

**Directeur de la publication :**  
- Franck DEVULDER (Reims)



**SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS  
SPÉCIALISTES DE L'APPAREIL DIGESTIF**

**Rédacteurs en Chef :**  
- Frédéric CORDET (Bordeaux)  
- Eric VAILLANT (Marcq en Baroeul)

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

**SEPTEMBRE – OCTOBRE 2015**

## **LE JOURNAL ELECTRONIQUE DU SYNMAD N° 120**

1. **Éditorial**
2. **Actualités et informations**
  - 2.1. **URPS-ML**
  - 2.2. **Elections diverses**
3. **Rubriques Questions/Réponses**
4. **Annonce**
5. **Remerciements à l'industrie**
6. **À propos du Journal Électronique du SYNMAD**

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

### MEFIEZ-VOUS DE VOS DIRECTEURS DE CLINIQUE !

**Dr Franck DEVULDER**  
Président du SYNMA  
Octobre 2015

**C**e titre pourrait paraître provocateur voire agressif s'il ne répondait pas à une mésaventure et une pression que vient de subir un de nos confrères hépato-gastroentérologues exerçant dans le sud de la France. Notre confrère s'est très récemment retourné vers le SYNMA afin d'obtenir de l'aide dans un différend l'opposant à son Directeur d'établissement, médecin de surcroît. Ce dernier a en effet adressé par courriel à tous les utilisateurs des blocs opératoires des établissements dont il assure la direction, un message leur annonçant qu'à compter du 1er novembre 2015, seuls seraient admis dans les blocs opératoires les patients ayant une anesthésie générale. Ce Directeur s'appuyait sur « le refus définitif pur et simple par la CPAM de la prise en charge par les cliniques, au bloc opératoire, d'actes réalisés sans anesthésie ». Cette affirmation constituant une entrave aux règles de facturation et mettant en cause la CPAM du département d'exercice de notre confrère, le SYNMA s'est naturellement retourné vers la direction de cette dernière. La réponse ne s'est pas faite attendre et a, comme nous nous y attendions, parfaitement clarifié les choses. Dans ce dossier, ni la Caisse, ni le service médical n'avait formulé de telles interdictions auprès des établissements de la circonscription concernée. La Directrice adjointe de cette Caisse d'Assurance Maladie considère qu'il pourrait s'agir d'un raccourci personnel des règles de facturation qui sont pourtant régulièrement rappelées aux Directeurs d'établissements, notamment à l'occasion des contrôles T2A dont leur structure peut faire l'objet. Concernant les endoscopies œsogastroduodénales, l'arrêté de classification du 19 février 2009 prévoit qu'elles donnent lieu, lorsqu'elles sont réalisées sans anesthésie, à une rémunération sur la base d'un forfait environnant SE1 et non pas d'un GHS. Aux yeux de la CPAM interrogée, les écrits du Directeur d'établissement concerné sont « pour le moins osés, et relèvent d'une mauvaise foi évidente ».

**S**i la rémunération des établissements pour des actes avec anesthésie relevant d'un GHS est très supérieure aux actes sans anesthésie relevant d'un forfait SE1, le SYNMA tient à rappeler à tous ses adhérents l'extrême vigilance qu'ils doivent avoir sur des interprétations parfois osées et empruntées de considération purement financières qui peuvent tenter certains de nos gestionnaires d'établissement accueillant des actes d'endoscopie digestive avec et sans anesthésie. Fort de cette expérience en voie de dénouement favorable, le SYNMA rappelle à tous ses adhérents qu'il assurera la défense de chacune et de chacun d'entre vous afin de préserver leur exercice professionnel dans le respect de la convention médicale et des règles de facturation qui s'imposent à tous les établissements de santé.

## 2 – ACTUALITES ET INFORMATIONS

### 2.1. URPS-ML

#### URPS 2015 : PREMIERS ENSEIGNEMENTS

**Dr Franck DEVULDER**  
Octobre 2015 - 43

**L**es résultats des élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) « médecins » sont tombés vendredi en fin de soirée. Le premier constat est un retrait très net du taux de participation à 39.92%. Pour mémoire, il était de 44.6% en 2010, 46% en 2006 et 52.7% en 2000. L'analyse détaillée des votes par Collège montre que les spécialités du Collège 3 non AOC (anesthésie – obstétrique – chirurgie) ont le plus faible taux de participation, à 34.95%.

