



## **Café Réseaux**

### **du mardi 24 avril 2007**

**« DRDR : pré Bilan 2006 et perspectives 2007 »**

**Intervention de :**

- **Monsieur Jacques Métais, Directeur de l'ARH IDF**
- **Modérateur : Dr Michel Roueff, Président de l'URML IDF**

*La séance est ouverte à 7 heures sous la présidence du Dr Michel ROUEFF, Président de l'URML IDF.*

**Dr Michel ROUEFF, Président de l'URML IDF** - Nous accueillons Monsieur Jacques METAIS, Directeur de l'ARH Ile de France qui n'avait pu être présent, en février, et qui a accepté de reporter à aujourd'hui. Je crois que cette matinée soulèvera un certain nombre de problèmes qui vous touche dans le fonctionnement des réseaux dont vous vous occupez.

Je propose à Monsieur METAIS, de s'exprimer sur la vision qu'il a concernant les réseaux, notamment de façon générale et plus particulièrement en Ile de France avec la donne actuelle, les contraintes et difficultés budgétaires que vous êtes très nombreux à rencontrer. Je crois que vous êtes des acteurs de terrain très importants, vous avez pu vous investir en termes de temps et d'énergie pour monter des structures innovantes. Vous êtes en droit de vous interroger sur les problèmes que vous rencontrez dans le cadre de ces activités.

Je laisse la parole à M. METAIS qui nous donnera la vision de l'ARH et de la MRS sur les réseaux.

**M. Jacques METAIS, Directeur de l'ARH Ile de France** - Merci. Je ne suis pas sûr d'être le meilleur connaisseur des réseaux existants que vous représentez en Ile de France, n'étant arrivé qu'il y a peu de temps. J'interviens plus à titre de Directeur de la Mission Régionale de Santé (MRS) au titre de 2007. Dans ce domaine, la Mission Régionale de Santé est une création administrative quelque peu bizarre où chaque année, le directeur change : une fois c'est celui de l'URCAM, une autre année c'est celui de l'ARH. J'assume les fonctions cette année et toutes les décisions prises antérieurement s'agissant des réseaux.

Je vais insister, pour ouvrir la discussion, sur 3 points :

1. La réalité des réseaux au 1<sup>er</sup> janvier ou au 1<sup>er</sup> mai en Ile de France. Vous la connaissez, je n'y resterai pas longtemps.
2. Les modifications intervenues ou qui vont intervenir dans le financement des réseaux, notamment 2006 et 2007 puisque cela a créé quelques inquiétudes passées et probablement pour l'avenir.
3. Evoquer l'avenir des réseaux tels que l'on peut le ressentir. Ce seront dès réflexions plus personnelles qui s'appuieront sur des constats et des réalités.

Pour quelqu'un qui vient d'une autre région, comme Rhône-Alpes, je dois dire que ma première impression est quand même une réalité très positive en Ile de France sur les réseaux, puisque l'Ile de France est de très loin la région qui a le plus développé des projets de réseaux de santé.

Tout les promoteurs que vous êtes, je sais ce que représente l'investissement pour créer un réseau, de faire un dossier, d'en assumer la concrétisation, manifestement en Ile de France, l'existence des réseaux de santé est une réalité, puisqu'au 1<sup>er</sup> janvier de cette année, 75 réseaux étaient financés. Nous sommes l'une des régions qui consomment la totalité de la dotation de réseaux que l'on nous demande d'utiliser. Dans les deux autres régions que j'ai connues, on en était très loin.

D'une certaine manière, cela nous donne certains avantages en termes de financement car un des critères encore utilisés en 2007 pour la détermination des dotations régionales est précisément l'aptitude des régions à consommer leur crédit. La consommation entraîne d'une certaine manière l'abondement des budgets.

Quand on regarde également l'évolution dans le temps de ces réseaux et de la consommation de la dotation régionale notamment, on constate qu'entre 2003 et 2005, il y a eu une très forte augmentation des crédits utilisés pour la création des réseaux. On est passé de 21 à 64 réseaux en 2 ans et de 5,7 millions d'euros à 21,7 millions euros de crédits dépensés.

Depuis 2006, il y a toujours création de réseaux nouveaux puisqu'il y a eu 12 créations de réseaux en 2006, mais le rythme d'augmentation s'infléchit assez notablement, d'autant que l'on a eu quelques soucis sur l'enveloppe 2006 qui était à un niveau, puis a été baissé en cours d'année avant de remonter à un niveau presque initial.

Il est certain que la consommation de l'enveloppe 2006 de 25,712 millions d'euros, chiffre définitif, a été consommée à 99,5 %. Aux 75 réseaux dont j'ai parlé, il faut ajouter les 6 réseaux financés jusqu'en 2006 par le FAQSV dont on verra qu'ils ont été repris dans leur financement dans le cadre de la Dotation Régionale des Réseaux.

On peut donc dire que la réalité des réseaux est actuellement de 80 réseaux qui fonctionnent avec des thématiques - cela vous a déjà été dit - dominées par l'oncologie de très loin, les soins palliatifs, l'accès aux soins, la périnatalité ; les 4 thèmes qui dominent la réalité des réseaux. Même si les autres thèmes (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, santé mentale, diabète, gérontologie) sont loin d'être négligeables dans leur objet.

## 2. Les modifications intervenues dans le financement en 2006 et 2007.

Effectivement, il y a eu en 2006 un infléchissement puisque pour la première fois, dans l'histoire des réseaux très récente, certains réseaux se sont trouvés confrontés pour la première fois de leur histoire à des restrictions de moyens alors que, jusqu'alors, tous les promoteurs de réseaux, qui avaient fait l'objet d'un avis favorable du Comité Régional des Réseaux (CRR) avaient été correctement honorés dans leur demande.

Le Ministre de la santé, en septembre, a pris une décision assez brutale, parce qu'elle n'avait pas été annoncée ou anticipée, qui fait que notamment, le montant de la Dotation Régionale des Réseaux d'Ile de France, fixée en mars 2006 à 26,5 millions, s'est retrouvée baissée brutalement à 21,5 millions.

Il faut savoir que le contexte est toujours l'équilibre, la recherche impossible de l'équilibre de l'Assurance Maladie dont on n'a pas fini de parler et qui l'année dernière a soucie particulièrement, notre Ministre, à juste titre, et qui a brutalement en septembre pris 3 mesures, dont l'une applicable à la Dotation Nationale des Réseaux. Il a pris aussi une mesure concernant les tarifs de l'hospitalisation privée, applicable pendant 3 mois, c'est-à-dire une baisse de tarifs. Troisième mesure, je ne m'en souviens pas, a fait que le déficit de l'Assurance Maladie est restée contenue dans les limites prévues au début de l'année.

Finalement, après moult protestations, argumentation, visant à montrer que cette baisse allait nous poser des problèmes, cela n'a finalement pas été vrai dans toutes les régions, mais en Ile de France on a retrouvé en fin d'année pratiquement le budget fixé initialement. Je vous ai dit 26 millions en début d'année, puis on baisse à 21,5 millions puis on a obtenu finalement 25,7 millions, c'est-à-dire une somme très peu différente de celle du début d'année.

