



Syndicat national
des chirurgiens
viscéraux & digestifs

DOSSIER

PRESSE

Réunion Presse du lundi 23 juin 2008

9 heures

Hôtel Club Saint James
43, avenue Bugeaud – PARIS 16ème

SNCO

Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes

Docteur Jacques Caton

Président

Docteur Patrice Papin

Secrétaire Général

SNCVD

Syndicat National des Chirurgiens Viscéraux et Digestifs

Docteur Philippe Breil

Président

Docteur Hubert Johanet

Secrétaire Général

Contact
Presse

Florianne AUGER
06 08 64 64 57
presse@atoutcom.info

Le **SNCO** et le **SNCVD**, syndicats de « verticalité », **représentent** l'intégralité des chirurgiens de leurs spécialités, soit près de **70 % des chirurgiens**, quel que soit leur mode d'exercice (hospitalier, libéral, PU-PH) et leur appartenance aux « Centrales Syndicales ».

France, ta chirurgie fout le camp !

Sommaire

① **D**épassements d'honoraires

Pages 2 à 8

② **S**ecteur libéral à l'hôpital

Pages 10 à 12

③ **D**émographie Chirurgicale

Page 13

④ **H**abilitation des chirurgiens à diplômes extra-européens

Page 14

⑤ **A**nnexes sur CD

23 juin 2008

Dépassements d'honoraires

Réalités et vérités

En dépit des déclarations faites par le ministère de la santé ou par certaines associations, **les tarifs de la chirurgie n'ont pas été augmentés depuis vingt ans :**

2008	:	NEKA020 + J	=	459,89 euros + 30 euros (CCAM)
1988	:	KCC220 2970 Francs	=	452,77 euros

La CCAM (**Classification Commune des Actes Médicaux**) n'a pas été revalorisée sur la partie « **coûts de la pratique** » alors que selon les termes de la convention, une revalorisation devait avoir lieu chaque année en fonction des charges.

Il faut effectivement parler de **charges** car les entreprises chirurgicales libérales, véritables petites PME, emploient d'une à dix personnes (secrétariat, aides opératoires, instrumentistes, infirmier plâtrier, etc.) et doivent respecter un équilibre budgétaire non seulement pour survivre mais surtout pour maintenir la chirurgie de qualité qui existe en France.

Le secteur II, autorise les compléments d'honoraires

Le secteur II, (les chirurgiens exerçant en libéral, et ils représentent environ 50% des chirurgiens en activité, peuvent opter pour le secteur I ou le secteur II) autorise les chirurgiens à pratiquer des compléments d'honoraires (**terme plus approprié que dépassements**), leur permettant d'établir des tarifs en adéquation avec la réalité des évolutions du coût de la vie (augmentations des charges, salaires des collaborateurs, des matériels opératoires, assurances professionnelles multipliées par 10 etc.).

Bien que le Ministère de la Santé manœuvre depuis plusieurs années pour éradiquer le secteur II, les différents syndicats ont toujours indiqué que son maintien était absolument nécessaire à l'équilibre économique de ces entreprises mais aussi à celui de la chirurgie.

L'existence du secteur II permet à la France d'être un pays où il n'y a pas de files d'attente chirurgicale et où les patients sont opérés de façon satisfaisante quels que soient les lieux dans lesquels les interventions sont réalisées.

Oui, grâce à l'excellence de la formation et du travail des médecins et chirurgiens français, y compris ceux du secteur II, la France est depuis l'année 2000, classée en tête du palmarès mondial pour l'organisation, la qualité et l'**accessibilité aux soins**.

23 juin 2008

Les compléments d'honoraires ne sont pas systématiques

Malgré les affirmations du ministère, les chirurgiens du secteur II, réalisent un nombre important d'actes au tarif opposable (**tarif sans aucun complément d'honoraires**). Ceci vient d'être confirmé de façon officielle par les services statistiques de l'Assurance Maladie, puisque même si les $\frac{3}{4}$ des chirurgiens libéraux (74%) sont en secteur II et DP (**Dépassement Permanent**), ils réalisent en moyenne **50% de leur activité au tarif opposable**.

