

Deuxième appel à cotisation SYFMER et lettre d'information du 18 juin 2021

C'est le moment de cotiser au SYFMER et de participer à ses travaux.

La MPR est en première ligne. Une avalanche de réformes la confronte à des opportunités historiques mais aussi à des menaces tangibles.

La MPR : une spécialité du XXI^{ème} siècle, un OVNI à mieux valoriser

L'épidémie a montré combien les différentes stratégies de santé, prévention, soins curatifs, réadaptation et soutien social, doivent être étroitement intriquées et non seulement juxtaposées en secteurs institutionnels distincts.

[La MPR est en première ligne dans un numéro récent du Quotidien du médecin.](#)

Malgré sa reconnaissance croissante, **dans tous les secteurs, la MPR est encore un « OVNI »**, un objet de valorisation non identifié. **Il n'existe pas de juste tarification qui ne soit précédée de valorisation** au sens **d'identification des composantes de la santé qu'il est nécessaire d'améliorer**. Tous les exemples étrangers nous montrent que le préalable à une tarification adéquate de la MPR repose sur une **définition claire de la fonction de réadaptation** telle que déclinée dans les classifications internationales (CIF, stratégies de l'OMS, fonctions de la santé de l'ICHA). Cela concerne les systèmes d'information et les systèmes de comptabilité hospitalière ou relative aux soins ambulatoires.

Situation, trajectoire des réformes opportunités et menaces

La MPR en environnement aigu, bien identifiée à l'étranger sous forme *d'acute rehabilitation units*, est encore mal définie en France. Les SRPR, la promotion de la réadaptation précoce en environnement aigu, les expertises diagnostiques et thérapeutiques courtes et les équipes mobiles MPR en environnement aigu pourraient en constituer l'armature. **Mais attention : sortons de la confusion MPR = SSR !**

Pour en savoir plus >> [Diapos 11,12 et 13 du diaporama sur les autorisations](#)

La MPR en SSR est menacée avant tout par une tarification qui se cherche encore et qui est pour le moment **lissante pour toutes les prises en charges intensives et complexes**, faute de capter des programmes de soins à forte densité de réadaptation. Sous effectifs, fragilisation des compétences et pertes de chances pourraient peut-être être limitées par la dotation populationnelle, les compartiments PTS et expertise pour peu que les critères ne soient ni trop opaques ni trop peu fondés sur les preuves. **La solution n'est pas de sur-segmenter les SSR** en unités de « réadaptation précoce post-aigues » (PREPA-X) encore fondé sur les catégories diagnostiques de l'aigu dans une **politique du chien crevé au fil de l'eau sur les conditions de fonctionnement des SSR spécialisés**. Le SYFMER restera ferme sur ce point !

Pour en savoir plus >> communiqués de presse [CDP 1](#) – [CDP 2](#) – [CDP 3](#)

[Diapos sur la réforme des autorisations](#) - [Diapos sur le financement des SSR](#)

La MPR en libéral est très attractive en termes d'exercice mais menacée par la sous tarification des actes cliniques/intellectuels. Le SYFMER soutient les négociations

conventionnelles menées par Georges de Korvin au sein d'Avenir SPE. **Des avancées consistantes notamment sur l'APC sont attendues.**

Pour en savoir plus >> [Site d'Avenir SPE](#)

La MPR en médico-social constitue un mode d'exercice fondamental, lié à la position transversale entre soins et social de la MPR. Répondre aux besoins des personnes en situation de handicap nécessite de structurer des interventions pluriprofessionnelles sur les lieux de vie. Les équipes mobiles de MPR et la récente possibilité de toxine botulique en HAD contribuent à cette dynamique.

L'exercice pluriprofessionnel médicalisé et spécialisé est par essence transversal à tous les secteurs. Il est consubstantiel de la MPR dès que la complexité des patients le nécessite. Cet exercice concerne les secteurs salarié et libéral avec les **équipes mobiles dans et hors les murs et les équipes de soins spécialisées (ESS)** constituées en secteur libéral. A cet égard le SYFMER reste vigilant sur **le droit au diagnostic et à l'accès à la MPR** dans le cadre du développement du SAS, des CPTS, des protocoles de coopération et des nouvelles modalités d'attribution des aides techniques.

Pour en savoir plus >> [Les équipes de soins spécialisées](#)

Actualités : loi Rist, convention, SAS, aides techniques, toxine...

1 **La loi Rist** est publiée au journal officiel. Elle comporte des innovations importantes.

Professions paramédicales

Le projet de **profession médicale intermédiaire (PMI)**, cher à Olivier Véran, a été abandonné face à une levée de boucliers. L'article 1 n'apporte pas l'accès direct aux professions qui le demandent mais annonce un rapport qui dressera un état des lieux des pratiques avancées et examinera l'opportunité de laisser notamment les MK « exercer leur art sans prescription médicale ».

Le SYFMER restera en alerte sur les **notions de coopération interprofessionnelle, de pratiques avancées, de PMI et d'accès direct**, quant aux garanties qui accompagneraient l'évolution des professions paramédicales. Les référentiels de formation et d'intégration à des équipes de soins devront respecter l'accessibilité, la qualité et la gradation des soins. Il faut promouvoir la MPR aux niveaux de soins où elle est nécessaire à la définition et la coordination des programmes de soins en équipe multidisciplinaire.

Quelques évolutions de la loi dans le chapitre II :

- **Les sages-femmes** ont désormais le droit de prescrire des arrêts de travail de plus de quinze jours, de prescrire le dépistage d'infections sexuellement transmissibles et les traitements en lien avec ces IST listées par arrêté aux partenaires de leurs patientes. Leur droit de prescription est également étendu aux médicaments.
- **Les masseurs-kinésithérapeutes** peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les produits de santé nécessaires à l'exercice de leur profession dont la liste est fixée par arrêté, et non plus seulement certains dispositifs médicaux.

