



Propositions de la MPR

Pour la Convention 2024

V2.3 – 01/01/2024

Georges de Korvin et Jean-Pascal Devailly
SYFMER

PLAN

I.	QUESTIONS DE LA CNAM	3
II.	PRÉSENTATION DE LA MPR	4
A.	DÉFINITION EUROPÉENNE DE LA SPÉCIALITÉ.....	4
B.	BREF HISTORIQUE.....	4
C.	LA DÉMOGRAPHIE	5
D.	LES ORIENTATIONS CONCRÈTES	5
III.	PLACE DE LA MPR DANS LE PARCOURS DES PATIENTS	6
A.	RÔLE D'EXPERTISE ET/OU DE SUIVI	6
B.	LIEN AVEC LE MÉDECIN TRAITANT.....	6
C.	SOINS NON PROGRAMMÉS / ACCÈS EN URGENCE	7
D.	LIEN VILLE – HÔPITAL	7
IV.	COMMENT RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS	8
A.	MODALITÉS D'EXERCICE : EXERCICE ISOLÉ, EN GROUPE, PLURI-SPÉCIALITÉ	8
B.	ORGANISATIONS TERRITORIALES : ESS, CABINETS SECONDAIRES, ACTIVITÉ MIXTE	8
1.	<i>Les Équipes de soins spécialisées (ESS)</i>	8
2.	<i>Le cabinet médical spécialisé</i>	9
3.	<i>Le pôle spécialisé</i>	9
4.	<i>Interventions déportées</i>	9
C.	PLACE ET PERTINENCE DE LA TÉLÉCONSULTATION ET DE LA TÉLÉEXPERTISE.....	9
V.	QUELS LEVIERS SUR LES HONORAIRES ?	11
A.	ANALYSE DE L'ACTIVITÉ.....	11
1.	<i>La transformation de l'APC en consultation d'expert (N2)</i>	11
2.	<i>Le niveau 3</i>	11
3.	<i>Le regroupement des actes</i>	12
4.	<i>Trois types de majorations méritent d'être maintenues ou créées :</i>	12
B.	QUESTION DE L'OPTAM	12
C.	ACTES ET PLACE DES RÉMUNÉRATIONS FORFAITAIRES.....	12
D.	AUTRES LEVIERS D'ATTRACTIVITÉ	13
1.	<i>L'allègement des procédures administratives</i>	13
2.	<i>Travail aidé</i>	13
3.	<i>Prise en charge de soins non conventionnés</i>	13
4.	<i>Les injections de toxine botulique en MPR</i>	13
VI.	PERTINENCE ET SOBRIÉTÉ	15
A.	CONSULTATIONS	15
1.	<i>Une application argumentée de la nouvelle nomenclature</i>	15
2.	<i>Lutter contre les rendez-vous non honorés</i>	15
B.	ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION	15
C.	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	16
D.	TRANSPORTS	16
E.	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	16
F.	MÉDICAMENTS.....	16
G.	DISPOSITIFS EXTERNES.....	17
H.	RÉÉDUCATION	17
I.	SUIVI DE L'EFFICIENCE	17
VII.	EXEMPLES DE RÉALISATIONS EN MPR	18
A.	ORGANISATION POLYVALENTE	18
B.	ORIENTATION LOCOMOTRICE ET MOUVEMENT.....	18
C.	LOCOMOTEUR, RACHIS.....	19
D.	SYSTÈME NERVEUX	20
E.	MPR PÉDIATRIQUE	21
F.	MPR PELVI-SPHINCTÉRIENNE.....	22

I. Questions de la CNAM

PREMIÈRES QUESTIONS POUR DÉMARRER NOS ÉCHANGES

- 1** **Quelle place de ces spécialités dans le parcours des patients ?**
 - Rôle d'expertise / de suivi
 - Lien avec le médecin traitant
 - Soins non-programmés / accès en urgence
 - Lien ville - hôpital

- 2** **Comment renforcer l'accès aux soins spécialisés ?**
 - Modalités d'exercice : exercice isolé, en groupe, pluri-spécialité, ... ?
 - Organisations territoriales : ESS, cabinets secondaires, activité mixte ?
 - Place et pertinence de la téléconsultation et de la télé-expertise

- 3** **Quels leviers sur les honoraires ?**
 - Analyse de l'activité
 - Question de l'OPTAM
 - Actes et place des rémunérations forfaitaires
 - Autres leviers d'attractivité ?

- 4** **Autres questionnements des partenaires conventionnels**

II. Présentation de la MPR

A. DÉFINITION EUROPÉENNE DE LA SPÉCIALITÉ

La médecine physique et de réadaptation (MPR) est une spécialité médicale visant l'amélioration du **fonctionnement** physique et cognitif, des activités (incluant le comportement), de la **participation** (incluant la qualité de vie) et la **modification des facteurs personnels et environnementaux**. Elle est donc responsable de la prévention, du diagnostic, du traitement et de la réadaptation des personnes de tous âges subissant des conditions médicales responsables de handicaps et de comorbidités."

Section MPR de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes -2003

Dans les faits, la MPR est une spécialité à la fois transversale et multiforme qui a toujours su s'adapter aux besoins personnels et collectifs des patients : mutilés de l'après-guerre, épidémie de poliomyélite, accidentés de la route, accidentés du travail, accidents vasculaires cérébraux, enfants handicapés (IMOC, polyhandicapés, myopathies, spina bifida), douleurs chroniques, en particulier rachidiennes), pathologie musculosquelettique et traumatologie non chirurgicale, lutte contre la sédentarité et des troubles métaboliques (obésité, diabète, activité sportive des personnes fragiles, dont cancéreux), activités maladies neuromusculaires, pathologie dégénérative...

Bien souvent, elle offre des alternatives aux traitements médicamenteux et elle accompagne ou remplace certains traitements chirurgicaux.