**L**e deuxième constat est le recul très net de la CSMF. Bien que restant le premier syndicat de France tous collèges confondus, la CSMF a perdu son hégémonie en passant de 33.46% des suffrages exprimés en 2010 à 25.4% en 2015, talonnée par la FMF qui fait lors de la même période un bon de 16.17% à 22.69%. Ce recul de la CSMF est à constater dans les trois Collèges. Il est de 6 points dans le Collège 1 (médecine générale) où la CSMF perd sa seconde place au profit de la FMF qui talonne MG France, toujours en tête dans ce Collège. Ce recul est aussi constaté au niveau du Collège 2 (AOC) où le BLOC fait un score sans précédent,

à près de 67%, quand la CSMF est passée de 19 à 12%. Dans le Collège des autres spécialités (Collège 3), la CSMF perd 10 points mais reste largement en tête, à 40.65%, loin devant le SML à 28.94% et la FMF à 21.77%.

**Quels enseignements peut-on tirer de ces résultats ?** Le premier enseignement, et certainement le plus important, est un désintéressement des médecins libéraux pour ces élections aux URPS alors que les nouvelles modalités électorales issues des grandes régions vont donner à ces structures un rôle tout à fait majeur dans l'offre de soins. En première lecture, deux explications peuvent être avancées pour expliquer ce faible taux de participation : d'une part, ces nouvelles grandes régions ont perturbé un corps électoral ne reconnaissant pas forcément dans les listes présentées, tous syndicats confondus, ceux qui au quotidien assuraient en région, leur défense professionnelle ; d'autre part, cela traduit peut être un aveu d'impuissance des médecins et des syndicats face à la loi de modernisation de la santé qui, malgré le refus unanime et catégorique de tous les syndicats, risque de passer très prochainement en Commission parlementaire mixte.

Le deuxième enseignement est le recul de la CSMF qui, aux yeux de son Président, « favorise les syndicats poujadistes ». Il n'est pas forcément aisé d'établir un parallélisme entre la politique et le syndicalisme. Cependant, force est de constater que dans des périodes de doute et de crise économique profonde telles que nous les vivons, on constate souvent une prime aux opposants les plus radicaux. Le paysage syndical médical français se trouve maintenant morcelé, et ce à un an de la fin de notre convention médicale. Au-delà des divergences d'appréciation de la crise profonde que subissent les médecins, au-delà des promesses électorales qui font le jeu des campagnes aux URPS, espérons seulement que la conscience syndicale et politique des leaders des syndicats représentatifs puisse leur permettre de proposer des solutions communes pour les principaux enjeux de la future convention, au risque que notre morcellement ne donne aux pouvoirs politiques les moyens de nous diviser encore un peu plus et de nous faire tous perdre beaucoup.

## 2.2. Elections diverses :

- ❖ **Le SYNMAJ lance actuellement un appel à candidature pour les élections des membres de son Conseil d'Administration. Tous les membres à jour de leur cotisation 2015 peuvent se présenter et il vous sera permis de procéder au vote par voie électronique. Vous recevrez prochainement la marche à suivre.**
- ❖ **Le SYNMAJ est en charge de l'organisation des élections au Conseil d'Administration de la FMC HGE pour le Collège Libéral. Tous les hépato-gastroentérologues libéraux peuvent se présenter. Seuls pourront participer au vote les membres du SYNMAJ à jour de cotisation 2015 tel que prévu dans nos statuts. Un appel à candidature vous sera très prochainement envoyé.**

## 3 – RUBRIQUE QUESTIONS / REPONSES

- **Docteur B. – 9 octobre 2015**

Bonjour,

Je ne comprends décidément rien au syndicalisme parisien. Très joli de défendre depuis des années le secteur 2 alors que nos tarifs ne bougent pas voire diminuent (cf l'écho) alors que nos charges augmentent, que nos tâches administratives augmentent. La CSMF a-t-elle terminé le mouvement de grève de la télétransmission de début d'année ? J'ai l'impression de ne pas avoir reçu d'info alors que je suis adhérent. La ROSP négociée par la CSMF nous transforme progressivement en agriculteur qui vivra de subventions ! L'exemple était trop tentant vu les résultats pour eux. Dans l'Ain c'est une coordination non syndicale qui appelle à faire grève le 5 octobre et j'aurai beaucoup de plaisir à suivre ce mouvement malgré l'attitude du syndicat auquel j'adhère.

