

**Application du protocole d'accord du
24 août 2004 sur le chirurgie française**

Rapport présenté par :

Christine D'AUTUME

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

***avec la collaboration
du Professeur Henri GUIDICELLI***

***Rapport n° RM2006-145P
Septembre 2006***

Par lettre du ministre de la santé et des solidarités du 4 août 2006, l'Igas a été chargée d'une mission relative à l'application du protocole du 24 août 2004 signé entre l'Etat, la caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs.

La lettre demandait à l'Igas d'établir, avec la collaboration du Professeur Henri Guidicelli, un bilan précis de l'application des différents points de cet accord, notamment de ceux relatifs à la politique tarifaire et à l'ouverture d'un secteur optionnel.

Le protocole du 24 août 2004 prévoyait un ensemble de mesures destinées à améliorer la situation des chirurgiens en France. Il comportait neuf engagements :

- L'amélioration de la formation des internes en chirurgie et l'augmentation du nombre de postes d'internes en chirurgie,
- La recomposition du paysage des plateaux techniques et la modernisation des technologies des blocs opératoires,
- la réduction de la différence de rémunération entre les secteurs 1 et 2, et l'objectif d'une revalorisation tarifaire de 25% au 1^{er} avril 2005 (point 3) compte tenu de la mise en place de la classification commune des actes médicaux et des forfaits modulables prévus au point 8,
- la rémunération forfaitaire des astreintes au 1^{er} octobre 2004 (point 4),
- la limitation des charges financières d'assurance (points 5 et 6),
- la mise en place de la nouvelle classification des actes médicaux (CCAM) et de la procédure d'accréditation au 31 décembre 2004 (point 7),
- la mise en place en complément de la CCAM de forfaits modulables- avec l'objectif de garantir une revalorisation effective des actes chirurgicaux de 12.5% dès le 1^{er} octobre 2004 - (point 8)
- le rétablissement d'un choix de secteur d'exercice pour les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux au 30 juin 2005 (point 9).

Enfin, la déclaration liminaire du protocole évoquait la possibilité de créer en chirurgie un "secteur optionnel" de liberté tarifaire encadrée, au sein duquel les dépassements des praticiens ne pourraient excéder un plafond négocié avec l'Uncam, l'Unocam et les organisations syndicales.

Jugeant que l'accord n'avait été pleinement respecté, des organisations syndicales de médecins lançaient en juillet 2006 un mouvement de grève. Leurs revendications concernaient pour l'essentiel trois sujets, l'insuffisante limitation des charges financières d'assurance, l'insuffisance des revalorisations tarifaires et l'absence de mise en œuvre du point 9. Sur le premier point, un premier accord était trouvé avec l'accroissement de la part des primes d'assurance financées par l'assurance maladie (de 55% à deux tiers selon le secteur d'exercice et dans la limite d'un plafond), la question de la stabilisation restant posée.

La mission lancée en août 2006 a consacré en priorité ses analyses, conformément à la lettre de mission, à deux questions : le contentieux tarifaire (point 3), et les conditions de restitution aux anciens chefs de clinique d'un choix de secteur d'exercice (point 9). Ses analyses se sont appuyées :

- sur les notes et études des services du ministère¹ et de la Cnamts, complétés à sa demande par divers travaux statistiques, ainsi que sur les documents établis par les syndicats à l'origine du mouvement, notamment l'UCDF ;
- sur des échanges avec les différents acteurs concernés par le conflit, services de l'Etat et de la Cnamts d'une part, syndicats représentatifs au plan national et organisations professionnelles concernées d'autre part, Union nationale des organismes complémentaires (Unocam), et personnalités qualifiées.

Ses conclusions sont les suivantes:

1.1 Les tarifs des actes chirurgicaux ont été revalorisés en moyenne de 25,2% en secteur 1 et de 13,7% en secteur 2

Le point 3 de l'accord sur la chirurgie prévoyait d'une part " la mise en place d'une politique tarifaire visant à réduire la différence de rémunération entre les chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2", *d'autre part* "un niveau tarifaire équivalent à une revalorisation des actes chirurgicaux de 25% au 1^{er} avril 2005 compte tenu de la mise en place de la CCAM et des forfaits modulables visés au § 8 "

L'accord a été mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- au 1^{er} octobre 2004, en application du point 8, une majoration transitoire de 12,5% (MTC) a été appliquée aux tarifs des actes strictement chirurgicaux (KCC) des spécialités chirurgicales visées (ensemble des spécialités sauf ORL, ophtalmologie et chirurgie plastique et reconstructrice) ;
- au 31 mars 2005, la 1^{ère} version de la classification commune des actes médicaux (CCAM V1) a été mise en place, et assortie pour les mêmes actes de chirurgie d'une majoration additionnelle des tarifs de 6,5% (modificateur J). S'y est ajoutée pour les seuls chirurgiens du secteur 1 et ceux du secteur 2 ayant choisi l'option de coordination une deuxième majoration de 11,5% (modificateur K). Ces mesures se sont substituées à la MTC.

Il convient de préciser que la CCAM vise à promouvoir une hiérarchisation tarifaire plus rationnelle et plus équitable des actes techniques médicaux, fondée sur des critères objectifs (pénibilité, technicité, temps de réalisation). Au terme de plusieurs années de travaux, cette refonte des tarifs des actes techniques a été validée par les partenaires conventionnels. L'accord sur la Ccam prévoit que la convergence des tarifs vers ceux de la Ccam-cible sera réalisée par étapes. La mise en place de la CCCAM V1 puis V2 s'est donc traduite, conformément aux objectifs poursuivis, par des revalorisations variables des tarifs des actes chirurgicaux.

¹ DSS, DREES et DHOS

Au 1^{er} septembre 2005 une nouvelle version de la CCAM (CCAM V2) a été mise en place. Outre l'ajustement à la hausse des tarifs de certains actes chirurgicaux, le bénéfice du modificateur K a été étendu aux actes pratiqués sur des bénéficiaires de la CMU, aux actes pratiqués en urgence (c'est-à-dire aux actes ne pouvant donner lieu à dépassement).

