
Lettre d'information de juillet 2018

Le SYFMER a besoin de vous!

21/07/2018 - 20180721 Newsletter SYFMER.docx

Adhérez au SYFMER

Le SYFMER n'existe que par l'activité de ses bénévoles et les cotisations de tous ses membres. Notre budget va principalement à la prise en charge des déplacements, indispensables à la participation aux négociations avec les tutelles et aux groupes de travail qu'elles pilotent, aux travaux du CNP, des intersyndicales, aux journées d'information sur l'organisation, le financement des soins et l'innovation. Il permet de mieux vous informer et de mieux vous défendre. Il est également essentiel au fonctionnement de nos outils de communication et à l'organisation de la Journée professionnelle de MPR annuelle. À cela s'ajoutent les cotisations aux structures relais françaises et européennes. Notre poids électoral dans les fédérations syndicales est proportionnel au nombre de nos cotisants.

Trois thèmes sont au menu de cet été 2018 :

- La journée professionnelle du 9 juin 2018,
- Les travaux de la DGOS sur l'évolution des SSR,
- Les actualités conventionnelles avec notamment l'avenant télémédecine.

Chaque thème est une invitation à participer activement aux actions du SYFMER.

1. Journée professionnelle du samedi 9 juin 2018 : les présentations en ligne

Les présentations de la journée professionnelle du SYFMER du samedi 9 juin 2018, qui s'est tenue au Centre Sud de la Fondation Sainte-Marie sont accessibles ci-dessous

Brigitte Barrois a présenté l'état des travaux et réflexions entre le CNP et les tutelles relatifs aux SSR et à la place de la MPR. [Cliquer ici](#)

Jean-Pascal Devailly a évoqué les échéances et modalités de la mise en place de la DMA ainsi que les enjeux de la nouvelle classification SSR à l'étude. [Cliquer ici](#)

Georges de Korvin a présenté ses travaux, en lien avec l'UMESPE-CSMF, sur la simulation de codage, les niveaux de consultation, ainsi que les enjeux conventionnels, dont la télémédecine et l'article 99. [Cliquer ici](#)

Laurent Wiart nous a guidé dans les finesses, la complexité des cotations actuelles et nous a expliqué pourquoi il faut aller plus loin dans leur rémunération. [Cliquer ici](#)

Serge Passevant a dressé un panorama réaliste de la MPR libérale en Aquitaine qui incite à une approche nationale de l'attractivité du secteur mobilisant aussi les jeunes MPR.

Philippe Vassel et Véronique Quentin ont tendu un fil d'Ariane dans le labyrinthe de la coordination et des enjeux de l'intégration territoriale pour la MPR

Sandra Gomez pour nous a présenté une description sans concession de ce que doit être une bonne classification casemix et de ce qu'apportent les modèles internationaux pour créer des groupes de réadaptation. [Cliquer ici](#)

Pierre-Jean Bénézet nous a expliqué le fonctionnement complexe de la [CNEDIMTS](#).

2. Actualités conventionnelles

A la suite de [l'AG extraordinaire de la CSMF du 26 mai 2018](#), voici un article du Quotidien du Médecin annonçant la signature de l'avenant télémedecine et le [retour sous condition de la CSMF](#) dans le jeu conventionnel.

[La CSMF retourne dans la convention médicale et dit oui à l'avenant télémedecine Loan Tranthimy, le 26.05.2018](#)

Il est tentant pour un syndicat comme le SYFMER, réunissant salariés et libéraux d'articuler les deux logiques "conventionniste" (la CSMF et l'UMESPE) et "réformiste" (le SNAM-HP pour les établissements).

Entre l'immobilisme et l'innovation de rupture promue par une régulation hypertechnocratique dans un contexte de rationnement des soins, il y a une position médiane. Celle-ci suppose d'être en position de dialoguer et à la table d'une concertation permanente avec les tutelles.