**Réponse du Docteur Franck DEVULDER, Président - 12 octobre 2015**

*J'ai bien pris note de vos questions quant à la position de la CSMF et de l'U.MES.PE concernant le mouvement de grève de télétransmissions débuté en début d'année, la RSP ou encore le non soutien par la CSMF de la récente grève initiée par bon nombre de coordinations. Afin que vous puissiez avoir une réponse précise et argumentée à l'ensemble de vos questions, je transmets votre message au Docteur Patrick GASSER, hépato-gastroentérologue et Président de l'U.MES.PE qui ne manquera pas de vous répondre. Permettez-moi simplement de rappeler en pièce jointe l'e-journal d'hépatogastroentérologie écrit en mai dernier par le Docteur*

Thierry HELBERT intitulé « La ROSP des hépato-gastroentérologues : nous sommes bons, voire trop bons ! ». Cette rémunération sur objectif de santé publique a été augmentée de 30% pour atteindre en 2014 une moyenne de 2123 euros, la fourchette allant de 1100 à 3000 euros pour les 25 hépato-gastroentérologues les mieux rémunérés. Avec les cardiologues et les médecins généralistes, nous sommes les seuls professionnels à pouvoir en bénéficier. L'ensemble des autres spécialités nous envie et demande à la CNAMTS une ouverture de cette ROSP à leur spécialité permettant une rémunération complémentaire saluant la bonne pratique médicale. Il ne s'agit en rien d'un renoncement au paiement à l'acte qui constitue la base de la médecine libérale et de notre rémunération. Nous avons tous conscience que la valeur de la consultation et de nombreux actes techniques entre autres dans notre spécialité est certainement insuffisante. Nous nous employons avec la plus grande énergie pour obtenir une revalorisation financière. Des avancées devraient d'ailleurs voir le jour en ce qui concerne les biopsies chez les patients souffrant de MICI ou d'EBO long d'ici la fin de l'année. Elles devraient être annoncées au symposium du SYNMAAD lors des JFHOD où j'espère pouvoir vous compter parmi nous.

➤ Docteur R. – 6 octobre 2015

Que répondre à ce mail du directeur de la clinique qui nous interdit de faire des examens en externe ?

Mesdames, Messieurs. Chers Confrères.

Les contrôles ARS réalisés sur la clinique XX mettent en exergue le refus définitif pur et simple par la CPAM de la prise en charge par les Cliniques au Bloc Opératoire d'actes réalisés sans anesthésie. Quel que soit la complexité de celui-ci, il est systématiquement refusé et considéré comme un acte externe (même avec lambeau, même avec une prise en charge complexe, même de la cancérologie, les AMOS, les PIC-UNE, les PAC, les fibros...)

Donc, il est clair que les Cliniques ne peuvent plus accepter de prendre en charge ces patients selon cette modalité sous AL ou sans anesthésie, du fait de la perte financière que cela engendre et de la responsabilité qui perdure malgré tout pour la Clinique!

Désormais, seuls seront admis dans les Blocs Opératoires (y/c l'endoscopie) les patients bénéficiant d'un acte d'anesthésie (AG-AIR-mbcte) bien sur justifié, cela impliquant une consultation d'anesthésie 48h avant sauf urgence.

Les actes sans anesthésie devront être réalisés dans des Cabinets des Praticiens "".

Ne sont pas concernés:

- les endoscopies urinaires
- les endoscopies bronchiques

Cette information vous avait déjà été donnée l'année dernière à titre Informatif dans l'attente d'une attitude définitive de la CPAM qui est désormais très claire.

Merci aux Chefs de Blocs d'informer les Praticiens concernés, les Anesthésistes, aux présidents de CME de le mettre à l'ordre du Jour des prochaines (ME et/ou de diffuser aussi aux Praticiens concernés.

