

Directeur de la  
publication :  
Jean-François Rey

Rédacteur en Chef :  
Jean-François Thébaut

Comité de Rédaction  
Jean-Luc Dehaene  
Michel Lévy  
Gérard Rousselet



**UNION NATIONALE DES MEDECINS SPECIALISTES CONFEDERES**

79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS

Tél : 01 44 29 01 30 ou 01 44 29 01 23 – Fax : 01 40 54 00 66

[umespe@club-internet.fr](mailto:umespe@club-internet.fr) - site : [www.umespe.com](http://www.umespe.com)

**Juin 2010**

## **EN DIRECT DU SPECIALISTE N° 88**

### **LA VÉRITÉ SUR LA MISE EN PLACE DE LA CCAM TECHNIQUE**

#### **1. Editorial du Président**

#### **2. Actualités et informations :**

2.1. Publications officielles

2.2. La Conférence Nationale de Santé (CNS)... : Communiqué APM du 17 juin

2.3. Lettre AOC/CSMF adressée aux anesthésistes, chirurgiens et obstétriciens

2.4. **Nouveauté** : sur le site [www.umespe.com](http://www.umespe.com), des vidéos sont en ligne pour la campagne des élections aux UPRS.

#### **3. Communiqués de presse diffusés par l'U.ME.SPE en juin**

Communiqué du 1<sup>er</sup> juillet 2010 : La fin du paiement des gardes et des astreintes dans les services d'urgence des établissements de soins privés

#### **4. Autres communiqués diffusés en juin**

#### **5. Tribune libre**

5.1. Les dermatologues mobilisés pour la 12<sup>ème</sup> journée de dépistage des cancers de la peau

5.2. « Spécialiste aujourd'hui » - un éditorial du Dr Dubart chirurgien orthopédique (avril 2008)

#### **6. Rubrique « Questions-Réponses »**

#### **7. Annonce Professionnelle**

#### **8. À Propos de : «EN DIRECT DU SPECIALISTE»**

#### **9. Remerciements**

## **I - EDITORIAL DU PRESIDENT :**

### **La vérité sur la mise en place de la CCAM technique**

Les campagnes électorales ont, souvent, pour conséquence de permettre aux syndicats peu présents au quotidien, de faire des déclarations et des promesses démagogiques. Nous voyons apparaître des messages de syndicats minoritaires remettant en cause le rôle important que l'U.ME.SPE/CSMF a joué dans la mise en place de la CCAM technique en 2001 en faisant état de contre vérités répétées d'une manière régulière, ce qui n'en fait, en aucun cas, des vérités.

#### **Une hiérarchisation par les sociétés savantes**

Il faut rappeler que la hiérarchisation de la CCAM technique a été faite sous le contrôle exclusif des experts nommés par les sociétés savantes et qu'une seule spécialité, «la pneumologie», a fait des réserves écrites auprès du Pôle de Nomenclature de l'époque sur le montant de la hiérarchisation d'un acte. En aucun cas, les syndicats médicaux n'avaient été impliqués, du fait de la méthodologie, dans cette étape.

Lors de la publication, le 15 mars 2001, l'U.ME.SPE/CSMF a été la première à attiré l'attention de l'ensemble des syndicats médicaux de verticalités sur l'impossibilité de la mise en place de cette CCAM technique à budget constant, du fait du blocage des honoraires, depuis près de dix ans. Nous avons mis comme principe qu'il fallait abonder une enveloppe de restructuration et qu'il était impossible d'accepter non seulement des spécialités perdantes mais, également, des actes perdants. Nous avons fédéré, autour de nous, plusieurs spécialités mais également une expertise technique mettant en évidence des biais dans l'application de la méthodologie par le Pôle de Nomenclature. Et, de fait, nous avons bloqué une mise en place brutale qui aurait déstabilisé, financièrement, des modes d'exercice ou des spécialités.

#### **Une mise en place par étape sans acte perdant**

En 2005, à travers la négociation conventionnelle, nous avons décidé de mettre en place, par étape, la CCAM technique, basée sur les revalorisations issues de la maîtrise médicalisée mais, en aucun cas, nous avons touché à cette hiérarchisation, la seule décision politique qui a été prise, a été de revaloriser, en priorité, les actes des chirurgiens exerçant dans le secteur 1 et de leur apporter, immédiatement, à travers les coefficients J et K, une augmentation de 25% de leurs honoraires. Les étapes ultérieures, jusqu'en 2007, l'ont été, d'une manière identique et, nous attendons toujours la définition, par l'Observatoire de la CCAM, du coût de la pratique de plusieurs spécialités car, pour celles-ci, les propositions de l'Assurance Maladie sont en décalage important avec la réalité financière.