B. BREF HISTORIQUE

La MPR s'est développée dans les années 1960 et surtout 1970 dans les centres de rééducation et sur la base d'un Certificat d'Études Spéciales (CES). A la suppression des CES dans les années 1980, il y a eu une jachère d'une dizaine d'années dans la formation, jusqu'à la filiarisation de l'Internat. La MPR s'est alors développée dans les CHU, les hôpitaux publics et les ESPIC, plus ponctuellement dans certains centres privés à but lucratif.

En parallèle, le secteur libéral était occupé par des médecins s'occupant beaucoup de thérapies manuelles. Ceci a évolué avec les jeunes générations qui ont cherché à transposer en milieu ambulatoire et libéral ce qu'ils ont appris en milieu hospitalier.

En parallèle, la demande de prises en charge MPR ambulatoires a beaucoup augmenté avec le raccourcissement des hospitalisations et le vieillissement de la population.

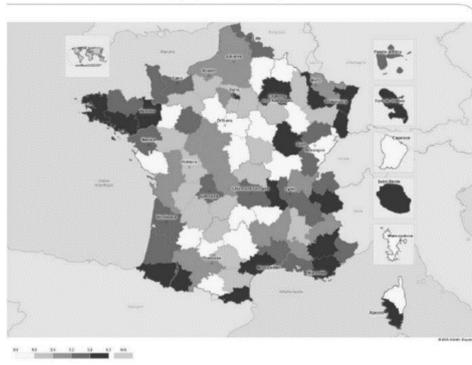
C. LA DÉMOGRAPHIE

Pour 2023, la DREES indique 2488 MPR, dont 260 libéraux exclusifs et 167 d'exercice mixte. Le CNOM indique des chiffres un peu moindres, mais dans les mêmes proportions.

La densité est inhomogène selon les régions. Les régions où la formation a été la plus active et où les centres et services de rééducation ont été les plus dynamiques sont les mieux pourvues. Néanmoins, **la filiarisation et le développement de la MPR dans tous les CHU tendent à mieux répartir la nouvelle génération de MPR.**

Pour que la MPR libérale puisse se développer partout pour répondre aux besoins, il est important de **faciliter les initiatives isolées afin d'attirer les talents qui étofferont les équipes de soin.**

Carte 97 – Densités – Médecine physique et de réadaptation



D. LES ORIENTATIONS CONCRÈTES

Dans un service ou un centre MPR, les équipes ont développé une polyvalence permettant de gérer tous types de problèmes. C'est ce qui a permis à la MPR de concrétiser sa nature transversale, centrée non pas sur un organe mais sur un **objectif** auxquels doivent répondre des **moyens humains et matériel**.

En secteur libéral, surtout si l'on crée une activité de zéro, il n'est pas matériellement ni intellectuellement possible d'en faire autant, du moins au départ. Cela explique pourquoi la génération actuelle de MPR s'est organisée autour de certains axes :

- Médecine orthopédique et du mouvement
- Douleurs et déformations du rachis
- Troubles de l'équilibre et de la marche
- Réadaptation neurologique et neuro-orthopédie
- Troubles pelvisphinctériens et sexuels

La réadaptation cardiaque et pneumologique sous obédience MPR existe en milieu hospitalier, mais elle ne s'est pas développée en libéral. Néanmoins, les « médecins du mouvement » s'occupent du **réentraînement à l'effort de personnes fragiles** en raison de diverses causes (de la surcharge pondérale au cancer et passant par les lombalgies chroniques).

La **réadaptation pédiatrique** tient une grande place dans certains CHU, souvent organisée à proximité des unités pédiatriques. En libéral, des MPR interviennent dans des IME, des MAS et des structures de réadaptation ambulatoires, de type SESSAD. Mais la réglementation du secteur libéral n'est pas favorable au développement d'une activité pédiatrique.

III. Place de la MPR dans le parcours des patients

A. RÔLE D'EXPERTISE ET/OU DE SUIVI

Le médecin MPR offre au patient une expertise intellectuelle, certains savoir-faire techniques (par exemple, médecine manuelle, infiltrations diverses, injections de toxine botulique, ENMG, échographie, orthèses, moulages et immobilisations rigides ou souples...) et un outil de prise en charge adapté. Il peut s'agir d'un plateau technique in situ et/ou d'un réseau d'évaluation et de soins pluridisciplinaire et pluriprofessionnel.

Les consultations cliniques ou techniques s'inscrivent dans un schéma en boucle diagnostic-évaluation -> prise en charge active -> réévaluation

Le patient sort de cette boucle (« discharge » en anglais) lorsque certains critères sont réunis

- Les buts sont atteints, totalement ou partiellement. Les buts intègrent des critères somatiques et fonctionnels, ainsi que la réadaptation sociale et professionnelle.
- La participation du patient est insuffisante pour que l'action soit efficace.

Outre la première consultation, et les gestes techniques, il faut donc programmer des consultations de réévaluation, très importantes pour vérifier la bonne exécution de la stratégie définie et l'orienter de manière pertinente.

Le diagnostic, ainsi que l'évaluation clinique et psychologique tiennent une place essentielle pour déterminer la pertinence des examens complémentaires et des mesures de prise en charge. Au-delà des grands principes, chaque plan de soin doit être personnalisé pour optimiser les moyens à mettre en œuvre et augmenter les chances de réussite.

Dans certains cas, la consultation est consacrée à clôturer une quête médicale conduisant à un nomadisme stérile. Pour assurer son pouvoir de conviction, le médecin doit prendre le temps de bien écouter le patient, de l'examiner soigneusement, d'analyser son volumineux dossier en détail, de lui donner des explications détaillées et de lui fournir des pistes pour s'affranchir d'une emprise médicale ou paramédicale inutile.

Le suivi d'une maladie évolutive ou chronique doit répondre à une logique précise, appuyée, en général, sur les recommandations des sociétés savantes. Par exemple, pour une scoliose, un rythme annuel peut être suffisant pendant la petite enfance, mais il pourra être légitime de revoir l'enfant 2 à 3 fois par an en période de transformation pubertaire. Un examen clinique précis, répété par le même opérateur, évite dans certains cas des radiographies inutiles.

Dans d'autres affections, il suffit de bien informer le patient et son médecin traitant des signes d'alerte qui doivent déclencher un nouveau recours au spécialiste.

