risques liés à la santé. On peut aussi considérer que c'est un partenaire économique et médico-économique pertinent et important dans le système.

Aujourd'hui, les mutuelles veulent permettre à leurs adhérents d'accéder à une protection sociale complète et à une offre de soins de qualité, de façon générale, elles ne veulent plus être des payeurs aveugles, ce que nous sommes encore bien souvent : nous ne savons pas ce que nous payons dans les prestations aux assurés alors que par exemple si un médecin fait un dépassement d'honoraires de 30 % ou de 40 %, nous payons autant que l'Assurance Maladie mais nous ne sommes pas associés à la discussion conventionnelle.

Un changement qui est très important et qui a beaucoup marqué la nouvelle stratégie dont je vais vous parler, c'est qu'en fait on fait le constat que pendant des années – je ne suis pas toute jeune et je pourrais dire plus de vingt ans – on a beaucoup essayé concernant le système de santé, qu'il s'agisse de la régulation, qu'il s'agisse de la maîtrise, qu'il s'agisse de la planification, de la réglementation, de leur initiative d'agir par l'offre de soins.

Je pense que nous sommes à un tournant. Je ne sais pas s'il faut faire un constat d'échec de ces actions sur l'organisation de l'offre de soins mais il faut sans doute constater que ce n'est plus le seul, voire probablement pas le levier majeur du changement dans le système, puisque c'est bien de cela dont on parle ensemble.

Il y a eu une nouvelle Loi en 2002 qui a affirmé le droit des malades, qui a aussi donné un certain nombre d'ouverture dans les réseaux de santé que vous représentez largement ici, les usagers sont beaucoup plus depuis 2002, c'est-à-dire cinq ans maintenant, organisés, responsabilisés dans le système, ce qui fait qu'on leur impute aussi la charge de la responsabilisation et dans les réformes et nous constatons que les attentes des adhérents, un peu à l'image de ce qui se passe dans l'ensemble du système social, les attentes des adhérents vont vers de la qualité, de l'information, du résultat et évoluent de façon absolument majeure.

La Mutualité développe donc des partenariats dans le champ des relations avec les usagers. Nous avons une convention et nous avons des partenariats en cours avec la Ligue contre le Cancer, la Fédération des Centres de lutte, nous avons également dans le champ du handicap un projet tout à fait innovant dans l'évaluation des déficits sensoriels avec la Fondation des Caisses d'Épargne.

Dans ce nouveau paysage, on peut débattre de la place et du rôle des réseaux pour l'innovation en santé. Est-ce qu'aujourd'hui les réseaux sont le principal vecteur ou porteur de l'innovation en santé ? Est-ce qu'effectivement il ne faut pas envisager d'autres modalités, peut-être passer à une autre vitesse que les réseaux en santé qui présentent souvent une énergie considérable pour les promoteurs, qui ne sont pas toujours soutenus par leurs partenaires à la hauteur de leurs espérances et donc est-ce qu'il ne faut pas s'interroger sur d'autres modalités, d'autres leviers de changement ?

Après la réforme de 2004, la Mutualité s'est beaucoup interrogée sur les services rendus aux adhérents : quels services, quelle qualité, quels professionnels sont les mieux placés pour rendre les meilleurs services aux adhérents des mutuelles ?

L'un des constats que l'on fait au sein de la Mutualité, qui vous est très largement imputable, c'est l'une des difficultés que nous avons rencontrées dans les financements et dans les partenariats en matière de réseaux. Ce n'est pas seulement si l'on place au sein des institutions des FAQSV n'étaient pas particulièrement bien prévus, si l'on y siège d'une façon ou d'une autre mais c'est surtout que quand nous avons lancé les expérimentations de réseaux avec un certain nombre de promoteurs et de partenaires – c'est un diagnostic tout à fait personnel mais pour avoir vécu cette histoire au sein du monde mutualiste, je pense que je peux le dire – il y a eu une erreur qui a été faite au sein de la Mutualité, cela a été de s'engager dans des expériences à travers des structures qui étaient les Unions départementales.

Il est bien plus facile de porter les expérimentations, les projets innovants avec les Unions départementales. C'était elles qui à l'époque étaient porteuses des fonds de prévention, c'était elles qui pouvaient avoir des relations avec les associations professionnelles sur le terrain mais ce n'étaient pas les mutuelles.

Or la difficulté que nous avons eue, c'est que précisément chaque fois qu'il s'agissait de faire porter une expérience jusqu'à l'adhérent, c'est-à-dire par la mutuelle, la mutuelle qui n'avait pas été associée à l'expérience depuis le début finalement ne s'impliquait pas dans le financement, dans la relation avec les promoteurs et donc nous avons eu assez peu d'expériences de réseaux dans lesquels la Mutualité était partenaire qui aient pu aboutir justement jusqu'à ce que l'expérience soit portée vis-à-vis des adhérents.

Le projet stratégique, puisque c'est un projet qui est un projet de long terme sur lequel travaille aujourd'hui la Mutualité, qui a été voté par le congrès de Lyon de l'année dernière, de juin 2006, ce que nous appelons le parcours de santé mutualiste dont vous avez peut-être entendu parler.

Le parcours de santé mutualiste répond d'une certaine façon aux questions que je pose là sur le dispositif de réseaux.

Le parcours de santé mutualiste, c'est d'abord le constat, je citerais volontiers une phrase du président Davant qui dit : « On ne peut pas concevoir une société dans laquelle, face à la maladie, certains auraient plus de chance que d'autres ». Et pourtant, c'est malheureusement le cas.

On est dans une situation où la qualité est vraiment très mal répartie dans le système, où l'accès à la qualité est encore un accès de privilégiés dans l'information, dans les réseaux professionnels dans le sens réseaux de santé que vous représentez mais au sens réseaux personnels bien souvent. On sait quel est le bon établissement, quelle est la bonne équipe chirurgicale, quel est le bon médecin qui prendra en charge, quel est le bon réseau aussi.

En termes de services rendus à la majorité de la population, à l'ensemble de la population, ceci pose un vrai problème d'égalité d'actions. C'est à partir de cette analyse que la Mutualité a souhaité développer le parcours de santé mutualiste.

Le constat que l'on fait, c'est qu'aujourd'hui, en 2006 – 2007, on peut mesurer la qualité. Il existe des procédures, il existe des consensus, il existe des façons d'améliorer la qualité et c'est donc ces modalités là, ce sont donc ces procédures, ces références là auxquelles la Mutualité veut que tous ses adhérents aient accès.

Nous travaillons sur l'ensemble des mouvements, des problématiques de santé des adhérents, qu'il s'agisse de la prévention, qu'il s'agisse du choix de prise en charge thérapeutique, qu'il s'agisse évidemment aussi de l'accompagnement après des épisodes de soin.

Le parcours de santé mutualiste, ce sera un ensemble de services d'information, d'orientation et d'accompagnement proposés à tous les adhérents. Nous ne faisons pas de l'excellence santé où si vous payez 12 000 euros par an vous avez accès aux plus grands professeurs. Ce n'est pas du tout cela le projet.

