

***Bilan de l'activité du  
FIQCS en 2010 et  
perspectives d'évolution***

**Éliane Conseil**  
Santé Social

[www.elianeconseil.com](http://www.elianeconseil.com)

## Le contexte du rapport

*Le rapport d'activité du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) pour l'année 2010 a été rendu public fin 2011. Le FIQCS, créé en 2007, a pour objet l'amélioration de l'efficacité de la coordination des soins et le décloisonnement du système de santé. L'année 2010 a vu la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), issues de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) et ayant pour but de décloisonner et territorialiser les politiques de santé afin de mieux adapter les réponses aux spécificités et besoins locaux et d'améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins. L'ensemble des décisions concernant le FIQCS passe donc aux mains des directeurs de ces agences. Le FIQCS reçoit aussi de nouvelles missions, parmi lesquels le versement des contreparties financières accordées dans le cadre des contrats pluriannuels passés entre ARS et établissements de santé.*

*Ce rapport est fondé sur les données déclaratives des ARS et les données budgétaires issues de la Direction Financière et Comptable de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Il apporte d'abord les éléments d'analyse de l'activité générale du FIQCS avant de détailler chacune des thématiques financées par le fonds.*

## En synthèse

◆ **2010 est une année de transition en ce qui concerne la gestion du fonds**

### La mise en place des ARS impacte les modalités de fonctionnement du FIQCS

La mise en place des ARS affecte le FIQCS car elle signifie la disparition des Missions régionales de santé (MRS) et des Unions régionales des Caisses d'Assurance Maladie, dont les compétences, missions et moyens sont transférés aux ARS. Les conseils régionaux de qualité et de coordination des soins, ainsi que la part régionale affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville disparaissent également. Ces réorganisations ont eu des impacts variables sur l'exhaustivité et la qualité des réponses reçues pour élaborer le rapport d'activité du FIQCS, avec une importante dégradation de la transmission des informations pour certaines régions. Ce constat conforte l'objectif d'optimisation de la qualité de ces données, qui revêtent une certaine importance à terme dans la promotion de critères d'allocation budgétaire fondée sur l'efficacité des actions et l'implication des régions.

**Le plafond de dépenses de 2010 atteint 73 millions d'euros pour l'enveloppe nationale et 217 millions pour l'enveloppe régionale.** 75% des dépenses sont donc consacrées au niveau régional, contre 89% en 2009.

L'enveloppe est répartie entre les régions selon deux modalités : 1,5 million d'euros est attribué à chacune des 26 régions, puis un complément leur est alloué sur un critère populationnel pondéré pour tenir compte du poids de la population résidant en zone fragile. Au total, **213,5 millions d'euros ont été attribués aux régions.** En février, ces crédits avaient été versés aux MRS, avant d'être transférés aux ARS pour financer l'ensemble des actions relevant du champ du FIQCS.

### Les décisions des instances nationales reflètent les nouvelles orientations de la politique de santé

Elles privilégient la mise en œuvre des plans stratégiques de santé publique, qui concentrent l'essentiel des financements : échanges d'information et maisons de santé, dans une moindre mesure les aides à l'amélioration des pratiques.

Ainsi, le comité national de gestion a pris quatre décisions de financement :

- **Le Dossier Médical Personnalisé (DMP) est doté à hauteur de 60 millions d'euros, dont 43,9 millions ont été consommés,** contre 23,6 millions en 2009 ;
- Une dotation complémentaire est attribuée aux régions pour le **financement des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).** Ce financement national des MSP se stabilise en 2010 ;
- Les **contrats d'engagement de service public (CESP) sont financés pour 0,7 millions d'euros ;**
- L'élaboration d'un **modèle d'évaluation médico-économique** des réseaux est également financée.

D'autre part, 6 projets ont été financés en 2010 pour 1,3 million d'euros : trois sont encore en cours de financement et touchent au suivi des diabétiques en difficulté (programme SUDD), à la coopération entre médecins généralistes et infirmières libérales (ASALEE 3) et à l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de bilan orthophonique. Trois autres sont clôturés : il s'agissait de coopération entre médecins généralistes et infirmières salariées (ASALEE 2), d'aide à la décision sur site en masso-kinésithérapie et d'aide au diagnostic médical partagé en pédiatrie.