B. LIEN AVEC LE MÉDECIN TRAITANT

La MPR s'inscrit parfaitement dans le schéma du médecin traitant qui adresse le patient pour une prise en charge et reprendra les commandes à la fin de celle-ci. Le médecin traitant peut également participer lui-même à la prise en charge en conseillant le patient sur les ressources de proximité et en alertant le MPR des impondérables observés.

Du fait du déficit en médecins généralistes, **l'adressage doit être élargi** à certains professionnels paramédicaux (kinés, infirmières, ergothérapeutes, sage-femmes...).

Un accès direct au MPR doit être possible, sans préjudice sur les cotations N2, dans des situations urgentes (douleurs musculosquelettiques aiguës, traumatismes, complication chez un patient connu). Un rapport sera toujours rédigé et adressé tant au patient qu'au médecin traitant.

Des organisations spécifiques avec les chirurgiens, les urgentistes ou d'autres spécialités médicales doivent aussi être admises pour limiter les consultations redondantes.

Dans tous les cas, **l'information du médecin traitant** est une obligation bien compréhensible.

C. SOINS NON PROGRAMMÉS / ACCÈS EN URGENCE

Plusieurs formes de soins non programmés ou urgents sont gérables par les MPR : la traumatologie non chirurgicale, les douleurs musculosquelettiques aiguës, y compris les urgences rachidiennes douloureuses, les tassements ostéoporotiques...

Les MPR peuvent aussi faciliter l'accès aux soins des personnes sévèrement handicapées, dont les modes de traitement peuvent être spécifiques. Par exemple, traitement d'une fracture chez un patient IMC ou porteur d'une maladie des « os de verre ». Cela peut éviter de longues attentes anxiogènes et des gestes intempestifs.

Il faut souligner que ces prises en charges sont très chronophages et consommatrices de ressources : locaux vastes et adaptés, personnel d'aide. Il faut aussi une organisation particulière du planning de consultations pour prévoir des créneaux d'urgences et le moyen de ne pas les laisser inoccupés si aucune urgence ne se présente. Par exemple, une secrétaire peut gérer une liste d'attente non urgente pour remplir les créneaux laissés libres sous 24 heures.

D. LIEN VILLE – HÔPITAL

Une articulation entre le secteur libéral et l'hôpital est un idéal qu'il faut trouver les moyens de réaliser. Des organisations communes, comme les équipes mobiles mises en place en Aquitaine, peuvent être mutualisées. C'est à rapprocher du projet d'Equipes de soins spécialisées porté par Avenir Spé

La rémunération dérisoire des vacations hospitalières est un frein qui pourrait être levé en majorant la rémunération des libéraux qui apportent leur expertise à certains établissements.

Il faut une volonté de part et d'autre. Ceci existe en certains endroits, comme à Bordeaux où la MPR neurologique s'est développée en libéral tout en s'articulant bien avec les services de MPR hospitaliers.

Il faut un contrat clair, sans concurrence déloyale et avec une **gouvernance équilibrée**

IV. Comment renforcer l'accès aux soins spécialisés

A. MODALITÉS D'EXERCICE : EXERCICE ISOLÉ, EN GROUPE, PLURI-SPÉCIALITÉ

La MPR a vocation à s'exercer en équipe. Même si le MPR est seul dans sa spécialité, il peut s'installer dans un environnement multidisciplinaire ou multi professionnel où se développeront des collaborations fécondes.

La tendance actuelle est au regroupement, souvent à proximité d'un établissement de soins privés avec lequel des relations privilégiées peuvent s'organiser.

Mais il serait fâcheux d'imposer un modèle unique ou des règles trop rigides, décourageant les initiatives ou conduisant à des contorsions pour répondre au cadre.

Les professionnels avec lesquels les MPR sont le plus amenés à coopérer sont :

- Les chirurgiens : orthopédistes, neurochirurgiens, chirurgiens vasculaires, urologues
- Les spécialistes médicaux : médecins du sport, rhumatologues, neurologues, psychiatres, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs (avec de possibles interventions précoces en réanimation), médecins doloristes...
- Presque tous les paramédicaux : infirmières, IPA, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthoprothésistes et podoorthésistes, psychologues, APA (moniteurs d'activités sportives adaptées), ergonomes...
- Dans le secteur social : assistantes sociales, médecins du travail...
- Sans oublier les médecins généralistes.

B. ORGANISATIONS TERRITORIALES : ESS, CABINETS SECONDAIRES, ACTIVITÉ MIXTE

1. Les Équipes de soins spécialisées (ESS)

Certains MPR ont trouvé leur place dans une CPTS, par exemple en région Centre, en raison du contexte local.

Plus généralement, le concept d'ESS correspond bien aux organisations à mettre en place en MPR. Compte tenu des réalités de terrain, les MPR doivent pouvoir s'associer à d'autres spécialistes répondant à un même objectif : médecins du sport, rhumatologues, neurologues, gériatres, pédiatres, chirurgiens urologues, chirurgiens orthopédistes principalement.

Pour les raisons que nous avons évoquées dans la présentation de la spécialité, une ESS de MPR polyvalente sera un objectif trop complexe et ambitieux pour être réalisable à court terme en secteur libéral. **En revanche, on peut concevoir des ESS MPR + autres spécialités dans des domaines plus focalisés :**

- Médecine orthopédique et du mouvement
- Douleurs et déformations du rachis

- Troubles de l'équilibre et de la marche
- Réadaptation neurologique et neuro-orthopédie
- Troubles pelvisphinctériens et sexuels

Pour donner une assise efficace à une ESS de MPR, il faut reconnaître deux niveaux d'organisation lui assurant une opérabilité réelle :

2. Le cabinet médical spécialisé

Le cabinet médical est généralement composé de médecins de la même discipline, selon diverses modalités juridiques. Il peut employer du personnel administratif et selon les cas, du personnel technique ou paramédical. La collaboration avec des intervenants extérieurs se fait généralement sur le mode de la « correspondance » individuelle, non formalisée. Les contrats avec les établissements de soins sont aussi généralement passés de manière individuelle sur la base du règlement intérieur de ces soins.

