

LES
CAHIERS

SYNGOF

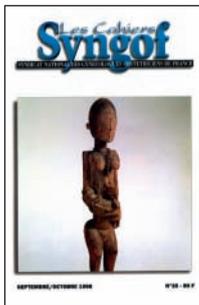
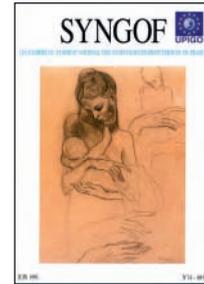
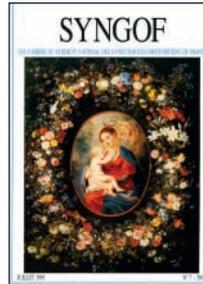
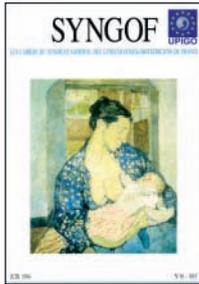
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



98

Septembre
2014

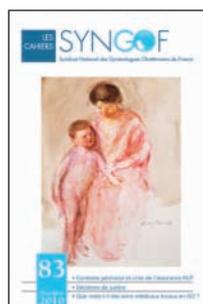
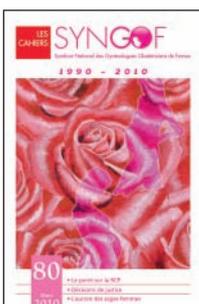
DOSSIER :
Accès aux soins chirurgicaux
et dépassement de tarifs



Les Cahiers SYNGOF jour après jour



vous informent



3 Éditorial

B. de ROCHAMBEAU

INFORMATIONS SYNDICALES

4 Conseil d'administration du 5 septembre 2014

J. MARTY

9 Les raisons de AH de se joindre au mouvement de grève des PH du 14 octobre

P. LE PORS-LEMOINE, N. SMOLSKI

10 Lettre au directeur de cabinet adjoint de Mme Marisol Touraine

J. MARTY

12 Projet de loi Santé et la santé de la femme

B. de ROCHAMBEAU

14 Mouvement collectif des sages-femmes

P. LE PORS-LEMOINE

DOSSIER 16 Accès aux soins chirurgicaux et dépassements de tarif

J. MARTY

36 Colloque national gynécologie et société

E. PAGANELLI, M. AGOPIANTZ

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

38 Lucina sine concubitu

B. SEGUY

GYNÉCOLOGIE HUMANITAIRE

41 Rapport de mission chirurgie solidaire pour WAHA international en Ethiopie

S. BRETONES

VOS RUBRIQUES

46 Conseil d'administration

47 Propos de lecture

48 Délégués régionaux

50 Petites annonces

51 Le coin des cinéphiles du siècle dernier

52 Agenda des congrès

98

septembre



The Bridgeman Art Library

The Two Sisters

Portrait, 1863 (oil on canvas), Tissot, James Jacques Joseph (1836-1902)

Musée d'Orsay, Paris

Directeurs de la Publication : Drs François-Xavier Boyer de Latour, Bertrand de Rochambeau

Comité de Rédaction : Professeurs Bernard et Horovitz.

Docteurs Boyer de Latour, de Rochambeau, Favrin, Faidherbe, Guérin, Rivoallan, Rozan.

Publicité : Dr François-Xavier Boyer de Latour
Tél. 03 23 64 53 59

Email fxdelatour@gmail.com

Dr Bertrand de Rochambeau. Tél. 01 64 72 74 26

Email : bdr@club-internet.fr

Siège social : Syngof, 25 rue du Tendat
81000 ALBI - Tél. 04 67 04 17 18

e.mail : syngof@syngof.fr

Site internet : <http://www.syngof.fr/>

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les "copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective" et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, "toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite", (alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du code pénal.

Conception et Réalisation :

Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 3^{ème} trimestre 2014

Imprimé en France

SOULIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

Syngof décline toute responsabilité sur les opinions émises dans les articles qui n'engagent que leurs auteurs.

Magazine adressé à titre gratuit aux adhérents du Syngof.



Actualité syndicale

Accès aux soins chirurgicaux et dépassements de tarifs

Avenir hospitalier – la revue

La gestion des placements de la CARMF

Association d'un acte technique et d'une consultation

[Voir tous les articles »](#)

Communiqués de presse

03-07-2014 - Auto-prélèvement vaginal : le SYNGOF met en garde contre l'amalgame ...

19-06-2014 - Au cœur du projet de loi sur la politique nationale ...

12-06-2014 - Enquête nationale Avenir Hospitalier

26-05-2014 - Quelle gouvernance dans les hôpitaux après la Loi HPST ? ...

[Voir tous les communiqués »](#)

Bibliothèque

[Les dossiers des cahiers](#)

[Les conduites à tenir](#)

[Droit, Ethique et JO](#)

[Informations générales](#)



Le SYNGOF est le syndicat de tous les gynécologues. Comme les intérêts de chaque mode d'exercice de la gynécologie ne sont pas strictement identiques, nous avons constitué 3 pôles :

- Le pôle de gynécologie obstétrique libéral
- Le pôle de Gynécologie médicale
- Le pôle de gynécologie obstétrique hospitalière

[Adhésion au Syngof](#)

[Contacter le Syngof](#)

[Les cahiers du Syngof](#)

L'Actualité du SYNGOF au quotidien



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

On pouvait espérer, après tant de consultations, un projet qui s'appuierait sur un diagnostic partagé et des solutions en accord avec ce que les professionnels avaient proposé.

La présentation du projet de loi santé par la Ministre a fait sur le monde médical, l'effet d'un électrochoc. Cette loi, annoncée comme structurante de l'action sociale du gouvernement a été préparée de longue date. Le précédent premier ministre lançait en février 2013 la réflexion sur *"la stratégie nationale de santé"* au cours de son discours de Grenoble, une commission a travaillé et remis son rapport, le ministère de la santé a consulté sans arrêt sur les sujets les plus brûlants en 2013 et au premier semestre 2014, puis la ministre a dévoilé son projet. On pouvait espérer, après tant de consultations, un projet qui s'appuierait sur un diagnostic partagé et des solutions en accord avec ce que les professionnels avaient proposé. Rien du tout ! On retrouve un dogmatisme étatique à tous les niveaux, tant et si bien que les conseils de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), de l'UNOCAM (les complémentaires), tous les syndicats représentatifs de médecins, libéraux comme hospitaliers ainsi que les internes, la Fédération de l'hospitalisation privée ont signifié leurs réserves majeures sur ce texte. Seule la Fédération de l'hospitalisation publique (FHF) trouve son compte dans une loi où absolument tout est fait pour sauver l'hôpital public. Oui, cette loi en l'état est structurante : elle étatique la santé, l'ensemble du système, libéral comme public sera administré par les ARS, bras armé des politiques. Ces mêmes politiques qui depuis 1974, laissent filer les déficits qui ont conduit à la situation d'extrême fragilité actuelle.

Le système de santé français allie d'une part un volet public hospitalier, hypertrophié, peu productif et maintenant totalement contrôlé par les gouvernements (depuis la loi HPST de 2009, les médecins sont réduits de plus en plus au rôle de producteurs de soins avec des objectifs imposés par les directions). D'autre part, un volet libéral, plus dynamique et régit par une convention entre l'assurance maladie et les praticiens libéraux qui exercent en ville et dans les établissements hospitaliers privés. Un des objectifs majeurs de cette loi était la coordination des soins entre les 2 systèmes. La solution retenue est l'encadrement de la totalité par l'état : il est prévu un encadrement de l'assurance maladie par le ministère de la santé, une déclinaison régionale de la Convention libérale par les ARS, une structuration par les ARS de l'offre hospitalière territoriale autour des hôpitaux publics, par défaut, avec la suppression des missions de service public dévolues depuis 2009 au privé. Dans les hôpitaux publics la gouvernance hospitalière échappe un peu plus aux médecins qui perdent le pouvoir de nomination de leurs pairs. Nous revoici comme en 2005 à l'époque des *"ordonnances Juppé"*!

"La santé nous est trop précieuse pour être confiée aux politiques".

Debout, dehors, mobilisation générale.

Conseil d'administration

5 septembre 2014

J. MARTY*

La loi prévoit la suppression des 14 missions de service public auxquelles l'accès avait été étendu par la loi HPST aux cliniques et pas seulement aux hôpitaux.

é

étaient présents les Docteurs :

BOHL, BONNEAU, CACAULT, DE BIEVRE, DENJEAN, DE ROCHAMBEAU, FAVRIN, GUERIN, GUIGUES, HOMASSON, JELEN, LAPLACE, LEGRAND, MARTY, MIRONNEAU, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN

Étaient excusés les Docteurs :

BASTIAN, BOYER DE LATOUR, DARMON, DREYFUS, FAIDHERBE, GERAUDIE, GRAVIER, HOROVITZ, LEBOEUF, LE PORS, ROZAN, TEFFAUD, THIEBAUGEORGES, VERHAEGHE

Le Conseil d'Administration est ouvert par le Dr PAGANELLI, secrétaire générale du SYNGOF.

Approbation du PV du CA

Le compte rendu est approuvé à l'unanimité des membres présents.

Le versement moyen des Rosp en 2012 s'est élevé à 5300 € par médecin.

Colloque national gynécologie et société E. PAGANELLI

Le Dr PAGANELLI fait part au Conseil de l'avancée du colloque qui aura lieu le 14 novembre prochain au Sénat. Elle encourage ses confrères à en faire la promotion car les inscriptions sont difficiles.

Le Dr de ROCHAMBEAU pense qu'il faut inviter les sages-femmes à cette manifestation et élargir à tous les syndicats et les collègues.

Le Dr PAGANELLI précise que le colloque est sous le parrainage de la sénatrice Aline ARCHIMBAUD.

Rémunération des objectifs de santé publique E. PAGANELLI

Le Dr PAGANELLI lit la lettre envoyée à Philippe UHLMANN, directeur adjoint de la CNAM, en juin dernier, concernant la rémunération des objectifs de santé publique (Rosp) demandés par les gynécologues. Celui-ci a répondu que c'était très

intéressant mais pas à l'ordre du jour. Les endocrinologues sont prioritaires. Grâce à ce dispositif, le versement moyen des Rosp en 2012 s'est élevé à 5300 € par médecin.

Elle demande à la salle quels objectifs il serait bon de rajouter pour la profession.

Différentes propositions sont données par les administrateurs :

- Créneau d'urgence pour personne adressée par une sage-femme ou un médecin traitant,
- Dépistage du cancer du sein,
- Augmentation de pose de stérilet chez les nullipares,
- Traçabilité des frottis pathologiques,
- Traçabilité des femmes ayant une mammographie ACR 3 OU ACR 4,
- Les échographies de grossesse,
- Réduire les frottis annuels,
- Choix de la première pilule selon les recommandations,
- Recherche de diabète chez les gestantes,
- Accès à l'ivg médicamenteuses au cabinet,
- Dépistage de la trisomie 21,
- Mammographie annuelle pour suivi cancer du sein.

*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

Loi en préparation "Stratégie de santé"

B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU explique aux membres du CA que le gouvernement prépare une loi "Stratégie de santé". Cette loi a été proposée au mois de juin à l'ensemble de la presse et sera présentée en septembre pour préparer la loi de financement de la sécurité sociale. Ce projet de loi sera discuté à l'Assemblée Nationale dans le 1^{er} semestre 2015.

Lire le texte complet page 12

Intervention du Dr Jean MARTY pour commenter certains des aspects de la loi.

Fait très marquant, la loi prévoit la suppression des 14 missions de service public auxquelles l'accès avait été étendu par la loi HPST aux cliniques et pas seulement aux hôpitaux.

La mission qui avait été attribuée le plus souvent aux cliniques était la mission de permanence des soins. En un mot les "urgences". Les urgences sont dès lors menacées plus ou moins rapidement dans le secteur privé. Plus rarement c'est une mission de formation des internes. Cette disposition permettait aux internes de profiter d'une expérience médicale plus large et plus tôt que dans les CHU où ils sont parfois trop nombreux. En effet la moitié des actes de chirurgie est produite dans les cliniques.

Si la loi est adoptée dans son état actuel, Le service public hospitalier rénové concentrera toutes les prérogatives de service public dans les hôpitaux publics et les ESPIC. En plus des 2 dangers que je viens de signaler (urgences, formation des médecins dans les cliniques), le plus grand risque porte sur l'accès aux innovations techniques. En effet, elles sont de plus en plus contingentées par des autorisations. Le principal critère d'attribution de l'autorisation selon les Pouvoirs publics est l'appartenan-

ce de l'établissement au service public. Sans possibilité de se rénové, la chirurgie libérale serait condamnée comme a été laminée l'obstétrique libérale avec la création des niveaux au profit de l'hôpital public. Le texte prévoit la *possibilité théorique* pour l'ARS de confier le label de service public à une clinique mais à la condition exclusive qu'aucun médecin y intervenant ne pratique de complément d'honoraire. Mais même si l'établissement applique le ZERO dépassement, l'attribution du label de service public reste optionnelle pour les cliniques à la discrétion de l'ARS, quand il est de droit pour les CH et les ESPIC. Dans l'état actuel de la loi, la réalisation de dépassements de tarifs opposables en secteur privé ne disqualifierait pas l'hôpital pour le service public, ce qui est une rupture manifeste d'égalité de droit. Ce qui peut être un motif de pression sur les médecins qui les appliquent en secteur privé à l'hôpital pour qu'ils cessent immédiatement ou à brève échéance.

Il faut rappeler que les dépassements ont été autorisés dès 1980 et reconduits depuis parce que les honoraires opposables n'ont pas été revalorisés. Mais pour les actes dans le cadre du service public, notamment des urgences, les dépassements sont jusqu'à ce jour interdits. Cela démontre clairement que cette mesure ne s'inscrit pas dans l'objectif de réduire les dépassements pour un accès aux soins. Les domaines où ces dépassements étaient impossibles, c'est-à-dire les services d'urgences, sont menacés et l'accès aux soins est directement affecté par la loi car les services d'urgences publics sont régulièrement débordés et la population avait la satisfaction de pouvoir échapper à la pénurie et au climat des urgences publiques par ces services d'urgences privées.

Cette dévalorisation des cliniques a pour but de ramener l'activité de celles-ci vers l'hôpital public pour compenser les économies que doit

engendrer la réduction des séjours médicaux (Insuffisance cardiaque, bronchites chroniques et développement de la chirurgie ambulatoire). Les médecins des hôpitaux ne doivent pas se réjouir de cette rupture d'équilibre en chirurgie publique et privée. Qu'ils se souviennent bien que la revalorisation de leur carrière autour des années 90 a été le résultat de la comparaison avec leurs collègues libéraux. Si l'administration hospitalière parvient à laminer l'attractivité du privé, les efforts pour retenir les jeunes chirurgiens dans les hôpitaux n'auront plus de raison d'être.

Les cliniques privées, avec la nouvelle équipe dirigeante de la FHP, prennent conscience que l'on prépare leur sacrifice. C'est le sacrifice de notre outil de travail. Nous devons avec elle nous préparer aux actions les plus déterminées et ne pas glisser vers un esprit de Munich.

Deux autres mesures de la loi méritent un commentaire :

- **Le tiers payant.** Nous en avons discuté entre syndicats souvent opposés. Tous pensent que ce serait l'ouverture vers une surconsommation de la population. Le tiers payant appliqué largement pour les hospitalisations ne fonctionne pas si mal. Ce qui est plus judicieusement redouté c'est le risque d'une "usine à gaz", de dysfonctionnement de l'articulation Assurance maladie et complémentaires. Il serait bien que ce soit la sécurité sociale qui mette en place un paiement unique pour nous.

Le tiers payant doit être un paiement unique par carte verte (sesam vitale) et si ce n'est pas possible cela doit rester par la carte bancaire.

- **L'Open data.** C'est l'ouverture des données chiffrées de la santé, tirées du PMSI, du SNIRAM, etc. Par l'intermédiaire des syndicats nous avons, de droit, un accès à toutes les données de la sécurité sociale. L'UNPS et l'UNCAM étaient partenaires dans la gestion du SNIRAM.

Les nouvelles dispositions de la loi feront que notre accès sera soumis à l'autorisation de la CNIL. Nous ne disposerons plus aussi facilement des informations importantes.

Il faut noter l'asymétrie des données. On sait tout sur l'activité et les honoraires des médecins libéraux. On ne sait rien sur les effectifs et les activités des médecins publics, car l'hôpital n'est toujours pas tenu de donner ses chiffres en dehors du PMSI.

B de ROCHAMBEAU précise un autre point de la réforme qui est le développement professionnel continu (DPC). Un chapitre octroie au récent CNPGO un rôle sur le contrôle du DPC. Cela nous paraît positif.

Par ailleurs, il est prévu le pilotage de l'UNCAM par le ministère de la santé. Dans ce cadre c'est le ministère qui donne les directives à l'Assurance maladie et l'ARS qui gère les hôpitaux. C'est l'étatisation de notre système de santé.

Un dernier chapitre concerne l'accréditation des équipes au sein des établissements de santé. L'accréditation qui était individuelle devient possible pour les équipes. Cela peut être aussi positif.

Discussion avec la salle

Négociation pour les soins de proximité et la chirurgie ambulatoire J. MARTY

A l'heure actuelle, nous sommes en négociation conventionnelle sur la coordination des soins de proximité en alternative à l'hospitalisation. Les Pouvoirs publics souhaitent ne pas hospitaliser les patients chroniques et faire sortir les opérés rapidement des établissements. Donc il faut mobiliser les infirmières, les kinés, les sages-femmes libérales etc. pour cette coordination. La définition et le prix de cette coordination sont l'objet de cette négociation.

Si vous êtes adhérent au SYNGOF vous pouvez bénéficier du comité des experts Gynerisq.

Les assurances sont beaucoup plus vigilantes à votre dossier si le SYNGOF vous soutient.

Si nous exprimons notre accord pour cette économie qui tend à réduire les hospitalisations ou leur durée nous ne pouvons accepter que notre responsabilité soit aggravée par la sortie précoce et l'interruption de notre surveillance. Dans l'immédiat, la négociation est sourde à notre préoccupation. Il serait, pour nous, suicidaire de favoriser l'ambulatoire si nous n'obtenions pas que la sécurité sociale qui dispose d'un système assurantiel, l'ONIAM, ne prenne pas à son compte l'accroissement de responsabilité puisque c'est elle qui demande cette réduction des frais d'hospitalisation. C'est son intérêt. En effet, les hospitalisations ne changeront pas si chacun de nous, n'est pas rassuré dans un changement de la façon d'utiliser l'hospitalisation.

Nous ne continuerons pas à augmenter la part ambulatoire pour des gestes plus lourds si ce problème de responsabilité n'est pas réglé pour les spécialistes.

Problème de responsabilité J. MARTY

Certains de nos collègues qui, entre 2002 et 2012, ont eu des sinistres ayant dépassé le plafond sont aujourd'hui menacés de ruine.

Le Dr FAVRIN préconise que chaque syndiqué qui se trouve face à un sinistre (ou même un simple problème) fasse expertiser son dossier par le comité des experts de Gynerisq. Cela l'aidera considérablement.

Le Dr MARTY dit que l'assurance est beaucoup plus attentive à partir du moment où le Syngof est partie prenante.

Plus généralement, pour le problème de responsabilité, les Pouvoirs publics alertés depuis des mois ne réagissent plus à nos demandes.

Nous devons rencontrer le 25 septembre le Cabinet de la ministre. Vous pouvez lire en page 10 la note que nous lui adressons dès maintenant pour que nous puissions avoir quelques chances d'obtenir des réponses. Une action collective sera encore probablement nécessaire pour obliger le gouvernement à répondre.

Rapport de la cour des comptes sur la vie conventionnelle, les rapports IGA et IGF sur les tarifs et l'échelle nationale des coûts de l'ATIH J. MARTY

Les nombreux rapports publiés depuis 2 ans convergent vers un constat que nous validons : la tarification n'a pas respecté les principes de départ de la CCAM : principe de neutralité entre les actes, engagement d'adaptation à l'augmentation des charges. Les coûts de l'hospitalisation publique sont plus élevés que ceux de l'hospitalisation privée.

Les tarifs sont restés figés, la convergence public/privée a été interrompue. Les pouvoirs publics se limitent à des interventions tarifaires orientées sur les revenus par spécialité. On abandonne l'aspect des tarifs et on en vient à la diversification de ces revenus. Même cette échelle des revenus reste déséquilibrée et les gynécologues restent mal placés.

Les gynécologues médicaux sont mélangés avec les gynécologues obstétriciens, ce qui faussent complètement les résultats car les gynécologues médicaux ont des tarifs sinistrés.

La différence entre les spécialités reste toujours aussi forte.

Tous ces rapports consacrent beaucoup d'encre aux compléments d'honoraires et constatent pertinemment que la lutte est conçue de telle sorte qu'elle n'est d'aucun effet.

Les dépassements ont le grand mérite pour l'administration hospitalière, qui domine aussi l'administration centrale, et les ARS de faire refluer la population vers les hôpitaux pour les éviter. Ce n'est pas innocemment que les contrats des complémentaires devront obligatoirement rembourser intégralement les forfaits journaliers et dérembourser en tout ou partie les compléments d'honoraires.

Pour sortir de ces refrains, LE BLOC a mobilisé les 2^{ème} collègues des URPS pour un travail de transparence sur ce sujet, qui est publié dans ce numéro des cahiers du SYNGOF.

On se rend compte que la lutte contre le secteur 2 est absurde puisque tous les jeunes s'installent en secteur 2 et sont incités à faire des dépassements!

Les dépassements d'honoraires ne représentent que 9% du prix total de l'hospitalisation, de telle sorte que les frais hospitaliers publics sont bien plus élevés que les frais hospitaliers privés, même une fois inclus les compléments d'honoraires. Nous avons ainsi vérifié ce qu'avancait à chaque occasion la sécurité sociale lors de la négociation de l'avenant 8.

Et la part des coûts de la pratique dans nos tarifs ne couvrent pas, loin

s'en faut, nos charges professionnelles chirurgicales et obstétricales contrairement à ceux que l'on constate pour les 2 principales spécialités médicales.

Représentation du Syngof en tant que syndicat vertical de la spécialité aux réunions techniques pré CHAP de la CSMF **J. RIVOALLAN**

Le Dr RIVOALLAN dit qu'indépendamment des grandes orientations et des grands sujets de défense syndicale, les petits soucis de la vie de tous les jours sont également très importants pour nos adhérents, et que les problèmes de nomenclature en font partie. Suite à certains problèmes de cotisations mal appréhendés lors des réunions de CHAP, l'UMESPE a créé des commissions techniques, se réunissant avant chaque session de CHAP et auxquelles sont invités tous les syndicats verticaux de spécialité.

Le syndicat vertical représentant les gynécologues obstétriciens est le SYNGOF.

Le but de ces réunions est de travailler sur la nomenclature. C'est une source d'information très importante et un lieu de contact avec les représentants syndicaux qui participent aux réunions CHAP et autres réunions sur la nomenclature.

Le Dr RIVOALLAN ne peut plus participer à ces réunions, depuis que le Président du SYNGOF a décidé de ne plus indemniser ses frais de déplacement et le regrette.

Il souhaiterait y être le représentant du SYNGOF, syndicat vertical de l'UMESPE. Le Dr RIVOALLAN regrette que l'idéologie prenne le pas sur l'efficacité, et précise que ne pouvant plus assister à ces réunions, il perd sa source de renseignements et de contacts

utiles. En conséquence de quoi, il lui apparaît difficile de continuer à suivre ce dossier de la nomenclature.

Le Dr MARTY souhaite que ce soit la CSMF qui finance les déplacements des membres CSMF du SYNGOF qui vont aux réunions de la CSMF. Le SYNGOF verse d'ailleurs pour eux une part de la cotisation à la CSMF. Le SYNGOF n'est pas là pour financer au-delà, les réunions internes des syndicats beaucoup plus riches que lui, d'autant que la CSMF n'acceptait pas la présence permanente des représentants remplaçants du SYNGOF à la CHAP.

Le Dr MARTY précise que les relations avec la CSMF s'améliorent et ce conflit est inutile. Nous avons demandé à la CSMF des réunions intersyndicales en préparation aux réunions du CHAP. Ces réunions pourraient être téléphoniques, ce qui permettrait de répondre à la demande de J. RIVOALLAN et de ne pas augmenter les frais. La CHAP prépare les évolutions tarifaires. Cela est sans implication sur les informations que les membres du bureau doivent donner aux confrères sur la nomenclature telle qu'elle est actuellement.

Les sages-femmes seront-elles le joker de l'hospitalisation privée **B. de ROCHAMBEAU**

Les parts de marché du privé en obstétrique fondent inexorablement avec le temps qui passe, de 50% début des années 90 elles ne représentent plus que 25% actuellement. La cause racine en est la raréfaction des accoucheurs qui exercent dans le privé. Si rien ne change, dans 5 à 10 ans, seuls quelques grosses maternités survivront dans des territoires spécifiques et le choix pour les femmes d'une offre privée à la naissance n'existera plus.

La capacité de recrutement d'une maternité dépend directement de

son offre de consultations obstétricales. Tant que cette offre repose sur les seuls accoucheurs, leur raréfaction impacte à double titre l'activité des salles de naissance. D'une part en contraignant les équipes à se rassembler pour assurer une permanence obstétricale avec les contraintes du 21^{ème} siècle, les maternités qui échouent sont contraintes de fermer : il y avait en France métropolitaine 1757 maternités en 1972, il en reste 535 en 2010. D'autre part, la raréfaction de l'offre de consultations détourne les patientes du système privé vers la consultation hospitalière publique. Les territoires où la concurrence existe sont de plus en plus rares. Ceux où seule l'offre publique est présente se multiplient et il est intéressant de regarder comment celle-ci s'est organisée pour faire face à cette exclusivité avec une nécessité d'offre numériquement suffisante. Traditionnellement assurée principalement par les gynécologues de ville qui adressent leurs parturientes au 8^{ème} mois en maternité, leur nombre diminuant régulièrement, la consultation obstétricale s'est progressivement déplacée vers les rares médecins généralistes qui l'assurent et vers une activité hospitalière de consultation assurée par les médecins hospitaliers et de plus en plus par des sages-femmes au sein même des maternités.

Ce que les hôpitaux publics ont fait avec efficacité, le privé pourrait s'en

inspirer. Il y a en France 22000 sages-femmes formées dont 12000 équivalents temps plein dans les hôpitaux et celles qui sont installées en privé libéral n'ont qu'une activité très parcellaire en obstétrique. La cour des comptes a estimé dans son rapport de 2011 que 5% des revenus des sages-femmes libérales étaient tirés des consultations, y compris celles de la grossesse. 5% des suites de couches, 5% du suivi de grossesse pathologique, 25% de rééducation périnéale et 50% de la préparation à la naissance. Le reste se répartissant entre des échographies, des soins infirmiers et leurs frais de déplacement.

Pourquoi ces sages-femmes font si peu d'obstétrique en libéral ?

Parce qu'on ne leur a pas fait de place ! La crainte de voir changer les filières de recrutement, la crainte de voir échapper les patientes vers d'autres horizons ont été des freins puissants à leur intégration spontanée dans le paysage obstétrical libéral.

Et si elles représentaient les forces qui manquent au secteur privé obstétrical ?

Cette question mérite d'être posée sans délai, même si le mouvement très actif des plus agressives d'entre elles en a refroidi plus d'un parmi nous. Intégrer des sages-femmes dans le parcours de soins obstétricaux permettra de résoudre plusieurs difficultés de mutation de l'obstétrique moderne. Des relations

privilegiées devront être tissées dans un esprit d'équipe entre les obstétriciens et les sages-femmes, entre les sages-femmes et les établissements de santé. La communauté libérale devra faciliter le parcours des patientes pour une prise en charge coordonnée avec des protocoles précis de surveillance, d'alertes et d'interventions. Il n'est pas impossible que les établissements soient intéressés à salarier des sages-femmes afin de les intégrer dans leurs effectifs de salle de naissance tant que les obstacles de nature assurantielle pour permettre des accouchements aux sages-femmes avec un statut libéral ne sont pas levés. Les sorties précoces de maternité trouveront naturellement une surveillance adaptée par celles qui les ont suivis. L'éducation thérapeutique, le suivi de contraception, le suivi gynécologique de dépistage et surveillance se trouvera naturellement intégré pour ces patientes, ce qui constituera un argument de poids pour le secteur libéral face à la prédominance actuelle de l'offre publique.

Il est temps de se parler pour construire.