Suite à ces mesures, la hausse des tarifs en secteur 1 et secteur 2 est au minimum de 18% en secteur 1 (J+K) et de 6, 5% en secteur 2 (J). Il convient d'ajouter à ces mesures l'impact de la mise en place de la Ccam.

1.1.1 Les divergences d'appréciation sur la hausse réelle des tarifs de chirurgie reflètent des différences de méthode.

Il faut d'abord souligner que si les tarifs de chirurgie en secteur 1 ont augmenté de 25% en moyenne, cela ne signifie nullement les honoraires de tous les chirurgiens ont progressé dans les mêmes proportions. En effet :

- les actes chirurgicaux ne représentent d'abord qu'une fraction des honoraires des chirurgiens (qui comprennent aussi des actes techniques, des actes cliniques, des forfaits de gardes et d'astreintes);
- la hausse des tarifs correspond à l'augmentation du prix des actes chirurgicaux (effet-prix) mais l'évolution des honoraires fait aussi intervenir l'évolution du nombre d'actes chirurgicaux (effet volume) ; or les volumes d'actes chirurgicaux semblent avoir un peu diminué sur la période ;
- il faut aussi tenir compte du fait que les tarifs de référence NGAP des actes chirurgicaux pris pour calculer la hausse peuvent parfois être inférieurs aux tarifs qui étaient en réalité appliqués ; la hausse réelle est dans ce cas moindre que prévu.²
- enfin et surtout, l'impact effectif des hausses tarifaires sur les honoraires des chirurgiens dépend de leur profil d'activité : s'ils pratiquent essentiellement des actes peu ou pas revalorisés par la CCAM, cet impact peut s'avérer sensiblement plus faible.

- L'Union des Chirurgiens de France (UCDF) évalue la hausse des tarifs sur des panels d'actes et non sur la totalité des actes chirurgicaux visés par l'accord. Pour les 50 actes les plus fréquents, elle évalue la hausse à 18-20% en secteur 1 et 6-8% en secteur 2.
- La CNAMTS évalue pour sa part la hausse sur l'ensemble des actes chirurgicaux relevant du champ de l'accord. Elle atteint 25,2% en secteur 1 et 13,7% en secteur 2 (15, 5% en tenant compte de l'extension au secteur 2 de la majoration K aux actes réalisés en urgence ou auprès de bénéficiaires de la CMU).

² C'est notamment le cas pour certains actes nécessitant par exemple deux interventions : en CCAM, un seul acte est tarifé alors qu'en NGAP, la pratique était de tarifier la première intervention à 100% du tarif NGAP et la deuxième à 50% ; par ailleurs des pratiques ponctuelles de surcotation étaient acceptées par certaines caisses d'assurance maladie.

Ces divergences reflètent pour l'essentiel les différences de champ des actes pris en compte. En reprenant le panel de l'UCDF³, la Cnamts aboutit en effet à une hausse moindre que sur la totalité des actes : 22% en secteur 1 et 10% en secteur 2. Ce panel comporte en effet beaucoup d'actes peu ou pas revalorisés par la CCCAM. Par exemple, l'extraction de la grande veine saphène par abord direct qui l'acte le plus fréquent en chirurgie vasculaire n'a connu aucune revalorisation au titre de la CCCAM. Les chirurgiens concernés ne bénéficient donc pas d'une hausse de 25%.

S'il est vrai que selon les profils d'activité des chirurgiens, la hausse des tarifs chirurgicaux peut être inférieure ou supérieure à 25%, l'Igas considère que la méthode d'évaluation de la Cnamts fondée sur le calcul de la hausse moyenne de tous les actes chirurgicaux visés par l'accord pondérée par leurs fréquences relatives n'est pas contestable. Le point 3 de l'accord se réfère en effet à une hausse de 25% "*compte tenu de la mise en place de la Ccam*". Elle ne pouvait être uniforme pour tous les actes et tous les chirurgiens.

Pour l'Igas, l'engagement d'une revalorisation tarifaire de 25% est donc respecté.

Pour le Pr Henri Guidicelli, le calcul de la Cnamts ne reflète pas l'esprit de l'accord, puisqu'une part importante des chirurgiens n'a pas bénéficié d'une hausse de 25% .

Selon les données provisoires sur la distribution de la hausse transmises par la Cnamts à la demande de la mission, la moitié des chirurgiens aurait bénéficié d'une hausse au moins égale à 25% en secteur 1, et 15% en secteur 2 (22,5% et 11% pour les gynécologues).

1.1.2 La différenciation de la revalorisation des tarifs entre secteur 1 et secteur 2 est également conforme à l'accord

Le point 3 comporte en effet un objectif de réduction des différences de rémunération entre secteur 1 et secteur 2. La restriction de la majoration de 11,5% (facteur K) aux chirurgiens du secteur 1 est donc conforme à l'accord.

Il n'est pas possible en effet de soutenir que la réduction des différences de rémunération devait résulter de la mise en place d'un secteur optionnel. La création d'un secteur optionnel n'est en effet évoquée que dans le titre liminaire de l'accord et n'a pas valeur d'engagement des signataires.

La mission constate toutefois que de ce fait, deux tarifs opposables sont dorénavant associés à un même acte. Le choix de cette modalité de réduction des différences de rémunération qui ajoute à la complexité du paysage tarifaire actuel ne lui paraît opportune

³ Hors actes ne relevant pas du champ de l'accord comme la cataracte

1.2 L'engagement de mettre fin à la problématique des anciens chefs de clinique n'a pas été respecté

Depuis 1990, les conventions médicales réservent le bénéfice du secteur 2 aux médecins anciens chefs de clinique qui s'installent pour la 1^{ère} fois. Cette restriction a été instaurée pour maintenir une part suffisante de spécialiste en secteur 1 à tarifs opposables. Les anciens chefs de clinique qui ont opté initialement pour le secteur 1 se voient donc refuser le bénéfice du secteur 2 alors qu'ils ont les mêmes titres et plus d'expérience que leurs jeunes confrères. Le point 9 du protocole prévoyait donc qu'il serait mis fin à cette situation peu satisfaisante en rendant aux anciens chefs de clinique "un choix de secteur d'exercice".

