

Directeur de la publication :  
Thierry HELBERT (Marseille)

Rédacteurs en Chef :  
- Philippe Houcke (Lille)  
- Jacques Corallo (Nice)



SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS  
SPÉCIALISTES DE L'APPAREIL DIGESTIF

79, rue de Tocqueville • 75017 PARIS  
Tél. : 01 44 29 01 30 ou 01 44 29 01 23 • Fax : 01 40 54 00 66  
www.synmad.com • E-mail : Synmad@wanadoo.fr

**MAI - JUIN 2011**

## **LE JOURNAL ELECTRONIQUE DU SYNMAD N° 92**

### **1. Éditorial**

Messieurs les Présidents, les hépato-gastroentérologues n'attendent plus !

### **2. Journal Faxé**

- 2.1. Le printemps des chiffres de dépenses de santé et des revenus : pas pour tous !!
- 2.2. Est-il impertinent de parler de pertinence des actes ou des soins ?
- 2.3. Administration coupable !
- 2.4. DPC – sommes-nous dans la dernière ligne droite ? Qu'importe mais, surtout, poursuivons notre démarche qualité ! « EPP »istes 2011, réveillez-vous !
- 2.5. DPC : les textes sont « calés » !
- 2.6. L'actualité professionnelle
- 2.7. Le printemps des chiffres de dépenses de santé et des revenus : pas pour tous !!

### **3. Actualités et informations**

Communiqué de presse du SYNMAD du 8.06.11

### **4. Rubrique Questions-Réponses**

### **5. Remerciements à l'industrie**

### **6. À propos du Journal Électronique du SYNMAD**

Vous pouvez retrouver ces informations sur le site : [www.synmad.com](http://www.synmad.com)

## 1. EDITORIAL

### **MESSIEURS LES PRESIDENTS, LES HEPATO-GASTROENTEROLOGUES N'ATTENDRONT PLUS !**

Le SYNMAAD soutient, depuis toujours, la CSMF et l'U.ME.SPE., le SYNMAAD a participé, de façon active, à la réélection du président de l'U.ME.SPE., le Dr. Jean François REY, sur un programme politique, clair et précis et non pas parce qu'il était hépato-gastroentérologue.

A la lecture des derniers communiqués de l'U.ME.SPE., et des articles dans la presse médicale, les hépato-gastroentérologues peuvent se demander s'ils ne seront pas, encore une fois, les dindons de la farce. Certes, nous ne pouvons que nous féliciter de la probable revalorisation des spécialités cliniques dont les revenus sont indignes d'un corps médical responsable et respectable. Un certain nombre de nos confrères hépato-gastroentérologues libéraux, exclusivement cliniciens, pourront probablement bénéficier de ces mesures. Par contre, pour la majorité d'entre nous, il est devenu insupportable et intolérable que nous soyons toujours soumis à la menace de l'application de la valeur cible des actes de base que sont la gastroscopie et la coloscopie. Cette valeur cible est l'héritage de la mise en place d'une CCAM technique largement remaniée (et le mot est faible) par la Caisse d'Assurance Maladie avant sa publication. Grâce à l'action syndicale de l'U.ME.SPE., il n'y a pas eu d'acte perdant mais ces examens n'ont bénéficié d'aucune revalorisation depuis 15 ans. Il faut en finir avec cette épine irritative et consolider le dernier tiers de la CCAM technique dont la facture est largement compensée par les économies engendrées par l'AcBUS de la coloscopie.

En effet, l'hépatogastroentérologie est, à ce jour, quasiment la seule spécialité à avoir signé un accord de bon usage des soins sur un acte technique ; cet accord de bon usage de soins a permis de diminuer notablement le nombre de coloscopies ne rentrant pas dans le cadre du référentiel HAS pour atteindre un plancher d'examens hors AcBUS estimé à environ 2,5 %. Ce chiffre est exactement celui qui ressort des 2 jours d'endoscopies menées par la SFED et qui correspond à la nécessité de repratiquer des examens endoscopiques pour des raisons techniques (mauvaises préparations, coloscopies incomplètes .....). Cette amélioration de la pratique permet d'économiser environ 8 à 10 millions d'euros par an.

La profession, représentée par le CNP-HGE, va s'engager avec la HAS sur un contrat d'amélioration de la pratique portant initialement sur la qualité de la coloscopie et, ultérieurement, le taux d'adénomes retrouvé dans une population cible d'hémocult positif. Cette nouvelle démarche à l'heure où les décrets du DPC ne sont même pas encore publiés, prouve la responsabilité politique et sociale de notre profession. Toutefois, à l'heure de la mise en place d'un paiement à la performance, les AcBUS en sont un des outils avec un indicateur clair et précis, et il est impensable que nous ne puissions pas bénéficier financièrement de cette démarche qualité.

Par ailleurs, le SYNMAAD soutient totalement l'U.ME.SPE. dans sa demande de revalorisation du point travail et du coût de la pratique qui n'ont jamais été revalorisés depuis 2004 comme cela était prévu dans l'accord initial. Comme souvent, les accords passés avec le gouvernement et les tutelles n'ont pas été respectés.

Le SYNMAAD demande donc solennellement aux présidents de l'U.ME.SPE. et de la CSMF d'obtenir la consolidation du dernier tiers des actes de base d'hépatogastroentérologie que sont la gastroscopie et la coloscopie. Cette consolidation n'est que la réparation d'une injustice et n'augmenterait en aucun cas les revenus des hépato-gastroentérologues.

Enfin, les Hépatogastroentérologues rappellent leur engagement et leur implication dans des consultations lourdes et complexes au cours de maladies chroniques, hépatiques, inflammatoires digestives et en cancérologie. Ils réclament donc une mise en place d'une CCAM clinique adaptée. Ils proposent également que les hépato-gastroentérologues puissent

bénéficier d'une consultation lourde associant une échographie abdominale dans les situations de pathologies cancéreuses, de pathologies chroniques et d'urgences abdominales.

