



Synthèse de la FENOR réunie en assemblée générale du 21 avril 2016, concernant le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri- professionnelles de proximité.

Dès 2007, l'URML qui a été à l'initiative de la politique régionale de réorganisation de l'offre de soins de premier recours de Basse-Normandie formalisée en juin 2008 par la signature de la charte partenariale, faisait la promotion, auprès des instances régionales et nationales concernées, d'un financement spécifique pour les structures de regroupement pluridisciplinaire avec un projet de santé validé.

Elle a donc activement soutenu l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération qui répondait au « forfait structure » attendu par les équipes pluridisciplinaires avec des engagements acceptables et réalisables. Les ENMR ont permis initialement à cinq PSLA de Basse-Normandie de commencer à mettre en œuvre leur projet de santé de territoire.

Sur le territoire national l'expérimentation a débuté timidement en 2009 puis relancée avec succès sur 300 sites en 2 vagues, 2010 et 2014. La traduction de cette expérimentation n'a pu se concrétiser au cours des négociations dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel sur les soins de proximité et le règlement arbitral est entré en vigueur le 28 février 2015.

Au cours de son assemblée générale du 21 avril 2016, la FENOR a exposé de manière exhaustive le règlement arbitral Nouveaux Modes de Rémunération (RA) avant de débattre et de colliger les avis de ses membres et les retours d'expérience des dix sites signataires du RA en Normandie Occidentale.

Ainsi la FENOR fait les constats suivants :

1/ Contexte régional, impact de la mise en place du RA :

Depuis la mise en place du RA, nous constatons une grande inquiétude parmi les professionnels de santé en réflexion pour élaborer un PSLA dans tous les territoires de la région. Les professionnels de santé dénoncent les contraintes administratives du RA, l'emprise et le risque d'assujettissement des structures pluri disciplinaires à l'ARS et à la CNAMTS leur faisant perdre à terme leur statut libéral. Le RA génère de la confusion avec les aides à l'ingénierie de projet santé / projet professionnel et à l'investissement immobilier mobilisables dans le cadre de la politique partenariale. Nous avons même noté le retrait de certaines équipes des projets de regroupement dans des territoires pourtant très fragiles alors que la réflexion était amorcée depuis plusieurs mois (exemple de Flers).

2/Concernant le calcul de la rémunération :

La FENOR regrette que le calcul de la patientèle ne se fasse qu'à partir de celle des médecins traitants et ne tienne pas compte des professionnels paramédicaux et médecins spécialistes.

3/ Concernant la coordination qui fait partie des items prérequis dans l'axe « accès aux soins » :

Les professionnels de santé s'interrogent sur l'interprétation qui sera faite de la fonction de coordination décrite dans le RA. Si les professionnels de santé présents s'accordent pour dire que cette fonction est indispensable pour animer une véritable coordination de territoire, ils indiquent par contre que le financement mobilisable par le RA est clairement insuffisant pour embaucher un coordinateur (cf. annexe 3 charte d'engagement et repris dans le contrat d'engagement tripartite). La question d'un coordinateur mutualisé sur plusieurs PSLA est posée.

4/ Concernant l'item « consultations de spécialistes de second recours » dans l'axe « accès aux soins » :

La FENOR attire aussi l'attention sur des dispositions inadaptées pour les consultations avancées de second recours selon les territoires et donc pénalisantes sur le plan financier. Exemple en milieu urbain : faire des consultations de second recours n'a pas d'intérêt car toutes les spécialités existent souvent à proximité. A l'opposé en milieu rural : la file active ne permet pas, le plus souvent, d'occuper régulièrement les praticiens un jour par semaine, on est plutôt sur la base d'une vacation par mois. De ce point de vue et pour exemple, un PSLA nous informe d'un poids financier supplémentaire pour les praticiens de second secours qui serait prêt à venir travailler dans le PSLA (achat en double du matériel et imposition supplémentaire par l'assujettissement à la contribution foncière des entreprises (CFE)). Qu'en serait-il pour un praticien qui ferait une vacation sur plusieurs territoires, sur 5 territoires devrait-il alors s'acquitter de 5 CFE ?

Un autre point soulevé par les participants : le versement du solde de l'année en référence en mars de l'année suivante engendre des difficultés de trésorerie sur la fin de l'année N et le début de l'année N+1 et avec un rééquilibre des bilans sur 2 exercices alors que la fiscalité des SISA oblige à une clôture des comptes au 31 décembre de l'année en cours.

5/ Concernant les protocoles pluri-professionnels dans l'axe « travail équipe/coordination » :

Les équipes engagées notent que seuls les protocoles pluri-professionnels pour les patients concernés par certaines pathologies citées à l'article 3.2 sont valorisés financièrement ; or des équipes ont développé lors de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des protocoles, pour certains validés par l'HAS et qui ne peuvent plus être valorisés dans le cadre du RA.

De même l'item « concertation pluri professionnelle », toujours dans les pré requis de l'axe « travail en équipe/coordination », est déconnecté de la réalité de l'organisation du travail et du besoin des équipes qui staffent les patients ou organisent des réunions pluridisciplinaires en fonction de la complexité des cas et du projet de santé élaboré par l'équipe pluridisciplinaire et indique que la quantification en pourcentage n'est pas adaptée.

6/ Concernant la transmission des données décrite dans l'axe « travail en équipe/coordination » :

Le RA fait état de la mise à disposition des documents médicaux aux services de l'Assurance Maladie qui en ferait la demande (contrôle médical). Ce point s'oppose frontalement aux conceptions des professionnels de santé en matière de secret médical. La FENOR rappelle la nécessité du consentement du patient au partage d'information le concernant.

7/ Concernant les systèmes d'information :

Des équipes utilisent des systèmes non validés ASIP mais utilisent la messagerie sécurisée et certains le DMP en pluri-professionnel avec toutes les fonctionnalités attendues. Ainsi ces équipes qui ont fait un énorme travail de réorganisation seront pénalisées dès 2017 puisque ce critère est un pré-requis pour déclencher la rémunération alors qu'elles sont parfaitement opérationnelles.

De plus, elles soulignent parfois l'impossibilité dans leur territoire d'avoir des échanges informatisés avec le secteur hospitalier et ou médico-social qui ne sont pas équipés en SI performants ; ce qui les pénalisent aussi pour une part de la rémunération optionnelle dans l'axe travail en équipe/coordination.

En conclusion, la FENOR, très engagée dans le développement et l'accompagnement des équipes pluri-professionnelles des soins de proximité fait le constat des freins, des difficultés techniques et déontologiques pour mettre en œuvre les financements dans le cadre du RA. Certaines dispositions ne répondent pas aux attentes des équipes pluri-professionnelles et aux réalités des exercices professionnels voire même sont contre-productives pour certaines.

La FENOR souhaite faire remonter ces points issus de l'expérience des équipes engagées pour faire évoluer favorablement le RA dans le cadre des futures négociations conventionnelles.