

Lettre d'information du SYFMER du 25 novembre 2021

PLFSS 2022 : quand les mots signifient leur contraire

1. Autorisation pour les masseurs kinésithérapeutes (MK) et les orthophonistes d'exercer leur art sans prescription médicale

« L'accès direct » désigne la possibilité, dans le cadre du parcours de soin coordonné, mis en place en 2004, de consulter certains spécialistes : gynécologue, ophtalmologue, psychiatre, sans être orienté par son médecin traitant tout en bénéficiant d'une prise en charge sans majorations financières.

L'article 41 (art. 73 et 74 du texte définitif adopté le 29/11/2021) du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022 organise un « accès direct » vers les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes. Dans la forme adoptée par les sénateurs : « À titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné ..., l'État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans, dans aux plus cinq départements d'une même région et dans au moins un département d'outremer » ... « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine, précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement. »

Présentée sous le nom « d'accès direct » aux MK, avec des dispositions similaires pour les orthophonistes, cette mesure habiliterait ces professionnels à pratiquer des actes diagnostiques et thérapeutiques sans prescription ni supervision médicale, pris en charge par l'assurance maladie. Elle constitue une transformation radicale de notre système de santé qui ne relève pas d'un PLFSS. Cette expérience relève d'un transfert de compétences, dont les contours restent à préciser.

Pour le SYMER cette mesure dite « d'accès direct » signifie son contraire en termes d'accès aux soins, d'accès au diagnostic médical et à un programme thérapeutique global et coordonné. Le raisonnement clinique et le « diagnostic » reconnu de ces professions ne peut être assimilé à un diagnostic médical, auquel ces professionnels ne sont pas formés à ce jour.

Si elle est défendue par le pouvoirs public comme moyen de répondre à la pénurie de médecins et aux déserts médicaux, comme moyen de faire gagner du temps aux médecins et de favoriser l'évolution des professions paramédicale, elle remet en cause l'objectif d'un droit réel et non seulement formel d'accès direct à un médecin, acquis depuis la fin du XIXème siècle, consolidé par la sécurité sociale en 1945 et partie intégrante de notre protection sociale solidaire.

Le SYFMER déplore que les difficultés croissantes d'accès à la réadaptation en ville, dans les hôpitaux où les lits et les effectifs continuent de se réduire, enfin dans le secteur médico-social d'hébergement ne soient pas analysées comme relevant d'un domaine d'activités cohérent. Il constate **l'inaccessibilité croissante à la réadaptation** médicalement prescrite, véritablement thérapeutique et pertinente pour des patients requérant des soins de réadaptation avec des limitations d'activités sévères à risque de handicap. L'absence de cohérence des parcours de réadaptation retentit sur les admissions, les sorties d'hôpital et le maintien en fonction.

[L'avis du HCAAM du 22 avril 2021 relatif à la régulation](#) donne des pistes fécondes. Il propose l'allocation par destination qui concerne **les soins de premier recours, les soins aigus, la réadaptation, les personnes âgées et le handicap.**

« Le découpage en sous-enveloppes de l'ONDAM ...ne facilite pas un pilotage transversal, il est en partie conventionnel. En fait ce découpage ne fait que refléter l'organisation en silos de la régulation du système de santé. Le HCAAM réitère sa proposition d'un schéma cible de moyen terme, accompagnant une évolution de la gouvernance, visant à **découper l'ONDAM en fonction de la destination des soins et non plus des producteurs de soins.** » **[Avis du HCAAM sur la régulation.](#)**

Le SYFMER s'insurge contre la multiplication des actes en silos. Il redoute l'aggravation de la réduction de prises en charge thérapeutiques au profit de soins de confort et de bien-être, voire de soins thérapeutiques d'efficacité non prouvée, faciles à réaliser et dès lors plus lucratifs. **Il exhorte les pouvoirs publics à structurer un champ de réadaptation,** intégrant l'organisation et le financement pertinents de prestations à toutes les étapes des parcours de santé. Il demande **l'identification d'une filière professionnelle de réadaptation** au sens du rapport Sibille.

2. Les actions conjointes du CNP et du SYFMER

[Courrier au parlementaires relatif aux dispositions du PLFSS 2022](#)

[Les CNP d'Ophthalmologie, d'ORL et de MPR ont publié un communiqué commun](#)

[Communiqué du SYFMER en faveur d'une réingénierie concertée](#)

[Il a adressé une lettre aux parlementaires \(commissions des affaires sociales\)](#)

Le conseil de l'Ordre des médecins et les [syndicats transversaux comme avenir SPE](#) se sont mobilisés contre la démedicalisation des soins de premiers recours, par un cavalier législatif d'une loi de financement inappropriée pour cela.

[Le texte du Sénat](#) – Les [amendements adoptés au Sénat](#)

3. Décrets SSR et financement des SSR

Les nouveaux décrets sont annoncés pour le premier trimestre 2022. **La réforme du financement des SSR est reportée à 2023** mais la nouvelle classification visée tarifaire relative au compartiment à l'activité s'appliquera dès 2022.

4. Glossaire de novlangue du PLFSS

Pour rendre acceptable des réformes qui prétendent améliorer l'accès, la qualité et la sécurité des soins tout en continuant à réduire les dépenses de santé, les pouvoirs publics utilisent des termes obscurs qui signifient souvent leur contraire, des mots valises et des oxymores qui paralysent toute pensée critique

Accès direct : dans le PLFSS 2022 l'accès direct aux professionnels de santé signifie en réalité un accès indirect aux médecins. Pour les patients, c'est une réduction du droit d'accès direct à un médecin qui fait partie intégrante de la protection sociale. La distinction entre droit réel et droit formel est essentielle pour comprendre que cette mesure de rationnement s'exercera à géométrie variable, au détriment de l'égalité du recours aux soins.

