

## Lettre d'information du SYFMER du 18 décembre 2020

Chers et chères collègues,

En cette fin d'année tourmentée, il est temps de formuler des vœux pour des lendemains meilleurs.

Les réformes ou l'absence de réformes vont impacter la MPR dans tous les secteurs. 2021 sera, même si on le dit chaque année, **l'année de tous les dangers** avec le risque de poursuite à l'identique des logiques de rationnement purement comptable alors que l'on pourrait attendre un changement de paradigme après une épidémie qui a mené l'approche gestionnaire dans le mur.

Nous prenons le parti d'expliquer qu'il s'agit aujourd'hui d'un **même combat pour les MPR des établissements et les MPR libéraux**, celui de la spécification d'un dispositif de réadaptation intégré entre tous les secteurs, par-delà les cloisonnements institutionnels, financiers et idéologiques. Il nous paraît utile d'explorer de façon critique l'utilisation du **concept de soins primaires** en France et comment il contribue à structurer les débats actuels entre professions et tutelles.

### Activités libérales : sortir de l'immobilisme

[Thomas Fatôme, directeur de la CNAM : « Nous mettons les négociations avec les médecins sur pause ».](#)

Alors que la MPR attend une réforme de la tarification qui en finisse avec l'inégalité de revenus inacceptable entre spécialités cliniques et spécialités techniques, alors que l'épidémie a freiné l'accès aux soins pour les personnes requérant la MPR dans tous les secteurs d'exercice et tout particulièrement dans le secteur libéral, il n'est pas certain que les pouvoirs publics aient pris la mesure des besoins en MPR dans le secteur ambulatoire, en hospitalisation et dans le secteur médico-social.

[Les jeunes doivent choisir le secteur 2 sans hésiter](#)

Dans cette page, Georges de Korvin explique pourquoi les nouveaux installés doivent choisir le secteur 2, précise les mécanismes de l'OPTAM et fait un rappel historique de l'immobilisme coupable qui a rendu le secteur 1 de moins en moins attractif.

Extrait de la [lettre d'avenir SPE Un seul syndicat pour les spécialistes !](#)

**Élections aux URPS : le SYFMER n'a pas encore de candidat MPR libéral en Bourgogne Franche-Comté. C'est urgent !**

## **Suites du Ségur de la santé : équité pour tous les secteurs**

Alliance hôpital et l'INPH avaient signé les accords du Ségur et sont gênés par ce que Bercy en a fait pour les praticiens hospitaliers ([lettre du SYFMER de novembre](#)). Le SNPHAR-E est bien sûr plus sévère.

[\*\*A propos du « Ségur de la santé » Alliance Hôpital\*\*](#)

[\*\*NOTRE MINISTRE AURAIT-IL ENFIN ENTENDU LES PRATICIENS HOSPITALIERS ?\*\*](#)

[\*\*Enquête SNPHARE : 80 % des PH sondés sont mécontents\*\*](#)

### **Secteur privé à but lucratif ou non**

Le SYFMER prépare une **lettre et/ou un communiqué** relatif à la rémunération des médecins de ces secteurs. Lire la [Newsletter de novembre](#).

### **Réformes des autorisations et du financement des SSR : spécifier la réadaptation pour la financer au juste coût**

Les **décrets relatifs aux autorisations SSR** ne sont toujours pas publiés.

Pour le modèle global de financement avec ses multiples compartiments, le début de la période de transition a été repoussé au 1er janvier 2022 tandis que la mise en œuvre de la nouvelle classification à visée tarifaire en SSR restait prévue pour le 1er mars 2021.

Le **SYFMER a réagi par trois communiqués** qui ont eu un fort écho et ont été repris par la presse ([ici](#) et [ici](#)). Certains points sont partagés avec les fédérations hospitalières, au-delà des clivages habituels, pour la recherche d'un modèle permettant une amélioration de la qualité, de la performance et de la juste rémunération des soins de réadaptation. C'est avec satisfaction que nous apprenons, juste avant publication de cette lettre, que **la mise en œuvre de la classification tarifaire dite V2021 ne se fera pas courant 2021**.

### **Communiqués du SYFMER**

[\*\*Le SYFMER appelle à un report de la nouvelle classification à visée tarifaire en SSR\*\*](#)

[\*\*Les médecins de MPR dénoncent l'absence de conditions de fonctionnement robustes en SSR\*\*](#)

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

## **Diaporamas du SYFMER (nouveaux décrets, financement, PMSI)**

Plus de détails sur la [lettre de novembre](#)

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

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

[7 règles pour coder le PMSI-SSR en 2020](#) (attention changements importants de classification au 1er mars 2021)

## **Dossier : [grandeur et misère des soins de santé primaires](#)**

Il est impossible de comprendre les tensions actuelles entre généralistes et spécialistes, de comprendre les enjeux des débats sur les nouveaux métiers de la santé, sur les pratiques avancées et sur les professions intermédiaires sans la toile de fond des soins de santé primaires : voir le dossier à la fin de cette lettre.