**Lettre du Dr Franck DEVULDER, Président à la Directrice de la CPAM du département concerné :**

Madame la Directrice, J'ai été alerté en ma qualité de Président du SYNMAAD par le Docteur X, hépato-gastroentérologue à X, exerçant au sein des établissements X. Mon confrère a reçu de la part de son Directeur d'établissement un courriel annonçant que les établissements X n'admettraient dans les blocs opératoires que les patients bénéficiant d'une anesthésie générale, les actes sans anesthésie devant être réalisés dans les cabinets des praticiens. Le Directeur de cet établissement appuierait cette décision sur « le refus définitif pur et simple par la CPAM de la prise en charge par les cliniques, au bloc opératoire, d'actes réalisés sans anesthésie ». Pouvez-vous, Madame la Directrice, me confirmer que la CPAM de X n'a pas pris cette décision ? Vous savez en effet comme moi que certains actes d'endoscopie, et en particulier les gastroscopies, peuvent, selon les circonstances médicales, être effectuées avec ou sans anesthésie générale dans le cadre d'un bloc opératoire d'endoscopies digestives. Dans les deux cas, ces actes donnent droit à une facturation différente selon les modalités choisies pour des raisons médicales. Si vous me confirmez que les propos que vous prête le Docteur X sont erronés, j'adresserai alors une lettre à Monsieur X, Directeur Général de l'ARS X, pour lui signaler ce refus caractérisé de prise en charge des patients relevant d'un acte médical. Compte-tenu de l'urgence de la situation, le Docteur X ayant annoncé aux praticiens de ses établissements que cette décision entrerait en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre, je vous remercie de bien vouloir me répondre dans l'urgence.

**Réponse obtenue de la Direction de la CPAM de X :**

J'ai pris connaissance du courrier du Docteur DEVULDER rapportant le signalement du Docteur X hépato-gastroentérologue exerçant au sein de la Clinique X relatif à un courriel adressé par le Docteur X, Directeur de cette structure, par lequel ce dernier annonçait aux praticiens concernés que les établissements de son groupe n'admettraient plus dans leurs blocs opératoires que les seuls patients

devant bénéficier d'une anesthésie générale, les actes sans anesthésie devant être réalisés au cabinet des médecins, appuyant cette décision sur "le refus définitif pur et simple par la CPAM de la prise en charge, par les cliniques, au bloc opératoire, d'actes réalisés sans anesthésie". Ni la Caisse, ni le Service Médical n'ont bien sûr formulé une telle interdiction auprès des établissements de la circonscription. D'une analyse succincte, en l'absence d'éléments plus précis sur la teneur du courriel adressé à vos confrères et des circonstances dans lesquelles celui-ci leur a été envoyé, il ressort qu'il pourrait s'agir d'un raccourci personnel des règles de facturation qui, elles, sont régulièrement rappelées aux Directeurs d'établissement notamment à l'occasion des contrôles T2A dont leurs structures peuvent faire l'objet. Je rappelle en effet que pour ce qui est des endoscopies oeso-gastroduodénales, l'arrêté de classification du 19 février 2009 prévoit qu'elles donnent lieu, lorsqu'elles sont réalisées sans anesthésie à une rémunération sur la base d'un forfait environnement SE1 et non pas d'un GHS: cet acte est effectivement moins rémunérateur pour l'établissement qu'un GHS. En tirer cependant la conclusion que la Caisse refuse de ce fait qu'elles soient réalisées en établissement est pour le moins osé et relève d'une mauvaise foi évidente. Pour me permettre, la Caisse étant mise en cause, de donner à cette affaire la suite qui convient, je vous saurais gré de bien vouloir m'adresser une copie du courriel du Docteur X et me confirmer les circonstances exactes dans lesquelles cette instruction a été diffusée (information préalable en CME? date de l'instance? date du courriel?). De façon plus pragmatique, il serait peut-être bon que le Docteur X, avec ses collègues puisse venir nous expliquer de vive voix ce qui s'est passé

➤ Docteur F. – 19 septembre 2015

J'aimerais avoir votre avis concernant ma « marge de manœuvre » sur l'application de mes tarifs de consultation.

Gastroentérologue installé depuis 1988, j'exerce en secteur 1 (je ne suis pas ancien chef de clinique ou ancien assistant des hôpitaux universitaires) en cabinet libéral.