Il n'est donc point besoin de « légiférer sur le tact et la mesure », le tact et la mesure sont appliqués de façon régulière par l'ensemble des chirurgiens depuis plus de vingt ans, puisque, et les chiffres officiels le confirment, **un patient sur deux est traité**, par les chirurgiens du secteur II au tarif opposable, c'est-à-dire à un tarif sans aucun complément d'honoraires.

Exemple de répartition de facturation au tarif opposable en fonction des spécialités

52% pour les chirurgiens orthopédistes

43 % pour les chirurgiens urologues

51% pour les chirurgiens généraux (viscéraux et digestifs)

Il faut également aborder la réalité des honoraires et démystifier cette situation :

Pour réaliser une opération d'une prothèse de hanche

Pour un chien : le vétérinaire perçoit 1.000 euros d'honoraires.

Pour une personne : le chirurgien perçoit 500 euros d'honoraires

Hystérectomie chez la chatte est mieux rémunérée que chez une femme !!!!

Différences et Inégalités : secteur 1 et secteur 2

Les chirurgiens de secteur I ont 30 % de leurs charges qui sont prises en charge par les tutelles. Ce qui n'est pas le cas d'un chirurgien de secteur II. Donc pour qu'il puisse avoir le même revenu que son confrère de secteur I, il faut qu'il augmente ses tarifs de 30% pour pouvoir payer ses charges qui, elles sont identiques, quel que soit le secteur.

Il est fondamental et urgent de mettre enfin à plat le problème de la chirurgie en France et d'évaluer exactement les honoraires des chirurgiens en les séparant du coût de la pratique pour surtout ne pas confondre revenus et honoraires.

Ceci permettrait de connaître le véritable salaire horaire de la chirurgie, ce qui pourrait réserver de grandes surprises, en le comparant à d'autres professions.

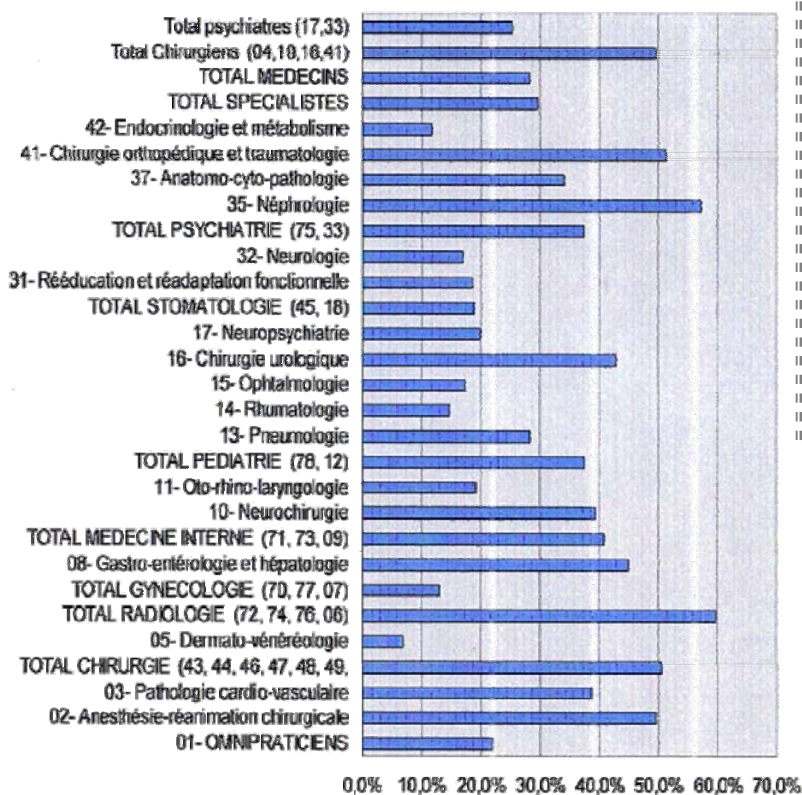
Si la CCAM avait été réellement appliquée avec la juste évaluation du coût de la pratique et une revalorisation réelle de ce coût, comme cela était prévu sur le plan conventionnel, nous n'en serions pas là aujourd'hui.