Le projet est quelque part... ce que dit le Président Davant est tout à fait pertinent et vous allez comprendre comment je reboucle sur mon propos de départ, c'est vraiment de faire levier avec la masse des adhérents mutualistes pour faire évoluer globalement la qualité du système et c'est vraiment cela la problématique. On sait bien que s'il y a cinq grands professeurs qui font de la grande qualité à Paris, il est clair que tous les adhérents mutualistes ne pourront pas y aller. Si tous les adhérents mutualistes demandent de la qualité, et qu'effectivement nous travaillons avec les professionnels pour améliorer la qualité du système, puisque c'est aussi cela le projet, à ce moment là nous faisons quand même le pari qu'il y aura ce que les économistes appellent des externalités positives et que tous les professionnels devront améliorer ensemble la qualité du service qui est rendu.

Nous avons quatre thématiques dans un premier temps qui ont été retenues : la cancérologie, les addictions, les pathologies cardiovasculaires et les dépendances.

Les services sont des services d'information, d'orientation et d'accompagnement.

Cette stratégie est doublement novatrice, elle est effectivement de proposer... c'est un changement de métier pour les mutuelles et nous nous situons bien au niveau des mutuelles qui devront

s'impliquer directement, personnellement, individuellement, prendre des décisions en assemblée générale. Il s'agit bien de stratégie du mouvement mutualiste puisqu'il s'agit de faire ensemble puisque bien évidemment chaque mutuelle ne peut pas référencer des services, donner à ses adhérents l'accès à l'information par les plates-formes de santé – ce n'est pas la mutuelle directement qui donnera des informations sur les services mais des plates-formes qui seront dédiées à cela – donc il s'agit de mutualiser au sein de la Mutualité des moyens qui permettront de développer cette stratégie.

Donc la Mutualité fera un PSM évidemment avec les professionnels. Vous savez que le Président Davant – quand j'ai accepté cette intervention je ne connaissais pas un certain nombre de déroulements à venir ni du projet de parcours santé mutualiste de la Mutualité ni des évolutions du financement puisque la loi de financement n'était pas encore votée quand nous avons fait le programme de cette année, donc je ne savais pas que le FAQSV n'existerait plus, même s'il existe encore et qu'il y a une réunion du bureau national cet après-midi. Le FIQCS est dans les limbes et pourrait sortir. Les instances nationales de réseaux si j'ai bien compris fonctionnent encore cette année. Et je ne savais pas non plus que Jean-Pierre Davant rencontrerait le président de l'URML il y a un mois et que des contacts seraient d'ores et déjà pris entre l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'IDF et toutes les URML d'ailleurs pour avancer ensemble dans la stratégie de parcours santé mutualiste.

Dr Bernard ELGHOZI - Merci Christine MEYER. Je propose que l'on passe la parole tout de suite à Didier TABUTEAU et que l'on échange après les deux interventions, plutôt que de faire intervention par intervention.

M. Didier TABUTEAU.- On a vu comment le système avait évolué, ce serait intéressant, on pourrait en reparler mais dans un autre cadre. Si je comprends bien, ce que vous souhaitez, c'est que l'on évoque un peu l'évolution du secteur et la place des fondations et c'est d'ailleurs intéressant que la question se pose parce que la France a été un pays sans fondation pendant très longtemps, qui ne portait pas l'idée de fondation comme nos voisins le faisaient.

Je suis aujourd'hui Vice-Président du Centre français des fondations et on voit apparaître un changement qui peut être un changement assez significatif pour notre pays pour le secteur sanitaire, social et médico-social sans doute, j'y reviendrai, parce qu'on passe d'un pays qui faisait tout faire par l'administration à un pays qui va progressivement ouvrir des champs très importants à d'autres secteurs mais dans ces autres secteurs qui se développent et qui vont continuer à se développer il y a sans doute les fondations.

Vous me direz, on fait toujours avec vingt ans de retard ce que les Etats-Unis font, comme ils ont beaucoup de fondations, on va avoir beaucoup de fondations. C'est un peu plus compliqué que cela, même si ce n'est pas complètement sans lien avec ce constat.

En France, il y a à peu près 2 000 fondations aujourd'hui. Il y en a 6 000 en Espagne, en Allemagne, 50 000 aux Etats-Unis. Donc on n'est pas sur la même échelle.

Ce que l'on constate aujourd'hui, c'est qu'on voit le nombre de fondations s'accroître très rapidement en France. Il s'en crée de plus en plus dans tous les domaines. C'est extrêmement varié en termes d'intervention, d'activité mais le mouvement est lancé et c'est la première fois qu'on peut le dire,

depuis deux ou trois ans on est passé d'un Etat où en gros il y avait quelques fondations de plus chaque année à une situation où on les voit arriver non pas par année mais par mois.

C'est important parce qu'au-delà des activités traditionnelles des fondations qui font un mécénat culturel et sportif, il se passe autre chose derrière. Derrière ce bouillonnement des fondations, il y a un bouillonnement de la Mutualité, il y a un bouillonnement de l'associatif, même s'il est plus compliqué. En gros il y a un secteur public qui se restreint et qui va continuer à se restreindre, il y a un secteur privé lucratif qui n'est pas complètement admis dans notre pays pour faire n'importe quoi et entre les deux il y a un tiers secteur qui va de plus en plus prendre une place importante et dans ce tiers secteur il y a ces acteurs que sont les fondations auxquelles on n'est pas habitué parce que ce n'est pas la tradition française.

Dans ce panorama et dans cette évolution assez profonde, il faut savoir que pour le secteur sanitaire et médicosocial, la plupart des grands hôpitaux, des grandes institutions hospitalières dans le monde occidental sont gérées par le secteur privé à but non lucratif et très souvent par des Fondations, aux Etats-Unis, en Espagne, en Allemagne, en Italie.

Donc on est dans une anomalie en France où l'on a un secteur privé non lucratif qui est soit peu développé, dans certains cas il l'est considérablement – sur le secteur du handicap c'est pratiquement du 100 % - mais dans d'autres il est peu développé, voire dans certains cas en régression et en tout cas peu structuré autour de gros opérateurs. C'est cela le constat aujourd'hui.

Dans ce cadre, qu'est-ce que c'est que la Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité ? Une « espèce d'OVNI social » dans la mesure où c'est une fondation très récente, créée en 2001. C'est une fondation créée par le groupe Caisse d'Epargne qui a mis 15 M€ au départ et puis quelques établissements et surtout c'est une fondation d'utilité publique c'est-à-dire que nous ne sommes pas une fondation d'entreprise contrairement à ce que notre nom peut laisser entendre.

Nous sommes une fondation d'utilité publique, c'est-à-dire avec quatre Ministres représentés au conseil d'administration, comme toutes les grandes fondations de ce type. Pourquoi ? Parce que les Caisses d'Epargne ont historiquement et depuis la Loi de 1979 qui a consacré des missions d'intérêt général qui font qu'il y a une obligation des Caisses d'Epargne de donner tous les ans, d'affecter à des missions d'intérêt général un tiers de leurs résultats, en tout cas une fraction significative. C'est une tradition sociale qui date du 19^{ème} siècle où les Caisses d'épargne ont financé les jardins ouvriers, les bains-douches, toutes ces constructions sociales qui se sont mises en place dans la France industrielle.

Dans cette lignée sociale, il y a eu cette reconnaissance des missions d'intérêt général en 1999 et pour symboliser et être une partie de cette mission d'intérêt général qui par ailleurs a bien d'autres déclinaisons dans lesquelles je n'entre pas ce matin, il y a eu la création de cette Fondation en 2001 reconnue d'utilité publique en avril 2001 et qui a pour objet la lutte contre toutes les formes de dépendances et qui est en fait déclinée plus concrètement autour de deux axes principaux qui sont premièrement le sanitaire et le médico-social, avec la lutte contre la perte d'autonomie, le handicap et la maladie chronique et la lutte contre l'exclusion sociale avec notamment un volet dont je ne reparlerai plus mais qui est très important pour nous qui est la lutte contre l'illettrisme avec la mise en place de centres progressivement dans tous les départements pour accompagner les jeunes de 17 à 25 ans qui ont été détectés en situation d'illettrisme lors des journées d'appel à la défense nationale.