Le SYNMADE soutient l'U.ME.SPE dans sa demande d'extension du périmètre du secteur optionnel, mais, là encore, il est difficile d'imaginer que les spécialités techniques, dont le mode d'exercice est, au final, assez proche des spécialités pour l'instant concernées, ne soient pas incluses très rapidement dans l'ouverture de ce secteur optionnel.

Le SYNMADE sera extrêmement vigilant, lors de la signature de la convention, à l'obtention de ses revendications et pourrait, lors du comité directeur préalable décisionnel de l'U.ME.SPE., en tirer les conséquences s'il n'était pas entendu.

Dr Thierry HELBERT  
Président - Juin 2011

## 2. JOURNAUX FAXES :

### 2.1. L'ART DE LA NEGOCIATION

La négociation conventionnelle est un exercice à haut risque pour l'ensemble des médecins libéraux, en particulier, dans le cadre de la crise économique mondiale qui sert de prétexte à imposer des contraintes financières à la médecine libérale. D'emblée, deux réflexions : Comment se fait-il que l'État français est capable de prêter 18 milliards en 2011 à la Grèce et, ne peut mobiliser 350 millions d'euros pour achever de mettre en œuvre la CCAM des actes techniques sans actes perdants et réévaluer un coût de la pratique bloqué depuis 20 ans et particulièrement insupportable, financièrement, pour les hépato-gastroentérologues de secteur 1. Deuxième réflexion, un ONDAM à 2,8 ou à 2,9 % de croissance, reste actuellement déséquilibré face aux prescriptions hospitalières imputées dans l'enveloppe de ville ( 20 % des prescriptions), mais surtout au peu d'efficacité financière des hôpitaux publics qui ont obtenu de repousser aux calendriers grecques, la convergence tarifaire. Peut-on accepter que deux interventions, de même gravité, sur des patients de même type, aient des différentiels de prise en charge par l'Assurance Maladie de plus de 30 %, lorsque l'acte est effectué dans des structures publiques ? Il faut rappeler que les missions d'intérêt générales, qui sont naturellement dévolues à ces structures, justifient d'une enveloppe de 7 milliards d'euros. Voici le contexte dans lequel, nous avons clairement affirmé au Directeur de l'Assurance Maladie, mais surtout aux responsables politiques du Gouvernement et de la majorité, qu'il ne pourrait avoir de signature conventionnelle sans retours financiers pour les spécialités techniques et médico-techniques comme la nôtre.

Nous ne pouvons que nous réjouir, par contre, des avancées qui sont faites pour toutes les spécialités cliniques soit sur des actes spécifiques, soit, plus largement et d'une manière transversale, en assouplissant encore les règles d'utilisation de l'acte de consultant C2. Il faut reconnaître, dans ce domaine, une meilleure convergence d'esprit avec le syndicat MG France qui, enfin, reconnaît qu'à côté du médecin traitant, il existe, en ville, un rôle important du médecin consultant. Nous ne pouvons que nous réjouir de cette convergence de vue qui correspond à la réalité et doit renforcer le recours aux médecins spécialistes libéraux de proximité pour éviter des hospitalisations inutiles ou encombrement des services d'urgence. Cette reconnaissance de l'acte clinique et des spécialités qui sont en bas de l'échelle des revenus pour des praticiens majoritairement en secteur 1, est une avancée que nous attendions depuis 3 ans, mais, bien sûr, elle n'est pas suffisante. En ce qui concerne, le secteur optionnel, il est évident que nous reprendrons l'accord d'octobre 2009, que nous tenterons d'obtenir une meilleure prise en charge des compléments d'honoraires en accroissant le plafond et en essayant d'élargir la base d'inclusion. C'est un équilibre délicat face aux campagnes de presse contre le secteur 2. Pour nous, deux éléments fondamentaux, d'une part, ce secteur optionnel doit réussir et s'ouvrir, à terme, à l'ensemble des médecins spécialistes libéraux, d'autre part, sa mise en place, ne peut en aucun cas conduire à la remise en cause du secteur 2. Rappelons, par ailleurs, que la Loi

HPST soutenue par MG France, la FMF et Le Bloc, permet aux ARS et aux Directeurs d'établissements, dans le cadre de la contractualisation, de limiter l'utilisation du secteur 2 dans les établissements. Nous n'avons pas entendu les responsables du Bloc s'indigner de cet article tant ils étaient obnubilés par la création d'un collège spécifique dont le décret d'application, dans le cadre des élections aux URPS, est remis en cause par le Conseil d'État tant il est difficile de définir le périmètre de ce collège comme nous l'avions dénoncé.

Dans ce contexte, l'art de la négociation n'est pas de conduire ses mandants dans une impasse comme l'a fait la FMF en 2006, avec le résultat que l'on constate actuellement. L'art de la négociation, ce n'est pas, non plus, de faire de nombreuses dissertations en séance plénière qui n'ont pour but que de valoriser un égo en mal de reconnaissance. L'art de la négociation, c'est d'être fidèle aux engagements de ceux qui nous ont élus et réélus, à plusieurs reprises, qui nous ont donné une majorité absolue dans le 3<sup>ème</sup> collège aux URPS et, c'est de faire comprendre à nos interlocuteurs politiques que contrairement à eux, nous respectons les engagements que nous avons pris vis à vis de nos électeurs.