Pour 2007, la Dotation Régionale vient d'être fixée à 29 millions d'euros, soit 13 % de plus que la DRDR définitive 2006. En fait, cette dotation correspond à 90 % de la dotation définitive, les 10 % restants étant répartis ultérieurement dans le cadre du nouveau Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) dont je parlerai tout à l'heure.

Cela veut dire que logiquement, si tout se passe bien, on peut espérer une Dotation des réseaux, en 2007 supérieure légèrement à 31 millions d'euro au lieu de 25,7 millions définitifs en 2006. Ce qui ferait une augmentation de près du quart. On est encore a priori en 2007 dans une conjoncture plutôt favorable. Ces 31 millions d'euros, si nous les avons, seront dépensés rapidement.

Deuxième modification qui va intervenir en 2007 qui ne sera pas sans conséquence sur le niveau de financement des réseaux et sur le mode de décision d'agrément et de financement, c'est la création d'un nouveau fonds. L'idée étant de rassembler dans le même fonds, que l'on appellera FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) la DRDR et le FAQSV. Il n'y aura donc plus de FAQSV ni de DRDR mais le FIQCS qui devrait être mis en place à partir du 1er juillet prochain. Les textes d'application sont en cours.

C'est assez complexe, il y a une organisation nationale avec un conseil national. On sent d'ailleurs dans ces textes d'application qu'il a fallu ménager un certain nombre de susceptibilités ou de volonté syndicale, médicale, Assurance Maladie, Etat. Tout cela fait l'objet d'un aménagement.

Ce qu'il faut retenir pour nous au niveau régional qui est pour nous le plus important, c'est que le FIQCS est un fonds qui va additionner la Dotation des réseaux actuelle et le FAQSV. L'attribution des aides de ce fonds sera confiée à la MRS, sauf pour les aides - je cite : "en vue des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville".

Pour ces expérimentations, qui ne sont pas définies a priori, ce n'est pas la Mission Régionale de Santé, c'est-à-dire, les deux directeurs URCAM et ARH qui sont les décideurs en la matière. Il n'y a pas un conseil MRS qui fasse appel à votre participation par exemple. Pour ces expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville, les aides seraient décidées par le bureau du Conseil Régional de la Qualité et de la Coordination des Soins où vous êtes, je crois, représentés.

La MRS déciderait donc des aides évidemment aux réseaux de santé après avis de ce Conseil régional qui est décideur pour les aides pour les expérimentations mais qui donne son avis pour tout ce que la MRS a dans son champ de compétences, c'est-à-dire les aides aux réseaux de santé, le financement des structures qui concourent à l'amélioration de la PDS, notamment les maisons médicales de garde. On voit que le financement de la PDS se fera maintenant sur ce FIQCS de manière définitive.

Egalement, toujours sur ce fonds et dans le champ de compétences de la MRS, figure le financement des actions visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire. C'est-à-dire le financement éventuel de facilitation d'installation pour les praticiens dans des zones dites déficitaires.

Je rappelle que sur ce point, d'autres aides viennent d'être décidées, notamment la majoration des honoraires de 20 % qui a fait l'objet d'un avenant conventionnel. Il y a également le financement de la mise en oeuvre du DMP qui peut entrer dans ce fonds, et également les actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.

Je ne sais pas comment tout cela va être utilisé.

Ce que ce FIQCS pose comme problème -on aura peut-être l'occasion d'en reparler-, c'est quid de l'avenir du Comité Régional des Réseaux ? Doit-on le faire disparaître complètement ? On peut en discuter.

Voilà les modifications intervenues dans le financement en 2006 et 2007.

Pour l'avenir des réseaux, tel qu'on peut le voir aujourd'hui, pour 2007 on peut dire que, compte tenu des financements dont j'ai parlés tout à l'heure, si l'on intègre les financements des réseaux existants, des réseaux préalablement ou antérieurement financée par le FAQSV et des réseaux qui ont, jusqu'à fin 2006, fait l'objet d'un avis favorable du CRR et dont nous pourrions proposer de commencer le financement en 2007. Donc on peut dire que notre enveloppe 2007, c'est-à-dire les quelque 31 millions dont je parlais tout à l'heure, est quasiment engagée. On pourra financer tous les réseaux existants, les reconduire, intégrer ceux qui étaient antérieurement financés par le FAQSV et financer les nouveaux réseaux qui ont fait l'objet d'un agrément jusqu'à la fin de l'année dernière. Entre réseaux FAQSV et nouveaux réseaux, c'est tout de même une douzaine de réseaux nouveaux qui viennent s'ajouter aux 75 existants.

Cela veut dire que, sur notre budget tel qu'il est aujourd'hui, il n'est pas possible de financer, de nouveaux réseaux, de nouveaux promoteurs qui se présenteraient à partir de maintenant, sauf à admettre l'idée que l'on aurait un budget plus important que celui auquel on pourrait prétendre si par exemple l'Ile de France bénéficiait de plus de 10 % de sorte dont je parlais tout à l'heure eu égard aux fait que d'autres régions n'utiliseraient pas ces 10 %. Enfin, on est quand même dans une conjoncture maintenant assez serrée.

C'est la raison pour laquelle la MRS a pris une décision de principe, qui a d'ailleurs fait l'objet d'un avis favorable du CRR, qui consiste - une lettre vous a été envoyée début mars - à demander aux réseaux existants une contribution sur les budgets déjà accordés qui permettrait de dégager une marge pour financer de nouveaux réseaux. L'idée étant de vous demander une contribution qui serait variable selon l'importance de votre budget, mais qui pourrait être comprise entre 8 et 15 % du montant de votre budget.

Bien entendu, nous nous engageons à examiner les difficultés que pourraient créer cette contribution, le versement de cette contribution qui, encore une fois, aurait vocation à être utilisée pour créer d'autres réseaux, auxquels notre attention serait particulièrement portée.

Là aussi, on pourra en discuter tout à l'heure.

Se pose de manière plus générale, pour l'avenir des réseaux, le problème de leur évaluation. C'est-à-dire de leur efficacité. Un rapport l'IGAS qui d'ailleurs a fait l'objet d'une publication « officielle »... Je ne sais pas si ce rapport a été connu ? Ce rapport, si on le résume, dit que l'instruction des réseaux en France par les URCAM, les ARH est correctement faite. En revanche, ce rapport dit le manque d'évaluation des réseaux existants. Dans les régions auditées, cela a été le cas de la mienne quand j'étais en Rhône-Alpes, j'ai fait valoir aux Inspecteurs généraux que pour faire une évaluation d'un réseau, c'est extrêmement difficile et il faut avoir une antériorité. On ne peut pas le faire au bout de deux ou trois ans. Or, la plupart des réseaux sont jeunes. Néanmoins, ils ont retenu de manière générale cette absence d'évaluation pour le mettre en évidence.