- **Les ergothérapeutes** peuvent désormais prescrire des dispositifs médicaux et aides techniques nécessaires à l'exercice de leur profession et renouveler les prescriptions médicales d'actes d'ergothérapie, dans des conditions fixées par décret.
- **Les orthophonistes** pourront adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an.

Pour en savoir plus >> [PMI : les clés pour comprendre la controverse](#)

2 Négociations conventionnelles

Le succès d'Avenir SPE aux élections laisse espérer des avancées pour la médecine spécialisée et en particulier pour les spécialités cliniques dont les revenus sont menacés. Le SYFMER est très présent au sein de ce syndicat horizontal de spécialistes pour faire entendre sa voix. **Avec Georges de Korvin nous appelons les jeunes libéraux à se joindre à lui pour préparer les rencontres avec Thomas Fatôme.** Le sujet concerne aussi les établissements puisqu'en dehors des CS complexes, interdites aux établissements, pour le reste, la nomenclature est la même.

3 Le service d'accès aux soins (SAS)

Né de la crise des urgences et de la volonté de mieux répondre à la diversité des situations de demande de soins vitaux, urgents et non programmés, [le nouveau dispositif SAS](#) prétend développer un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU, en lien avec les services de secours. Plusieurs questions se posent notamment concernant les **risques du monopole de l'orientation** inhérents à tout dispositif de coordination :

- **Une vision trop hospitalo-centrée** serait fondée sur la vision des urgentistes de la réponse aux problématiques spécialisées, parmi lesquelles l'intrication des maladies chroniques et des aspects médicosociaux. Le rôle d'expertise de la MPR dans les parcours des personnes handicapées n'est pas suffisamment reconnu.
- **Une vision trop centrée sur les généralistes** et potentiellement trop intégrée par les CPTS est un autre risque. La MPR doit se mobiliser pour participer au SAS.
- **Pour les établissements et la MPR libérale, il faut garantir que ces nouveaux mécanismes de coordination ne nuiront pas à l'accès à la MPR** et il est important que les médecins spécialistes s'organisent pour être parties prenantes. Le développement des équipes de soins spécialisées sous forme libérale ou des équipes mobiles de MPR est à cet égard capital pour nous positionner sur cette question clé du **droit au diagnostic et à l'accès aux soins spécialisés.**

Pour en savoir plus >> [Le Service d'Accès aux Soins : comment et pourquoi ? Diaporama sur l'avenant n° 9 \(SAS, télémédecine et numérique\).](#)

4 Aides techniques et suites du Rapport Denormandie-Chevalier

L'extension des compétences des ergothérapeutes dans la loi Rist a entraîné la suspension des travaux relatifs à la rédaction du protocole de coopération sur le même sujet. **Le SYFMER reste vigilant sur la question de l'attribution des aides techniques** et participe au sein du CNP au comité de pilotage sur les aides techniques

mis en place à la suite du rapport Denormandie-Chevalier. Deux points importants sont en discussion : la prescription au niveau du premier recours pour laquelle l'accessibilité est primordiale et la prescription des fauteuils roulants électriques : selon nous, ils doivent rester un « marqueur » d'un **niveau de complexité qui doit rester médicalisé et spécialisé** faute de pouvoir grader les profils de patients.

5 Toxine botulique

La toxine avait disparu de la dernière liste des molécules onéreuses sur le site de l'ATIH. La DGOS nous avait répondu que cet « oubli » allait être corrigé, ce qui a été fait au moins de mai.

Pour en savoir plus >> [Diaporama du SYFMER sur la toxine botulique.](#)

6. Gouvernance hospitalière

Si **le service est réhabilité** (ici, ce terme est approprié), « il constitue l'organisation de pertinence de qualité et de sécurité des soins », la gouvernance n'est pas pour autant rééquilibrée et le [Directeur reste dans les faits le seul patron de l'hôpital.](#)

...

Plus que jamais, il faut que les spécialistes en MPR se montrent actifs et solidaires pour faire valoir et imposer leur vision aux décideurs. Avec le CNP de MPR, la SOFMER et le COFEMER, nous devons nous faire entendre du Ministère, qui nous exclut du débat sur le modèle de financement des SSR dont la classification.

Pour cela : [Envoyez dès maintenant votre cotisation au SYFMER !](#)

[Payer avec l'IBAN en indiquant votre nom et prénom et le bulletin de cotisation](#)

Pourquoi cotiser au SYFMER ?

Pour défendre la MPR comme branche de la profession médicale, pour faire coïncider l'intérêt individuel et collectif des MPR avec celui des populations que nous servons, l'exercice professionnel avec la responsabilité populationnelle.

Pour faire reconnaître, valoriser et tarifier la MPR pour le juste soin au juste coût dans tous les secteurs et modes d'exercice de la MPR.

Parce que la représentativité dont dépend notre poids et les rapports de force dans les négociations se mesure au nombre de cotisants.

Parce que pour vous informer, vous conseiller et agir, le SYFMER appartient à de nombreuses organisations auxquelles il doit verser des cotisations substantielles qui constituent l'essentiel de nos frais : Avenir SPE, SNAM-HP, ASFORSPE, UEMS, CNP...

Parce que l'accès à l'information, aux données de santé et aux outils de communication modernes a un coût.

Jean-Pascal Devailly, président du SYFMER jpdevailly@gmail.com

Site <https://www.syfmer.org/>

Twitter : <https://twitter.com/syfmer>