La CSMF n'avait pas signé la convention 2016, dans un contexte d'opposition marquée à la politique ultrajacobine de Marisol Touraine :

- le Tiers payant généralisé dans la loi MNSS,
- une convention très complexe ne prenant pas assez en compte les médecins spécialistes,
- l'article 99 de la LFSS 2017 permettant au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de fixer certains tarifs de façon quasi unilatérale. Ce dispositif n'aurait pas manqué de s'étendre à d'autres spécialités.

La motion a été votée lors de l'assemblée générale du 26 mai propose la signature de l'avenant télémedecine et avec cette signature le retour de la CSMF dans la convention, sous condition d'abandon de l'article 99. Plusieurs arguments plaident pour la signature.

I. Sur le plan technique

L'organisation et le financement de la téléconsultation (patient à médecin) et surtout de de la télé-expertise (médecin à médecin) ne semblent pas satisfaisants, mais en revanche pèsent lourdement dans la balance:

- l'abandon du TPG (même si ce point est hors convention), transformé en tiers payant généralisable, si l'on parvient un jour à lever des obstacles techniques majeurs,
- un dialogue de pertinence de la prescription entre les radiologues et la CNAM qui éloigne la maîtrise purement tarifaire (maîtrise comptable qui s'applique dans le champ des établissements!!!),
- l'attente de la [suppression prochaine de l'article 99](#) qui autorisait une régulation purement comptable et tarifaire en liquidant la maîtrise médicalisée,
- l'OPTAM de groupe permet au nouvel installé en secteur 2 de s'aligner sur le "taux retenu pour le groupe" et non sur le taux régional (la moyenne du groupe serait pour certains plus objective). Notons aussi que la limitation de l'installation en secteur 2 à la première inscription est supprimée et que le dispositif s'applique lors d'une réinstallation.
- l'extension des CS complexes que nous devons bien savoir utiliser en MPR, en ville et dans les établissements si c'est autorisé, ce dont je nous ne sommes pas encore certains.

II. Sur le plan politique les éléments de contexte ont changé

Les rapports avec Agnès Buzyn sont beaucoup plus faciles et les syndicats semblent à nouveau reçus et écoutés.

Il n'est jamais bon de pratiquer longtemps la politique de la chaise vide. L'absence prolongée de la CSMF dans la vie conventionnelle pose problème pour ses représentants. Il est nécessaire qu'ils puissent faire entendre leur voix à l'aube de chantiers majeurs : organisation territoriale des soins, télémédecine, prévention et nouveaux modes de rémunération.

Les principes clés cités lors de l'AG semblent transposables au secteur des établissements où la participation des médecins aux processus de décision décline dangereusement à tous les niveaux de gouvernance (régulation, établissements et équipes de soins):

1. Maîtrise médicalisée avec les parties prenantes par opposition au rabot tarifaire et à une politique purement comptable (profils de patients proches en termes de besoins).
2. Dialogue sur la pertinence des soins fondant la maîtrise médicalisée (critères d'orientation vers les programmes d'efficacité prouvée).
3. Indicateurs robustes fondant la pertinence dans le dialogue avec les payeurs ainsi que le suivi des conséquences de nouveaux dispositifs (télé-expertise...).

4. Maillage du territoire pour l'égalité d'accès aux soins par la considération d'un "zonage" ou repérage des zones sous-denses. Ce zonage doit prendre en compte les médecins spécialistes pas seulement les généralistes, voire certains paramédicaux concernant le champ de la réadaptation (zones sous denses en rééducateurs).

5. Coordination des parcours par coopération étroite entre généralistes et spécialistes. La qualité des parcours doit être promue en incitant aux coopérations horizontales et verticales ainsi qu'à la stratification des réponses. Il semble audible, mais ce peut-être un point clivant, que les généralistes n'ont pas vocation à être les seuls coordinateurs de tout type de parcours.

Situations de référence et profils de patients proches, rôle des CNP

Retenons enfin que les CNP auront un rôle à jouer notamment par la définition de "situations de référence" qui permettront de bâtir les cotations pour la télémédecine, entre autres sujets. Il s'agit de définir des profils de patients proches dans la perspective d'une classification à visée tarifaire en ville, en SSR, et plus largement pour la MPR.