Nous venons de recevoir début mars une Circulaire commune ministère et CNAMTS qui indique un canevas d'évaluation, que vous avez peut-être vu, qui ne sera pas inutile car effectivement, de mon point de vue, il me semble que cette évaluation est fondamentale pour notre propre crédibilité à continuer à financer les réseaux de santé et notre capacité aussi à demander des moyens nouveaux. On ne pourra plus avoir de moyens significativement nouveaux si nous ne sommes pas capables de faire des évaluations médicales et financières du fonctionnement des réseaux.

Pour conclure, j'ai une vision à la fois optimiste et moins optimiste de l'avenir des réseaux.

Je commencerai par la vision la moins optimiste. J'hésite toujours à la dire, et pourtant, elle me tient à coeur. Elle consiste à dire que si les réseaux précisément existants montrent leur efficacité dans le cadre d'évaluation à venir, si nous étions logiques, nous devrions les étendre à l'ensemble de la population d'une région. Car finalement, quel sens cela a de faire une action significative, exemplaire, modèle, dans un coin d'une région, si tous les autres endroits de la région ne sont pas concernés ? Cette idée de réseau de santé qui jusqu'à présent a toujours été considérée comme un peu expérimentale, dès lors qu'une évaluation montre que c'est une expérience valable, à la fois pour les malades, la protection sociale, l'accès aux soins, logiquement, il faudrait les étendre, étendre l'idée quel que soit le domaine d'activité à l'ensemble de la région. Et là, on va se heurter à des problèmes de financement très sérieux. On voit bien que dans une région, s'il y a un réseau diabète qui fonctionne bien, mais qui porte sur le dixième ou le quinzième de la région, l'extension - à supposer bien sûr que l'on trouve les promoteurs - va coûter très cher. C'est ma vision pessimiste des réseaux. Si les évaluations sont positives, ce dont je ne doute pas a priori, au moins pour l'immense majorité des réseaux, ça devrait nous inciter à avoir des enveloppes réseaux beaucoup plus importantes. Là se pose le problème de leur financement et des limites de notre système d'Assurance Maladie.

Ma vision optimiste, c'est que, à l'inverse, on peut penser que si l'évaluation que nous ne manquerons pas de mettre en oeuvre dans les années qui viennent, au cas par cas, est positive, cela nous donne un champ d'action et d'avenir pour ces réseaux, non négligeable, mais qui supposera encore une fois que pour leur extension, nous sachions trouver des budgets à l'intérieur de l'Assurance maladie, ce qui est loin d'être acquis.

Voilà, ce qu'en tant qu'observateur extérieur encore, puisque je ne connais pas ni les uns ni les autres de vos réseaux, ce que m'inspire la pratique la plus récente en matière de financement des réseaux en Ile-de-France.

**Dr Michel ROUEFF, Président de l'URML IDF** – Merci, Monsieur Métais pour votre intervention et les éléments que vous venez de nous donner.

Peut-être avant d'entrer dans une problématique plus individuelle des réseaux concernant les difficultés que vous rencontrez, avez-vous des questions à poser à Monsieur Métais ?

**Dr Richard LOPES, réseau des Boucles de Marne** - Question technique : pouvez-vous donner les références du texte qui donne les missions énumérées concernant le Conseil Régional et la MRS.

**M. Jacques METAIS** - Il n'y a pas de référence encore puisque le Décret soumis en conseil d'Etat est en cours de signature.

**Dr Richard LOPES, réseau des Boucles de Marne** - Ce texte définit toutes les missions financées par le FIQCS. Quelle est l'articulation entre ces stratégies concernant l'évolution des réseaux et les divers plans nationaux qui intègrent un développement considérable des réseaux ? Quand il y a un plan national, que ce soit géronto, addiction, qui s'appuie sur un développement considérable des réseaux. Comment cela peut-il s'articuler avec cette stratégie telle que vous venez de la développer et qui semble assez limitée par des moyens bien définis.

**M. Jacques METAIS** – en fait, c'est là où les régions sont maintenant dans une situation un peu différente et inégale. Celles qui ont consommé la totalité de leur dotation n'ont plus beaucoup de marge de manoeuvre, sauf à supposer que l'on accroisse encore ce budget alors que les régions qui ont été plus prudentes ou plus frileuses en matière de promotion de réseaux ont évidemment plus de

marge de manoeuvre, pour développer notamment des stratégies ou des domaines d'action sur des idées de réseaux qui sont engagés au niveau national, souvent par le Ministre de la santé. Quand il engage l'idée par exemple des réseaux d'addiction, il ne sait pas au moment où il parle quels sont les moyens budgétaires existants au niveau de chaque région. Il peut y avoir là un décalage entre un discours ministériel fort et une application plus faible du fait de la consommation déjà largement entamée des enveloppes des réseaux.

Par contre – là, je reprends ma casquette ARH - sur les addictions par exemple, il y a aussi un budget sur le développement de tout ce qui est lutte contre les addictions en milieu hospitalier, création de consultations particulières ou d'actions médicales particulières, là, effectivement, il y a des budgets qui sont intégrés au plan de Santé Publique dans l'ONDAM hospitalier où l'ARH reçoit des financements particuliers définis par le Ministre.

**Dr Jean-Paul HAMON** – Malheureusement, on est habitué au décalage entre discours ministériels forts et engagements faibles sur le terrain. Je voudrais poser une question sur le FIQCS. Dans le FAQSV, les URML étaient clairement partenaires ; dans le FIQCS, on voit moins la place des libéraux. On aimerait avoir des précisions sur le fonctionnement du FIQCS ?

**M. Jacques METAIS** – A vrai dire, cela ne change pas énormément de choses au niveau du fonctionnement. Je vous ai dit que les aides, notamment celles pour les réseaux de santé, étaient décidées par la MRS, après avis non plus d'un Comité Régional des Réseaux (CRR), mais d'un Conseil Régional pour la Qualité ou la Coordination des Soins. Là, l'URML est toujours représentée. Normalement, on change d'instance, on l'appelle différemment. Je ne sais pas d'ailleurs si elle est composée différemment de celle du CRR.

**Dr Frédéric PRUDHOMME** - Oui, elle l'est nettement.

Le FAQSV était constitué d'un bureau de six personnes et d'un représentant de l'URML ; le FIQCS doit comprendre une quinzaine de personnes et toujours un seul représentant de l'URML. Le niveau d'engagement de l'URML et des médecins libéraux dans le FIQCS n'est absolument pas le même.

**Dr Bernard HUYNH** - Pour le FAQSV et la DRDR, il y avait un certain nombre de fonctions stratégiques qui étaient définies au niveau national. Là, on voit bien que dans cette nouvelle organisation avec le FIQCS, la décision et la stratégie risquent d'être plus régionalisées. Envisagez-vous de publier ou de décider ou au contraire de discuter d'une stratégie régionale concernant les réseaux, c'est-à-dire quels types de fonctions, de domaines vont être particulièrement privilégiés, sous quelle forme. Est-ce que ce seront plutôt des réseaux d'origine hospitalière ou d'origine médecine de ville ? Etc. Pensez-vous qu'a priori, et pas après présentation des dossiers, vous allez publier les règles du jeu ?

