

Lettre d'information du SYFMER du 20 novembre 2020

1. Assemblée générale du 25 novembre 2020

Vous êtes conviés à participer à l'assemblée générale annuelle du SYFMER qui se tiendra en téléconférence, le **mercredi 25 novembre 2020 à 18h00**. Merci de [signaler votre présence ou d'envoyer votre pouvoir](#).

Le lien Zoom vous sera adressé [si vous êtes à jour de votre cotisation](#).

2. Décrets SSR et réforme du financement des SSR : non aux SSR *low cost*

Le SYFMER a pris connaissance des projets de décrets relatifs aux autorisations ([ici](#) et [ici](#)) et des travaux récents sur le financement des SSR. Il se réjouit du projet de dénomination des SSR en « Soins médicaux et de réadaptation » qui évite la confusion entre SSR et réadaptation, laquelle s'exerce dans tous les secteurs.

Néanmoins le SYFMER dénonce à travers trois communiqués de presse successifs **l'absence persistante de lien entre autorisations et financement**. Le premier communiqué est sous ce lien :

[Les médecins de MPR réclament l'identification d'activités spécifiques de réadaptation](#)

Le secteur hétérogène des SSR, regroupant 25% des lits hospitaliers, est catégorisé depuis 2008 par des mentions épousant les catégories médicales du court séjour. La France est de plus en plus isolée dans cette configuration car la pression croissante sur les lits et les durées de séjour en aigu a amené la plupart des pays étrangers à spécifier les activités de leurs secteurs post aigus et/ou de réadaptation.

Même si les besoins sont intriqués, les profils de patients requérant les SSR doivent être classés par **finalités principales des programmes de soins** selon la **nomenclature fonctionnelle de la Classification internationale des comptes de la santé (ICHA)** :

- Soins médicaux curatifs subaigus, ne nécessitant pas de réadaptation intensive
- Soins de réadaptation* prédominants, centrés sur l'optimisation de la fonction
- Soins d'assistance aux activités essentielles de la vie avec hébergement de transition.

**La réadaptation vise la réduction au minimum des conséquences fonctionnelles des lésions aiguës ou évolutives, acquises ou congénitales, des systèmes nerveux, locomoteur, cardio-vasculaire, respiratoire etc. Elle concerne la santé physique et mentale dont la psychiatrie et doit commencer précocement, en ville et/ou en court séjour (équipes mobiles, MPR aiguë, SRPR). Elle se déploie dans tous les secteurs : hospitalisation conventionnelle, soins ambulatoires, à domicile et en établissements médico-sociaux.*

Le défaut d'identification de la spécificité de activités de réadaptation spécialisées empêche la définition de critères d'orientation vers les activités de recours ou de référence les plus exigeantes en compétences professionnelles spécifiques, en temps humain et en plateaux techniques coûteux. Ces coûts de réadaptation ne sont plus couverts par les modes de financement actuels.

Cette situation n'engage pas seulement l'avenir fonctionnel et social, mais aussi le pronostic vital des personnes hospitalisées handicapées ou à risque de handicap. **Le SYFMER craint la multiplication de pertes de chances inacceptables** déjà observées pendant l'épidémie COVID 19.

A la lecture du projet de décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement :

1. Il n'existe pas dans les décrets de **ratios garantissant l'intensité** requise mais des professions obligatoires, qui varient selon les mentions : « un ou plusieurs masseurs-kinésithérapeutes » par exemple.
2. Il est décrit des « **pratiques thérapeutiques** » dont certaines ne sont pas liées à des professions particulières et ne sont pas spécifiques des SSR spécialisés.
3. **La notion de séquence par jour ou par venue est minimaliste** pour la qualité des soins en SSR polyvalents ou spécialisés. **La diversité** des « pratiques thérapeutiques », **le saupoudrage** quotidien de soins de courte durée et les **prises en charge collectives sont privilégiés au détriment de l'intensité et de la technicité des programmes de soins.**

Sans spécification de la réadaptation, le sous-financement de ces activités est inévitable, favorisant des soins *low cost* en SSR polyvalent et spécialisés.

Faute de conditions d'implantation exigeantes, définissant des critères robustes et pertinents d'hospitalisation, **de conditions de fonctionnement**, garantissant la qualité et la sécurité des soins et enfin d'une **classification décrivant des activités cliniquement et économiquement homogènes** les projets de décrets risquent d'aboutir à des soins de SSR *low cost*, pour les SSR spécialisés mais aussi les SSR polyvalents, qu'il fallait upgrader.