L'accès direct, en confondant droit pour les professionnels et droit pour les patients signifie ici son contraire, dans un contexte où la pénurie de médecins, de lits et d'effectifs de soignants hospitaliers met les pouvoirs publics aux abois. Notons qu'il existe aussi des déserts paramédicaux et que malgré l'affirmation par le ministre de la santé de l'incompétence de certaines disciplines médicales pour prescrire la kinésithérapie, l'impossibilité catastrophique d'obtenir en ville après prescription médicale des séances de rééducation pour des patients requérant la réadaptation et à risque de handicaps sévères. Autorité, absence de concertation et absence d'analyse de la réalité semblent hélas parfaitement assumées.

Triage : terme de médecine de guerre ou de catastrophe qui vise à optimiser les chances et réduire les pertes de chances en contexte de pénurie de moyens, entre les patients qu'on peut traiter efficacement et ceux qu'on ne pourra sauver. Le triage dépend essentiellement des moyens de l'arrière et est confié à un médecin/chirurgien expérimenté et très compétent. Le terme a aussi été utilisé pour montrer comment les pertes de chances pour certains patients du fait du manque de moyens en ville ou à l'hôpital ([Sophie Crozier](#), voir aussi [ici](#)) se sont dramatiquement aggravées pendant la pandémie. Lié à l'accès direct, le terme est utilisé pour expliquer comment choisir à l'aide de *red flags*, inspirés d'une médecine algorithmique, les patients qu'on va orienter vers un médecin et ceux qu'on ne va pas inciter à y accéder, même si le droit formel leur permet encore. Mais une réforme des règles de financement des parcours de soin peut constituer l'étape suivante dans une logique de *gate keeper* et de *managed care*, qui ouvre ou ferme la porte de l'accès aux médecins.

Exercice en pratiques avancées (loi Touraine de 2016)

La confusion introduite par les rapports et textes successifs en ont fait un mot fourre-tout, *buzzword* ou mot-valise, sur lequel il est impossible de se prononcer tant il est confus et dépourvu d'antonyme. Il comporte des approches radicalement différentes ;

- **L'accès direct** constitue un **transfert de tâches** : le bénéficiaire du transfert opérerait le « triage » les patients qui n'auront pas un accès direct au médecin,
- **La délégation de tâches** se conçoit dans une équipe interprofessionnelle, coordonnée et médicalisée en ville ou en établissement, ce qui **préserve le droit réel d'accès direct au médecin** tout en favorisant la coopération, la coordination, l'évolution des professions et la meilleure allocation des ressources.

[Avis du HCAAM sur l'organisation de la médecine spécialisée et le second recours](#)

- **Le développement de nouvelles professions intermédiaires ou à compétences médicales définies** qui auraient le droit d'exercer sans prescription des actes diagnostiques et thérapeutiques médicaux.

Clinique, raisonnement clinique, diagnostic, diagnostic médical

Les professions de santé ont une large autonomie de décision dans le respect de la réglementation. Toute situation clinique suppose un raisonnement clinique qui n'est partagé que dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle et ou pluridisciplinaire.

La notion de « diagnostic » est reconnue par les textes. Elle met en relation un ensemble de signes avec un répertoire d'état cliniques et un répertoire d'interventions possibles. Si le diagnostic infirmier fait référence à une liste de situations, le diagnostic en kinésithérapie est plus centré sur le modèle clinique utilisé, proche du processus de production du handicap canadien. Dans les deux cas il ne s'agit en aucun cas, aujourd'hui en France, d'un diagnostic médical. Si les signes peuvent être communs, les liens entre signes, interventions et nosologie médicale qui font l'objet de longues années d'acquisition de compétences théorique et pratiques dès que les étudiants sont admis au sein d'équipes hospitalières ou libérales ne sont pas établis.

Certains pays ont développé la formation au diagnostic médical dans certains domaines pour les physiothérapeutes, avec un niveau de diplôme très variable. En France une telle démarche n'a pas encore eu lieu. Elle suppose une large concertation relative aux diplômes, à la formation et aux textes relatifs à l'exercice professionnel. Les résultats de ces démarches sont contradictoires et ces processus doivent être validés dans chaque conteste national, en se gardant d'importer par passage en force des pratiques promues soit pour les pays à faible revenu (OMS) soit pour des pays où il y a une pénurie de médecin pour des raisons très diverses

Si le raisonnement clinique doit être partagé, le diagnostic professionnel n'est pas synonyme de diagnostic médical. Oublier cela serait une faute grave au regard du principe de solidarité qui suppose un égal droit au diagnostic médical.

La formation de certains professionnels au diagnostic médical peut s'inscrire dans le développement de « professions intermédiaires » ou de nouveaux métiers qui auraient des « compétences médicales définies ». S'il faut explorer cette idée, elle suppose une transformation radicale de notre système de santé. Une analyse robuste du rapport bénéfices / risques et de réels niveaux de preuves de l'apport de modèles internationaux sont attendus. Un choix fondamental reste à faire pour la protection sociale, sans renoncer à réduire la pénurie de médecins généralistes et spécialistes. Elle exclue le cadre actuel qui associe un rationnement caché, des solutions politiques autoritaires à la triple crise de l'hôpital, des soins de ville et du secteur médico-social et enfin une vision purement technocratique et descendante de la réingénierie par une « démarche métier » telle que décrite dans les [rapports Berland](#).

[Le diagnostic médical : académie de médecine](#)

[Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé](#)

Jean-Pascal Devailly - 06 60 65 25 51 - jpdevailly@gmail.com - <https://www.syfmer.org/>

[Adhérez ou envoyez votre cotisation au SYFMER](#)