



## Newsletter d'octobre 2016

### Rapport d'activité annuel

Comme chaque année, le SYFMER a tenu son assemblée générale annuelle dans l'enceinte du congrès de la SOFMER, cette fois à Saint-Etienne, le jeudi 13 octobre 2016. La veille, nous avons été invités à dire quelques mots de l'activité syndicale devant l'Association des jeunes MPR (AJMER), réunie, elle aussi, en assemblée générale. Nous nous sommes accordés avec l'AJMER pour que ses membres soient automatiquement et gratuitement inscrits au SYFMER, sauf indication contraire de leur part. Ainsi, tous les internes et jeunes MPR pourront-ils recevoir cette newsletter qui récapitule l'ensemble de nos actions en cours.

Une part importante de notre rapport d'activité a été consacré aux négociations conventionnelles qui connaissent des rebondissements inattendus. Des informations toutes fraîches, datant de la veille, ont pu être ajoutées à notre rapport.

La MPR en établissement n'est pas négligée pour autant. Au fil des réunions et des rapports se dégage une doctrine de plus en plus cohérente, portée par Jean-Pascal Devailly en étroite concertation avec le Collège national professionnel de MPR, la SOFMER et le COFEMER. Une première newsletter spécialement dédiée à ces sujets a été diffusée en septembre. D'autres suivront.

### Table des matières

Table des matières.....	1
Convention médicale : le texte .....	2
Signature de la convention : une situation paradoxale et confuse !.....	3
La position du SYFMER.....	3
Un projet pour la valorisation de l'activité clinique .....	4
Estimation budgétaire.....	6
Un espace de liberté à conquérir.....	8
Une convention qui concerne tous les médecins, salariés et libéraux.....	10
Soutenir les efforts de l'UMESPE et de la CSMF .....	10
Le lobbying général de la spécialité .....	10
Le conseil individuel.....	11
L'action européenne .....	11
La communication du SYFMER .....	12
Transfert du siège social .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Appel aux jeunes MPR .....	13

## Convention médicale : le texte

La Convention médicale de 2016 reste une convention principalement conçue pour les généralistes. Le rôle du médecin spécialiste est un peu mieux souligné que dans les textes précédents, mais reste principalement cantonné au « second recours » sous contrôle du médecin traitant.

Comme le SYFMER et l'UMESPE l'avaient demandé, le texte fait apparaître **4 niveaux de consultations** :

- **Niveau 1 : consultation de « référence » : CS + MPC = 25 €** - applicable en secteur 1 et en secteur 2 adhérent au CAS. En fait, la CS reste à 23 € et continuera d'être la base de remboursement pour les médecins en secteur 2 non adhérents au CAS
- **Niveau 2 : consultation coordonnée et de suivi : CS + MPC + MCS = 30 €** - Elle suppose que le patient soit dans le Parcours de soins, que le médecin soit S1 ou CAS et qu'il y ait un échange d'informations entre médecin correspondant et médecin traitant.
- **Niveau 3 : consultation pour pathologie complexe ou instable : CS + majoration = 46 €**  
Pour la MPR, ceci s'adresse aux cas suivants :
  - *Consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires...* - majoration MCT « cérébrólésés ou traumatisés » - maximum de 4 par an.
  - *Consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients présentant des séquelles lourdes d'AVC...* - majoration SLA « séquelles lourdes AVC » - maximum de 4 par an.
  - *Première consultation spécifique de prise en charge de scoliose grave évolutive de l'enfant ou de l'adolescent...* - majoration SGE « scoliose grave de l'enfant »
- **Niveau 4 : consultation très complexe : CS + majoration = 60 €**
  - Consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative... - majoration MIS « pour « information initiale et mise en place de la stratégie thérapeutique »

**A cette classification à 4 niveaux s'ajoutent les éléments suivants :**

- **La Majoration Correspondant Urgence (MCU = 15 €)** pour une consultation réalisée sous 48 heures par le médecin correspondant sollicité par le médecin traitant. Application limitée aux actes effectués à tarifs opposables.
- **La majoration MTA pour prescription de certains appareillages passe de 20 à 23 euros** et peut s'ajouter aux majorations MPC et MCS (confirmation par le Directeur de la CNAMTS).
- **L'Avis Ponctuel de Consultant passera à 48 €** au 01/10/2017 et à 50 € au 01/06/2018. Cette augmentation résulte d'un marchandage de dernière minute. Notons bien que les consultations « complexes » n'ont pas suivi cette augmentation.

**De manière générale, ces différentes mesures ne prendront effet qu'en 2017-2018. Dans l'immédiat, rien ne change.**

## Signature de la convention : une situation paradoxale et confuse !

Le 25 août 2016, la Convention médicale a été signée par MG France, la FMF et le Bloc. La CSMF et le SML ont refusé de signer, considérant que le texte restait incomplet et n'apportait pas d'avancée suffisante, ni sur le plan des revalorisations, ni sur celui de l'espace de liberté.

Mais MG France a maintenu son mouvement tarifaire (<http://www.mgfrance.org> > actualités), conseillant à ceux qui sont déjà passés à 25 € d'y rester. De son côté, la FMF attaque devant le Conseil d'Etat l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), qui a succédé au Contrat d'accès aux soins (CAS). Pourtant, elle a signé ce texte !

L'UNOCAM (l'ensemble des assurances complémentaires) a refusé de signer cette convention...

Enfin, un collectif de directeurs de CPAM, inquiet de la pagaille qui règne à présent dans les instances paritaires, a écrit à Nicolas Revel, directeur de l'Assurance maladie, pour qu'il trouve le moyen d'obtenir l'adhésion de la CSMF ! Mis à part Marisol Touraine, personne n'a donc l'air très réjoui par la situation actuelle.

La CSMF, quant à elle, a confirmé sa position de refus de signer sans de nouvelles avancées vraiment significatives. Elle prépare une mise à jour de son « New Deal », projet qu'elle soumettra à l'Assurance maladie, au Gouvernement et aux candidats à l'élection présidentielle de 2017.