#### ◆ **Le FIQCS est mis sous une tension croissante par le coût des projets préexistants**

##### **Le nombre de projets nouveaux financés par le FIQCS régional a baissé**

En 2010, **733 dossiers ont été étudiés, dont 695 ont reçu un avis favorable** : cela représente une **baisse de 15% des dossiers examinés**. Seul le nombre de demandes portant sur la permanence des soins et les aides à l'installation se maintient. Le **nombre de renouvellements de projets passe de 60 à 78%**, portant au total sur 550 des dossiers étudiés. Le principal motif de refus tient à l'absence de maturité du projet, pour 37% des dossiers. Le FIQCS se félicite de ce que seulement 2,6% des projets sont refusés pour inadéquation avec les priorités ou les besoins de santé ou pour non respect des référentiels. Au total, **le FIQCS régional a financé 1330 projets**, contre 1326 en 2009, dont 597 au titre d'un financement demandé antérieurement. Le financement de projets nouveaux connaît donc une stabilisation au profit du renouvellement de financement de projets en cours de réalisation.

##### **Le taux de consommation régionale des dotations progresse, tiré par les coûts des projets déjà financés**

**Ce taux passe en effet de 92 à 97% de la dotation**, avec des disparités selon les régions. Pour 24 régions sur 26, ce taux est supérieur à 90%, voire 95% pour 15 d'entre elles. Si on se penche sur les dépenses thématiques, on constate qu'elles sont corrélées aux priorisations historiques opérées par les régions. **Les réseaux de santé représentent ainsi 84% des dépenses régionales du FIQCS et la permanence des soins 7,5%**. Au sein de celle-ci, le financement des maisons médicales de garde (MMG) progresse mais celui de la régulation libérale baisse. Le poids des autres dépenses baisse de 12 à 8,5% du total, ce qui signifie que **les marges de manœuvres des autorités pour financer d'autres dispositifs (en particulier les projets nouveaux issus des priorités politiques nationales) ont diminué**.

Cette tension sur la consommation de l'enveloppe est accrue par le décalage entre le plafond de dépenses défini pour le FIQCS, et les recettes effectives qui alimentent le fonds : pour un plafond fixé à 590 millions d'euros en 2010, les recettes n'ont été que de 228 M€, soit un déficit de plus de 26 millions d'euros en fin d'exercice et l'obligation, pour les régions mais également au niveau national, de diminuer les financements en cours d'année et de restreindre les dépenses au maximum.

Ainsi, au niveau du FIQCS régional, 206,1 millions d'euros ont été consommés, soit **un taux de consommation de 95% du plafond de dépenses mais une hausse des dépenses de seulement 1% par rapport à 2009**.

#### ◆ **Les régions réalisent des arbitrages dans les financements, d'où une évolution de la structure des projets financés et de l'activité des dispositifs existants**

##### **Une modification sensible de la structure des projets financés, avec des écarts selon les régions**

L'affectation des financements selon la nature des projets demeure relativement stable, avec une **prédominance des financements accordés aux réseaux de santé (qui représentent 54,9% des projets et 80% des financements)** et à la permanence des soins (PDS). Le rapport d'activité souligne d'ailleurs que **la ligne budgétaire dédiée aux MSP a favorisé leur développement, qui reste modeste** : le rapport relève une hausse de 6% du financement de la permanence des soins (notamment les projets de maisons médicales de garde, qui sont financées dans toutes les régions sauf la Martinique et représentent 49% du budget de la PDS, ainsi que les projets de régulation libérale et de réseaux de garde en kinésithérapie respiratoire) et de 5% pour les exercices regroupés (maisons de santé). En revanche il constate une **baisse de 29% des projets d'amélioration des pratiques**.

Si l'on s'attache à la répartition des financements par thématique, on constate que **7 régions accordent plus de 90% de leur dotation aux réseaux**. On note sur ce point une baisse sensible pour l'Alsace en raison du financement d'importants projets d'amélioration des pratiques et en Ile-de-France, pour laquelle le montant dévolu aux réseaux reste le plus élevé du pays en raison des coûts des activités de cancérologie et de soins palliatifs. Les Pays de la Loire, le Languedoc-Roussillon et le Limousin maintiennent une répartition plus diversifiée. Ainsi, le Languedoc-Roussillon consacre 26,9% de ses financements à la permanence des soins, tandis que le Limousin consacre 24,5% de sa dotation à l'amélioration des pratiques, alors que la moyenne nationale sur ce point est de 3,5%.