23 juin 2008

Mais toute cette campagne de dénigrement, n'aurait-elle pas pour seul objectif d'être l'arbre qui cache la forêt à savoir, l'offensive des assurances complémentaires de santé et surtout de la Mutualité Française qui refusent de prendre en charge le total désengagement de la Sécurité Sociale.

Annexe 1 : Taux d'actes réalisés au tarif opposable.

Taux d'actes réalisés au tarif opposable (RG hors SLM soins de 2006) médecins du secteur 2



A propos du devis obligatoire

Les chirurgiens n'ont pas attendu la loi concernant le PLFSS 2007 pour faire des devis à leurs patients.

La volonté délibérée du Ministère de la Santé est de vouloir imposer un devis pour tout acte supérieur à 80 euros, en dépassement d'honoraires. **C'est une ineptie totale notamment en ce qui concerne les primo-consultations.**

En effet, il n'est matériellement pas possible de faire un devis selon les règles, avec l'accord du patient, pour un rendez-vous de consultation.

Il faut que le devis ne devienne obligatoire que pour tout acte supérieur à 100 euros incluant un dépassement d'honoraires, ceci est la sagesse la plus élémentaire.

23 juin 2008

Annexe 2 : Point de situation sur les dépassements d'honoraires (tableaux de l'assurance maladie)

Point de situation sur les dépassements d'honoraires

- 1 Part du secteur 2 et taux de dépassement : situation des différentes spécialités
- 2 Variations géographiques
- 3 Évolutions récentes et sur longue période
- 4 Une forte hétérogénéité individuelle

1



1 Situation par spécialité

	Part des effectifs en secteur 2 et DP		Taux de dépassement (dépassements/ honoraires sans dépassements) secteur 2 et DP	
	2006	2007	2006	2007
Omnipraticiens	12%	12%	43%	43%
Total spécialistes	40%	40%	51%	51%
dont				
x Chirurgiens	74%	74%	55%	56%
ORL	56%	56%	45%	45%
Gynécologues	53%	54%	69%	71%
Ophthalmologues	53%	54%	57%	61%
Dermatologues	42%	42%	59%	64%
Gastro-entérologues	38%	38%	32%	33%
Pédiatres	33%	33%	52%	54%
Anesthésistes	28%	30%	51%	51%

Source : Snir – France métropolitaine – Tous régimes – libéraux

2

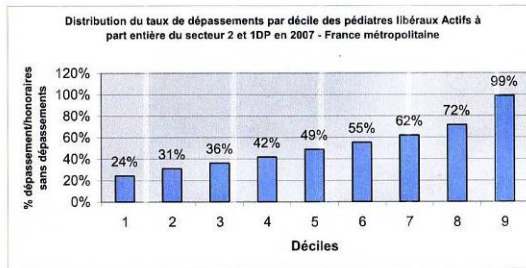
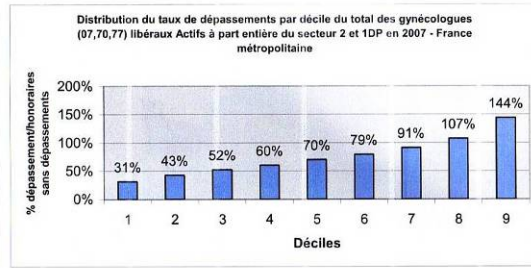
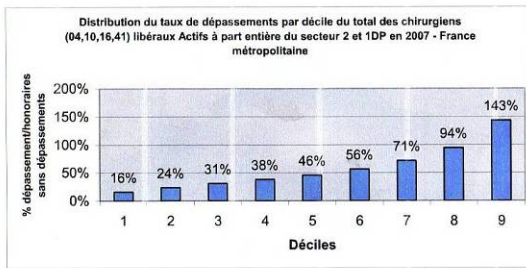