Dr. Jean François REY  
Président de l'U.ME.SPE. - Juin 2011

## **2.2. EST-IL IMPERTINENT DE PARLER DE PERTINENCE DES ACTES OU DES SOINS ?**

Le pavé dans la mare, lancé il y a quelques mois par le Président de la Fédération Hospitalière de France, Jean Léonetti, également député de la majorité, a eu au moins comme mérite d'être à l'origine d'un colloque organisé par la Fédération de l'Hospitalisation Privée, en association avec le CLHP sous les plafonds du Palais Brongniart. Devant un auditoire extrêmement varié, mais représentatif de l'ensemble des acteurs de santé (FHP, FHF, DGOS, CNAMTS, ATIH, RSI, Syndicats médicaux, CME), les intervenants, tous de très grande qualité, ont permis d'éclairer le problème de la pertinence des soins et des actes de façon diverse. L'introduction du Professeur Harousseau, Président de la HAS, a précisé le rôle de l'agence dans l'évaluation des pratiques professionnelles et donc des actes, des dispositifs médicaux, de l'innovation thérapeutique et du médicament. A partir de référentiels, l'évaluation des écarts de pratique clinique est un des sujets que veut aborder la Haute Autorité de Santé, en collaboration bien sûr avec les professionnels concernés. La pertinence du parcours de soins est également au programme de l'Agence avec en particulier l'éducation thérapeutique. L'intervention du Professeur E. Vigneron, géographe de la santé, a été en tout point remarquable. Un discours toujours brillant, mais non dénué d'humour, posant le problème sous l'angle de notre constitution.

En effet, chacun d'entre nous a droit à l'équité en terme d'offre de soins, à la liberté de choix de son praticien et à la mise à disposition des moyens les plus adéquats. On peut parler dans ce cas de pertinence médicale mais, également, de pertinence économique, sociale ou politique. Les écarts de pertinences sont multifactoriels et ces écarts peuvent être liés à des effets d'offres de soins, des effets de conjonctures, des effets d'écoles médicales et de besoins de la population. Ainsi, les discordances de pratiques, tant au niveau national que départemental, concernant par exemple le taux de césariennes, le taux d'appendicectomies, ou le taux de la *coronarographie*, *ne peuvent pas s'expliquer uniquement par la non-pertinence de l'acte en terme d'indication. Le Docteur Jean Leonetti à l'origine, finalement, de ce débat, a rappelé que l'évaluation de la pertinence des soins est liée, en partie, à la pression de plus en plus forte des patients, à la judiciarisation de notre profession, mais qu'il fallait toujours avoir à l'esprit la notion d'efficacité, de soins relevant non pas du champ du possible, mais du champ du raisonnable, et que l'évaluation transparente de la pertinence des soins, tant à l'hôpital public que dans les structures privées, ne peut que s'adosser à une maîtrise médicalisée des dépenses de santé.*

Le Docteur Perrin, représentant du RSI, a également insisté sur, bien évidemment, l'impact médico économique de la démarche. Les effets volumes doivent être confrontés à la démographie médicale et il serait souhaitable que les professionnels participent à l'élaboration d'objectifs réalistes. La parole a été ensuite donnée aux médecins sous la conduite du Docteur Jean-Luc Baron, Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME d'Hospitalisation Privée. Nombre de spécialités se sont déjà engagées dans l'évaluation de la pertinence des actes, dont les obstétriciens, les chirurgiens

orthopédiques, avec les soins de suites et de rééducation. L'hépatogastroentérologie est pour le moins, là encore, pionnière en la matière, puisqu'il s'agit de la seule spécialité qui ait signé un accord de bon usage de soins avec la Caisse d'Assurance Maladie sur le suivi des polypes après polypectomie. A ce propos, l'appropriation de la démarche d'EPP, lors des visites de certification des établissements de santé, par l'ensemble des équipes hépatogastroentérologiques, a été plus efficace que les mesures incitatives correctrices ou sanctionnantes prévues par l'accord.

En deux ans, le taux de non conformité de l'AcBUS a baissé de 50% et, fait très important, les études de pratiques ont permis de préciser les causes de non-pertinence de la coloscopie : coloscopies antérieures incomplètes, préparations coliques de mauvaise qualité, absence d'informations suffisantes sur les antécédents du patient ou sur l'histologie des polypes réséqués auparavant. La symptomatologie d'apparition récente est un facteur sur lequel nous n'avons que peu d'action. La profession, par le CNP HGE, continue à s'engager dans une démarche évaluative en proposant à la HAS, une évaluation nationale sur la qualité de la préparation colique. La rédaction de compte-rendu d'endoscopie de qualité et exhaustif est également un des objectifs du CNP HGE. L'évaluation de la qualité de la préparation colique est un objectif commun et fédératif de l'ensemble des composantes de l'hépatogastroentérologie, qu'elle soit syndicale, académique ou professionnelle.

A l'heure de la sortie probable des décrets du DPC, il est fondamental que les hépatogastroentérologues restent maîtres des outils de leur démarche qualité, et l'évaluation de la pertinence des actes et des soins en fait partie ; au delà, la possibilité conventionnelle d'un paiement à la performance permettrait de rémunérer tout praticien engagé individuellement dans cette démarche, en sus des honoraires traditionnels. A contrario, la pertinence des actes ne doit pas être un vecteur de régulation économique, opposable et contre-productif.

Docteur Thierry HELBERT  
Président - Juin 2011

### **2.3. ADMINISTRATION COUPABLE !**

L'épreuve LCA (lecture critique d'article) vient d'être annulée pour les étudiants en médecine de D4 qui passaient leur ECN (examen classant national) ce Mercredi 1er Juin 2011 au matin. Nos futurs confrères viennent de découvrir trois constantes de notre vie française qui risquent de les suivre dans leur exercice professionnel futur, sauf si nous arrivons un jour à renverser cette situation :

1 - Le mépris apparent de l'Administration française pour ses étudiants qu'elle considère comme des « gosses ». Elle oublie que, partout ailleurs, leur statut d'adulte les amène à faire progresser la société toute entière car ils sont jeunes, inventifs et enthousiastes.

2 - L'absence de rigueur dans l'organisation de cette épreuve LCA qui a été annulée du seul fait que manifestement personne n'a relu cette épreuve avec attention. Les erreurs multiples qui émaillaient le texte ont amené, en cascade, cette annulation, témoin de l'insuffisance de l'Administration dans son rôle préparatoire de l'examen.