**M. Jacques METAIS** - Ce serait souhaitable. Simplement, si j'emploie le conditionnel, c'est que l'on n'y a pas actuellement réfléchi très précisément dans la mesure où le FIQCS n'existe pas encore. Mais, quand il va exister officiellement, il conviendra d'aller dans ce sens. D'autant que c'est ce qui nous est incité à faire par la Circulaire du 2 mars dont je parlais tout à l'heure, de construction Ministère - CNAMTS, qui évoque l'évaluation des réseaux, mais qui évoque aussi la manière dont nous devrions au niveau régional, faire connaître les priorités, notamment les domaines dans lesquels nous pensons que les réseaux de santé sont les plus utiles.

La réponse à votre question est donc oui.

**Dr Marie-Laure ALBY, Présidente de la section généralistes de l'URML** - J'ai été interpellée par votre proposition, votre suggestion à partir de l'expérience positive. C'est effectivement logique qu'une expérience positive puisse être étendue à la région. Dans ce cadre-là, envisagez-vous dans l'attelage URCAM - ARH qui pilote très clairement ces financements aujourd'hui, d'en faire un système de soins qui sortirait du cadre expérimental pour être éventuellement un prototype pour une région ? Je pense au réseau de soins palliatifs qui dans notre pratique courante, nous a beaucoup aidés pour maintenir les gens à domicile quand il y a des problématiques de fin de vie ou de soins lourds. Est-ce que cela sortirait de ce cadre-là pour s'inscrire dans un financement ville - hôpital autre qui pourrait compléter le système de soin, et sortir du cadre expérimental. Ce qui serait pour les réseaux qui travaillent depuis des années une perspective intéressante, d'arriver à modifier ou à moderniser le système de soins.

**M. Jacques METAIS** - Ce que vous posez comme question pose clairement le problème des enveloppes.

En fait, si je vais au bout de votre raisonnement, vous nous dites : « finalement, si vous voyez un intérêt au développement de tel ou tel type de réseau, est-ce que l'on ne pourrait pas envisager des financements substitutifs, par exemple à l'hospitalisation, sous forme de financement de ces réseaux ? En gros, iriez-vous jusqu'à faire passer de l'argent du secteur hospitalier aux réseaux de soins ?

Ce serait possible si, au niveau régional, on avait une autorité reconnue pour faire ces transferts d'enveloppes, ce qui n'est pas le cas actuellement. Aujourd'hui, on vit en enveloppes étanches. Il y a l'enveloppe hospitalière où il y a une fongibilité entre public et privé qui est en train de s'instaurer, et qui, à mon avis, a de l'avenir. Mais il y a l'enveloppe soins de vie qui est négociée au niveau national, qui n'est absolument pas régionalisée et il y a l'enveloppe réseaux de soins, le FIQCS maintenant, qui est entièrement étanche. Je ne peux pas vous faire une autre réponse que négative, mais si un jour, on crée au niveau des régions, comme certains l'évoquent, une Agence Régionale de Santé, là, ce serait possible.

**Dr HAYAT** - Concernant l'extension des réseaux à d'autres régions que l'Ile-de-France, apparaît-il d'ores et déjà des régions qui devraient être prioritaires, en particulier en raison de certains déficits dans certains thèmes comme les addictions, les soins palliatifs ?

**M. METAIS** - Je ne sais pas, je n'ai pas d'éléments pour vous répondre.

**Dr Marc ALAVOINE, Réseau Océane** – A propos des actions engagées en région, y a-t-il une coordination entre les différents directeurs d'ARH au plan national ? Peut-on avoir une lisibilité de l'action en région au plan national ?

**M. Jacques METAIS** – A question précise réponse précise : Il n'y a pas de coordination, il n'y a pas d'évocation aujourd'hui ou à la marge des politiques régionales menées en la matière. Ce qui avait été prévu par le Ministère lui-même, c'était de réunir régulièrement les Missions Régionales de Santé. Cela a été fait au tout début, cela n'est plus fait depuis un an et demi. On ne se voit pratiquement plus. Indépendamment ou en dehors des discussions totalement informelles que l'on peut avoir entre Directeurs d'ARH quand on se rencontre, on ne peut pas dire qu'il y ait une coordination des actions menées en régions. Cela fait d'ailleurs que les situations, entre autres, sont extrêmement différentes d'une région à l'autre.

**Dr Bernard ELGHOZI** – Je suis médecin à Créteil, animateur d'un réseau d'accès aux soins et co-Président de la Commission réseaux à l'URML IDF.



Dans le cadre du groupe de travail piloté par l'URCAM Ile-de-France sur les rémunérations spécifiques notamment dans les réseaux d'accès aux soins, il y a le même travail dans les soins palliatifs, on travaille à définir un certain nombre d'actes aujourd'hui hors nomenclature, et que l'on va essayer de faire rémunérer dans le cadre des enveloppes de rémunération spécifique.

La question que l'on se posait est la suivante : une fois que ce sera défini, ce sera mis en expérimentation, évalué. Une fois que l'on aura démontré l'intérêt de ces logiques, de la prise en charge de ces actes hors nomenclature, on aurait évalué le coût qui ne semble a priori pas énorme, on imaginait qu'il serait possible, tout à fait dans la logique de ce que disait tout à l'heure Marie Laure ALBY, de le faire glisser, changer d'enveloppe et de le faire reprendre dans l'enveloppe risque de l'Assurance Maladie ? C'est plus précis, plus pointu, cela répond à une évaluation qui est en cours. Est-ce imaginable ? C'était le projet que l'on avait il y a 2 ans quand on a commencé à travailler sur les rémunérations spécifiques en Ile-de-France.

**M Jacques METAIS** – Actuellement, cela ne me semble pas possible. Mais je ne suis pas un spécialiste des transferts d'enveloppes. Peut-être que Mme DANELON de l'URCAM pourrait mieux répondre que moi.

**Mme Fanny DANELON, URCAM IDF** - Vous faites référence à l'inscription d'actes définis au sein de votre région pour certaines thématiques qui pourraient, après expérimentation favorable, être inscrits à la Nomenclature Générale des Actes ? (acquiescement du Dr Bernard ELGHOZI)

Bien entendu, c'était l'aboutissement et l'idée initiale quand cette possibilité de rémunération spécifique avait été imaginée. Le niveau national avait également imaginé un recensement de tous ces actes et de toutes ces expérimentations qui avaient été initiées. Tout un groupe de travail se réunit depuis 2 ans, ce sont des travaux que nous aimerions mener à leur terme en Ile de France. Mais quelle est la valeur et la portée de nos expérimentation s'ils se limitent à notre région ? C'est une vraie difficulté et nous n'avons pas de réponse en région, mais nous n'en avons pas non plus au plan national.

**Dr Mireille BECCHIO**, généraliste à Villejuif, Présidente du réseau RAVMO qui fait partie des 6 réseaux financés par le FAQSV l'an dernier et qui a été reçu collé par la DRDR.. Nous avons eu un avis favorable et une lettre négative disant que l'on n'était plus financé. Depuis cette lettre, nous sommes paralysés parce que nous essayons d'avoir des réponses. Nous avons des menaces de licenciement pour nos employés. Vous avez dit que nous allions être financés. Je voulais savoir quand nous aurions une réponse officielle pour que l'on puisse se remettre au travail. Actuellement, c'est la paralysie. Les patients viennent au réseau, et trouvent la porte de bois parce que nous avons dû licencier la secrétaire qui nous permettait une ouverture le vendredi et le samedi. On travaille pour un accès égalitaire aux soins. Nos patients se sentent en danger eux aussi.