23 juin 2008

1 Situation par spécialité

France métropolitaine – Actifs à part entière de secteurs 1DP et 2

X



Source : Snir 2007

3



3 L'évolution récente et sur la longue période

Évolution sur longue période du taux de dépassement en secteur 2 – France métropolitaine - APE

X

	1985	1990	1995	2000	2004	2005*	2006	2007
Omnipraticiens	35%	41%	40%	43%	43%	43%	42%	43%
Total spécialistes	23%	25%	29%	37%	47%	49%	50%	51%
<i>Dont</i>								
<i>Chirurgiens</i>	21%	20%	24%	32%	49%	52%	54%	54%
<i>Anesthésistes</i>	22%	18%	23%	36%	47%	50%	52%	52%
<i>Gynécologues</i>	27%	34%	40%	50%	61%	64%	67%	70%
<i>ORL</i>	20%	25%	28%	35%	45%	44%	43%	44%
<i>Pédiatres</i>	23%	31%	34%	43%	47%	49%	51%	53%
<i>Ophthalmologues</i>	21%	29%	33%	41%	53%	55%	56%	60%

*2005 redressé pour tenir compte des retards de liquidation sur les actes techniques liés à la mise en place de la CCAM et de la T2A

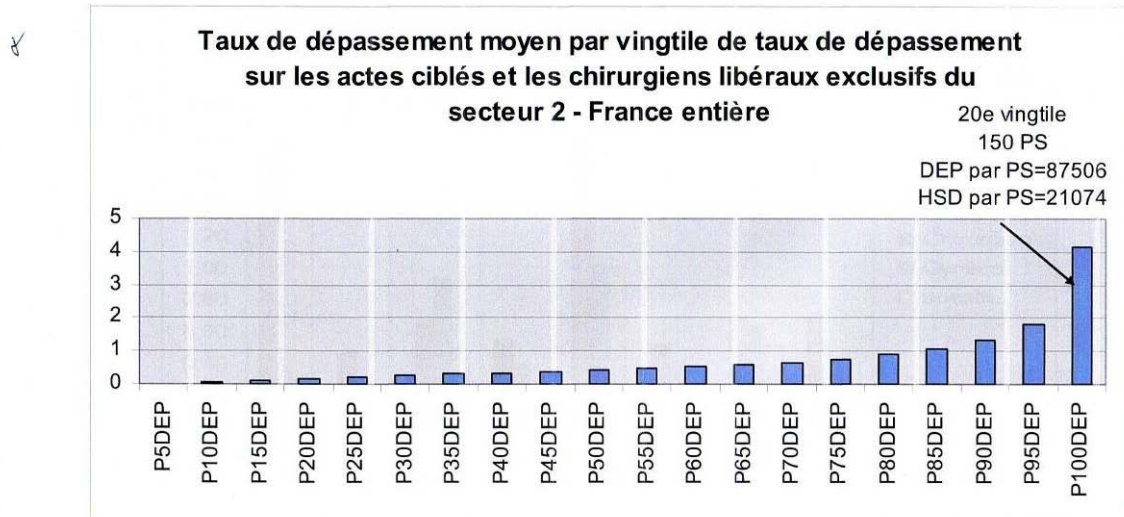
Source SNIR

14



4 Une situation hétérogène du point de vue des praticiens

- Taux de dépassement / vingtile – France entière



15



Annexes supplémentaires sur le CD

Communiqués de presse du SNCO et du SNCVD à propos des honoraires

23 juin 2008

Secteur libéral à l'hôpital

Une affaire à suivre

1958 Réforme Debré : Création du Secteur Libéral Hospitalier

Le secteur libéral à l'hôpital public a été créé par les trois ordonnances de 1958 dites réforme DEBRE et le décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics.

Dans le chapitre VII -dispositions diverses- Article 44 : 11° celui-ci stipule les conditions dans lesquelles les médecins, chirurgiens et spécialistes consacrant toute leur activité professionnelle à l'hôpital, peuvent recevoir en consultation et en hospitalisation des malades qui leur sont adressés personnellement et les modalités selon lesquelles ils seront rémunérés pour les soins et consultations afférents à cette catégorie de malade.