## La position du SYFMER

**Le SYFMER a beaucoup œuvré pour obtenir un dispositif de hiérarchie des consultations intégré dans une logique de programmes de soins spécialisés.** Nous avons plaidé pour un assouplissement du dispositif du C2 et l'introduction de la Consultation longue et complexe. Le Jeudi 30 juin, nous avons eu une télé-réunion d'une heure avec Philippe Ulmann, directeur de l'Offre de soins de la CNAMTS et le Dr Philippe Allieux, médecin chef du Département des Actes, grâce à l'entremise du Dr Patrick Gasser, président de l'UMESPE. Nous avons expliqué en détail notre demande et l'urgence qu'elle représentait pour notre spécialité. Lors de cette réunion, l'Assurance maladie nous a dit son intérêt pour notre spécialité, particulièrement pour la prise en charge des patients cérébrolésés et blessés médullaires.

**Alors, pourquoi refusons-nous la Convention de 2016 en l'état actuel ?** Certes, on y trouve certaines des idées que nous avons développées au sein de l'UMESPE. Mais dans la pratique, on observe que *l'avis ponctuel du correspondant* reste le modèle dominant et que le séquençage temporel des consultations a été passé sous silence. Les consultations « complexes » représentent des indications très limitées : il s'agit de nos propositions pour le niveau 4, finalement dégradées au niveau 3 ! De plus, elles seront moins bien rémunérées que l'avis ponctuel. Qui voudra s'en servir ? Il ne reste plus grand-chose en niveau 4. Les définitions sont ambiguës et ouvrent la porte à des litiges face à des médecins-conseils tatillons. Enfin, 60 € pour une consultation susceptible de durer près d'une heure, ce n'est vraiment pas cher payé !

**Au total, cette convention ne rend pas viable l'exercice clinique en secteur 1.** Il n'y a pas d'ouverture de l'espace tarifaire qui ferait participer les mutuelles au financement de soins médicaux de qualité, au lieu d'aller à l'ostéopathie et autres prestations de confort. Elle n'offre pas de perspectives claires aux jeunes et la MPR libérale risque de quasiment disparaître à court terme alors même que la demande n'a jamais été aussi forte !

**Nous l'avons dit dans une lettre du 05/08/2016 à Nicolas Revel, directeur de l'Assurance maladie.** Cette lettre a eu un impact, puisque dès le 24 août, nous avons été rappelés par le Dr Yves Allieux, médecin conseil du Département des Actes, pour tenter de nous démontrer que cette convention allait dans le sens que nous souhaitions. Ces propos ont été confirmés dans la réponse écrite de Nicolas

Revel le 23/09/2016, nous invitant à poursuivre les travaux avec ses collaborateurs. De fait, le 12/10/2016, le Dr Yves Allieux et sa conseoeur le Dr Emmanuelle Galland se sont rendus à Bordeaux pour visiter le cabinet du Dr Laurent Wiart, spécialisé en rééducation neurologique. Ils ont pu assister à une consultation d'une heure avec un patient souffrant de SEP et discuter avec les différents paramédicaux collaborant avec le Dr Wiart Leur réaction a été positive.

**A l'UMESPE**, d'autres ont vivement réagi à cette nouvelle convention qui n'offre pas de perspective sérieuse de rattrapage pour les spécialités cliniques. Il y avait une vraie menace de scission entre certaines spécialités cliniques et les spécialités médico-techniques plus avantagées par le dispositif conventionnel. Mais il ne faut pas se leurrer : en se divisant, les médecins spécialistes feront le jeu de leurs adversaires et ne gagneront aucune crédibilité.

Parfaitement conscient de ces risques, Patrick Gasser, président de l'UMESPE, m'a invité à présenter à nouveau devant le bureau de l'UMESPE réuni le 12/10/2016, mon projet de valorisation de l'activité clinique.

### Un projet pour la valorisation de l'activité clinique

**Nous voulons un projet fondé sur un modèle d'exercice réaliste** et non sur les idées préconçues des énarques qui nous gouvernent. Il faut partir des exemples qui marchent sur le terrain tout en respectant les règles de bonne pratique. Cela conduit à définir des **programmes de prise en charge spécialisée** validés par les instances de chaque spécialité. Le rôle du médecin traitant n'est pas dévalorisé pour autant. A lui d'exprimer ce qu'il attend dans la lettre à son correspondant. A l'inverse, il n'y a pas de raison de pénaliser le médecin spécialiste lorsque le patient décide librement de le consulter en direct.

**Il faut rester ferme sur les principes.** Seuls doivent être négociées les modalités et le calendrier d'application. Nos objectifs ne doivent pas dépendre de la capacité d'acceptation des Pouvoirs publics ni de l'avis des autres composantes syndicales. Nous ne travaillons plus pour notre propre génération, proche de la retraite, mais pour **offrir une perspective de carrière attractive pour les JEUNES.**

**La plus-value du médecin spécialiste monodisciplinaire** (spécialiste « expert ») repose sur deux éléments :

- **Une expertise spécifique dans un domaine identifié.** Cette expertise n'est pas auto-proclamée mais repose sur une formation initiale diplômante et une reconnaissance nationale et européenne. Elle est confortée par le choix de traiter des flux de patients spécifiques et la participation à un développement professionnel continu spécialisé : participation à des staffs ou des groupes de travail, formation continue, vacations hospitalières, publications...
- **Une organisation spécifique,** généralement dérivée du modèle hospitalo-universitaire. Les consultations sont aménagées pour répondre à des impératifs spécifiques. Le médecin spécialiste s'intègre dans des équipes et des réseaux interdisciplinaires, participe à la formation des professionnels paramédicaux. Il développe des outils d'exploration clinique et paraclinique, ainsi que des outils pédagogiques propres à son domaine.

**Les programmes de prise en charge spécialisée** reposent sur les éléments suivants : des fondements scientifiques et épidémiologiques, une population cible (définie par des symptômes, une pathologie ou des besoins fonctionnels), des objectifs médicaux et fonctionnels, un contenu structuré avec un séquençage temporel, des moyens adaptés. Si l'on se réfère à la classification des consultations en 4 niveaux, il est possible de définir quelques schémas simples :