#### **Une dernière étape avec un nouvel investissement financier des Caisses**

C'est à partir de 2007 que cette méthodologie a été remise en cause par le gouvernement Fillon, sous l'égide d'Eric Woerth et Roselyne Bachelot, sous prétexte de gains de productivité, des pénalités financières ont été imposées dans un premier temps, pour abonder une étape de la CCAM puis, finalement, pour disparaître dans le déficit de l'Assurance Maladie. Les syndicats qui ont soutenu la loi Bachelot demandent la mise en place de la CCAM selon la méthodologie des Caisses de 2001, c'est imposer un transfert de près de 350 millions d'euros en sachant que, même des spécialités gagnantes, comme l'anesthésie verrait la péridurale diminuer de plus de 15 % (*initialement 40 % selon la hiérarchisation et avant intervention de l'U.ME.SPE*) l'obstétrique devrait accepter une baisse de l'accouchement multipare, il en irait de même pour des spécialités comme la

médecine nucléaire, la radiothérapie, l'hépatogastroentérologie et la cardiologie interventionnelle. Voilà une attitude totalement irresponsable alors que, désormais, le coût de la pratique remonte à celui du milieu des années 90.

Au-delà de la campagne électorale, pour l'U.ME.SPE/CSMF, nous restons sur le dogme initial, la dernière étape de la CCAM doit se mettre en place, dans les meilleurs délais, en déterminant un coût de la pratique réajusté par rapport à l'évolution des charges, avec un abondement financier lié à la restructuration des actes et, en déterminant enfin, un point travail, car il faut rappeler que le but de la CCAM était de mettre en place une grille évolutive non seulement en terme de hiérarchisation mais également en terme de finances.

Voilà la réalité des faits, tous ceux qui affirment le contraire tiennent des propos démagogiques pour mieux vous tromper !

**Docteur Jean François REY**  
Président

## **II - ACTUALITÉS ET INFORMATIONS :**

### **2.1. Publications officielles :**

#### **Au Journal Officiel du 3 juin 2010**

**Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé**

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022293303&dateTexte=&categorieLien=id>

### **2.2. La Conférence Nationale de Santé (CNS) doit rendre en octobre un avis sur les critères d'une concertation réussie avec les différents acteurs de la santé**

PARIS, 17 juin 2010 (APM) - La Conférence nationale de santé (CNS) doit rendre en octobre un avis sur les critères d'une concertation réussie avec les différents acteurs de la santé, et en particulier sur la place du débat public, avec un volet complémentaire sur la concertation lors de crises sanitaires.

Cet avis fera suite à deux saisines du directeur général de la santé (DGS), Didier Houssin, la première en date du 8 décembre 2009 (saisine générale sur la concertation) et la seconde du 8 juin (complément sur la concertation en temps de gestion de crise sanitaire).

"La gestion de la pandémie grippale H1N1 en 2009-10, et les évaluations qui en sont issues, ont mis en évidence le défaut de concertation suffisante avec les différentes parties prenantes à ce dispositif de réponse à une crise sanitaire", a souligné Didier Houssin, dans sa saisine du 8 juin, dont l'APM a eu copie.

Le DGS estime que la CNS est "l'organisme adéquat pour répondre au besoin de concertation pendant ces périodes de gestion de crise".

La CNS devra "préciser ce qui peut être attendu de cette concertation, tant dans la phase de préparation que de gestion de la crise sanitaire, en particulier sur la capacité des parties prenantes d'interpeller les instances d'expertise et de formuler des avis sur les choix des pouvoirs publics, les modalités d'information de la population, la communication publique, etc."

Elle prendra en considération "les contraintes liées au temps et aux évolutions de l'épidémie, qui pèsent tant sur les experts que sur le décideur public".

Le président de la CNS, Christian Saout, a défendu début avril la création d'un "Conseil national du risque pandémique" afin de permettre à la société civile de contribuer à la gestion de crises similaires, rappelle-t-on (cf dépêche APM CMND7002).

[redaction@apmnews.com](mailto:redaction@apmnews.com)

**Consulter sur le site [www.csmf.org](http://www.csmf.org)**

**le communiqué de presse CSMF du 15 juin « Refus de soins : la CNS transformée en annexe du CISS pour poursuivre la croisade anti-médecins »**

### **2.3. Lettre adressée par l'AOC/CSMF à tous les Anesthésistes, Chirurgiens et Obstétriciens des plateaux techniques lourds :**

Paris, le 25 juin 2010

Chers Collègues,

La CSMF a été le premier syndicat médical mais également la première structure à mettre sur pied une organisation visant à regrouper les anesthésistes, les obstétriciens et les chirurgiens, structure que nous avons appelée AOC/CSMF.

A travers les syndicats de verticalités, la CSMF s'est toujours battue pour défendre tous les praticiens, y compris ceux travaillant sur les plateaux techniques lourds. Les trois composantes du pôle AOC/CSMF ont toujours été très actives, qu'il s'agisse des anesthésistes regroupés au niveau du SNARF, des obstétriciens dont la plupart sont membres du SYNGOF et enfin, des chirurgiens avec le pôle chirurgical de la CSMF.