Je vais me concentrer sur l'activité sanitaire et médicosociale.

La Fondation a deux types d'intervention sur ce champ : le premier est d'être un acteur comme les autres, un acteur qui gère des structures, qui gère des services à domicile, qui est un acteur qui aujourd'hui représente 5 000 lits à peu près, 6 000 personnes suivies à domicile, donc une activité non négligeable : 80 établissements et services sur toute la France.

Ce qui est plus intéressant, c'est de constater que cette activité a triplé en trois ans. Je suis arrivé en 2003 à la Fondation, il y avait 900 salariés, il y en a 3 200 aujourd'hui. Donc on est dans un très fort développement qui s'explique parce que le secteur lui-même est en très forte évolution, avec des refigurations associatives, des transformations de gestion par des congrégations religieuses d'un certain nombre d'établissements. On a même pour les mutuelles qui avaient juste un ou deux établissements et qui ne souhaitaient pas continuer à être les gestionnaires repris ces mutuelles. Il y avait la mutuelle nationale des hospitaliers qui avait un établissement que nous avons repris à leur demande, en partenariat avec eux, et la mutuelle générale qui avait également un établissement en région parisienne que nous avons pris en compte.

Donc on intègre les structures des services à domicile qui, pour des raisons X ou Y, souhaitent se rapprocher, être reprises en gestion et on crée un certain nombre d'établissements à la demande des collectivités locales.

Ces établissements aujourd'hui c'est un hôpital près de Dinard, c'est trois centres de rééducation fonctionnelle et 75 établissements pour personnes âgées dépendantes et quelques personnes handicapées.

Voilà l'activité d'établissement et services et dans ce cadre, ces structures en fonction du contexte local s'intègrent dans l'offre de soin et entretiennent des relations parfois significatives avec un certain nombre de réseaux.

La deuxième activité sur le secteur de la fondation c'est la question de notre rôle de mécène puisqu'en tant que fondation, au-delà de l'activité établissement qui représente 99 % de notre budget, nous avons également une activité de mécénat puisque nous recevons tous les ans 5 à 6 M€ des Caisses d'Épargne et des filiales du groupe que nous redistribuons à l'intention de structures pour l'essentiel associatives qui sont porteuses d'innovation et donc là notre rôle c'est d'être un peu le chaînon manquant pour que des projets innovants puissent se lancer ou se diffuser.

Nous sommes vraiment très attachés à cette démarche, ce qui fait que si vous attendez des financements pérennes de notre part pour faire fonctionner une initiative, je vous arrête tout de suite. Nous ne finançons que l'amorçage pendant deux ou trois ans d'innovations que l'on a fait remonter par appel à projets ou que l'on a détectées, puisque nous avons de bons réseaux de perception sur les différents secteurs, de projets où un « Géo Trouvetout » du secteur social ou sanitaire a une idée qu'il peaufine depuis dix ans, il a besoin d'un peu d'argent pour l'expérimenter ou il l'a déjà expérimenté parce que non seulement il est Géo Trouvetout mais il est aussi « Géo Finance tout » et qu'il a eu la possibilité de trouver un financement pour son opération mais cette opération reste locale et ce qui nous intéresse c'est de la prendre et de la financer sur plusieurs sites en France et regarder si cela marche parce que c'est Géo Trouvetout ou si cela marche parce que l'idée est bonne et que n'importe quel type qui s'intéresse à ces questions peut la prendre.

Donc on va faire de l'essayage, on va financer quatre, cinq, six opérations pour s'assurer que cela fonctionne bien.

A travers ces financements, on finance ce que l'on appelle des opérations d'intérêt général – le terme est pompeux mais cela veut simplement dire que l'on a identifié et ciblé sur le champ de nos

interventions. C'est la mise en réseau des services autour de la personne, c'est l'adaptation du logement parce que l'on considère qu'il y a un gros travail à faire en France pour que la famille confrontée à un AVC, à un accident de la route, etc. puisse faire une adaptation du logement qui soit la plus rapide, la plus économique possible, voire une adaptation tout simplement un changement de logement dans des conditions favorables. C'est l'accompagnement des droits des personnes dans le système (soins palliatifs, droit des malades, etc.) et puis on a d'autres opérations sur d'autres secteurs mais ce sont les trois principales concernant le secteur.

Qu'est-ce que cela représente ? Depuis 2003 nous avons soutenu à peu près 300 projets pour 12 M€ Ce n'est pas dans la catégorie du FAQSV ou des grandes structures publiques, c'est pourquoi je disais on cible nos interventions sur de l'innovation, sur les premières années d'innovation, sur l'essaimage.

Pour donner quelques exemples concrets, on soutient une unité mobile qui s'est mise en place autour du CHU de Poitiers avec l'association ISIS pour la prévention des chutes des personnes âgées où les gens vont faire un diagnostic à domicile pour aider à l'environnement de la personne, avec d'assez bons résultats d'ailleurs. On va soutenir les états généraux des infections nosocomiales parce que nous estimons que c'est le sujet qui est en cœur de cible pour nous. On va soutenir un réseau gérontologique autour d'un centre de gériatrie à Yerres.

On a soutenu par exemple quelque chose qui au départ suscitait beaucoup de doutes, une étude territoriale dans quelques cantons autour de Saint-Flour, partant de l'idée que l'on a tous des projections scientifiques, médicales, technocratiques des besoins des personnes quand elles sont confrontées à la perte d'autonomie et que l'on ferait peut-être mieux de partir des besoins des personnes qui les expriment.

Donc nous avons organisé ce type d'études avec un certain nombre de professionnels qui sont allés voir pour identifier les 200 ou 300 personnes qui étaient concernées pour leur demander ce qu'elles voulaient, quels problèmes elles rencontraient, etc.

Cette étude, qui était une première en France, a montré que les réponses ne sont pas tout à fait celles que notre association savante d'experts réunis au niveau national et déclinés territorialement avait envisagées. On a vu que les montées les plus fortes n'étaient pas forcément sur les services que l'on attendait mais sur le transport pour aller au marché, sur les enjeux culturels au sens large.

Ces études territoriales, nous les avons financées, nous les avons remises aux élus et aux professionnels qui sont sur place et après l'adaptation des services se fera. Donc on peut financer des études qui ne se seraient pas faites si on n'était pas intervenus parce qu'aucun acteur n'était vraiment décidé à mettre les quelques millions d'euros qu'il faut pour le faire.

Nos interventions vont de 10 000 à de très gros projets de 100 000 euros, mais c'est vraiment un grand maximum pour nous. On est sur des ordres de 15 à 25 000 euros pour, encore une fois, être le complément de financement. Comme nous avons une assez bonne structure d'évaluation, de suivi des projets, d'expertise, parfois on peut aider à ce qu'un projet qu'on soutient soit financé par d'autres financeurs qui ne se seraient pas engagés si on n'avait pas fait ce travail de réflexion un peu universitaire et professionnel avec les promoteurs du projet.