## Une part prépondérante des dépenses du FIQCS est accordée aux réseaux, alors que l'évaluation de la pertinence de ces dispositifs reste délicate

En 2010, **730 réseaux de santé ont bénéficié d'un accord de financement** au titre du FIQCS. Les 164,4 millions d'euros versés par les ARS concernent essentiellement des réseaux existants ou en cours de mise en place, seuls 1% de ces financements sont versés pour des projets nouveaux.

**Plus de la moitié de ces réseaux se répartissent sur huit régions et 25% sur les seules Ile-de-France, PACA et Rhône-Alpes.** 60% des médecins libéraux adhérant à un réseau se trouvent dans ces huit régions et 7 d'entre elles sont celles pour lequel le nombre de libéraux adhérents à un réseau est le plus important. Ces réseaux se répartissent entre 22 grands thèmes dont **les 8 premiers thèmes (gériatrie, soins palliatifs, oncologie, diabétologie, périnatalité, prise en charge des adolescents, addictologie et handicap) représentent les 3/4 des projets et des montants versés** au titre du FIQCS. Le rapport note au total que 70% des réseaux sont financés à plus de 85% par le FIQCS, ce qui donne un financement de 87% en moyenne. Les réseaux dont les coûts ont le plus augmenté et sont les plus élevés sont les réseaux de proximité.

**L'analyse des indicateurs d'activités, de qualité et de coût porte sur 646 des 730 réseaux. Elle s'avère difficile :** ainsi, le parcours personnalisé de soins (PPS) est un outil central pour l'évaluation, qui combine un certain nombre de variables. Cet outil de traçabilité du parcours et de la coordination des soins pour un même patient permet d'identifier un socle comparable de patients pris en charge et de professionnels participant au réseau. Or, **les taux de réponse sont hétérogènes d'une variable à l'autre et les taux globaux sont en baisse.** Ainsi, le nombre moyen de médecins libéraux varie énormément en fonction de la thématique du réseau, de même que le nombre d'établissements intervenant dans au moins un PPS : la thématique qui en compte le nombre le plus élevé est celle des maladies rares. En revanche, les effectifs salariés par les réseaux sont relativement homogènes d'un thème à l'autre, la taille de l'équipe n'étant pas directement liée au nombre de patients pris en charge.

L'ensemble de ces critères composent l'Indice synthétique de qualité (ISQ) des réseaux, dont la valeur est comprise entre 0 et 10. En 2010, **16% des réseaux ont un ISQ de 9 ou 10, et au total 58% ont un ISQ supérieur à 5. Bien que 42% des réseaux affichent un score inférieur à la moyenne, la proportion d'indicateurs élevés a légèrement augmenté** (on les retrouve pour les réseaux qui traitent des pathologies respiratoires et de la nutrition-obésité, tandis que les ISQ les plus faibles se retrouvent dans les réseaux de prise en charge des adolescents et l'addictologie). La hausse globale de l'ISQ par rapport à 2009 semble en grande partie due à l'augmentation des taux de réponse positive sur la permanence téléphonique et le système de recensement d'analyse et de suivi des événements indésirables. Le reste des indicateurs est stable.

Enfin, le rapport se penche sur les actions d'évaluation des réseaux. Au niveau régional, **45 évaluations externes ont été effectuées en 2010, ce qui représente une baisse importante**, pour un coût moyen de projet de 18 175 euros, avec une grande disparité de coûts par région. La moitié des réseaux ont satisfait entièrement ou en grande partie aux exigences de l'évaluation externe. Toutefois, la part de réseaux non répondants sur ce critère est importante. 365 réseaux déclarent avoir fait l'objet d'une auto-évaluation, sans préciser la nature ou les résultats. 6 audits régionaux ont eu lieu en 2010, 3 étant programmés et réalisés par les ARS et 2 autres réalisés par un prestataire externe après une alerte : ils ont débouché sur l'arrêt du financement ou sa poursuite sous conditions.

Pour mieux encadrer les évaluations nationales, **une méthodologie et des outils ont été testés** dans six régions sur les trois principales thématiques, **selon un modèle « cas/témoins » qui sera déployé dans trois régions tests avant d'être étendu en 2012.**

## La tension sur l'enveloppe du FIQCS a entraîné des évolutions dans l'activité des réseaux

Ainsi, concernant les **dérogations tarifaires, le montant versé au titre du FIQCS a baissé de 25% par rapport à l'année passée :** il atteint 12,7 millions d'euros. Le nombre de réseaux ont bénéficié du financement de dérogations tarifaires continue de diminuer légèrement (413 réseaux en 2010). Le poids du financement des temps de coordination auprès des professionnels libéraux diminue, tandis que la part consacrée à la prise en charge psychologique des patients augmente.