La séance levée à 16h50

**Prochain Conseil d'administration
le 12 décembre 2014**



Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

Les raisons de AH

de se joindre au mouvement de grève des PH du 14 octobre

P. LE PORS-LEMOINE*, N. SMOLSKI**

*Communiqué de presse Avenir Hospitalier
du 17 septembre 2014*

Le Conseil d'Administration d'Avenir Hospitalier a décidé de se joindre au mouvement de grève de 24 heures du 14 octobre 2014, avec les autres intersyndicales. Les engagements pris par la Ministre lors de sa nomination n'ont pas été respectés, notamment la fin proclamée de la loi HPST. Nous nous sommes largement impliqués dans le Pacte de confiance, et nous sommes trahis par la Loi de santé en cours.

Les acteurs de l'hôpital devaient retrouver confiance, or la loi qui est proposée est une version étendue de HPST : plus de technocratie et de bureaucratie, rien pour la démocratie au sein de l'hôpital, rien n'est proposé pour entendre et améliorer la vie des acteurs du soin que nous sommes.

Nous avons beaucoup été reçus, mais très peu entendus. Les dossiers vitaux tels que l'attractivité des carrières seul moyen de combattre l'intérim médical, la révision du temps de travail, les pénibilités, notre formation médicale continue bradée via le DPC, la possibilité pour les médecins de bénéficier de protection de leur santé au travail, sont en souffrance depuis 2 ans.

La loi ne reprend aucune des propositions sur la gouvernance qui permette de laisser une place aux médecins au sein de l'hôpital, malgré une enquête dont les résultats assassinent l'organisation polaire actuelle. On espérait de la démocratie, on assiste à un renforcement des pouvoirs des potentats locaux.

Les acteurs de l'hôpital devaient retrouver confiance, or la loi qui est proposée est une version étendue de HPST...

Les PH sont très mécontents, car ils ont été bernés, et assistent à une arnaque à la démocratie sanitaire. Qu'est ce qu'un hôpital loin du soin, où les médecins se sentent bafoués méprisés et où la gouvernance n'a pour objectif que le seul le critère de rentabilité et de retour à l'équilibre, quitte à prendre des libertés avec la loi notamment sur les emplois médicaux.

L'hôpital doit rester le lieu du soin, au juste coût, mais qui fait une place à ses acteurs.

Nous exigeons donc des négociations, des vraies, portant sur :

- La place des médecins à l'hôpital, avec notamment une gouvernance équilibrée et juste, et des règles de démocratie interne.
- L'attractivité des carrières médicales hospitalières, comportant un volet temps de travail, un volet formation continue, un volet pénibilités, un volet grille salariale, un volet conditions de travail, un volet fins de carrières.

La Loi n'est pas votée, elle doit prendre en compte les aspirations des acteurs du soin hospitalier.

Nous appelons donc les collègues dont nous connaissons le fort mécontentement à faire grève le 14 octobre

* Gynécologue obstétricien, Vice-présidente du Syngof et Vice-présidente d'Avenir Hospitalier

** Présidente d'Avenir Hospitalier

Lettre

au directeur de cabinet adjoint

J. MARTY*

Courrier à Monsieur LE MOIGN

Directeur de cabinet adjoint au ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

m

Monsieur le Directeur Adjoint,

Le Ministère et les représentants des gynécologues obstétriciens sont régulièrement interpellés au sujet de l'augmentation du taux de césariennes. Nous savons par notre exercice quotidien que le nombre de césariennes augmente, non pas dans l'intérêt des enfants, puisque le taux de handicap après la naissance est immuable, mais par précaution parce que c'est le comportement le plus à même de dégager la responsabilité des obstétriciens qui est systématiquement recherchée en cas de handicap néonatal pour retard de césarienne, même s'il existe un doute sur une anomalie congénitale constituée in utero. Cette conclusion simple est étayée par des données que nous souhaitons porter à votre connaissance avant que vous ne décidiez la publication d'avis sur la césarienne. Plusieurs journalistes nous ayant informés que vous vous y prépariez.

Le Pr Claude RACINET, expert Gynerisq très fortement impliqué dans ce problème de responsabilité, a publié un ouvrage sur la césarienne (Editions Sauramps Médical <http://syngof.fr/annonces/>). Le Dr Serge FAVRIN, Président de Gynerisq, rédige une compilation de la littérature internationale sur la relation entre césarienne et responsabilité, que nous allons vous adresser.

La profession attend du Ministère la prise en compte des problèmes de responsabilité. Leur répercussion sur le taux de césarienne est un motif supplémentaire pour cette prise en compte puisque l'opinion publique y est sensible. Nous ne pouvons modifier ces réflexes de précaution que constituent ces césariennes inutiles, que dans la mesure où nous serons entendus sur les problèmes de responsabilité. Nous vous rappelons les faits avant notre rencontre pour que vous puissiez y répondre et pas seulement les écouter.

1 - L'aide à l'assurance

Nous sollicitons depuis deux ans la CNAMTS et la Direction de la Sécurité Sociale lors des réunions du groupe contact au sujet de l'aide à l'assurance pour les confrères obstétriciens qui en sont privés alors qu'ils paient les primes d'assurances élevées propres à la spécialité. Pour éviter le

parcours long d'une nouvelle rédaction de décret sur les critères de l'attribution de l'aide, la Direction de la Sécurité Sociale nous a accordé une dérogation pour ceux qui pratiquent plus de 50 accouchements, sous réserve que la Ministre signe une lettre avalisant leur accord. Nous attendons cette lettre depuis un an.

2 - La ruine pour insuffisance de plafond

Nous avons signalé les cas d'au moins deux confrères, les Docteurs SEBBAN et GATTAULT, menacés de ruine parce que la loi Kouchner a autorisé contre la jurisprudence du Conseil d'Etat, la fixation de plafonds de garantie qui se révèlent insuffisants. Après une campagne syndicale de 10 ans, un fonds dépendant de la Caisse Centrale de Réassurance couvre les dépassements de plafonds pour les sinistres dont la réclamation est intervenue après 2012. Mais pour les Docteurs SEBBAN et GATTAULT, les réclamations pour défaut de césarienne sont intervenues en 2002 après la loi Kouchner du 4 mars et leurs assurances les ont avertis du risque pour eux d'être condamnés à indemniser de leurs propres deniers pour plusieurs millions d'euros si, comme c'est prévisible, leur garantie était épuisée.

Nous demandons que le gouvernement introduise dans le PLF une disposition qui fasse intervenir le fonds de garantie à partir du jour où l'épuisement de la garantie est constaté, et ce quelle que soit la date de la réclamation. J'ai transmis une proposition de rédaction à Monsieur MASI.

3 - Assurance des praticiens à partir de 60 ans

Les confrères (dont le Dr ROUSSEL) se voient réclamer des primes d'assurance de plus de 40 000€ par an parce qu'ils ont 60 ans ou plus. L'assureur veut leur faire payer la couverture subséquente dont ils sont redevables pour les 10 ans suivant l'arrêt d'activité du médecin. Nous demandons le droit de présenter leur dossier au BCT Médical pour que les primes excessives puissent être ramenées à un montant compatible avec les tarifs opposables de l'obstétrique.

* Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

4 - Désengagement des assureurs médicaux lors de sinistre
 Un autre confrère s'est vu opposer un refus de couverture de certains actes par l'assureur en cours de contrat, suite à l'accouchement d'un enfant trisomique après une grossesse normalement suivie et un dépistage T21 qu'il a normalement mené. Lors de la deuxième expertise, un expert avait relevé qu'il n'avait pas terminé complètement le mémoire qui devait clore sa formation sur la technique de mesure de la clarté nucale. En effet, à quelques années près, il doit, et ce contrairement à ses aînés installés avant 1997, détenir un DIU d'échographie obstétricale et non, comme eux, se contenter de la formation. Il a cependant obtenu une attestation d'EPP clarté nucale d'un organisme agréé et une inscription pour ce dépistage de la part du réseau de périnatalité régional.

L'assureur (SHAM) prend pour prétexte l'absence de titre du DIU pour dégager sa responsabilité.

Nous demandons la création de l'obligation pour l'assureur de couvrir le praticien pour l'activité qu'il déclare dans le questionnaire d'engagement. L'assureur devrait avoir la charge de vérifier à l'engagement la conformité des diplômes aux exigences réglementaires pour les activités annoncées. Cela évitera que l'assureur ne prélève des primes toute une carrière, puis retire sa garantie une fois un sinistre intervenu.

5 - Montant total national des primes d'assurance médicale par l'ORM.

Pour limiter le montant des primes d'assurance, un Observatoire des risques médicaux compile le montant des indemnités des sinistres. Nous demandons que l'observatoire compile de la même manière les montants des primes collectées, d'autant qu'elles font l'objet d'une taxation pour abonder le fonds médical de la caisse centrale de réassurance. Messieurs Dominique MARTIN et Didier TABU-TEAU dans un manuel à l'intention des étudiants de Sciences-Po Paris donnaient il y a cinq ans, une collecte de 500 M€ de primes pour 100 M€ d'indemnités annuelles. Ce dernier chiffre semble stable depuis la création de l'ORM. Si l'ORM produit un rapport annuel qui montre des indemnités globalement stables, nous ne disposons pas de l'évolution du montant total de la collecte des primes pour la responsabilité civile en matière médicale.

La comparaison des primes toujours croissantes et des indemnités versées globalement stables serait de nature à ramener les assureurs à la modération pour notre bien commun.

Dans l'attente de vous rencontrer, nous vous prions de recevoir, Monsieur le Directeur Adjoint, nos respectueuses salutations.

Dr J. MARTY



Partenaire du SYNGOF

Grâce au CESU Domiserve,

**Financez vos services à la personne
 via votre activité professionnelle...**

...Et bénéficiez de plusieurs avantages fiscaux !

Qu'est ce que le CESU Domiserve ?

Accessible à tous les professionnels libéraux, avec ou sans salarié, le CESU est un titre de paiement vous permettant de régler plus de 20 Services à la Personne dans un cadre privé.

Les plus utilisés : la garde d'enfant (crèche, halte garderie, assistante maternelle...), l'entretien ménager, les cours à domicile, le bricolage, le jardinage...

Quels sont vos avantages fiscaux ?

Financé par votre activité professionnelle, votre achat de CESU Domiserve est amorti par les avantages fiscaux mis en place par les pouvoirs publics.

- ➔ Jusqu'à 1830 € de CESU Domiserve déduit de votre bénéfice imposable chaque année
- ➔ Un crédit d'impôt de 25% de la valeur des CESU financés

**Pour des informations détaillées
 ou commander vos CESU Domiserve :**

<http://www.domiserve.com/syngof>

Tél. 01 49 65 14 44

Projet de loi Santé et la santé de la femme

B de ROCHAMBEAU*

Au-delà des objectifs annoncés, nous avons extrait de ce texte de 53 articles ce qui concerne plus particulièrement la santé de la femme et la pratique de la gynécologie.

Cet été le ministère de la santé a présenté à la société civile son projet de Loi santé qui après avoir été présenté au conseil d'état en juillet, est soumis en ce mois de septembre au gouvernement avant le vote du projet de loi du financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2015 qu'il impactera. Ce projet sera soumis au vote des 2 chambres au cours du premier semestre de 2015. Ce qui n'est encore qu'un projet de loi a des objectifs annoncés ambitieux dans les domaines de la prévention, de l'organisation des soins, de l'innovation, de la gouvernance et de la démocratie sanitaire.

Au-delà des objectifs annoncés, nous avons extrait de ce texte de 53 articles ce qui concerne plus particulièrement la santé de la femme et la pratique de la gynécologie.

Prévention

Il est établi par cette loi un parcours éducatif en santé dans tous les établissements scolaires concernant la nutrition et les conduites déviantes : tabac et alcool.

- Les actes médicaux aux mineurs de plus de 15 ans dans ces établissements, qui étaient exclusivement pratiqués par les médecins seront ouverts aux infirmières sous la direction d'un médecin et aux sages-femmes, sans que l'accord des parents soit requis. Ces actes sont l'IVG médicamenteuse et les actes de dépistage des maladies sexuellement transmissibles.

Le service public hospitalier rénové met fin aux missions de service public qui étaient depuis la loi HPST assurées par les hôpitaux publics à 90% et par les acteurs du privé pour le reste avec des contrats de service public.

- Les ARS auront la possibilité d'autoriser des structures non médicales à utiliser les tests rapides d'orientation diagnostique de ces maladies. Aucune précision n'est donnée sur les garanties de confidentialité et de secret qui devront s'imposer à ces structures non médicales.

Organisation territoriale et coordination des soins

Sous l'autorité exclusive de l'Agence Régionale de Santé (ARS) il sera établi un "parcours de santé" pour les patients organisant "un service territorial de santé au public" qui offrira des soins de proximité regroupant tous les acteurs privés comme publics qui s'y engageront, coordonnés avec un "service public hospitalier rénové", aux tarifs exclusivement opposables et en tiers payant. Dans ce schéma directeur les acteurs du privé sont invités à participer chaque fois que le système public est absent, et aux conditions que les ARS définiront. Les établissements hospitaliers du secteur privé lucratif peuvent concourir dans les conditions énoncées : tarifs opposables exclusifs sans que soit prévu un alignement de leurs financements sur les établissements publics qui leur supérieur.

- **Le service territorial de santé au public** sera piloté par les ARS et regroupera la coordination des soins de premier recours et l'accès à l'hôpital public dans un fonctionnement transparent où l'information aux patients et aux différents acteurs doit être le fondement. Les actuelles négociations conventionnelles sur la coordination des soins qui se déroulent en ce moment et auxquelles nous participons ont pour objectif d'en jeter les bases organisationnelles et financières. L'accès aux soins sera optimisé par un tiers payant généralisé d'ici 2017 pour le financement par l'assurance maladie et la part complémentaire. En pratique les gynécologues et les gynécologues obstétriciens seront invités à participer à ce service pour les soins de premier recours et la coordination des soins entre eux et avec les établissements de santé. Ce qui était jusqu'alors organisé par le système libéral sera piloté par les

* Vice-président du SYNGOF chargé des PTL

ARS ! Les 2 systèmes pourront-ils coexister ou tout sera-t-il fait pour que l'un se fonde dans l'autre ? Ce qui nous est proposé est une mainmise de l'état via les ARS sur le système libéral. Ce projet devient le point de rupture pour tous les syndicats libéraux en cette rentrée d'automne 2014.

- **Le service public hospitalier rénové** repose sur le principe de survie financière de l'hôpital public.
 - Il met fin aux missions de service public qui étaient depuis la loi HPST assurées par les hôpitaux publics à 90% et par les acteurs du privé pour le reste avec des contrats de service public. La permanence de soins était une de ces missions et la garde obstétricale était construite sur le même modèle. Le projet ne dit pas ce que deviennent les contrats signés, il précise seulement qu'il n'en sera pas proposé d'autres et que pour qu'un établissement privé puisse prétendre à un service public, il doit proposer la totalité de ces soins aux tarifs opposables.
 - Il crée des "groupements hospitaliers de territoire" selon le Plan Régional de Santé (PRS) mis en place par les ARS, imposant aux établissements publics d'un même territoire une mise en commun des ressources, un projet médical cohérent, un partage des systèmes d'information et l'inscription dans le service territorial de santé au public du territoire. On voit ici la volonté d'économie d'échelle, de travail en coordination, c'est une mesure de modernisation de l'offre très structurante pour l'ensemble des acteurs. Cette restructuration a déjà commencé dans le privé, c'était son choix guidé par les nécessités économiques. Ici le choix est imposé par les ARS, comment sera-t-il accueilli ?
 - La gouvernance hospitalière sera, en conséquence plus guidée par les ARS, elles-mêmes soumises au pouvoir politique et la communauté médicale perd un peu plus de son indépendance. L'avis de la CME sur la nomination des chefs de pôle sera demandé, le directeur les nommera, il n'est pas tenu de se conformer à l'avis de la CME.
 - L'activité privée au sein de l'hôpital public est plus encadrée : conventionnement des acteurs obligatoire, secteur 1 ou signature du contrat d'accès aux soins obligatoire (en contradiction avec l'activité à tarif opposable obligatoire dans le service public hospitalier rénové), pas de réinstallation possible dans le privé à proximité du territoire si le praticien quitte l'hôpital, contrôle de l'activité libérale par un comité régional dans chaque ARS.

Nous avons 3 mois pour faire largement amender ou abandonner ces textes. La mobilisation de tous les acteurs sera indispensable pour détourner le gouvernement de cette direction que nous ne voulons pas.

Ainsi le système qui se met en place avec ce projet est destiné à remettre l'hôpital sous la coupe des ARS, de le rendre plus sain financièrement, d'augmenter ses parts de marché en coupant la permanence des soins aux établissements privés. La fin des missions de service public aux privés constitue aussi un point de rupture pour les acteurs du privé, syndicats de médecins et fédération hospitalière privée.

Diverses mesures nous concernent dans ce projet de loi, nous avons relevé :

- L'accès aux données de santé : Membre de l'UNPS, Le Bloc a accès aux données fournies par l'activité médicale et les utilise dans diverses analyses indispensables à notre défense, comme les compléments d'honoraires. Le projet de Loi prévoit un contrôle a priori de cet accès par la CNIL.
- La réforme du DPC, le projet de loi prévoit une redéfinition de celui-ci et en particulier un rôle de proposition des thèmes et de leur déclinaison par spécialité à travers les conseils nationaux de spécialité, le SYNGOF copréside structurellement le CNPGO.
- Le pilotage de l'UNCAM par le ministère de la santé qui met de facto la caisse sous le contrôle a priori de l'état.
- L'accréditation des équipes au sein des établissements est prévue par cette loi comme nous le demandons depuis deux ans.

Au total ce projet de loi affiche la volonté d'une étatisation de la santé. En cette période de crise profonde, financière et morale, le gouvernement renforce sa main mise sur l'organisation de la santé avec une priorité au sauvetage de l'hôpital public.

Plusieurs de ses dispositions contraignent fortement les médecins gynécologues libéraux comme hospitaliers. Nous avons 3 mois pour faire largement amender ou abandonner ces textes. La mobilisation de tous les acteurs sera indispensable pour détourner le gouvernement de cette direction que nous ne voulons pas.

Mouvement collectif des sages-femmes

P. LE PORS-LEMOINE*

Quelles leçons en tirer et comment positiver ensemble au service des femmes ?

Le mouvement du collectif de sage-femme a été le révélateur d'un malaise ressenti par cette profession médicale. Le sujet est extrêmement sensible et important, chacun le sent, dans un contexte de réflexion sur les contours de nombreuses professions de santé...

Le débat doit être celui de la qualité des soins, de l'organisation des coopérations et des réseaux, à l'opposé de la confusion des métiers sous pression revendicative spécifique de l'un d'entre eux...

Avant tout, les sages-femmes veulent faire respecter leur statut médical : c'est en 1945-1946 que les accouchements se faisant à domicile et les sages-femmes exerçant donc très massivement en libéral, celles-ci ont obtenu leur classement dans le titre du code de santé consacré au personnel médical.

Dans les années 1960, les naissances se déplacent dans les établissements de santé, et les sages-femmes sont ainsi devenues majoritairement salariées relevant du statut des agents des collectivités territoriales et locales, puis en 1986 fonctionnaires pour celles exerçant à l'hôpital, avec les avantages de ce statut, mais aussi ses obligations hiérarchiques actuellement contestées.

En demandant à quitter la fonction publique hospitalière pour un statut de "Praticien Hospitalier", les sages-femmes du collectif demandent à rejoindre "les autres Praticiens Hospitaliers", et à mettre en exergue leur différence avec les professions paramédicales.

Avant tout, les sages-femmes veulent faire respecter leur statut médical : c'est en 1945-1946 que les accouchements se faisant à domicile et les sages-femmes exerçant donc très massivement en libéral, celles-ci ont obtenu leur classement dans le titre du code de santé consacré au personnel médical.

Elles se plaignent d'un mépris de leur caractère médical... mais, nous médecins, comprenons assez mal ce ressenti. D'une part parce que tout le personnel soignant médical ou paramédical mérite le même respect (c'est une question de rapport humain correct, et non de diplôme !), d'autre part parce que, en particulier avec la loi HPST, mais aussi de plus en plus dans les services, nous médecins, n'avons vraiment plus le sentiment d'un respect lié au caractère "médical" en lui-même...

Alors malentendu ? pas tout à fait quand même, car pour revenir au problème de l'obstétrique, il est vrai que sages-femmes et gynécologues ont en commun l'eutocie : en commun, c'est-à-dire qu'il ne saurait être retiré aux médecins sous prétexte d'une formation plus longue et complète, ou de leur "genre" (!), leur compétence dans la gestion du travail eutocique, ni leur engagement humain auprès des couples et des enfants.

Le diagnostic d'évolution pathologique n'est pas toujours si simple, et l'intérêt de la parturiente réside dans une collaboration harmonieuse.

Aucun médecin ne peut accepter de n'être "sonné" que lorsque les choses vont mal, sans avoir pu anticiper, et en devant par contre alors assumer quoiqu'il arrive.

Les médecins, particulièrement ceux des blocs opératoires ont adhéré à la gestion des risques sur le modèle aéronautique : la fameuse check-list !

Dans un avion, il n'y a jamais 2 pilotes, mais un pilote et un copilote (qui en l'occurrence, eux, ont strictement la même formation) : les deux échangent mais la décision du premier l'emporte en cas de débat : c'est une hiérarchie fonctionnelle indispensable à la sécurité : un temps pour un échange respectueux, un temps pour décider et agir alors de concert pour mener à bien la décision prise par le pilote.

La façon de travailler au quotidien tient compte de l'expérience commune et réciproque des équipes, sages-femmes et obstétriciens, médecins anesthésistes réanimateurs et IADES, chirurgiens et IBODES dès leur arrivée regardent avec qui ils vont prendre en charge les patients...

* Gynécologue obstétricien, Vice-présidente du Syngof et Vice-présidente d'Avenir Hospitalier

Objectivement ceci va influencer le contour des compétences fonction de l'expérience acquise ensemble, plaçant les limites en deçà ou au-delà des compétences théoriques.

Quel que soit le désir des sages-femmes de se distinguer des personnels paramédicaux, le sujet est donc bien le champ de compétence, la recherche de sécurité pour la parturiente. Il n'y a rien de méprisant à dire que les médecins ont un apprentissage plus large (compétence de médecine générale et des pathologies) et plus long (11 à 12 ans versus 5 ans pour les plus jeunes sages-femmes, 4 pour les plus anciennes) qui leur permet de mieux appréhender la survenue d'un risque ou d'une pathologie: ceci est vrai de l'obstétrique, et a fortiori de la gynécologie et des pathologies intercurrentes.

AVENIR HOSPITALIER, intersyndicale tout particulièrement impliquée dans la sécurité de la naissance (SYNGOF, SNPHAR-E) a frappé à la porte du ministère quand il est apparu que les discussions dites "statutaires" avec le collectif de sages-femmes débordaient largement le statut et la rémunération qui les concernent-elles et elles seules, pour investir la totalité de l'organisation non seulement des maternités, mais aussi de la prise en charge gynécologique...: faut-il construire autour de la femme ou de la sage-femme ?

Les femmes ont-elles suivi dans la rue ce mouvement revendicatif ? non.

Il eut été particulier, en termes de dialogue social, de discuter avec un collectif non représentatif, en excluant les organisations légalement représentatives de la Fonction Publique Hospitalière et des médecins...

Comment avancer ?

Il est indispensable d'avoir au sein des équipes un dialogue attentif, afin de bâtir ensemble les évolutions possibles voire souhaitables, centrées sur la qualité des soins et améliorant l'intérêt de chaque métier.

Ce dialogue social doit permettre d'éviter à l'avenir les situations de crise comme celle vécue très douloureusement par tous... dans les blocs obstétricaux.

Chaque métier devrait être interrogé en 3 colonnes: son champ de compétence, ce qu'il pourrait faire en plus... mais aussi ce qu'il pourrait déléguer à d'autres... (sages-femmes vers IDE, IDE vers AS etc.) ceci aurait le mérite d'un vrai débat sur l'organisation au lieu d'une confrontation revendicative à sens unique...

Ceci permettrait, enfin!, une réflexion intégrée sur les démographies professionnelles relatives (y compris la recherche de meilleures passerelles pour ceux qui resteraient déçus de l'issue de leur première année de médecine). Formation centrée sur la qualité des soins, en lieu et place d'une gestion technocratique voire militante des effectifs (multiplication des étudiants sages-femmes, chômage des jeunes diplômés, extension des champs investis: ostéopathie, kinésithérapie, tabacologie, gynécologie, pédiatrie, sexologie etc.) valant réforme sans étude d'impact sur la qualité des soins...

AVENIR HOSPITALIER forme le vœu d'une réflexion globale apaisée et soignante avant d'être militante !



Suivez l'actualité du SYNGOF
au quotidien sur

www.syngof.fr

Accès aux soins chirurgicaux et dépassements de tarif

J. MARTY*

Les données utilisées, dans le respect de la déontologie, proviennent de 4 sources officielles.

Introduction

Le syndicat le BLOC crédité de la confiance de 57% des anesthésistes, chirurgiens, et gynécologues obstétriciens libéraux aux élections du 2^{ème} Collège des URPS, souhaite disposer des données médico-économiques objectives et actualisées sur l'accès aux soins et les compléments d'honoraires pour les 3 spécialités.

Il a donc diligenté une étude sur l'offre de soins chirurgicaux en se focalisant sur 48 interventions les plus connues de la population. Éclatées en 258 codes de la CCAM, parmi les plus fréquents de cette nomenclature actuellement en vigueur, ces 48 interventions ont été aussi sélectionnées en tant qu'actes marqueurs pour distinguer les différentes spécialités chirurgicales en fonction de la réalité de l'exercice.

Un premier objectif est bien de disposer des données de la démographie médicale qui assure ces 48 interventions afin

d'appréhender l'impact de celle-ci sur l'accès aux soins chirurgicaux.

Un deuxième objectif, consiste à évaluer la pratique des compléments d'honoraires dans ces 48 interventions. Comme elles sont exclusivement réalisées dans des établissements publics ou privés, leur prix est celui de l'hospitalisation. Les honoraires et les dépassements doivent être analysés comme composants de ce prix d'hospitalisation.

Le troisième objectif est d'apprécier l'équité de la CCAM. En effet si la CCAM était équitable, elle pourrait "délégitimer" les dépassements en tant que correctif tarifaire. Pour cela l'étude analyse les performances de la prise en compte des "charges professionnelles" dans cette tarification et clarifie l'impact des différents appendices de la CCAM (suppléments et modificateurs) par rapport au principe d'équité.

Au cours de ces différentes étapes les perspectives ouvertes par les rapports de l'IGF et de l'IGAS de 2012 sur les tarifs ont été explorées chaque fois que les données l'ont permis.

Si la CCAM était équitable, elle pourrait "délégitimer" les dépassements en tant que correctif tarifaire.