L'interprétation du point 9 soulève deux questions, celle de son champ d'application, limité aux spécialistes en chirurgie ou étendu à tous les anciens chefs de clinique, et celle de ses modalités, bénéfice du secteur 2 ou du secteur optionnel mentionné dans le titre liminaire du protocole.

Aucune négociation n'a pu être engagée jusqu'à présent sur sa mise en œuvre en raison de l'opposition du conseil de l'UNCAM. Celui-ci a rejeté toute perspective de passage en secteur 2 des anciens chefs de clinique, et considéré qu'engager des négociations sur l'ouverture d'un secteur optionnel n'était pas opportun au regard de l'ensemble des avantages déjà accordés aux chirurgiens et de ses conséquences pour les assurés.

Quelles que soient les ambiguïtés du point 9, la mission considère qu'il n'est pas possible d'accorder aux anciens chefs de clinique en chirurgie le bénéfice du secteur 2. On compte en effet déjà 80% de chirurgiens dans ce secteur, et comme les chirurgiens de secteur 1 sont pratiquement tous des anciens chef de clinique, leur accorder le bénéfice du secteur 2 conduirait à la disparition quasi complète du secteur 1. Or, on ne peut envisager de priver les assurés de toute possibilité d'accès à des soins chirurgicaux intégralement remboursables, compte tenu des disparités de couverture des dépassements par les organismes complémentaires d'assurance maladie. Le service public hospitalier n'est par ailleurs pas en mesure d'assurer sans délais le relais nécessaire.

Seule la perspective de création d'un secteur optionnel peut donc permettre d'honorer les engagements du point 9. Elle n'est toutefois pas exempte de risques qu'il conviendra de maîtriser.

1.2.1 La mise en place d'un secteur optionnel n'est pas exempte de risques.

Le risque le plus important est celui d'un moindre accès à des soins à des soins à tarif opposable. Il y a aujourd'hui 20% de chirurgiens en secteur 1. Si la totalité d'entre eux passe en secteur optionnel avec la possibilité de pratiquer des dépassements, l'offre de soins chirurgicaux intégralement remboursable⁴ par l'assurance maladie va mécaniquement régresser. Il est nécessaire de prévoir que les chirurgiens choisissant le

⁴ En dehors du forfait de 18 € instauré récemment.

secteur optionnel devront effectuer une part d'activité à tarif opposable, mais l'offre globale à tarif opposable ne sera maintenue à son niveau actuel que si le secteur optionnel attire suffisamment de chirurgiens du secteur 2. i.

Par ailleurs, même si un plafond est instauré pour garantir la modération des dépassements en secteur optionnel, en l'absence d'engagements suffisants des complémentaires le différentiel sera à la charge des assurés.

La mise en place du secteur optionnel pourrait par ailleurs s'avérer coûteuse pour l'assurance-maladie. En effet, pour attirer suffisamment de chirurgiens du secteur 2 en secteur optionnel, l'assurance maladie devra leur consentir des avantages tarifaires et sociaux. Le coût estimé aujourd'hui varie entre 30 et 60 M€, qui s'ajouteraient aux 112 M€ dépensés par l'assurance maladie pour les 4000 chirurgiens.

En cas d'ouverture du secteur optionnel à l'ensemble des anciens chefs de clinique ces risques seraient évidemment fortement accrus.

Toutefois, il n'y a guère d'alternative à la mise en place d'un secteur optionnel pour honorer les engagements du point 9. Ouvrir aux anciens chefs de clinique le bénéfice de l'option de coordination aujourd'hui réservée aux spécialistes du secteur 2 est une hypothèse, mais a priori insuffisamment attractive par les chirurgiens qui bénéficient de la majoration de 11,5% en secteur 1.

Le secteur optionnel pourrait par ailleurs s'il est convenablement cadré préfigurer une rénovation du paysage conventionnel plus satisfaisante pour les assurés et les médecins. Il constituerait dans cette perspective le point de convergence à terme du secteur 1 et du secteur 2.

1.2.2 L'ouverture de négociations sur la mise en place d'un secteur optionnel pour les assurés est souhaitable sous réserve de garanties pour les assurés.

Ces garanties portent d'abord sur le paramétrage du système optionnel. La négociation devra prévoir une part d'actes à tarif opposable, un plafond de dépassement, et des avantages sociaux et tarifaires pour les médecins qui permettent de préserver l'accès aux soins des assurés et de contenir les dépenses d'assurance maladie. Le contrôle du respect de ces paramètres devra être garanti dans la durée.

La transparence des dépassements devra également être garantie, tant par la fourniture préalable d'un devis chirurgical que par l'accès aux données sur les tarifs moyens des actes dans leur région. Par ailleurs, il conviendrait que la possibilité de facturer des dépassements soit liée à des engagements de qualité spécifiques et vérifiables. La mission préfère à cet égard les termes "secteur promotionnel" aux termes "secteur optionnel".

L'Igas estime que pour favoriser la convergence du secteur 2 vers le secteur optionnel, il serait nécessaire pour les nouvelles installations de substituer le secteur optionnel au secteur 2. Cet avis n'est pas partagé par le Professeur Guidicelli.

Enfin, pour éviter des différentiels de rémunération excessifs entre chirurgiens du secteur 2 et chirurgiens du secteur optionnel, l'Igas propose également que les dépassements ne puissent être couverts par les complémentaires au delà d'un seuil maximal à fixer dans la négociation.

En conclusion, la mission recommande de réserver dans un premier temps le bénéfice du secteur optionnel à la chirurgie dans le cadre d'un dispositif évaluable.

S'agissant des autres points de l'accord, leur mise en œuvre paraît dans l'ensemble effective ou bien engagée. Les conditions de mise en œuvre des propositions formulées en matière de formation et de réorganisation des plateaux techniques chirurgicaux restent toutefois à définir. Par ailleurs, sur la question de la stabilisation des primes d'assurance, la mission est d'avis d'expertiser l'hypothèse d'un transfert à l'Oniam de leur gestion.