J'avais une suggestion à faire. Depuis que nous réfléchissons aux recherches de financement, cela a unifié un peu plus le réseau. Nous avons autour de nous les patients, tout le monde se bouge un peu. Nous avons réfléchi, et nous nous sommes dit : « pourquoi chaque réseau est-il obligé de faire un dossier d'évaluation ? Ne pourrait-on pas avoir un guichet unique par région avec des moyens mis en commun qui seraient fournis par la DRDR pour fonctionner et que nous, on puisse s'occuper simplement de soigner nos patients, de faire de l'accès égalitaire aux soins, et que l'on ne soit pas obligés de faire tout le quotidien ? Et que l'on soit obligé de rendre des comptes, de faire des évaluations, c'est sûr, de rendre des comptes sur ce que l'on fait. Cela nous ferait moins de travail. C'est une suggestion.

**M. Jacques METAIS** – Mme Fanny DANELON va répondre car je ne connais pas la situation de tous les réseaux. J'ai entendu parler de votre réseau. J'ai trouvé assez étonnant en venant ici que le FAQSV ait financé des réseaux. C'est tout à fait francilien. Je me suis trouvé dans une situation d'irritation quand j'ai eu de la part des cabinets du Ministre, en particulier de M. Bas, tous les jours, on me disait : « Comment, c'est un scandale, vous ne financez plus ! ». J'ai dit : « On finance quoi ? C'est le FAQSV et pas nous ! » Le FAQSV a décidé autoritairement de tout arrêter au 31 décembre. Que voulez-vous que j'y fasse ? il a pris sa décision. Après, il faudrait que nous, dans les huit jours, on décide séance tenante de tout reprendre. C'est ce que nous avons fait d'ailleurs. Mais évidemment, pour cela, il a fallu quand même s'engager par anticipation sur des budgets que l'on n'avait pas. Je le fais remarquer au passage.

Compte tenu de ce contexte, pouvez-vous en dire plus, Madame DANELON ?

**Mme Fanny DANELON** - Il y a plusieurs réseaux qui ont eu ces réponses. Concernant votre cas particulier. Je ne gère pas votre dossier, mais j'ai cru comprendre qu'il y avait un projet de mutualisation avec un autre réseau de votre département. Etant donné qu'un projet est en construction actuellement. On peut imaginer qu'il y ait une réponse intermédiaire pour accompagner cette mutualisation.

Concernant votre question sur l'évaluation, il est prévu dans la Circulaire parue le 2 mars dernier, à laquelle faisait référence M. METAIS, une régionalisation de la procédure d'évaluation avec un guichet unique qui serait ARH – URCAM, un prestataire unique par thématique, un cahier des charges par thématique, qui serait rédigé au niveau la région, mais en y associant l'ensemble des compétences nécessaires à la rédaction de ce cahier des charges, y compris des représentants des réseaux de ces thématiques, une sélection par appel d'offres du prestataire unique qui aurait des compétences à la fois organisationnelle et médicale, et une évaluation transversale de l'ensemble des réseaux de cette même thématique. On va dans ce sens, dans les mois à venir, ce qui est logique et ce qui permet d'effacer cette relation un peu difficile, de cette relation commerciale qu'il y avait jusqu'à aujourd'hui entre évaluateur et évalué.

**M. Jacques METAIS** – Et pour RAVMO, qu'est-ce qu'il en est ?

**Mme Fanny DANELON** - Il y a négociation sur le regroupement du réseau RAVMO et d'un autre réseau tout récent sur un projet commun.

**Dr Mireille BECCHIO** – Ce n'est quand même pas très logique : nous avons présenté une demande...

**Mme Fanny DANELON** - C'est une proposition de votre part. J'étais à une réunion où a été faite la proposition de ce rassemblement avec le réseau REVESDIAB. A partir de là, c'était une opportunité qui nous semblait intéressante.

**Dr Mireille BECCHIO** - Notre réseau s'occupe de l'addiction et l'URCAM nous a demandé de nous rapprocher du réseau diabète pour mettre des moyens en commun. Cela dit, nous étions financés par le FAQSV et nous avons présenté un dossier au niveau de la DRDR qui a été agréé. Au niveau du CRR, on nous a dit que c'était bon, que notre évaluation était correcte. Mais nous sommes toujours en attente de la réponse.

**M. Jacques METAIS** - Vous allez normalement avoir une réponse favorable.

Là, on voit l'intérêt du FIQCS. Il n'était pas très logique d'avoir 2 autorités avec des financements particuliers et différents qui décidaient de part et d'autre des financements de réseaux. Le FAQSV a

pris une décision au 31 décembre 2006 sans se soucier de ce qui allait se passer après. Après, on demande à la DRDR « que faites-vous ? comment se fait-il que... ? » D'accord, mais il faut avoir de l'argent pour cela ! On a décidé en principe que l'on allait reprendre effectivement les réseaux antérieurement financés par le FAQSV pour qu'il y ait une continuité. On le fait par anticipation. Quand on l'a décidé, on n'était pas certain d'avoir l'enveloppe nécessaire pour le faire. Vous allez recevoir une réponse rapidement.

**Mme Valérie CORNU, Réseau EMILE** – J'ai une question sur le FIQCS. On voit en 2007 puisque le FIQCS sera abondé via la DRDR et le FAQSV... je m'interroge sur le fléchage. Quel montant du FIQCS sera attribué à terme pour les réseaux ? On sent qu'il y a un grand flou artistique qui peut nous poser problème dans notre devenir.

**M. Jacques METAIS** – D'abord, c'est le niveau national qui va déterminer le montant du FIQCS qui sera réservé aux expérimentations, donc, avec une décision du Conseil Régional du FIQCS où vous êtes partie prenante, et la partie qui sera réservée à l'ensemble de ce que l'on appelle la coordination des soins, c'est-à-dire réseaux, maisons médicale de garde, permanence des soins, aide à l'installation etc. Une première répartition sera faite au niveau national sur ces deux montants-là. Ensuite, nous aurons à répartir au niveau régional ce qui, à l'intérieur du montant MRS du FIQCS nous allons réserver au réseau, à la PDS ou à d'autres éléments.

Je ne sais pas a priori quels seront les montants. On peut dire, j'ai dit tout à l'heure que le montant de la Dotation des réseaux serait au total d'au moins 31,5 millions. On sait que le budget du FAQSV est d'un peu plus de 7 millions. On voit que le FIQCS au niveau régional serait d'un peu moins de 40 millions d'euros. La question que vous posez n'est pas tranchée.

**Mme Valérie CORNU, Réseau EMILE** – Comment le DMP va-t-il fonctionner ?

**M. Jacques METAIS** - J'indique, on peut faire une divergence ou un aparté sur le DMP. Il est au stade tout à fait expérimental, on mène ensemble des expériences dans la région, et on a obtenu de l'argent directement du DMP, à la suite d'un appel à projets lancé au niveau national par le GIP - DMP. Nous avons obtenu au niveau de l'Ile-de-France 2 millions d'euros, dont 1 million pour l'URML pour la partie expérimentation libérale.