- **L'avis de consultant.** Il répond à un modèle évolutif linéaire : diagnostic > intervention > solution du problème. Mais l'évolution n'est pas toujours prévisible ! Nous refusons donc les remises en cause à posteriori et le terme « ponctuel » doit disparaître. Ce modèle répond à la séquence de cotations « N3 suivie d'une ou plusieurs N2 ».
- **Prise en charge avec des réévaluations approfondies.** Elle s'applique à une pathologie dont l'évolution prévisible n'est pas linéaire : affection multifactorielle, réactions personnelles variables aux interventions thérapeutiques, stratégie en plusieurs étapes. A défaut de programmer des réévaluations approfondies aux temps clés de la prise en charge, on a un risque majeur de passage à la chronicité, de déstabilisation, de complications... De plus, le patient mal encadré se livre souvent au nomadisme médical et paramédical, accumulant les examens complémentaires et les avis déroutants. Il faut donc une séquence du type « N3 initiale – N3 rapprochée à 1 ou 2 mois, puis N2 selon les besoins ».
- **Prise en charge de problèmes « très complexes ».** Qu'est-ce qu'une situation complexe ? Il peut s'agir d'une *complexité diagnostique*, devant une pathologie mixte ou plurifactorielle, une affection systémique affectant plusieurs organes et fonctions. Ce peut être une *complexité de la prise en charge* : traitement médicamenteux lourds, modalités thérapeutiques combinées (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, gestes locaux, rééducation, éducation thérapeutique), de la gestion de problèmes médico-psycho-sociaux... Enfin, il ne faut pas oublier la *réévaluation des patients en situation d'échec* diagnostique ou thérapeutique, des échappements aux traitements... Les dossiers sont épais, de multiples avis ont été sollicités, les solutions habituelles ont échoué... Il faut trouver quelque chose de neuf !

**La consultation longue et complexe** (« très complexe ») intervient alors, soit en début de prise en charge (complexité diagnostique) soit après le diagnostic initial (affection grave, risque vital ou fonctionnel), soit au cours de la prise en charge (échappement au traitement).

- **Les consultations couplées à des gestes techniques.** Il faut encourager les prises en charge « tout en un temps ». En limitant les aller-retours du patient, elle est plus économique et efficace. En outre, elle optimise le temps médecin, qui peut ainsi mieux s'organiser pour répondre à une demande accrue et réduire les délais d'attente. Il y a deux manières de valoriser cette prise en charge : soit élargir les règles de cumul des cotations, soit définir une consultation de niveau 4 pour prise en charge combinée. Notons au passage que ceci existe déjà pour un certain nombre de situations et que les chirurgiens peuvent coter une C2 quand ils font une intervention en urgence.

**Le fonctionnement en équipe ou en réseau spécialisé** est absent de la Convention médicale, alors qu'il est une évidence dans le monde hospitalier ! Le Parcours de soins conventionnel reste un vieux modèle « one to one » entre médecin traitant et médecin correspondant, générant des allers-retours redondants chez le médecin généraliste. Il faut reconnaître un **modèle « one to team »**, structuré selon les nécessités de la prise en charge : traitement de l'obésité morbide, cancer, lombosciatique, etc... Il s'agit d'un schéma de prise en charge clairement défini et annoncé, et non pas du « billard médical » reproché par le passé aux spécialistes qui court-circuitaient le médecin traitant en s'adressant mutuellement les patients pour des affections sans liens entre elles.

**Les consultations spécialisées semi-urgentes** sont un facteur puissant de désengorgement hospitalier. Pour le médecin, elles représentent des contraintes importantes. Leur planning est imprévisible. Elles sont donc souvent réalisées tôt le matin, tard le soir ou sur les temps de repas, débordant ainsi les horaires habituels de secrétariat. La durée de consultation est généralement supérieure à la moyenne

et un important travail de coordination est souvent requis. Il faut donc une valorisation conséquente et universelle, sans restriction pour le secteur 2.

**Ceci étant posé, notre demande pour les niveaux de consultation sont les suivantes :**

- **Au niveau 1**, il faut cesser de stigmatiser les médecins en secteur 2 et de pénaliser les patients qui les consultent. **La C et la CS doit donc être valorisées à 25 euros** et il faut supprimer les majorations MPC et MMG qui n'ont pas de sens autre qu'idéologique.
- **Au niveau 2**, le dispositif est inéquitable pour les médecins en secteur 1 consultés en accès direct, selon la volonté de leurs patients. Pour un même travail, ils sont moins bien rémunérés ! Si l'Assurance maladie maintient un tarif de remboursement moindre pour l'accès direct, il sera légitime que les médecins en secteur 1 puissent demander un **complément d'honoraires** pour que leur rémunération soit de 30 euros dans tous les cas de figure.
- **Le niveau 3 doit pouvoir être appliqué à toutes les consultations de première fois avec adressage, sans condition a posteriori**. A côté du médecin traitant, d'autres adresseurs potentiels doivent être pris en compte : un service hospitalier, un autre spécialiste, un professionnel paramédical... Parfois, c'est même le médecin conseil de la CPAM qui demande l'avis spécialisé ! En cas d'accès direct, un complément d'honoraire doit pouvoir être facturé en secteur 1.

**Après cette consultation de première fois, il doit être possible de réaliser :**

- Un acte technique à visée diagnostique *ou thérapeutique* ;
- Une consultation de synthèse après des examens complémentaires *ou un test thérapeutique* ;
- Dans le cadre d'un programme validé : une ou plusieurs N2 ou N3 ;
- Des consultations de semi-urgence légitimées par l'évolution du patient.

Le tarif des consultations de niveau 3 doit être porté à **50 euros** (et non 46 €).

- **Le niveau 4 « très complexe »** est destiné à rendre viable une activité difficile et chronophage. Elle doit donc représenter une part significative de l'activité médicale. La proportion de 10 % a été retenue comme base moyenne de départ, ce qui équivaut au chiffre sorti de l'enquête CNAMTS de 2012. Il faut donc redéfinir la liste des consultations éligibles et les intégrer dans des séquences de prise en charge spécialisée, comme nous l'avons dit plus haut. L'objectif de rémunération doit être de **75 euros**, soit par le tarif de l'Assurance maladie, soit par un complément d'honoraires.

## **Estimation budgétaire**

**Notre méthode d'estimation budgétaire est différente de celle de la CNAMTS.** Cette dernière dit avoir une approche « populationnelle » : elle applique les valorisations tarifaires à des populations définies a posteriori d'après des statistiques de santé publique. Elle imagine que 100 % de ces populations bénéficieront uniformément des actes en question, ce qui est utopique dans le contexte démographique actuel et conduit à surestimer l'impact des majorations, tout en laissant de côté des groupes ayant des besoins similaires. Cela conduit à des distinctions absurdes entre « victimes d'AVC » et « patients cérébrolésés ». On observe aussi des critères discutables comme la « première consultation pour scoliose grave évolutive »...