« Un rapport complémentaire du Professeur Guidicelli exprimant ses réserves sur l'application de certains points de l'accord est annexé au rapport de synthèse de l'Igas ».

**Application du protocole d'accord
du 24 août 2004 sur la chirurgie
française**

présenté par :

Christine D'AUTUME
Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé***

Rapport n° RM2006-145P
Septembre 2006

Sommaire

PREMIÈRE PARTIE : LE CONTENTIEUX TARIFAIRE.....	8
1.1 LES POSITIONS EN PRÉSENCE	8
1.1.1 <i>Pour les syndicats à l'origine du mouvement, ni les modalités de revalorisation ni leur niveau ne sont conformes aux engagements pris.</i>	8
1.1.2 <i>Pour la Cnamts et la DSS, la modulation du niveau de revalorisation selon le secteur d'exercice est conforme à l'accord, et la hausse des tarifs chirurgicaux atteint bien 25% en secteur 1.</i>	10
1.2 LES CONCLUSIONS DE LA MISSION	10
1.2.1 <i>Les chirurgiens ont bénéficié pour leurs actes strictement chirurgicaux d'une revalorisations tarifaire de 25% en moyenne en secteur 1 et les termes du point 3 sont donc respectés.</i>	10
1.2.2 <i>La moindre revalorisation tarifaire en secteur 2 est également conforme à l'accord mais le choix de ses modalités aurait pu être mieux réfléchi</i>	14
1.2.2.1 <i>La revendication de l'extension du bénéfice de la revalorisation de 25% au secteur 2 ne peut s'appuyer sur les termes de l'accord.</i>	14
1.2.2.2 <i>Les modalités de traitement des différences de rémunération auraient toutefois pu être mieux réfléchies</i> 15	
DEUXIÈME PARTIE : LA PROBLÉMATIQUE DES ANCIENS CHEFS DE CLINIQUE ET ASSISTANTS BLOQUÉS EN SECTEUR 1.....	17
2.1 LE POINT 9 DE L'ACCORD N'A PU ÊTRE MIS EN ŒUVRE EN RAISON DE L'OPPOSITION DE L'UNCAM DANS UN CONTEXTE DE DIVERGENCES PERSISTANTES SUR SON INTERPRÉTATION.....	19
2.1.1 <i>Les divergences concernent la nature du secteur d'exercice visé au point 9 Accas et le champ des spécialités concernées</i>	19
A l'opposé, la majorité des syndicats de médecins signataires estimaient que le point 9 de l'accord visait clairement à rendre aux anciens chefs de clinique une possibilité d'accès au secteur 2, la création du secteur optionnel visant à leur offrir une alternative; et qu'il prévoyait le bénéfice de cet accès pour l'ensemble des anciens chefs de clinique et non les seuls spécialistes en chirurgie.	19
2.2 LES ENJEUX SOCIAUX ET FINANCIERS DE LA CRÉATION D'UN SECTEUR OPTIONNEL APPARAISSENT MAJEURS POUR LE SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE	21
2.2.1 <i>La mise en place d'un secteur optionnel présente des risques qui ne doivent pas être sous-estimés.</i>	22
2.2.1.1 <i>Le risque essentiel est celui d'une diminution de l'offre de soins à tarif opposable pour les assurés</i>	22
2.2.1.2 <i>La mise en place d'un secteur optionnel risque d'être coûteuse et de peser sur les assurés</i>	23
2.2.1.3 <i>L'extension immédiate du secteur optionnel à l'ensemble des spécialités serait imprudente</i>	24
2.2.2 <i>Renoncer au secteur optionnel serait périlleux dans le contexte actuel.</i>	25
2.3 LA MISE EN PLACE D'UN SECTEUR OPTIONNEL EN CHIRURGIE EXIGE UN CADRAGE RIGOREUX ET UNE MODÉRATION GLOBALE DES DÉPASSEMENTS.....	26
2.3.1 <i>Un cadrage rigoureux est indispensable pour prévenir tout risque de dérive</i>	26
2.3.1.1 <i>La mise en place du secteur optionnel doit comporter des garanties renforcées pour les assurés</i>	26
2.3.1.2 <i>La possibilité de facturer des dépassements devrait être liée à des engagements de qualité vérifiables</i> ...	28
2.3.2 <i>La mise en place du secteur optionnel ne peut être sans conséquence pour le secteur 2 et nécessite des engagements des organismes complémentaires d'assurance maladie.</i>	28
2.3.2.1 <i>La mise en place du secteur optionnel ne peut être sans conséquence pour le secteur 2.</i>	28
2.3.2.2 <i>Des engagements des organismes complémentaires d'assurance maladie pour améliorer la couverture des dépassements dans le cadre du secteur optionnel</i>	29
2.3.3 <i>La mission préconise la mise en place du secteur optionnel dans le cadre d'un dispositif soumis à évaluation.</i>	29

ANNEXES

Par lettre du ministre de la santé et des solidarités du 4 août 2005, l'Igas a été chargée, avec la collaboration du Professeur Guidicelli, d'une mission relative à l'application du protocole d'accord sur la chirurgie du 24 août 2004 signé entre l'Etat, la caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs.

La lettre demande à l'Igas d'établir un bilan précis de l'application de cet accord, en particulier des points relatifs à la politique tarifaire et à l'ouverture d'un secteur optionnel.