3 - L'absence de réactivité et d'adaptation de notre Administration est la troisième constante. Une après-midi de rattrapage est statutairement prévue au cas où, dans le déroulement des épreuves de l'ECN, une épreuve serait à reprogrammer. Cette opportunité a bien été utilisée, mais dans un désordre surprenant entraînant une annulation de l'épreuve une deuxième fois.

Et maintenant :

Ces adultes de 25, 26, 27 ans avaient programmé la suite de leur vie après l'examen !!! Ils devront revenir de leur lieu de séjour, modifier leurs engagements professionnels (stage à l'étranger, gardes d'été ou autres...) à une date qui est totalement indéterminée ce jour !

Quel mépris !

Nous, médecins libéraux, nous le subissons tous les jours et la période de négociation professionnelle en cours ne fait que le mettre en lumière chaque jour. Le seul point positif de cette incompétence coupable permet à ces futurs internes de comprendre, collectivement, tout le sens d'un

syndicat médical actif et puissant en face d'une Administration trop éloignée de nos responsabilités quotidiennes.

Le Conseil d'Administration du SYNMAAD  
Juin 2011

## **2.4. DPC : SOMMES-NOUS DANS LA DERNIERE LIGNE DROITE ? Qu'importe mais, surtout, poursuivons notre démarche qualité ! « EPP »istes 2011, réveillez-vous !**

Les News du front ! Le dernier journal faxé, remarquablement écrit par Franck Devulder, nous informe que nous sommes bientôt à l'accouchement tant attendu de ce DPC qui, en fait, regroupe l'EPP et la FMC. Nous apprenons aussi, avec satisfaction, que nous avons gagné une bataille, non sans mal, puisque nous avons pu obtenir une représentation paritaire à l'OG DPC (Organisme Gestionnaire du DPC) entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et les représentants de l'Etat d'une part, et nous, les professionnels de santé de l'autre.

Pour les «EPP»istes que nous avons prouvé être ces dernières années, qu'est-ce que cela change actuellement ? RIEN ! SAUF que nous devons poursuivre, au quotidien, nos démarches permanentes d'amélioration de la qualité et la formalité DPC (quand le décret sortira !) ne pèsera en rien sur notre façon de travailler : « *même pas mal !!!* »

• L'AFORSPE et le Collège EPP-HGE ont obtenu, encore cette année, l'accord de l'OGC pour reconduire les EPP réalisées dans le cadre de l'observatoire des polypectomies avec MEHGE et Easy PP et dans la prise en charge thérapeutique des MICI avec Easy MICI au moyen de logiciels simples et intégrés à votre pratique quotidienne. Il est par contre urgent de vous inscrire auprès de l'AFORSPE afin de pouvoir réaliser et faire valider cette démarche pour l'année 2011. Il est bien entendu que votre participation à une ou plusieurs de ces EPP sera prise en compte en cas de sortie « estivale » du décret sur le DPC qui, je vous rappelle, sera une obligation annuelle pour TOUS. *Contact pour l'obtention des formulaires d'inscription* : Aurélie Bidault - AFORSPE tél 01 44 29 01 26 ou [contact@aforspe.fr](mailto:contact@aforspe.fr). Ces projets de DPC sont indemnisés 30 CS chacun. Nombre de places limité à 50 par projet.

• Un grand projet HAS/CNP HGE sur la qualité de la coloscopie est en gestation, DPC pour lequel le Collège EPP-HGE et l'EA-HGE seront les organismes agréés. Ce projet a l'ambition de réunir toutes les sociétés scientifiques impliquées dans ce problème de santé publique ainsi que le CREGG, dans un même combat pour la qualité d'un examen irremplaçable dans la prévention du cancer colorectal. Sans attendre la sortie « officielle » de ce DPC nous pouvons, ou plutôt, nous devons mettre en œuvre, au quotidien, les mesures permettant d'obtenir des côlons propres et éviter ainsi les cancers d'intervalle et la répétition des examens en cas de préparation insuffisante. Les chiffres parlent d'eux mêmes ! 33 à 42 % des échecs de coloscopie totale sont dus à une mauvaise préparation et 20 000 coloscopies par an sont renouvelées pour ce motif. Il y a au moins 5 % de cancers d'intervalle et 4 % des patients présentant un cancer du côlon droit avaient eu une coloscopie totale dans les 6 à 36 mois avant la découverte de la tumeur.

Voici une « check-list » à méditer avant la réalisation d'une coloscopie :

- o Ai-je vu le patient en consultation ?
- o Ai-je pu vérifier si la coloscopie antérieure était propre ?
- o Ai-je choisi et expliqué moi-même la préparation ?
- o Ai-je choisi les prises fractionnées ? Ai-je adapté les prises du produit à l'horaire de l'examen ?
- o Ai-je pu faire adhérer mes anesthésistes à l'application des nouvelles recommandations sur le jeûne liquide pré opératoire qui est maintenant de 2 heures ?
- o Ai-je lu les recommandations 2011 de la SFED sur la préparation colique ?
- o Ai-je donné un support explicatif : papier ? livret ? film de la SFED ?
- o Est-ce que je questionne systématiquement mon patient sur le déroulement de sa préparation avant de réaliser l'acte ?
- o Est-ce que je renseigne systématiquement sur mes comptes rendus d'examen le type de préparation et sa qualité ?

Le Collège EPP-HGE (cepphge@club-internet.fr) est aussi là pour vous aider dans cette démarche, n'hésitez pas à nous contacter.  
Bon été à tous.