* Président du SYNGOF, Co-président du BLOC

Sommaire

1 Matériels et méthodes

1.1 Les données utilisées proviennent de quatre bases médico-économiques soumises à autorisation

1.1.1 La base du PMSI fournit les informations sur le nombre des hospitalisations et des actes réalisés durant les séjours

1.1.1.1 La partie médicale du Résumé Unité Médicale

1.1.1.2 La partie administrative du Résumé Unité Médicale

1.1.1.3 Du Résumé Unité Médicale au Résumé Standard Anonymisé

1.1.2 Les Bases du SNIIRAM fournissent les informations sur les prestations financées par la Sécurité sociale, sur ses bénéficiaires praticiens et patients dans le cadre de l'exercice libéral

1.1.3 La base de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) fournit les honoraires et les bénéfices non commerciaux des médecins ayant un exercice libéral

1.1.4 Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a extrait pour notre étude des données démographiques couvrant les statuts public et privé

1.2 La Méthode

1.2.1 48 interventions résument l'essentiel de l'offre de soin chirurgical

1.2.2 La démographie des praticiens offreurs de soins chirurgicaux et obstétricaux est étudiée par le traitement des données du Conseil National de l'Ordre des Médecins et des données du SNIIRAM

1.2.2.1 La première étape consiste à regrouper certaines spécialités chirurgicales et obstétricales proches

1.2.2.2 La deuxième étape consiste à sélectionner le panel des opérateurs libéraux effectifs

1.2.2.3 La troisième étape consiste à redresser la spécialité chirurgicale quand elle diffère de la pratique chirurgicale effective

1.2.3 Le coût des 48 interventions retenues correspond au prix de séjour à l'Hôpital et au prix de séjour augmenté des honoraires en Clinique

1.2.3.1 Les tarifs des hospitalisations pour les 48 interventions sont calculés à partir du PMSI et du SNIIRAM

1.2.3.2 Nous comparons les taux de dépassements selon que le patient est traité en secteur libéral dans son département de domiciliation ou dans un autre département

1.2.4 Nous comparons les coûts de la pratique de la CCAM et les charges professionnelles réelles des spécialistes

1.2.4.1 Les données de la CARMF et du SNIIRAM permettent de calculer les charges professionnelles et de les rapporter aux actes

1.2.4.2 Le Périmètre de l'étude correspond à une cohorte de 31156 praticiens spécialistes issue des 47971 spécialistes affiliés

1.2.4.3 L'Étude teste la pertinence de distinguer un coût de la pratique des actes de la CCAM, et des consultations, en recherchant une corrélation entre taux de charges et taux d'actes CCAM dans les honoraires

1.2.4.4 Nous comparons les charges réelles constatées et le montant du coût de la pratique dans la tarification cible des actes de la CCAM

1.2.4.5 Le calcul du coût de la pratique à partir des actes réalisés par chacun des spécialistes du panel est limité par les imperfections des tables de la CCAM

1.2.4.6 Nous pouvons alors comparer les taux réel de charges et le coût de la pratique dans les valeurs cibles pour les spécialités dont l'indice de confiance est suffisant

1.2.4.7 Enfin on s'attache à corriger autant que nécessaire les coefficients Cg et à calculer l'impact des Cg corrigés sur les tarifs cibles

1.2.5 Nous étudions l'impact des suppléments YYYY et des modificateurs sur l'équité des tarifs

Les actes suppléments

Les modificateurs

2 Résultats

2.1 La Démographie des praticiens assurant les soins chirurgicaux et obstétricaux révèle une perspective de régression progressive de l'accès aux soins pour la plupart des spécialités étudiées

2.1.1 L'effectif global des anesthésistes-réanimateurs chirurgiens obstétriciens diminue globalement

2.1.2 La démographie des anesthésistes-réanimateurs annonce une aggravation de la pénurie qui retentira sur l'accès aux soins chirurgicaux dans leur ensemble

2.1.3 La démographie des gynécologues obstétriciens montre la disparition du secteur libéral secteur I le maintien du secteur II et la croissance du secteur hospitalier

2.1.4 La démographie des chirurgiens se dessine sur le même modèle

2.1.5 La démographie des chirurgiens viscéraux et digestifs indique le risque la disparition des effectifs privés au profit du secteur hospitalier. Le taux de secteur privé hospitalier est important

2.1.6 La démographie des ophtalmologistes annonce l'aggravation des difficultés de l'accès aux soins

2.1.7 La démographie des orthopédistes montre un renouvellement relativement suffisant

2.1.8 La démographie des urologues est la seule en expansion dans les 2 statuts

2.2 Le coût des séjours -compléments d'honoraires compris-, donne un rapport moyen privé/public de 92%

2.2.1 L'agrégation nationale par interventions montre des coûts de séjour inférieurs en établissements privés pour 33 interventions sur les 48

- 2.2.2 L'agrégation des 48 interventions par spécialité montre que 10 sur les 12 évaluables ont un coût moyen inférieur en secteur privé
- 2.2.3 L'agrégation par région montre que l'écart entre privé et public décroît dans les régions économiquement les plus développées. Il n'y a qu'en Ile de France que le secteur privé est plus cher que le secteur public
- 2.2.4 L'agrégation selon le niveau de gravité des GHS montre que le rapport des coûts de séjours entre hospitalisation privée et publique diminue lorsque la gravité chirurgicale et obstétricale augmente. Le taux de dépassement se réduit même de manière drastique
- 2.2.5 Les compléments d'honoraires sont plus élevés en secteur libéral si les patients choisissent d'être opérés en secteur privé en dehors de leur département de domiciliation
- 2.2.6 Le coût de la pratique
 - 2.2.6.1 Les charges déterminent des taux moyens caractéristiques des spécialités malgré de fortes dispersions au sein de chacune
 - 2.2.6.2 Les taux de charges des secteurs II dépassent de 1 à 3% le taux de charges des secteurs
 - 2.2.6.3 Le taux de charges des médecins libéraux est plus élevé de 0 à 3% si le département est siège d'un CHU sauf pour l'électroradiologie et l'anapath
 - 2.2.6.4 Le taux de charges par tranches d'honoraires pour chaque spécialité révèle une certaine économie d'échelle sans expliquer la dispersion dans chaque spécialité
 - 2.2.6.5 Le taux de charges varie de 2% maximum entre les régions et n'explique pas les dispersions au sein des spécialités
 - 2.2.6.6 Le taux de charges selon le pourcentage d'actes techniques par spécialité ne révèle pas la nécessité d'isoler les charges des actes techniques de la CCAM des charges de consultation
 - 2.2.6.7 La répartition des activités correspondant à chaque coefficient CG permet de calculer un coût de la pratique à partir des charges réelles par spécialité
 - 2.2.6.8 Le taux de charges moyen réel est très différent du taux de charges en tarif cible
- 2.2.7 Les actes en suppléments codés "YYYY---" de la CCAM dit transitoire car "dérogatoires aux bonnes règles" sont pour 3/4 réservés à 3 spécialités médicales : radiothérapeutes, radiologues, cardiologues
- 2.2.8 Les modificateurs n'ont de justification médicale que dans 12% des cas et constituent dans 88% des cas une majoration dérogatoire essentiellement au profit des radiologues et radiothérapeutes

Conclusion
Références

Groupe de travail

Pour réaliser cette étude, un groupe de travail de sept personnes professionnelles et universitaires a été constitué, il est composé comme suit :

- **Jean MARTY**, Président du SYNGOF, coprésident du BLOC, Gynécologue Obstétricien à la clinique Claude Bernard, Albi
- **Philippe CUQ**, Président de l'UCDF, coprésident du BLOC, Chirurgien Vasculaire à la clinique Saint Jean Languedoc, Toulouse
- **Rémi PELLET**, Professeur des universités, Professeur de droit à l'Université Paris-Descartes et Sciences Po, Paris
- **Jean-Marc MACE**, Professeur des universités, Professeur d'aménagement sanitaire et médico-social du territoire, géographe de la santé au CNAM, Paris
- **Michèle BRAMI**, Docteur en Médecine, ancien praticien de l'ATIH, Paris
- **Cécile BLEIN**, Économiste consultant senior Société HEVA, Lyon
- **Cécile FUMAT**, Statisticienne et actuaire, Dublin

Nous remercions tous ceux qui nous ont permis d'accéder aux sources et nous ont apporté leur expertise ponctuellement.

- **Le Dr Gérard MAUDRUX**, Président de la CARMF
- **Le Dr Patrick BOUET**, Président et **le Dr Robert NICOMÈDE** du CNOM
- **Le Pr Jacques BICHOT**, Professeur honoraire d'Économie, Lyon
- **Le Dr Jérôme VERT**, Président de l'AAL, coprésident du BLOC, Dijon

Les responsables de l'ARAPL :

Mme Cécile PREVOST-BOURÉ de l'IDS, Paris

Melle Anaïs ZIMMERLIN, Albi

Les élus des URPS médicaux qui nous ont apporté concours et ressources.

1 - Matériels et méthodes

1.1 Les données utilisées proviennent de quatre bases médico-économiques soumises à autorisation

Les données utilisées, dans le respect de la déontologie, proviennent de 4 sources officielles. La base de données du PMSI est une des sources exploitées pour l'analyse de l'activité liée aux hospitalisations. La base de données du SNII-RAM est utilisée pour ce qui concerne l'activité libérale des praticiens de blocs. La base anonymisée de la CARMF est interrogée pour ce qui concerne les honoraires et le BNC des médecins affiliés afin de rapprocher les charges professionnelles et les activités professionnelles. Enfin, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a fourni au Bloc la liste anonymisée et actualisée des praticiens en fonction des spécialités exerçant dans les blocs opératoires.

1.1.1 La base du PMSI fournit les informations sur le nombre des hospitalisations et des actes réalisés durant les séjours

Le programme de médicalisation des systèmes d'information a été mis en place en France de manière quasi exhaustive par les ordonnances Juppé du 24 avril 1996 avec pour objectif de comparer les établissements de santé. Cette base de données PMSI peut être indexée à la table de la tarification à l'activité (T2A). Dès 2005, les établissements de santé privés ont appliqué à 100% cette T2A, le secteur public en 2008. Le PMSI est aujourd'hui, l'élément primordial de recueil de l'activité et de la source du financement des établissements de santé de court séjour.

Dans la pratique, le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), les diagnostics et les actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Les informations fournies dans ce dernier déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour. Chaque unité médicale produit un RUM (Résumé Unité Médicale) par patient.

Deux parties composent le RUM, une partie médicale et une partie administrative.

1.1.1.1 La partie médicale du Résumé Unité Médicale

Cette partie renseigne les informations médicales de la prise en charge avec la liste des diagnostics codés en CIM10 (Classification Internationale des Maladies 10ème version), d'une part, et des actes médicaux codés en CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), d'autre part.

Les diagnostics sont hiérarchisés selon un diagnostic principal (DP), des diagnostics associés (DA), et des diagnostics reliés (DR). Le diagnostic principal justifie le motif de recours à l'hospitalisation, et les diagnostics associés complètent les informations relatives au diagnostic principal en désignant les pathologies concomitantes qui ont alourdi la prise en charge. Précisons ici, que les diagnostics associés jouent un rôle essentiel dans le GHM puisqu'ils attribuent le niveau des sévérités. Enfin, les diagnostics reliés éclairent la prise en charge du diagnostic principal en désignant les maladies chroniques ou de longue durée.

1.1.1.2 La partie administrative du Résumé Unité Médicale

Les données administratives des patients issues du bureau des entrées et des sorties d'un établissement de santé viennent compléter les informations du RUM. Ces informations concernent l'identité du patient, son âge (à partir de sa date de naissance), son type d'admission avec les dates d'entrée et de sortie, ses modalités d'entrée (depuis le domicile, par les urgences, EPHAD, etc.), et de sortie (retour domicile,

décès, etc.). Les informations relatives au mouvement du séjour permettent de calculer la durée du séjour (DMS).

1.1.1.3 Du Résumé Unité Médicale au Résumé Standard Anonymisé

À la sortie du patient, le RUM devient un RSS (Résumé Standardisé de Sortie). Le RSS est classé dans un groupe homogène de malades (GHM). Tout RSS est obligatoirement classé dans un seul GHM. L'homogénéité, ou du moins, la cohérence d'un GHM, est médicale et économique. Médicale, car la classification est fondée sur des critères médicaux, c'est-à-dire, en fonction de l'appareil fonctionnel, en fonction du motif d'hospitalisation. Le GHM est alors classé dans une "catégorie majeure de diagnostic" (CMD). Économique, car les séjours sont également classés dans un même groupe en fonction des consommations voisines de ressources.

Au final, le RSS est anonymisé pour produire les RSA (Résumé Standard Anonymisé). Cette étape est impérative, en conformité avec les règles de confidentialité imposées par la CNIL.

Tous les RSA produits par les établissements sont télétransmis sur une plateforme e-PMSI afin de permettre leur facturation auprès de l'Assurance maladie. La base PMSI est alors consolidée au niveau national par l'ATI (Agence Technique de l'Information Hospitalière). Cette base est dite exhaustive dans la mesure où elle recense l'ensemble des hospitalisations nationales réalisées dans les établissements de santé (public, privé, ESPIC, hôpital santé des armées).

La qualité de recueil et de codage de l'information médicale a gagné en pertinence avec la montée en charge du système de tarification à l'activité (2008).

1.1.2 Les Bases du SNIIRAM fournissent les informations sur les prestations financées par la Sécurité sociale, sur ses bénéficiaires praticiens et patients dans le cadre de l'exercice libéral.

Inscrite dans la loi de financement du 23 décembre 1998, la création d'un "système national d'information inter régimes de l'Assurance maladie" SNIIRAM, prend effet avec la parution du 1^{er} arrêté ministériel du 11 avril 2002, validant la 1^{ère} version du protocole inter-régimes d'assurance maladie obligatoire. La base du SNIIRAM provient de 1,2 milliards de feuilles de soins par année, générant près de 20 milliards de prestations. Cette base SNIIRAM est consolidée sur 30 mois. Les informations concernent les aspects à la fois administratifs et consommateurs des patients. Les informations administratives des patients sont relativement classiques et recensent notamment l'âge, le sexe, la notion de couverture de l'assurance maladie, de CMU-C, de diagnostic de l'ALD, la date de décès, le lieu de résidence du patient, et du praticien au niveau du département et de la région. Les informations liées à la consommation de soins en ville concernent toutes les prestations remboursées via le codage détaillé comme les actes médicaux, de biologie, etc.

La base de données nationale du SNIIRAM est anonymisée par la fonction "FOIN" qui permet son chaînage avec les données issues du PMSI depuis 2007. Cette base du SNIIRAM est scindée en plusieurs "Datamart" appelés aussi "Univers" qui séparent les données. Ce fractionnement permet des autorisations réglementées et différenciées d'accès selon des profils affectés à des organismes institutionnels, représentatifs et de recherche en nombre croissant. En tant que membre de l'UNPS, "Le Bloc" a pu bénéficier de l'autorisation d'accès pour la réalisation de requêtes du SNIIRAM avec une granulation géographique limitée dans les 3 univers :

- 1- au niveau des départements des praticiens pour les requêtes réalisées dans l'univers "DAMIR" (suivi des dépenses scindées en prestations)
- 2- au niveau des départements des praticiens et des patients pour l'univers "CCAM" (suivi des prestations avec éclatement des actes techniques des praticiens selon la nomenclature de la CCAM)
- 3- de l'identité des établissements de soins pour l'univers "SNIR-EP" (données sur les prestations individuelles des établissements privés en lien avec la T2A).

1.1.3 La base de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) fournit les honoraires et les bénéficiaires non commerciaux des médecins ayant un exercice libéral

La Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) a pour but d'assurer la gestion de l'allocation vieillesse et des prestations complémentaires. Toutes les personnes ayant une **activité médicale non salariée** sont obligatoirement affiliées à la CARMF. À ce titre, elles sont soumises aux dispositions de la loi du 17 janvier 1948 : Les affiliés ont l'obligation de lui adresser leur déclaration des BNC 2035. La CARMF saisit ces déclarations fiscales avec forcément un retard de 2 ans.

La CARMF a gracieusement fourni les données anonymisées de sa dernière base complète 2011 pour notre étude. L'extraction fournie comporte, non seulement, les honoraires des praticiens et les bénéficiaires non commerciaux (BNC) utiles à la connaissance des charges, mais aussi les dividendes et les gérances que l'on ne sait pas intégrer du fait des possibilités de modifier le capital durant un exercice. Pour rapprocher les charges professionnelles et les activités professionnelles, nous avons procédé à un appariement entre la base CARMF et celle SNIIRAM à partir de certains paramètres (secteur d'activité, spécialité, nature d'exercice, le genre, le département) **tout en maintenant l'anonymat.**

Rappelons ici que :

BNC = (honoraires) - (charges)

et que la valeur du taux de charge (TxCh) est le rapport de la charge sur les honoraires tel que :

$$TxCh = \frac{\text{Charges}}{\text{honoraires}} = 1 - \frac{\text{BNC}}{\text{honoraires}}$$

1.1.4 Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a extrait pour notre étude des données démographiques couvrant les statuts public et privé

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a fourni pour cette étude une liste actualisée et anonymisée de 56000 praticiens. Cette base du CNOM concerne les médecins en exercice en 2013 de 18 spécialités utilisant les blocs opératoires (chirurgie, gynécologie-obstétrique et d'anesthésie-réanimation). Pour chaque praticien sont renseignées les variables concernant l'âge, la spécialité, la nature de l'exercice (hospitalier, mixte, libéral) ainsi que l'origine du diplôme (Français, Européen, extra Européen). Nous avons procédé à un regroupement de spécialités dans cette base CNOM identique à celui de la base du SNIIRAM. En fonction du mode de respect de la confidentialité que s'impose le CNOM nous n'avons pas disposé de certains paramètres sexe ou secteur conventionnel qui auraient permis des appariements.

1.2 La Méthode

1.2.1 48 interventions résument l'essentiel de l'offre de soin chirurgical

Nous avons sélectionné avec les syndicats et les sociétés savantes **48 interventions** qui résument l'essentiel de l'offre de soin chirurgical aux yeux de la population. Ce sont les actes chirurgicaux et obstétricaux les plus fréquents et c'est bien à eux que pense la population lorsqu'elle évoque l'accès aux soins chirurgicaux. Mais ce sont aussi les actes dont la réalisation distingue les spécialités chirurgicales qui aujourd'hui ont de moins en moins d'actes partagés ce qui implique qu'un accès à la totalité des soins chirurgicaux demande l'accès à chacune de ces spécialités.

Spécialités regroupées	Actes marqués communs
CHIRURGIE GENERALE VISCERALE ET DIGESTIVE	Appendicectomie
CHIRURGIE GENERALE VISCERALE ET DIGESTIVE	Cliou gauche
CHIRURGIE GENERALE VISCERALE ET DIGESTIVE	Hernie inguinale
CHIRURGIE GENERALE VISCERALE ET DIGESTIVE	Vésicule
CHIRURGIE INFANTILE	Ectopie testiculaire
CHIRURGIE INFANTILE	Fracture 1/4 inférieur de l'avant-bras
CHIRURGIE INFANTILE	Pathologie du canal péritonéo vaginal hernie et hydrocèle communicante
CHIRURGIE INFANTILE	Pathologie préputiale
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Glandes_Saliv
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Ostéotomie_Max
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	canal carpien
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	Méniéctomie latérale ou médiale du genou par arthroscopie
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un os de l'avant bras par broche à foyer fermé
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	médiastinoscopie
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Pneumectomie
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Fontage coronarien
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Réssection bulbe emphyséma
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Valve aortique CEC
CHIRURGIE UROLOGIQUE	LEC
CHIRURGIE UROLOGIQUE	Prostatectomie
CHIRURGIE UROLOGIQUE	Réssection prostate
CHIRURGIE UROLOGIQUE	Réssection tumeur vessie
CHIRURGIE VASCULAIRE	Anévrisme aorte abdominale
CHIRURGIE VASCULAIRE	Carotide
CHIRURGIE VASCULAIRE	Fontage fémoro-poplité
CHIRURGIE VASCULAIRE	Varices
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE	Accouchement
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE	Césarienne
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE	Coelo ovaire
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE	Hystérectomie
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE	Mastectomie partielle
NEUROCHIRURGIE	Hémistome sous-dural
NEUROCHIRURGIE	hernie discale lombaire
NEUROCHIRURGIE	Laminectomie vertébrale
NEUROCHIRURGIE	Spondylolisthésis avec ostéosynthèse
OPHTALMOLOGIE	Cataracte
OPHTALMOLOGIE	décollement rétiné
OPHTALMOLOGIE	Glaucome
OPHTALMOLOGIE	strabisme
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Amygdalectomie
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Cruraire/ganglionnaire
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Ethmoïdectomie
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Myringoplastie
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Otoplastie
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Pharyngolaryngectomie totale
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Septoplastie
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Thyroïdectomie
ANESTHÉSIE-RÉANIMATION	Péridurale Cibactrical

Figure 1 : Détail des 48 interventions communes

A partir des données de ces 48 interventions, notre démarche a comporté 3 étapes : Nous avons recherché quels étaient les praticiens qui les réalisaient, nous avons recherché à quels coûts, nous avons enfin apprécié si la tarification en vigueur, la CCAM, était équitable.

1.2.2 La démographie des praticiens offreurs de soins chirurgicaux et obstétricaux est étudiée par le traitement des données du Conseil National de l'Ordre des Médecins et des données du SNIIRAM

La sélection des praticiens producteurs de soins chirurgicaux se déroule en 3 étapes.

1.2.2.1 La première étape consiste à regrouper certaines spécialités chirurgicales et obstétricales proches

Au tableau de l'Ordre des Médecins figurent 18 spécialités. Toutefois, certaines de ces spécialités sont très proches et se chevauchent dans la réalisation des actes (Figure 1) de telle sorte que leur distinction a perdu tout intérêt dans l'organisation des soins. Nous les avons regroupées en 13 : La chirurgie viscérale avec la chirurgie digestive, d'une part, la chirurgie maxillo-faciale avec la chirurgie maxillo-faciale-stomatologie et la stomatologie d'autre part ; mais également, l'obstétrique avec la gynécologie-obstétrique, la gynécologie médicale et l'obstétrique.

Au total, il reste un agrégat de spécialités chirurgicales, un agrégat de gynécologie-obstétrique et un agrégat d'anesthésie-réanimation (Figure 2).

CODE	SPÉCIALITÉS OFFICIELLES		
2	Anesthésiologie réanimation chirurgicale		
4	Chirurgie générale	↕	Chirurgie générale viscérale et digestive
49	Chirurgie viscérale et digestive		
44	Chirurgie maxillofaciale	↕	Chirurgie maxillo-faciale
45	Chirurgie maxillofaciale et stomatologie		
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique		
10	Neurochirurgie		
11	Oto Rhino Laryngologie		
15	Ophthalmologie		
16	Chirurgie urologique		
18	Stomatologie		
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie		
43	Chirurgie infantile		
47	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire		
48	Chirurgie vasculaire		
77	Obstétrique	↕	Gynécologie obstétrique
79	Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale		
07	Gynécologie obstétrique		

Figure 2 : Regroupement des spécialités

1.2.2.2 La deuxième étape consiste à sélectionner le panel des opérateurs libéraux effectifs

Tous les praticiens inscrits dans une spécialité chirurgicale n'opèrent pas. Le décret organisant les élections URPS a retenu le seuil de 50 actes de chirurgie, d'obstétrique, ou d'anesthésie par an pour définir le corps des praticiens qui

opèrent de façon significative. Les médecins inscrits à ces mêmes spécialités chirurgicales mais qui ne réalisent pas 50 actes techniques de chirurgie ou d'obstétrique sont affectés au 3^{ème} Collège au même titre que les spécialistes médicaux. Une requête du SNIIRAM isole la cohorte des praticiens anonymes ayant un exercice libéral répondant à ce critère de 50 actes.

1.2.2.3 La troisième étape consiste à redresser la spécialité chirurgicale quand elle diffère de la pratique chirurgicale effective

Grâce au SNIIRAM nous constatons que certains praticiens libéraux pratiquent une majorité d'actes caractéristiques d'une autre spécialité que celle de leur inscription au Conseil de l'Ordre. Pour éviter ce biais pour l'offre de soins nous avons procédé à un redressement des spécialités chirurgicales en fonction de la nature des actes marqueurs réalisés. La limite de cet exercice réside dans le fait que les informations sur les activités effectives ne sont pas disponibles en secteur public. Après ces trois étapes, il devient possible de visualiser les perspectives de l'accès aux soins par des **pyramides des âges** qui placent les praticiens offreurs de soins chirurgicaux en miroir privés et publics.

D'abord les spécialités par les **inscriptions** au Conseil de l'Ordre avec en miroir clinique et hôpital. Puis les praticiens participant à l'offre des 48 interventions sélectionnées. Malheureusement pour les PH publics, personne ne semble disposer des données chiffrées des activités individuelles en dehors du secteur privé hospitalier.

1.2.3 Le coût des 48 interventions retenues correspond au prix de séjour à l'Hôpital et au prix de séjour augmenté des honoraires en Clinique

Le coût des interventions est en réalité le coût des hospitalisations puisque ces interventions ne peuvent se faire en dehors d'un plateau technique d'établissement public ou privé. Une évaluation du poids des honoraires et de leurs compléments d'honoraires sera donc faite par rapport à la totalité des coûts de prises en charge hospitalières.

1.2.3.1 Les tarifs des hospitalisations pour les 48 interventions sont calculés à partir du PMSI et du SNIIRAM

Pour ces 48 interventions toujours réalisées en établissement, la méthodologie suivie est développée en trois temps. Dans un premier temps, les tarifs des hospitalisations, les remboursements par l'Assurance maladie, les dépassements sont calculés à partir de la base PMSI 2012, des tarifs de l'ATIH et du SNIIRAM pour chacune des 48 interventions dans tous les établissements où elles sont réalisées.

Dans un deuxième temps, les GHS de ces hospitalisations sont agrégés pour les secteurs public et privé au niveau du département.

Enfin, dans un troisième et dernier temps, ces données départementales sont agrégées de telle sorte qu'apparaisse

l'influence de différents facteurs sur les coûts de ces 48 interventions.

Au niveau des établissements, la base du PMSI permet d'extraire la totalité des GHS associés à l'intégralité des codes CCAM de ces 258 codes des actes marqueurs.

Ainsi, à partir du numéro du groupe homogène de malade (GHM), il devient possible de calculer pour chacun le prix des frais d'hospitalisation en tenant compte de la majoration et de la minoration tarifaire pour les séjours sortant des bornes hautes et basses de durée de séjour ; et enfin, en tenant compte également de la majoration tarifaire en fonction des soins particulièrement coûteux, de séjour en réanimation, ou en hémodialyse.

En revanche, certaines données (molécules particulièrement coûteuses, matériels implantables, forfaits journaliers de chambres particulières) sont exclues du calcul du prix d'hospitalisation car elles sont disponibles dans la base SNIIRAM pour le secteur privé mais inconnues pour le secteur public.

Dans le secteur public, les hospitalisations, hors secteur privé hospitalier, représentent donc la totalité des coûts de ces interventions, en revanche pour l'hospitalisation privée, les honoraires de tous les professionnels libéraux intervenant doivent être ajoutés au prix des hospitalisations pour rendre les prix comparables.

Pour ces honoraires des professionnels de soins correspondant à chaque GHS privé, nous avons recours à la base du SNIIRAM. En effet, au sein du SNIIRAM, la base du SNIIREP fournit les honoraires des professionnels de santé libéraux intervenus au cours du séjour sous forme d'autant de "prestations de références". Pour ces prestations, le SNIIREP met à disposition le montant global de la dépense, le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et les compléments d'honoraires ; les quantités de prestations de référence.

Toutes ces informations permettent d'obtenir un "prix recalculé" moyen pour chaque couple acte marqueurs-GHS.

La fiabilité du rapprochement entre PMSI (public et privé) et SNIIREP (privé) a été testée par le contrôle des écarts sur les frais d'hospitalisation privée (nombre de séjours et prix unitaire de chaque GHS pour les établissements privés) déductibles à partir des 2 sources.

Le choix du département comme maille spatiale de référence se justifie par le fait que cet espace géographique offre pour le patient le choix habituel quant au chirurgien ou à l'établissement auxquels il va se confier.

Seuls sont retenus les départements ayant une production de GHS concomitante en hospitalisation publique et privée. Pour comparer le prix des séjours publics et privés des 48 interventions, nous avons calculé le prix du cumul des séjours dans les hypothèses successives que tous ces séjours du département seraient réalisés au prix moyen départemental public puis tous au tarif moyen privé.

Dès lors il devient possible de comparer les prix selon des agrégations successives :

- Au niveau national puis régional,
- Des agrégations selon les niveaux de gravité des GHS,
- Des agrégations selon l'aspect central ou périphérique du département (avec siège de CHU, ou non).

Pour ces agrégations sont chaque fois présentés :

- Le rapport privé/public pour la **dépense totale** des hospitalisations de ces 48 interventions, honoraires libéraux compris (rapports entre cumul des montants et cumul du nombre des séjours),
- Le rapport privé/public pour le **remboursement total par la Sécurité sociale** des hospitalisations de ces 48 interventions (pour le privé, honoraires compris),
- Le **taux moyen des compléments d'honoraires**, c'est-à-dire le rapport entre cumul des compléments d'honoraires et cumul de la base de remboursement,
- La **part des compléments d'honoraires dans la dépense totale des séjours.**

1.2.3.2 Nous comparons les taux de dépassements selon que le patient est traité en secteur libéral dans son département de domiciliation ou dans un autre département.

La base CCAM fournit le département de domiciliation du patient et du praticien ainsi que les indicateurs sur les dépassements, le tarif de base et la quantité d'acte.

Une requête sur cette base permet de comparer les taux de dépassement selon que le patient est opéré dans son département ou un autre département.

1.2.4 Nous comparons les coûts de la pratique de la CCAM et les charges professionnelles réelles des spécialistes

La dernière partie de l'étude cherche à vérifier si la CCAM répond bien aux exigences d'équité qui avait justifié l'abandon de la NGAP pour la CCAM et en premier dans la prise en charge du coût de la pratique dans les tarifs. Cette exigence est formulée pour le coût de la pratique de la CCAM par l'engagement d'une actualisation annuelle. Le premier temps de cette étude de l'équité de la CCAM est donc la comparaison des charges professionnelles réelles de 2011 *dernier exercice disponible* et du coût de la pratique inclus dans la CCAM.