L'ordonnance n°158-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière – Article L680, précise : ces hôpitaux peuvent être autorisés dans les limites et conditions prévues par décret en conseil d'état à réserver des lits pour la clientèle personnelle des médecins, chirurgiens spécialistes de l'établissement lorsque ceux-ci lui consacrent toute leur activité professionnelle et à permettre à ces praticiens de recevoir en consultation des malades qui leur sont adressés personnellement.

Il s'agit des textes fondateurs du secteur libéral à l'hôpital dont le but était d'une part de compenser l'activité libérale des praticiens à temps partiels des hôpitaux publics exerçant avant la réforme de 1958 et intégrant un temps plein hospitalier et de pouvoir garder, à l'hôpital, les futurs praticiens hospitaliers, en leur permettant une activité libérale.

Critiqué, Modifié, Supprimé, Recréé : les tribulations du secteur libéral à l'hôpital

Ce secteur libéral à l'hôpital a suscité beaucoup de polémiques avec différentes péripéties, tour à tour supprimé, recréé, réglementé. L'année 1968 a été une année de discussion importante sur l'existence de ce secteur libéral qui a connu l'opposition des internes et des chefs de cliniques. Celui-ci a ensuite été supprimé par Jack RALITE, en 1981 sous la présidence de François MITTERRAND puis, à nouveau autorisé. Il a surtout été modifié par le décret 87-944 du 25 novembre 1987 avec Philippe SEGUIN et Michèle BARZACH.

Ce décret, dans son chapitre 1, décrit les conditions et les limites de l'activité libérale. Les praticiens peuvent au titre de l'activité libérale définie à l'article 25.2 de la loi du 31/12/1970 soit consacrer une ou deux demi-journées par semaine (consultations), soit utiliser des lits du service, soit utiliser une demi-journée par semaine (consultations) plus ou moins fractionnée et utiliser les lits du service, les lits ne pouvant excéder 8% du total des lits du service et pour un même praticien être inférieurs à 2 ou

23 juin 2008

supérieurs à 4, le montant total des honoraires étant limité à 30% des émoluments hospitaliers et de la rémunération universitaire.

Ce même décret, précise dans son chapitre II les conditions de la création des commissions de l'activité libérale avec, dans la section I des commissions d'établissement et dans la section II des commissions nationales. Enfin, le chapitre III de ce décret précise la réglementation de la protection sociale de ces praticiens.

Le décret 87-945 du 25 novembre 1987 (Philippe SEGUIN et Michèle BARZACH) est **relatif à la redevance** et précise que cette redevance doit représenter pour les CHU 25% des consultations et 40% des KC (activité chirurgicale) avec l'ancienne nomenclature NGAP et pour les centres hospitaliers autres que les CHU 15% des consultations et 20% des KC (activité chirurgicale).

Lois AUBRY-KOUCHNER (CMU)

Une nouvelle réglementation est introduite par la loi CMU du 27 juillet 1999 (Martine AUBRY). Cette loi modifie les règles de ce secteur libéral. Néanmoins, dans son article 54, l'article L 714-31 du code de la Santé publique précise :

- 2) La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de la durée du service hospitalier hebdomadaire.
- 3) le nombre d'actes et de consultations en libéral doit être inférieur au chiffre réalisé en public. Aucun lit ni aucune installation ne doivent être réservés pour ce secteur.

Dans un point II, la loi précise que le praticien perçoit ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. Cette loi CMU du 27 juillet 1999 modifie de façon importante l'activité puisque l'on supprime la notion de lits, la notion géographique de ce secteur libéral en le limitant à un pourcentage de la durée du travail hebdomadaire ce qui, à notre avis, à plutôt libéralisé le système plutôt que de l'enfermer dans le carcan des lits.

Un nouveau décret n°2001-367 du 25 avril 2001 pris par Elisabeth GUIGOU et Bernard KOUCHNER lorsqu'il était secrétaire d'état à la santé, définit les modalités de l'exercice de l'activité libérale en précisant à nouveau que les honoraires sont perçus par le comptable de l'établissement, mais cette notion n'est pas retrouvée dans le contrat type publié en annexe du décret, il n'a donc jamais été appliqué. D'autant que le décret 2005-840 du 20 juillet admet la possibilité de percevoir directement les honoraires ou de laisser ceci à l'établissement.