Le nouveau modèle de financement, fondé sur une refonte de la classification à visée tarifaire et la multiplication des nouveaux compartiments, **ne répond en rien à la problématique du lien autorisations - financement**, alors que les SSR spécialisés prennent en charge des patients de plus en plus lourds.

Le CSARR est un outil inadapté pour capter les besoins de réadaptation.

Le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) et la définition de la réadaptation du document de présentation des GME 2021 par l'ATIH ont un périmètre exubérant. Nous appelons à un recentrage des interventions spécifiques autour des « métiers de la réadaptation » afin d'éviter une déqualification des équipes multidisciplinaires de réadaptation spécialisées, dont celles de MPR.

Les efforts de recentrage du CSARR par l'adaptation des pondérations des actes ne leur confèrent pas pour autant les qualités « d'actes marqueurs » et descripteurs de coûts que possèdent ceux utilisés en court séjour. Le CSARR est plus **un descripteur des ressources d'une structure qu'un marqueur de programmes de soins cliniquement homogènes et pertinents**. Dans ce cadre, un acte CSARR codé qui a duré 5 minutes vaut un acte qui a duré une heure. Cette situation est inacceptable.

Face à ces imperfections majeures, **nous proposons de reporter la mise en œuvre de la réforme de la classification toujours prévue, à ce jour, au 1er mars 2021**. Des **simulations d'impact** et un temps d'ajustement sont indispensables.

Définir des activités homogènes en SSR et des groupes de réadaptation.

Faute d'une nomenclature française des **finalités principales** des programmes de soins en SSR, nous préconisons d'utiliser la **nomenclature fonctionnelle de la Classification internationale des comptes de la santé (ICHA)** :

Les trois fonctions déjà citées sont intriquées pour chaque patient mais **des compétences spécifiques distinctes structurent l'organisation des soins selon la finalité prédominante**. La composition des coûts des activités est différente.

S'agissant de l'unité de groupage, **la séquence de soins est plus pertinente que le séjour** complet qui ne peut constituer un objet de coût homogène. Pour les activités dont la finalité principale est la réadaptation, les séquences doivent être décrites par **des groupes de réadaptation fondés sur le pronostic fonctionnel**. Il est **indispensable d'intégrer au PMSI-SSR une évaluation du potentiel de réadaptation**, déterminant des programmes et des ressources similaires garanties par des conditions techniques de fonctionnement robustes.

Le SYFMER invite la DGOS et l'ATIH, en concertation avec les CNP écartés jusqu'ici des travaux relatifs à la réforme du financement, à faire évoluer les autorisations en lien avec la classification tarifaire afin que les financements puissent être congruents à la gradation territoriale des activités de SSR en fonction de la prévalence des situations cliniques, de la technicité et des coûts des programmes mis en œuvre.

Deux diaporamas sur les projets de décrets et la réforme du financement :

[Réforme des autorisations SSR: en attendant les nouveaux décrets](#)

[Réforme du financement des SSR: les nouvelles donnes](#)

[Les projets de décrets SSR](#) attendus pour février ne sont toujours pas publiés. Les modifications apportées aux mentions et conditions de fonctionnement seront modestes. Elles favorisent la multiplication d'activités *low cost* et peu spécifiques mais n'identifient toujours pas d'activités de réadaptation qui garantiraient les compétences, équipements et temps humain requis.

[Les réformes du financement](#) reposent sur une classification à visée tarifaire inconsistante et lissante pour nos activités. Multipliant les compartiments alors qu'on attendait un choc de simplification elles n'apportent pas de modèle économique pour les activités de MPR dont le coût des programmes n'est toujours pas pris en compte.

Le SYFMER demande l'établissement d'un lien étroit entre autorisations et financement. Pour un financement pertinent pour les SSR ce lien doit identifier :

- 1 Des activités homogènes au plan clinique et économique** et une gradation au sein de celles-ci.
- 2 Une réforme des outils descriptifs du PMSI-SSR permettant de capter le potentiel de réadaptation** des patients.
- 3 Une classification fondée sur des groupes de réadaptation** et des séquences de réadaptation.

3. MPR libérale

En cette nouvelle période de confinement, les médecins ne sont pas appelés à fermer leurs cabinets, la télé-médecine est recommandée quand elle est possible et les consultations par téléphone sont à nouveau remboursables.

Les négociations conventionnelles supposent une forte représentation du SYMER auprès d'Avenir SPE pour soutenir des propositions réalistes mais sans concessions.