Nous n'avons pas attendu les élections pour défendre tous ceux qui travaillent dans les établissements privés notamment pour proposer des solutions :

**1) aux problèmes de la responsabilité civile professionnelle** avec les deux trous de garantie, plafond de garantie supérieur à 3 millions (6 à 10 millions), et trou de garantie à dix ans qui rendent très problématique notre activité,

**2) exiger la revalorisation des honoraires**, notamment de la CCAM avec la nécessité de revoir le coût de la pratique,

**3) préserver le secteur 2**. N'oublions pas que c'est grâce à la CSMF si le secteur 2 a pu être conservé. En effet il y a fort à parier que sans la signature de l'accord sur le secteur optionnel du 15 octobre 2009, les praticiens du secteur 2 seraient aujourd'hui dans de grandes difficultés. Nous avons toujours défendu **une pratique médicale libérale à l'acte** et milité pour que **les petites PME** que représentent nos cabinets médicaux résistent **financièrement**.

Par ailleurs, la CSMF s'est battue tout au long de la discussion de la loi Bachelot **pour préserver l'indépendance des praticiens** travaillant dans les établissements privés à but lucratif vis à vis de l'Etat et des ARS qui souhaitaient à travers des missions de service public les « mettre au pas », notamment en leur imposant un quota d'actes à tarif opposable, mais aussi vis à vis de la Fédération de l'Hospitalisation Privée avec laquelle nous collaborons mais en toute indépendance.

Enfin, les praticiens travaillant en plateaux techniques lourds ont besoin de projets visant à empêcher qu'ils ne se transforment en simples prestataires de service (Cf. évolution désastreuse du statut des praticiens dans les hôpitaux publics par le vote de la loi Bachelot) ceci par la mise en place d'une réflexion visant à redonner **une vision entrepreneuriale aux chirurgiens, aux anesthésistes et aux obstétriciens**.

Enfin, l'obstétrique libérale est en grand danger de disparition. Nous nous battons au niveau des assureurs et au niveau de l'Etat pour la préserver.

Nous avons également imposé la rémunération de la permanence des soins dans les établissements qui étaient initialement sièges d'un service d'urgence ou d'un service relais. Actuellement, dans un grand nombre de régions, une rémunération (outre celle du chirurgien, viscéral et orthopédiste ou anesthésiste), existe pour d'autres chirurgies de spécialités (urologie, vasculaire, thoracique, etc.), mais pas en nombre suffisant. Il faut l'étendre à l'ensemble de ceux qui assurent la Permanence Des Soins.

Sans démagogie aucune, la CSMF a toujours été le défenseur de cette pratique médicale libérale en plateaux techniques lourds en essayant de conserver, outre nos valeurs de pratiques libérales, des valeurs médicales et sociales.

Tous ceux qui se reconnaîtront dans notre combat peuvent nous rejoindre.

**Voter AOC/CSMF pour les listes du deuxième collège des Anesthésistes, Obstétriciens et Chirurgiens c'est vous assurer de la meilleure défense contre les agressions permanentes de l'Etat et de l'assurance maladie à votre rencontre.**

**Vous avez besoin d'un syndicalisme puissant, vous nous trouverez toujours à vos côtés.**

Bien cordialement.

**M. LEVY**  
Vice Président  
Anesthésiste  
(Président du SNARF)

**J. CATON**  
Président  
Chirurgien Orthopédiste  
(Président d'honneur du SNCO) (Membre du CA du SYNGOF)

**Y.VERHAEGHE**  
Vice Président  
Obstétricien

PS. Merci de nous adresser les mails de vos collègues qui souhaitent recevoir nos informations (newsletter AOC) par mail à [umespe@club-internet.fr](mailto:umespe@club-internet.fr) ou par fax au 01 40 54 00 66

DR..... VILLE.....  
Email .....

**2.4. Nouveauté** : sur le site [www.umespe.com](http://www.umespe.com), des vidéos sont en ligne pour la campagne des élections aux UPRS.

### **III – COMMUNIQUÉS DE PRESSE DIFFUSÉS par l’U.ME.SPE**

#### **3.1. Communiqué du 1<sup>er</sup> juin 2010 : L’information des patients par le Ministère de la Santé**

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. a lu, avec étonnement et inquiétude, le discours de la Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, fait en marge d’Hôpital Expo, concernant sa volonté de mise en place d’un service public de conseils et d’orientation médicaux, par internet ou par téléphone, pour les patients sous l’égide du Ministère.

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que la mise en place de la Haute Autorité de Santé, dans le cadre de la loi de 2004, répondait à cette volonté légitime et qu’elle était basée sur un Conseil d’Administration regroupant praticiens libéraux, hospitaliers et responsables de la Santé dans différents secteurs, dont l’une des missions est certainement la définition des bonnes pratiques médicales et de leur diffusion.