Voilà un peu nos interventions et par ailleurs nous organisons deux fois par an ce qu'on appelle des diagonales qui sont d'abord des colloques dans lesquels nous essayons de réunir des théoriciens, des universitaires, des experts et des praticiens, des acteurs de terrain, des gens dans notre réseau ou dans d'autres réseaux et de confronter un peu les expériences.

Nous en avons deux par an. Nous en avons fait par exemple une réunion extraordinairement prémonitoire sur les jeunes et l'exclusion quelques mois avant que les banlieues ne flambent. Nous en avons eu une sur les frondes sociales particulièrement intéressante et assez émouvante et puis une autre réunion sur le secteur sanitaire et médicosocial. Nous avons fait par exemple une réunion sur « dépendance, handicap, maladie, quelles convergences » pour essayer de casser un peu les frontières et le jeu de statuts qui existe dans ce domaine.

Nous avons fait une réunion sur l'aide aux aidants, sujet avant qu'il ne soit repris dans les programmes gouvernementaux de l'an dernier.

Voilà comment la Fondation s'organise. Sa philosophie, c'est d'être l'un des acteurs relativement important. A la fin de l'année, nous serons la première Fondation en France par le nombre de salariés. Nous allons dépasser au cours de l'année les Orphelins d'Auteuil par le développement des activités.

L'idée, c'est d'être un acteur privé du non lucratif qui se structure et qui essaie de montrer qu'en gros on peut gérer et développer et innover sur le secteur sanitaire, médico-social pour ce qui nous intéresse ce matin en étant un opérateur privé à but non lucratif et de montrer qu'il n'y a pas de place sur ce secteur que pour les opérateurs commerciaux.

Voilà un peu la philosophie de ce que nous faisons.

Permettez-moi maintenant de prendre une autre casquette puisque vous y avez fait référence, pour indiquer que la Chaire santé de Sciences Po qui s'est mise en place il y a un peu plus d'un an a une vocation qui est de développer de la connaissance, de l'expertise et du débat sur les questions de santé, que nous développons bien sûr des formations continues et du débat ouvert à tous sans être inscrit à Sciences Po, c'est-à-dire que tous les mois dans une tribune on organise des séminaires. Il y a un séminaire qui par exemple a commencé il y a quelques mois où chacun pouvait s'inscrire pour le suivi, à condition de s'engager à faire les six à huit séances de travail avec les chercheurs, les universitaires pour produire un rapport intitulé « la médecine libérale à l'échéance 2015 ». Il y a donc des sujets qui peuvent intéresser un certain nombre d'entre vous et si collectivement ou individuellement vous souhaitez que les programmes de la Chaire vous soient adressés, vous pouvez venir. Les conférences sont de 19 à 21 heures le soir, c'est donc à peu près compatible, en tout cas moins incompatible que d'autres activités avec une activité professionnelle bien remplie.

Dr Bernard ELGHOZI.- Merci à nos deux invités qui ont accepté de nous rencontrer ce matin. La question de fond, c'est quelle piste pour travailler ensemble, quelle place pour les réseaux, quelle place pour les professionnels de santé libéraux que nous sommes, mais pas qu'eux, dans vos projets, dans vos stratégies et l'autre question en miroir c'est qu'est-ce que nous pouvons attendre des fondations et du mouvement mutualiste ?

Ce sont les deux grosses interrogations qui nous ont amenés à vous inviter ce matin.

Avant d'aller un peu plus loin, nous pourrions faire réagir nos amis présents dans la salle.

Dr Jean-Paul HAMON.- Je suis très content d'entendre parler de votre Caisse de solidarité parce que le FAQSV disparaît, le FIQCS apparaît où les libéraux sont représentés quasiment à titre symbolique, et quand je vois présents à la même table un représentant des réseaux, un représentant de la mutuelle et autres et que vous proposez d'ouvrir votre carnet d'adresses et votre service

d'évaluation pour ouvrir vers l'attribution d'autres fonds, je pense que ce matin c'est une sacrée matinée et que là où les promoteurs de réseaux font la chasse aux subventions et la chasse à la diversité des subventions, je pense que dans les deux thèmes que vous avez cités, la dépendance, les soins gériatriques, les soins palliatifs et l'intégration de la qualité des soins en général, je pense que les trois partenaires qui sont présents à la table sont bien placés pour faire que l'on travaille ensemble.

Dr Sylvie ROYANT-PAROLA, Réseau Morphée.- Je voudrais souligner qu'au niveau des réseaux, tous ceux qui sont présents là sont effectivement des gens qui sont de terrain et pour aller dans le sens que vous abordez, Madame Meyer, on connaît bien des acteurs de santé, on connaît bien les besoins des patients et effectivement par rapport aux réseaux qui fonctionnent en réseaux privilégiés on connaît des bons services et les bons médecins.

De fait au niveau des réseaux, on est obligé quelque part dans notre fonctionnement de pouvoir essayer d'aider le patient au mieux avec les ressources locales et les meilleurs intervenants possibles. Je crois que là il y a une communauté de vue qui fait que l'on pourrait se rapprocher sur ce thème là et bien sûr le deuxième aspect c'est tous ici on a moult et moult idées dans des domaines très différents et qui permettent des innovations en termes de soins et de prise en charge et c'est vrai que parfois on a besoin d'un coup de pouce en termes de lancer, et là je retiens que M. Tabuteau a des idées, en tout cas des possibilités pour nous aider à lancer nos projets.

M. Didier TABUTEAU.- Sur la démarche que nous avons, et c'est d'ailleurs peut-être une différence ou une complémentarité constructive avec la Mutualité, nous ne sommes pas porteurs d'un projet d'évolution du système. A titre personnel, on pourrait passer beaucoup de temps à en parler mais en tant que fondation, on n'est pas du tout sur cela. Notre vocation est d'essayer, d'un œil neutre ou le plus connaisseur possible, de voir les initiatives qui sont prises par le secteur lui-même (les médecins libéraux, les associations locales, les collectivités locales), tous ceux qui sont confrontés à des problèmes qui ne sont pas toujours complètement différents de ceux des voisins, mais qui apportent une réponse et qui ont envie à la fois de tester cette réponse auprès de gens qui ont d'autres positions et d'avoir un petit soutien pour la lancer.

C'est cela que l'on constate et donc on a fait une espèce de table d'observation des initiatives qui sont prises et puis on soutient celles qu'on estime les plus utiles.

En revanche, on a dans nos soutiens des choses qui sont extraordinairement variées et on s'attache à ne pas choisir suivant un critère qui soit de telle ou telle option philosophique parce qu'on considère que ce n'est pas notre rôle, qu'on a ni cette ampleur ni ce positionnement.

En contrepartie, ce qu'on essaie de restituer, c'est mettre à disposition toutes ces innovations de ceux qui se posent des problèmes, de restituer l'information que l'on peut obtenir à la fondation par les projets qui remontent. On aimerait essayer de faire un effort à travers les publications. On essaie de faire les retours à travers les diagonales. D'ailleurs, il y a beaucoup de choses qui se font et on a beaucoup de mal à mettre cette information à disposition de ceux qui sont confrontés à ces sujets. C'est une des difficultés auxquelles on est confrontés aujourd'hui sur la prise en charge du handicap, d'une maladie chronique dans tel et tel territoire, dans telle et telle contraintes.

Là, on a un travail de retour de l'information. Je serais intéressé de voir si par les URML on n'a pas la possibilité d'améliorer un peu notre capacité de retour de ces initiatives. C'est un peu dommage

que les gens perdent de l'énergie, du temps, de l'argent à redécouvrir ce qui a été fait très bien par d'autres.