Dans un contexte marqué en 2004 notamment par la diminution du nombre d'internes choisissant cette spécialité et la hausse tendancielle des primes d'assurance de responsabilité civile, le protocole du 24 août 2004 prévoyait un ensemble de mesures destinées à “sauver la chirurgie française”. L'accord comportait neuf points, pour l'essentiel relatifs à l'amélioration des conditions de rémunération des chirurgiens libéraux, à l'exception des points 1 et 2 (formation des internes en chirurgie d'une part, et recomposition de l'offre de plateaux techniques sur le territoire d'autre part). Les engagements portaient sur :

- la réduction de la différence de rémunération entre les secteurs 1 et 2, et l'objectif d'une revalorisation tarifaire de 25% au 1^{er} avril 2005 (point 3) compte tenu de la mise en place de la classification commune des actes médicaux et des forfaits modulables prévus au point 8,
- la rémunération forfaitaire des astreintes (point 4),
- la limitation des charges financières d'assurance (points 5 et 6),
- la mise en place de la nouvelle classification des actes médicaux (CCAM) et de la procédure d'accréditation (point 7),
- la mise en place en complément de la CCAM de forfaits modulables- avec l'objectif de garantir une revalorisation effective des actes chirurgicaux de 12. 5% dès octobre 2004 - (point 8),
- le rétablissement d'un choix de secteur d'exercice pour les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux (point 9).

Enfin, la déclaration liminaire du protocole évoquait la possibilité de créer un “secteur optionnel” de liberté tarifaire encadrée, au sein duquel les dépassements des praticiens ne pourraient excéder un plafond négocié avec l'Uncam, l'Unocam et les organisations syndicales.

Un échéancier précis de mise en œuvre échelonnée des mesures était fixé : 1^{er} octobre 2004 pour la rémunération des astreintes (point 4) et la revalorisation des actes chirurgicaux de 12,5 % (point 8), 31 décembre 2004 pour la mise en place de la CCAM et de l'accréditation, 1^{er} avril 2005 pour la revalorisation de 25%, et enfin 30 juin 2005 pour le choix du secteur d'exercice.

Une partie des organisations syndicales, notamment de chirurgiens, considère que l'accord n'a pas été entièrement respecté. Trois sujets essentiels de contestation sont à l'origine de la grève lancée le 24 juin 2006: l'insuffisante limitation des charges financières d'assurance, l'insuffisance des revalorisations tarifaires, et la non mise en œuvre du point 9.

Suite à ce mouvement de grève, un premier accord a été trouvé sur la question des primes d'assurance, le gouvernement et la Cnamts ayant accepté d'accroître la part des charges d'assurance des praticiens financées par l'assurance maladie (de 55% à deux tiers,

selon le secteur et les spécialités, et sous réserve d'engagement des médecins dans une démarche qualité). Le coût pour l'assurance maladie est estimé à 30 M€ en année pleine.

En revanche, les désaccords subsistent d'une part sur les modalités et l'impact réel des revalorisations tarifaires (point 3), et d'autre part sur les modalités de rétablissement d'un choix de secteur d'honoraires pour les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux (point 9).

La conduite de la mission, s'agissant tant de son champ d'analyse que de ses objectifs et de sa méthode, a été adaptée à la brièveté des délais fixés par la lettre de mission, qui prévoyait une remise du rapport le 10 septembre et une note d'étape le 23 août.

En vue du point d'étape du 23 août, la mission a donc examiné en priorité la question du contentieux tarifaire. Elle a analysé dans une deuxième étape celle du choix d'un secteur d'exercice pour les anciens chefs de clinique et assistants, et pris connaissance du bilan de l'application des autres points de l'accord. Il semblait utile en effet de disposer d'un bilan précis de l'impact des revalorisations tarifaires avant d'aborder la problématique de la restitution d'un choix de secteur d'exercice pour les anciens chefs de clinique et assistants.

Les analyses de la mission et conclusions se sont appuyées :

- d'une part sur les notes et études des services du ministère¹ et de la Cnamts, complétés à sa demande par divers travaux statistiques, ainsi que les documents établis par les syndicats à l'origine du mouvement, notamment l'UCDF ;
- d'autre part des échanges avec les différents acteurs concernés par le conflit, services de l'Etat et de la Cnamts d'une part, syndicats représentatifs au plan national et organisations professionnelles concernées d'autre part, et organismes ou personnalités qualifiés

Les données générales relatives à la situation des chirurgiens permettant d'éclairer le conflit actuel et ses enjeux, ainsi que le bilan de l'application des six autres points de l'accord² feront d'abord l'objet d'une brève synthèse.

La mission présentera ensuite ses conclusions sur la question du contentieux tarifaire (Ière partie), et ses analyses et propositions concernant celle de la création du secteur optionnel (IIème partie).

¹ DSS, DREES et DHOS

² formation (point 1), reconstitution des plateaux techniques (point 2), permanence des soins chirurgicaux (point 4), modération des primes d'assurance (point 5 et 6), mise en œuvre de la CCAM et de l'accréditation (point 7).

Préambule : Situation de la chirurgie en France et bilan des mesures autres que tarifaires.

La situation de la chirurgie en France

- Une moindre attractivité, et un risque de disparition du secteur 1

Une moindre attractivité

On comptait 11 220 chirurgiens en France en 2004 (gynécologues-obstétriciens inclus), et 5741 hors gynécologues³. Selon les perspectives démographiques établies par l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, cet effectif pourrait connaître une légère diminution à l'horizon 2025 (-2%)⁴. Si cette évolution ne paraît pas alarmante, elle peut toutefois recouvrir des évolutions plus contrastées au cours de la période, géographiquement, et par type de spécialités chirurgicales. La féminisation de la profession pourrait par ailleurs infléchir à terme l'offre effective de soins chirurgicaux⁵. Mais c'est surtout la moindre attractivité des postes de chirurgie qui suscite l'inquiétude des chirurgiens : la hiérarchie des choix de postes d'internes à l'issue de l'examen national classant (ENC) s'est modifiée dans la période récente, les postes de spécialités médicales étant dorénavant préférés aux postes de spécialités chirurgicales⁶.

Ces tensions démographiques ne sont toutefois pas spécifiques à la chirurgie. Les départs massifs à la retraite des générations du baby boom dans les 10 prochaines années, les difficultés pour attirer les médecins dans certaines zones, notamment rurales, la féminisation de la profession, concernent ainsi particulièrement outre les généralistes d'autres spécialités comme la psychiatrie, l'ophtalmologie et les ORL. Par ailleurs, si les postes d'internes de chirurgie sont passés en seconde position derrière les spécialités médicales, leur perte d'attractivité n'est que relative car ils sont tous pourvus, malgré leur augmentation sensible en 2005⁷.