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. s’inquiète d’un service technocratique comme l’est la DGOS, depuis de trop nombreuses années, définissant, par ceux qui n’ont jamais été au contact des patients, des critères de qualité et de fiabilité. C’est un pas de plus vers une tentative de nationalisation de la médecine libérale voulue par la loi HPST et tous ceux qui l’ont soutenue.

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que nous sommes intervenus auprès de l’Assurance Maladie pour obtenir le retrait des données chiffrées et erronées des honoraires des médecins libéraux car si l’intention de transparence ne peut que recueillir notre soutien, la réalisation technocratique et fausse était inacceptable.

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. s’inquiète d’une référence par la Ministre au système de «call-centers» anglais lorsque l’on sait que ceux-ci sont essentiellement basés sur la volonté de décourager les patients d’avoir recours aux services d’urgences ou à des médecins. La démedicalisation d’un certain nombre de pratiques va conduire, comme en Angleterre, à un rationnement des soins et une baisse des critères de qualité reconnue par les autorités internationales à notre système de soins français associant médecine hospitalière et médecine libérale.

#### **3.2. Communiqué du 3 juin 2010 : L’UMESPE claque la porte du Ministère**

L’U.ME.SPE./C.S.M.F., premier syndicat des médecins spécialistes libéraux, salue la sagesse du Conseil d’Etat qui a su proposer une rédaction du « décret URPS » respectant les règles de la démocratie, pour le mode de désignation des membres des bureaux des futures URPS.

Pour autant, l’U.ME.SPE./C.S.M.F., a du claquer la porte du Ministère de la Santé lors d’une réunion qui se voulait de consensus dont l’objet était paradoxalement de proposer au Conseil d’Etat un décret rectificatif bafouant ces règles. Ces propositions visant à détourner systématiquement le résultat du scrutin électoral, au profit des élus de MG France ou des syndicats mono-catégoriels, étaient inacceptables.

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. qui a fini en tête des trois élections aux URML est lasse de voir,

depuis trois ans, les médecins spécialistes libéraux de proximité, cliniciens ou exerçant sur des plateaux techniques, ignorés, méprisés, voire vilipendés par MG France et ses alliés bloquant, par ailleurs, toute revalorisation déjà signée, avec le soutien passif du Ministère.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. a vu, une fois de plus, MG France méconnaître le rôle des médecins spécialistes libéraux dans le système de soins, soutenir le gouvernement dans sa volonté de diviser les spécialistes en collèges et, surtout, nier le rôle prépondérant dans les URPS de la C.S.M.F., premier syndicat des médecins libéraux en France.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. alerte le SNARF, Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs, contre des manœuvres visant à marginaliser la représentation des médecins anesthésistes dans le 3<sup>ème</sup> collège à travers un mode d'élection léonin.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. met en garde le gouvernement contre toute manœuvre visant à ne pas respecter la démocratie et le suffrage universel des médecins libéraux qui vont s'exprimer le 29 septembre et, nous n'en doutons pas, rejeter massivement les contraintes inacceptables de la loi HPST, soutenue par MG France, la FMF et leurs alliés.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. ne retrouve pas encore au Ministère de la Santé les paroles d'ouverture que nous a adressé, il y a encore quelques jours, le Président Sarkozy dans un dialogue singulier.

### **3.3. Conférence de presse UMESPE du 23 juin 2010 :**

**Les spécialistes s'engagent aux côtés de l'UMESPE - CSMF pour dire STOP au massacre de la médecine spécialisée de proximité**

**Note de presse à télécharger sur le site : [www.umespe.com](http://www.umespe.com)**

### **3.4. Communiqué du 1<sup>er</sup> juillet : La fin du paiement des gardes et des astreintes dans les services d'urgence des établissements de soins privés**

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., en accord avec la FHP, avait attiré l'attention du Ministère de la Santé sur le vide juridique issu de la loi HPST consécutif au décret d'application permettant le paiement des astreintes et des gardes en clinique comme nous l'avions obtenu depuis 3 ans.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. a été alertée par un courrier d'une caisse primaire d'assurance maladie qui confirme que les contrats arrivés à échéance en date du 7 juin ne sont pas en l'état renouvelables.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. s'indigne de cette situation inacceptable et demande, pour tous les praticiens mobilisés dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements, qu'une contractualisation immédiate avec l'ARS soit rendue possible en urgence non seulement pour ceux qui bénéficiaient des contrats URCAM mais pour l'ensemble des praticiens concernés.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. stigmatise le manque de prévoyance de l'Etat et souligne que les syndicats, qui ont soutenu et soutiennent encore la loi HPST, ont manqué de discernement et de vigilance vis à vis des médecins libéraux.

## **IV – AUTRES COMMUNIQUÉS DE PRESSE**

### **4.1. Communiqué du Syndicat National des Médecins Français Spécialistes des Maladies de l'Appareil Digestif (SYNMAD) du 7 juin 2010 : Règlement arbitral**

Contrairement aux annonces faites à l'U.ME.SPE./C.S.M.F. par Nicolas SARKOZY, le **SYNMAD** constate que le Règlement Arbitral et la Mission HUBERT ignorent, une fois de plus, la médecine spécialisée de proximité.