Il nous paraît préférable d'effectuer des projections sur l'activité médicale existante, en utilisant les données enregistrées dans la base SNIIRAM. Il faut souligner que la démographie médicale est en baisse, pour encore quelques années, et que les médecins sont saturés. On ne peut plus raisonner comme dans les années 80. La problématique actuelle n'est plus de prévenir la multiplication des actes mais de permettre la restructuration de l'activité médicale pour améliorer son efficacité, mieux répondre aux besoins des patients et attirer les JEUNES.

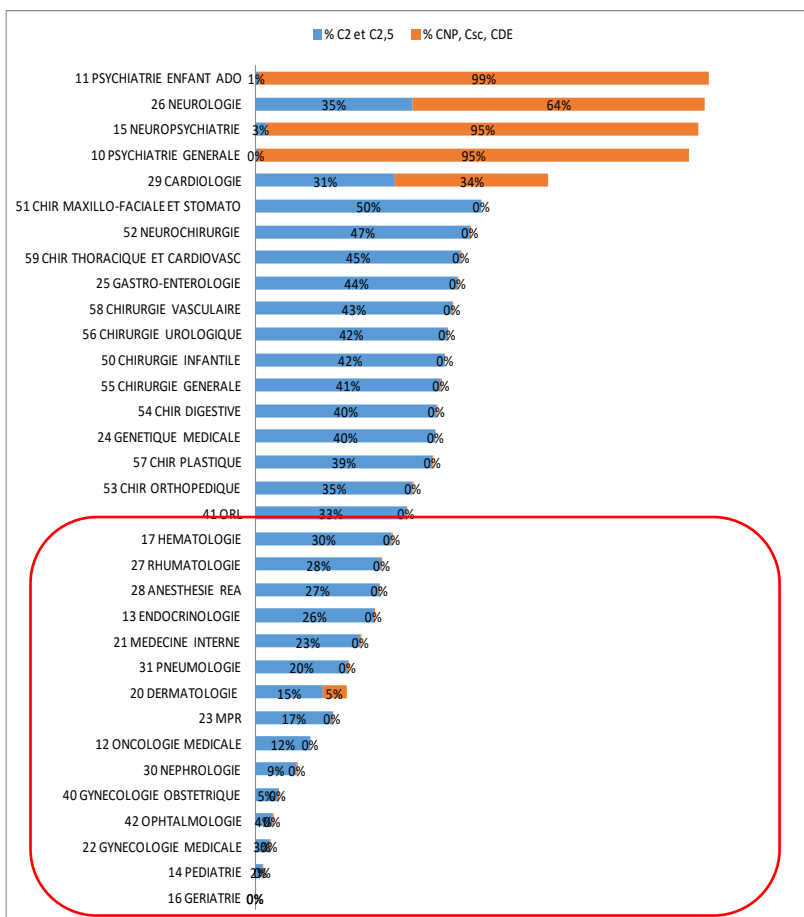
Nous avons pris pour référence les données SNIIRAM de 2014. Nous avons établi un tableau indiquant pour chaque spécialité :

- Le nombre total des consultations (C, CS, CA, C2, C2,5, CNP, CSC, CDE) : 94 millions.
- Le budget 2014 recalculé à partir des codes de consultation et de majorations : 3 MM€
- Le budget 2014 enregistré à partir des honoraires figurant dans la base : 4 MM€ (soit 1 milliard d'euros de différence !)
- La projection budgétaire calculée à partir du nombre d'actes 2014 et de nos objectifs de valeurs et de ratios d'application, tels que définis ci-dessous :

Niveau	Valeur	Part d'activité
N2	30 €	50 %
N3	50 €	40 %
N4	75 €	10 %

**Comment sommes-nous parvenus à ces ratios ?** En étudiant les bases SNIIRAM, nous avons observé que, mis à part les spécialités disposant de lettres clés spécifiques (psychiatrie, neurologie, cardiologie), le taux maximum d'application du C2 était de 50% (pour la chirurgie plastique) et que les taux les plus élevés étaient observés dans les spécialités chirurgicales et médico-techniques. Inversement, les spécialités médicales ont les taux les plus faibles, tous inférieurs à 30% (17% pour la MPR).

On peut en tirer deux conclusions : 1) même dans les spécialités qui se prêtent le mieux à l'application du C2, le taux d'application ne dépasse pas 50% ; 2) les spécialités médicales, qui ont le plus besoin de valoriser leur activité clinique, sont victimes d'une



réglementation qui minore injustement leur rémunération.

**L'équité veut donc que toutes les spécialités puissent atteindre une proportion de 50% de consultations à « valeur ajoutée », se répartissant en 40% de niveau 3 et 10% de niveau 4.**

Dans ces conditions, le budget projeté sur les bases 2014 serait de 3, 993 MM€, soit une majoration de 974 millions d'euros par rapport au budget 2014 théorique et seulement 3,7 millions d'euros par rapport au budget 2014 enregistré.

On voit ainsi que les majorations que nous demandons s'inscrivent dans l'épaisseur du trait d'incertitude des comptes de l'Assurance maladie (trait fort épais, il faut le dire !).