Dr. Béatrice DUPIN  
Présidente du Collège EPP-HGE - Juin 2011

## 2.5. DPC : LES TEXTES SONT « CALES » !

C'est en ces termes que François-Xavier Selleret, Directeur adjoint du Cabinet de Xavier Bertrand, a ouvert la journée de printemps de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) qui s'est tenue le jeudi 26 mai dernier à Paris. Cela aura certainement fait sourire plus d'un ! Nous avons, en effet, vu défiler depuis le Plan Juppé de 1996, l'apparition d'une FMC obligatoire et créditante, avant que ne soit instauré le principe d'une EPP pour tous annuelle, principe aussitôt mis à mal par la Loi HPST qui mettait en place le DPC (Développement Professionnel Continu). Il semble que nous soyons, cette fois-ci, dans la dernière ligne droite du coup d'envoi de cette nouvelle obligation pour tous les professionnels de santé. Il aura, en effet, fallu des mois de lutte et de négociations, avec, au passage, un changement de Ministre de la Santé, pour enfin voir dans les futurs décrets d'application, une gestion paritaire du DPC où Caisse Nationale d'Assurance Maladie et représentants de l'État d'un côté et professionnels de santé de l'autre seront à parts égales dans l'OG-DPC (Organisme Gestionnaire du DPC). Ceci est évidemment un point de satisfaction pour l'U.ME.SPE/C.S.M.F. qui a, sans relâche, rappelé que le dispositif ne se mettrait pas en place sans ce paritarisme. Ce système sera, certainement, plus juste que celui que nous vivons aujourd'hui avec la FPC (Formation Professionnelle Conventionnelle). En effet, les séminaires de FPC proposés chaque année par l'OGC concernent la médecine générale pour 85 à 90 % du budget ! Les causes de ce déséquilibre sont multiples, mais reconnaissons que cette situation ne reflète pas la réalité du terrain, médecins spécialistes et médecins généralistes libéraux étant en nombre sensiblement équivalents. Le DPC annoncé devrait se faire au travers de chèques virtuels proposés à chaque médecin. Chacun d'entre nous pourra ainsi se rapprocher d'un organisme accrédité à mener des actions de DPC afin de satisfaire à cette obligation annuelle.

Malgré la satisfaction affichée lors de la journée de Printemps de la FSM, nous devons garder un œil critique et objectif quant à la mise en place de ce nouveau système mêlant formation continue, évaluation des pratiques professionnelles, maîtrise médicalisée et sécurité sanitaire. Si le cercle vertueux d'une formation continue précédée d'une évaluation de nos pratiques et suivie d'une évaluation de l'impact de cette formation ne peut que nous convenir et satisfaire à l'image que nous nous faisons de notre exercice, ce DPC ne sera effectif que si le système est à la fois simple, équilibré, correctement financé et réalisable en équipe :

- *Simple* : En effet, si, pour certaines officines le DPC est synonyme de groupe de pairs, pour nous, médecins spécialistes et hépato-gastroentérologues, ce DPC doit être intégré à notre pratique médicale. Nous disposons, aujourd'hui, d'un certain nombre d'outils informatiques que nous devons continuer à faire évoluer pour que ce DPC s'intègre au quotidien à notre pratique.

- *Équilibré* : Le DPC ne peut, en effet, faire la part belle à une évaluation excessive des pratiques indépendamment du volet formation, ou à la seule accréditation des pratiques médicales qui reste aujourd'hui un dispositif purement facultatif et dont le succès n'est rencontré que pour les spécialités à prime d'assurance élevée (qui ont trouvé là le moyen de diminuer des cotisations excessives pour leur assurance en responsabilité civile professionnelle).

- *Correctement financé* : Lors de son intervention, François-Xavier Selleret a parlé d'un budget avoisinant 70 à 80 millions d'euros par an pour l'organisation de ce DPC. Quelle ne fut pas notre surprise lorsque l'on sait que le budget actuel de la FPC est fixé à 75 millions d'euros par an, la moitié étant attribuée aux indemnités pour pertes de ressources. Seuls 25 % des médecins libéraux participent à des séminaires de FPC ! Comment, alors, envisager qu'avec un budget comparable, on puisse financer le DPC de 100 % des médecins libéraux ? Comment l'imaginer, à défaut d'un financement autre, qui pourrait provenir de façon transparente de l'industrie pharmaceutique ? Mais comment pourrait-on en arriver officiellement à une telle solution financière dans le contexte de « précaution » généré par « l'affaire du Médiateur » ? Comment d'autre part imaginer que selon le souhait fortement souligné par Monsieur Guy Boudet, responsable du dossier DPC à la DGOS, les 22

membres du futur Conseil Scientifique indépendant puissent être vierges de tout conflit d'intérêt ? La déclaration d'indépendance des experts est, aujourd'hui, une réalité pour chacun, et nous ne pouvons que nous en satisfaire. Sans faire notre la phrase « un expert sans conflit d'intérêt est un expert sans intérêt », reconnaissons que nous aurons probablement les plus grandes difficultés à voir les meilleurs d'entre nous siéger à la CSI si la première exigence est qu'ils n'aient eu aucun rapport, y compris éloigné, avec l'industrie pharmaceutique ? Qui plus est, nous savons bien que l'indépendance de chacun ne concerne pas que l'industrie pharmaceutique mais intéresse aussi, parfois, les financements publics de la Formation Médicale Continue. Notre devoir est certes d'adhérer au principe de transparence, mais gardons-nous de tomber dans une chasse aux sorcières dont les excès seraient contre producteurs.

• *DPC réalisable en équipe* : Alors qu'aujourd'hui l'absence de fongibilité des enveloppes ne permet pas d'organiser des actions de FPC... difficile sera la gestion d'un DPC pour des praticiens travaillant au quotidien en équipe ! Ce sera certainement le rôle majeur du Conseil National de DPC (CN-DPC) que de l'assumer, par exemple pour permettre à des gynécologues obstétriciens et à des sages-femmes d'améliorer ensemble leur formation et leur pratique professionnelle, en un mot leur DPC...