Jusqu'alors, je donne des rdv de cs toutes les demi-heures avec tarifs à 28, 33 ou 46 euros selon parcours de soins. Pour les urgences, je n'applique pas dépassement. « J'en ai assez » de ces tarifs ! et j'ai envie de changer sans m'attirer les foudres de la CPAM. Tout d'abord, puis-je faire comme beaucoup de mes confrères médecins généralistes, d'une part, des plages horaires de cs sans rdv aux tarifs 28.33 et 46 euros et d'autre part, des plages horaires sur rdv avec dépassements d'honoraires ? Je consulte le samedi matin (vieux école !) : je pense pouvoir appliquer sans problème un dépassement pour ce jour-là et pour tous les patients sauf CMU et quelques ALD ? De plus en plus de patients n'honorent pas leur rdv de cs et ne préviennent même pas ! Pour ceux qui sont manifestement de mauvaise foi, puis-je appliquer un DE s'ils reviennent et comment ? Enfin, en secteur 1, comment respecter le tact et la mesure pour les dépassements ? Quels montants je pourrai appliquer stp?

*Réponse du Docteur Franck DEVULDER, Président – 28 septembre 2015*

*Nous avons bien pris note du message que vous avez adressé au SYNMAAD concernant les éventuelles « marges de manœuvre » sur vos tarifs de consultation. J'ai bien pris note que vous étiez installé en secteur 1 depuis 1988. Vous n'êtes ni ancien chef de clinique assistant des hôpitaux universitaires ni ancien assistant des hôpitaux généraux et donc de fait, non éligible au Contrat d'Accès aux Soins que nous avons porté au sein de l'U.MES.PE-CSMF. Vous nous interrogez sur vos possibilités de liberté tarifaire. Vous n'êtes pas sans avoir que l'U.MES.PE-CSMF soutenu par le SYNMAAD va fortement pousser à l'aube de la future convention qui sera signée fin 2016 pour un élargissement du Contrat d'Accès aux Soins à tous les professionnels et une meilleure harmonisation sur le territoire national. A défaut, nous réclamerons un espace de liberté tarifaire ouvert à tous les médecins puisque l'Assurance Maladie ne peut manifestement financièrement pas suivre nos recommandations légitimes avec des honoraires bloqués depuis de très nombreuses années. Aujourd'hui, étant installé en secteur 1, votre seule possibilité est l'application du dépassement exceptionnel pour exigence particulière du patient (DE). Cela peut s'appliquer entre autres, comme la CSMF nous l'a d'ailleurs recommandé, aux patients n'honorant pas leur rendez-vous. La consigne syndicale est d'appliquer un dépassement exceptionnel lors d'un rendez-vous ultérieur et si manifestement le patient fait preuve d'une certaine mauvaise foi. Ce dépassement exceptionnel peut également être appliqué pour des exigences particulières entre autres en ce qui concerne une demande d'horaire de rendez-vous. Nous ne pouvons raisonnablement pas vous conseiller d'en faire plus et d'ouvrir des consultations avec dépassements d'honoraires fusse le samedi matin au risque que votre CPAM vous demande de justifier vos pratiques tarifaires.*

➤ **Docteur M. – 19 septembre 2015**

Avant d'investir dans un nouvel ensemble de matériel d'endoscopies - donc assez conséquent financièrement - destiné à la pratique en cabinet médical de ville, que pensez-vous de l'évolution de cette pratique ? Savez-vous quelles peuvent être les obligations attendues pour ces installations dans les dix années à venir (accréditations...) ? Peut-on même envisager une interdiction pure et simple de la pratique de l'endoscopie en cabinet médical de ville ? Merci pour votre précieuse réponse.