Parallèlement, **le nombre de mutualisation de moyens a progressé de 153%.** L'essentiel de ces mutualisations concerne les locaux, les moyens humains et les moyens matériels. **Les thématiques qui mutualisent le plus sont la gériatrie, les soins palliatifs et la diabétologie : 45% des réseaux sont concernés dans 21 régions.**

## Le nombre des projets d'amélioration des pratiques est en forte baisse

Il s'agit de projets de nature diverse visant à promouvoir des dispositifs innovants pour améliorer la qualité des pratiques et des soins aux patients. **74 projets contre 104 en 2009 ont été financés en 2010.** Ce

nombre représente **moins de 6% des projets financés par le FIQCS**. Le montant total accordé s'élève à 19,6 millions d'euros, soit une hausse de 14%, mais seuls 5,9 millions ont été versés, soit 3% des montants versés par le FIQCS régional. **En revanche, le montant moyen par projet a fortement augmenté** : de 165 000 à 265 000 euros, ainsi que la part de financement du FIQCS dans ces projets : de 83 à 92%. 40% des projets de cette thématique sont concentrés sur 4 régions tandis que 4 autres n'en ont pas du tout.

Les thèmes prépondérants portent sur les **groupes qualité, les formations et les études**. Ils impliquent 15 000 professionnels. Ce nombre a diminué depuis 2009 mais cela s'explique par la baisse du nombre de projets. La majorité des professionnels concernés par ces projets sont des généralistes.

**La seule thématique pour laquelle le nombre de projets et les dépenses progressent concerne les « groupes qualité »**. Cette démarche, lancée en 2001 en Bretagne, a pour objectif de permettre aux médecins libéraux d'adapter leur exercice professionnel en développant des organisations de travail plus collectives pour :

- Garantir à la population et aux pouvoirs publics des soins de qualité tout en optimisant les dépenses de santé ;
- Développer des programmes de santé publique ;
- Maintenir une offre de soins de premier recours répartie sur le territoire.

Un cahier des charges commun définit leurs principes de fonctionnement. Depuis 2007, la démarche a été étendue à de nouvelles régions sur la base du cahier des charges et d'outils de suivi élaborés en collaboration avec la CNAMTS. Les dépenses sont des dépenses de fonctionnement, liées pour 70% à l'indemnisation des médecins participants.

**Une nouvelle rubrique est créée en 2010 pour mieux appréhender les projets visant à améliorer la qualité de prise en charge des patients : elle regroupe les actions de prévention, de promotion de la santé et de sensibilisation des patients**. 1,3 million d'euros a été versé en 2010 pour cette rubrique. Les thématiques concernées amènent à s'interroger sur le maintien d'un financement par le FIQCS au regard des orientations du fonds. **Le rapport suggère de mobiliser d'autres fonds axés sur la prévention**.

#### **Le financement d'autres priorités politiques de santé reste minime**

En ce qui concerne les **Maisons de Santé pluridisciplinaires, 0,9% des montants** leur sont accordés, comme l'année précédente. 6 régions y consacrent plus de 2% de leur financement, dont 3 plus de 5%. Le FIQCS finance 142 projets, dont 50% dans 4 régions. Ce nombre augmente malgré la baisse du nombre de projets de MSP en cours d'installation. 19 régions ont bénéficié de l'enveloppe complémentaire allouée au niveau national contre 16 en 2009. **L'impulsion donnée à la création de MSP dans le cadre du FIQCS depuis 3 ans a produit ses effets : le nombre de projets financés a doublé entre 2008 et 2010**. Cela s'inscrit dans une dynamique d'optimisation de la coordination des soins de premier recours. Dans le détail, les dépenses d'investissement représentent 40% des dépenses accordées et les dépenses de personnel 25%. **48% des projets sont des études de faisabilité**, dont le coût est égal à 30% des montants versés. Un peu moins de la moitié des MSP installées ou en cours sont situées dans les zones identifiées comme en ayant besoin, avec une amplitude horaire de 10 heures. Une seule fonctionne en maison médicale de garde contre 3 l'an passé.