Il nous reste à attendre les décrets, annoncés pour le début de l'été par le Directeur adjoint du Cabinet du Ministre de la Santé, et à prendre toute la mesure de cette obligation afin d'y satisfaire intelligemment et efficacement, au service de la santé de la population et des patients qui nous assurent de leur confiance au quotidien.

Dr. Franck DEVULDER  
Vice Président du SYN MAD – Juin 2011

## 2.6. L'ACTUALITE PROFESSIONNELLE

Mai 2011 : et si nos rémunérations évoluaient...

- Évolution avec la demande du SYN MAD de voir mis en avant, pour les hépato-gastroentérologues, la valeur ajoutée d'une consultation et d'une échographie abdominale digestive effectuées dans le même temps. Cette demande a été étayée, à la fois pour des actes réalisés dans un contexte d'urgence et pour des actes programmés en dehors de toute urgence. Il semble que la fourchette dans laquelle l'échographie puisse être couplée à une consultation se situe entre 50 et 70 %. Le SYN MAD demande à ce que cette prise en charge globale soit rémunérée à son juste prix, à l'instar de ce qu'ont obtenu nos collègues cardiologues, avec la consultation lourde de cardiologie comprenant un examen clinique et un ECG. La demande du SYN MAD est d'autre part radicalement différente de la réflexion actuelle de nos amis radiologues qui, comme cela a été exposé lors de la Journée de Printemps de la FSM, s'interrogent sur l'opportunité d'une délégation de l'acte d'échographie auprès des manipulateurs radio.
- Évolution avec les toutes dernières propositions mises sur la table des actuelles négociations conventionnelles : celles-ci concernent, d'une part, le secteur optionnel permettant aux médecins d'avoir des compléments d'honoraires solvabilisés par les mutuelles et, d'autre part, une ébauche de paiement à la performance sur laquelle il nous convient de réfléchir afin de donner une réponse acceptable pour notre pratique quotidienne. Ces dispositions, proposées par l'U.ME.SPE/CSMF et son allié le SML, ont pour finalité d'améliorer nos revenus bloqués depuis plus de 15 ans, en ce qui concerne le coût de la pratique. Nous reviendrons régulièrement, d'ici l'été, sur cette saga des négociations conventionnelles dans lesquelles, grâce à votre implication et au succès électoral des listes CSMF, nous avons aujourd'hui un poids majeur pour la rédaction d'une nouvelle convention défendant les intérêts des médecins indexés aux soins des patients.
- Évolution, encore, avec les dispositions fiscales permettant la création de Plans d'Épargne Entreprise (P.E.E) et Plans d'Épargne Retraite Collectif (PERCO). Ces dispositifs d'épargne salariale facultatifs ne sont pas la solution d'épargne salariale universelle mais les avantages sont nombreux, tant pour les bénéficiaires, l'abondement de l'entreprise étant exonéré de cotisations sociales et d'impôt sur le revenu, et la sortie des fonds au droit capital étant exonéré d'imposition des plus-values, que pour l'entreprise, l'abondement étant exonéré de charges patronales et déductible des bénéfices imposables. Nombre d'entre nous ont déjà mis en place dans leur entreprise P.E.E. et PERCO. Je ne peux que vous inviter à vous rapprocher de votre conseiller financier habituel afin d'évoquer avec lui cette possibilité qui nous est offerte.

- Dispositif médical : l'importance des observatoires. Les Assises du Médicament arrivent, bientôt, à leur fin. Un groupe a été constitué avec mission de réfléchir à une meilleure organisation de la diffusion des dispositifs médicaux. Il en ressort que la mise en place d'observatoires est une pratique à encourager pour l'évaluation et la diffusion de dispositifs médicaux innovants. Ces observatoires doivent se faire sous le contrôle d'un comité de pilotage où le rôle des sociétés savantes et des collèges professionnels est central, le protocole scientifique, le recueil et l'interprétation des données devant, forcément, revenir à la profession. L'industriel doit, quant à lui, favoriser le développement de ces observatoires et permettre, ainsi, d'obtenir des données scientifiques transparentes avec un objectif : leur validation par la Haute Autorité de Santé ; validation qui constitue la première étape d'un remboursement.

Dr. Franck DEVULDER  
Vice Président du SYNMA – Mai 2011

## 2.7. LE PRINTEMPS DES CHIFFRES DE DÉPENSES DE SANTÉ ET DES REVENUS : PAS POUR TOUS !!

Chacun d'entre nous attend le printemps avec empressement, voire impatience et interrogation. Avec émerveillement, nous constatons le miracle sans cesse renouvelé des odeurs et des couleurs, mais nous découvrons parfois, avec effroi, la floraison de chiffres concoctés par la CNAM TS et par la CARMF. Avons-nous été vertueux, avons-nous dépensé plus que de raison, et surtout avons-nous travaillé plus pour gagner moins ???

Le ralentissement des dépenses de santé et, en particulier, celles des médicaments, débuté au milieu de la décennie passée, se confirme encore pour 2009 puisque le taux d'évolution des dépenses de santé pour les soins de ville est de 2,3%. Le taux d'évolution des dépenses de médicaments est de 1,1 % et est lié à quatre grands leviers que sont : les baisses des prix, l'utilisation des génériques, les grands conditionnements et, bien sûr, la maîtrise médicalisée qui a généré 280 Millions d' € d'économies.

La médecine spécialisée a vu une progression de ses honoraires de 1,8 % de 2008 à 2009 (1,6 % pour l'ensemble des médecins libéraux). Les Hépatogastroentérologues ont contribué à ces bons résultats (du moins pour la Caisse d'Assurance Maladie !), puisque leur taux d'évolution de dépenses remboursées est de 1,7 %. L'évolution est même négative dans les cabinets médicaux (-1,3 %), et à 3,2 % pour l'activité réalisée dans les structures privées. Fait remarquable, les actes cliniques restent extrêmement stables tant au niveau des cabinets que des cliniques privées, par contre l'érosion des actes techniques en cabinet perdure avec - 4,9 %, au profit des cliniques privées avec 3,3 %. Ces chiffres confirment donc que nous sommes de plus en plus présents sur les plateaux techniques des cliniques, que cette activité représente généralement 70 à 80 % de notre chiffre d'affaire et qu'il est indispensable de garder notre indépendance vis-à-vis de nos directeurs d'établissement.