Une diminution régulière et problématique des chirurgiens en secteur 1

Les chirurgiens exerçant en secteur 1 regroupent des médecins autorisés à pratiquer des dépassements permanents, et surtout des anciens chefs de clinique et assistants (environ 900) ayant opté à l'origine pour le secteur 1 et privés depuis de la possibilité de revenir sur ce choix. Or, ces médecins qui possèdent les titres requis pour l'exercice en secteur 2 et sont au surplus expérimentés, voient aujourd'hui la quasi totalité de leurs jeunes confrères s'installer dans le secteur 2 qui leur est refusé. Il s'agit d'une situation objectivement peu satisfaisante qui contribue fortement au mécontentement de la profession⁸.

³ Soit l'équivalent de 4349 actifs à part entière Source SNIR 2004

⁴ Sur la base d'un numérus clausus à 7000 et d'un maintien de la répartition observée à l'examen national classant de 2004.

⁵ Avec l'accroissement des périodes d'interruption et des modes d'exercice à temps partiel

⁶ Selon une étude de la DREES n° 474 de mars 2006, en 2005 les spécialités médicales pourvoient la moitié de leurs postes dès le 724^{ième} candidat, et les spécialités chirurgicales dès le 1548^{ième} candidat.

⁷ De 380 en 2004 à 550 en 2005 pour les spécialités chirurgicales hors gynécologie-obstétrique

⁸ Certes dans les autres spécialités les Acca sont aussi bloqués en secteur 1 mais le maintien d'un flux régulier d'installation en secteur 1 modifie malgré tout la problématique

La diminution régulière de la part des chirurgiens exerçant en secteur 1 est particulièrement préoccupante : aujourd'hui, environ 81,5 % des chirurgiens libéraux (hors gynécologues) exercent en secteur 2, et la quasi-totalité des nouvelles installations se font dans ce secteur. Si rien n'est fait, l'offre de soins chirurgicaux à tarif opposable en France risque de disparaître à terme et d'ores et déjà, de fortes tensions existent dans certaines régions (voir annexe 1). L'hôpital public ne sera pas en mesure d'absorber sans difficultés ni délais la totalité de la demande de soins chirurgicaux à tarifs opposables.

Toute dégradation de l'offre de soins chirurgicaux serait évidemment d'une particulière gravité. La vigilance s'impose face à ces difficultés.

- Des revenus élevés en moyenne mais un pouvoir d'achat qui a moins progressé que celui des autres spécialités jusqu'en 2004

L'évolution des rémunérations des chirurgiens peut être appréciées à partir des honoraires totaux (honoraires + dépassements), ou des revenus courants avant impôts (honoraires totaux nets de charges).

En 2004, selon la dernière étude de la Drees⁹, les revenus totaux des chirurgiens libéraux s'établissaient en moyenne à 115 520 euros, contre 102 322 € pour l'ensemble des spécialistes, soit 13% d'écart en moyenne. Ils se situaient ainsi au 3^{ème} rang de l'ensemble des spécialités étudiées, après ceux des radiologues (196 126 €) et des anesthésistes (150 177 €). Selon la même étude, la progression annuelle moyenne du pouvoir d'achat des chirurgiens s'établissait à 1% de 1993 à 2004, soit un niveau inférieur à celui de l'ensemble des spécialités (1, 9%). Sur la période récente (2000-2004), les gains de pouvoir d'achat sont évalués à 3,1% par an¹⁰, comme celui de la moyenne des spécialistes.

Par ailleurs, en 2004 les honoraires totaux par chirurgien¹¹ s'élevaient à 219 270 € en moyenne, et à 263 180 € hors secteur privé à l'hôpital. La part moyenne des dépassements dans le total des honoraires s'élevait à 29%¹², en progression régulière depuis 2000 où elle atteignait 21% environ. Leur croissance sur la période récente est soutenue : +12,8% de taux de croissance annuel moyen sur la période 2000-2003. Les variations géographiques sont marquées, tant en ce qui concerne la part moyenne d'horaires facturés sans dépassement que le taux moyen de ces dépassements. Elles mettent en évidence une corrélation avec le niveau moyen des revenus dans la région (voir annexe 2).

Les charges représentaient 46,6% des honoraires¹³ des chirurgiens en 2003, en progression depuis 2000. Enfin, les honoraires totaux des chirurgiens du secteur 2 et chirurgiens du secteur 1 avec droit permanent au dépassement étaient supérieurs d'un tiers à ceux de leurs confrères du secteur 1 (279 000 € environ versus 209 027 €¹⁴).

Au total, si les revenus des chirurgiens restent élevés en moyenne par rapport à ceux des autres médecins, ils ont connu une évolution moindre que celles des autres spécialités de 1990 à 2004.

⁹ Etudes et résultats n° 457 janvier 2006

¹⁰ l'année 2002 ayant enregistré une forte hausse de pouvoir d'achat

¹¹ le revenu correspond aux honoraires nets de charges

¹² le taux de dépassement calculé par la Cnamts est supérieur car les dépassements sont rapportés au total des honoraires diminués du total des dépassements : il était proche de 40% en 2004.

¹³ nets de rétrocession

¹⁴ source : Point Stat n° 43 de la Cnamts

Le mouvement des chirurgiens lancé en 2004 dans ce contexte a abouti à la signature de l'accord du 24 août comportant des engagements sur 9 points. Avant d'aborder les points 3 (contentieux tarifaire) et 9 (problématique des anciens chefs de clinique), il convient de présenter un bilan succinct des autres engagements de l'accord.