**Réponse du Docteur Franck DEVULDER – 28 septembre 2015**

*Nous avons bien pris note de l'interrogation que vous avez faite au SYNMAD quant à votre projet d'investissement dans du matériel d'endoscopie que vous destinez à la pratique au cabinet médical de ville. A ce jour, la pratique d'endoscopies au cabinet reste parfaitement autorisée sous couvert du respect absolu de toutes les contraintes liées à l'endoscopie digestive, en particulier en ce qui concerne les contraintes liées à la désinfection, au stockage du matériel, ou encore à la traçabilité exigée par les tutelles. Vous savez comme nous que cette pratique importante il y a quelques années est de moins en moins fréquemment pratiquée. A notre connaissance, aucun texte réglementaire en projet ne remettrait en cause cet exercice de l'endoscopie au cabinet. Cependant, vous devez savoir que les établissements de santé proches de votre lieu d'exercice devraient vous ouvrir assez largement les portes si vous les contactez. En effet, l'activité d'endoscopie digestive reste assez attractive pour les cliniques ou les hôpitaux sous couvert d'une modélisation et d'une organisation correctes de l'ambulatoire et du secteur d'endoscopie. Qui plus est, il est de plus en plus reconnu aujourd'hui, et cela devrait être conforté dans la publication prochaine de la mise à jour des recommandations du CLAHP (Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée), que le matériel d'usage courant à l'exercice médical dans un bloc opératoire fait partie du GHS et ne doit donc donner lieu à aucune redevance spécifique. De plus en plus d'établissements appliquent aujourd'hui cette règle et ne facturent donc pas de redevance spécifique pour le matériel d'endoscopie standard donnant droit à un GHS. Il n'en est pas de même pour la redevance administrative de plus en plus souvent tarifée au pourcentage reflétant le coût réel de la mise à disposition par l'établissement d'un certain nombre de services nécessaires à l'activité du praticien.*

➤ **Docteur G. – 17 septembre 2015**

Je quitte Paris où j'exerçais en secteur I, ce qui me convenait mais avec tout de même une charge de travail importante, et la CPAM de X, où je reprends un cabinet d'un gastro secteur II à dépassements « très modéré » me demande dans quel secteur conventionnel je me réinstalle. Mon intention serait plutôt de rester en secteur 1, mais quelques points me taraudent, pourriez-vous me rafraîchir la mémoire  
1/ sur les dépassements possibles en secteur 1, est-ce bien 1/3 des actes, comme il m'a été rapporté ?  
2/ pourriez-vous m'expliquer en quelques mots avantages et inconvénients de l'ACS, pour lequel je n'avais pas réellement prêté d'oreille ?  
3/ est-ce normal, que l'on puisse changer de convention lorsque l'on change de département et de CPAM, car je suis éligible au secteur II, mais ne l'avais pas demandé à l'époque et maintenant je m'interroge ?

**Réponse du Docteur Franck DEVULDER, Président – 21 septembre 2015**

*En réponse à vos questions : Premièrement concernant les dépassements d'honoraires. En dehors des dépassements exceptionnels (DE) qui doivent être justifiés médicalement et répondre à une demande ou une exigence précise du patient, les médecins conventionnés en secteur 1 ne peuvent pas prendre de compléments d'honoraires. Ceux d'entre eux, éligibles au Contrat d'Accès aux Soins (ancien chef de clinique assistant des centres hospitalo-universitaires et anciens assistants des centres hospitaliers généraux) qui ont adhéré au Contrat d'Accès aux Soins peuvent alors prétendre à des compléments d'honoraires, le pourcentage de patients à tarif opposable et le pourcentage global du montant des compléments d'honoraires sur la totalité de votre activité étant limité au taux moyen de dépassement des hépatogastroentérologues de la région d'exercice. A défaut, l'Assurance Maladie mettrait fin au Contrat d'Accès aux Soins que vous auriez signé. Pour mémoire, dans le cadre du Contrat d'Accès aux Soins ouvert aux médecins de secteur 2 ou aux médecins de secteur 1 éligibles, les charges sociales des actes ou consultations effectuées à tarif opposable sont prises en charge au même titre que celles des médecins secteur 1. Vous vous interrogez sur la possibilité de changement de convention en changeant de département. J'en suis également très surpris. En effet le choix du secteur d'activité dans lequel nous allons exercer est défini à la première installation en fonction du choix du médecin et de ses titres et diplômes. Une fois ce choix réalisé, les médecins qui ont fait le choix du secteur 1 ne peuvent à aucun moment prétendre rejoindre le secteur 2 dans l'état actuel des choses. C'est pour cela que nous avons, avec la CSMF et le SYNMAD, défendu le Contrat d'Accès aux Soins qui permettait d'une part aux médecins de secteur 1 titrés de prendre ce contrat avant une date limite aujourd'hui passée et pour les médecins de secteur 2, de rejoindre ce contrat tout en gardant leur exercice en secteur 2 ce qui permettait pour l'immense majorité d'entre eux de voir*