A l'heure du virage ambulatoire, organisation et financement, gradation des soins et aménagement du territoire (plus élégant que zonage) doivent se concevoir de façon décloisonnée.

Evolution du revenu des médecins libéraux : danger pour la médecine spécialisée libérale ?

D'après les données de l'Union nationale des associations de gestion agréées, les revenus de la médecine de spécialité sont globalement en baisse pour une majorité des médecins spécialistes. L'UMESPE y voit un [danger pour le devenir de la médecine spécialisée libérale](#) .

Par ailleurs, Agnès Buzyn a fait savoir aux députés de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins qu'elle souhaite développer des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte pour la médecine de ville. En pratique l'objectif ne sera pas d'augmenter la tarification à l'acte ou la T2A à l'hôpital. L'heure est de rechercher des paiements forfaitaires ou au parcours considérés comme plus incitatifs à la coopération. Il va être de plus en plus difficile, voire impossible de négocier avec la Caisse sur des actes "isolés".

Georges de Korvin, qui fait partie du bureau de l'UMESPE et de sa commission tarification, propose 2 pistes de travail :

1. Les forfaits "tout en un", associant consultation et acte(s) technique(s), par exemple échographie, ponction, infiltration, plâtre...

2. Les séquences de soins, avec quelques exemples :

- Lombalgie avec ou sans sciatique : 1ère consultation, 2ème consultation approfondie après un mois de traitement de 1ère intention, suivi sur 2 ou 3 consultations.

Possibilité d'y intégrer de la télémédecine (par exemple pour la consultation de synthèse après réception d'examens complémentaires, pour une partie du suivi).

- Programme de suivi de performance et d'endurance rachidienne encadrant un programme d'auto-rééducation expliqué- encadré-stimulé puis évalué. Plus ou moins associé à une infiltration pour passer un cap douloureux.
- Déformations du rachis de l'enfant : 1ère consultation, consultations de suivi, consultations d'appareillage...

Nouvelles orientations stratégiques pour le secteur SSR

Penser la mutation du secteur SSR suppose d'aborder simultanément la réforme de son organisation et de sa tarification. Alors que les dispositions transitoires de cette réforme ont été prolongées de deux ans, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) travaille sur les orientations stratégiques des SSR pour les dix prochaines années. Nous avons exprimé dans une [newsletter du 29 avril](#) les plus vives réserves relatives au [nouveau modèle de classification en SSR et à l'Indice Synthétique de Lourdeur Médico-Economique \(ISLE\)](#).

S'agissant des futures autorisations, le [CNP de MPR](#) a formulé quelques propositions :

- Réunir sous une seule autorisation le SSR locomoteur et le SSR système nerveux sous l'autorisation SSR spécialisée neuro-locomoteur. Cela permettrait en effet de mieux "coller" à la réalité terrain puisque ces 2 autorisations intéressent des unités souvent regroupées aux modes de fonctionnement identiques, disposant de plateau technique de même type, et d'une articulation médicale et paramédicale coordonnée placés sous la responsabilité de médecins MPR.
- L'établissement d'une gradation des prises en charge en termes de technicité du suivi médical et/ou technicité du programme de rééducation ou encore en termes d'expertise de déficiences/pathologies complexes et/ou rares.
- La définition d'indicateurs de la pertinence d'admission en SSR spécialisé neuro-locomoteur.

Quelques sources complémentaires :

[Recertification : rapport en septembre, les médecins libéraux furieux d'avoir été exclus du comité de pilotage](#)

[Recertification : la CSMF est force de proposition](#)

[Avis relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016](#)

[Revenus : les médecins français moyennement lotis par rapport à leurs confrères des pays développés, selon l'OCDE](#)

[Buzyn s'engage à supprimer l'article 99, la CSMF jubile et retourne dans la convention](#)

[Point sur la réforme du financement SSR pour 2018](#)

[Présentation de la nouvelle classification SSR \(avec l'ISLE, non encore appliquée en 2018\)](#)

Jean-Pascal Devailly, Président du SYFMER, le 21 juillet 2018