L'équité est traduite mathématiquement dans la formule de calcul simplifiée comme nous verrons :

$$\text{Tarif CCAM} = W * (\text{FC} + \text{Cg})$$

Où :

W = point travail

FC = facteur de conversion monétaire

Cg = coefficient de coût de la pratique

Mais cette formule n'a finalement pas été systématiquement respectée par les Pouvoirs Publics car elle aurait bouleversé les tarifs. Les valeurs appliquées dans la CCAM ont

été le plus souvent la transcription des valeurs historiques de "NGAP". Elle a été conservée uniquement pour définir les **tarifs cibles équitables**, dont l'application est toujours reportée.

Nous mesurons donc les écarts résultant de ces distorsions :

1.2.4.1 Les données de la CARMF et du SNIIRAM permettent de calculer les charges professionnelles et de le rapporter aux actes

Les dernières données connues correspondent à l'exercice 2011.

Le montant de charges annuelles par praticien est déduit de la différence entre le montant du bénéfice net commercial annuel et de la rémunération annuelle :

$$BNC = (\text{honoraires}) - \text{charges}$$

La valeur du taux de charge (TxCh) est le rapport de la charge sur les honoraires :

$$TxCh = \frac{\text{Charges}}{\text{honoraires}} = 1 - \frac{BNC}{\text{honoraires}}$$

Deux univers du SNIIRAM (DAMIR et CCAM) nous permettent de rapporter ces charges professionnelles, aux actes.

Le fichier CARMF, tout en étant anonyme, donne certaines caractéristiques du médecin qui seront utilisées pour le rapprochement avec les bases SNIIRAM.

Cela permet :

- De répartir les actes de l'échantillon de praticiens selon la ventilation suivante :

$$\text{honoraires} = \text{Consult.} + AT_{CCAM} + AT_{NGAP} + \text{Divers}$$

(AT = actes techniques)

- De disposer la liste des actes techniques CCAM des médecins. Il s'agit de la liste exhaustive des actes CCAM pratiqués par les médecins.

Ces données du SNIIRAM ont été retraitées préalablement par le cabinet HEVA afin de redresser les spécialités. Il s'agissait de mettre en cohérence la spécialité déclarée du praticien avec la réalité de son activité, analysée au regard de certains actes dits "marqueurs".

Note : La suite du document fait référence aux spécialités redressées uniquement.

1.2.4.2 Le Périmètre de l'étude correspond à une cohorte de 31156 praticiens spécialistes issue des 47971 spécialistes affiliés

Une première sélection est réalisée sur les praticiens listés dans le fichier CARMF. Nous retenons dans un premier temps les **médecins spécialistes conventionnés** exerçant en **libéral** (libéral intégral, partiel hospitalier, temps plein hospitalier ou salarié). Nous excluons a priori de l'étude les

praticiens dont les revenus ne sont pas **exclusivement constitués d'honoraires**, c'est-à-dire les praticiens déclarant des revenus de gérant et/ou des dividendes parce que les opérations sur le capital de la société masquent la réalité des charges. Nous convenons d'étudier les praticiens dont l'activité de médecine n'est pas marginale (i.e. honoraires annuels $\geq 10000\text{€}$) et dont le **taux de charge** est compris entre 20% et 80%.

Les praticiens sélectionnés sont recherchés dans les bases SNIIRAM à l'aide d'une "clé" anonyme d'identification. Cette clé est créée grâce aux variables descriptives des praticiens portant sur leur activité et leurs caractéristiques.

Un test de cohérence est effectué en confrontant les montants annuels d'honoraires et nous sélectionnons les praticiens dont la somme des revenus de la base SNIIRAM diffère des honoraires BNC 2011 de moins de 20%.

Spécialité	HON. SECU	HON. LIBRES	Nb praticiens
ANA-PATH	88%	12%	243
ANEST REA	65%	35%	1,725
CARDIO	81%	19%	2,643
DERMATO	60%	40%	2,144
ENDOCRINO	38%	62%	572
GASTRO	64%	36%	1,355
GENETIQUE	50%	50%	2
GERIATRIE	78%	22%	18
GYNECO MED	61%	39%	1,070
GYNECO OBST	41%	59%	2,317
HEMATO	69%	31%	16
MED NUCLE	99%	1%	120
MEDINTERNE	40%	60%	163
NEPHRO	97%	3%	215
NEURO	70%	30%	586
NEUROCHIR	21%	79%	90
ONCO MED	61%	39%	59
OPHTALMO	50%	50%	2,979
ORTHO	25%	75%	1,121
PEDIATRIE	70%	30%	1,848
PNEUMO	83%	17%	814
PSY	71%	29%	3,543
RADIO	89%	11%	1,797
RADIOTHERAPIE	95%	5%	125
REA MED	100%	0%	6
REEDUC	58%	42%	289
RHUMATO	56%	44%	1,282
SPEMAX-FAOIALE	57%	43%	628
SPEORL	46%	54%	1,518
XIECARDIO THORAC	44%	56%	119
XIEGENE	33%	67%	1,005
XIEINFANTILE	40%	60%	53
XIEPLASTIQUE	9%	91%	100
XIEURO	16%	84%	419
XIEVASCULAIRE	33%	67%	172
Total	60%	40%	31156

Table 1-1 - Répartition des praticiens selon leur spécialité et leur secteur conventionnel. Les spécialités grisées représentent des effectifs de moins de 100 praticiens.

Nature d'exercice	HON. SECU	HON. LIBRES	Total
LIBERAL ACTIVITE SALARIEE	53%	47%	100%
LIBERAL INTEGRAL	65%	35%	100%
LIBERAL TEMPS PARTIEL HOSPLT	49%	51%	100%
LIBERAL TEMPS PLEIN HOSPLT	61%	39%	100%
Total	60%	40%	100%

Table 12 - Répartition des praticiens observés selon leur secteur conventionnel, par nature de leur exercice

On observe en moyenne sur l'ensemble 60% des praticiens exerçant en secteur 1 de convention de la Sécurité Sociale. Cette répartition est variable selon la nature de l'exercice du praticien.

1.2.4.3 L'Étude teste la pertinence de distinguer un coût de la pratique des actes de la CCAM, et des consultations, en recherchant une corrélation entre taux de charges et taux d'actes CCAM dans les honoraires

Deux hypothèses sont étudiées : le taux de charges des actes de la CCAM est ou n'est pas différent du taux de charges des consultations. Les consultations produisant l'essentiel des honoraires hors CCAM, cela revient à rechercher la relation entre le taux de charges et le pourcentage d'honoraires provenant des actes de la CCAM.

Nous cherchons donc une relation entre le taux d'acte de la CCAM et le taux de charges pour les praticiens de chacune des spécialités.

- Nous constatons d'abord une répartition très différente d'une spécialité à l'autre entre les honoraires dépendants ou non de la CCAM.

Spécialités regroupées	Consult	Actes CCAM	Autres Act. tech.	Divers
ANA-PATH	0%	99%	1%	0%
ANEST_REA	17%	81%	0%	2%
CARDIO	25%	75%	0%	1%
DERMATO	75%	23%	0%	1%
ENDOOCRINO	96%	4%	0%	0%
GASTRO	27%	72%	1%	0%
GYNECO_MED	75%	24%	0%	0%
GYNECO_OBST	46%	51%	0%	3%
MEDINTERNE	64%	30%	5%	1%
MED_NUCLE	0%	100%	0%	0%
NEPHRO	20%	80%	0%	0%
NEURO	40%	60%	0%	0%
OPHTALMO	40%	59%	0%	0%
ORTHO	29%	68%	0%	3%
PEDIATRIE	87%	7%	0%	7%
PNEUMO	17%	83%	1%	0%
PSY	99%	0%	0%	0%
RADIO	0%	94%	6%	0%
RADIOTHERAPIE	5%	92%	4%	0%
REEDUC	50%	33%	10%	6%
RHUMATO	45%	48%	4%	3%
SPEORL	33%	66%	1%	1%
XIECARDIO_THORAC	8%	90%	0%	2%
XIEGENE	22%	74%	0%	3%
XIEPLASTIQUE	19%	76%	1%	3%
XIEURO	32%	67%	0%	1%
XIEVASCULAIRE	15%	82%	0%	3%
TOTAL	36%	59%	3%	2%

- Nous attribuons un score "taux actes non CCAM" à chaque praticien.

$$Tx_{ActesCCAM} = \frac{\text{Honoraires non CCAM}}{\text{Honoraires totaux}} = \frac{\text{Consult.} + AT_{NGAP} + \text{Divers}}{\text{Honoraires totaux}}$$

- Nous évaluons ensuite la corrélation de cette variable avec la variable taux de charge.

1.2.4.4 Nous comparons les charges réelles constatées et le montant du coût de la pratique dans la tarification cible des actes de la CCAM

Aujourd'hui, à chaque acte CCAM correspond un tarif de base de remboursement de la Sécurité Sociale, appelé "tarif de base de remboursement actuel" dans la suite du document. Ce tarif de base actuel est donc nul lorsque l'acte n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale.

Il existe une tarification théorique cible H_{acte} pour chaque acte, bâtie selon la formule :

$$H_{acte} = W_{acte} \times FC + CP_{acte}$$

- Le premier terme $W \times FC$ représente le "prix du travail". W est le score du travail, évalué en nombre de points travail. Ce score est propre à chaque acte. FC est la valeur en euros d'un point travail. Ce facteur de conversion monétaire est unique et égal à 0,44€.
- Le deuxième terme CP est le "coût de la pratique". Il se décompose théoriquement comme suit :

$$CP = W_{acte} \times Cg_{gpe,Spe} + S$$

Où S est le coût propre de l'acte concerné.

S sera omis par la suite car il n'a jamais été affecté de valeur pour aucun acte CCAM. Nous considérons donc que :

$$CP = W_{acte} \times Cg_{gpe,Spe}$$

Le coefficient Cg est un coût moyen par point travail des charges générales. Il se décline par groupe d'actes (gpe) et varie selon la spécialité du praticien (Spe).

Le taux de charge théorique de chaque acte est :

$$Tx_{Ch}^{theorique} = \frac{\text{charges}}{\text{honoraires}} = \frac{W_{acte} \times Cg_{gpe,Spe}}{W_{acte} \times FC + W_{acte} \times Cg_{gpe,Spe}} = Cg_{gpe,Spe} \times \frac{1}{FC + Cg_{gpe,Spe}}$$

Il est indépendant de l'évaluation faite du score du travail par acte W .

Tous les actes CCAM réalisés par les praticiens de l'échantillon, et dont le tarif cible est calculable, se référant à 20 différents groupes Cg . Leur valeur cible et les taux de charges correspondants sont indiqués dans le tableau suivant. Les valeurs de Cg ont été attribuées dans la CCAM de 2005 et n'ont pas changé depuis.

libellé Cg	Groupe d'acte	Cg en €	Taux de charges
cgal	allergologie	0,177	28,69%
cgang	angiologie	0,261	37,23%
cgaréa	actes d'anesthésie	0,192	30,38%
cgcam	cardiologie conventionnelle	0,399	47,56%
cgcami	cardiologie interventionnelle	0,906	67,31%
cgchir	chirurgie	0,269	37,94%
cgder	actes de dermatologie	0,272	38,20%
cgech	échographies (hors vasculaires)	0,402	47,74%
cgechvas	échographies vasculaires	0,357	44,79%
cggas	actes de gastroentérologie	0,538	55,01%
cggyn	gynécologie	0,252	36,42%
cgirm	honoraires IRM_hors forfaits_	0,051	10,39%
cgmge	acupuncture	0,213	32,62%
cgmpr	MPR	0,354	44,58%
cgnep	néphrologie	0,157	26,30%
cgno	neurologie	0,424	49,07%
cgoph	ophtalmologie	0,304	40,86%
cgorl	ORL	0,33	42,86%
cgpne	pneumologie	0,32	42,11%
cgrad	radio conventionnelle	0,771	63,67%
cgrhu	rhumatologie	0,23	34,33%
cgsan	honoraires SCAN_hors forfaits	0,04	8,33%

1.2.4.5 Le calcul du coût de la pratique à partir des actes réalisés par chacun des spécialistes du panel est limité par les imperfections des tables de la CCAM

Nous disposons d'une table listant pour tous les praticiens, les actes CCAM réalisés. Le code acte CCAM permet le rapprochement d'une base CCAM de référence listant son nombre de points travail (CCAM V25) et son code Cg (CCAM V2). Sous la condition de la connaissance de ces deux éléments, il est possible de recalculer le tarif cible de l'acte CCAM.

Cependant :

- Les actes CCAM dont la codification commence par les lettres "YYYY" sont considérés comme des suppléments à l'acte visant uniquement à couvrir des charges spécifiques et de principe n'ont pas de valeur cible. Ces actes sont en principe voués à disparaître quand s'appliquera la tarification cible.
- Pour certains actes pratiqués, on constate que les travaux d'édification de la table CCAM ne sont pas affectés de points travail ou de valeur Cg, rendant le calcul du tarif cible impossible.

Le montant total des actes étudiés représente 4183 M€ et se répartit comme suit :

- Actes dont le tarif cible est calculable (3 666M€ soit 88%),
- Actes en "YYYY" (242M€ soit 5,8% du total des dépenses CCAM étudiées),
- Actes non remboursés (0,436M€ soit 0,01%),
- Actes dont le code Cg est inconnu (133M€ soit 3,2%),
- Actes dont la valeur du Cg est inconnue (140M€ soit 3,4%).

La proportion d'actes dont le tarif cible n'est pas calculable (c.à.d. les actes relevant des catégories "actes dont le code Cg est inconnu" et "actes dont la valeur du Cg est inconnue") est variable selon la spécialité.

Par exemple, alors que les actes relevant de codes Cg dont la valeur est inconnue représentent 3,4% du total étudié, cette proportion s'élève à 99% des actes en médecine

nucléaire, 97% des néphrologues, 28% des radiothérapeutes. Il est à noter également que 96% des actes CCAM pratiqués par les anatomopathologistes relèvent d'actes dont le code Cg est inconnu.

Le chiffre d'affaires afférent aux actes CCAM des radiothérapeutes est représenté, à hauteur de 70%, par les actes en "YYYY". Ces actes en "YYYY" représentent également une grande proportion des actes CCAM pratiqués par les spécialités réa méd. (91%) et pédiatrie (40%). Cela concerne, dans une moindre mesure (autour de 12%), les spécialités cardiologie et endocrinologie.

- Nous affectons un **indice de confiance** en regard des spécialités afin de mesurer la pertinence des calculs de tarifs cibles des actes pratiqués par cette spécialité. Cet indice est le pourcentage des actes n'appartenant pas aux catégories "actes dont le code Cg est inconnu" et "actes dont la valeur du Cg est inconnue".

1.2.4.6 Nous pouvons alors comparer les taux réel de charges et le coût de la pratique dans les valeurs cibles pour les spécialités dont l'indice de confiance est suffisant

Dans un premier temps, pour chaque praticien, son taux de charge réel moyen issu de la CARMF est appliqué aux honoraires liés à chacun des actes CCAM qu'il pratique ce qui nous permet de déduire le montant réel des charges du praticien lié aux actes CCAM.

Dans une deuxième temps, nous sélectionnons les actes CCAM du praticien dont nous sommes capables de recalculer le tarif cible et nous calculons le montant des honoraires qui auraient été perçus par chacun des praticiens en environnement "tarif cible", ainsi que les charges financées par la valeur cible de la CCAM, selon la formule de tarification, (sous l'hypothèse d'une facturation par les praticiens du tarif de base cible, sans dépassement).

À condition que l'indice de confiance pour la spécialité soit supérieur ou égal à 99%, on peut alors comparer les taux du coût de pratique constitutifs des tarifs cibles (CCAM), aux taux réels de charges (CARMF).

1.2.4.7 Enfin on s'attache à corriger autant que nécessaire les coefficients Cg et à calculer l'impact des Cg corrigés sur les tarifs cibles de base de remboursement

Les tarifs opposables doivent rembourser la totalité des charges professionnelles, faute de quoi les compléments d'honoraires paraissent indispensables pour payer la totalité de ces charges.

L'objectif est d'obtenir un rapport homogène "charges CCAM"/"charges réelles" le plus proche possible de 1 pour chaque spécialité. Cela conduit à répartir le montant des charges CCAM différemment. Pour cela, la seule valeur d'ajustement du tarif cible est la valeur du coefficient Cg. C'est-à-dire en maintenant fixe le nombre de point et le facteur de conversion monétaire.

En considérant que la seule valeur d'ajustement du tarif cible est la valeur du coefficient Cg, (c.à.d. que le nombre de point et le facteur sont fixes), il est possible de déduire une autre valeur des coefficients Cg qui repartissent le montant des charges CCAM différemment sous la contrainte d'un rapport homogène "charge CCAM"/"charges réelles" le plus proche possible de 1 pour chaque spécialité au sein du tarif de base de remboursement.

Notons qu'il n'est pas possible d'obtenir un rapport exactement égal à 1 pour toutes les spécialités puisque chaque spécialité produit des actes de différents Cg.

Nous calculons ensuite le taux de modification de tous les tarifs de base de remboursement se référant au Cg corrigé pour que le tarif finance l'intégralité des charges professionnelles de la spécialité. Nous homogénéisons pour cela les Cg d'une même spécialité. Les financements supplémentaires notamment forfaitaires pour les scanners et les IRM sont alors annulés :

Tarif corrigé/Tarif cible actuel =

$$W*(Cg\text{ corrigé}+FC)/W*(Cg\text{ O} + FC)$$

Tarif corrigé = Tarif cible * (Cg corrigé +0,44€)/CgO+0,44

FC = facteur de conversion monétaire reste inchangé depuis 2005 et égal à 0,44€

1.2.5 Nous étudions l'impact des suppléments YYYY et des modificateurs sur l'équité des tarifs

Les actes suppléments

De plus, en 2005 des actes suppléments dit transitoires dont le code commence par YYYY ont été adjoints sans utilisation pour leur création de la formule fondamentale Tarif CCAM = W *(FC+ Cg). Ils existent encore aujourd'hui. Nous étudions par une requête à quelles spécialités sont attribués ces suppléments qui dérogent totalement aux principes de la CCAM garant de l'équité entre spécialités.

Les modificateurs

La majoration des tarifs de la CCAM par les modificateurs trouve sa justification dans les contraintes non prévues dans la tarification de base "majoration pour âges extrêmes de la vie, contexte d'urgence, fractures ouvertes". Ces contraintes médicales ne font pas partie des 4 paramètres "durée", "stress", "effort mental", ou "compétence technique" retenus comme essentiels pour la tarification CCAM. Un modificateur de majoration pour raison médicale est équitable. En revanche certains "modificateurs" sont attribués à certaines spécialités "sans condition médicale". Nous vérifions par une requête de la CCAM la part des modificateurs avec ou sans justification médicale et la répartition des bénéficiaires des modificateurs. Très récemment, une dérogation supplémentaire au principe du tarif cible est apparue. Des "modificateurs" ont été créés afin de permettre un rapprochement vers le tarif cible plutôt que d'appliquer ces valeurs cibles. Leur mise en application qui débute actuellement ne peut évidemment avoir de traduction dans les bases de données du SNIIRAM que nous étudions.

2 - Résultats

Les résultats sont présentés sous forme de graphiques le plus souvent muets afin de laisser libre l'interprétation. Les graphiques montrent successivement les résultats inhérents à la démographie des praticiens assurant l'accès aux soins chirurgicaux, aux coûts des interventions avec leur composante compléments d'honoraires, enfin, les graphiques rendant compte de l'impact de 3 leurs composants : coûts de la pratique, suppléments et modificateurs sur les tarifs cibles de la CCAM :

2.1 La Démographie des praticiens assurant les soins chirurgicaux et obstétricaux révèle une perspective de régression progressive de l'accès aux soins pour la plupart des spécialités étudiées.

Au total, le nombre de praticiens ayant un exercice libéral s'établit à 117 866 médecins (source SNIIRAM) qui se répartissent en 3 collèges de spécialités depuis la loi HPST :

Pour les généralistes c'est simple, ils sont tous dans le 1^{er} Collège.

Pour les 25520 chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes c'est plus compliqué, ils sont séparés en fonction de la réalité de leurs pratiques opératoires. Ceux qui font plus de 50 actes opératoires par an sont affectés au 2^{ème} Collège, le seul qui contribue à l'accès aux soins chirurgicaux.

Ceux qui n'ont qu'une activité médicale, rejoignent les spécialistes médicaux du 3^{ème} Collège.

Spécialité d'inscription regroupée (ensemble des praticiens)	Collège 1	Collège 2	Collège 3	Total
Anesthésiologie - réanimation chirurgicale		3890		3 890
Chirurgie générale viscérale et digestive	1776	419		2 195
Chirurgie infantile	55	39		94
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	309	807		1 116
Chirurgie orthopédique et traumatologie	2075	312		2 387
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	524	154		678
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	198	30		228
Chirurgie urologique	762	186		948
Chirurgie vasculaire	312	40		352
Gynécologie obstétrique	1913	4023		5 936
Neurochirurgie	149	45		194
Ophthalmologie	2636	2483		5 119
Oto rhino-laryngologie	1366	1017		2 383
Total de chirurgie, obstétrique, et anesthésie	15 965	9 555		25 520

Parmi ces 15965 chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes du 2^{ème} Collège, 14797 réalisent au moins une des 48 interventions.

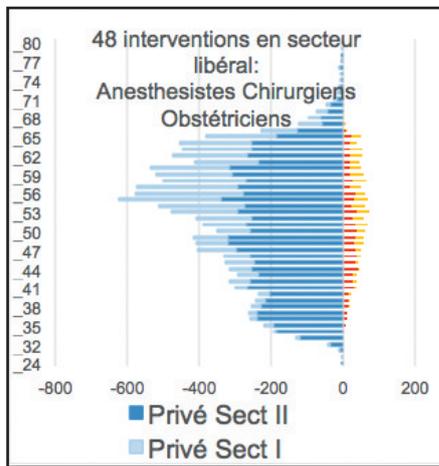
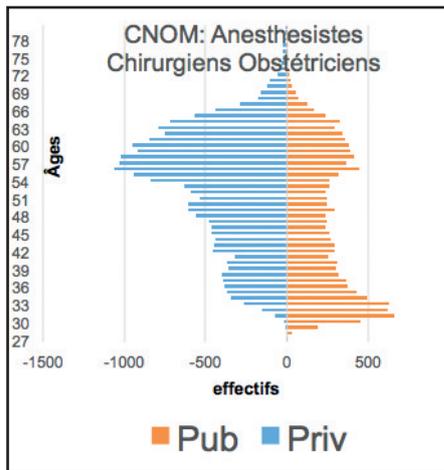
Spécialités regroupées redressées	Spécialités regroupées	Spécialités redressées
Anesthésiologie - réanimation chirurgicale	3 890	3 890
Chirurgie générale viscérale et digestive	1 750	1 153
Chirurgie infantile	54	198
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	296	292
Chirurgie orthopédique et traumatologie	2 005	1 988
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	524	524
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	189	158
Chirurgie urologique	762	785
Chirurgie vasculaire	311	493
Gynécologie obstétrique	1 541	1 612
Neurochirurgie	148	269
Ophthalmologie	1 976	1 972
Oto rhino-laryngologie	1 351	1 459
Total général	14 797	14 793

La structure démographique des anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, et obstétriciens est illustrée par des pyramides des âges mettant en miroir secteurs public et privé.

A gauche les inscriptions au conseil de l'Ordre en miroir ville + clinique et hôpital à droite.

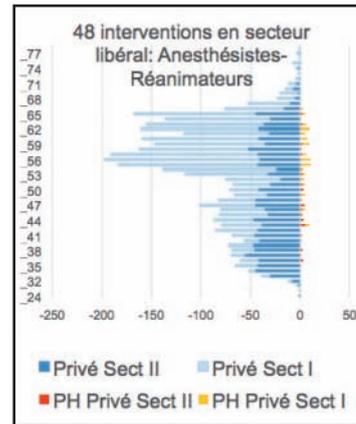
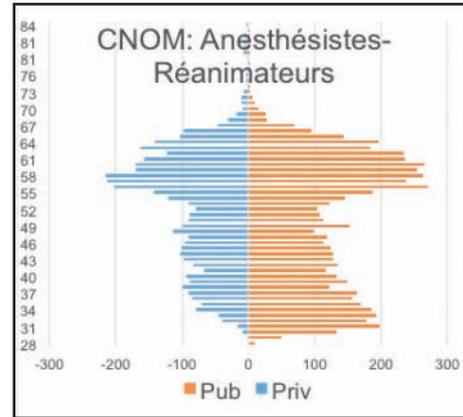
A droite la répartition des seuls praticiens libéraux du 2^{ème} Collège producteurs des 48 interventions toujours en miroir ville + clinique à gauche, secteur privé hospitalier à droite avec de chaque côté les secteurs conventionnels I et 2.

2.1.1 L'effectif global des anesthésistes-réanimateurs chirurgiens obstétriciens diminue globalement



L'évolution démographique des 3 spécialités anesthésie, chirurgie et gynéco-obstétrique selon le CNOM montre une déformation de la pyramide des âges. Manifestement, il existe une migration des jeunes générations de praticiens entre 27 et 35 ans du secteur privé vers le secteur public, sans pouvoir préciser si l'inscription à l'Ordre se fait avant ou après la fin du clinat. Le choix des jeunes médecins valorise donc le secteur public au détriment du secteur 1 privé. L'analyse plus fine du déficit en secteur privé après la sélection du 2^{ème} Collège des praticiens en exercice libéral réalisant les 48 interventions montre clairement que ce sont surtout les effectifs du secteur 1 qui diminuent alors que ceux du secteur 2, quant à eux, restent stables.

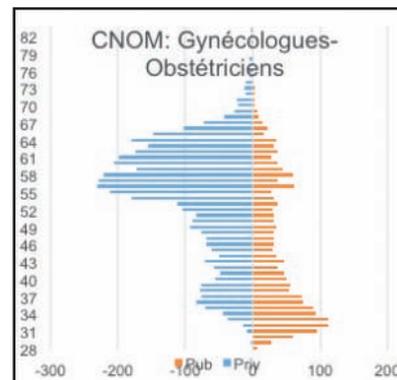
2.1.2 La démographie des anesthésistes-réanimateurs annonce une aggravation de la pénurie qui retentira sur l'accès aux soins chirurgicaux dans leur ensemble

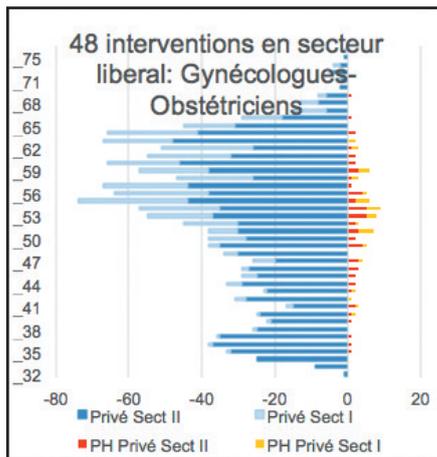


On constate qu'il y a très peu de différence d'effectifs entre le CNOM et le SNIIRAM, les anesthésistes inscrits à l'Ordre sont bien en exercice.

L'effondrement des effectifs en secteurs 1 se produit dans la tranche d'âges des jeunes libéraux. Le secteur privé hospitalier est peu représenté en anesthésie.