[Que recouvrent les soins de santé primaires? OMS](#)

[Soins de santé primaires: la boucle est bouclée Dr Halfdan Mahler](#)

[La santé au cœur des lendemains qui chantent et qui déchantent](#)

[La santé publique entre soins de santé primaires et management](#)

[L'actualité des soins primaires Jean-Yves Nau](#)

[Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux](#)

[Soins de santé primaires Les pratiques professionnelles en France IRDES](#)

[Les soins de proximité : une exception française ?](#)

[Les soins de santé primaires - Critiques d'une orthodoxie : introduction - L'ouvrage](#)

*En espérant que vous pourrez retrouver vos proches en cette période tourmentée, nous vous souhaitons un joyeux Noël en musique avec*

*[Gregory Porter](#)*

**Pour nous aider à vous informer  
et à peser sur les décisions qui nous concernent :  
[Envoyez sans tarder votre cotisation au SYFMER !](#)**

Jean-Pascal DEVAILLY, président du SYFMER  
[jpdevaill@gmail.com](mailto:jpdevaill@gmail.com) 06 60 65 25 51

## Dossier : mise à l'écart de la médecine spécialisée l'orthodoxie des soins de santé primaires en question

Le SYFMER soutient la [démarche d'avenir SPE](#) qui dénonce la [mise à l'écart de la médecine spécialisée](#), en insistant sur le fait qu'elle **concerne tous les secteurs d'exercice de la MPR**, particulièrement **fragilisée** du fait de l'absence d'identification spécifiquement française d'un dispositif national de réadaptation, toujours confondu avec le secteur institutionnel fourre-tout des SSR.

Cette mise à l'écart par les réformes successives de notre système de santé repose, sans le nommer explicitement, sur la **promotion du modèle des soins de santé primaires (SSP : [ici](#) et [ici](#))**. Certaines catégories professionnelles s'en emparent pour faire leur autopromotion.

**Les SSP ne doivent pas être confondus avec les « soins de premier recours » ni avec les « soins de proximité »**. Ce modèle issu de la [déclaration d'Alma Ata](#) dans un objectif louable de santé pour tous pour les pays à faible revenu, est devenu sous l'effet des [programmes d'ajustements structurels préconisés par le Fonds monétaire international \(FMI\)](#) (voir aussi [consensus de Washington](#)) un pilier du Nouveau management public de la santé, du contrôle de la **porte d'entrée dans le système de santé** (*gate keeper*) et de la **gestion des parcours** individuels (*case manager, managed competition*). Les SSP sont chargés d'une **quantité de missions impressionnante, réduisant à peau de chagrin le rôle des niveaux de recours spécialisés** : promotion de la santé, prévention, éducation à la santé, soins curatifs de premier recours, réadaptation communautaire, orientation dans le système de santé, mais aussi, dans une perspective politique, émancipation et capacitation (*empowerment*) des populations qu'elle sert.