En ce qui concerne les autres projets financés, il s'agit essentiellement de :

- projets d'éducation thérapeutique des patients (ETP), les financements privilégiant l'approche en ateliers collectifs animés par un groupe professionnels pluridisciplinaire. Le nombre de projets financés avait fortement augmenté en 2009 mais baisse en 2010 à 17 projets répartis dans 10 régions ;
- le dépistage de la rétinopathie diabétique, qui recouvre 12 actions, dont 9 dans le Nord Pas De Calais ;
- des projets de travail coordonné entre différents professionnels de santé regroupés sous la rubrique « Autres nouveaux modes de coopération et autres projets » ainsi que 5 projets de télémédecine pour pallier un déficit de spécialistes ;
- d'aides à l'installation (8 régions financent des bourses, des stages en zones déficitaires...).

## Les enjeux et problématiques

### ◆ Une partie de la dotation du FIQCS va être fondue dans l'enveloppe du Fonds d'Intervention Régional (FIR)

La création de ce nouveau fonds est annoncée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012. Sa création s'inscrit dans la lignée de celle des ARS, qui avait pour but de rassembler plusieurs structures du champ sanitaire et médico-social en un seul organisme. **Le FIR va ainsi regrouper plusieurs des fonds intervenant dans le secteur sanitaire et hospitalier.** Il sera constitué d'une partie de la dotation du FIQCS, des crédits régionaux de la PDS, des fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés et des crédits de prévention relevant des ARS. Au total, **le FIR devrait représenter près d'1,5 milliard d'euros et entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2012.** La gestion financière et comptable sera assurée par la CNAMTS tandis que les financements seront décidés par les directeurs des ARS et donneront lieu à des contrats avec les bénéficiaires. Chaque action financée devra faire l'objet d'une évaluation pour établir son résultat, et le directeur de l'ARS devra établir des rapports concernant les opérations du FIR. Cependant, le FIQCS ne cesse pas d'exister, mais son périmètre est restreint à des décisions d'ordre national. Si ce regroupement dans un seul fonds devrait permettre **d'éviter les chevauchements de financement et favoriser une meilleure coordination**, elle crée des interrogations sur la capacité de cette future enveloppe à permettre, à financement constant et contraint, de mieux lutter contre les déserts médicaux, de favoriser les coopérations entre la ville et l'hôpital, de revitaliser les réseaux et de santé et d'amorcer la restructuration de l'offre de soins à travers une approche transversale des politiques de santé.

Cette interrogation est d'autant plus forte que les dispositifs aujourd'hui financés par le FIQCS sont inégalement répartis sur le territoire (le rééquilibrage de l'offre entre les régions ne semblant pas réalisable financièrement à isopérimètre), et que le financement de projets anciens est remis en cause par les évolutions des stratégies nationales de santé publique (évolution du positionnement des réseaux de santé dans le système, développement des maisons de santé pluridisciplinaires...).

### ◆ Les dispositifs financés sont inégalement répartis sur le territoire

Ainsi, les 3 régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes rassemblent plus de 25% des réseaux financés par le FIQCS. Le rapport note que **la présence des réseaux n'est pas forcément proportionnelle à l'importance de la population concernée**, en particulier pour les réseaux de gérontologie et de périnatalité. Il souligne également que **certaines régions sont privées de réseaux portant sur des thèmes particuliers.** Ainsi, 6 régions ne disposent pas d'un réseau de soins palliatifs, 7 n'ont pas de réseau d'addictologie, 8 ne présentent pas de réseau de prise en charge des adolescents et 10 n'ont pas de réseau spécialisé dans la prise en charge du handicap.

**Cette inégale répartition des dispositifs financés par le FIQCS ne concerne pas que les réseaux :** on constate également que **les projets d'aides à l'installation sont concentrés dans huit régions** et qu'il n'en existe aucun dans le centre de la France, pourtant touché par la désertification médicale. De la même manière, les projets d'exercice regroupés se situent en grande majorité au nord de la Loire : 31% des MSP en fonctionnement ou en cours d'installation se trouvent ainsi dans la seule région Bourgogne.

Ces différences de répartition créent des **inégalités d'accès aux soins qui pourraient devenir rapidement problématiques**, en particulier pour les collectivités d'outre-mer qui sont celles qui présentent le moins de projets financés par le FIQCS, et pour la mise en œuvre des stratégies de santé publique annoncées au niveau national (développement de l'accès aux soins palliatifs, de la prévention auprès des adolescents, de la réponse aux besoins de santé des personnes en situation de handicap...).