La croissance continue du coût de la vie, des charges sociales, fait que l'évolution du bénéfice non commercial publié tout récemment par la CARMF, confirme l'érosion de notre pouvoir d'achat. L'année dernière, en terme d'évolution, les médecins généralistes avec des revenus en baisse de 0,85 % s'en sortent un peu mieux que les spécialistes (-1,31 %) ce qui est une inversion par rapport à l'année 2008. Il existe néanmoins une différence puisque les spécialistes en secteur 1 ont vu leur BNC augmenter de 1,93 %, alors que ceux du secteur 2 ont constaté une baisse de 0,55 %. L'Hépatogastroentérologie reste stable puisque le BNC moyen en secteur 1 est de 91 630 € (soit une baisse de 0,3 %) et celui du secteur 2 est de 105 517 € (soit une augmentation de 1 %). Au total le BNC moyen des HGE est de 96 553 €, soit une augmentation de 0,31 %.

Evolution du BNC 2008/2009 par spécialité						
	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1 & 2	Evolution 2008/2009		
	BNC moyen	BNC moyen	BNC moyen	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1&2
<b>Effectif global</b>	76 662 €	96 999 €	81 141 €	-1,43%	-0,15%	-1,11%
<b>Médecine générale</b>	69 711 €	62 380 €	68 987 €	-0,99%	0,25%	-0,85%
<b>Moyenne des spécialistes</b>	89 615 €	108 695 €	96 804 €	-1,93%	-0,55%	-1,31%
<b>Gastro-entérologie hépatologie</b>	91 630 €	105 517 €	96 553 €	-0,03%	1,00%	0,31%

Les Hépatogastroentérologues restent, comme les années précédentes, dans la moyenne haute des spécialités, bien à distance des revenus des leaders de la profession que sont les biologistes, les anesthésistes réanimateurs et les radiologues. Il est à noter ici que les revenus les plus élevés du secteur 1 sont ceux des oncologues.

À l'heure où nous nous battons, au quotidien, pour faire reconnaître la spécificité des Hépatogastroentérologues dans la prise en charge de la cancérologie d'organes vis-à-vis de nos confrères oncologues généralistes et de l'INCa, ces chiffres méritent d'être confrontés au problème majeur de l'accès aux soins dans certaines régions en cancérologie digestive.

Notre spécialité continue à souffrir du manque de revalorisation de nos actes cliniques et techniques et le SYNMAAD continue à réclamer haut et fort la consolidation du dernier tiers de la CCAM, la revalorisation du point travail et du coût de la pratique, et la reconnaissance pécuniaire de la permanence des soins.

C'est pour le SYNMAAD, et donc pour l'UMESPE, tout l'enjeu de cette nouvelle convention, en cours de négociation.

Dr. Thierry HELBERT  
Président - Mai 2011

### **3. ACTUALITÉS et INFORMATIONS :**

#### **Communiqué de presse SYNMAAD du 8.06.11**

Dans le cadre des négociations conventionnelles en cours,

Le SYNMAAD, syndicat national des hépatogastroentérologues, réuni en Conseil d'Administration ce mercredi 8 Juin, tient à rappeler les éléments suivants :

Les hépatogastroentérologues assurent, depuis toujours, la prise en charge de pathologies chroniques complexes (Hépatopathies chroniques, maladies chroniques inflammatoires de l'intestin, cancers digestifs). Cette démarche de Santé Publique, spécifique de la spécialité, nécessite des consultations lourdes qui doivent être valorisées.

La spécialité est une des seules à s'être engagée dans une démarche qualité vis-à-vis de l'UNCAM au travers de l'AcBUS sur la coloscopie.

Le SYNMAAD rappelle que le tarif des actes de base est bloqué depuis plus de 15 ans.

Le SYNMAAD approuve certains éléments du projet CSMF concernant un nouveau mode de rémunération.

Favorable à la mise en place d'indicateurs organisationnels, le SYNMAAD refuse tout paiement à la performance dans le cadre des pratiques médicales, tant que ne sera pas signée la consolidation du dernier tiers de la CCAM.

### **4. Rubrique Questions-Réponse**

Dr. S.

Le 12 Mai 3011

Objet : assurances RCP

Chers Amis

Ci joint copie du courrier reçu ces derniers jours de la MACSF.

Comme vous le constatez, les actes générateurs d'une surprime sont nombreux.

ce qui me fait passer de 1200 euros à 5300 euros sans modification de mon activité de proctologie qui était déjà déclarée. (zéro sinistre depuis 22 ans). Avez vous pu avancer sur ce dossier avec eux ? Je sais que je ne suis pas le seul.  
Cordialement.

**Réponse du SYNMAD le 13 Mai 2011**

**Cher ami,**

**Le SYNMAD était intervenu pour organiser une réunion de concertation entre la MACSF, représenté par Nicolas GOMBAULT et les Sociétés Savantes intéressées que sont la SFED et la SNFCP. Malgré plusieurs réunions, il n'a pas été possible d'obtenir un cadre de bonnes pratiques, permettant d'obtenir une réduction substantielle des primes d'assurances. En 2009, la MACSF voulait imposer une prime d'assurance à 25 000 € et Monsieur GOMBAULT avait accepté par un accord avec le SYNMAD de revoir la prime à hauteur de 5 000 €. A moins que la SNFCP veuille reprendre contact avec Nicolas GOMBAULT, la solution de faire jouer la concurrence me semble la plus efficace.**

**Bien cordialement.**

**Dr Thierry HELBERT**

**Président**

le 31 mai 2011

Dr. M.