La participation à des sociétés plus importantes est possible pour l'exploitation de matériels lourds, notamment en imagerie.

3. Le pôle spécialisé

On parle aussi de « centres autonomes spécialisés »

La constitution d'un pôle spécialisé autour d'un projet médical partagé, est le fondement indispensable pour développer des soins coordonnés. Le pôle peut être composé par un ou plusieurs cabinets médicaux et, éventuellement, paramédicaux, rassemblant les compétences et la logistique pour le diagnostic, l'évaluation et le traitement d'une population pathologique donnée.

Le projet médical est l'élément fondateur de ce regroupement. Il peut aussi répondre à un projet mono ou multidisciplinaire dans un domaine partagé. Par exemple, pathologie rachidienne partagée entre rhumatologues, MPR et chirurgiens du rachis. Dans ce cas, plusieurs cabinets peuvent participer à la plateforme et faire appel à des professionnels paramédicaux intervenant sur place ou à distance.

De telles structures existent déjà en certains endroits. Elles mériteraient d'être inventoriées et proposées à titre d'exemples.

4. Interventions déportées

Plus un cabinet ou un pôle sont étoffés, plus il est possible de déléguer des médecins ou des paramédicaux pour assurer des vacations dans des **cabinets secondaires distants**. Les ESS peuvent aussi servir à mutualiser certaines installations. Localement, des installations peuvent être mises à disposition par des établissements ou des maisons médicales.

La télé médecine peut aussi être organisée en s'appuyant sur un réseau de correspondants avertis.

C. PLACE ET PERTINENCE DE LA TÉLÉCONSULTATION ET DE LA TÉLÉEXPERTISE

La téléconsultation ne remplace pas la consultation de MPR qui a besoin de s'appuyer sur l'examen physique et le contact direct avec le patient.

Mais elle a sa place dans diverses conditions :

- Pour préparer certaines consultations, notamment des consultations groupées de patients lourdement handicapés
- Pour le suivi de certains patients déjà bien connus, notamment à des stades intermédiaires de la prise en charge.

A Rennes, le Pôle Saint-Hélier (ESPIC) a développé une téléconsultation de prise en charge des escarres, en collaboration avec des infirmières libérales.

Aux Pays-Bas, un monitoring postural est organisé pour la prise en charge des patients cervicalgiques sur leur milieu de travail.

Les initiatives se multiplient dans ce domaine. Le problème est celui du coût et de la gestion au quotidien de ce monitoring par un intervenant paramédical.

Les échanges rapides avec les patients ou les correspondants par mail, sécurisés et traçables, doivent être encouragés et valorisés, par exemple au niveau d'une téléexpertise.

V. Quels leviers sur les honoraires ?

A. ANALYSE DE L'ACTIVITÉ

Données statistiques à compléter par la CNAMTS comme elle l'a fait pour les autres spécialités.

Une bonne valorisation des consultations à forte valeur médicale ajoutée, on pousse le médecin à privilégier l'augmentation de sa file active au détriment des consultations plus routinières, éventuellement déléguables à un professionnel paramédical.

1. La transformation de l'APC en consultation d'expert (N2)

Pour la MPR, la transformation de l'APC en consultation d'expert N2 est une **priorité**. Cela repose sur une redéfinition :

- Un adressage élargi (paramédical, autre spécialiste, service d'urgence, SAS...)
- La suppression des critères restrictifs a posteriori. La prise en charge MPR a valeur d'un acte chirurgical ou de tout autre acte de bloc opératoire.

La répétition des N2 peut être encadrée par un programme de soins, selon les recommandations des sociétés savantes.

2. Le niveau 3

Le niveau 3 est destiné à remplacer les consultations « très complexes » de la NGAP actuelle.

Si l'on considère l'ensemble des spécialités, il s'agit généralement d'une consultation pour « **l'annonce et l'organisation de la prise en charge** », dans un nombre limité de situations bien définies. Ceci doit rémunérer un *temps prolongé en présence du patient* et un *travail organisationnel* permettant une prise en charge interdisciplinaire et multiprofessionnelle.

En MPR, nous avons isolé les situations suivantes :

- Appareil locomoteur :
 - Lombalgie +- radiculalgie en arrêt de travail depuis plus de 6 semaines et incapacité à reprendre le travail dans les 15 jours à venir : 1ère fois ou à un mois de prise en charge
 - Déformation rachidienne de l'enfant (scoliose ALD, cyphose).
- Système nerveux :
 - Affection du système nerveux central (cérébrale, médullaire) ou neuromusculaire (non traumatique et non canalaire) : 1ère fois ou révision complète à 1 an
 - Trouble de l'équilibre ou de la marche avec chutes : 1ère fois ou révision à 1 an - inclut perception de la verticalité,
- Appareil pelvisphinctérien et sexuel
 - Troubles vésico-sphinctériens, ano rectaux ou sexuels, d'origine neurologique ou réfractaires à au moins deux lignes de traitement antérieur : 1ère fois. Inclut débimétrie
 - Douleur pelvi-périnéale chronique : évolution depuis plus de trois mois, 3ème recours : 1ère fois

Les consultations de polyhandicapés, enfants ou adultes, méritent une attention prioritaire. Au moins une fois par an, il est essentiel de procéder à une révision approfondie du dossier du patient et à un examen complet. En effet, le danger est de laisser la prise en charge sombrer dans la routine

et de passer à côté de besoins mal pris en charge, voire de complications passées inaperçues. Ce sont des consultations qui prennent au moins une heure, parfois plus, en présence du maximum de participants à la prise en charge. Il faut être spécialement organisé pour cela. Les consultations classiques chez le médecin traitant ou les spécialistes d'organes ne répondent pas à ce besoin d'une analyse complète suivie de propositions hiérarchisées, puis d'une mise en œuvre bien coordonnée.

3. Le regroupement des actes

Rémunérer l'association d'une consultation N2 avec un acte technique codé à la CCAM doit favoriser **l'optimisation du temps médical**, la réponse aux urgences, la prise en charge de nouveaux patients et faire des économies sur les déplacements et les indemnités journalières.