Spécialités	Nbre total de consult 2014	Total projection	Reconstit. 2014	Différence	Diff/const	Var honor.	Honoraires enregistrés 2014	Différence sur H SNIIRAM 2014
<b>Valeur de code</b>								
<b>Taux de codage</b>								
10 PSYCHIATRIE GENERALE	14 360 334	610 314 195 €	572 724 102 €	37 590 093 €	2,62 €	7%	700 402 727 €	- 90 088 532 €
11 PSYCHIATRIE ENFANT ADC	138 645	5 892 413 €	5 616 764 €	275 649 €	1,99 €	5%	7 410 264 €	- 1 517 851 €
12 ONCOLOGIE MEDICALE	392 737	16 691 323 €	11 566 414 €	5 124 909 €	13,05 €	44%	14 046 777 €	2 644 546 €
13 ENDOCRINOLOGIE	1 889 464	80 302 220 €	60 628 524 €	19 673 696 €	10,41 €	32%	83 604 345 €	- 3 302 125 €
14 PEDIATRIE	8 985 624	381 889 020 €	272 031 759 €	109 857 261 €	12,23 €	40%	336 189 906 €	45 699 114 €
15 NEUROPSYCHIATRIE	206 609	8 780 883 €	8 386 999 €	393 884 €	1,91 €	5%	10 237 016 €	- 1 456 134 €
16 GERIATRIE	78 922	3 354 185 €	1 997 057 €	1 357 128 €	17,20 €	68%	2 588 263 €	765 922 €
17 HEMATOLOGIE	53 443	2 271 328 €	1 736 537 €	534 791 €	10,01 €	31%	2 199 044 €	72 284 €
20 DERMATOLOGIE	9 224 461	392 039 593 €	278 741 472 €	113 298 121 €	12,28 €	41%	353 234 713 €	38 804 879 €
21 MEDECINE INTERNE	512 753	21 792 003 €	15 575 989 €	6 216 014 €	12,12 €	40%	23 818 250 €	- 2 026 248 €
22 GYNECOLOGIE MEDICALE	3 612 271	153 521 518 €	97 278 415 €	56 243 103 €	15,57 €	58%	137 614 922 €	15 906 596 €
23 MPR	779 191	33 115 618 €	23 132 617 €	9 983 001 €	12,81 €	43%	33 250 777 €	- 135 159 €
24 GENETIQUE MEDICALE	4 420	187 850 €	143 825 €	44 025 €	9,96 €	31%	287 113 €	- 99 263 €
25 GASTRO-ENTEROLOGIE	3 114 360	132 360 300 €	109 000 316 €	23 359 984 €	7,50 €	21%	127 938 751 €	4 421 549 €
26 NEUROLOGIE	1 053 099	44 756 708 €	48 671 347 €	- 3 914 640 €	- 3,72 €	-8%	57 518 293 €	- 12 761 586 €
27 RHUMATOLOGIE	3 336 696	141 809 580 €	105 455 539 €	36 354 041 €	10,90 €	34%	138 824 603 €	2 984 977 €
28 ANESTHESIE REA	5 033 143	213 908 578 €	157 809 515 €	56 099 063 €	11,15 €	36%	192 802 281 €	21 106 296 €
29 CARDIOLOGIE	5 813 564	247 076 470 €	231 039 757 €	16 036 713 €	2,76 €	7%	246 463 096 €	613 374 €
30 NEPHROLOGIE	745 190	31 670 575 €	21 598 079 €	10 072 496 €	13,52 €	47%	22 244 067 €	9 426 508 €
31 PNEUMOLOGIE	1 015 537	43 160 323 €	31 304 812 €	11 855 510 €	11,67 €	38%	34 685 487 €	8 474 835 €
40 GYNECOLOGIE OBSTETRIQ	8 174 308	347 408 090 €	214 550 379 €	132 857 711 €	16,25 €	62%	359 548 032 €	- 12 139 942 €
41 ORL	3 298 276	140 176 730 €	106 230 485 €	33 946 245 €	10,29 €	32%	142 191 114 €	- 2 014 384 €
42 OPHTALMOLOGIE	12 036 763	511 562 428 €	315 388 290 €	196 174 137 €	16,30 €	62%	473 966 109 €	37 596 318 €
50 CHIRURGIE INFANTILE	99 516	4 229 430 €	3 298 826 €	930 604 €	9,35 €	28%	5 197 547 €	- 968 117 €
51 CHIR MAXILLO-FACIALE ET	345 037	14 664 073 €	12 081 912 €	2 582 161 €	7,48 €	21%	15 831 925 €	- 1 167 852 €
52 NEUROCHIRURGIE	289 232	12 292 360 €	9 943 313 €	2 349 047 €	8,12 €	24%	16 920 814 €	- 4 628 454 €
53 CHIR ORTHOPEDIQUE	4 761 669	202 370 933 €	150 735 270 €	51 635 663 €	10,84 €	34%	227 427 744 €	- 25 056 812 €
54 CHIR DIGESTIVE	544 894	23 157 995 €	17 931 839 €	5 226 156 €	9,59 €	29%	25 080 286 €	- 1 922 291 €
55 CHIRURGIE GENERALE	1 617 459	68 742 008 €	53 941 292 €	14 800 716 €	9,15 €	27%	77 532 258 €	- 8 790 250 €
56 CHIRURGIE UROLOGIQUE	1 670 665	71 003 263 €	55 426 860 €	15 576 403 €	9,32 €	28%	83 391 380 €	- 12 388 117 €
57 CHIR PLASTIQUE	385 026	16 363 605 €	12 402 684 €	3 960 921 €	10,29 €	32%	19 312 706 €	- 2 949 101 €
58 CHIRURGIE VASCULAIRE	276 752	11 761 960 €	9 327 892 €	2 434 068 €	8,80 €	26%	12 841 354 €	- 1 079 394 €
59 CHIR THORACIQUE ET CAR	99 829	4 242 733 €	3 421 067 €	821 666 €	8,23 €	24%	4 542 335 €	- 299 602 €
<b>Total général</b>	<b>93 949 889</b>	<b>3 992 870 283</b>	<b>3 019 119 946</b>	<b>973 750 336 €</b>	<b>10,36 €</b>	<b>32%</b>	<b>3 989 144 296 €</b>	<b>3 725 986 €</b>

Dans notre projection, toutes les spécialités sont gagnantes, sauf la neurologie pour laquelle des aménagements seront à trouver. Pour la MPR, ce dispositif permettrait une progression de 43%, soit une majoration moyenne de 12,83 € par consultation.

## Un espace de liberté à conquérir

**L'historique du Secteur 2 est celui d'un changement de paradigme.** Raymond Barre la créé en 1980 pour répondre à l'incapacité de l'Assurance maladie d'accroître régulièrement les honoraires des médecins dans le cadre du système des tarifs opposables. Pour les médecins, il s'agissait d'un choix purement financier. En 1989, le Gouvernement a décidé unilatéralement de mettre fin aux fenêtres conventionnelles qui permettaient à chacun, tous les deux ans, de changer de secteur d'exercice. **Le secteur 2 est devenu un privilège accordé en compensation d'un cursus prolongé à l'Hôpital public.**

**Actuellement, le gel du dispositif d'accès au secteur 2 maintient les inégalités entre médecins et fait peser des menaces pour l'avenir.** Les médecins qui, pour des raisons souvent louables, ont opté au départ pour le secteur 1, s'y trouvent enfermés pour le restant de leur carrière, sans échappatoire possible lorsque leurs frais augmentent ou qu'ils souhaitent limiter leur activité. La Convention limite le choix à la première installation. Cela empêche toute collaboration temporaire, par exemple dans l'attente d'un poste d'assistant-chef de clinique au CHU. Les « praticiens attachés » à un service



hospitalier ne bénéficient d'aucune reconnaissance et les médecins salariés des ESPIC sont soumis au bon vouloir hypothétique de la Caisse et du Ministère. Enfin, la réforme de l'Internat porte celui-ci à 5 ans et réduit le post-internat à 1 an, sauf pour les chirurgiens. Ceci risque de priver les spécialités médicales de toute possibilité d'accès au secteur 2 !