On peut penser que l'on va rester dans cette enveloppe. A priori, je ne vois pas pourquoi il serait nécessaire d'aller prendre de l'argent pour le DMP sur l'enveloppe FIQCS. C'est une position personnelle. Peut-être n'avez-vous pas la même ? Vous nous le direz. Mais enfin, nous avons obtenu des sommes non négligeables pour poursuivre l'expérimentation DMP, indépendamment du fonds FIQCS.

**Dr Frédéric PRUDHOMME** - Pour rebondir sur cette question, notamment sur le fléchage entre le financement de la PDS, des réseaux en Ile de France puisque ce n'est pas forcément marqué dans le FIQCS, comptez-vous intégrer les médecins libéraux dans la réflexion ou comme le permet la Loi, de rester entre l'URCAM et l'ARH pour prendre vos décisions ?

**M. Jacques METAIS** - Ce n'est pas tranché. Je n'en ai pas encore parlé avec le Directeur de l'URCAM, mais je ne vois pas d'inconvénient, et je n'y vois même que des avantages, à ce que l'on ait des réflexions communes là-dessus. Notamment sur ce que l'on finance précisément au titre de la PDS, en fonction de l'intérêt des projets. Les maisons médicales de garde par exemple ont fait l'objet d'une étude nationale plutôt favorable à leur implantation. On sait par contre que leur activité est très inégale, pour des raisons qui ne tiennent pas forcément à ceux qui les animent, mais cela

tient aussi à la population, aux facteurs locaux, aux qualités des installations. Sur ce point, je n'ai pas de position acquise. Ce pourrait être un sujet dont on pourrait parler de manière assez étroite.

**Dr Marc ALAVOINE**, Réseau OCEANE – Je voudrais revenir à la question des réseaux... sur la situation du réseau Océane, je ne voudrais pas trop avancer sur les questions particulières....

**M. Jacques METAIS** – Lui aussi, c'est un réseau FAQSV à l'origine ?

**Dr Marc ALAVOINE**, Réseau OCEANE – Au départ, cela a été un réseau FAQSV et ensuite, une Dotation DRDR, c'est le renouvellement de la dotation DRDR. En tant que Directeur du réseau, je porte la parole des représentants de l'association Océane qui sont assez inquiets de l'état des choses. On est passé en octobre avec avis favorable au CRR, et nous sommes en avril et nous n'avons pas d'engagement, de niveau d'engagement ni de décision conjointe. C'est une situation assez grave. Je vous ai envoyé un courrier, le Président de l'association vous a écrit dans ce sens.

A propos de la contribution solidaire, l'idée est toujours intéressante, je suis pour la solidarité. On s'épaula les uns les autres, on essaie d'avancer. En tout cas, la contribution solidaire va nécessiter pour le réseau Océane par exemple de diminuer une part de ses activités. La réaction des administrateurs du réseau Océane est de dire que l'on a géré au plus près possible des dépenses le réseau, on a essayé d'être respectueux des deniers publics. Si on diminue de 15 % le budget, que fait-on sauter dans les postes du budget ?

Une réflexion au plan régional a-t-elle été engagée dans ce sens puisqu'il semble qu'apparemment, l'on reçoit correctement l'idée de cette contribution solidaire. Parmi les réseaux et selon les thématiques, quelles diminutions de budget ? de quelle façon ? etc. En tout cas, pour les administrateurs du réseau Océane, diminuer le budget de 8 à 15 % va signifier baisser les activités.

**M. Jacques METAIS** – De ce point de vue, je pense que la situation des réseaux n'est pas égale. Il y a des situations qui ne sont pas les mêmes.

Sur Océane et le financement, peut-on dire quelque chose ce matin ?

**M. Gilles ECHARDOUR** – Océane va être financé. .... suscite de notre part beaucoup de travail supplémentaire. D'autant plus que ce n'est pas moi qui m'en charge en tant que tel. Il y a du retard. Pour répondre à votre question sur la mutualisation, il y a des choses qui, pour certaines, vont de soi et d'autres un peu moins. Tous les réseaux ont un coordinateur administratif aujourd'hui. Est-il totalement indispensable que ce soit le cas ? la question est ouverte entre nous. Elle est même ouverte avec certains d'entre vous. Remettre en cause des situations acquises n'est pas forcément simple. En tout cas, faire en sorte que les nouveaux réseaux regardent ce qui existe autour d'eux pour éventuellement mutualiser ces fonctions autour de la coordination administrative, du secrétariat et autres fait partie des choses qui nous paraissent nécessaires pour le futur.

Sur un tout autre registre, beaucoup de réseaux font des formations, y compris à l'attention des médecins. Il semble qu'une partie de ces formations puissent être financées autrement. Je ne dis pas toutes, mais une partie. C'est aussi un sujet sur lequel il est indispensable d'évoluer.

Sur les crédits d'évaluation : pendant très longtemps, la règle du jeu a été de donner à chacun un crédit, le calcul n'était pas très scientifique, pour faire l'évaluation. Aujourd'hui, ces crédits vont certainement être mutualisés. Ce sera vraisemblablement par thème. La plupart du temps. C'est encore une autre source.

Enfin - c'est peut-être moins plaisant -, il y a des moments où il y avait une certaine facilité à obtenir des crédits. Certains réseaux ont eu des financements relativement larges. Il n'y a que moi

qui peut le dire : aucun de ceux qui ont ces crédits aujourd'hui ne considèrent cela comme de la largesse, mais quand on compare deux ou trois réseaux, les montants des crédits sont assez différents parfois. Il est vrai qu'il y a toujours des spécificités. Soit ! Que ces situations acquises à un certain moment ne seront pas toujours renouvelées, à l'identique en tout cas.

C'est un peu tout cela. Ce n'est pas si simple à mettre en place, mais l'idée est quand même de recentrer les réseaux sur les fonctions de coordination qui sont l'un des accords qui ont été plus manifeste chez eux. Voire pour un certain nombre de domaines assez strictement délimités, d'assurer eux-mêmes les prestations quand les réponses n'existaient pas par ailleurs - c'est un peu l'exception – et de mutualiser tout ce qui est, au sens large du mot, la logistique, l'administration. Jusqu'ici, on n'a pas toujours été très drastique sur la question. Ce sera quelque peu réduit dans le futur.

**Dr Michel ROUEFF** – Avant de donner la parole à Jean-Paul HAMON, je ne sais s'il y a des représentants du réseau prévention main dans la salle, mais ils avaient une inquiétude que la mutualisation est et ouest où, en termes de réduction budgétaire, ils semblent arrivés à un niveau de budget DRDR qui ne leur permettrait plus de fonctionner puisqu'il y a une amputation pratiquement de moitié de l'ensemble de leur enveloppe.