Le **SYNMAD** constate que la seule avancée significative du Règlement Arbitral est une promesse, une fois encore aléatoire, d'une augmentation du C2 à 46 € au 1er janvier 2011.

Le **SYNMAD** s'indigne du blocage du coût de la pratique resté identique depuis la mise en place de la CCAM en 2005.

Le **SYNMAD** ne peut plus accepter le chantage fait aux hépato-gastroentérologues concernant la consolidation des actes perdants gastroscopie et coloscopie, examens qui sont à la base du dépistage et de la prise en charge des cancers digestifs.

Le **SYNMAD** recommande à ses adhérents de suivre le mot d'ordre des centrales pluri-catégorielles qui appellent à l'utilisation du C2 à 46 € dès à présent

Le **SYNMAD**, irrité par l'absence de règlement des astreintes réalisées dans un établissement privé par les hépato-gastroentérologues libéraux, leur demande d'établir des listes de garde à adresser au directeur de la caisse locale d'Assurance maladie afin d'en exiger les règlements, listes qui seront transmises, en copie, à l'U.ME.SPE.

**Dr Thierry HELBERT**

### **4.2. Communiqué de l'I.S.N.C.C.A. du 14 juin 2010 : Les chefs de clinique entendent bien honorer les missions qui leur sont confiées**

Les chefs de cliniques s'étonnent des échos donnés par le Quotidien du Médecin du 4 juin à la réunion de la Commission Nationale de l'Internat et du Post-internat (CNIPI) en date du 2 juin dernier.

Sur la forme tout d'abord. Les discussions en cours au sein de la CNIPI n'ont pas vocation à être relayées de la sorte, ce d'autant que la présentation faite par l'IGAS sur le post-internat a précisément fait l'objet de débats vifs : à l'évidence le consensus est loin d'être atteint, et des déclarations fantaisistes sur « les derniers feux du clinicat » ne méritent pas l'audience du Quotidien du Médecin.

Sur le fond surtout. Il est nécessaire de répondre à l'augmentation massive du nombre d'internes, en garantissant à ces derniers la possibilité d'une formation qualifiante. La séniorisation de la dernière année d'internat est une piste. La création de postes d'assistants spécialistes en est une autre. Mais ce n'est certainement pas parce que tous les internes ne pourront prétendre au prestige d'un poste de chef de clinique qu'il faut supprimer le clinicat !

Rappelons que les chefs de cliniques sont des hospitalo-universitaires et qu'à ce titre ils assurent une triple mission de soin, de recherche et d'enseignement. A l'heure du grand

emprunt, à l'heure des progrès majeurs attendus de la création d'instituts hospitalo-universitaires et de la réforme de la gouvernance des CHU, il est hors de question de mettre en danger la valence recherche des hospitalo-universitaires par un nivellement par le bas. Rappelons que la recherche assurera l'avenir économique de la France à long terme. Quant à l'enseignement, tout simplement oublié dans le projet ubuesque de l'IGAS qui semble résumer le clinicat à un simple complément de formation initiale, il est la meilleure garantie d'une formation d'excellence des étudiants, externes et internes. A l'heure d'une augmentation sans précédent des effectifs étudiants dans les CHU, il est d'ailleurs légitime et indispensable de renforcer et valoriser cette activité d'enseignement.

Le clinicat restera ce qu'il est dans l'esprit de tous les médecins exerçant ou en formation : la garantie de l'excellence.

#### **Contacts presse**

**André Gay**

Président de l'ISNCCA  
[andregay@me.com](mailto:andregay@me.com)

**Olivier Mir**

Vice-Président de l'ISNCCA  
[olivier.mir@cch.aphp.fr](mailto:olivier.mir@cch.aphp.fr)

### **4.3. Communiqué du Syndicat National des Médecins Français Spécialistes des Maladies de l'Appareil Digestif (SYNMAD) du 16 juin 2010 : Lettre ouverte au Président de l'U.ME.SPE**

Monsieur le Président,

A l'heure de la révision de la CCAM technique et dans le cadre des négociations conventionnelles, le SYNMAD souligne son mécontentement même s'il soutient de façon indéfectible les revendications de toutes les spécialités.

En tout premier lieu, nous ne pouvons plus tolérer l'absence de revalorisation du point travail. Celui-ci n'a pas été augmenté depuis la mise en place de la CCAM technique, c'est-à-dire 2005 ; nous réclamons également, instamment, la révision du coût de la pratique en hépato-gastroentérologie, qui est actuellement à 0.49 alors que les éléments comptables des AGA, pour l'exercice 2007/2008, faisaient état déjà d'un taux de près de 0.51. Les tergiversations de nos tutelles ne sont plus acceptables et nous attendons un geste fort de nos représentants pour refuser tout nouveau délai.