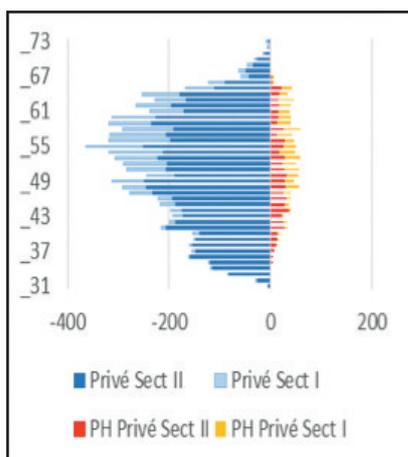
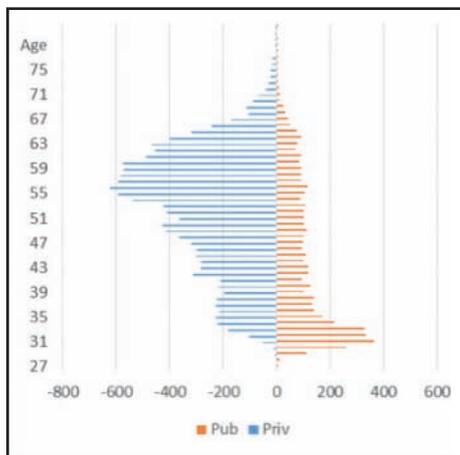
2.1.3 La démographie des gynécologues obstétriciens montre la disparition du secteur libéral secteur I le maintien du secteur II et la croissance du secteur hospitalier





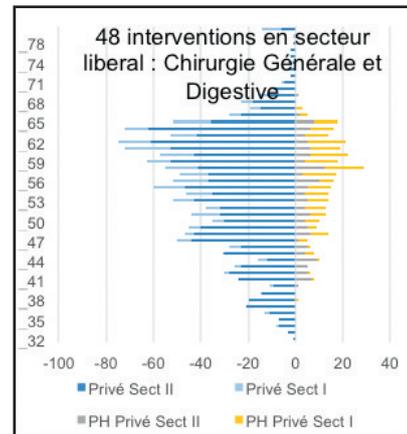
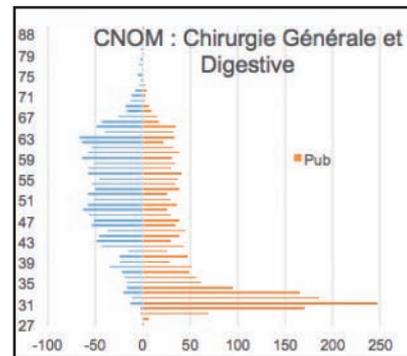
La différence entre le nombre des gynécologues obstétriciens inscrits au Conseil de l'Ordre et le nombre de ceux qui exercent réellement est très marquée, cela traduit la fréquence de l'abandon des accouchements et de la chirurgie au profit d'un exercice exclusif de la gynécologie médicale. Le phénomène semble homogène dans les générations puisque les courbes sont parallèles.

2.1.4 La démographie des chirurgiens se dessine sur le même modèle

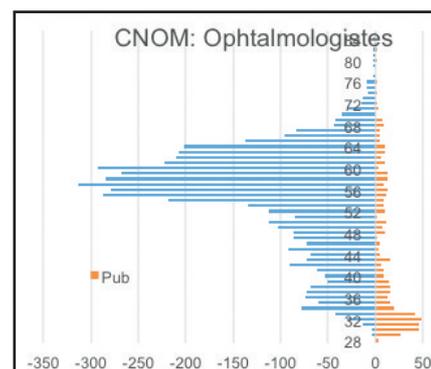


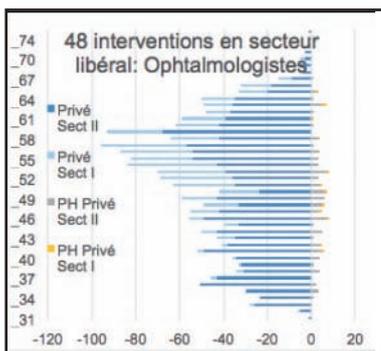
Le Secteur 2 maintient ses effectifs tandis que le secteur 1 disparaît au profit d'une forte installation à l'hôpital. L'activité en secteur privé à l'hôpital est forte. Cette pyramide des âges des chirurgiens globalement ne rend pas compte de la disparité des situations selon la spécialité chirurgicale.

2.1.5 La démographie des chirurgiens viscéraux et digestifs indique le risque de la disparition des effectifs privés au profit du secteur hospitalier. Le taux de secteur privé hospitalier est important



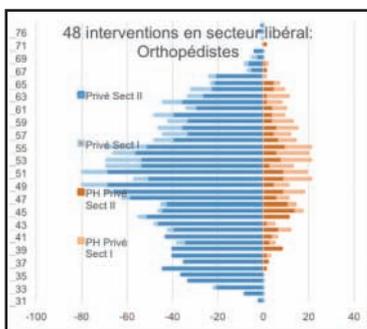
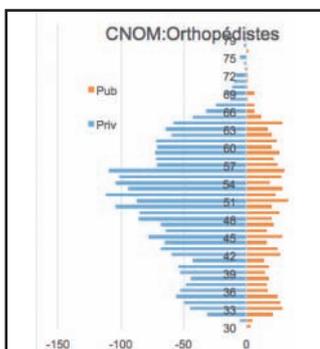
2.1.6 La démographie des ophtalmologistes annonce l'aggravation des difficultés de l'accès aux soins





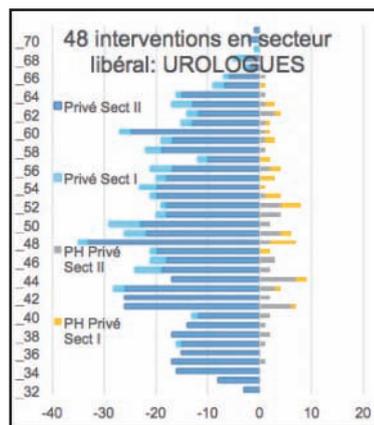
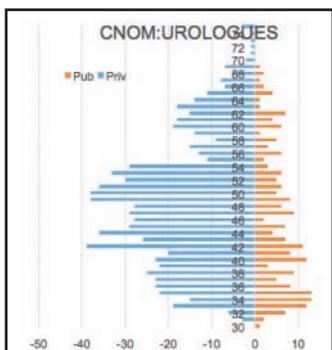
On constate que bien des ophtalmologistes de plus de 50 ans n'ont pas d'exercice chirurgical et ne seront pas remplacés.

2.1.7 La démographie des orthopédistes montre un renouvellement relativement suffisant



Le renouvellement de l'effectif des orthopédistes semble suffisant. La part des secteurs I étant faible chez les plus de 50 ans, la spécialité ne subit pas de réduction de son effectif.

2.1.8 La démographie des urologues est la seule en expansion dans les 2 statuts



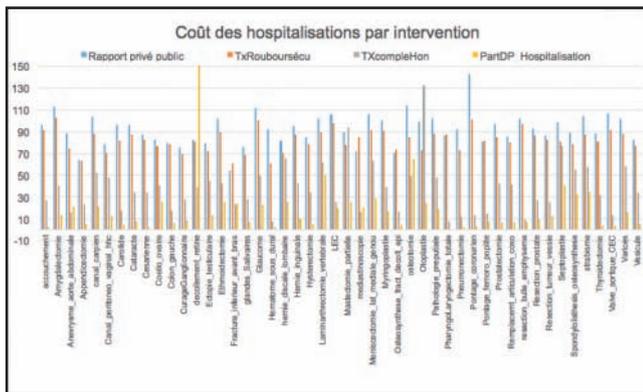
C'est une des rares spécialités chirurgicales dont le renouvellement se fait parfaitement et les jeunes générations suffisantes donnent une vraie structure pyramidale aux effectifs.

2.2 Le coût des séjours –compléments d'honoraires compris–, donne un rapport moyen privé/public de 92%

2.2.1 L'agrégation nationale par intervention montre des coûts de séjour inférieurs en établissements privés pour 33 interventions sur les 48

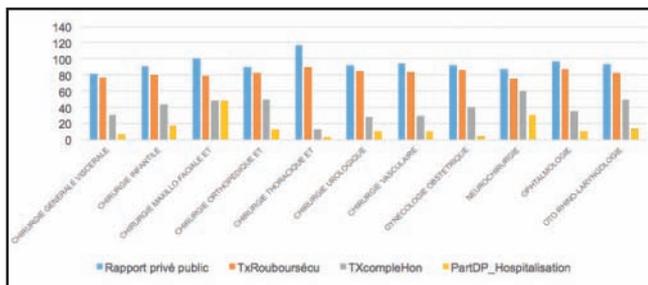
Intervention	Rapport privé public du Coût total de l'hospitalisation	Rapport privé public du Remboursement AMO de l'hospitalisation	Taux Dépaiement	Part du DP dans le coût total de l'hospitalisation
accouchement	96,07%	91,08%	27,37%	2,18%
Amygdalectomie	113,23%	102,78%	40,85%	13,26%
Anevrisme_aorte_abdominale	88,26%	74,60%	15,42%	21,39%
Appendicectomie	64,24%	63,14%	22,93%	5,08%
canal_cervicovaginal_hbc	103,49%	88,08%	52,98%	21,35%
Carotide	78,27%	70,03%	48,05%	12,92%
Cataracte	96,21%	81,88%	17,05%	4,40%
Cataracte	96,24%	87,47%	33,86%	8,00%
Cesarienne	87,44%	82,52%	34,51%	2,37%
Coelio_ovaire	82,29%	76,79%	40,99%	25,68%
Colon_gauche	79,03%	78,18%	17,04%	5,88%
CurageGanglionnaire	75,14%	69,83%	27,88%	8,35%
decollement_retine	82,69%	80,74%	39,33%	251,06%
Ectopie_testiculaire	79,18%	71,72%	44,60%	13,07%
Ethmoïdectomie	102,05%	89,36%	42,49%	25,19%
Fracture_inferieur_avant_bras	54,10%	60,43%	22,69%	24,17%
glandes_Salivaires	76,36%	69,19%	27,81%	6,88%
Glaucome	111,12%	100,46%	49,75%	23,40%
Hematome_sous_dural	92,26%	80,86%	7,87%	1,77%
hernie_discale_lombaire	81,75%	70,53%	65,70%	25,69%
Hernie_inguinale	95,00%	87,56%	42,22%	9,97%
Hysterectomie	84,81%	78,47%	34,63%	4,99%
Laminarthrectomie_vertébrale	101,69%	89,45%	61,66%	50,05%
LEC	106,01%	97,42%	25,14%	19,56%
Mastectomie_partielle	89,94%	77,72%	93,89%	25,79%
medialastinoscopie	72,37%	84,63%	16,30%	20,71%
Meniscectomie_lat_mediale_genou	105,76%	91,06%	63,48%	28,73%
Myringoplastie	100,47%	90,43%	39,27%	16,97%
Osteosynthese_fract_decolt_epi	70,77%	73,33%	16,73%	4,87%
ostéotomie	113,85%	85,06%	49,65%	64,97%
Otoplastie	99,71%	72,46%	132,55%	24,24%
Pathologie_preputiale	101,65%	87,92%	48,11%	18,75%
Pharyngolaryngectomie_totale	86,81%	87,25%	8,05%	0,83%
Pneumnectomie	91,95%	73,07%	11,73%	2,26%
Pontage_coronarien	142,53%	101,12%	13,14%	2,99%
Pontage_femoro_poplite	80,49%	81,52%	15,10%	7,60%
Prostatectomie	96,59%	85,03%	42,45%	6,77%
Remplacemnt_articulation_coxo	85,95%	80,17%	41,42%	6,60%
resection_bulbe_emphyseme	102,12%	96,73%	9,57%	7,27%
resection_prostate	92,91%	86,15%	27,27%	9,47%
Resection_tumeur_vessie	86,60%	82,09%	25,41%	12,34%
Septoplastie	98,38%	80,81%	77,13%	41,03%
Spondylolisthésis_osteosynthese	88,78%	78,19%	55,51%	32,55%
strabisme	104,08%	87,25%	57,76%	34,51%
Thyroïdectomie	88,43%	80,65%	31,78%	3,70%
Valve_aortique_CEC	106,91%	91,41%	13,54%	3,45%
Varices	102,13%	88,25%	58,17%	15,55%
Vesicule	82,22%	77,11%	33,90%	5,48%
Toutes interventions	92,19%	84,23%	38,27%	9,20%

Nous reportons les données sur un graphe

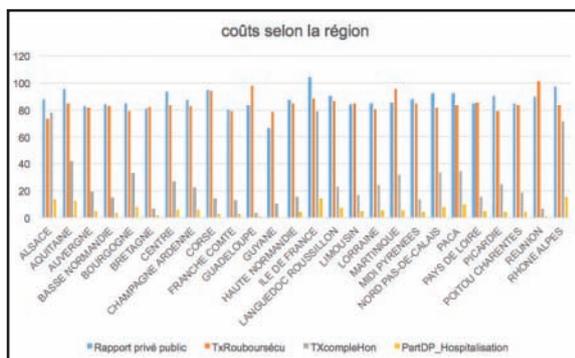


2.2.2 L'agrégation des 48 interventions par spécialité montre que 10 sur les 12 évaluables ont un coût moyen inférieur en secteur privé

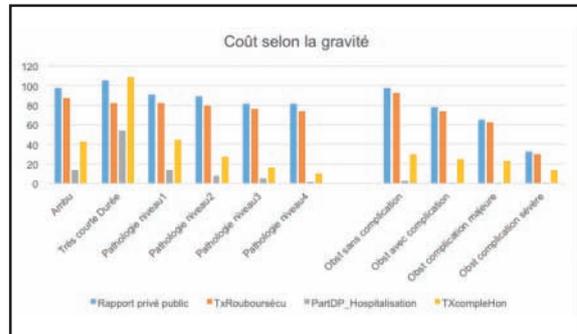
Spécialités marquées	Rapport privé/public	Taux Remboursement SS	Taux complément Honoraires	Dépassements Hospitalisation (%)
Gynécologie-Obstétrique	92,06	86,51	40,74	4,75
NEUROCHIRURGIE	87,98	75,4	60,19	31,35
Ophtalmologie	96,39	87,58	35,89	10,82
ORL_Chirurgicale	92,87	83,02	49,36	13,9
Chirurgie Infantile	94,02	82,25	47,7	17,15
Chirurgie Maxillo-faciale	100,33	79,33	48,19	49,02
Chirurgie Orthopedique	89,91	82,16	48,55	12,82
Chirurgie CardioThoracique	116,9	90,35	12,81	3,16
Chirurgie Generale & Digestive	81,04	76,85	30,97	6,87
Chirurgie Urologique	92,75	85,38	27,86	10,55
Chirurgie Vasculaire	94,76	84,11	30,06	10,57
Chirurgie Plastique	NA	NA	NA	NA



2.2.3 L'agrégation par région montre que l'écart entre privé et public décroît dans les régions économiquement les plus développées. Il n'y a qu'en Ile de France que le secteur privé est plus cher que le secteur public

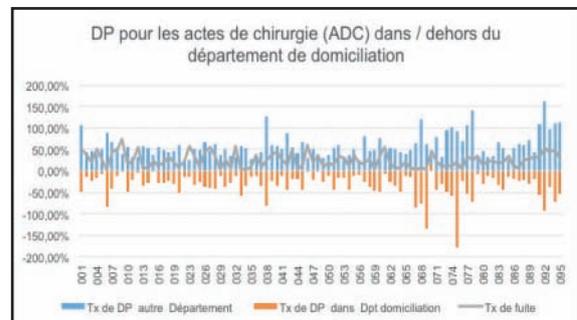


2.2.4 L'agrégation selon le niveau de gravité des GHS montre que le rapport des coûts de séjours entre hospitalisation privée et publique diminue lorsque la gravité chirurgicale et obstétricale augmente. Le taux de dépassement se réduit même de manière drastique



2.2.5 Les compléments d'honoraires sont plus élevés en secteur libéral si les patients choisissent d'être opérés en secteur privé en dehors de leur département de domiciliation

Alors qu'ils pourraient choisir leur département de domiciliation pour être opérés, des patients en nombre important -cette importance est mesurée par le taux de fuite- préfèrent un chirurgien ou un établissement libéral en dehors de leur département. La comparaison n'est faite que lorsque l'intervention est possible dans le département de domiciliation. Dans ces circonstances, on constate que les compléments d'honoraires chirurgicaux sont plus importants que ce qu'ils sont pour les patients qui restent dans leur département. Les patients ne sortent donc pas de leur département pour réduire le coût de leur accès aux soins chirurgicaux mais sûrement pour l'accès à une qualité qu'ils estiment supérieure pour laquelle ils financent plus de compléments d'honoraires.

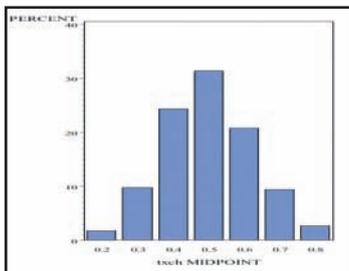


2.2.6 Le coût de la pratique

Tant que l'on fait abstraction de la spécialité, le taux de charges est en moyenne de 50%, très peu différent selon le secteur conventionnel. Le statut ne semble pas modifier ce taux de charges que le médecin soit libéral complet ou qu'il ait une activité libérale à l'hôpital.

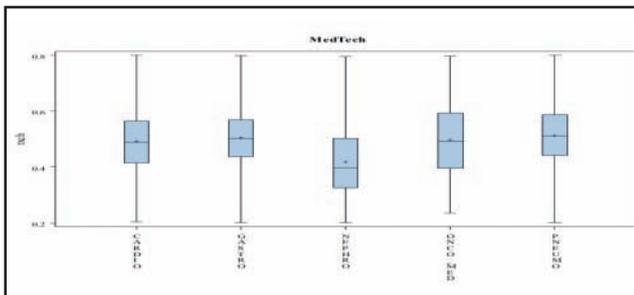
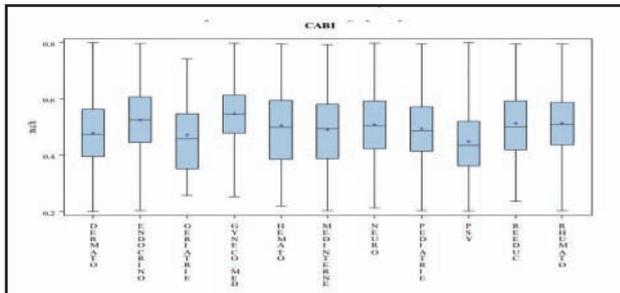
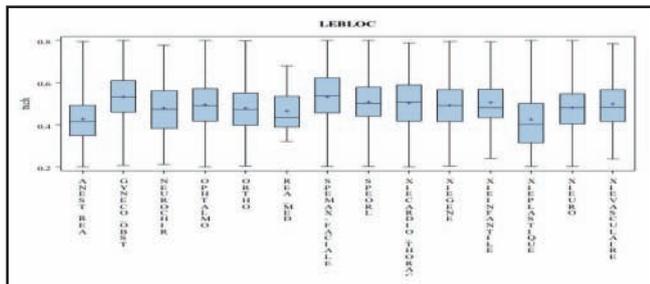
Nature d'exercice	HON. SEUL	HON. LIBRES	Global
LIBERAL ACTIVITE SALARIEE	49%	51%	50%
LIBERAL INTEGRAL	50%	50%	50%
LIBERAL TEMPS PARTIEL HOSPLT	50%	50%	50%
LIBERAL TEMPS PLIN HOSPLT	49%	50%	49%
Global	50%	50%	50%

Figure 2.3 répartition des taux de charges observés

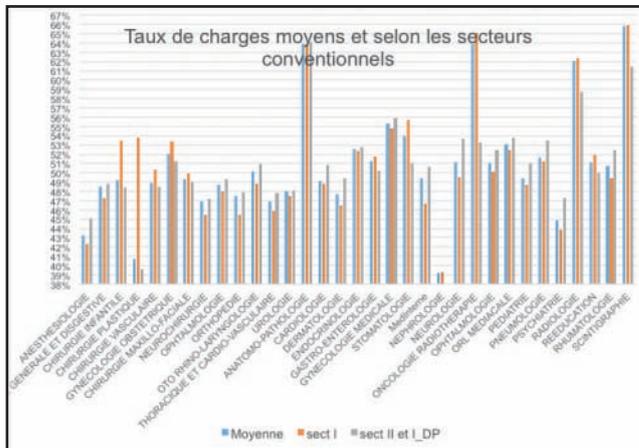


2.2.6.1 Les charges déterminent des taux moyens caractéristiques des spécialités malgré de fortes dispersions au sein de chacune

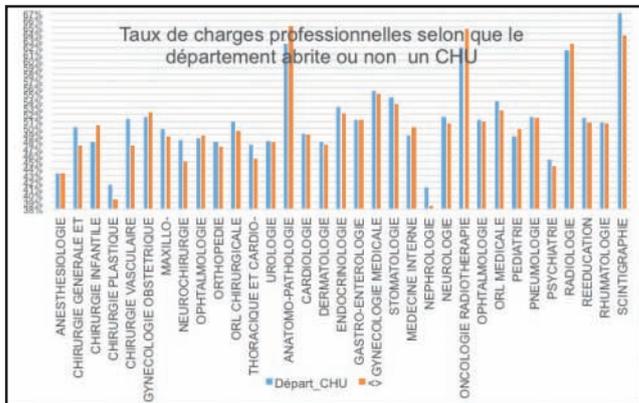
Nous retrouvons une dispersion des valeurs dans toutes les spécialités



2.2.6.2 Le taux de charges des secteurs II dépassent de 1 à 3% le taux de charges des secteurs I

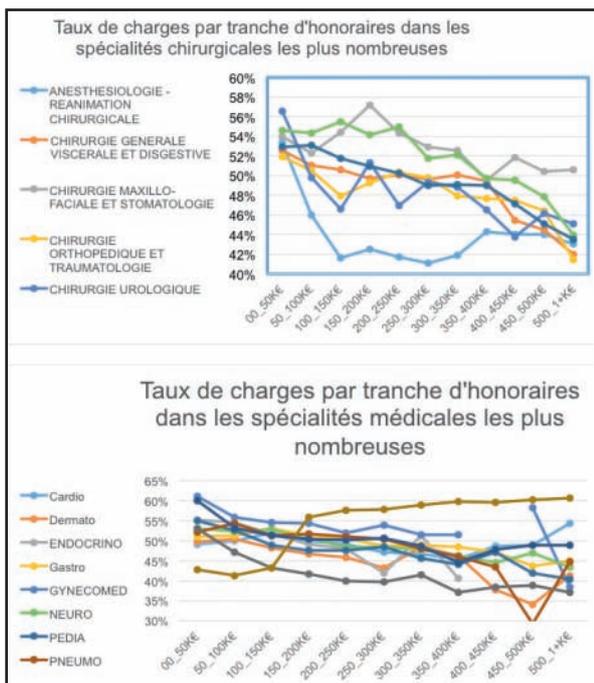


2.2.6.3 Le taux de charges des médecins libéraux est plus élevé de 0 à 3% si le département est siège d'un CHU sauf pour l'électroradiologie et l'anapath



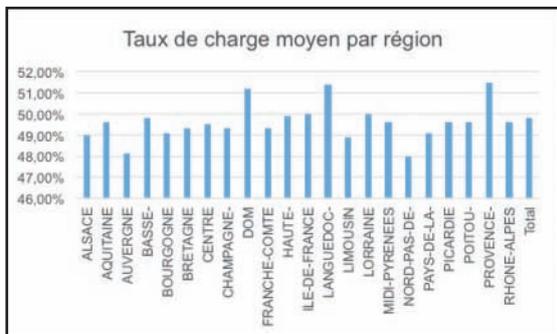
2.2.6.4 Le taux de charges par tranches d'honoraires pour chaque spécialité révèle une certaine économie d'échelle sans expliquer la dispersion dans chaque spécialité

Spécialité	0-10%	10-20%	20-30%	30-40%	40-50%	50-60%	60-70%	70-80%	80-90%	90-100%
ANALYSE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
ANESTHESIOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
CHIRURGIE GENERALE ET	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
CHIRURGIE INFANTILE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
CHIRURGIE PLASTIQUE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
CHIRURGIE VASCULAIRE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
MAXILLO-MAXILLO-FACIALE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
NEUROLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
OPHTHALMOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
ORTHOPEDIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
ORL CHIRURGICALE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
THORACIQUE ET CARDIO-PULMONAIRE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
UROLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
ANATOMO-PATHOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
CARDIOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
DERMATOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
ENDOCRINOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
GASTRO-ENTEROLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
GASTRO-ENTEROLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
GYNECOLOGIE MEDICALE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
STOMATOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
MEDICINE INTERNE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
NEPHROLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
NEUROLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
ONCOLOGIE RADIOTHERAPIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
OPHTHALMOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
ORL MEDICALE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
PEDIATRIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
PNEUMOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
PSYCHIATRIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
RADIOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
RADIOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
REHABILITATION	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
RHUMATOLOGIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
SCINTIGRAPHIE	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%



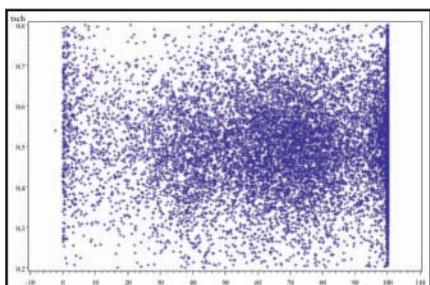
Le taux de charges moyen décroît légèrement avec l'augmentation des honoraires sans expliquer la dispersion des charges.

2.2.6.5 Le taux de charges varie de 2% maximum entre les régions et n'explique pas les dispersions au sein des spécialités

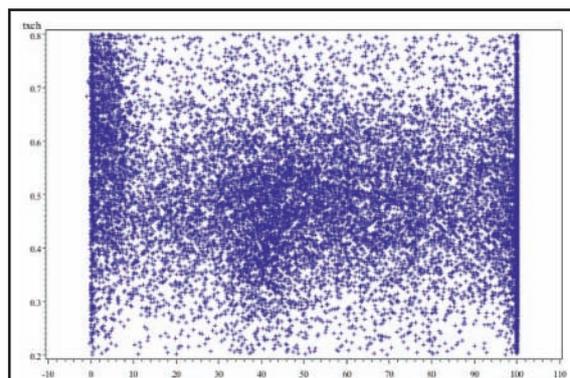


2.2.6.6 Le taux de charges selon le pourcentage d'actes techniques par spécialité ne révèle pas la nécessité d'isoler les charges des actes techniques de la CCAM des charges de consultation

Au regard du nuage de points suivant, il n'existe a priori pas de corrélation évidente entre les deux variables :



Nuage de points : (Taux de charge) x (Taux actes non CCAM) - (Honoraires libres)



Nuage de points : (Taux de charge) x (Taux actes non CCAM) - (Honoraires sécurité sociale)

Ici, le coefficient de corrélation est non significatif (- 0.06) sur l'ensemble de l'échantillon. Ce coefficient calculé au sein de chacune des spécialités (représentées par plus de 100 praticiens), ne dépasse jamais 0.2 en valeur absolue.

Il n'y a donc pas de corrélation entre le montant d'actes CCAM réalisés par un médecin et le taux de charges qu'il déclare.

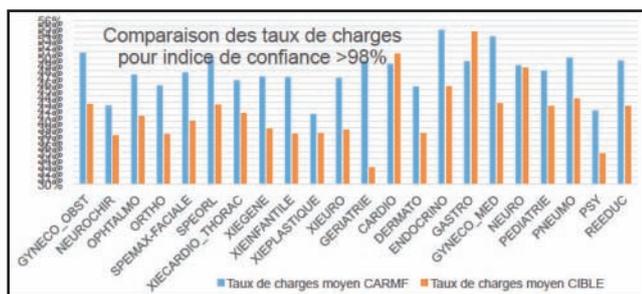
Il ne paraît donc pas incohérent, pour déterminer le montant de charges cibles afférentes à un acte CCAM pratiqué par le médecin, d'appliquer son taux de charges enregistré au fichier BNC.