Dr Bernard ELGHOZI.- Merci. Nous sommes en plein dans les perspectives que l'on peut ouvrir ensemble.

Au niveau des réseaux, mais cela peut être étendu par ailleurs, on a quelques heures de vol d'avance sur les réseaux en Ile de France. On a créé aussi avec le soutien des porteurs et des partenaires institutionnels de l'URCAM ou de l'ARH et puis bien sûr l'URML à avoir aussi pendant cinq ou six ans accompagné le lancement du mouvement des réseaux depuis la création du FAQSV en 2000.

Il y a une culture commune et un vrai travail que l'on a porté en commun mais aujourd'hui on n'a pas réussi à se poser pour capitaliser et faire circuler cette information. Je crois qu'il y a quelques pistes de réflexion et de travail en commun et ce que j'entends, c'est que vous pouvez soutenir le dossier financièrement mais vous avez aussi une équipe qui peut faire du soutien logistique ou méthodologique. Donc il y a peut-être des pistes à travailler.

La deuxième question que je voudrais poser à Madame Christine Meyer, c'est le parcours de santé mutualiste : peut-il s'articuler avec la logique des réseaux et si oui comment il peut s'articuler avec la logique des réseaux, comment vous voyez intervenir les professionnels de santé libéraux opérateurs du parcours de santé ?

Mme Christine MEYER.- Je crois qu'on ne fera pas de parcours santé mutualiste sans les professionnels. Cette matinée pour la Mutualité par rapport à vous se situe soit six mois trop tôt soit six mois trop tard. Il y a six mois on aurait pu parler de coopération plus classique, FAQSV ou autre, dans six mois on sera un peu plus avancé dans les propositions que l'on peut faire aux professionnels dans la façon de travailler.

Je ne m'inscris pas du tout dans la même logique que ce que dit Didier Tabuteau, c'est-à-dire que justement le projet n'est pas de faire des petites expériences voire d'essaimer sur d'autres expériences mais d'essayer de passer très vite en vraie grandeur.

Donc là cela se construit. Cela fait déjà sept ou huit mois que nous y travaillons et nous y travaillons encore jusqu'à la fin de 2007 afin de pouvoir faire une vraie offre aux professionnels. En même temps il va bien falloir que sur certains de nos projets on ait des échanges vers les professionnels pour qu'il y ait une réponse pour que les professionnels coordonnent mais pas du tout sur une tonalité habituelle. L'investissement qui a été fait par les uns et par les autres, dans les expérimentations de réseau avec notamment, ce qui pour nous est un des maîtres mots de la qualité, qui sont la coordination des soins, puisque c'est quand même bien de cela dont on parle, le soin n'est livré par le bon professionnel, au bon endroit dans le système, le fait de ne pas laisser le patient perdu dans le système mais au contraire de lui permettre d'aller dans la structure qui le prendra en charge, tout cela est une expérience que vous avez et dont nous avons besoin pour les adhérents des mutuelles mais pas dans la modalité qui était la modalité habituelle.

Je n'ai pas participé à la réunion du Président Davant avec l'Ile de France, j'ai assisté à d'autres. Quelle est la proposition que nous faisons aujourd'hui aux professionnels ? Nous travaillons aujourd'hui sur deux sujets. Le premier est la cancérologie qui concerne plutôt moins la médecine

libérale de ville et plus la médecine hospitalière. Cela concerne moins la médecine libérale de ville parce que la prise en charge du cancer par la médecine libérale n'est pas très élevée et les médecins avec lesquels nous travaillons au sein du Conseil scientifique et médical à la Fédération disent « moi, le cancer du sein, j'en vois un par an ». Donc c'est clair que l'on travaille plutôt sur la problématique des services hospitaliers, des partenariats avec la Fédération des centres de lutte, etc.

Mais comment va se faire le suivi avec un médecin traitant ? Quel va être quand un adhérent d'une mutuelle a un cancer, qu'il est pris dans le circuit et pris en charge dans le circuit hospitalier, comment va se faire ensuite le retour vers le médecin traitant ? De quelle information a besoin le médecin traitant ? Quel est aujourd'hui le lien qui existe, comment pour le patient garder le lien avec son médecin traitant quand il est dans une prise en charge ?

Tout cela, ce sont des questions dont nous avons besoin de débattre avec les médecins traitants. Je situe plus médecin traitant que médecin de réseau.

Le deuxième sujet, ce sont les addictions. Sur les addictions on est dans une démarche différente parce qu'il s'agit de travailler avec la médecine de ville. Nous sommes en train dans trois régions de construire des partenariats avec des médecins libéraux qui vont entrer dans ces suivis, dans ces expérimentations et dans une rémunération spécifique d'une première consultation de prise en charge pour des personnes en situation d'addictions et quand on dit addictions ce n'est pas forcément drogue dure, cela peut être aussi l'alcool et le tabac. C'est d'ailleurs plus fréquemment l'alcool et le tabac.

Donc là ce ne sont pas des problématiques Ile de France mais on est peut-être un peu plus proche de ce que vous attendez ce matin, c'est à dire qu'il y a des initiatives de nature un peu expérimentale puisqu'il s'agit de médecins volontaires qui peuvent être « recrutés » dans ces expériences ou dans la constitution de ces problématiques de prise en charge des addictions.

Une des questions qui a été évoquée dans les rencontres avec l'URML, c'est que le travail que nous faisons aujourd'hui, notamment dans la cancérologie, nous l'avons fait aussi pour les pathologies vasculaires, c'est de référencer sur un certain nombre de critères les services hospitaliers qui respectent un certain nombre de normes de qualité que nous n'inventons pas qui sont travaillées avec notamment la Fédération des centres de lutte, c'est d'essayer de construire à travers une plateforme un centre d'écoute, un interlocuteur téléphonique avec un adhérent qui appelle la plateforme... la mutuelle évidemment ne disposera jamais de l'information médicale ou de santé qui concerne son adhérent. Elle saura éventuellement qu'il y a eu un appel, encore que ceci pour l'instant n'est pas complètement bouclé, mais l'information médicale ne sera jamais retournée à la mutuelle.

Il y aura donc un référencement d'un certain nombre de services et il a été proposé aux URML que dans les différentes régions il y ait entre la Mutualité et les URML validation des référencements d'établissements, puisqu'on sait très bien que quand on se base uniquement sur les annuaires ou sur les critères statistiques, on arrive à récupérer à peu près 50 % de l'information et que c'est évidemment la pratique de terrain et la connaissance par le professionnel qui permet de construire les vrais de référencement pour un service de qualité.

M. Bernard ELGHOZI - Depuis un an, nous avons entamé, dans le cadre d'une réflexion sur les rémunérations spécifiques dans les réseaux en Ile de France avec l'URCAM, un travail sur cette nouvelle approche de la première consultation de prise en charge au sein du réseau sur notamment

les addictions, l'accès aux soins, la précarité et on travaille justement sur le contenu de cette première consultation de prise en charge de patients suivis dans un réseau d'accès aux soins. C'est exactement la même problématique que celle que vous posiez pour la première consultation de prise en charge dans votre dispositif d'addictions.

Dr Jean-Marc MOLLARD- Ma question s'adresse à Mme Meyer. Quelle distinction faites-vous entre un médecin de réseau et un médecin traitant ? Concernant la cancérologie, est-ce que vous vous situez dans une stratégie d'avenir quand vous estimez que les médecins traitants ou la médecine de ville n'a pas une place croissante dans la prise en charge des patients cancéreux ?