Le SYNMAD demande que cesse le chantage récurrent à la mise en place de la consolidation du dernier tiers des actes perdants que sont la gastroscopie et la coloscopie, dont la date butoir est prévue pour 2011. Ces 2 actes sont cruciaux pour les hépato-gastroentérologues libéraux puisqu'ils représentent plus de 90 % de leur activité endoscopique et, qu'au final depuis plus de 15 ans, il n'y a eu aucune revalorisation de ces actes de base. Nous ne pouvons accepter aucune forme de chantage qui repose sur la remise en question d'engagements signés et nous ne pourrions pas construire d'avenir si les contrats signés ne sont pas honorés.

Sur le plan des actes spécifiques, un certain nombre d'actes déjà codifiés, comme les biopsies, les prélèvements à visée biologique, à visée histologique ou les colorations et marquages, n'ont jamais été valorisés et, pourtant, nous l'appliquons au quotidien. Le discours politique de l'évaluation et l'amélioration des pratiques, mais aussi de la démarche qualité, ne peut s'appliquer sans la reconnaissance financière de ce qui fait l'excellence de notre profession.

Par ailleurs il paraît difficile d'imaginer que la mucoséctomie œsophagienne ou gastrique

soit tarifée à la même valeur que la mucosectomie colique ; cette dernière étant rémunérée 10 € de plus qu'une polypectomie standard.

J'aimerais attirer votre attention sur un problème qui n'est pas spécifique à l'hépatogastroentérologie, mais qui concerne tous les spécialistes d'organes pratiquant la cancérologie puisque la rémunération des actes de chimiothérapie reste cotée K 15 et me

Enfin notre spécialité reste une spécialité clinique de proximité à ce titre nous prenons en charge des pathologies difficiles (hépatites chroniques, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, cancers) ou multi factorielles (obésité, Nash). Nous réclamons urgemment une CCAM clinique qui devra mettre en place une valorisation réelle bien au-delà des 28 € prévus, qui, pour une consultation de ce type, est indécente et renforce notre impression d'être méprisés alors que c'est dans cet exercice de proximité que s'exprime toute notre expertise d'interniste et de clinicien.

A l'heure d'échéances électorales majeures pour l'U.ME.SPE. – CSMF, il est temps, Monsieur le Président, de porter nos revendications avec fermeté. Nous vous accompagnerons avec détermination mais, aussi, vigilance dans ce combat politique.

**Dr Thierry HELBERT**  
Président

## **V – TRIBUNE LIBRE**

### **5.1. 1<sup>er</sup> bilan de la journée nationale des cancers de la peau organisée par le Syndicat National des Dermatologues Vénérologues (SNDV)**

**Les dermatologues mobilisés pour la 12<sup>ème</sup> journée de dépistage des cancers de la peau :**

***Le 27 mai a eu lieu dans toute la France la Journée Nationale de Prévention et de Dépistage des cancers de la peau, organisée par le Syndicat National des Dermatologues, parrainée par le Ministère de la Santé et soutenue par l'Institut National du Cancer et fut une vraie réussite.***

De nombreuses remontées des dermatologues participant à l'opération font apparaître un nombre plus important de lésions cancéreuses dépistées. Elles mettent aussi en évidence l'efficacité des campagnes de prévention : le public est de plus en plus sensibilisé au risque de l'exposition solaire ; on observe des changements de comportement et la mise en pratique de l'auto-surveillance.

Le serveur téléphonique et le site du syndicat ont explosé avec plus de **130000 appels** pour obtenir l'adresse d'un centre de dépistage. Plus de **275 centres** ont été ouverts grâce au concours de l'Association des Maires de France, de la Mutualité Sociale Agricole et d'autres organismes. Près d'un tiers des dermatologues se sont mobilisés bénévolement pour dépister environ **20.000 personnes**, de façon anonyme et gratuite.

Cette opération nationale de santé publique, organisée depuis 1998 par le Syndicat National des dermatologues, a pour but de sensibiliser la population sur les cancers de la peau, le rôle néfaste des UV et les risques à s'exposer. Elle constitue une contribution essentielle à la prévention des cancers dont la gravité et l'augmentation constante justifient l'implication des dermatologues et des Pouvoirs Publics.

**Depuis l'origine de cette opération, plus de 2000 lésions cancéreuses ont été détectées : 1520 carcinomes basocellulaires, 124 carcinomes spinocellulaires, 380 mélanomes.**

Cette année, cette action s'adressait plus particulièrement aux professions dites "à risque", les travailleurs de plein air, (monde agricole, ouvriers des BTP, marins pêcheurs,..) et les sportifs de plein air.