2.2.6.7 La répartition des activités correspondant à chaque coefficient Cg permet de calculer un coût de la pratique à partir des charges réelles par spécialité

Spécialités	ACTES EN TYTT	ACTES NON SEMB	ACTES SHS CE	CC NON FABRE	cgall	cgang	cgars	cgarm	cgarm1	cgchir	cgdar	cgdech	cgdechv	cgdes	cgdyn	cgdrn	cgdrp	cgdrp1	cgdrp2	cgdrp3	cgdrp4	cgdrp5	cgdrp6	cgdrp7	cgdrp8	cgdrp9	cgdrp10	
ANA-PATH	3	0	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
ANEST_BEA	7	0	15	0	0	0	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
CARDIO	1	0	0	0	0	0	0	71	10	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
DERMATO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	12	86	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
ENDOCRINO	3	0	0	1	0	0	0	0	0	3	69	2	0	7	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
GASTRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0	92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
GENETIQUE	1	0	0	0	0	0	0	10	0	0	89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
GENIATRE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	97	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
GYNECO_MED	6	0	0	0	0	0	0	0	0	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
GYNECO_OBST	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	47	0	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
HEMATO	0	0	1	19	0	0	76	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
MED_NUCLE	0	0	8	91	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
MEDITERRNE	1	0	4	11	1	0	3	20	0	0	0	0	2	11	31	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	100
NEPHRO	2	0	0	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
NEURO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	94	0	0	0	0	0	0	0	100
NEUROCHIR	1	0	0	0	0	0	1	0	0	93	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
ONCO_MED	3	0	0	18	0	0	60	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
OPHTALMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
ORTHO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	98	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
PEDIATRIE	4	0	0	0	0	0	6	0	8	1	0	0	1	0	1	0	0	2	0	3	4	20	15	0	0	0	0	100
PNEUMO	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
PEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
RADIO	3	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	25	2	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
RADIO_THERAPE	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
REA_MED	1	0	0	4	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
REEDUC	2	0	1	0	0	0	0	0	0	13	0	2	0	0	0	0	0	1	3	31	0	1	0	0	0	0	0	100
RHMATO	1	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
SPEMAX-FACIALE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	73	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
SPEOPL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
NECARDIOTH	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
NEGENE	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	89	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
NEINFANTILE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	98	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
NEPLASTIQUE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
NEURO	2	0	0	0	0	0	0	0	0	90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
NEVASCULAIRE	9	0	2	0	0	0	0	0	0	18	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Grand Total	6	0	4	3	0	0	0	8	8	1	14	1	8	1	5	3	2	0	0	2	12	4	3	10	2	2	0	10

2.2.6.8 Le taux de charges moyen réel est très différent du taux de charges en tarif cible

Spécialités	Chiffres observés				Tarif cible		
	Montant de charges réel du praticien (observé ou rapporté au périmètre CCAM)	Montant total des honoraires CCAM	Taux de charge moyen	Indice de confiance	Montant des charges calculées par la CCAM en tarif cible	Montant des honoraires en tarif cible	Taux de charge moyen
ANA-PATH	2335528	18407528	13%	20%	313200	675244	46%
ANEST_REA	159667140	381439711	42%	85%	88249580	287475229	31%
CARDIO	225320317	458482644	49%	99%	212928197	419879839	51%
DERMATO	29119067	63995906	46%	100%	23054292	60427808	38%
ENDOCRINO	1191149	2184935	55%	99%	696377	1528325	46%
GASTRO	101910472	205842158	50%	100%	90143400	166171970	54%
GENETIQUE	134993	255746	53%	100%	111863	234434	48%
GERIATRIE	63696	128407	50%	100%	29870	91344	33%
GYNECO_MED	18461263	34522065	53%	100%	12532327	29243862	43%
GYNECO_OBST	122178354	239999273	51%	100%	74244135	173661356	43%
HEMATO	46400	92741	50%	81%	37512	120327	31%
MED_NUCLE	209321	310959	67%	1%	139943	282788	47%
MEDINTERNE	2861849	5939637	48%	85%	2042819	4222046	48%
NEPHRO	529319	1286822	41%	3%	184438	489824	38%
NEURO	28890988	58726771	49%	100%	28880278	59525881	49%
NEUROCHIR	9117207	21463609	42%	99%	5294058	14023385	38%
ONCO_MED	78638	167701	47%	82%	56305	176287	32%
OPHTALMO	231853887	489480652	47%	100%	20498918	501672895	41%
ORTH	105020032	22945496	46%	100%	61113060	160986430	38%
PEDIATRIE	8444556	17587060	48%	100%	4859283	11455456	42%
PNEUMO	61905345	123551513	50%	100%	50993167	116816567	44%
PSY	28890988	58726771	49%	100%	620635	1779477	35%
RADIO	418858830	774411666	54%	98%	327490631	644298604	51%
RADIOTHERAPIE	58561251	81031311	72%	70%	45669	160836	28%
REA_MED	774036	1539627	48%	96%	49205	99441	50%
REEDUC	7787006	15692053	50%	99%	6184419	14566754	42%
RHUMATO	48696309	99341906	49%	96%	41962583	90510859	43%
SPEMAX-FACIALE	4637144	9714961	48%	100%	2509302	6257849	40%
SPEORL	100591249	201507056	50%	100%	75521357	177163643	43%
XIECARDIO_THOR	12488799	26872183	46%	99%	9648119	23341281	41%
XIEGENE	89652364	190374292	47%	100%	52730472	135780611	39%
XIEINFANTILE	1524986	3244912	47%	100%	781210	2053245	38%
XIEPLASTIQUE	6065211	14732177	41%	100%	2673577	7006844	38%
XIEURO	36565671	77980750	47%	100%	21905644	56666466	39%
XIEVASCULAIRE	16434493	33271275	49%	97%	11491044	25004207	46%
GrandTotal	1912649952	388570514	49%	93%	14145098	320195141	44%



Les taux de charges constatés à partir des données de la CARMF montrent que la plupart des spécialités ont un taux de charges réel supérieur à celui prévu dans le coût de la pratique des actes cibles. Il faut relever l'exception des spécialités médicales : cardiologie, gastro-entérologie, et neurologie. Comme le montre l'histogramme ci-dessus. Pour la radiothérapie, les actes principaux n'ont pas de valeur cible. Ils sont en actes YYYY.

Par ailleurs, le montant des honoraires total de 3 909 M€ correspond à la somme des actes en "YYYY", des actes non remboursés et des actes dont le tarif cible est calculable. Le montant total des charges de l'ensemble des praticiens du panel s'élève à 1 934M€. Le montant des charges calculées par la CCAM, en tarif cible représente 1673M€.

Si on limite l'analyse aux spécialités dont l'indice de confiance est supérieur ou égal à 99%, le volume des dépenses analysées passe de 3 909M€ à 3 229M€, pour un volume de charge observé de 1 630M€. Pour les spécialités dont l'indice est inférieur, nous ne disposons pas d'éléments nous semblant assez fiables pour indiquer quelle pourrait être la nouvelle valeur de Cg qui équilibrerait le montant de

leurs charges réelles et des charges déduites de la tarification cible. Il s'agit des 12 spécialités "grisées" dans le tableau ci-contre.

Sur l'ensemble des spécialités dont l'indice de confiance convient, les charges calculées par la CCAM représentent 93% des charges réelles. Cependant, comme le montre le tableau ci-dessous, (colonne rapport (b)/(a)), il existe une grande disparité de couverture des charges réelles par la CCAM dans le tarif cible actuel. À titre d'exemple, le tarif cible de la CCAM couvre 182% des charges réelles des cardiologues, 61% des charges des gynécologues obstétriciens, 44% des charges des chirurgiens plastique.

SpecRegrLb2	Montant de charges réelles (a)	Somme de depens_CCA M	Montant de charges calculées CCAM (b)	Ecart initial (b)-(a)	Rapport (b)/(a)	Taux de charge moyen	Indice de confiance	A retarder
CARDIO	225320317	458482644	212928197	-12392120	0,95	49%	99%	1
DERMATO	29119067	63995906	23054292	-6064774	0,79	46%	100%	1
ENDOCRINO	1191149	2184935	696377	-494772	0,58	55%	99%	1
GASTRO	101910472	205842158	90143400	-11767073	0,88	50%	100%	1
GENETIQUE	134993	255746	111863	-23130	0,83	53%	100%	1
GERIATRIE	63696	128407	29870	-33826	0,47	50%	100%	1
GYNECO_MED	18461263	34522065	12532327	-5928025	0,68	53%	100%	1
GYNECO_OBST	122178354	239999273	74244135	-47934219	0,61	51%	100%	1
HEMATO	46400	92741	37512	-8888	0,81	50%	81%	0
MED_NUCLE	209321	310959	139943	-7378	0,64	67%	1%	0
MEDINTERNE	2861849	5939637	2042819	-819030	0,71	48%	85%	0
NEPHRO	529319	1286822	184436	-344883	0,35	41%	3%	0
NEURO	28890988	58726771	28880276	189309	1,01	49%	100%	1
NEUROCHIR	9117207	21463609	5294058	-3823149	0,58	42%	89%	1
ONCO_MED	78638	167701	167701	0	1,00	47%	82%	0
OPHTALMO	231853887	489480652	20498918	-26859699	0,88	47%	100%	1
ORTH	105020032	22945496	61113060	-43906973	0,58	46%	100%	1
PEDIATRIE	8444556	17587060	50993167	-3585272	0,58	48%	100%	1
PNEUMO	61905345	123551513	50993167	-10912178	0,82	50%	100%	1
PSY	908703	2179647	620635	-288068	0,68	42%	100%	1
RADIO	418858830	774411666	327490631	-91366199	0,78	54%	98%	1
RADIOTHERAPIE	58561251	81031311	45669	-58515582	0,00	72%	70%	0
REA_MED	774036	1539627	1539627	0	1,00	96%	0	
REEDUC	7787006	15692053	6184419	-1602587	0,79	50%	99%	1
RHUMATO	48696309	99341906	99341906	0	1,00	49%	96%	0
SPEMAX-FACIALE	4637144	9714961	2509302	-2127843	0,54	48%	100%	1
SPEORL	100591249	201507056	75521357	-2506892	0,75	50%	100%	1
XIECARDIO_THOR	12488799	26872183	9648119	-2840880	0,77	46%	99%	1
XIEGENE	89652364	190374292	52730472	-36921891	0,59	47%	100%	1
XIEINFANTILE	1524986	3244912	781210	-743778	0,51	47%	100%	1
XIEPLASTIQUE	6065211	14732177	2673577	-3391634	0,44	41%	100%	1
XIEURO	36565671	77980750	21905644	-14660027	0,60	47%	100%	1
XIEVASCULAIRE	16434493	33271275	11491044	-4943450	0,70	49%	97%	0
GrandTotal	1912649952	388570514	14145098	-17844919	-0,76	0	93%	34
Total	17844919	366272371	13385062				96%	26

Coût de la pratique au sein de la CCAM actuelle

	Valeur tarif cible	nouvelle valeur	correction tarif
cgall	0,177		
cgang	0,261		
cgaréa	0,192		
cgcam	0,906	0,488	69%
cgcam	0,399	0,488	111%
cgchir	0,269	0,465	128%
cgder	0,272	0,323	107%
cgech	0,402	0,696	135%
cgechvas	0,357		
cggas	0,538	0,584	105%
cggyn	0,252	0,302	107%
cgirm	0,051	0,696	231%
cgmge	0,213		
cgmpr	0,354		
cgno	0,424		
cgoph	0,304	0,344	105%
cgori	0,330	0,435	114%
cgpne	0,320	0,404	111%
cgrad	0,771	0,696	94%
cgrhu	0,230		
cgscan	0,040	0,696	237%

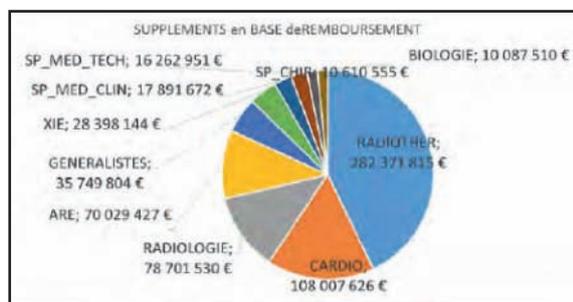
Les coefficients généraux actuels, "retarifés", et l'incidence sur le tarif de base de remboursement.

Rappelons que cette nouvelle tarification intègre le financement de la totalité des charges mais après suppression des majorations actuelles (forfaits IRM et scanners, actes transitoires YYYY et modificateurs sans justification médicale).

Spécialité	Montant de charges CCAM avec nouvelle valeur du Cg (b')	Ecart après revalorisation des Cg (b')-(a)	NOUVEAU MONTANT CIBLE	Rapport (b')/(a)
CARDIO	234 225 392	916 71	432 159	1,00
DERMATO	609 29 116	458 2	66 489	1,00
ENDOCRINO	725 1 143	424 47	1 975	0,98
GASTRO	418 101 916	945 5	177 936	1,00
GENETIQUE	927 186	934 51	309	1,38
GERIATRIE	915 29	781 33	91	0,47
GYNECO_MED	290 19 254	027 793	35 964	1,04
GYNECO_OBST	642 115 217	711 6 960	214 631	0,94
HEMATO	005 38	395 8	120	0,82
MED_NUCLE	560 188	761 20	337	0,90
MEDINTERNE	245 2 284	604 577	4 463	0,80
NEPHRO	936 222	383 306	527	0,42
NEURO	345 28 949	378 258	59 591	1,01
NEUROCHIR	837 8 922	370 194	17 651	0,98
ONCO_MED	333 58	305 20	177	0,74
OPHTALMO	228 231 971	341 117	528 644	1,00
ORTHO	703 105 000	330 19	204 869	1,00
PEDIATRIE	526 5 884	030 2 560	12 480	0,70
PNEUMO	630 61 333	715 571	127 240	0,99
PSY	847 622	855 285	1 781	0,69
RADIO	830 418 856	45 517	689 625	1,00
RADIOTHERAPIE	116 45	135 58 516	126	0,00
REA_MED	533 40	903 699	90	0,05
REEDUC	060 6 662	946 1 124	15 043	0,86
RHUMATO	931 41 640	378 7 055	98 176	0,86
SPEMAX-FACIALE	622 3 874	522 762	7 602	0,84
SPEORL	856 100 624	608 33	202 266	1,00
XIECARDIO_THO	528 14 533	729 2 044	28 226	1,16
XIEGENE	640 86 585	723 3 066	169 633	0,97
XIENFANTILE	726 1 340	260 184	2 612	0,88
XIEPLASTIQUE	459 4 410	752 1 654	8 743	0,73
XIEURO	645 37 341	974 775	72 100	1,02
XIEVASculaire	202 14 366	291 2 068	27 879	0,87
SOMME	1 758 006	-	3 499	-
	1 699 121	13 316	3 367	0,95
	676	025	164 165	

Valeur des charges après correction s'il y a lieu des coefficients généraux Cg

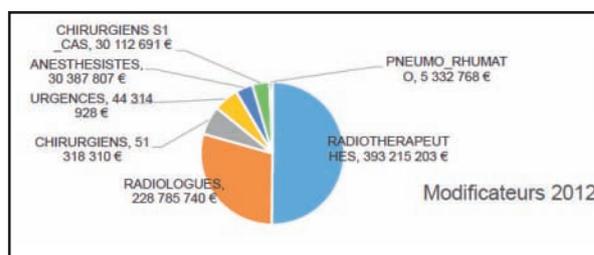
2.2.7 Les actes en suppléments codés "YYYY--" de la CCAM dit transitoires car "dérogatoires aux bonnes règles" sont pour 3/4 réservés à 3 spécialités médicales : radiothérapeutes, radiologues, cardiologues



Les actes en suppléments en code "YYYY" de la CCAM		
Libellés Spécialités	Regroupement	Total de Remboursement
Medecine generale	MED_GEN	35 746 031 €
Specialiste en medecine generale avec diplôme	MED_GEN	3 319 €
Specialite en med. Generale reconnue par l'ordre	MED_GEN	454 €
Anesthesiologie - reanimation chirurgicale	ANESTHESIE	66 394 433 €
Chirurgie maxillo-faciale	CHIRUR_SPE	18 437 €
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	CHIRUR_SPE	147 202 €
Ophthalmologie	CHIRUR_SPE	1 000 €
Oto rhino-laryngologie	CHIRUR_SPE	89 181 €
Stomatologie	CHIRUR_SPE	35 711 €
Chirurgie generale	CHIRURGIE	8 326 605 €
Chirurgie infantile	CHIRURGIE	13 871 €
Chirurgie orthopedique et traumatologie	CHIRURGIE	3 177 012 €
Chirurgie plastique reconstructrice et esthetique	CHIRURGIE	101 094 €
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	CHIRURGIE	4 625 974 €
Chirurgie urologique	CHIRURGIE	3 761 391 €
Chirurgie vasculaire	CHIRURGIE	5 880 031 €
Chirurgie viscerale et digestive	CHIRURGIE	2 079 192 €
Neurochirurgie	CHIRURGIE	432 973 €
Gynecologie obstetrique	GYN-OBST	9 558 246 €
Gynecologie obstetrique et gynecologie medicale	GYN-OBST	712 519 €
Obstetrique	GYN-OBST	48 258 €
Anatomie-cytologie-pathologique	ANA-PAT	10 068 568 €
Reanimation medicale	ANESTHESIE	3 634 994 €
Directeur laboratoire medecin	BIOL	219 €
Genetique medicale	BIOL	3 502 €
Medecine nucleaire	ELECTRO-RADIOL	18 722 €
Oncologie radiotherapique	ELECTRO-RADIOL	184 900 941 €
Radiodiagnostic et imagerie medicale	ELECTRO-RADIOL	78 701 530 €
Radiotherapie	ELECTRO-RADIOL	97 470 874 €
Dermatologie et venerologie	MED_CLIN	245 621 €
Endocrinologie et metabolismes	MED_CLIN	414 069 €
Geriatric	MED_CLIN	83 250 €
Gynecologie medicale	MED_CLIN	2 925 339 €
Hematologie	MED_CLIN	143 960 €
Medecine interne	MED_CLIN	2 036 861 €
Neurologie	MED_CLIN	949 888 €
Neuropsychiatrie	MED_CLIN	5 146 €
Oncologie medicale	MED_CLIN	51 705 €
Pediatrie	MED_CLIN	8 765 329 €
Psychiatrie generale	MED_CLIN	136 589 €
Rhumatologie	MED_CLIN	1 837 817 €
Gastro-enterologie et hepatologie	MED_TECH	833 586 €
Medecine physique et de readaptation	MED_TECH	344 301 €
Nephrologie	MED_TECH	1 876 501 €
Pathologie cardio-vasculaire	MED_TECH	108 007 626 €
Pneumologie	MED_TECH	13 501 159 €
Total		658 111 032 €

La très grande majorité de la radiothérapie et une part importante de la radiologie de la cardiologie et de l'anesthésie sont financées par ces suppléments transitoires. C'est dire qu'une part bien plus que marginale des honoraires de ces spécialités est en dehors des règles de tarification en points travail et coût de la pratique.

2.2.8 Les modificateurs n'ont de justification médicale que dans 12% des cas et constituent dans 88% des cas une majoration dérogatoire essentiellement au profit des radiologues et radiothérapeutes



Modificateurs	Motif	Montant total 2012	Valeur	Taux	Libelé
6	Ophthalmologie	1 052 612		0,25	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine c
7	Anesthésie	12 592 283		0,04	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'int
8	Anesthésie	252 020		0,2	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine c
9	Anti secteur 2	26		0,019	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 2
A	Anesthésie	17 543 503	23		Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins
B	Radiologues	7 939 702		0,49	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité
C	Radiologues	8 563 302		0,49	Réalisation d'une radiographie comparative
D	Radiologues	1 035 555		0,24	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelett
E	Radiologues	6 279 218		0,49	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un
F	Urgence	13 792 898	19		Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié
G	Ophthalmologie	62 192		0,25	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine c
H	Radioth	65 705 303		10	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1
I	Xie Sect1			0,046	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 3
J	XIE sect1&2	45 362 339		0,065	Majoration transitoire de chirurgie
K	Xie Sect1 sect1&CAS	30 112 665		0,115	Majoration forfaits modulables pour les actes d'accouchement réalisés par les gy
L	Orthopédie	188 643		2	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte
M	Urgence	10 455 075	27		Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pé
O	Anti secteur 2			0,003	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 1
P	Urgence	5 828 165	35		Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20h à 00h
Q	Radiothérapie	87 263 705		20	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2
R	Plasticien	4 652 525		5	Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face,
S	Urgence	2 074 44	4		Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte th
U	Urgence	12 164 35	25		Acte réalisé en urgence par les médecins, la nuit entre 20 h et 08 h
V	Radiothérapie	105 516 702		30	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3
W	Radiothérapie	134 729 492		40	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4
X	Anti secteur 2			0,08	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 4
Y	Pneumo_rhumato	5 332 768		0,158	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue ou un i
Z	Radiologues	204 967 962		0,218	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue
Total		783 467 446			

On retrouve là encore une part des modificateurs employés à majorer les honoraires des radiothérapeutes et des radiologues en contournant les règles de calculs de la tarification. La part des modificateurs pour des raisons médicales est très minoritaire.

Les modificateurs correspondant à un motif médical totalisent 95 661 161€ soit 12,20% du total des modificateurs de 2012.

Conclusion

La comparaison des coûts public et privé de cette étude ne tient pas compte du biais des 8 Mds d'euros de MIGAC presque exclusivement attribués aux hôpitaux pour des missions d'intérêt général. Les motifs de ces MIGAC, prise en charge de la précarité, formation des professionnels de soins auraient pu faire l'objet d'une tarification pour étendre l'application de la concurrence par comparaison qui est encore un principe d'équité, lui fondateur de la T2A.

Références

1 - Charges professionnelles des médecins libéraux Étude préparatoire à la refonte de la tarification des actes

médicaux Fabienne HENSGEN, Valérie PARIS, Bertrand PIERRARD, Anne VERGEAU CREDES Rapport n° 499 (1321) Décembre 2000

2 - HEVA – Heath Évaluation : "Rapport d'étude Poids des dépassements".

3 - Annie ALIES-PALATIN : "La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), Un nouveau mode d'évaluation des honoraires".

4 - Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux IGF Rapport N°2011-M-056-01 Philippe PASCAL Inspecteur des finances, Justine COUTARD Inspectrice des finances, Emmanuel DUPUY Inspecteur des finances, Frédéric VARNIER Inspecteur des finances, Géraldine WELTER Inspectrice des finances avec l'assistance de Matthieu OLIVIER Inspecteur adjoint des finances sous la supervision de Bruno DURIEUX Inspecteur général des finances.

5 - Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux

Inspection Générale des Affaires Sociales RM2012-024P - Mars 2012 - Établi par Pierre-Louis BRAS, Jean-Luc VIEILLERIBIERE membres de l'Inspection générale des affaires sociales Pierre LESTEVEN, conseiller général des établissements de santé.

Colloque national Gynécologie et Société **14 Novembre 2014 au Sénat**

Comité d'Organisation

Dr Elisabeth Paganelli, Secrétaire générale du SYNGOF

Dr Mikaël Agopiantz, Président d'Honneur de l'AIGM

Sous le haut-patronage de Madame la Sénatrice Aline Archimbaud

Public

Gynécologues médic-aux/-ales et Gynécologues-obstétricien-nes

Médecins généralistes et Sages-femmes

Militant-es des droits de la Femme, Personnalités politiques, Journalistes.

Programme

Accueil à 9h30

Mot d'accueil du Comité d'organisation

Mot d'accueil de Madame la Sénatrice Aline Archimbaud

Mot d'accueil du Président du SYNGOF, Dr Jean Marty

1. Les acteurs du suivi gynécologique, une interdisciplinarité nécessaire ou imposée ? (10h-11h30)

Table-ronde autour de :

- ▀ *Pr Anne Gompel*, PU de Gynécologie médicale à l'Université Paris Descartes, Secrétaire générale du CNEGM
- ▀ *Dr Bertrand de Rochambeau*, Gynécologue-obstétricien libéral, Vice-président du SYNGOF, Co-Président du CNPGO
- ▀ *Dr Michèle Scheffler*, Gynécologue libérale, Présidente de la FNCGM, Co-Présidente du CNPGO
- ▀ *M. Adrien Gantois*, Sage-Femme libéral en Région IDF, Responsable au CNSF
- ▀ *M. Pierre-Antoine Moïnard*, Interne de Médecine générale, Président de l'ISNAR-IMG

Animation : Dr Elisabeth Paganelli, Gynécologue médicale libérale, Secrétaire générale du SYNGOF et Dr Stéphanie Bonne, Présidente de l'AIGM.

2. Démographie et réseaux de soins en gynécologie (11h30-12h30)

Table-ronde autour de :

- ▀ *Dr Patrick Romestaing*, Vice-Président du CNOM
- ▀ *Dr Catherine Vicariot*, Gynécologue, Co-fondatrice d'une maison de santé pluridisciplinaire en Région Centre
- ▀ *Pr Olivier Morel*, PU-PH de Gynécologie-Obstétrique au CHU de Nancy
- ▀ *Pr Georges Weryha*, PU-PH d'Endocrinologie et de Gynécologie médicale au CHU de Nancy, Trésorier du CNEGM
- ▀ *Dr Marie-Josée Renaudie*, Maître de stage au cabinet de Gynécologie

Animation : Dr Jean Marty, Gynécologue obstétricien, Président du SYNGOF, Dr Jacques Rivoallan, Secrétaire Général Adjoint du SYNGOF, et Dr Florence Scheffler, CCA de Gynécologie médicale au CHU d'Amiens, Présidente d'honneur de l'AIGM

Pause déjeuner 12h30-13h30

3. AMP Et Société. Quelles actualités ? (13h30-15h15)

- ▶ Vitrification ovocytaire sociétale - *Dr Joëlle Belaisch-Allart*, Chef de service de Gynécologie-Obstétrique au CH de Sèvres, Présidente de la SFG
- ▶ AMP pour tous - *Pr Pierre Jouannet*, Académicien, Ancien Président de la Fédération des CECOS
- ▶ DO en France - *Dr Imane Fatfouta*, PH de Gynécologie médicale au CHU de Nice, Ancienne Vice-Présidente de l'AIMG
- ▶ Implications législatives et réglementaires - *M. Jean-Louis Gillet*, Président de chambre honoraire à la Cour de Cassation

Animation : Dr Mikaël Agopianz, CCA de Gynécologie médicale au CHU de Nancy, Président d'honneur de l'AIMG, Dr Jean Michel Dreyfus, Gynécologue-obstétricien libéral, et Dr Harold Jelen, Gynécologue-obstétricien libéral.

4. Le droit à l'IVG en 2015, quelle place pour les Gynécologues ? (15h30-16h30)

- ▶ IVG et Accès aux soins en France. Exemple de la Région Centre - *Dr Parvine Bardon*, Gynécologue impliquée dans l'IVG (URPS Centre)
- ▶ L'IVG médicamenteuse : une technique qui a fait évoluer la loi - *Dr Elisabeth Aubeny*, Présidente de l'AFC

Animation : Dr Brigitte Letombe, Présidente d'honneur de la FNCGM, et Dr Florence Scheffler, CCA de Gynécologie médicale au CHU d'Amiens, Présidente d'honneur de l'AIMG

5. Ethique en diagnostic prénatal (16h30-17h)

- ▶ Implications éthiques des nouvelles techniques de dépistage de la trisomie 21 - *Dr Grégoire Moutel*, MCU-PH, Ethique médicale, PRES Sorbonne Paris Cité, EHESP Et Unité de médecine sociale, Hôpitaux Coirentin Celton-HEGP, APHP

Animation : Pr Olivier Morel, PU de Gynécologie-Obstétrique au CHU de Nancy, et M. Alexandre Vivanti, Interne de Gynécologie-Obstétrique en région IDF

Clôture à 17h

Inscription gratuite

Demandez la fiche à syngof@syngof.fr
ou en téléphonant à Nadine au 04 67 04 17 18

Lucina

sine concubitu

ou l'évolution des idées au fil des siècles à propos de la génération humaine

B. SEGUY*

La théorie pangénétique triomphe : homme et femme possèdent une semence qui contient les deux germes masculins et féminins, et c'est la semence la plus forte qui l'emporte.

De la détermination du sexe

Pour les philosophes Grecques pré-Socratiques et les Sophistes. (VII-V siècle av. JC), la semence, d'origine masculine, vient, pour certains, du cerveau et/ou de la moelle, pour d'autres c'est l'écume d'un bouillonnement du sang au cours de l'acte sexuel. La détermination du sexe se fait chez la femme, mais qui est simplement le lieu de la détermination, pas l'agent. Le facteur déterminant étant essentiellement la latéralité : les garçons viennent de la droite, les filles de la gauche. Pour la plupart des auteurs, il s'agit des testicules,

pour d'autres des cornes utérines, ce qui distingue la détermination avant l'union de celle après l'union. En résumé, le père est géniteur, la mère est gestatrice.

Au V^{ème} siècle av. JC, autour d'Hippocrate, la médecine s'individualise comme art et comme science, où dominent les traités dit "Hippocratiques" (la grande majorité étant en fait d'auteurs inconnus). La théorie pangénétique triomphe : homme et femme possèdent une semence qui contient les deux germes masculins et féminins, et c'est la semence la plus forte qui l'emporte. Le mélange donne donc trois catégories d'individus pour chaque sexe, du plus fort ou brillant au plus faible et

effacé, traduisant une gradation de la virilité ou de la féminité en fonction de la vigueur des semences apportées. **Au IV^{ème} siècle av. JC**, c'est la conception Aristotélécienne qui fait table rase des idées antérieures et qui va s'imposer jusqu'à plus de la moitié de notre ère, c'est-à-dire quasiment jusqu'au XVIII^{ème} siècle. Platon, son maître, lui-même disciple de Socrate, témoigne encore des idées anciennes et considère que la semence vient de la moelle. Aristote, son élève, va tout remettre à plat. Sont parvenus jusqu'à nous ses trois grands traités consacrés à la génération et qui sont le fruit de ses recherches et travaux précurseurs en biologie. Pour lui, la semence, comme le lait, les menstrues ou la graisse, provient du sang, de sa partie chaude, de son écume, le sang étant le résultat de la cuisson de la nourriture. La semence constitue la décoction ultime du sang. Et, bien entendu, seul le corps masculin peut produire cette chaleur, cette qualité

Deux théories vont s'affronter au cours des siècles et jusqu'à nous : La théorie préformiste, d'une part, et la théorie épigénétique, d'autre part.