Mme Christine MEYER.- Sur la question médecin de réseau et médecin traitant, je vous dirais plutôt ma déception que tous les médecins traitants ne sont pas des médecins de réseau. Ma grande interrogation, puisque cela fait maintenant vingt ans que l'on a posé la question de l'organisation du système et du réseau de santé, moi je pensais quand même qu'il y avait un moment où les réseaux de santé allaient devenir le principe général d'organisation du système. Je suis plutôt déçue de cette question des réseaux.

Je pense que chaque médecin traitant est au cœur d'un réseau et que le réseau naturel et confraternel n'est pas forcément suffisant et qu'il faut parfois organiser un campus pour que cela devienne vraiment un réseau au service du patient.

Donc ce n'est pas une vraie réponse mais néanmoins c'est une réponse que je vous fais, c'est-à-dire que le rôle du médecin traitant, c'est d'être le médecin d'un réseau. Ce n'est pas toujours le cas et c'est un peu une des difficultés de la réforme de 2004 c'est qu'il n'est pas devenu le centre du réseau dont a besoin son patient.

Quel est le rôle du médecin traitant dans le projet de parcours santé mutualiste dont j'ai parlé ? C'est vraiment je pense quelque chose sur quoi on peut travailler ensemble, c'est-à-dire que nous avons comme vision profonde... vous savez que la Mutualité a beaucoup soutenu cette modalité de la réforme de 2004, c'est dans le discours, le projet de la mutualité depuis très longtemps le rôle du médecin traitant et il est bien évident que tout n'est pas complètement bouclé sur le centre d'appel dont j'ai parlé tout à l'heure mais à la limite quand un patient appelle la plate-forme, l'information devrait être donnée à son médecin traitant et c'est dans la relation entre le médecin traitant et le patient que cette information est éventuellement traitée, discutée, échangée et dans les choix d'orientation que feront le patient et son médecin traitant, elle est envisagée.

Ce que nous disent les médecins avec lesquels nous avons travaillé sur ces sujets, c'est que bien souvent ils n'ont pas les formations.

Nous sommes en pleine réflexion, nous travaillons bien évidemment avec des professionnels, nous sommes dans une réflexion sur la place que doit avoir le médecin traitant dans l'ensemble de ces problèmes parcours de santé mutualiste. La difficulté, c'est que nous souhaitons vraiment travailler, et parfois c'est un projet de nature industrielle, pas un projet de nature expérimentale et c'est ce qui explique peut-être le caractère un peu de simple ébauche de ce que je vous dis.

Dr Jean-Paul HAMON.- Je suis aussi Président de la section généraliste de la Fédération des médecins de France et j'ai à ce titre rencontré M. Davant avec mon Président et nous n'avons pas été sans inquiétude devant le déploiement du parcours mutualiste.

Nous avons, les premiers, demandés à ce que les médecins aient également accès au parcours mutualiste, c'est-à-dire qu'ils aient accès aussi à la plate-forme téléphonique que vous comptez mettre en place.

Nous sommes pour la qualité des soins mais le caractère un peu dénonciateur des bons et des mauvais, cela inquiète un peu.

Nous serions beaucoup plus rassurés si la Mutualité s'engageait dans l'amélioration de la qualité des soins et notamment ici vous avez des réseaux diabète, vous avez des réseaux cancéreux, vous avez des réseaux asthme, il y a des pathologies des réseaux maladies cardiovasculaires, il y a trois pathologies qui nécessitent une coordination asthme, hypertension et diabète et si vous vous engagez avec les libéraux dans l'évaluation des pratiques professionnelles concernant ces trois pathologies et justement en améliorant la cotation des soins en ce qui concerne la surveillance des pathologies cancéreuses.... J'ai été un peu atterrée quand vous avez dit qu'il y avait un généraliste qui ne voyait qu'un seul cancer du sein. Cela nous arrive d'en voir plusieurs, malheureusement, mais cela nous arrive aussi, vous avez parlé des 40 % que vous remboursez, de discuter de la pathologie du malade, et là je vous parle de quelque chose qui est arrivé il y a un mois où cette malade ayant son cancer diagnostiqué, son histologie en main, ayant rencontré son chirurgien venait demander à son généraliste quel allait être son parcours de soins en cancérologie, parce que son mari me disait : j'ai eu le sentiment, venant d'un service hospitalier, que j'allais plus discuter de ce qu'allait rembourser la mutuelle sur le dépassement que ce qu'allait être réellement le parcours de soins en cancérologie.

Donc vous parlez beaucoup de la médecine hospitalière, la médecine libérale, mais c'est terrifiant ce qu'on entend sur la médecine libérale et là c'est bien que vous soyez là aujourd'hui parce que nous sommes tous terriblement inquiets. Vous dites que le médecin traitant n'est pas le médecin de réseau mais les médecins des réseaux ici savent quel est le parcours administratif qu'on a dû faire, le parcours du combattant pour obtenir les fonds. La destinée qui nous est faite avec cette coupure brutale des fonds des réseaux, on a commencé par couper les fonds de réseaux qui fonctionnent.

Donc la Mutualité actuellement renverse le parcours mutualiste. Vous dites que cela fait six mois, mais quand je vois ce que vous proposez, il n'est pas trop tard pour vraiment recommencer la discussion et ne pas se précipiter dans quelque chose qui serait irréversible. Vous avez une réflexion et une vue de la médecine libérale qui est un peu différente de la nôtre, ce n'est pas insultant, on aimerait bien pouvoir continuer à discuter avec vous avant que vous mettiez en place d'autre chose.

2007, ce n'est pas pressé, on n'est pas à six mois près. Retravajons ensemble. Quand je vois M. Didier Tabuteau qui propose son expérience des évaluations, nous sommes preneurs. Nous verrions très bien une amélioration de la qualité des soins, que vous soyez partenaires d'une part en évaluation, d'autre part en financement sur des pathologies qui sont extrêmement précises et qui sont toutes représentées par les prises en charge des réseaux ici. C'est dans ce sens là qu'on aimerait avancer.

La médecine libérale, vous en avez toujours besoin. Pourquoi les médecins traitants ne se sont pas engagés plus dans les premiers réseaux ? Je vous parle des premiers réseaux qui ont été créés. Les

médecins traitants, c'était la dernière roue du carrosse qu'on trouvait le samedi soir, qu'on retrouvait le dimanche et le jour férié, quand tous les réseaux étaient fermés, qu'on ne pouvait avoir personne et que le patient était planté à son domicile sans personne. C'était cela. Maintenant, cela a un peu progressé, mais avant qu'on ne renverse la tendance, il va falloir beaucoup de communication et beaucoup d'explications.

Dr Sylvie ROYANT-PAROLA, Réseau Morphée.- En fait je trouve qu'il y a effectivement dans la démarche que vous avez mise en place au niveau de la Mutualité quelque chose qui s'apparente beaucoup à ce qu'on fait dans les réseaux, dans les parcours de soins et je trouve qu'il y a beaucoup de pertes d'énergie, en tout cas pas un travail de synergie qui permettrait d'agir dans un système.

Là, on va avoir des systèmes de soins avec les réseaux qui sont coordonnés, structurés et qui fonctionnent et d'autre part la mutuelle qui va essayer de faire son offre de réseaux de soins.

Je trouve cela dommage. Il y a vraiment besoin de retravailler ensemble et de prendre du temps pour être dans quelque chose qui existe, sinon on va avoir des difficultés. On peut le regretter.