*une partie de leurs charges sociales prises en charges et certaines mutuelles solvabiliser leurs compléments d'honoraires.*

➤ **Docteur N. – 16 septembre 2015**

Après deux mois supplémentaires et une lettre recommandée à la directrice de la CPAM d'Ardèche (restée sans aucune réponse), aucune participation de la caisse dans le cadre du CAS ne m'a été versée, à ce jour. J'ai par contre la promesse que pour l'année 2014 j'aurai aussi une participation, en début 2016 ! Faut-il penser que les fonds sont épuisés ? Faut-il encore attendre ? A partir de quand peut-on estimer que l'absence de règlement constitue une rupture du contrat d'accès aux soins de la part de la CPAM et donc revenir à mes honoraires d'avant, sans perdre le bénéfice des participations dues pour les années 2013-2014-2015 (si un jour elles devaient être versées) ?

**Réponse du Docteur Franck DEVULDER, Président – 2 octobre 2015**

*Après avoir contacté les services de la CNAMTS suite à vos interrogations, j'ai obtenu une réponse du Directeur de l'offre de soins, Monsieur Philippe ULMANN. Après vérification, vous faites partie des médecins pour lesquels la CNAMTS ne disposait pas de toutes les informations permettant la mise en place du paiement (absence d'affiliation connue au risque maladie). Votre CPAM a donc sollicité cet été les organismes d'affiliation (URSSAF et RSI) et est toujours en attente de retour de leur part. Compte tenu des délais importants, la CNAMTS a contacté votre CPAM qui se mettra directement en contact avec vous afin d'obtenir les documents attestant de votre affiliation « risque maladie » ainsi que votre assiette de cotisation pour pouvoir rapidement procéder au règlement et au remboursement des charges effectuées dans le cadre du Contrat d'Accès aux Soins.*

**NB : Suite à l'intervention du SYNMAJ auprès de la CNAMTS, le Docteur N. s'est vu verser ses cotisations sociales par la CPAM dans le cadre du Contrat d'Accès aux soins pour l'année 2013.**

➤ **Docteur R. - 18 août 2015**

Je suis gastro-entérologue et je travaille pour mes endoscopies à la clinique XXXX. Je fais partie d'un groupe de 4 médecins que j'ai intégré en 2009. Depuis 2007, la clinique a adopté le principe du paiement d'une redevance au réel. Jusque là cela correspondait environ à 5% de notre chiffre d'affaire. Nous avons reçu un courrier en 2015 nous expliquant que des erreurs de calculs auraient été faite depuis plusieurs années et que cela entraînait donc une régularisation pour 2014 qui correspond à une redevance de 10.36% de notre CA. De façon non officielle, on nous a également expliqué que les cliniques de X non loin prenaient 10% de redevance, donc que l'on ne devait pas se plaindre ou rechigner... J'ai assisté au symposium en mars aux JFHOD qui expliquait pas mal de choses concernant la redevance mais je ne sais pas trop comment m'y prendre pour défendre mes intérêts dans un tel cas. Cette "erreur" me paraît colossale. Nous avons demandé à voir les chiffres, on nous a simplement fait passer la grille de salaire moyen des IDE qui nous aident pour les endoscopies (IDE d'ailleurs partagées entre les endoscopies et le service d'ambulatoire), On nous a dit que l'on ne payait jusque là que 30% de cette aide "opérateur". Auriez-vous des textes que je puisse opposer à la clinique dans un tel cas ? Que me conseillez-vous ?