Bilan de l'application de l'accord sur les points autres que tarifaires

- La formation initiale des chirurgiens (point 1) :
 - le nombre de postes d'internes en chirurgie a été augmenté de 22% dès 2005.
 - un groupe de travail mis en place par le CNC a analysé plus particulièrement trois leviers d'amélioration, les maquettes des DES et DESC ; la formation et l'intégration des chirurgiens à diplômés étrangers (hors CE) ; la mise en place des écoles de chirurgie.
 - *la révision des maquettes DES et DESC* a été élaborée en concertation avec les syndicats des internes. Le concept de « chirurgie générale » disparaît et 10 spécialités chirurgicales sont mises en place. Les nouvelles maquettes de formation initiale ont été approuvées par l'ensemble des acteurs concernés¹⁵. Il reste à définir leurs conditions de mise en œuvre.¹⁶
 - s'agissant des *chirurgiens à diplômés étrangers* (hors CE), un rapport a été élaboré avec un ensemble de propositions¹⁷ ;
 - pour les écoles de chirurgie, les recommandations visent à mettre en place des écoles régionales ou interrégionales sur le modèle de l'Ecole Européenne de chirurgie, les financements restant à définir.

- La recomposition des plateaux techniques (point 2) :
 - l'accord prévoyait qu'une *cartographie des plateaux techniques* serait établie annuellement par la DHOS et rendue publique sur la base d'indicateurs concertés. Cette mesure n'est pas encore effective ;
 - la *cellule « haute technologie »* chargée « d'élaborer un plan de modernisation des technologies des plateaux techniques en 2005 et le plan de financement correspondant » a été mise en place en avril 2005. Ses propositions sont récapitulées dans un rapport¹⁸. Leurs conditions notamment financières de mise en œuvre n'ont pas été définies à ce jour.
 - une mission d'appui à *la réorganisation territoriale de la chirurgie* a été mise en place en janvier 2006¹⁹ : elle est intervenue auprès de 26 établissements à ce jour en lien avec le Dhos et le CNC. Certains regroupements des activités opératoires accompagnés d'une organisation nouvelle des prises en charge chirurgicales sont déjà effectifs .
 - s'agissant des *équipes opératoires*, trois mesures ont été avancées²⁰ : la mise en place d'un système informatisé de gestion des blocs opératoires , la revalorisation du métier d'IBODE et la création d'un pôle autonome d'activité médico-technique regroupant tous les blocs opératoires.

¹⁵ conférence des doyens, la conférence des présidents du CNU, le CNOM, les Académies de Médecine et chirurgie

¹⁶ Cf le document « Projet de réforme des DES et DESC des disciplines chirurgicales »

¹⁷ Cf le projet « Organisation de l'accueil et de l'intégration des chirurgiens à diplômés non communautaires »

¹⁸ Cf « Cellule des hautes technologies chirurgicales – Propositions à destination du ministre chargé de la santé – Octobre 2005 »

¹⁹ cf lettre de mission du Pr H..Guidicelli du 18 janvier 2006

²⁰ Cf rapport « propositions des deux groupes de travail équipes opératoires »

- Missions d'intérêt général pour la permanence des soins chirurgicaux (point 4)

Le forfait de 150 € a été mis en place. Toutefois, les conditions de participation des chirurgiens libéraux au dispositif de permanence des soins varient localement et pourraient être améliorées.

- Stabilisation des primes d'assurance et renforcement de l'aide à la souscription d'une assurance (point 5 et 6)

Une aide à la souscription d'assurance est en cours de mise en place (pour les chirurgiens de secteur 1 : 66% de la prime, 55% pour le secteur 2 dès la parution en septembre du décret modifiant le décret du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation). Ces aides avaient été anticipées sous la forme de contrats de bonne pratique.

La stabilisation des primes d'assurance n'est toutefois pas acquise. L'hypothèse d'une gestion des contrats d'assurances par l'Oniam, souhaitée par les syndicats de chirurgiens, est à l'étude.

- Mise en œuvre de la CCAM et de la procédure d'accréditation des chirurgiens (point 7)
 - *la mise en place de la CCAM* a fait l'objet du protocole d'accord du 11 février 2005 : une 1^{ère} étape de convergence vers les tarifs-cibles de la CCAM a été réalisée en 2005, sur la base d'une enveloppe globale de 180 M€ pour l'ensemble des actes techniques de l'ensemble des spécialités médicales. L'accord prévoit que la convergence sera réalisée sur une période de 5 à 8 ans. Les actes techniques dont la baisse est prévue par la Ccam-cible sont été maintenus à leur tarif NGAP pour cette 1^{ère} étape, la revalorisation des actes gagnants n'ayant été que partiellement opérée en contrepartie (cf Première partie ci-après) ;
 - un décret d'application de l'article 8 ter de la loi du 13 août 2004 a défini les conditions de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation.
- Les forfaits modulables en complément de la Ccam (point 8)

Ce point est traité dans la partie sur le contentieux tarifaire dont il fait partie intégrante

Première partie : le contentieux tarifaire

1.1 Les positions en présence

Le contentieux tarifaire recouvre deux questions essentielles :

- le bien-fondé de la modulation de la revalorisation selon le secteur d'exercice;
- l'atteinte effective du niveau de revalorisation de 25% fixé par l'accord au 1^{er} avril 2005.

Sur ces deux questions, les positions respectives de la Cnamts et de la DSS d'une part, et celles des syndicats à l'origine de la grève divergent.

En revanche, les deux parties s'accordent à considérer que la cible des revalorisations prévues par l'accord sont les actes strictement chirurgicaux (actes cotés en KCC en NGAP).

1.1.1 Pour les syndicats à l'origine du mouvement, ni les modalités de revalorisation ni leur niveau ne sont conformes aux engagements pris.

Le point 3 de l'accord sur la chirurgie prévoyait d'une part " *la mise en place d'une politique tarifaire visant à réduire la différence de rémunération entre les chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2*", d'autre part " *un niveau tarifaire équivalent à une revalorisation des actes chirurgicaux de 25% au 1^{er} avril 2005 compte tenu de la mise en place de la CCAM et des forfaits modulables visés au § 8*".