En ces temps où le nombre de dermatologues formés est en diminution constante, alors qu'ils dépistent, opèrent et traitent les cancers de la peau, la profession souhaite attirer l'attention des pouvoirs publics sur l'importance et la nécessité de **leur spécialité médico-chirurgicale**. Cette journée a aussi été l'occasion pour eux d'exprimer leur volonté de continuer à exister dans le paysage médical français et de pouvoir exercer pleinement leur profession. **Médecins spécialistes de la lumière** et de ses effets, ils en traitent les méfaits, comme les cancers ou le vieillissement cutané, et les bienfaits en ayant la formation et la compétence requises pour utiliser certaines sources lumineuses comme les lasers pour des actes médicaux et certains actes faisant partie de la dermatologie esthétique.

**Contact presse : Brigitte Jaillard - 01 55 63 91 78 - 06 10 15 12 33**

## **5.2. Spécialiste aujourd'hui - Dr. Alain-Noël Dubart (Chirurgien orthopédique – Président de la Commission de Contrôle) URMEI-LIEN N° 9 Mars/Avril 2008**

Il est apparemment de plus en plus difficile de définir le rôle des différents intervenants dans le système de santé actuel.

Les médecins généralistes sont devenus des spécialistes en médecine générale. Nombre de paramédicaux ont obtenu des extensions de leurs compétences et ont accru leur autonomie y compris en matière de prescriptions ou d'élaboration de leurs plans de soins. Ils souhaitent peut être (et les pouvoirs publics ou les « partenaires » sociaux sans doute) plus de délégations et de transferts de tâches.

Devant cette évolution rapide du système de soins, quelle est donc la place et le rôle du médecin spécialiste ?

Ne serait-il plus simplement que le médecin du deuxième ou du troisième recours ? Il n'en est bien évidemment rien ...

Après avoir suivi le même cursus d'études que tous ses confrères, il s'est consacré à l'acquisition des connaissances et des techniques thérapeutiques, ciblées sur un organe ou certaines pathologies.

D'abord clinicien, le spécialiste, comme tout médecin, garde une vision globale de son patient. Médecin du second recours, d'une certaine forme d'expertise, pour le patient suivi par un généraliste, il est aussi le médecin du premier recours selon le libre choix du patient. Si cela est évident pour certaines spécialités, ce l'est également pour toutes les disciplines.

Il peut être également le médecin de la synthèse car pour certaines pathologies, il sera le seul à même de gérer la prévention, le suivi clinique et technique et d'ajuster les traitements nécessaires.

Exerçant une activité essentiellement clinique ou au sein de plateaux techniques spécialisés, il est souvent amené à remplir de multiples fonctions transversales non rémunérées mais indispensables.

Il exerce une médecine de proximité et participe, comme tous ses confrères, mais souvent sans rémunération, à la permanence des soins ; il remplit un rôle essentiel dans le maillage médical d'un territoire.

Le spécialiste n'est donc pas l'homme qui sait beaucoup sur un petit domaine et presque rien sur le reste. Clinicien avant d'être technicien, souvent porte d'entrée, il sait que c'est le patient qui est au centre du cercle des soins.

## **VI – RUBRIQUE «QUESTIONS RÉPONSES»**

**Expéditeur :** Dr PO.

**Sujet :** secrétariat

**Date :** 21 mai 2010

Ma secrétaire fait des clichés radiographiques. Dans la grille salariale de la convention collective il est noté un indice pour l'agent des cabinets utilisant l'imagerie médicale "205". Suis-je dans l'illégalité pour que cette secrétaire pratique seule des radiographies donc sans diplôme de manipulatrice "235" ou contrôle de connaissance "217" . Pour mémoire badge radiosensible est utilisé à son nom.

**Réponse de l'U.ME.SPE**

**Date :** 7 juin 2010

Voici les éléments transmis par le service juridique de la C.S.M.F. :

Une secrétaire ne peut pas faire de radio.

Seuls peuvent faire des radios :

- les manipulateurs radios qui sont diplômés ;
- les manipulateur radios ayant subi un contrôle des connaissances ;
- les ACIM coefficient 205 ne peuvent pas faire les actes effectués par les médecins ou les manipulateurs, et ne peuvent donc pas faire de radios. Ils travaillent sous la responsabilité des manipulateurs.

**Expéditeur :** Dr . HA

**Sujet :** décote des cataractes

**Date :** 13 juin 2010

Merci de défendre nos intérêts. Juste une question: 10 millions d'euros d'économie sur les cataractes, ça représente combien par cataracte ? 10% de baisse ?, 20% ?? Va-t-on séparer les cat sous topique des cat sous péri ou sous ag, ce qui reviendrait enfin à séparer l'acte chirurgical de l'acte d'anesthésie ? Un anesthésiste qui fait beaucoup de cataractes mais pas que ça en ophtalmo, et pas que des cataractes sous topique.

## **Réponse de l'U.ME.SPE**

**Date : 16 juin 2010**

Nous sommes bien sûr intervenus pour stigmatiser cette mesure inefficace, inadéquate. D'ailleurs le Caisse d'Assurance Maladie a reconnu la difficulté de remettre en cause la hiérarchisation faite par les sociétés savantes.