**Réponse du Docteur Franck DEVULDER, Président – 11 septembre 2015**

*Les règles qui régissent l'application de la redevance due au titre de la facturation et de la gestion des honoraires des praticiens sont soumises à un argumentaire juridique précis mais essentiellement issu de la jurisprudence. Facturer la redevance est licite et ce depuis un arrêt de principe publié en 1976 (CASS. CIV. Plénière 28 mai 1976 BULL. CIV. P. 11 Docteur LECHAT). La reconnaissance de la licéité suppose que le versement d'une redevance ne soit pas considéré comme un acte de compérage ou de dichotomie. Cela suppose donc une distribution entre les honoraires nets et les honoraires bruts. Les conditions de facturation de la redevance sont basées sur le principe d'une facturation limitée au coût réel des prestations servies aux médecins. Ce « principe » résulte entre autre de l'article L. 4113-6 CSP et est régulièrement rappelé par la jurisprudence (CA DIJON CH. CIV. 1<sup>ère</sup> 5 juillet 2012). La redevance doit correspondre exclusivement, par sa nature et son coût, à un service rendu aux praticiens et sa facturation doit correspondre au coût réel. Concernant la facturation de la prestation « Gestion et recouvrement des honoraires », les décisions de jurisprudence rapportent un taux moyen allant de 3.5 à 6%. C'est en outre le cas de la Cour d'Appel de DOUAI le 29 janvier 2015 (3.4%), de la Cour d'Appel d'ORLEANS le 2 décembre 2013 (entre 3 et 5%) ou encore de la Cour d'Appel d'AIX-EN-PROVENCE le 19 avril 2012 (5%). Cette redevance peut aller très au-delà atteignant parfois 15% lorsqu'elle comprend le recouvrement des honoraires et la mise à disposition d'un bureau et d'une secrétaire (Cour d'Appel de PARIS, 27 mars 2015). Les modalités de la redevance sont soumises à des dispositions contractuelles qui obligent les parties, médecins*



et cliniques privées, à s'entendre. Si tel n'est pas le cas, les difficultés que vous rencontrez doivent être portées à la connaissance d'avocats spécialisés. La CSMF pourra vous y aider au travers de ses services juridiques. Le SYNMAD a négocié des tarifs préférentiels auprès d'avocats spécialisés afin de vous offrir les meilleures garanties de défense.

➤ **Docteur L. – 17 août 2015**

**La CNAM conteste le code d'association 5 pour les échographies réalisées avec une endoscopie oesogastroduodénale. Pouvez-vous m'adresser les documents me permettant de justifier cette cotation ?**

**Réponse du Docteur DEVULDER, Président du SYNMAD – 25 août 2015**

*Cher Confrère, Cher Ami,*

*Vous avez interrogé le SYNMAD concernant la contestation de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans l'application du code d'association 5 pour les échographies réalisées avec une endoscopie œsogastroduodénale. Le code 5 n'est à utiliser que pour des actes CCAM effectués le même jour mais à des moments différents et discontinus. Il permet de facturer à taux plein (100%) deux actes dans la même journée suivant certaines circonstances relevant de raisons médicales ou dans l'intérêt du patient. Le médecin effectuant ces actes doit alors justifier dans le dossier médical du patient les raisons qui le conduisent à appliquer le code 5 de la CCAM. Dans le cas contraire, c'est la règle générale qui s'applique pour les actes réalisés à la suite l'un de l'autre : acte dont le montant le plus élevé à 100% (code 1), et acte de montant moins élevé à 50% (code 2). Le SYNMAD reste à votre entière disposition pour plus de précisions qui nécessiteraient alors que vous nous communiquiez la lettre adressée par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Veuillez agréer, Cher Confrère, Cher Ami, l'assurance de mes salutations les plus cordiales et sincèrement dévouées.*

## **5 – ANNONCE**

Groupe de 4 gastroentérologues à forte activité, installés en clinique proche région parisienne (à 30 km de Paris, dans le 95, facile d'accès par A15) cherche gastroentérologue pour remplacement régulier. Plateau technique avec échoendoscopie et cathétérisme rétrograde.

Contact: [sophie.poiraud55@sfr.fr](mailto:sophie.poiraud55@sfr.fr) ou 06 60 08 32 54

## **5 – REMERCIEMENTS A L'INDUSTRIE**

- **NORGINE**
- **AG2R**
- **APTALIS**
- **MAUNA KEA TECHNOLOGIES**
- **BOSTON SCIENTIFIC**

## **6 – A PROPOS DU JOURNAL ELECTRONIQUE DU SYNMAD**

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