4. Trois types de majorations méritent d'être maintenues ou créées :

Augmentation de la MCU, applicable à tout patient pris en charge dans les 3 jours ouvrés suivant la demande exprimée, par le médecin traitant, le SAS, un médecin tiers ou un professionnel paramédical.

Consultation d'une personne dépendante, quel que soit l'âge, si l'accompagnement par un aidant est nécessaire. Le handicap peut être locomoteur, sensoriel, cognitif, mais aussi linguistique et social (personnes sous tutelle, par exemple)

Une majoration pour les gestes effectués sur des patients polyhandicapés.

B. QUESTION DE L'OPTAM

L'OPTAM doit être harmonisée vers le haut entre régions, avec des critères nettement plus ouverts pour être réellement attractifs.

Pour les médecins en secteur 1, l'accès à un espace de liberté tarifaire doit être ouvert sous de nouvelles conditions, plus souples, tenant compte des efforts déployés au profit de la population. **Un parcours d'assistant hospitalier ou de clinicien universitaire ne doit plus être la condition unique** pour accéder à l'OPTAM.

Il faut admettre de **nouveaux critères** :

- **Admettre un exercice de 2 ans en ESPIC comme équivalent à deux ans en centre hospitalier public.** Beaucoup de MPR font leur post-internat en centre de rééducation, dont certains sont très réputés et ont le statut d'ESPIC, de la même manière que les centres anti-cancéreux.
- *Une pratique de 2 à 3 ans en Secteur 1* qui doit être reconnue comme un service rendu à la collectivité
- *Une installation primaire ou secondaire en zone sous-dotée*
- *La participation active à une ESS couvrant un territoire élargi*

C. ACTES ET PLACE DES RÉMUNÉRATIONS FORFAITAIRES

Le paiement à l'acte reste le meilleur moyen de rémunérer l'activité de soins en MPR. Il peut être encadré par des référentiels de société savantes permettant d'établir des programmes de soins pertinents.

Nous sommes hostiles aux « forfaits de soins » à partager entre plusieurs spécialités ou professions. Cela ne peut conduire qu'à des conflits et à un moins-disant en matière de soins fournis. Le paiement à l'acte rémunère ce qui a été fait, le forfait rémunère ce qui devrait être fait, sans aucune garantie que cela soit effectif.

En revanche, des forfaits pourraient rémunérer d'autres formes d'activités du médecin :

- La mise en place et la gestion d'une organisation de soins

- La formation des interlocuteurs : médecins traitants, paramédicaux et autres
- La participation à des réunions pluridisciplinaires, des registres, etc.
- La participation à des actions collectives de dépistage et de prévention

D. AUTRES LEVIERS D'ATTRACTIVITÉ

1. L'allègement des procédures administratives.

Certaines pourraient être déléguées au contrôle médical de CPAM :

- Prise en charge des transports
- Arrêts de travail standardisés : le certificat médical ne concernerait plus que les exceptions justifiables

2. Travail aidé

Concernant le travail aidé, on parle beaucoup des assistants médicaux et des infirmières de pratiques avancées. Nous y souscrivons mais...

Il faut aussi valoriser les personnels déjà employés par les médecins spécialistes, notamment les **secrétaires médicales** qui jouent un grand rôle dans l'organisation des plannings, l'accompagnement des patients et les nombreuses tâches administratives.

3. Prise en charge de soins non conventionnés

Certaines stratégies de MPR ne peuvent se passer de certains professionnels dont les interventions ne peuvent être remboursées dans le cadre conventionnel classique, alors qu'elles le sont en routine dans le cadre d'hospitalisations : ergothérapeutes, psychologues, professionnels de l'activité physique adaptée...

C'est un vrai handicap pour le développement de la MPR ambulatoire qui n'a pas les moyens de rémunérer tous ces professionnels.

S'il peut être difficile d'ouvrir les vannes du remboursement à tous les actes de ces professionnels, il est possible de concevoir une prise en charge dans le cadre des ESS et de programmes conformes aux recommandations des sociétés savantes.

4. Les injections de toxine botulique en MPR

Les injections de toxine botulique ont plusieurs types d'indications en MPR :

- Spasticité musculaire en neuro-orthopédie, particulièrement chez les enfants et adultes hémiplésiques, les infirmes moteurs d'origine cérébrale, les para et tétraplésiques spastiques.
- Dans les hyperscialorées d'origine neurologique
- Dans certaines dystonies (crampe de l'écrivain), hémispasmes faciaux, dystonies du sternocléidomastoïdien
- Dans certains troubles pelvi-sphinctériens (vessies spastiques, dyskinésies vésico-sphinctériennes)
- Dans certains troubles musculo-squelettiques (épicondylites chroniques, par exemple)

Nous demandons :

- Que les MPR aient les mêmes prérogatives que les neurologues en ce qui concerne les injections de toxine botulique
- Que le cadre réglementaire de l'utilisation de la toxine soit adapté à des prises en charge ambulatoire et permette l'usage de doses adaptées aux grands muscles du membre inférieur.

Un groupe de travail paritaire public-privé devrait être mis en place pour traiter ce dossier avec l'Assurance maladie.

VI. Pertinence et sobriété

Nous sommes conscients que la pertinence et la sobriété dans l'usage des moyens de diagnostic et de soins sont indispensables pour améliorer le financement de soins de qualité.

Voici nos propositions.

A. CONSULTATIONS

1. Une application argumentée de la nouvelle nomenclature

Au-delà de la 1^{ère} consultation d'expertise, la répétition des consultations N2 et la pratique de consultations N3 doit être argumentée dans la lettre au médecin traitant et répondre aux référentiels de bonnes pratiques

Les actes associés NGAP + CCAM doivent faire l'objet d'un compte-rendu (lettre) au médecin traitant.

La stratégie de prise en charge doit être argumentée et quantifiée dans le courrier au médecin traitant.