**L'ouverture du Secteur 2 à tous est peut-être une utopie.** Elle mérite néanmoins d'être réclamée en proposant des contreparties que nous évoquerons plus loin. Les pratiques excessives ne sont pas défendables. Elles pèsent sur la réputation de l'ensemble du corps médical. Le tact et la mesure doivent être respectés. Même dans le secteur commercial, il existe un « prix de marché » au-delà duquel la facturation devient contestable. Ceci étant dit, on ne peut accepter que les patients soient pénalisés par une base de remboursement moindre lorsqu'ils consultent un médecin en secteur 2.

**Le CAS de 2011 fut regardé comme un compromis pour « sauver le secteur 2 ».** L'OPTAM de 2016 n'a fait que le reconduire avec des aménagements mineurs qui ne corrigent pas ses défauts. Ces dispositifs figent les avantages acquis et représentent un effet d'aubaine pour les médecins qui pratiquaient déjà les plus forts compléments d'honoraires. Malheureusement, ils pénalisent les régions à faibles compléments d'honoraires, particulièrement pour les jeunes installés qui doivent se conformer à des références régionales. En outre, en se référant aux trois dernières années, l'OPTAM instaure un effet de cliquet négatif sur les honoraires.

**Nous sommes pour une option qui encourage une pratique tarifaire raisonnable dans un espace de liberté élargi en répondant aux conditions suivantes :**

- **Il doit être accessible à tous les médecins.** Bien sûr, des contreparties peuvent être négociées : pour les jeunes médecins, une période de pratique hospitalière en secteur public ou assimilé (ESPIC, hôpitaux publics européens) ; pour les installés, la période d'activité en secteur 1 devrait être assimilée à une période de « service public ».
- **La limitation des compléments d'honoraires doit reposer sur des références nationales.** Une modulation positive en faveur des régions sous-dotées serait un bon moyen d'attirer les médecins vers les déserts médicaux.
- **Cette limite doit être évolutive dans le temps pour aménager une progression de carrière** qui ne soit pas uniquement liée à l'augmentation indéfinie de l'activité.

**Les médecins doivent apprendre, dès à présent, à facturer ce que l'Assurance maladie refuse de prendre en charge.** Ce n'est pas parce qu'un acte ou une forme de service n'est pas remboursé qu'il n'a aucune valeur ! Les médecins ne peuvent plus être la variable d'ajustement des dépenses de santé. Pour un médecin, augmenter le débit de ses actes n'est pas un « gain de productivité ». C'est très souvent un facteur de non qualité médicale et un appauvrissement de la relation médecin-malade dans ce qu'elle a de plus noble. D'autre part, contrairement à ce que voudraient nous faire croire certains gourous à la mode, la machine n'est pas prête à remplacer le sens clinique d'un bon médecin, cette qualité longuement acquise, qui permet de transformer les plaintes d'un patient en symptômes interprétables, de donner du sens aux données d'examen complémentaires de plus en plus nombreuses et de proposer une stratégie en hiérarchisant les problèmes et en résolvant les dilemmes.

**Il faut donc élargir le concept des « actes hors nomenclature », qui peut couvrir :**

- Le différentiel tarifaire entre Parcours de soins et Accès direct
- Le différentiel entre la somme des actes effectivement réalisés et le montant remboursable d'après les règles conventionnelles : actes techniques en plus de la consultation, actes techniques multiples...

- Le différentiel entre les tarifs demandés par les syndicats médicaux et celui accordé par l'Assurance maladie, en particulier pour les consultations de niveau 4.
- Les prestations de gestion du dossier médical et d'accompagnement des patients (information sur la prise en charge, prise de rendez-vous combinés...). Ceci doit permettre à tous les médecins de se financer un poste de secrétaire.

**Les assurances complémentaires, devenues obligatoires, doivent jouer sérieusement leur rôle, non pas en remboursant la patamédecine et les prestations de confort pour s'attirer des clients, mais en finançant des soins de qualité accessibles à tous.**

### **Une convention qui concerne tous les médecins, salariés et libéraux.**

La Convention médicale concernera de plus en plus les médecins salariés des établissements de soins. Elle s'applique à l'activité libérale des médecins hospitaliers (article 2 de la Convention).

En outre, nous avons appris à Saint-Etienne que certains établissements imposaient à leurs médecins salariés un rythme de consultation directement dérivé de la tarification à l'acte. L'instauration de la Consultation longue et complexe aura donc un impact direct sur les plages allouées aux consultations. Avec l'instauration du « virage ambulatoire », cet aspect sera de plus en plus crucial !

### **Soutenir les efforts de l'UMESPE et de la CSMF**

La CSMF et sa branche « spécialistes » l'UMESPE, ont été les seuls à porter sérieusement les demandes de la MPR et à nous permettre d'élaborer une doctrine cohérente susceptible de fédérer l'ensemble des spécialités médicales. C'est un travail de longue haleine qui n'est pas terminé, loin s'en faut. Mais si certaines idées, comme la hiérarchisation des consultations, sont passées dans les textes, c'est à l'UMESPE et à la CSMF que nous le devons et non à ceux qui nous injuriaient sans rien proposer de constructif.

Pour la CSMF et l'UMESPE, le refus de signer la Convention de 2016 n'est pas une posture de blocage. C'est au contraire la preuve qu'il faut aller plus loin et plus vite dans la réforme du système de santé, au lieu d'être toujours en retard d'une guerre...

Pour ce syndicat, cela veut dire perdre 1 million d'euros de subventions de fonctionnement et de compter que sur les cotisations des adhérents pour poursuivre cette action.

**Nous appelons donc tous les spécialistes MPR, libéraux et salariés qui veulent soutenir nos propositions de valorisation de l'activité clinique ; à cotiser à la CSMF de leur département** et d'y être aussi présents que possible pour nous y relayer. En effet, ce sont les délégués départementaux qui votent, en dernier ressort, la décision de signer ou non la Convention médicale.