Aucune politique n'est donc bien définie quant à la récupération des honoraires.

23 juin 2008

La période actuelle

Le décret 2006-274 du 7 mars 2006 toujours relatif à la redevance pris par Xavier BERTRAND, n'entraîne pas de modification pour les chirurgiens y compris dans le décret complémentaire du 10 juillet 2006 (2006-835). Un recours en conseil d'état a été introduit par le syndicat des chirurgiens Plasticiens visant à contester la redevance de 60%, ce recours a été rejeté par le conseil d'état lors de la séance du 29/06/2007. Ce décret en conseil d'état précisant bien que rien n'était changé sur la différence de redevance entre secteur I, secteur II, CHU ou CHR.

C'est à la suite de cet arrêté qu'a été pris le décret du 15 mai 2008, signé par Roselyne BACHELOT-NARQUIN Ministre de la Santé et Eric WOERST Ministre du budget suscitant la colère des PUPH et confirmant que la **redevance de 40% était calculée sur la totalité des honoraires** (honoraires opposables plus dépassements d'honoraires) ce qui, pour certains spécialistes, représente une somme considérable pouvant être supérieure à leur salaire hospitalier.

Il est certain que dans la nouvelle loi qui sera prise en septembre 2008 (LFSS 2008) il sera précisé si ceci reste en l'état ou si de nouvelles modifications seront à prévoir (ce que laisse entendre le Ministère de la Santé).

Discussion

Sur **53 340** médecins exerçant en hôpital public, les praticiens hospitaliers ayant un secteur libéral représentent **4185** praticiens dont **324 chirurgiens orthopédistes** et **709 chirurgiens dits généraux**.

Le revenu moyen d'un chirurgien orthopédiste en secteur libéral hospitalier est de 68832 euros/an (le maximum perçu a été de 442035). Il est bien évident que ces **émoluments diffèrent selon le lieu et la taille du CHU** et qu'à Paris les revenus sont plus importants qu'en province, et dans les grands CHU plus importants que dans les CHU plus réduits en taille.

Les praticiens étant en secteur libéral à l'hôpital sont considérés comme des praticiens libéraux ayant le droit de choisir leur secteur d'activité, secteur I ou secteur II, introduit par Raymond BARRE il y a plus de 20 ans. Bien que contesté, ce secteur libéral à l'hôpital a un certain nombre d'avantages et bien évidemment une qualité des soins identique que les patients soient en secteur public ou privé. Mais surtout, pour certains patients le « confort moral » et les rapports directs avec le chirurgien sont perçus comme un élément important. Les honoraires, secteur I et secteur II étant adaptés à la difficulté chirurgicale mais aussi à la solvabilité des patients.

Les avantages de ce secteur libéral sont évidents. Il avait pour but en 1958 de garder les médecins à l'hôpital et de faire venir une clientèle qui n'y serait pas venue sans cela car il n'y avait pour cette clientèle aucune délégation de responsabilité à l'inverse des patients de l'hôpital public.

Il s'agit, pour nous, d'un accord gagnant-gagnant. Pour l'hôpital public, le médecin profite de la réputation de l'hôpital et inversement, l'hôpital profite de la réputation du médecin. Les inconvénients sont bien évidemment soulignés par les détracteurs de ce système. Les tarifs étant différents entre les patients alors qu'existent qu'une unité de lieu et de conditions d'exercice.

23 juin 2008

Affaire à suivre donc car si le décret est maintenu cela empêchera les plus jeunes d'embrasser la carrière hospitalière et un certain nombre d'enseignants quitteront l'hôpital avec toutes les répercussions démographiques que cela peut entraîner.

Annexes supplémentaires sur le CD :

Communiqués de presse du SNCO et du SNCVD à propos des honoraires

23 juin 2008

Démographie Chirurgicale

Une fatalité ?