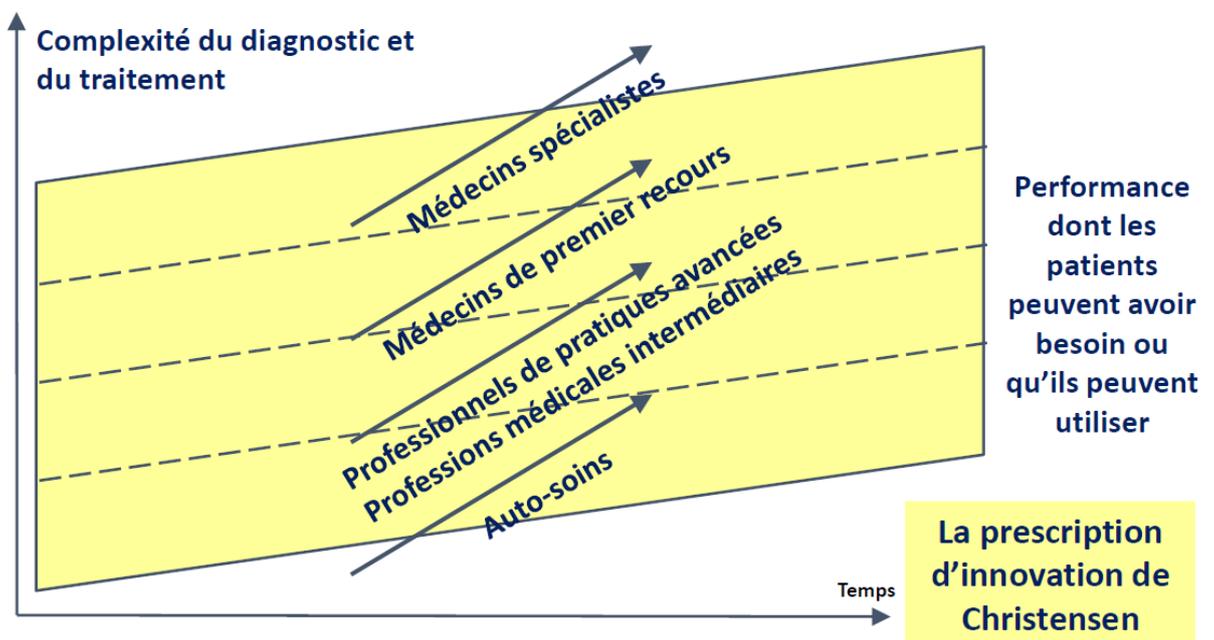
**Quels sont les effets de ces politiques ?** Pour l'ensemble des secteurs d'activités, nous observons la mise en œuvre des **4D** inhérents aux programmes d'ajustement structurels de la santé : **déshospitalisation** (suppression de [72000 lits en 15 ans selon la DREES](#) , **déspécialisation, démédicalisation et déprofessionnalisation** avec un [virage ambulatoire purement incantatoire](#), (Pierre-Louis Bras), en réalité un virage hospitalier vers des établissements constamment affaiblis.

**Loin des espoirs initiaux portés par la déclaration d'Alma Ata**, le modèle de SSP mis en œuvre est celui de la [Harvard Business School](#) : d'une part la [value base competition de Porter](#) qui sous-tend les « paiements regroupés » censés remplacer la T2A et le paiement à l'acte, de l'autre la [disruptive innovation de Christensen](#). Cette « **innovation de rupture** » repose sur une vision prédictive de la révolution technologique. Elle sous-tend le cantonnement des spécialistes dans des hôpitaux en nombre réduits, remplacés en ville par les généralistes, eux-

mêmes « disruptés » par **multiplication des professions intermédiaires et des auto-soins** permise par la technologie et les réseaux facilitateurs (**Figure 1**).

Il s'agit bien, dans son application française, d'une idéologie importée au service d'un rationnement des soins appliqué selon les principes du FMI dont l'épidémie a montré les limites. La *doxa* du rationnement par le rabot budgétaire explique les **tensions croissantes entre généralistes et spécialistes** d'une part, **entre professionnels de santé** d'autre part, lors des débats sur les nouveaux métiers de la santé, les pratiques avancées et les professions intermédiaires. La faisabilité politique de l'ajustement suppose de diviser les professionnels.

## Professions intermédiaires et innovation de rupture



*“Les spécialistes se concentreront sur le traitement des maladies les plus difficilement curables, pour les patients les plus sévères, les praticiens moins compétents pourront prendre en charge des patients plus complexes que ce qui leur est permis aujourd’hui. L’accès aux médicaments sans ordonnance permettra aux patients d’administrer des soins qui nécessitaient une prescription médicale. Les infirmières cliniciennes pourront traiter de nombreuses maladies qui nécessitaient l’accès à un médecin. De nouvelles procédures comme l’angioplastie permettent aux cardiologues de traiter des patients qui pouvaient nécessiter naguère des services pratiquant la chirurgie à coeur ouvert.”*

Figure 1 - Lire ici : [grandeur et misère des soins de santé primaires](#).

[Source : Will Disruptive Innovations Cure Health Care?](#)

**Le SYFMER rappelle qu'il est favorable à des pratiques avancées** pourvu que ces pratiques ne soient pas définies d'en haut dans le seul souci d'économies et de programmes d'ajustement structurels, ni par le seul souci de combler des déserts médicaux créés par les pompiers pyromanes. Elles doivent être **définies entre les parties prenantes** concernées par ces processus de décision, garantes de **protocoles pluriprofessionnels et médicalisés quand il le faut**, garantes aussi d'un niveau de **formation** et d'une organisation gradée des soins associant **accessibilité, qualité et sécurité, acceptabilité et soutenabilité** du système pour les patients.