### **Le lobbying général de la spécialité**

Ce travail de lobbying persévérant, pas toujours gratifiant mais indispensable, se fait en étroite collaboration avec le Conseil national professionnel de MPR, la SOFMER, le COFEMER et les jeunes de l'AJMER.

**La commission Véran sur l'évolution du modèle de financement des établissements de santé nous a audités le 27/04/2016, suite à la parution de l'article de Jean-Pascal Devailly dans Hospimedia. Nous étions représentés par Jean-Pascal Devailly (SYFMER), Jacques Pélissier (CNP de MPR et COFEMER) et Eléonore Bayen (SOFMER).**

**Une rencontre avec le Pr Lyon-Caen et M. Michel Yahiel, conseillers à l'Élysée** a eu lieu le 03/05/2016. Nous étions représentés par Francis Le Moine (président du CNP de MPR), Isabelle Laffont (SOFMER) et moi-même (SYFMER).

**Jean-Pascal Devailly a participé au comité de suivi du CSARR** organisé par l'ATIH le 14/09/2016.

**Dans toutes ces réunions, nous défendons les mêmes idées communes :**

- La MPR est la spécialité de la Fonction, productrice d'autonomie dans une perspective de réadaptation.
- Il faut une segmentation fonctionnelle des SSR selon la finalité des soins.
- Il faut améliorer la pertinence des Groupes homogènes de patients (GHP) qui fonde le financement prospectif des établissements.
- Pour cela, il faut des profils cibles fondés sur le « potentiel de réadaptation » des patients, les programmes de soins personnalisés et des ressources appropriées aux types et niveaux de soins requis
- Ceci est la condition pour assurer la fluidité, la pertinence et l'intégration des soins hospitaliers et ambulatoires dans une perspective territoriale.

## **Le conseil individuel**

Les demandes de conseil individuel se sont multipliées au cours des derniers mois. Il s'agit parfois de litiges avec l'Assurance maladie ou l'employeur, avec des situations très déstabilisantes pour les médecins.

Mais nous avons aussi beaucoup de demandes de conseils pratiques concernant l'exercice en établissement, aussi bien qu'en libéral. On peut regretter que certains confrères n'aient pas cherché à s'informer plus tôt, ce qui leur aurait permis de mieux anticiper certaines difficultés difficiles à résoudre a posteriori.

## **L'action européenne**

Alain Delarque et moi-même représentons la France au sein de la **Section MPR de l'Union européenne des médecins spécialistes**. Il s'agit d'une organisation professionnelle dont l'un des membres fondateurs est l'UMESPE française. Les représentants français pour la MPR sont proposés par le SYFMER, officiellement mandatés par l'UMESPE et enregistrés par l'UEMS à Bruxelles.

**La Section MPR** tient une assemblée générale de deux jours et demi tous les six mois dans une ville différente d'Europe. **Trente deux pays** sont à présent représentés dans la Section en tant que membres titulaires ou observateurs. Les derniers arrivés sont la Russie, l'Ukraine, la Géorgie, l'Arménie et Israël. Ceci témoigne de la vitalité et de l'attractivité de cette organisation.

Nous travaillons à la mise à jour d'un Livre Blanc de la MPR, aux domaines de compétences, aux conditions d'exercice dans les différents pays et à la promotion de la qualité des soins. Le concept de **Programme de soins en MPR** a été développé dans le cadre de la Commission des affaires cliniques, que j'ai présidée pendant plusieurs années.

**Le Board européen** a été créé par la Section MPR de l'UEMS pour répondre à la Directive européenne de libre circulation des biens et de personnes. Chaque pays est représenté par les deux délégués à la Section et un troisième représentant mandaté par une société savante nationale. Pour la France, François Boyer a été mandaté par la SOFMER.

Le Board organise une série de certifications pour les médecins spécialistes en MPR, les terrains de formation et les formateurs (enseignants universitaires ou responsables de stages). La certification des médecins spécialistes repose carnet de stages (logbook) et un examen européen pour les juniors et sur un dossier de titres et travaux pour les seniors.

Cette année, 115 candidats originaires de 17 pays se sont inscrits à [l'examen de certification](#). Celui-ci a été intégré depuis longtemps par la Suisse dans son dispositif de qualification de fin d'études. D'autres pays sont en passe de faire de même. Cette année, le Ministère iranien de la Santé a sollicité le Board européen pour qu'il organise l'examen de certification en Iran.

D'autre part, la Russie a missionné plusieurs membres de la Section et du Board pour auditer son système de réadaptation dans différentes régions, de Saint-Petersbourg à la Sibérie...

Le Board européen de MPR apporte un financement à [plusieurs enseignements ouverts aux étudiants européens de MPR](#) : Marseille Summer School on posture and movement, Syracuse Summer School, Sofmer International Teaching Programme. Ces enseignements internationaux en anglais offrent gratuitement l'accès à des cours de haut niveau et sont une excellente opportunité de faire naître des réseaux relationnels entre jeunes MPR européens.

**La Société européenne de MPR (ESPRM)** est une société scientifique composée des membres de toutes les sociétés nationales européennes. Le président en est Alain Delarque. Beaucoup de responsables actifs de la Société européenne sont ou ont été aussi des délégués actifs de la Section et du Board, ce qui facilite la coopération entre les différentes structures. L'ESPRM organise un congrès européen tous les deux ans, en s'appuyant sur la société nationale du pays d'accueil. Marseille et la SOFMER ont accueilli le congrès de 2014 ; Lisbonne et la société portugaise ont accueilli celui de 2016. Le prochain est prévu à Vilnius en 2018 (du 1<sup>er</sup> au 6 mai).

**La Société Internationale de MPR (ISPRM)**, présidée par Martha Imamura (Brésil), a retenu la candidature de la SOFMER pour organiser à Paris le 12<sup>ème</sup> congrès mondial de MPR du 8 au 12 juillet 2018.

Tous ces événements témoignent de la vitalité de notre spécialité dans l'ensemble des pays du monde. Les Français ont souvent joué le rôle d'initiateurs et de leaders. Ceci est stimulant pour notre spécialité à l'intérieur du cadre national et il est important que les jeunes MPR français s'impliquent dans cette dynamique à l'instar de leurs autres collègues européens.

## **La communication du SYFMER**

**Le partage d'une information de première main** est une mission à laquelle nous attachons beaucoup d'importance. Le corps médical est traversé d'informations tapageuses et de nombreuses rumeurs qui divisent les médecins, les démotivent et les empêchent de participer à un effort collectif pour promouvoir leur propre métier.