La démographie chirurgicale, en France est alarmante, autant par le nombre de chirurgiens installés aujourd'hui que par l'évolution de la courbe des futurs chirurgiens en formation car les plus jeunes se détournent de plus en plus de la chirurgie pour des motifs bien compréhensibles :

- Judiciarisation croissante,
- Problèmes récurrents sur les honoraires et les revenus des chirurgiens,
- Rémunération insuffisante dans les hôpitaux publics,
- Pénibilité et lourdeur de l'activité chirurgicale
 - plus de 75 heures de gardes et astreintes comprises pour un chirurgien orthopédiste et traumatologue par semaine (*Article RCO et Académie de chirurgie – Dr. CATON*)
 - plus de 100 heures de gardes et astreintes comprises pour un chirurgien viscéral et digestif par semaine

(Cf. Etude URML Rhône-Alpes) Pr BEAULIEUX – Dr. CATON – Dr. PAPILLON – Dr. PEIX.

Ce manque est amplifié par l'importante féminisation du secteur médical, nos consœurs n'étant pas très attirées par la chirurgie orthopédique, ni par la chirurgie viscérale et digestive, et l'on peut comprendre pourquoi (seulement 3,5% d'entre elles en chirurgie orthopédique alors que les femmes représentent 70% des étudiants en 1ère année de médecine)

Les courbes de formation sont inquiétantes :

- **75 chirurgiens orthopédistes par an alors qu'il en faudrait 210**
- **25 chirurgiens viscéraux et digestifs par an en chirurgie viscérale ce qui est catastrophiquement bas alors qu'il en faudrait 4 fois plus**

Ce déficit s'aggravera plus encore dans un futur proche car ces deux spécialités interviennent pour une bonne partie sur une population âgée (prothèses, cancers), population qui s'accroît sans cesse compte tenu de l'augmentation de la durée de vie.

La question posée aujourd'hui n'est plus « par qui serez-vous opéré demain ? » mais « serez-vous opéré demain ? ».

ANNEXES SUPPLEMENTAIRES SUR LE CD

Base d'une régulation démographique pour une spécialité chirurgicale : Les chirurgiens orthopédistes en France : J. CATON – A. DUBURCQ - *Revue de Chirurgie Orthopédique* 2006, 92, 818-826

Etude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes : Enquête auprès des praticiens de chirurgie viscérale (*Etude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes. Réalisation de l'étude : CEMKA – EVAL 2004*)

23 juin 2008

Habilitation des chirurgiens à diplômes extra-européens

« On » a voulu combler le vide chirurgical (cf. démographie chirurgicale) par un afflux important de médecins à diplômes extra-européens. Certains sont parfaitement formés dans un cursus identique aux chirurgiens français et d'autres, insuffisamment formés, sont livrés à eux-mêmes dans de petits établissements hospitaliers qui fonctionnent sans aucun contrôle avec très peu d'activité.

Le Conseil National de la Chirurgie, à la demande du Ministère de la Santé, s'est préoccupé de ces problèmes posés par ces petits établissements dont la fermeture est programmée pour ceux qui ont une activité inférieure à 2000 interventions par an.

Reste néanmoins à régler le problème de l'habilitation de ces chirurgiens à diplômes extra-européens et de la validation de leurs compétences qui devra être conduite à la fois par les Collèges de spécialités chirurgicales et selon les conseils de la mission MATILLON.

Aujourd'hui, en France, selon une étude du CNOM, près de **6000** médecins exercent avec un diplôme extra-européen dont plus de 500 en chirurgie orthopédique (sur 3000 chirurgiens orthopédistes).

Certaines spécialités comme la chirurgie thoracique et cardio vasculaire présentent 14% de médecins à diplômes extra-européens et la gynécologie médicale et l'obstétrique 9% (statistiques du CNOM).

Afin de garantir aux patients la plus grande sécurité et la meilleure prise en charge, le SNCO et le SNCVD demande au Ministère de la santé d'unifier la formation selon un modèle européen qui devra se mettre en place par l'intermédiaire de l'Union Européenne des médecins spécialistes (UEMS).