* Expert honoraire près la Cour d'Appel
Membre de la Société Française d'Histoire de la Médecine

de cuisson, le corps et le sang de la femme étant trop froids. La femme pour sa part produit les menstrues, le lait et la matière vitale de l'embryon. L'ordre normal des choses est que la fécondation puis la naissance produisent un fils ressemblant au père. Toute alternative, et notamment, la pire, la naissance d'une fille ressemblant à la mère, est un signe évident de faiblesse. On ne peut nier que cette croyance, dans notre XXI^{ème} siècle, soi-disant rationnel et éclairé, domine encore, à peine modifiée par d'autres couches religieuses, les croyances d'une large majorité des habitants de notre planète...

Par la suite, il fallut attendre le début de notre ère et les écrits de Galien, et les commentaires d'Hippocrate, pour voir réapparaître la semence féminine remise au goût du jour par la découverte anatomique des ovaires, mais cette théorie de la dualité resta assez marginale jusqu'au Moyen-Âge où Averroès assura le triomphe des vues aristotéliennes.

De l'origine et de la formation de l'embryon

Deux théories vont s'affronter au cours des siècles et jusqu'à nous : La théorie préformiste, d'une part, et la théorie épigénétique, d'autre part. Le *Préformisme* explique le développement de l'embryon par le déploiement de structures préexistantes dès sa formation, au contraire de l'*Épigénèse* qui explique la formation progressive des différents organes au cours de la croissance embryonnaire par des actions extérieures à lui. Historiquement, la théorie épigénétique, soutenue par Aristote s'imposera jusqu'au XVIII^{ème} siècle époque à laquelle la théorie préformiste, soutenue par l'église catholique, s'opposera avec force à elle. Pour l'église, tous les êtres vivants ont été créés complets et d'emblée par Dieu et chaque embryon était déjà présent chez ses plus anciens géniteurs et



Opusculum (1750)

comprend en minuscule toute sa descendance future suivant un emboîtement évoquant les poupées russes. De grands esprits scientifiques et l'encyclopédie de Diderot et d'Alembert défendent cette théorie. Cette notion de préformisme fait évidemment table rase de toute notion de déterminisme du sexe par mélange des semences mâle et femelle. Pour certains, tous les êtres vivants proviennent d'un œuf porté par la femelle et, chez la femme, De Graaf (1672) voit dans le follicule qui porte son nom cet œuf où se trouve en attente l'embryon déjà complet. Cette théorie porte le nom d'*Ovisme*. Pour d'autres, au contraire, l'embryon préexiste bien tout formé mais dans le spermatozoïde qui vient d'être découvert grâce au microscope (1677) par Van Leeuwenhoek. Pour les adeptes de cette théorie, chaque spermatozoïde contient en fait un animacule complet, nommé homoncule pour les êtres humains. En 1699, Plantade prétend avoir observé un minuscule embryon contenu entier dans un spermatozoïde. Cette théorie et cette vision de l'homoncule firent flores pendant près d'un siècle et il nous a paru intéres-

sant, pour l'illustrer plaisamment, de porter à la connaissance de nos lecteurs un résumé d'un opusculum paru en 1750 et qui fut un extraordinaire succès d'édition dans toute l'Europe, et notamment en France, avec de nombreuses traductions et rééditions (souvent marquées de la même date que l'édition originale) pendant près d'un siècle. Il s'agit du très célèbre "*Lucina sine concubitu*" publié en 1750 à Londres par un certain Abraham Johnson, pseudonyme d'un apothicaire du nom de John Hill. La traduction française par J. P. Moet parut la même année et eut un succès plus important que l'originale anglaise, probablement parce qu'à l'époque le français était la langue de l'élite cultivée internationale. Il y eut, entre autres, une nouvelle édition, avec une introduction par J. Assezat, en 1865 par F. Henry, libraire à Paris, soit plus d'un siècle après l'édition originale. Mais au cas où vous ne liriez pas, ou plus, couramment le latin, voici la traduction que l'on peut donner du titre accrocheur de cet opusculum : "*De la grossesse sans rapport sexuel*". Notre opusculum eut un tel succès qu'il devait même donner lieu à une réponse, datée de 1776, intitulée avec humour "*Concubitus sine Lucina*" (le plaisir sexuel sans la grossesse). Dans le préambule de sa lettre adressée à la Société Royale de Londres, l'auteur expose d'emblée le motif de sa communication scientifique : "*J'ai trouvé, et je vais le mettre dans l'évidence la plus incontestable, qu'une femme peut concevoir, et accoucher sans aucun commerce avec un homme.../... Je décrirais amplement ce qui m'a d'abord suggéré cette pensée, et comment je passais de la conjoncture à la démonstration*". Il explique ensuite que sa théorie lui est venue à la suite de la grossesse et de l'accouchement imprévu, et au grand dam de ses parents, d'une jeune demoiselle de la noblesse qui soutenait avec la plus grande sincérité qu'elle n'avait jamais connu aucun

homme. Notre auteur ; convaincu de la virginité de la jeune fille, chercha des explications plausibles et fut frappé par les écrits d'un certain Woolaston affirmant que les semences de tous les êtres vivants ont été disséminées par le créateur dans l'atmosphère où elles flottent en attendant de pénétrer, par voie aérienne ou digestive, dans les organismes propres à leurs espèces, mâles ou femelles, où elles pourront mûrir et s'étoffer en attendant de naître. L'idée géniale de notre auteur est que ces animacules n'ont pas forcément besoin d'un séjour dans les voies anatomiques masculines mais peuvent tout aussi bien se développer et mûrir exclusivement dans les voies féminines. "Je me demandais pourquoi le petit animal aurait-il fait un progrès si lent et un aussi long détour (= par les voies masculines) lorsqu'il aurait une route bien plus courte, une ouverture bien plus près pour voir le jour... Le seul doute qui me restait était si les petits animaux flottaient effectivement dans l'air, et glissaient par le gosier ? Car j'avais coutume de penser qu'ils étaient originaires dans les reins des mâles". Il fallait donc pouvoir prouver l'existence de ces animacules.

Mais où les chercher ? Heureusement, Virgile, dans ses "Bucoliques" vint en aide à notre découvreur. Cet auteur affirme en effet que "c'était une chose ordinaire aux juments de devenir pleines sans être couvertes par des chevaux, et seulement en tournant la tête à l'ouest et en reniflant le vent de ce côté-là... Il me vint dans l'esprit que ce qui arrive à une jument, peut par la même raison arriver à une femme". Et notre auteur de décider qu'il lui fallait recueillir la preuve de sa théorie, c'est-à-dire des semences d'animacules, dans le vent d'ouest. Pour ce faire, il construisit un réceptacle cylindrique fermé d'un côté et ouvert de l'autre au vent générateur. Ayant recueilli ainsi "un grand nombre de ces petits atomes originaux, je les

étendis avec grand soin sur un papier blanc et prenant alors mon meilleur microscope, je distinguais clairement que c'étaient des petits hommes et des petites femmes, exacts dans tous les membres, dans tous leurs traits, et je les voyais s'offrir déjà comme des petits candidats toutes les fois qu'il leur arriverait de s'imbiber d'air ou de nourriture, et d'être transportés dans les vaisseaux de la génération. Après ces premiers succès de mon entreprise, je continuais à faire des expériences de différentes espèces. Elles me coûtèrent une année entière mais à la fin j'établis pleinement la doctrine des vents et des embryons, et je trouvais que comme les autres insectes sont communément portés par un vent d'Est, ces insectes humains sont toujours amenés par le vent opposé". Notre auteur se pose alors la question de savoir si les animacules humains pouvaient mûrir en passant seulement par les voies féminines... Mais la "souris de laboratoire" rêvée n'était pas facile à trouver puisqu'il fallait absolument écarter la possibilité d'un rapport sexuel avec un homme !! Après avoir éliminé les femmes mariées, les filles à la virginité non garanties dans la pérennité, après avoir envisagé d'épouser une veuve, il porta son choix sur une femme de chambre, une domestique ne pouvant qu'obéir aux ordres du maître et être facilement cloîtrée en sa demeure. Après lui avoir fait avaler une décoction préparée avec les animacules humains recueillis, il ferma les portes et fenêtres de sa maison et interdit toute gentry masculine pendant le temps nécessaire à son expérimentation. Six mois plus tard, la servante "commençait de bourgeonner" et avoua son désarroi à notre chercheur en s'exclamant qu'elle n'avait pas eu de contact avec un homme depuis trois ans... "Au bout du neuvième mois, la fille fut délivrée d'un beau garçon que j'ai depuis élevé comme m'appartenant.

Ainsi Messieurs de la Société Royale, je me flatte d'avoir prouvé, de la manière la plus incontestable, qu'une femme peut concevoir sans aucun commerce avec l'homme, que le monde, par conséquent, a été pendant six mille ans dans une grande erreur, et probablement il aurait continué à y demeurer, si je n'étais pas né bien à propos pour percer à travers le préjugé ridicule de l'éducation, et détromper le genre humain dans un point aussi essentiel". Ouf ! nous voilà rassurés.

Ce texte, bien entendu donna lieu à de multiples analyses depuis sa parution, et les spécialistes, tout en reconnaissant son caractère facétieux (nous parlerions aujourd'hui d'hoax dans le langage internet), estiment qu'il s'agit d'un pamphlet contre la théorie des spermaticules de Buffon et/ou contre le fameux arrêt du parlement de Grenoble qui légitimait un enfant conçu en songe par une mère dont le mari était absent depuis quatre ans... D'autres y voient surtout une vengeance de l'auteur contre la "Royale Société" qui avait refusé sa candidature...

Pour rassurer le lecteur, nous rappellerons que c'est l'avènement de l'évolutionnisme (Lamarck, Darwin), qui mettra un terme définitif au système de l'emboîtement infini préconçu et immuable par un créateur, comme le mit bien en exergue Geoffroy Saint Hilaire en 1833. Quant aux rôles respectifs de l'homme et de la femme dans la génération humaine et au déterminisme du sexe ce sont toutes les découvertes effectuées de la fin du XIX^{ème} siècle jusqu'à notre époque qui nous ont permis de savoir ce que nous savons aujourd'hui.

Néanmoins, ne laissez pas sortir vos jeunes filles par un fort vent d'ouest, on n'est jamais trop prudent...

Rapport de mission

chirurgie solidaire pour

WAHA international en Ethiopie

S. BRETONES*

Gondar du 20 au 25 avril 2014

Introduction – objectif

WAHA international est une ONG française qui dans le cadre de ses activités de lutte et de prise en charge des fistules d'origine obstétricale en Ethiopie, a construit à Gondar, au sein de l'hôpital universitaire, un centre de formation et de traitement des fistules. Le fonctionnement de ce "training center" est assuré par WAHA international et repose sur une équipe de chirurgiens éthiopiens experts dans la prise en charge chirurgicale des fistules depuis de nombreuses années.

L'objectif de WAHA international est de transformer le centre de fistules de Gondar en département d'urogynécologie permettant la prise en charge non seulement des fistules obstétricales mais de toutes les pathologies urogynécologiques résultants des accouchements par les voies naturelles. En effet, si le nombre des fistules obstétricales nouvelles paraît en recul depuis l'amélioration des conditions d'accès aux soins dans ces régions, les pathologies pelvipérinéales liées à l'accouchement semblent être une réalité importante par leur fréquence et leur caractère invalidant, et presque totalement ignorée par les programmes de santé internationaux. Parce qu'elles touchent des populations rurales et pauvres et qu'elles nécessitent très souvent un traitement chirurgical, ces pathologies pourtant invalidantes sont laissées de côté au profit parfois de pathologies plus médiatiques.

Les pathologies pelvipérinéales liées à l'accouchement semblent être une réalité importante par leur fréquence et leur caractère invalidant...



Dans ce contexte, WAHA international qui mène à bien ce projet depuis la création du centre de fistules de Gondar, a proposé un partenariat avec Chirurgie Solidaire (CS) pour la formation du personnel de santé. L'objectif de la mission CS au sein de WAHA international est donc de former les chirurgiens gynécologues du centre de formation et de traitement des fistules obstétricales aux techniques chirurgicales des troubles graves de la statique pelvienne.

**Moyens mis en oeuvre
par WAHA international
et mise en place d'une
équipe CS**

En septembre 2013, une équipe CS formée par un chirurgien urologue, le Pr A. Le Duc et un chirurgien gynécologue, le Dr S. Bretones était envoyée par WAHA international sur site pour prendre contact avec les équipes chirurgicales locales et évaluer les besoins locaux.

*Stéphan BRETONES, gynécologue obstétricien. Ancien interne des hôpitaux de Lyon, assistant de l'hôpital Femme Mère Enfant à Lyon et gynécologue obstétricien à la maternité de l'hôpital Saint Luc-St Joseph de Lyon.

La partie enseignement du projet WAHA international étant en accord avec la philosophie de Chirurgie Solidaire, une équipe de formateurs était mise en place par S. Bretones (resp. mission Ethiopie CS) pour une première mission de formation chirurgicale prise en charge par WAHA international. Cette équipe était composée du Pr Georges Mellier (Lyon) et du Dr Bertrand de Rochambeau (Marne la Vallée) avec S. Bretones (Lyon).

L'objectif de ces 3 chirurgiens était la formation des 3 chirurgiens travaillant pour WAHA en Ethiopie : Dr Mulu, Dr Ambaye et Dr Genet. Pour des raisons de calendrier, seuls les Dr Mulu et Dr Genet auront accès à la totalité de la formation. La formation du Dr Ambaye, arrivé sur site en milieu de session devra se poursuivre autour de ses deux collègues formés.

Il est à noter que pour cette première mission de formation chirurgicale aux principes de traitement des troubles de la statique pelvienne par voie basse, la totalité des frais de voyage ainsi que les frais inhérents au séjour ont été supportés par WAHA international.

Stratégie de formation

Les chirurgiens à former sont des chirurgiens gynécologues experts dans le traitement des fistules et ceci de façon presque exclusive pour certains.

L'objectif de l'équipe de formation était de transmettre des techniques de chirurgie vaginale applicables dans les conditions d'exercice de l'Ethiopie. Pour cela, il a été décidé de reprendre les bases de l'hystérectomie vaginale et des colpopérinéorrhaphies selon les techniques simples et sûres décrites par le Pr Dargent, et de compléter cette formation de base par des techniques plus avancées : la colposuspension par voie vaginale, la sacrospinofixation et la colpohystérectomie de Rouhier.

La stratégie d'enseignement comportait des démonstrations opératoires, puis des mises en situations aidées par les enseignants, puis des opérations complètes suivies de loin par les enseignants. En parallèle, des présentations avec descriptions des méthodes pas à pas étaient dispensées aux apprenants puis à l'ensemble du staff médical (étudiants, internes et médecins).

Sur 4 jours, ce programme devait permettre à des chirurgiens motivés de prendre en charge assez rapidement tout type de prolapsus avec des méthodes simples, reproductibles et non dangereuses.

Déroulement de la mission

Arrivés à Gondar dimanche en fin de matinée l'équipe a été reçue par le Dr Genet, responsable du service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital universitaire de Gondar, et participante active du service de formation et traitement



des fistules à Gondar. Les patientes souffrant de prolapsus, recrutées pour la session, ont été examinées afin de définir le tableau opératoire. L'objectif du jour était de permettre de réaliser sur deux salles suffisamment de TOP (triples opérations périnéales) avec colposuspensions et sacrospinofixations le premier jour afin de pouvoir décrire la méthode de base. Les jours suivants, il fallait permettre aux apprenants d'opérer les techniques de bases en laissant la réalisation des techniques plus compliquées aux enseignants, pour permettre les jours suivants aux apprenants de réaliser par eux-mêmes toutes les interventions. Devant certains cas de prolapsus de type IV extériorisés et parfois irréductibles, ont été ajoutées pour le milieu de la session des colpohystérectomies subtotaux selon Rouhier qui gardent leur place dans certaines situations ainsi que des techniques de prolapsus avec conservation utérine pour certaines jeunes femmes. Le but était de laisser les apprenants opérer seuls le dernier jour sous supervision simple.

J1 – Lundi

Sept patientes ont été opérées sur deux salles, six cas complexes et une colpopérinéorrhaphie antérieure simple. Les Drs Mulu et Genet étaient répartis dans les deux salles avec comme aides les adjoints du Dr Genet.

Salle 1	TOP + CS + R Dr BDR Dr G	Plastie Ant. Pr GM Dr G	TOP Dr BDR Dr G
---------	---------------------------------------	---	------------------------------

Salle 2	HV + colpo Ant. Pr GM Adjoints	TOP + R Dr SB Dr M	HV + colpo Ant + CS Pr GM Dr M	TOP Dr SB Dr G
---------	---	---------------------------------	--	-----------------------------

Le soir débriefing des apprenants Dr Mulu et Dr Genet avec reprises des interventions pas à pas et explications par le Pr Mellier.

J2 – Mardi

Quatre patientes ont été opérées par les apprenants, aidés par les formateurs. Ceux-ci ont repris la main lors des colpo-suspensions ou des sacrospinofixations. Il est à noter que pour les deuxièmes cas de chaque salle, les hystérectomies vaginales ont été réalisées par les adjoints de la gynécologie. Le soir débriefing avec l'ensemble du personnel médical et reprise sous forme de diapositives et de films des colpo-suspensions et sacrospinofixations.

Salle 1	TOP + CS + R Dr G Dr BDR	TOP + CS + R Dr G Dr BDR
---------	---------------------------------------	---------------------------------------

Salle 2	TOP + CS + R Dr M Dr GM	TOP + CS Dr M Dr SB
---------	--------------------------------------	----------------------------------

J3 – Mercredi

Cinq patientes opérées dont trois cas de prolapsus extériorisés type IV nécessitant un Rouhier. Arrivée en fin de matinée de Dr Ambaye.

Salle 1	ROUHIER Dr BDR Dr G	TOP + CS + R Dr G Dr BDR
---------	----------------------------------	---------------------------------------

Salle 2	ROUHIER Pr GM Dr M	TOP + R Dr M Dr SB	ROUHIER Pr GM Dr M + Dr A
---------	---------------------------------	---------------------------------	--

J4 – Jeudi

6 patientes ont été opérées dont une fistuleuse

Salle 1	Colpo ant. + CS + R Dr G Dr BDR + DR A	HV + colpo ant. + CS + R Dr G Adjoints	FV Dr M Pr GM
---------	--	--	----------------------------

Salle 2	Colpo ant. + Trachelectomie + R Dr M Pr GM	TOP + CS + R Dr M Dr A	HV + colpo ant. Dr A Dr G
---------	---	------------------------------	---------------------------------

Le soir nous avons été reçus par l'université de Gondar qui s'est dit satisfaite de cette session de formation, tant au niveau des apprenants, qu'au niveau des étudiants en



médecine et des résidents. Ces derniers ont été particulièrement présents et actifs lors de toute la session de formation. Les Dr Mulu et Genet nous ont aussi fait part de leur satisfaction quant à cet enseignement et elles se disent particulièrement motivées pour continuer dans les mois qui suivent à opérer des cas de prolapsus pour élargir leur domaine de compétence aux pathologies de la statique pelvienne liées aux accouchements.

Par ailleurs, la visite quotidienne dans le service des opérées, leurs sourires et leurs satisfactions nous a permis chaque jour de confirmer l'importance d'une telle prise en charge. Chaque jour, de nouveaux cas passaient le pas de la porte pour une prise en charge. Compte tenu de la prévalence de tels troubles dans la population, il est probable que d'ici peu on opère plus de prolapsus que de fistules dans le centre de formation et de traitement des fistules obstétricales.

Au total

L'objectif de la première mission des chirurgiens commissionnés par Chirurgie Solidaire pour le projet de WAHA international de transformation d'un centre de formation et de traitement des fistules obstétricales de l'université de Gondar en service complet d'uro-gynécologique semble avoir été atteint.

Si cette mission a été une réussite c'est probablement grâce à l'implication importante des chirurgiens locaux dans le projet. Ces chirurgiens formés étaient particulièrement motivés et désireux d'améliorer leurs pratiques chirurgicales ainsi que d'en apprendre de nouvelles.

Il est à noter que WAHA international nous a permis d'acheter du matériel chirurgical qui complétera les boîtes actuellement disponibles.

Suite du projet

Au niveau formation, il nous paraît indispensable d'envisager un prochain séjour dans un délai de 6 mois environ. Lors d'une prochaine mission, les objectifs de formation seront un peu différents :



- Prise en charge chirurgicale des cas difficiles non opérés par l'équipe éthiopienne,
- Prise en charge chirurgicale des échecs, voir des récives précoces de la chirurgie du prolapsus,
- Formation à l'hystérectomie vaginale pour autre pathologie (utérus myomateux) avec formation aux techniques de morcellement utérin,
- Prise en charge chirurgicale des incontinences urinaires secondaires à la chirurgie du prolapsus.

Le Pr G. Mellier suggère par ailleurs la formation des infirmières de bloc opératoire. Ce point devra être discuté avec WAHA international.

D'autre part, si le service veut remplir son rôle d'expertise dans le domaine de la prise en charge des pathologies périméales liées à l'accouchement, il semble important de doter le centre de formation de matériel adéquat et propre au centre. Des boîtes de chirurgie vaginale complètes avec des instruments appropriés paraissent un élément important et minimal.

D'autre part, la lumière fait parfois défaut et on peut se demander s'il ne faudra pas doter chacun des chirurgiens d'une lampe de bonne qualité. Ces éléments seront aussi discutés directement avec WAHA international.

Enfin, pour permettre aux chirurgiens éthiopiens de voir ce qu'il se fait ici, nous avons proposé au Dr Mulu qui prépare un voyage en Europe pour un congrès, de passer deux jours à Lyon. Invitée par le Dr S. Bretones pour une journée opératoire au CH St Joseph St Luc et par le Pr G. Mellier à une autre journée opératoire à l'hôpital Femmes Mères Enfants, notre collègue chirurgien pourra parfaire un peu plus sa formation avec une ouverture sur les procédés occidentaux actuels.

Chirurgie Solidaire

36 rue du Moulin de Pierre

95220 HERBLAY

Chirurgie-solidaire.org

A faire parvenir au SYNGOF
 BP 60034 - 34001 MONTPELLIER CEDEX 1
 Tél. 04 67 04 17 18 Email : syngof@syngof.fr

Je soussigné(e)

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Date de votre installation _____

Tél _____ Fax _____

e-mail _____

En notant votre email sur ce bulletin, vous acceptez l'envoi d'informations syndicales par courrier électronique

Adresse professionnelle _____

Nom et adresse de la maternité où vous exercez : _____

Inscrit à l'Ordre des Médecins de _____

N° _____

sollicite mon admission au

SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE

- Souhaitez-vous le reversement d'une partie de votre cotisation à une centrale nationale ?
 Si oui, laquelle ?

C.S.M.F. F.M.F. S.M.L. LE BLOC AUTRES.....

• Nom de votre compagnie d'assurances : _____ Tarif 2014 _____

• Secteur d'activité : Secteur 1 Secteur 2 Non conventionné

• J'exerce en Gynécologie médicale • Je suis Médecin libéral
 Gynécologie obstétrique Praticien hospitalier
 Gynécologie obstétrique et chirurgie gynécologique Chef de clinique
 Interne

• Type d'exercice Privé Public Privé et Public

- Cotisations 2014 -

⇒ Membre actif	230,00 €
⇒ Assistant chef de clinique	150,00 €
⇒ 1 ^{ère} année d'installation	150,00 €
⇒ Retraité	70,00 €
⇒ Interne	50,00 €

• 20% de réduction sur le tarif "membre actif" pour groupe supérieur ou égal à 5 associés ou membres d'une même équipe hospitalière sous réserve d'un paiement global en une seule fois de tous les membres.

• 20% de réduction sur le tarif "membre actif" pour les gynécologues médicaux inscrits à un Collège de Gynécologie Médicale pour un groupe supérieur ou égal à 5 cotisants sous réserve d'un paiement en une seule fois de tous les membres.

Je souhaite adhérer à l'ASSOCIATION GYNÉLOG : 20 € (ne donne pas droit au logiciel)
 Règlement séparé à l'ordre de "ASSOCIATION GYNELOG"

Date, cachet et signature

Conseil d'Administration

du Syngof

Président

Docteur MARTY
Clinique Claude Bernard - ALBI

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN
Professeur GIRAUD
Docteur ROZAN

Vice-Présidents

**Pôle Gynécologie Obstétricale
Libérale**

Docteur DE ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chantereine
BROU SUR CHANTEREINE

Docteur LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Pôle Praticiens Hospitaliers

Docteur FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
MONTPELLIER

Docteur LE PORS-LEMOINE
Centre Hospitalier - ST MALO

Pôle Gynécologie Médicale

Docteur GUERIN
13 bd des rochers - VITRÉ

Docteur HOMASSON
5 rue Chanez - PARIS

Secrétaire Générale

Docteur PAGANELLI
46 rue de la Victoire - TOURS

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN
6 rue Saint Marc - QUIMPER

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer - SAINT QUENTIN

Trésorier adjoint

Docteur BOHL
1-3 av. Carnot - ST MAX

Membres de droit

Professeur COLETTE
Professeur GIRAUD
Professeur MONROZIES

Membres du Bureau

Docteur BOHL
Tél. 03 83 18 22 22

Docteur BOYER DE LATOUR
Tél. 03 23 64 53 59

Docteur DE ROCHAMBEAU
Tél. 01 64 72 74 31

Docteur FAIDHERBE
Tél. 06 85 73 38 00

Docteur GUERIN
Tél. 06 35 22 19 33

Docteur HOMASSON
Tél. 01 40 71 93 64

Docteur LAPLACE
Tél. 05 56 43 72 24

Docteur LE PORS-LEMOINE
Tél. 02 99 21 21 98

Docteur MARTY
Tél. 05 63 77 79 00

Docteur PAGANELLI
Tél. 02 47 37 54 49

Docteur RIVOALLAN
Tél. 02 98 95 84 84

Membres

Docteur BASTIAN
Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BONNEAU
2 bd du Roy
LES PAVILLONS SOUS BOIS

Docteur BONNET
Hôpital de Fontainebleau
FONTAINEBLEAU

Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CRISTINELLI
Clinique Arc-en-ciel - EPINAL

Docteur DARMON
18 rue des Remises
ST MAUR DES FOSSES

Docteur DE BIEVRE
6 rue St Fiacre - MEAUX

Docteur DENJEAN
7 av. Pierre Verdier - BEZIERS

Docteur DREYFUS
25 rue Garibaldi - LYON

Docteur FAVRIN
Nouvelle Clinique de l'Union
SAINT-JEAN

Docteur GERAUDIE

26 bd Dubouchage - NICE

Docteur GRAVIER
12 bd Paul Painlevé - BRIVE

Docteur GUIGUES
2 bis av. du CANADA - CAEN

Professeur HOROVITZ
Hôpital Pellegrin Maternité
BORDEAUX

Docteur JELEN
CH - Maternité - LAVAL

Docteur LEOEUF
7 av. H. Barbusse
LE BLANC MESNIL

Docteur LEGRAND
12 rue de France - NICE

Docteur LE MEAUX
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Docteur LONLAS
6 rue de la manufacture
ORLEANS

Docteur MAALIKI
3 B rue A. Rodin BESANCON

Docteur MIRONNEAU
16 crs du Général de Gaulle
DIJON

Docteur MUHLSTEIN
3 rue des arquebusiers
STRASBOURG

Docteur PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais - ARNAS

Docteur ROUGÉ
59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur SEGUY
Av Leopold Heder - KOUROU

Docteur TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN

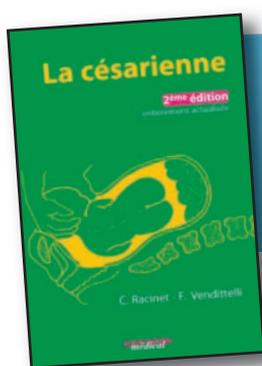
Docteur THIEBAUGEORGES
Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Docteur TOMASINI
11 bd F. Salini - AJACCIO

Docteur TOURAME
230 av. du Prado
MARSEILLE

Docteur VERHAEGHE
43 rue des Meuniers - LESQUIN

Propos de lecture



Edition Sauramps Medical (2^{ème} édition)
203 pages

la césarienne

Claude RACINET, Françoise VENDITELLI

36 €

Ce livre traite d'un thème majeur et sensible de l'activité obstétricale. Il s'agit d'un ouvrage collégial d'abord facile, qui peut se lire en une fois ou bien être consulté sur certains thèmes précis. Les auteurs argumentent leur propos par "le niveau de preuves" (NP) et le "grade" des éventuelles recommandations dont le principe et l'intérêt sont très bien rappelés au début du livre. Les mises au point sont complètes et donnent accès à une bibliographie qui permet éventuellement au lecteur de vérifier par lui-même cette "approche fondée sur les faits".