**Des emails aux « contacts rapprochés »** sont directement envoyés aux personnes qui ont manifesté un intérêt particulier pour notre action syndicale, sont susceptibles d'en parler autour d'eux dans chaque région et capables de nous retourner des commentaires rapides.

**Cinq newsletters ont été diffusées en un an.** Elles récapitulent nos différentes actions et font le point de l'actualité récente. Nous essayons d'être aussi factuels que possible et de bien séparer ce qui relève du commentaire. Les newsletters sont souvent diffusées à l'ensemble des spécialistes MPR pour leur faire connaître les enjeux de l'action syndical et les engager à la soutenir par leur cotisation volontaire.

**Le site Internet du SYFMER [www.syfmer.org](http://www.syfmer.org)** est entretenu par Bertrand Rousseau, également trésorier du SYFMER. Vous y retrouverez les dernières newsletter, d'autres communiqués récents, des informations sur les différents aspects de notre vie professionnelle et des petites annonces. Une

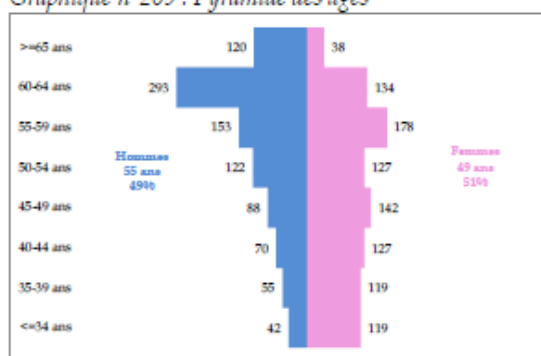
section dédiée à la MPR dans les établissements est en cours de développement grâce à l'activité inépuisable de notre ami Jean-Pascal Devailly.

## Appel aux jeunes MPR

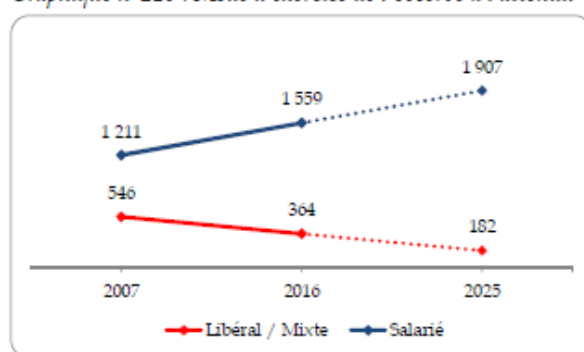
Votre génération va très prochainement être confrontée à deux mutations majeures : le choc démographique et le virage ambulatoire.

Sur le plan démographique, la génération issue de l'ancien CES s'apprête à partir à la retraite. Elle a été suivie par une période de jachère démographique à une époque où la MPR était peu et très inégalement développée dans les CHU. La vague de jeunes MPR issue de la filiarisation de l'Internat n'apparaît pas encore dans les statistiques de l'Ordre des médecins (ci-dessous les données de l'Atlas 2016). Il y aura une discontinuité générationnelle qui obligera les jeunes à prendre beaucoup plus tôt des initiatives et des responsabilités habituellement assumées par les quadra et quinquagénaires.

Graphique n°209 : Pyramide des âges



Graphique n°210 : Mode d'exercice de l'observé à l'attendu



\* Effectif sans activité et divers : 4

**Le virage ambulatoire est en cours.** Il touche toutes les disciplines médicales et chirurgicales. Il est prévu d'atteindre un taux de 60 à 80% d'interventions chirurgicales en ambulatoire. La « Récupération Améliorée après Chirurgie » (RAAC) est en passe de devenir une norme. Des outils d'auto prise en charge et de télémédecine se développent dans tous les domaines. Il serait étonnant que la MPR soit épargnée par cette révolution et puisse se maintenir en l'état, cantonnée dans les traditionnels « services de suite et de réadaptation ». Mais notre spécialité a connu d'autres transformations et a su répondre à d'autres défis : les victimes des deux guerres mondiales, l'épidémie de poliomyélite, la traumatologie routière des années 60-70, les AVC... A chaque fois, il ne suffit pas de reproduire le modèle appris, mais il faut en inventer de nouveaux !

Plus que jamais, les jeunes se doivent de bien ouvrir les yeux à tous les horizons et de s'organiser pour le long terme. Le système hospitalo-universitaire vous transmet un savoir et vous entraîne à un savoir-faire. Ne vous spécialisez pas trop vite. Veillez à acquérir une large palette de compétences.

Le SYFMER vous donne accès aux horizons professionnels. Notre action a maintenant principalement pour but de vous préparer les meilleures conditions d'exercice en libéral comme en établissements. Les informations que nous vous apportons doivent vous permettre d'anticiper et d'éviter de vous engager dans des impasses à moyen terme.

**Concrètement, l'AJMER et le SYFMER ont convenu d'inscrire gratuitement tous les adhérents de l'AJMER au SYFMER** pour qu'ils puissent automatiquement bénéficier de nos informations et de nos conseils. Un représentant de l'AJMER siège déjà depuis plusieurs années au Comité directeur du SYFMER.

Nous sommes prêts à organiser des réunions d'information professionnelle dans les régions, comme nous l'avons déjà fait à Paris, Lille, Brest et Montpellier. Chaque année, nous participons à la séance inaugurale du DES.

En outre, le SYFMER est prêt à financer le voyage et l'hébergement pour que des internes puissent participer à des réunions professionnelles au niveau national ou européen : par exemple, des réunions de travail de l'UMESPE dans lesquelles des personnalités de haut niveau sont invitées à parler de la place croissante des nouvelles technologies et des enjeux de la médecine de demain ; ou bien aux assemblées générales de l'UEMS pour voir comment fonctionne cette organisation de manière concrète.

La veille du congrès de la SOFMER à Saint-Etienne, j'ai eu le privilège de m'adresser à vous au début de l'assemblée générale de l'AJMER. J'ai pu remarquer la belle structuration de votre association dirigée par des jeunes motivés et pleins d'idée. Formulons le vœu que certains d'entre eux s'intégreront dès l'année prochaine au nouveau Comité directeur du SYFMER !

Dr Georges de Korvin  
Président du SYFMER  
gdekorvin@free.fr