**M. Gilles ECHARDOUR** – Je ne vais pas reparler de Prévention main, mais du problème posé par Prévention main.

Pour ceux qui ne savent, Prévention main est un réseau qui cherche, au-delà même des équipes chirurgicales qui s'occupent de ces sujets, de mener et des campagnes de prévention et des campagnes de réhabilitation ou de réinsertion notamment sociale et professionnelle des gens. Il y avait 2 réseaux dans la région, un plutôt à l'est et un plutôt à l'ouest. Les débats autour de ces réseaux étaient les suivants : Ces réseaux ne sont pas dans les priorités régionales lesquelles sont plutôt les soins palliatifs, la cancérologie, le diabète, les maladies chroniques dans un sens extrêmement large. Néanmoins, ces réseaux sont apparus intéressants au FAQSV tout d'abord, puis à la Dotation des réseaux. Dans le fond, comme quoi une affaire n'étant jamais totalement simple ni forcément totalement pertinente, on est d'accord pour maintenir ces réseaux, mais pas par des financements initiaux obtenus, mais par des financements en gros divisés par 2.

Il y avait une hypothèse qui était de dire que l'on arrêterait. Les débats ont été assez chauds chez nous, avec nos partenaires sur le sujet. Ce qui montre que des réseaux qui ne sont pas dans les priorités aujourd'hui ne sont pas éligibles à des financements du même montant que ceux qui y sont. Néanmoins, on a considéré toutefois que le travail réalisé et l'intérêt intrinsèque ne conduisait pas à ne plus les financer du tout. Je reconnais que c'est une cote mal taillée, que cela conduit à des ajustements pas très simples. Si l'on est un peu bêta bloquant, on ne finance plus rien non plus. Je ne dis pas que c'est glorieux de financer la moitié de leur demande, mais c'est un peu cela le choix et la réponse.

**Dr Frédéric PRUDHOMME** - Pour qu'il y ait quand même une certaine visibilité pour des médecins, j'ai bien entendu que les nouveaux réseaux auraient très peu de place sur 2007 et sûrement 2008. Dans le cadre des expérimentations, quand ils sortent des priorités régionales, ont-ils une chance d'aboutir ? C'est la vraie question. Nos confrères qui veulent, sur une thématique particulière, éventuellement s'engager, faire un dossier, passer des heures et des heures à construire un projet, autant leur dire clairement dès maintenant qu'ils ne font pas partie des priorités régionales et qu'ils ne doivent pas perdre leur temps parce qu'il n'y aura pas de financement.

Il faut arriver à des règles du jeu suffisamment claires pour que l'on ne demande pas aux médecins libéraux de s'investir dans des domaines où ils vont forcément à l'échec, peut-être pas sur une année, mais sur les 2 ou 3 ans à venir.

**M. Gilles ECHARDOUR** - Nous avons été assez clair jusqu'ici. On a toujours dit que l'on avait des priorités. Le problème, c'est comme la cinquième enveloppe, c'est la cinquième priorité. Nous avons toujours dit que nous avions des priorités, mais que l'on ne s'interdisait pas de retenir des réseaux en nombre limité, hors priorités, dès lors que leur intérêt spécifique nous paraît important. Le débat, c'est le poids que cette dernière catégorie va représenter. On peut penser qu'au fil du temps, elle sera marginale.

Maintenant, je rappelle que l'un des intérêts le plus important du réseau Prévention main, c'est le travail qu'ils font sur la réhabilitation et le retour précoce au travail par des liens avec les médecins du travail et les milieux professionnels pour que les gens aient des postes adaptés ou un apprentissage futur aménagé et facilité.

C'est complètement un réseau dont on peut discuter pendant des heures. C'est la seule manière que l'on a eu de financer cette action. Je ne peux pas dire que l'on va financer des dizaines de Prévention main dans le futur, parce que ce serait un mensonge. Les règles du jeu depuis 2 ou 3 ans sont constamment renouvelées et rappelées sur le sujet.

**Dr HAMON** - C'est vrai que l'on voit avec inquiétude disparaître le FAQSV qui a été un outil très utilisé par les libéraux, notamment en Ile de France. On avait le sentiment que c'était un fonds à risque où l'on acceptait de financer des expérimentations et après, selon les résultats obtenus, ils avaient le droit d'aller jouer dans la cour des grands. Le FAQSV était le pied à l'étrier de ce qui a fait les réseaux et la force des réseaux en Ile de France. Cela va disparaître. Comme le disait Frédéric Prudhomme, les règles du jeu seront difficiles à lire. D'entrée de jeu, il va falloir dire : on sait que cette expérimentation va être utile, on va la financer. Ou est-ce que c'est dans les priorités et on ne la finance pas. Tout ce qui sera a priori expérimental ne sera pas financé. C'est inquiétant.

Pour ce qui est de la place des libéraux, on vous le redis : on est très inquiet. Ce n'est pas un hasard si aux URML, il y a aujourd'hui autant de monde. Les libéraux sont très inquiets de la place qui se réduit. Vous avez rassuré sur la PDS, mais les textes ne sont pas rassurants. On voit bien que ce sera fonction des hommes qui décideront ou pas de la présence des libéraux. Dans les textes, les libéraux n'ont pas beaucoup de place dans le FIQCS.

J'avais été avec Frédéric Prudhomme à une réunion informelle qui nous paraissait très intéressante. Vous avez parlé des formations qui ne sont pas financées. Mais l'URCAL Ile de France avait réfléchi avec les libéraux à des formations interprofessionnelles interdisciplinaires. Jusqu'ici, cela n'existe nulle part. Ce n'est financé nulle part. Ni à l'OGC ni au FAF. Les formations interdisciplinaires n'existaient pas. C'était un authentique outil qui justement était parfaitement adaptée aux réseaux, qui sont forcément interdisciplinaires, qui regroupent des médecins généralistes, spécialistes, des infirmières, des kinés, des travailleurs sociaux. C'était l'outil utile et parfaitement adapté aux réseaux. Les formations interdisciplinaires étaient une vraie bonne idée. Or, on y est allés deux ou trois fois avec des infirmières, des kinés et puis, cela s'arrête.

Vous avez parlé des formations. Effectivement, il faudrait que les réseaux ne financent pas les formations, mais il leur faudra trouver un moyen pour les financer. Or, les formations OGC sont très précises et cloisonnées. Les formations FAF sont ce qu'elles sont. Pour les autres disciplines que les médecins, c'est galère pour obtenir des formations. Quand on se mêle de faire coïncider les

formations des infirmières avec celles des médecins, alors c'est mission impossible. La formation interdisciplinaire était une vraie bonne idée, et je regrette qu'elle ait été abandonnée alors qu'il y avait eu un début de réflexion à ce sujet.

**Mme ALBY** - En Ile de France, il y a eu un travail de concertation qui a été instauré dans le cadre du comité régional des réseaux. Vous avez souligné le travail plus efficient en Ile de France. Cela a joué pour que les libéraux s'impliquent et se sentent confortés dans leur travail d'évolution. Vous nous avez présenté un système très complexe. Je pense que l'URML - c'est ce qu'on voudrait essayer de faire – veut donner du sens et dire aux collègues comment ils se situent dans un système de plus en plus institutionnel. Vu l'importance des budgets, on peut comprendre que la puissance publique ait voulu récupérer un contrôle plus rigoureux des financements.