### ◆ Le paysage des réseaux thématiques évolue face aux nouvelles orientations politiques

**L'évolution de la réglementation et des plans stratégiques nationaux obligent certains réseaux thématiques, parfois très anciens (les premiers réseaux sont apparus avec le dispositif Soubie dès la fin des années 90), à faire évoluer leur positionnement.**

Ainsi, les réseaux de gérontologie sont confrontés au développement des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), qui sont pensées comme des guichets uniques d'information, d'orientation et de coordination des prises en charge des publics âgés dépendants psychiques.

La généralisation de ces maisons a commencé en 2011 avec 40 projets. Ce processus va se poursuivre en 2012 avec l'installation de 100 nouvelles MAIA, qui sera financée en grande partie par la CNSA mais qui recevra également une enveloppe du FIQCS dont le montant correspondra au financement de 12 dispositifs MAIA en année pleine. Or, cette charge nouvelle sera difficile à absorber pour une enveloppe FIQCS déjà sous tension, et pose la question de **l'articulation des MAIA avec les réseaux de gérontologie déjà financés**. La solution la plus évidente consiste, pour les réseaux concernés, à porter eux-mêmes un projet de MAIA sur la base de l'expertise qu'ils ont développée, mais tous n'en auront pas les capacités ou l'opportunité.

De même, en ce qui concerne les **réseaux sur le thème des addictions**, la circulaire du 16 mai 2007 sur l'organisation des soins en addictologie, a introduit un nouveau cahier des charges pour ces réseaux. **Les conséquences de cette circulaire pour les réseaux concernés se sont fait sentir progressivement et particulièrement depuis 2009**, avec une accélération des restructurations de réseaux face à une enveloppe FIQCS sous tension croissante :

- un nombre croissant de ces réseaux a cessé tout suivi direct de patients ;
- les réseaux historiquement positionnés exclusivement sur l'alcoolologie ou sur le suivi des toxicomanes ont dû élargir leur thématique et leur réseau de partenaires ;
- les rapprochements et mutualisations de moyens entre réseaux locaux d'addictologie et/ou avec d'autres réseaux thématiques ont été accélérés à la demande des financeurs.

Au total, en 3 ans (entre 2007 et 2010) le nombre de réseaux financés sur cette thématique est passé d'une cinquantaine à 42 soit une diminution de 16%, alors que dans le même temps le plan national de prévention des addictions 2007-2011 préconisait de créer un réseau en addictologie par bassin de 200 000 habitants.

#### ◆ **Le développement des Maisons et Pôles de Santé pluridisciplinaires s'inscrit dans un contexte financier contraint**

Le développement des Maisons et Pôles de Santé pluridisciplinaires, perçus comme une solution au problème de la désertification médicale, a été et continue d'être vivement encouragé, au point que le nombre de projets appartenant à cette catégorie financés par le FIQCS augmente régulièrement. Il s'élevait à 27 lors de la création du FIQCS en 2007, était passé à 124 en 2010 et a de nouveau augmenté en 2011 avec un total de 142 projets d'exercices regroupés financés par le fonds. Cet encouragement a donc porté ses fruits et **ces structures se multiplient rapidement sur tout le territoire, mais l'enveloppe réservée à leur financement ne suit pas et diminue d'année en année**. En effet, le montant total de la convention, qui s'élève à 5,8 millions d'euros au total, dont 3,6 millions versés au niveau régional, a baissé en 2011 de 4,5% par rapport à l'année précédente. Or, sur le terrain, on constate que **sauf exception, la viabilité des MSP dépend de l'attribution de crédits publics** : le FIQCS peut ainsi être sollicité pour financer des dépenses nombreuses, telles que l'aide à la conception de projets, la participation aux équipements, les dépenses de fonctionnement, l'évaluation du dispositif ou la délégation des tâches.

Cela pose la question de la soutenabilité de cette dépense sur le long terme, les enveloppes étant déjà surconsommées pour financer les projets existants : il faudra par conséquent **trouver des crédits supplémentaires** pour les nouveaux projets, **l'objectif annoncé par le gouvernement étant de financer 250 maisons de santé sur la période 2010-2013**. Des voix s'élèvent par exemple du côté de la CNAMTS pour suggérer que le FIQCS ne soit plus en charge que des dépenses de fonctionnement, les dépenses d'investissement relevant plutôt des collectivités territoriales et des fonds d'aménagement du territoire.