Un 1^{er} chapitre rappelle l'augmentation du nombre de césariennes, en précise les principaux motifs et parie sur une modération à venir grâce à la prise de conscience des professionnels d'une intervention non dénuée de risques et parfois médicalement inutile.

Le chapitre suivant, très bien documenté, traite des indications de la césarienne programmée. Il fait notamment ressortir les cas où les preuves sont "acceptables et suffisantes" (grade C) pour ne pas recommander l'intervention.

Les chapitres suivants abordent les aspects plus techniques avec : Les bases anatomiques, l'anesthésie dominée par l'anesthésie locorégionale et les techniques opératoires qui sont parfaitement détaillées.

Sont ensuite abordés : la morbi-mortalité maternelle immédiate et à plus long terme qui apparaît de mieux en mieux documentée et les aspects néonataux qui nuancent l'aspect a priori "protecteur" de l'intervention sur le nouveau-né. Ces aspects, très bien exposés, sont bien sûr à mettre dans la balance "bénéfices-risques" liée à la césarienne comme à toute intervention.

Les chapitres suivants ont le grand mérite de traiter de sujets rarement abordés : implications psychologiques, interventions non médicales visant à diminuer les césariennes non nécessaires, le rôle potentiel de la sage-femme dans la réduction du taux de césarienne et enfin, grâce à "l'Association Césarine", le point de vue de l'usager. Ces éléments peuvent servir de base de réflexion aux équipes pour adapter et modifier leurs procédures liées à la césarienne et plus généralement à l'accouchement.

Le dernier chapitre traite de l'important sujet des implications médico-légales en l'appliquant à la paralysie cérébrale qui est, elle ou les circonstances qui sont supposées y mener (asphyxie per partum du nouveau-né), le 1^{er} motif de plainte avec le fameux défaut ou retard de césarienne. Là encore l'argumentation est précise et illustrée par un exemple concret et démonstratif.

La conclusion est à lire à la fin. La lire au début pourrait, du fait de son caractère nuancé, marque de lucidité et d'expérience, faire apparaître la lecture du livre comme inutile, ce qui serait alors une grande erreur.

Deux remarques, ou deux souhaits pour la 3^{ème} édition : peut être un chapitre sur la gestion des complications serait utile ; une modification de titre en remplaçant LA par LES CESARIENNES tant soit différentes la programmée et celle de l'urgence, celle de la patiente mince en parfaite santé et celle de la patiente obèse et/ou avec de multiples pathologies associées, celle d'indication indiscutable et celle qui peut l'être, l'itérative ou bien celle sur laquelle l'essentiel des efforts de réduction doit porter : la première.

Serge FAVRIN

Délégués régionaux

du Syngof



Alsace

Dr Claude MUHLSTEIN
3 rue des arquebusiers
67000 STRASBOURG
Tél. 03 88 36 30 47

email : claude.muhlstein@libertysurf.fr

Aquitaine

Pr Jacques HOROVITZ
Hôpital Pellegrin
33076 BORDEAUX CEDEX
Tél. 05 56 79 55 52

Fax 05 56 79 61 74

email : jacques.horovitz@chu-bordeaux.fr

Dr Jean Pierre LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
33300 BORDEAUX
Tél. 05 56 43 72 24

email : dr.jplaplace@bordeauxnord.com

Dr Jean Patrick LE MEAUX
Maternité Bordeaux Nord
33300 BORDEAUX
Tél. 05 57 19 52 10

email : jplemeaux@yahoo.fr

Auvergne

Dr Michel ROUGE
59 rue de la chataigneraie
63110 BEAUMONT
Tél. 04 73 40 80 81

email : rouge.m@crossmedicalsistem.com

Bourgogne

Dr Philippe MIRONNEAU
16 cours du Général de Gaulle
21000 DIJON
Tél. 03 80 67 50 33

email : pmironneau3333@orange.fr

Bretagne

Dr Catherine GUÉRIN
13 bd des rochers
35500 VITRÉ
Tél. 06 35 22 19 33

email : cathguerin@gmail.com

Dr Pascale LE PORS-LEMOINE
CH de St Malo
35400 ST MALO
Tél. 02 99 21 21 98

email : p.lepors@ch-stmalo.fr

Dr Jacques RIVOALLAN

6 rue Saint Marc
29000 QUIMPER
Tél. 02 98 95 84 84

email : jacques.rivoallan@wanadoo.fr

Centre

Dr Gérard LONLAS

6 rue du Brésil
45000 ORLEANS
Tél. 02 38 62 70 77

email : gerard.lonlas@wanadoo.fr

Dr Elisabeth PAGANELLI

46 rue de la Victoire
37000 TOURS

Tél. 02 47 38 57 00

email : elizabeth.paganelli@wanadoo.fr

Corse

Dr Roger TOMASINI

11 bd F. Salini
20000 AJACCIO
Tél. 04 95 21 59 02

email : tomasini.roger@wanadoo.fr

Franche-Comté

Dr Kazem MAALIKI

3 rue A. Rodin
25000 BESANCON
Tél. 03 81 41 14 00

Ile-de-France

Dr Pascal DE BIÈVRE

6 rue St Fiacre
77100 MEAUX
Tél. 01 64 35 13 18

email : p-debievre@ch-meaux.fr

Dr Karen BONNET

55 bd Maréchal Joffre
77305 FONTAINEBLEAU Cdx
Tél. 01 48 75 23 32

email : kbonnet@ch-fontainebleau.fr

Dr Mireille BONNEAU

2 bd du Roy
93320 LES PAVILLONS/BOIS
Tél. 01 41 55 19 21

email : mirbonneau@club-internet.fr

Dr Jean Alain CACAULT

71 bd Commandant Charcot

92200 NEUILLY

Tél. 01 47 22 62 38

email : ja.cacault@wanadoo.fr

Dr Franklin DARMON

18 rue des Remises
94100 ST MAUR DES FOSSÉS
Tél. 01 48 83 95 78

email : frankindarmon@free.fr

Dr Nelly HOMASSON

5 rue Chanez - 75016 PARIS
Tél. 01 40 71 93 64

email : nelly.homasson@orange.fr

Dr Dominique LÉBOEUF

Clinique du Blanc Mesnil
93156 LE BLANC MESNIL
Tél. 01 43 78 08 92

email : d.leboeuf@free.fr

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU

Hôpital Privé de Marne
Chanteraine
77177 BROU SUR CHANTEREINE

Tél. 01 64 72 74 31

email : bdr@club-internet.fr

Languedoc-Roussillon

Dr Régis DENJEAN

7 av Pierre Verdier
34500 BEZIERS
Tél. 04 67 30 69 01

email : regis.denjean@free.fr

Dr Jacques FAIDHERBE

CHU Arnaud de Villeneuve
34090 MONTPELLIER
Tél. 04 67 75 78 39

email : j-faidherbe@chu-montpellier.fr

Limousin

Dr Antoine GRAVIER

12 bd Paul Painlevé
19100 BRIVE
Tél. 05 55 18 55 24

email : a.gravier@mac.com

Lorraine

Dr Marc BOHL

1-3 av. Carnot
54130 SAINT MAX
Tél. 03 83 18 22 22

email : marc.bohl@free.fr

Dr Stéphane CRISTINELLI

Clinique Arc-en-ciel
88000 EPINAL

Tél. 03 29 68 63 64

email : stephane.cristinelli@gmail.com

Midi-Pyrénées

Dr Serge FAVRIN

Nouvelle Clinique de l'Union
Bd de Ratalens
31240 SAINT JEAN

Tél. 05 61 37 87 43

email : serge.favrin@wanadoo.fr

Dr Jean MARTY

Clinique C. Bernard
81000 ALBI

Tél. 05 63 77 79 00

email : amcom@wanadoo.fr

Dr Olivier THIEBAUGEORGES

49 allée Charles de Fitte
31076 TOULOUSE

Tél. 05 61 77 33 33

email : othieb@gmail.com

Nord-Pas de Calais

Dr Yves VERHAEGHE

43 rue des meuniers
59810 LESQUIN

Tél. 03 20 57 99 90

email : yverhaeghe@nordnet.fr

Normandie

Dr Béatrice GUIGUES

2 bis av. du Canada
14000 CAEN

Tél. 02 31 85 77 84

email : b.guigues@wanadoo.fr

Pays de Loire

Dr Harold JELEN

CH - maternité
53000 LAVAL

Tél. 06 88 55 71 06

email : harold.jelen@chlaval.fr

Dr Olivier TEFFAUD

Polyclinique de l'Atlantique
44819 ST HERBLAIN CEDEX

Tél. 02 40 95 83 15

email : drteffaud@polyclinique-atlantique.fr

Picardie

Dr François BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
02100 SAINT QUENTIN
Tél. 03 23 67 04 06
email : fxdelatour@gmail.com

PACA

Dr Jean-Marc BASTIAN
Place du Grand Jardin
06140 VENCE
Tél. 04 93 58 02 48
email : jean-marc.bastian@wanadoo.fr

Dr Philippe GÉRAUDIE
26 Bd Dubouchage
06000 NICE
Tél. 04 93 13 00 44
email : geraphil@aol.com

Dr Daniel LEGRAND
12 rue de France
06000 NICE
Tél. 04 93 82 06 08
email : daniel.legrand13@wanadoo.fr

Dr Pierre TOURAME
230 av. du Prado
13008 MARSEILLE
Tél. 04 91 22 68 18
email : ptourame@wanadoo.fr

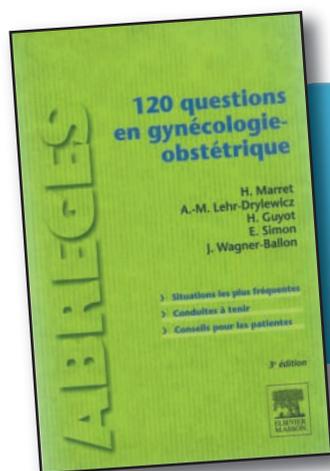
Rhône-Alpes

Dr Jean Michel DREYFUS
25 rue Garibaldi
69006 LYON
Tél. 04 72 43 09 09
email : dreyfusjm@yahoo.fr

Dr Emmanuel PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais
69400 ARNAS
Tél. 04 74 65 66 06
email : emmanuel.peigne@orange.fr

Outre-Mer

Dr Bernard SEGUY
CMCK Croix-Rouge Française
av. Léopold Heder
97387 KOUROU Cedex
email : bernardseguy@wanadoo.fr



Elsevier-Masson - Collection Abrégés de médecine
536 pages

120 questions en gynécologie-obstétrique

Henri MARRET, Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Hervé GUYOT,
Emmanuel SIMON, Jacques WAGNER-BALLON

39 €

L'idée d'intégrer le parcours de soins dans la démarche diagnostique est séduisante, c'est ce qu'ont tenté les auteurs en traitant 120 questions pratiques de notre spécialité. Les auteurs, universitaires en médecine générale et en gynécologie obstétrique, ont délivré leur savoir, parfaitement mis à jour. Le lecteur n'a, à aucun moment, une idée claire du rôle du médecin spécialiste de médecine générale de premier recours dans la démarche diagnostique voir thérapeutique de chaque question. Il y a pourtant, dans la "vraie vie" des questions qui peuvent être traitées par le généraliste sans passer par le gynécologue et d'autres où les moyens à mettre en œuvre, ne serait-ce que de pratique clinique nécessitent pour être au niveau d'efficacité attendu par la patiente le recours immédiat au gynécologue obstétricien. A la lecture de cet ouvrage, ce n'est manifestement pas clair. Voilà un objectif intéressant pour une 4^{ème} édition. Peut-être que d'associer des maîtres de stage en médecine générale aux auteurs, permettrait cette approche pratique. A l'époque où les gynécologues obstétriciens se raréfient, il est hautement souhaitable que cette approche soit développée dans un réel esprit de collaboration interdisciplinaire.

Bertrand de ROCHAMBEAU

Petites annonces

Toutes les annonces doivent être adressées à :

Syngof
BP 60034

34001 MONTPELLIER Cedex 1
ou passez directement votre annonce sur le site :

<http://www.syngof.fr>

Ventes

■ TROYES

Cherche, en vue succession, dans clinique sans accouchement, gynécologue Chir. et Med. (Suivi de grossesses possible). Excellente relation avec CH voisin (RCP de Cancero commune). Cabinet informatisé. Secrétaire.

Tél. 06 61 32 48 36

■ BORDEAUX

Gynécologue médicale cherche gynécologue médical(e) ou gynécologue obstétricien pour transmission de patientèle en vue de cessation d'activité fin 2014. Cabinet informatisé, équipé d'un colposcope et d'un échographe GE VOLUSON 730 PRO, mis en service en juillet 2008.

Tél. 06 68 54 00 80

■ VERSAILLES

Gynécologue obstétricien dans établissement privé MCO recherche successeur cause retraite. Maternité 2500 accouchements par an, niveau 2A. Plateau technique performant (ultracision, ligasure, morcellateur, robot Da Vinci). Unité d'oncologie.

Tél. 06 86 08 48 58

■ TOULON

Cause retraite, cède patientèle gynécologie, tenue 30 ans. Exercice individuel dans local agréable situé en centre ville. Secrétariat, échographie, colposcope. Avantages fiscaux.

Tél. 06 81 26 47 47

■ SAINT AVOLD

Vous souhaitez travailler en toute indépendance en secteur privé. Maternité de niveau 1, 1200 accouchements/an, trois G.O. 8 anesthésistes 92% des patientes accouchent sous A.P.

Deux d'entre nous partent à la retraite. Nos successeurs sont assurés de s'épanouir tant sur le plan professionnel que financier.

Tél. 06 16 36 14 15

■ BOULOGNE BILLANCOURT

Cède clientèle de gynécologie équipée pour échographie et colposcopie dans un gros cabinet multidisciplinaire au centre de Boulogne pour cause de retraite.

Tél. 06 09 24 75 26

■ LUNEL

Cabinet gynécologie médicale (H secteur 2 - F secteur 1) recherche successeur(s) pour reprise progressive de la patientèle avant retraite été 2015. Cession gracieuse. Possibilités d'essai par remplacement 2 à 3 jours par semaine.

Tél. 06 17 09 02 47

■ OBERNAI

Cède gracieusement parts SCM dans cabinet tenu 35 ans. Ville touristique en plein essor à 20 mn de Strasbourg. Secteur 2 possible. Activité chirurgicale : vacations hôpital de Selestat.

Tél. 06 72 10 77 17

Associations

■ PESSAC

Cherche Gynécologue Obstétricien, pour collaboration libérale puis association pour anticipation départ à la retraite. Maternité niveau 1, limitrophe de Bordeaux. Compétence en échographie et chirurgie gynécologique souhaitée.

Tél. 06 95 44 24 71

■ AIX EN PROVENCE

URGENT - Chirurgien gynécologue exclusif recherche associé(e) pour activité de chirurgie pelvienne essentielle. Plateau technique performant (robot installé).

Tél. 06 60 02 47 75

■ QUINCY SOUS SÉNART

Groupe de 5 gynécologues-obstétriciens dans centre hospitalier privé, maternité II A, 1400 accts cherche Ancien chef de clinique pour association. Plateau technique complet (Embolisation - IRM - réa médicale). Activité chirurgicale poss.

Tél. 06 64 82 80 10

Remplacements

■ PITHIVIERS

Gynécologue médicale, 25 ans d'expérience, propose des remplacements.

Tél. 06 52 03 46 60

■ Spécialiste du remplacement

Gynécologue obstétricien **longue expérience Métropole et Outre-Mer** cherche remplacements.

Tél. 04 77 57 14 90

ou 06 81 30 65 72

■ AGEN

Cherche remplaçant(e) (régulier(e) ou non) en consultation de gynécologie-obstétrique (cabinet en clinique) avec DIU d'échographie - accouchements non indispensables - possibilité de logement - pendant les périodes de vacances scolaires et estivales. Possibilité d'installation.

Tél. 06 12 99 09 59

■ FONTAINEBLEAU

Gynécologue obstétricienne recherche des remplacements réguliers ou occasionnels. Activité de consultation. DU de colposcopie.

Tél. 06 83 17 23 98

■ MARTIGUES-MARSEILLE

Ancien CCA-HU G.O. disponible pour remplacements. DIU échographie. Activité chirurgicale. Garde d'obstétrique. Clinique/cabinet/centre hospitalier.

Tél. 06 50 07 61 98

■ COLMAR

Chirurgien gynécologue obstétricien + écho, retraité, cherche remplacements si possible réguliers en secteur public ou privé.

Tél. 06 16 67 13 32

■ PACA

Gynécologue obstétricien retraité cherche remplacements à Paris, Nancy, Nice et Marseille.

Tél. 06 12 28 58 58

■ MONTBELIARD

Praticien en gynéco-obs. Formations complémentaires: DIU: Echo, Médecine foetale, Coelio, Chirurgie vaginale. Compétences écho foetale (T1,T2,T3), Extraction foetale, etc cherche remplacements.

Tél. 06 05 76 18 03

Retrouvez les petites annonces sur

www.syngof.fr

Le coin des cinéphiles du siècle dernier

TCM
cinéma

WB GANGSTERS
Intégrale

En octobre, tous les soirs dès minuit. 18 films en copies HD pour la première fois à la TV.
Le best-of de l'intégrale chaque samedi dès minuit

Le cinéma américain a une dette envers les studios Warner. L'introduction du parlant, la couleur, les comédies musicales, autant d'innovations techniques ou artistiques qui ont durablement marqué le public américain... et surtout, une série impressionnante de films de gangsters qui valut à la firme présidée par Jack Warner le surnom de "gangster studios".

Début des années 30. L'Amérique n'est toujours pas remise de la Dépression, le krach de 29, le chômage de masse, les pots-de-vin et la Prohibition. Sous l'impulsion du grand producteur Darryl F. Zanuck, Warner met en chantier une rafale de films hyperréalistes et extrêmement violents pour l'époque, inspirés des unes des journaux à sensation. Entre faits divers sanglants et guerre des gangs, il faut dire que la matière ne manque pas...

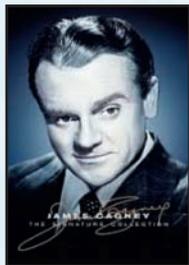
Deux films majeurs vont sortir coup sur coup en 1931 et marquer durablement les esprits : *Le Petit César* suivi de *L'Ennemi public*. Huit décennies plus tard, le "Little Caesar" parti de rien qui se hisse à coups de mitraillette au sommet de la hiérarchie du clan fait toujours figure de modèle pour les films de gangsters.

Dans les années 30 et 40, décennies très prolifiques pour la Warner, deux stars vont dominer le genre : Edward G. Robinson (*Le Petit César*) et James Cagney (*L'Ennemi public*). Deux acteurs brillants qu'on retrouve avec plaisir dans une poignée de films réalisés par les maîtres du genre : Lloyd Bacon (*Picture Snatcher*, *Un meurtre sans importance*), Alfred E. Green (*Smart Money*), Archie Mayo, Roy Del Ruth (*Le Tombeur*), Anatole Litvak, l'exilé russe (*Ville conquise*) et bien sûr, William Keighley qui obtiendra le meilleur de James Cagney à plusieurs reprises malgré leurs prises de bec (*Hors la loi*, *Guerre au crime*, *A chaque aube je meurs*). En 1936, après le succès de *La Forêt pétrifiée*, Jack Warner engage un tout jeune comédien aux traits prometteurs, Humphrey Bogart. Le chef des studios Warner ne croit pas vraiment au potentiel de l'acteur et préfère lui donner des rôles secondaires face à ses "vraies" stars : *Le Révolté* aux côtés de l'irlandais de service, Pat O'Brien ; *La Légion noire*, où Bogart remplace Edward G. Robinson, initialement pressenti ; *Les Anges aux figures sales* et *Les Fantastiques années 20* face à Jim Cagney, ou encore *Brother Orchid* avec Robinson. Éternel second cou-

teau, Bogart ne verra sa carrière décoller que dans les années 40. Autres temps, autres mœurs... la stricte application du Code Hays, le code de censure sensé s'appliquer à tous les films produits par Hollywood, mais aussi le départ de Zanuck des studios Warner, l'entrée en guerre de l'Amérique et la montée en puissance des studios concurrents comme la MGM ou la petite mais ambitieuse RKO finiront par mettre un terme à la suprématie de la Warner sur le film de gangster. Mais pas question de terminer cette **Intégrale Warner** sans un final en apothéose, sous un déluge de balles. Le clap de fin sera pour James Cagney, héros tragique de *L'Enfer est à lui*, réalisé par le Maître Raoul Walsh en 1949, aujourd'hui considéré comme un des meilleurs films de gangsters jamais tourné.



Edward G. Robinson



James Cagney

le film de gangster. Mais pas question de terminer cette **Intégrale Warner** sans un final en apothéose, sous un déluge de balles. Le clap de fin sera pour James Cagney, héros tragique de *L'Enfer est à lui*, réalisé par le Maître Raoul Walsh en 1949, aujourd'hui considéré comme un des meilleurs films de gangsters jamais tourné.

Le meilleur de l'intégrale les samedis

Samedi 04 octobre : 00.35 *L'Enfer est à lui* (1949) (White heat), de Raoul Walsh, avec James Cagney et Virginia Mayo

Samedi 11 octobre : 00.10 *La Forêt pétrifiée* (1936) (The Petrified forest), de Archie Mayo, avec Humphrey Bogart et Bette Davis

Samedi 18 octobre : 00.05 *Le Petit César* (1931) (Little Caesar), de Mervyn LeRoy, avec Edward G. Robinson et Douglas Fairbanks Jr.

Samedi 25 octobre : 00.00 *L'Ennemi public* (1931) (The Public enemy), de William A. Wellman, avec James Cagney et Jean Harlow

Autres films de l'intégrale

Brother orchid (1940) de Lloyd Bacon, avec Edward G. Robinson et Humphrey Bogart

Ville conquise (1940) (City for conquest), de Jean Negulesco et Anatole Litvak, avec James Cagney et Anthony Quinn

A chaque aube, je meurs (1939) (Each dawn I die), de William Keighley, avec James Cagney et George Raft

Les Fantastiques années 20 (1939) (The Roaring twenties), de Raoul Walsh, avec James Cagney et Humphrey Bogart

Un meurtre sans importance (1938) (A slight case of murder), de Lloyd Bacon, avec Edward G. Robinson et Jane Bryan

Les Anges aux figures sales (1938) (Angels with dirty faces), de Michael Curtiz, avec James Cagney et Humphrey Bogart

La Légion noire (1937) (Black legion), de Michael Curtiz et Archie Mayo, avec Humphrey Bogart et Ann Sheridan

La Révolte (1937) (San Quentin), de Lloyd Bacon, avec Humphrey Bogart et Ann Sheridan

Guerre au crime (1936) (Bullets or ballots), de William Keighley, avec Edward G. Robinson et Joan Blondell

Les Hors la loi (1935) (G-Men), de William Keighley, avec James Cagney et Margaret Lindsay

Le Tombeur (1933) (Lady killer), de Roy Del Ruth, avec James Cagney et Mae Clarke

Le Bataillon des sans-amour (1933) (The Mayor of hell), de Archie Mayo, avec James Cagney et Madge Evans

Picture snatcher (1933) de Lloyd Bacon, avec James Cagney et Ralph Bellamy

Smart money (1931) de Alfred E. Green, avec Edward G. Robinson et James Cagney



Humphrey Bogart

Pour en savoir plus sur le programme et les films à la demande connectez-vous sur <http://tcmcinema.fr>

Je remercie Klervi Dalibot pour cette intégrale.

Marc-Alain ROZAN

Agenda



- octobre -

10 et 11 octobre 2014

Les 1^{ères} Journées AIUS/SEXOGYN

MARSEILLE

Présidents : Sylvain MIMOUN et
Marcel RUFO

Renseignements : Com&Co B. RICHIER

Tél. 07 77 91 00 65

Email : brichier@comnco.com

www.comnco.com

www.aius-sexogyn.fr

10 et 11 octobre 2014

EPUNG

Faculté de Médecine
PARIS

Enseignement Post Universitaire
National de Gynécologie

- Tumeurs de l'ovaire présumées bénignes
- Préservation de la fertilité chez la femme

Renseignements : Odile FRANCIS

fncgynmed@gmail.com

epung2.fncgym@gmail.com

13 au 17 octobre 2014

Séminaire de Maternologie Clinique

Hôtel de ville
VERSAILLES

Association Française de Maternologie

Institut de recherche
et d'enseignement

Renseignements : 06 46 62 54 30

materno@sfr.fr

www.maternologie.fr

15 au 16 octobre 2014

Journées de la Conception

Faculté de Médecine - MARSEILLE

Renseignements : Sud Communication
Tél. 04 91 33 01 87 - 06 87 20 68 96

www.sud-com.fr

sud-communication@wanadoo.fr

16 au 18 octobre 2014

1^{er} Congrès de l'Ordre des médecins

CNIT PARIS LA
DÉFENSE

- L'Ordre et les représentations professionnelles
 - L'Ordre et les données personnelles de santé
 - L'Ordre et la place de la formation médicale dans l'offre de soins de proximité
 - Ordre, patients et les usagers
- Renseignements : Brigitte PECHARD
pechard.brigitte@cn.medecin.fr
Tél. 01 53 89 32 00

17 et 18 octobre 2014

6^{ème} Congrès de la Société Française de Chirurgie Oncologique

Cité des Congrès
NANTES

Renseignements : SFÇO

www.sfco.fr

Email : brichier@comnco.com

20 au 29 octobre 2014

V^{ème} J.I.M.A.B.E.

Hôtel Banyan Tree
SHANGHAI

Journées Internationales de

Médecine, d'Art et de Bien-Être

Renseignements : Vivez les îles

Tél. 04 86 11 10 08

contact@vivezlesiles.fr

www.jimabe.com

22 au 24 octobre 2014

44^{èmes} Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale

LYON

Renseignements : Chloé DUFOUR

Tél. 05 55 26 18 87

Email : contact@cerc-congres.com

www.cerc-congres.com

- novembre -

6 et 7 novembre 2014

3^{èmes} Rencontres : Cancer, sexualité et fertilité

École Normale

Supérieure - LYON

"L'intimité, la sexualité et la fertilité
dans les cancers digestifs"

Renseignements : COMM Santé

Tél. 05 57 97 19 19

congres-cancersexualite.comm-sante.com

21 au 22 novembre 2014

Journées Jean Cohen

Centre de Conférences

Etoile Saint-Honoré

PARIS

Renseignements : Editions ESKA

Tel. +33 (0)1 42 86 55 79

Fax +33 (0)1 42 60 45 35

Email : congres@eska.fr

3 au 5 décembre 2014

38^{ème} Journées du CNGOF

CNIT
PARIS - LA DÉFENSE

Renseignements : CNGOF

T. 01 43 43 01 00

cngof@club-internet.fr

www.cngof.asso.fr



Gynélog
L'Association

Hôtel La Marée



Un hébergement sur l'île de Ré dans un hôtel tout confort



321 av. Albert Sarrault
17940 RIVEDOUX - ILE DE RÉ
T. 05 46 09 80 02

SÉMINAIRE ANNUEL des utilisateurs de MEDYCS

11 et 12 octobre 2014

PROGRAMME

- ⇒ Développement du logiciel d'aide à la prescription
- ⇒ Questions d'actualité

Séminaire indemnisé - 25 places

Renseignements et inscriptions : Nadine Prugny
Administration SYNGOF - syngof@syngof.fr
T. 04 67 04 17 18



Chirurgie Solidaire
36 rue du Moulin de Pierre
95220 HERBLAY
Chirurgie-solidaire.org