2. Lutter contre les rendez-vous non honorés

Les rendez-vous non honorés représentent un véritable **gaspillage de la ressource médicale spécialisée**. C'est d'autant plus grave qu'il peut s'agir de consultations longues et mettant en jeu des ressources importantes.

Il faut mettre en place une **sensibilisation** des patients (campagne d'information, courriers individuels), une **détection** des prises de rendez-vous simultanés chez plusieurs praticiens, une **procédure de déclaration** des rendez-vous non honorés, et une **responsabilisation** au travers de pénalités à définir.

B. ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

L'accroissement des hospitalisations conduit à une impasse organisationnelle et budgétaire.

La MPR libérale doit participer à des propositions ambulatoires alternatives :

- *Prise en charge directe des urgences*, favorisée par des consultations N2, l'autorisation à associer des actes N2 et CCAM, voire par des forfaits N3
- *Prises en charge coordonnées*, par des cabinets, des pôles ou des ESS, faisant appel à la fois à des plateformes physiques de prise en charge et à des réseaux intégrant des professionnels de proximité.

Pour cela, il faut **lever tous les verrous** qui entravent la mise en œuvre de prises en charge ambulatoires efficaces.

C. INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

La stratégie MPR a pour but une réinsertion efficace en milieu social et professionnel. Malheureusement, les patients sont souvent adressés après une longue période d'échec, à un stade de déclassement parfois irrémédiable.

Un recours plus précoce au spécialiste MPR est souhaitable : pour un patient lombalgique ou lomboradiculalgique, un adressage dès un mois d'évolution est suggéré.

Certaines situations requièrent néanmoins un délai de prise en charge conséquent ou des modalités de reprise progressive ainsi que des aménagements ou des réorientations. Dans ce cas, **une concertation avec le médecin conseil et le médecin du travail** doit être établie. L'intervention d'un ergothérapeute ou d'un ergonome peut être utile.

Pour les situations standard, une *gestion directe par le service médical de la CPAM* sur la base de référentiels, pourrait être un bon moyen de régulation. Le médecin spécialiste n'interviendrait plus que pour argumenter d'éventuelles exceptions.

D. TRANSPORTS

Pour les situations standard, la régulation devrait être assurée par le service médical de la CPAM comme pour les IJ.

Les situations particulières doivent être argumentées, par exemple en adressant une copie du rapport de consultation au service médical de la CPAM (avec l'accord du patient)..

Il appartient à la CPAM de mettre en place des dispositifs optimisant les transports médicalisés (transports groupés par exemple).

Beaucoup de situations ne justifient pas de transports médicalisés, même pour des patients en ALD, en arrêt de travail ou titulaires d'une carte d'invalidité.

E. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

L'ordonnance doit comporter des **informations explicatives et justificatives** :

- Résumé du contexte et des éléments cliniques
- Hypothèses diagnostiques à tester
- Éventuellement, l'impact pronostique et thérapeutique des résultats

Si pour des raisons de confidentialité, ces informations ne peuvent pas figurer directement sur l'ordonnance, celle-ci doit être accompagnée du **rapport de consultation** du spécialiste prescripteur.

L'informatisation du cabinet permet ce type de procédure sans perte de temps.

F. MÉDICAMENTS

La MPR a vocation à offrir des **stratégies alternatives aux traitements médicamenteux** et elle est facteur d'économies en ce domaine, à condition que les traitements proposés soient pertinents et bien réalisés. Cela concerne particulièrement les antalgiques de pallier 2 et 3 (morphiniques), abusivement utilisés pour traiter des douleurs chroniques.

Les injections de toxine botulique doivent pouvoir être élargies à des indications musculosquelettiques en conformité avec les recommandations des sociétés savantes.

G. DISPOSITIFS EXTERNES

La prise en charge de **dispositifs de monitoring fonctionnel** (par exemple, de la posture, de l'activité, des exercices d'auto-rééducation) serait un bon moyen d'impliquer les patients dans des stratégies d'autorééducation active, en limitant le recours à des soins curatifs traditionnels.

H. RÉÉDUCATION

L'ordonnance (ou une lettre d'accompagnement) doit donner des indications quantitatives et comporter les éléments suivants :

- Motif détaillé, renvoyant si besoin à un rapport ou une lettre
- Objectifs à tenter d'atteindre
- Orientation concernant les moyens à utiliser
- Contre-indications, signes d'alerte éventuels
- Indication sur le rythme des séances et la période de rééducation envisagée
- Demande explicite d'un bilan kiné ou autre paramédical en début et fin de période

Les renouvellements systématiques d'ordonnance doivent être supprimés. Ils peuvent faire l'objet d'un échange par mail sécurisé.

I. SUIVI DE L'EFFICIENCE

Un suivi de l'efficience de l'activité MPR libérale pourrait être imaginé en valorisant l'évolution souhaitée d'un certain nombre d'indicateurs à définir : file active/patientèle, retour au travail, par exemple.

Un dispositif de monitoring de certaines prescriptions pourrait être mis en place dans le cadre d'une *procédure plus incitative que punitive* : information des médecins sur les écarts observés par rapport aux référentiels, groupes de discussion, formations complémentaires...

VII. Exemples de réalisations en MPR

Lors de nos contacts avec les médecins de terrain, nous avons pu identifier un certain nombre de personnes prêtes à témoigner de leur expérience. Ceci montre bien la diversité des besoins et des réponses apportées par la MPR libérale, mais aussi les obstacles qui en limitent le développement.

Ces expériences et ces projets démontrent qu'un cadre conventionnel rénové trouverait à s'appliquer rapidement sur le terrain, dans différentes régions, ce qui ne manquerait pas de servir de modèle attractif à la jeune génération de MPR.

A. ORGANISATION POLYVALENTE

Stéphane LEFEBVRE (Mulhouse) :

Ce médecin MPR, ancien adjoint au chef de service MPR de l'Hôpital de Mulhouse, a développé en quelques années un **pôle libéral ambulatoire de MPR** comportant :

- Un cabinet pluridisciplinaire : MPR, neurologue, rhumatologue, médecin du sport
- Un plateau technique de rééducation implanté dans un centre médico-sportif de la Ville de Mulhouse
- Un réseau d'Equipes spécialisées professionnelles (ESP) capables d'intervenir au domicile des patients

Le pôle fait appel à des infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, appareilleurs orthopédiques, éducateurs en activités sportives adaptées, etc.