Quand vous parlez des intervenants avec identification des ressources, il y a vraiment dans le cadre du réseau nécessité pour les structures et pour les médecins d'être dans une démarche qualité. Donc vous avez là une porte ouverte vers tout un ensemble de soignants qui sont des gens identifiés, qui ont fait un effort. Pourquoi ne pas se servir de ce qui est existant ?

Mme Céline , PRN Addictions.- Une question par rapport à votre projet sur les addictions, je voudrais savoir si sur les trois régions que vous avez sélectionnées si vous vous êtes appuyés ou pas sur les réseaux addiction qui existent sur ces régions.

Dr HAYAT - Votre intervention est très intéressante et positive, je tiens à le souligner et d'autre part je crois que l'on peut avancer ensemble. Dès qu'on a parlé de réseau, le médecin libéral, qu'il soit généraliste ou spécialiste, a eu peur parce qu'on lui présentait un nouveau système qu'il ne connaissait pas du tout et dont il était a priori exclu. Il a fallu un temps considérable pour essayer d'approcher le médecin libéral et on voit encore aujourd'hui que la plupart des médecins libéraux ont encore peur de ces structures de soins qu'on leur présente et auquel on les invite à participer.

Donc il y a un effort considérable à faire pour essayer de faire comprendre aux libéraux, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, qu'on veut faciliter, optimiser leur travail et non pas les mettre encore dans un carcan.

Deuxième point, une structure comme la Mutualité française, c'est le type même de structure qui peut permettre justement de faciliter cet accès, d'abord du médecin traitant ou du médecin libéral au réseau et d'autre part l'accès aux soins des malades.

J'ai une expérience dans une structure médicale qui était créée par la CSMF, le syndicat le plus important français. Eh bien dès qu'on commençait à travailler, il y avait une levée de boucliers des médecins qui étaient déjà installés qui disaient « mais qu'est-ce que c'est que cette structure que l'on nous met en plus ! » alors qu'on veut les aider en participant à l'offre de soins et il y a eu des conséquences considérables puisque cela a abouti à un fiasco total alors que la CSMF a investi 270

MF de l'époque, il y a vingt-cinq ans, dans une structure de soins qui était tout à fait valable, à l'échelon du Val d'Oise. Il y a eu une levée de bouclier, cela a été quelque chose d'in vraisemblable.

Donc c'est cela le problème, il faut expliquer aux médecins et également à la population que l'on peut proposer quelque chose qui va faciliter l'accès aux soins des malades et qui va faciliter, optimiser et améliorer la façon de travailler des médecins libéraux.

Dr Jean-Marc MOLLARD, Réseau Ensemble.- Par rapport à la conduite du changement, je voudrais faire le parallèle entre l'Assurance Maladie et la Mutualité. Je trouve qu'au niveau régional, en tout cas en Ile-de-France, l'Assurance Maladie a su s'impliquer depuis 1999 dans les expériences de réseaux, avec pragmatisme en faisant appel justement aux différents professionnels des secteurs, dont l'URML et les établissements de santé, et donc je n'ai pas une vision d'ensemble mais je n'ai pas l'impression que la Mutualité se soit franchement engagée aux côtés des réseaux de santé et j'ai l'impression que dans le discours qui est présenté aujourd'hui là aussi une volonté de changer le système et une volonté d'une certaine façon bureaucratique, industrielle, et ce n'est toujours pas aux côtés des réseaux de santé.

En revanche, je pense que l'attitude de la Caisse d'épargne, qui a certainement des ambitions moindres en termes d'industrie est relativement pragmatique, c'est à dire expériences locales, essaimage et faire connaître ce qui est fait par les gens de terrain.

M. Didier TABUTEAU.- Je précise que je suis Fondation Caisse d'épargne pour la solidarité et pas Caisse d'épargne si vous permettez la distinction.

Sur la démarche des réseaux que j'ai suivi dans d'autres fonctions depuis longtemps, j'ai été frappé par le fait qu'il fallait que les réseaux aient apporté la preuve de... pour qu'on en parle et qu'on fasse du débat dessus. Je pense que notre société ne fonctionne pas comme cela. Dès qu'on commence à faire marcher quelque chose, dès qu'on se lance dans quelque chose, il faut en parler. On n'est pas dans une société où l'on peut se permettre d'attendre dix ans que cela ait des effets pour entrer dans le débat, dans l'échange, dans la médiatisation de ces sujets.

Sur le réseau, et là je m'inclus totalement dans la démarche, nous avons eu collectivement tort de penser que les réseaux feraient la démonstration de et que donc il suffisait d'attendre. On n'a pas assez posé la question de la réalisation du système dès le début et c'est vraiment avec le recul du temps je le regrette vraiment, ce qui fait que l'on se retrouve sur le réseau avec, sauf erreur de ma part, un rapport calamiteux, avec un certain nombre de commentaires, une espèce d'inversion de tendance qui est assez impressionnante quand on regarde l'histoire du système de santé français depuis vingt-cinq ans autour de cette question. Je crois qu'il faut en tirer très vite les conséquences pour pouvoir repartir sur une construction du système qui soit un peu plus consciente des réalités, de l'accompagnement social, de l'accompagnement politique, de l'accompagnement médiatique des questions quand on fait ce type de réforme.

Autre chose, depuis ce matin je suis fasciné, c'est extraordinairement impressionnant, je me souviendrai de cette matinée pendant longtemps parce que je pense qu'on est en train d'assister ce matin à la façon dont va se construire le système de santé demain. Parce que ce débat que vous avez avec la Mutualité, vous allez l'avoir avec bien d'autres organisateurs du système. Vous passez d'un domaine dans lequel vous organisez le système, vous le structurez, vous le réfléchissez intellectuellement dans un débat difficile avec l'Assurance Maladie à un système où on va

construire le système des personnes, celui à qui je m'adresse quand je suis patient, quand ma famille est confrontée, avec la Mutualité, avec d'autres assureurs complémentaires, avec d'autres systèmes et quand on regarde la fraction réseau information plate-forme référencement, on a tous les éléments d'un changement du système de santé.

Donc cette matinée est révélatrice de quelque chose de très profond. Incontestablement, il se passe quelque chose. Ce type de discussion n'aurait pas eu lieu il y a dix ans ou même il y a cinq ans. C'est incontestable que pour la médecine libérale l'enjeu dépasse et de très loin les modes de rémunération, on est sur la façon dont le système de santé va se structurer au vrai sens du terme, quels vont être les axes porteurs, qu'est-ce qui fait que les gens vont entrer dans le système et qu'est-ce qu'ils vont y faire.

Je trouve que la Mutualité, en posant le parcours de soin mutualiste, je ne sais pas si cela construira un parcours de soins mutualiste, ce sera à vous de le démontrer, mais en tout cas cela pose la question de la façon dont le système de santé va s'organiser dans les années qui viennent.

Dr Bernard ELGHOZI .- Merci de ces commentaires et des réflexions avec peut-être d'autres casquettes que celle que tu portes officiellement ce matin. Je suis aussi content de t'entendre et d'entendre que cela raisonne bien. Là on est un peu dans le miroir de ce qu'on essaie de construire et c'est bien dans le sens qu'on a envie d'aller retravailler sur l'organisation du système de santé, quelle place ont les acteurs, les réseaux n'étant qu'un des éléments de réponse, un élément pertinent aujourd'hui mais on a mal utilisé, mal exploité.