Sujet: tarifs actes associés

Message: tarifs d'une rectosigmoidoscopieC (HJQE001) associée lors de la même séance à une ligature élastique(EGSP001) ou à de l'infrarouge(EGNP001).

Merci d'avance

**Réponse du SYNMAD le 6.06.11.**

**Mon Cher Confrère,**

**En réponse à votre email du 31 mai dernier, nous vous précisons que les règles qui régissent la tarification des actes sont extrêmement claires. Lorsque l'acte est effectué dans la même séance, ce qui semble être votre cas, le deuxième acte doit être coté sur 2.**

**Vous ne pouvez appliquer le modificateur 5 (2<sup>ème</sup> acte à taux plein) que s'il y a rupture de séance (de façon pratique, s'il y a changement de salle et si l'horaire est différent).**

**En vous souhaitant bonne réception,**

**Bien confraternellement.**

**Dr. Thierry HELBERT**

**Président**

Dr. D. :

Le 14 juin 2011 18:40

Sujet: secrétariat médical

Message: Je suis installé (secteur 2) en clinique mais à titre purement libéral et non encore salarié !!! Mon directeur me demande de payer le salaire exact que touche ma secrétaire pour la prise de RDV et le courrier (salariée par la clinique) mais considère que cela correspond à un 1/2 temps de secrétariat !? Il se permet donc de lui demander de prendre en charge les RDV et courriers d'autres praticiens: cette situation est-elle légale: dois-je payer, comme il semble l'entendre, l'ensemble du salaire et les charges sociales en + , même si c'est la clinique qui la salarie ?? et si oui ai-je intérêt alors à la salarier moi-même ?? par ailleurs, la clinique essaye d'imposer l'achat par tous les praticiens (internes ou externes) d'un logiciel de prise de RDV: pour moi c'est le seul intérêt car j'ai déjà un logiciel Endomax): le bon vieux cahier de RDV par écrit peut suffire: comment les contrer ?? Merci de votre réponse d'expert . Amicalement

Réponse du SYNMAD le 24/06/11  
Mon Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous la réponse du service juridique de la CSMF auquel nous avons demandé l'avis :

*« Sous réserves des dispositions figurant au contrat d'exercice professionnel du Dr D., dont nous ne disposons pas, et après avis de notre avocat, vous trouverez ci-dessous les éléments de réponse :*

*1/ la clinique est en droit de facturer aux praticiens le secrétariat médical qu'elle met à sa disposition exclusivement pour le temps qui lui est consacré, au coût réel correspondant au salaire et charges sociales augmentés de la TVA.*

*Il est évident qu'un praticien a toujours intérêt à salarier sa propre secrétaire afin de ne pas augmenter le coût de celle-ci de 19,6 % correspondant à la TVA que la clinique est dans l'obligation de facturer dans le cadre d'une mise à disposition de personnel salarié et d'un service rendu.*

*2/ En ce qui concerne l'obligation d'achat d'un logiciel par tous les praticiens pour la prise de rendez-vous : soit l'acquisition de ce logiciel est le complément nécessaire à la mise à disposition du secrétariat médical par la Clinique, dans ce cas là, la clinique, en tout état de cause, pourra le refacturer au praticien concerné en complément de cette mise à disposition, soit ce logiciel ne sert que le praticien concerné et dans ce cas là c'est lui qui décide librement de l'acquisition du logiciel qui lui paraît le plus adapté à ses besoins. »*

Espérant que ces renseignements répondent à vos interrogations,  
Bien cordialement.  
Dr. Thierry HELBERT  
Président

Dr. B.

Le 21 Juin 2011

Objet : assurance

bonjour

comme je vous le disais par téléphone j'ai un petit souci d'assurance SCP. en effet alors qu'elle était à 1400 euros , le nouvel avenant est de 6200 euros avec 2 variantes : 2700 euros pour le gastro "de base" avec actes techniques ( mais pas d'acte sophistiqué style pose de ballon ou note) et il y a un supplément du au fait que je pratique la chir proctologique (basique : hémorroïde , fissure , abcès c'est tout) mon mode d'exercice est le même depuis plus de 20 ans et n'a pas spécialement évolué

je ne vous cache pas que cela "m'agace" d'autant que j'ai toujours gardé la même assurance : la Macsf, alors ma question est (vous vous en doutez ) quelle société d'assurance peut-on contacter pour avoir des devis comparatifs et trancher en connaissance de cause  
merci de votre aide  
cordialement

Réponse du SYNMAD le 23.06.11  
Mon Cher Confrère,

Vous pouvez vous rapprocher de la Médicale de France ou des Assurances BRANCHET qui, aux dernières informations, étaient bien placées, à noter que la compagnie BRANCHET vient d'être rachetée.

Rien ne vous empêche également de contacter des sociétés d'assurances moins médicales car il existe parfois de bonnes surprises.

Bien cordialement.  
Dr. Thierry HELBERT  
Président

## 5. NOS REMERCIEMENTS :

- Axcan Pharma
- Boston Scientific
- Given Imaging
- Olympus
- Interfimo

## 6. À PROPOS DU JOURNAL ELECTRONIQUE DU SYNMAD

LE JOURNAL ELECTRONIQUE DU SYNMAD est un mensuel électronique, son objectif est d'offrir à la fois la diffusion d'informations pratiques à destination des professionnels de la santé publique, mais aussi une tribune d'expression pour l'ensemble des acteurs concernés par la santé publique et la politique de santé. L'abonnement gratuit est obtenu sur simple demande à la rédaction. Pour recevoir la revue de presse du SYNMAD : [jeanfrarey@aol.com](mailto:jeanfrarey@aol.com)

Nous vous rappelons que conformément aux dispositions la loi 78-17 : "Informatique, fichiers et liberté", vous conservez la possibilité d'accéder aux informations vous concernant et de les rectifier si vous le jugez nécessaire. Copyright: Editions DUREY®