Il dispose d'une gamme complète d'équipements de diagnostic et de traitement : électromyographe, ostéodensitomètre, échographe, dynamomètre isocinétique, appareils d'entraînement, box de cryothérapie, etc.

Le Dr Lefebvre a développé de nombreux contacts et partenariats avec l'ARS, le Conseil général, la Ville de Mulhouse. Il pourrait servir d'exemple pour la mise en place rapide d'ESS en MPR

B. ORIENTATION LOCOMOTRICE ET MOUVEMENT

Olivier MESLAND (Nantes) :

- Cabinet de MPR intégré dans une clinique médico-chirurgicale
- Contenu : médecine et traumatologie du sport, suivi de patients opérés (genoux ligamentaires),
- Interdisciplinarité : chirurgiens orthopédistes, médecins urgentistes, médecins du sport, rhumatologues
- Collaboration paramédicaux : kinésithérapeutes...
- Equipement : dynamomètre isocinétique, laximètre de genou...
- Projet ?

Guilhem EMILE (Bordeaux Mérignac)

- Activité similaire à la précédente

Karl CHAORY (Rennes)

- Pôle ambulatoire de médecine du sport et ré-entraînement à l'effort

- Contenu : médecine et traumatologie du sport, réentraînement à l'effort de personnes « fragiles » (lombalgiques, surcharges pondérales, divers)
- Collaborateurs sur le pôle : médecins du sport, kinésithérapeutes, EAPA
- Interdisciplinarité : chirurgiens orthopédistes, autres
- Collaborateurs paramédicaux hors du pôle
- Equipement : dynamométrie isocinétique, matériel de réentraînement à l'effort...

Jean-Baptiste GOROSTIS (Toulouse)

- Activité de médecine orthopédique

Laetitia PERCEBOIS-MACADRE (Reims)

- Exerce depuis 3 ans dans un « médipôle physique » avec chirurgiens orthopédistes, rhumatologues, neurologues, kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciennes
- Collabore plus spécifiquement avec les chirurgiens du membre supérieurs.
- Activité pratique : électroneuromyographie, appareillage, orthèses du membre supérieur, médecine manuelle, mésothérapie.
- Beaucoup de patients viennent de déserts médicaux et paramédicaux. Problématique des transports et de la nécessité d'hospitalisations.
- Nécessité de revoir souvent les patients à moins de quatre mois : frein à la cotation APC et nécessité de coter un complément d'honoraire pour compenser.

Florence DOURY-PANCHOUT (Blois)

- Présidente d'une CPTS en région Centre
- A développé une activité sur le thème des surcharges pondérales et troubles métaboliques.

C. LOCOMOTEUR, RACHIS

Quatre cabinets ont participé à une réflexion sur un projet d'ESS orientée RACHIS.

Thibault PASQUET (Rennes Saint-Grégoire)

- Successeur du Dr de Korvin dans un cabinet MPR intégré dans un centre de consultations orthopédique et adossé à un bâtiment d'imagerie ostéoarticulaire (radio diagnostique et interventionnelle, échographie, scanner, IRM, appareil EOS), à proximité immédiate du Centre hospitalier privé Saint-Grégoire.
- Les locaux ont été structurés pour une activité médico-technique d'appareillage orthopédique en partenariat avec orthoprothésistes et podoprothésistes.
- Ils sont voisins d'un plateau technique VIVALTO SPORT dédié à la rééducation locomotrice, au sport adapté et à l'entraînement de sportifs. Un cabinet de médecine du sport existe également à proximité. Les différentes structures sont indépendantes mais collaborent à la demande.
- Dans le centre de consultation orthopédique, le Dr Pasquet collabore avec 24 chirurgiens orthopédistes groupes en hyperspécialisations (membre supérieur, épaule, hanche et genou, rachis). Les collaborations les plus fréquentes sont avec le groupe « rachis » pour la prise en charge des douleurs et des déformations (scoliose, cyphose) et avec le groupe « main » pour les explorations électromyographiques.
- Avec le groupe « rachis » un projet est en préparation pour un plateau technique d'évaluation et traitement spécifique et pour un projet d'ESS RACHIS.

Karl CHAORY (Rennes)

Voir plus haut.

Jean-François CATANZARITTI et Fabien MORETTO (Lille Villeneuve-d'Asq)

- Outre une activité locomotrice polyvalente, ils ont développé une prise en charge de la scoliose dans le cadre d'un établissement privé comportant une part en hospitalisation et une part ambulatoire. Ils déplorent les différences réglementaires et financières qui pénalisent les prises en charge dans le cadre ambulatoire.
- La prise en charge des scolioses comporte une dimension rééducative, dans le cadre d'une « école de la scoliose » et une dimension orthopédique (traitements par corsets) en collaboration avec les orthoprothésistes.

Grégoire LE BLAY (Lyon)

- Ancien médecin-chef au Centre de réadaptation des Massues, le Dr Le Blay a développé une activité de MPR RACHIS au Centre Médical Santy à Lyon.
- Comme ses collègues de Lille, il associe les moyens de rééducation et d'appareillage orthopédique dans des prises en charge inspirées par l'Ecole Lyonnaise bien connue des milieux spécialisés.

D. SYSTÈME NERVEUX

Cécile BOUTEILLER et Laurent WIART (Bordeaux)

- Elle s'est jointe au cabinet de MPR à orientation neurologique créé, il y a plus de 20 ans, par le Dr Laurent Wiart, en partenariat avec le service de MPR du CHU de Bordeaux. La structure est partie d'un cabinet de kinésithérapie pour devenir multiprofessionnelle et s'enrichir d'une activité pelvisphinctérienne. Des plateformes secondaires de prise en charge ont été mises en place pour couvrir un plus large territoire.
- Le Dr Bouteiller a une activité centrée sur la MPR pédiatrique. Voir plus bas.