C'est ce débat là qu'on a envie de porter et c'est dans ce champ là, celui de l'organisation du système de santé que l'on a envie de se substituer, que ce soit ce que j'ai entendu ce matin, cela conforte un peu notre démarche, cela conforte la démarche de l'URML et des professionnels de santé libéraux de se positionner sur ces questions.

Mme Christine MEYER.- Je ne vais pas trop reprendre ce qui a été dit. Pour ce que j'ai dit, e crois que vous avez l'impression que c'est du discours, je pense que cela mérite certainement que l'on travaille ensemble mais très concrètement, la difficulté qu'on a aujourd'hui par rapport à l'offre de services que vous faites, c'est que comme je dis projet industriel je ne dis pas projet technocratique, je dis projet pour tous.

Donc une difficulté que l'on a, c'est qu'avec les réseaux on a un peu la même difficulté d'échelle qu'avec le service de soins mutualiste. On ne peut pas faire de parcours de santé mutualiste avec les seuls services de santé mutualistes. Il n'y en a pas assez. On ne répond pas aux besoins des adhérents.

Dans les réseaux, vous avez évidemment avancé sur les questions que je pose, sur les questions que se posent les adhérents, sur les questions que se posent les mutuelles, mais on ne pourra pas répondre à l'ensemble des besoins des adhérents des mutuelles avec l'offre que constituent aujourd'hui les réseaux de santé.

Donc la question de savoir comment on va travailler ensemble à partir de votre expérience de ce que vous avez déjà fait, de ce que vous offrez est évidemment une question pour demain mais il faut que vous acceptiez aussi que l'on est obligé de travailler avec tous et de définir des règles qu'on va partager peut-être avec d'autres que ceux des réseaux de santé.

Juste par rapport aux questions un peu provocatrices qu'a posées le Dr Jean-Paul Hamon, oui bien évidemment notre préoccupation est que les médecins libéraux qui sont ceux qui ont le contact le plus fréquent avec les patients qui sont aussi les adhérents des mutuelles, bien évidemment ils auront, et nous y travaillons en ce moment, à comment sera établi le lien entre les professionnels traitants et la plate-forme de notre service parcours de santé mutualiste.

Je crois que je l'avais dit, peut-être pas assez, donc je le redis tout à fait clairement. Et il y aura des contacts... je vous l'ai dit, c'est quelques mois trop tôt, dès que notre service sera un peu plus rôdé, que nous aurons une véritable offre à faire aux professionnels de santé, à ce moment là nous reviendrons vers vous pour voir comment on met en place concrètement et comment on travaille ensemble.

Mme Céline BOUILLET.- Pourquoi ne pas la construire ensemble, en mutualisant justement nos compétences et nos moyens.

Mme Christine MEYER.- On ne peut pas mutualiser avec tous les professionnels. Les représentants des professionnels ont été rencontrés, nous travaillons avec eux, donc toutes les régions ont des réunions animées par la Mutualité qui se déroulent toutes de la même façon.

Je vais vous dire comment on travaille concrètement : le matin nous avons des rencontres avec des patients qui viennent témoigner de leur expérience dans un certain nombre de pathologies : en cancérologie par exemple on travaille de façon encore plus précise sur le cancer du sein, le cancer de la prostate et le cancer du côlon, sur les addictions plutôt alcool et tabac, sur la pathologie cardio-vasculaire, des épisodes sur lesquels le travail n'est pas complètement défini encore et nous avons des rencontres avec des patients qui témoignent de la façon dont s'est passée pour eux leur maladie, comment ils se sont rendus compte qu'ils avaient peut-être quelque chose, comment le diagnostic leur a été annoncé. En général c'est assez terrible, c'est à 10 Heures du soir... vous connaissez beaucoup mieux que moi ces aspects là.

J'ai été très intéressée par ce que disaient un peu tous sur le fait que sur la demande des usagers, quand on les interroge, ce n'est pas toujours ce que disent ou ce que pensent les professionnels. Donc ils parlent du diagnostic, de la façon dont ils ont appris, de leur désarroi et la façon dont ils s'orientent, comment ils vont avoir une réponse, comment ils vont savoir, comment va s'organiser la prise en charge, avec qui ils peuvent parler de l'organisation de la prise en charge. Parfois c'est le médecin traitant, parfois ce n'est pas le médecin traitant, parfois c'est l'hôpital, parfois non. Parfois la prise en charge se passe bien, parfois elle ne se passe pas bien.

Donc ils racontent tout cela, et puis retour à la vie normale. Nous avons comme cela plusieurs heures d'écoute des patients et c'est une expérience assez enrichissante.

On leur demande aussi quel type de service ils aimeraient voir, quel type de service leur serait utile.

A midi, nous avons une rencontre avec les professionnels. Il y a eu au niveau national une rencontre avec les organisations professionnelles, au niveau régional une rencontre avec les URML, des responsables d'organisation professionnelle, des responsables d'établissements hospitaliers, des mutualistes.

Nous échangeons sur le projet et je suppose que c'est dans ce cadre là que, le Dr Jean-Paul Hamon, vous avez participé et vous avez alerté sur ce qui est la fonction de ces réunions, c'est de bien dire comment en tant que professionnels comment vous réagissez, ce que vous attendez, etc.

Je dois dire que par rapport à la réunion que nous avons ce matin, dans une réunion à laquelle j'ai assisté, jamais ce que vous dites, c'est-à-dire la prise en compte des expériences de réseau, des structures de réseau n'ont été évoquées clairement. Il y a eu parfois des responsables de réseau qui ont organisé une mobilisation de professionnels sur la cancérologie, dont cette problématique est présente, mais la problématique des réseaux n'a pas été pour l'instant évoquée.

Nous avons l'après-midi une réunion avec les mutualistes, 200, 300 personnes à qui nous expliquons le projet et nous parlons, nous échangeons. Donc je me ferai l'écho de votre réunion ce matin, bien évidemment.

Dr Bernard ELGHOZI - Merci, Christine Meyer, d'avoir expliqué un peu la méthode, ce qui est important. Il n'est bien entendu pas question de remettre en question les choix de la Mutualité française et de ses partenaires mais votre présence ici signifie aussi que vous entendez, que vous savez que les réseaux existent. On s'est déjà croisé avec le mouvement mutualiste et la Mutualité française depuis de longues années. Je pense qu'on est amené à transmettre un peu nos vœux en vous invitant ce matin.

Je pense maintenant que nous avons assez de matière, non pas pour fermer mais pour ouvrir une réflexion partagée et peut-être je proposerai de poser un cadre de cette réflexion partagée, peut-être un groupe de réflexion, un groupe de travail, un temps d'échanges qu'on mettrait en place avec l'ensemble des réseaux représentés, structurés en Ile de France et pourquoi pas la Mutualité française et peut-être qu'on demanderait même à Monsieur Didier Tabuteau de nous accompagner dans notre réflexion s'il le veut bien et de voir comment aller plus loin après, avec l'équipe de la Fondation solidarité de la Caisse d'épargne sur ce travail de capitalisation qu'on n'a pas fait. Cela peut être un des premiers chantiers.

Je vous donne rendez-vous au mois prochain pour la prochaine matinée du Café réseau le 19 juin consacrée à l'évaluation dans les réseaux.

Je remercie nos invités d'avoir accepté d'être présentés avec nous ce matin, je pense qu'ils auront très vite des propositions de pistes pour des suites partagées. C'est un peu ce que nous souhaitons.

La séance est levée à 8 heures 40.