Une plateforme de revendications est en cours d'élaboration grâce à Georges de Korvin. Les grands objectifs de cette plateforme sont :

- **Améliorer le Secteur 2 et l'OPTAM**, pour maintenir un espace de liberté tarifaire, LE BLOC et AVENIR SPE vont dans ce sens.
- **Valoriser la pratique clinique** : les conditions de l'APC devraient être assouplies mais les spécialités médico-techniques se contentent du *statu quo*. Les autres spécialités cliniques défendent des cotations qui leurs sont spécifiques. Il faut revendiquer un acte de consultation complexe, ou bien un LHRP001 élargi et revalorisé.
- **Revaloriser les actes techniques**, permettre leur regroupement et/ou leur **association à un acte clinique** pour ne pas être incité à faire revenir plusieurs fois les patients
- **La question de la forfaitisation est délicate** mais dans l'air du temps. Certaines formes de forfait pourraient nous être profitables en tirant certaines rémunérations vers le haut (paiements par programmes de soins).

Chaque région doit voir se présenter un MPR libéral du SYFMER sur la liste d'Avenir SPE.

Certaines régions n'ont pas encore de candidat déclaré au 12 novembre : Bourgogne Franche-Comté, PACA. Les volontaires sont invités à nous contacter.

4. Suites du Ségur de la santé et rémunération des médecins

Les hôpitaux publics

La modification de la [grille salariale](#) avec [suppression des trois premiers échelons](#) [laisse de côté tous les praticiens déjà nommés](#). Contre [ce décret du 28 septembre 2020](#), des recours juridiques sont entrepris pour demander l'équité de reconnaissance de l'ancienneté.

Un collègue MPR, Médecin Inspecteur de santé publique a réalisé le travail suivant :

- [Ségur de la santé : les médecins roulés dans la farine](#)
- [Nouvelle grille salariale](#)
- [Recours à faire d'urgence](#)

[L'Arrêté du 21 septembre relatif à l'indemnité de service public exclusif \(ISPE\)](#) est plus favorable et répond également à une attente syndicale exprimée depuis longtemps : il

étend la prime IESPE / IASL aux PH en période probatoire : c'est à vous de demander cette contractualisation avec les établissements. L'augmentation de cette indemnité de service public exclusif est très insuffisante pour compenser l'érosion du pouvoir d'achat des praticiens : prime ne vaut pas salaire.

Voir aussi [l'Arrêté du 11 septembre 2020](#) modifiant l'arrêté du 21 février 2003 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif pour les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, les assistants hospitaliers universitaires et les praticiens hospitaliers universitaires.

Les hôpitaux ESPIC

A la suite du Ségur de la santé les établissements ESPIC notent un différentiel de rémunération de plus de 5000 euros nets annuels entre praticiens hospitaliers publics et praticiens des établissements de la FEHAP. Aussi la conférence nationale des PCME des hôpitaux non lucratifs demande par mesure d'équité l'extension de l'indemnité de service public exclusif et de l'exercice libéral pour leurs établissements.

[Ségur de la santé : n'oubliez pas le modèle des hôpitaux privés non lucratifs](#)

[Les médecins du privé non lucratif accusent l'État "d'étouffer" leurs établissements](#)

Voir la [pétition pour l'ouverture de négociations immédiates](#)

Les hôpitaux privés

<https://www.fhp.fr/1-fhp/841-/841-/16959-conference-de-presse-de-rentree-fhp.aspx>

Par ailleurs, la FHP signale qu' « Une augmentation des tarifs hospitaliers de 10 % sera nécessaire pour financer ces revalorisations salariales ainsi que nos besoins en investissement. La santé ne doit pas être vue comme un poste de dépenses à maîtriser mais comme un formidable moteur économique et social au sein des territoires ».

Pour nos collaborateurs paramédicaux et d'autres professions de santé, la situation est encore plus préoccupante. Comment favoriser attractivité et fidélisation ?

« Ségur à comprendre » : [mesure 1](#) ; [mesure 2](#) ; [mesure 3](#)

Dans une prochaine lettre nous reviendrons sur la question des **pratiques avancées** et des **professions médicales intermédiaires**.

Pour nous aider à vous informer et à peser sur les décisions qui nous concernent :

[Envoyez sans tarder votre cotisation au SYFMER !](#)

Signalez votre [présence à l'AG ou envoyez votre pouvoir](#)

Jean-Pascal DEVAILLY, président du SYFMER

jpdevaill@gmail.com 06 60 65 25 51