Guillaume MOREAU (Nancy)

- Cabinet pluriprofessionnel de MPR à orientation neurologique, situé à Laxou, dans la métropole du Grand Nancy). Ouvert en mars 2022.
- Composé d'un médecin MPR, d'une kinésithérapeute et d'une orthophoniste formée en rééducation cognitive. Une secrétaire médicale assure également la prise de rdv et le travail de coordination entre les différents intervenants et les patients.
- Cible exclusive : patients atteints d'une pathologie neurologique centrale ou périphérique.
AVC/hémorragie cérébrale, maladie de Parkinson et autres syndromes extrapyramidaux, SEP, blessés médullaires, paralysie cérébrale, myopathies, neuropathies, lésions neuro-oncologiques traumatismes crâniens.
- Actions :
 - Prise en charge pluridisciplinaire au cabinet: kinésithérapie + orthophonie/rééducation cognitive. Les prises en charge sont regroupées sur la même demi journée, à la suite l'une de l'autre en général
 - Egalement suivi au cabinet en lien avec des établissements médico-sociaux d'enfants et d'adultes polyhandicapés.
- Organisation pratique :
 - En consultation : toute demande d'avis MPR pour adultes ou enfants. **Consultation initiales de 45 min à 1h**. Consultations de **suivi de 20 à 40 minutes** voire plus en fonction de la complexité de la problématique.
 - Evaluation MPR parfois réalisée en amont ou non selon le mode d'adressage du patient : demande d'une consultation/avis MPR ou adressage direct vers kinésithérapeute/orthophoniste.
 - Réalisation au minimum d'un *temps d'échange global par semaine entre tous les intervenants* sur le suivi des patients le nécessitant « type synthèse/suivi en HDJ ». **Temps d'activité non valorisé.**

- Travail en lien avec d'autres professionnels de ville notamment ergothérapeutes et psychologue.
- Initialement présence d'un ergothérapeute sur le cabinet mais collaboration arrêtée en raison des difficultés à valoriser une activité uniquement centrée sur de la rééducation neurologique adulte. Beaucoup de refus de prise en charge compte tenu du cout de la prise en charge et du non-remboursement de cette dernière.
- Réflexion en cours pour intégrer un nouvel ergothérapeute avec un fonctionnement différent qui permettrait de mieux valoriser cette activité.

E. MPR PÉDIATRIQUE

La MPR pédiatrique s'est fortement développée dans les CHU ou dans des ESPC partenaires de ceux-ci. En libéral, cette orientation est plus rare, en raison des freins conventionnels, mais nous avons identifié de jeunes collègues qui l'ont développée avec succès.

Cécile BOUTEILLER (Bordeaux)

- Orientation surtout neurologique : Neuro orthopédie, troubles cognitifs, neuro-urologie. Troubles statiques du rachis, surtout d'origine neurologique.
- Exerce une fonction hospitalière depuis 20 ans au CHU de Bordeaux où elle pratique les injections de toxine botulique (600/ an), des bilans urodynamiques et participe à des consultations interdisciplinaires de neuro-urologie, de maladies osseuses constitutionnelles, de maladie lysosomiale, de dysraphies médullaire (spina bifida).
- Elle a travaillé 15 ans dans le médico-social (IEM, SESSAD, polyhandicap) et y poursuit quelques vacations.
- Elle a démarré le libéral en 2020 à 30 % dans le cabinet de MPR neurologique, avec succès. Elle voit une majorité d'enfants et adolescents handicapés de la région Nouvelle Aquitaine.

Remarques adressées par le Dr BOUTEILLER

- L'enfant étant en développement, avec des contraintes liées à la croissance, mais aussi à des attentes qui vont se modifier en fonction de l'âge, **une réévaluation complète de ses déficiences et besoins est nécessaire de manière bi annuelle au minimum**
- Actuellement la consultation très complexe AVC ou cérébro lésé/médullaire est moins valorisée qu'un APC
- L'EPH, consultation handicap enfant, ne peut être codée que par les pédiatres et non par les MPR, idem pour la majoration consultation complexe de l'ancien prématuré...
- La consultation intitulée **consultation handicap MDPH, ne peut être cotée qu'une fois** si on fait un 1er certificat médical MDPH. Ce CM se fait, pour ma part, au décours d'une consultation globale longue...
- **La consultation polyhandicap mérite effectivement d'être valorisée +++.** En pédiatrie, elle relève d'une cotation bi annuelle. Elle dure 1 heure, avec évaluation générale, locomotrice, cognitive, prescription de 5 à 6 appareillages, de renouvellement de dossier MDPH, ajustement de traitement médicaux (constipation, ostéopénie, spasticité, dystonie, impulsivité...), prescription de rééducation. Au décours de la consultation, il y a beaucoup de liens à assurer par mail ou téléphone, non valorisés, avec les familles, les paramédicaux, les appareilleurs, les autres spécialistes
- **Même chose pour d'autres consultations similaires :** enfant paralysé cérébral, cérébrolésé acquis, pathologie génétique, atteintes médullaires, qui sont globalement longues, avec une évaluation globale locomotrice et cognitive, orientation scolaire et médicosociale, évaluation de la spasticité, appareillage, prescription de rééducations...
- **Les plâtres d'allongement post toxine** sont mal valorisés (NHRP001)

- **Une majoration pour enfant de moins de 6 ans et pour le polyhandicap** est demandée pour les consultations et pour certains gestes techniques : injectons de toxine, bilan urodynamique, plâtres d'allongement.

Pascale GRANIER (Aix-en-Provence)

- Présentation à compléter

F. MPR PELVI-SPHINCTÉRIENNE

Audrey CHARLANE (Bordeaux)

- Associée au Dr Marianne de Sèze qui avait développé une activité de prise en charge des troubles pelvi-sphinctériens dans le cadre du cabinet du Dr Wiart à Bordeaux.

Chloë BLUM (Strasbourg)

- A créé une « maison du périnée » en collaboration avec des sage-femmes et d'autres professionnels.
- Patientèle provenant de tout le département du Bas-Rhin.