Il faut savoir que cette mesure d'annonce est essentiellement politique liée à la Ministre de la Santé.

Je pense que nous avons de bonnes chances d'obtenir une annulation ou une réduction forte de cette mesure injuste d'autant plus qu'elle va être ciblée sur un nombre limité d'anesthésistes réanimateurs.

**Expéditeur : Dr BR.**

**Sujet : Infos du Président Umespe du 22 juin**

**Date : 22 juin 2010**

Il est écrit dans ce bulletin: "Chaque soir, dans les services d'urgences des établissements de soins privés, ce sont d'abord les urgentistes, puis les radiologues qui sont en première ligne, bien avant les spécialistes chirurgicaux." Après 40 ans de chirurgie, j'ai vu la nuit dans les blocs privés, des Urgentistes certes, quand ils ont existé, mais auparavant des Chirurgiens en première ligne, pour toutes les urgences, y compris les hémorragies nasales, et des Manipulateurs Radio, oui, mais quasi jamais de Radiologues. L'interprétation des Radios, c'était pour nous, y compris le cas échéant les Scanners avec l'aide du technicien souvent très averti !

Pas très souvent, non plus des Gastro, sauf une fois en 30 ans pour un volvulus du colon pelvien. Ca laisse le temps de passer des bonnes nuits.

Bonne nuit pour ce soir, encore

## **Réponse de l'U.ME.SPE**

**Date : 29 juin 2010**

En réponse à votre message électronique, je vous apporte les précisions suivantes : 1 – En ce qui concerne la prise en charge des spécialités chirurgicales, nous avons considéré, en 2006, que celle-ci était prioritaire avec celle des anesthésistes réanimateurs, c'est la raison pour laquelle au moins deux chirurgiens par établissement recevant des urgences, sont indemnisés pour les astreintes à hauteur de 150 euros par nuit, ou demi-journée le jour, jours fériés et week-ends, y est associée l'astreinte d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Il est bien évident que cet accord était une première étape pour répondre, à juste titre, à la demande des spécialités chirurgicales, mais avait vocation d'être étendu à la totalité des praticiens qui sont mobilisés par l'Etat pour répondre à une mission de service public.

En fonction des spécialités, une mutualisation entre divers établissements peut être mise en place, d'où le mouvement de protestation que nous avons initié, depuis quelques semaines.

2 – En ce qui concerne les pratiques personnelles, elles varient selon les établissements, prenant des gardes d'hépatogastroentérologie depuis 25 ans, je suis autant mobilisé au téléphone ou dans mon établissement pour répondre aux diverses urgences de la spécialité y compris les hémorragies digestives. Dans mon établissement, les radiologues

font eux-mêmes les échographies et les scanners, ce qui est la règle et, à contrario, face à votre exemple, je peux vous citer un collègue chirurgien orthopédique qui ne se déplace jamais la nuit, et très rarement pendant le week-end, ayant sa résidence à plus de 50 kms de l'Institut mais qui, bien sûr, bénéficie du paiement de ses astreintes. Comme vous pouvez le constater, il ne faut pas faire de cas particuliers une règle générale.

Pour l'U.ME.SPE, il faut donc que toutes les spécialités médicales et chirurgicales mobilisées pour l'accueil des patients bénéficient du paiement des astreintes, comme ceci se fait dans les établissements de soins publics.

**Dr Jean-Francois Rey**

## **VII – ANNONCE PROFESSIONNELLE**

**Annonce du 14 juin 2010 :**

Expéditeur: Dr Petit Luc ([msirlug@wanadoo.fr](mailto:msirlug@wanadoo.fr))

Sujet: **Bureau Paris**

SCM 7 praticiens PARIS Centre propose à spécialiste, bureau libre + annexe à louer au sein de SCM.

ORL bienvenu. Contact : Tel 01 45 08 98 16

## **VIII - À propos de : «EN DIRECT DU SPECIALISTE»**

« EN DIRECT DU SPECIALISTE » est un mensuel électronique, son objectif est de diffuser les messages syndicaux de l'UMESPE. Tous les textes peuvent être repris et utilisés librement par les différents syndicats affiliés à l'UMESPE et à la CSMF.

L'abonnement (gratuit) est obtenu sur simple demande à la rédaction : [jeanfrarey@aol.com](mailto:jeanfrarey@aol.com)

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

**Copyright: Editions DUREY®**

## **IX – REMERCIEMENTS pour son soutien à SCAMED**



**ASSUMED**  
**Scamed**  
assurances

Allons plus loin ensemble

Sur internet [www.scamed.fr](http://www.scamed.fr)

Des solutions d'assurance  
sur mesure adaptées à vos besoins  
professionnels et personnels

**SCAMED Assurances**  
15 Rue Eugène Flachat  
75017 Paris  
Tél : 01 55 65 05 60

Contactez un conseiller

**SCAMED Caraïbes**  
3 rue Simon Cottrell  
97233 Schoelcher - Martinique  
Tél : 0596 669 994