Il faudrait imaginer, et votre présence ici est un signe, un système de concertation qui soit peut-être expérimental dans sa conception - vous l'avez proposé - qui nous permette de renvoyer vers les collègues libéraux qui vont trouver ce système.... Déjà, les réseaux qui sont des gens qui passent du temps sur l'organisation et qui sont très pointus sur le système de soin. Alors imaginons les autres ! Et ne pas priver la capacité d'initiative des cabinets libéraux qui sont plus mobiles dans le système de soin que les systèmes plus institutionnels ou des établissements de santé.

Comme on a un nouveau système qui sera peut-être stabilisé entre les 2 tours... imaginer un système de concertation qui nous permette, nous, de tracer des lignes, des directions pour que les collègues ne soient pas désespérés et aient envie de reprendre une capacité d'initiative et leur donner les secteurs où ils peuvent avancer. Qu'il y ait un contrôle financier sur des budgets... j'ai fait l'analyse des budgets qui n'étaient quand même pas négligeables, qu'il y ait des systèmes d'évaluation et de transparence, cela me paraît nécessaire. Nous sommes citoyens, c'est de l'argent et il faut savoir où il va et comment il est utilisé. Par contre, qu'il y ait un système de concertation et d'explicitation me paraît indispensable dans ces périodes de changement. Peut-être que le FAQSV, c'était très bien, mais peut-être que le FIQCS sera encore mieux. Nous ne pouvons pas le savoir tel que c'est présenté. Ce qui est sûr, c'est que nous sommes inquiets d'être dilués dans le système institutionnel pour de bonnes raisons. On a introduit les représentants des usagers partout, ce n'est pas forcément une mauvaise chose, mais cela dilue et permet moins de comprendre comment les choses vont évoluer. On peut faire ce travail avec l'ARH et l'URCAM et il faut une politique de sensibilisation et de communication assez forte avec des gens qui connaissent les lois car vous les avez expliquées clairement. Je suis contente car je n'avais rien compris et je comprends un peu mieux, mais il faut aller au-delà et les rendre plus claires pour nos collègues. D'abord pour répondre à leur désespoir parce que nos collègues des réseaux étaient vraiment désespérés. Là, vous avez des réponses et je pense que vous y travaillez avec acharnement. On peut aussi vous aider à transmettre les règles, dire comment cela va se passer dans les 6 mois, donner une visibilité du système pour que nos collègues aient envie de continuer à travailler, à prendre des initiatives, mais en leur disant que ce n'est pas pour toujours, vous pouvez évoluer vers une institutionnalisation, la fongibilité des enveloppes comme vous l'avez dit, pour qu'ils ne se sentent pas coincés dans un système et pas reconnus dans leur travail.

Comprenez-vous un propos un peu politique qui est très important et votre venue ce matin était pour nous un signe en soi, et vos propos aussi.

**M. Laurent ELGHOZI** – J'ai siégé depuis sa création en tant que membre de l'UML au comité régional des réseaux. On a, ensemble, avec les représentants des institutions, c'est-à-dire de deux instances qui nous accompagnent, l'URML et l'URCAM, construit au cours des ans une vraie

pratique partagée, une vraie culture de réseaux. Je pense que c'est cette culture de réseaux qui a permis d'accompagner les acteurs, les promoteurs, le mouvement des réseaux. La place que les libéraux avaient dans cette instance, le comité régional des réseaux, instance consultative, a permis que les choses se fassent jusqu'à la crise de septembre où les choses ont un peu explosé du fait du prince, c'est-à-dire du ministre, du fait de la non préparation de la décision du ministre.

Pour aller plus loin, mais dans la même logique que ce que propose Mme ALBY, on pourrait imaginer que l'on continue à accompagner le mouvement des réseaux et la mise en place du FIQCS en gardant une instance consultative de concertation non délibérative, qui ne prenne pas de décision, mais qui soit consultative dans la prolongation et l'esprit du comité régional des réseaux, qui permette de servir d'interface entre le FIQCS et les instances décisionnelles du FIQCS et les acteurs des réseaux et qui permette de continuer à promouvoir et à cultiver cette culture commune, et ces pratiques communes. Ce temps de travail et de rencontre en commun nous a permis de nous connaître, de nous reconnaître, d'accepter les différences et de construire ensemble au cours de ces six dernières années. Nous en avons eu besoin, cela a eu une vraie fonction de médiation. Ce serait pas mal que de façon expérimentale, en Ile de France, vous décidiez de réfléchir à comment poursuivre la logique et l'esprit des années précédentes en se dotant d'une instance de concertation dans laquelle les libéraux auraient pleinement leur place.

**M. PRUDHOMME** - Dernier point : malheureusement, certains réseaux ferment pour des raisons diverses. Nous souhaiterions, pour tous les médecins libéraux et pour tous ceux qui se sont engagés dans ces réseaux que ces fermetures se passent dans les meilleures conditions possible pour qu'il n'y ait pas d'amertume, et que la fermeture de ces réseaux puisse se concevoir sur le plan thématique administratif, mais que cela n'entraîne pas pour les médecins libéraux qui se sont engagés pendant des années, des conséquences importantes. Nous souhaiterions que cela se passe dans les meilleures conditions possibles.

**M. METAIS** - Sur ce point, vous faites référence à un réseau –je pense. Effectivement, nous avons pris une décision d'arrêt. C'est une décision grave. Je partage votre point de vue. Il faut tout faire pour que dans ce cas-là, qui doit rester exceptionnel, tout soit fait pour que ceux qui ont été concernés directement en sortent avec dignité. Je partage votre point de vue. Cela étant, c'est une décision exceptionnelle qui doit être prise pour des motifs sérieux et avérés, même si l'on peut toujours contester ce qui, à un moment donné, fait l'objet d'une évaluation.

Je retiens les réflexions qui viennent d'être faites. En gros, ce que vous souhaitez et ce qui vous inquiète, c'est votre place dans le dispositif du nouveau FIQCS. Je n'en ai pas parlé avec M. Chérasse, mais je vais le faire quand les textes seront sûrs. Pour l'instant, nous avons vu des projets. Quand je parlais d'aménagement de ces textes ou de concertation, c'est vrai qu'ils favorisent, on voit qu'il y a une volonté politique de favoriser la place des anciens administrateurs de l'URCAM qui ont une place qui semble importante par rapport à vous par exemple. Il y a du y avoir des transactions au niveau national qui expliquent ces textes d'application. Ce que vous souhaiteriez, c'est que même si ce n'est pas prévu forcément par un texte, qu'il soit prévu une structure de concertation particulière, ad hoc, qui vous permette d'avoir un regard privilégié sur ce qui se fait. On en reparlera. Au regard des textes qui vont paraître, nous avons la possibilité de le faire.

**M. ROUEFF**. - Nous vous remercions de nous avoir tenu ce discours franc et ouvert. Vous avez apporté un certain nombre de réponses aux questions des gens présents dans la salle. Nous continuerons à discuter avec vous. Merci.



*La séance est levée à 8 heures 40.*