L'accord a été mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- au 1^{er} octobre 2004, en application du point 8, une majoration transitoire de 12,5% (MTC) a été appliquée aux tarifs des actes strictement chirurgicaux (KCC) des spécialités chirurgicales visées (ensemble des spécialités sauf ORL, ophtalmologie et chirurgie plastique et reconstructrice) ;
- au 31 mars 2005, la 1^{ère} version de la CCAM (CCAM V1) a été mise en place (voir annexe 3), et assortie pour les mêmes actes de chirurgie d'une majoration additionnelle des tarifs de 6,5% (modificateur J). S'y est ajoutée pour les seuls chirurgiens du secteur 1 et ceux du secteur 2 ayant choisi l'option de coordination une deuxième majoration de 11,5% (modificateur K). Ces mesures se sont substituées à la MTC. Il importe de préciser que la mise en œuvre de la CCAM a abouti à une revalorisation différenciée des tarifs des actes chirurgicaux ;
- Au 1^{er} septembre 2005 une nouvelle version de la CCAM (CCAM V2) a été mise en place. Outre l'ajustement à la hausse des tarifs de certains actes chirurgicaux, le bénéfice du modificateur K a été étendu aux actes pratiqués sur des bénéficiaires de la CMU, aux actes pratiqués en urgence (c'est à dire aux actes ne pouvant donner lieu à dépassement).

➤ Des modalités de revalorisation contestées

Les syndicats représentant les chirurgiens estiment tout d'abord que la revalorisation de 25% prévue au point 3 de l'accord visait tous les chirurgiens, sans distinction de leur secteur d'exercice.

Ils considèrent que l'objectif, simultanément affirmé au point 3, d'une réduction de la différence de rémunération entre les chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2 n'est pas contradictoire avec celui d'une revalorisation homogène des tarifs chirurgicaux pour tous les praticiens. En effet, c'est la mise en place du secteur optionnel qui devait selon eux permettre de réduire les différences de rémunération entre les praticiens. Dans l'attente de sa mise en place, ce sont les forfaits de bonne pratique comme il est mentionné au point 3 qui avaient vocation à amorcer la convergence recherchée. Ils ajoutent que d'ailleurs, la 1^{ère} tranche de revalorisation de 12,5 % au 1^{er} octobre 2004 a bien été appliquée uniformément à tous les tarifs des actes chirurgicaux. Au total, ils contestent la différenciation des taux de revalorisation des tarifs chirurgicaux en fonction du secteur d'exercice, et font valoir qu'avec 80 % de chirurgiens en secteur 2, la restriction aux chirurgiens du secteur 1 du bénéfice de la hausse de 25% revient à vider l'accord de sa substance.

Ils revendiquent en conséquence l'extension du bénéfice du modificateur J à tous les actes chirurgicaux des praticiens du secteur 2, ou plus précisément la fusion des deux modificateurs J et K.

➤ Une revalorisation tarifaire bien inférieure à 25% en secteur 1

Par ailleurs, s'ils conviennent que la revalorisation de 25% visait bien les actes strictement chirurgicaux (KCC), ces organisations estiment qu'elle avait vocation à s'appliquer en priorité aux actes les plus courants. Or, leurs estimations de l'effet des mesures prises appliquées aux actes les plus fréquents aboutissent à des résultats nettement inférieurs à 25%. **Selon les derniers chiffres avancés par l'UCDF, la hausse se limiterait à 6-8 % pour les praticiens du secteur 2 et à 18-20% pour ceux du secteur 1.**

L'accord n'a donc pas été respecté selon eux puisque l'objectif du point 3 était de revaloriser substantiellement l'ensemble des tarifs des actes chirurgicaux, et à tout le moins, ceux des actes de pratique courante. Ils contestent en définitive la pertinence d'un raisonnement en moyenne, avec une hausse calculée sur l'ensemble des actes chirurgicaux quelque soit leur fréquence dans la pratique. Ils font valoir qu'en chirurgie, la revalorisation des tarifs issue de la mise en place de la CCAM aurait surtout bénéficié à des actes lourds et rares, et qu'en conséquence la hausse de 25% qui intègre l'impact de la CCAM ne concernerait au bout du compte qu'une fraction limitée des chirurgiens de secteur 1.

Il importe de souligner que lors de la rencontre du 17 août dernier à la Cnamts, ces syndicats ont en revanche admis que le calcul de la hausse devait être effectué sur la base des tarifs de référence NGAP validés par la version 2 V2 de la CCAM (V2). Ces tarifs de référence des actes chirurgicaux étaient en effet jusqu'à présent contestés par les syndicats à l'origine du mouvement, car ils estimaient qu'ils ne reflétaient pas correctement la pratique réelle des cotations NGAP et qu'ils avaient été validés par des syndicats qui ne les représentaient pas. L'acceptation des tarifs de référence de la CCAM constitue un point

important pour faciliter la comparaison des méthodes d'estimation, et elle est de nature à limiter les écarts d'appréciation²¹.

1.1.2 Pour la Cnamts et la DSS, la modulation du niveau de revalorisation selon le secteur d'exercice est conforme à l'accord, et la hausse des tarifs chirurgicaux atteint bien 25% en secteur 1.

La Cnamts estime pour sa part que les engagements prévus au point 3 de l'accord ont été pleinement respectés.

- L'accord prévoyait clairement l'octroi de revalorisations plus importantes aux chirurgiens du secteur 1

En accord avec la DSS, elle considère tout d'abord que les moindres revalorisations des actes chirurgicaux accordées aux chirurgiens du secteur 2 sont parfaitement conformes aux termes du point 3 de l'accord, compte tenu de l'objectif de réduction des différences de rémunération entre les chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2 qui y est affirmé. L'octroi de revalorisations plus importantes aux chirurgiens du secteur 1 constituait donc le seul moyen d'amorcer la convergence recherchée.

- Les hausses effectives des tarifs chirurgicaux sont par ailleurs conformes aux engagements pris

Selon la Cnamts, la hausse des tarifs chirurgicaux s'établit à 25,2% pour les chirurgiens du secteur 1 et à 15,5% pour les chirurgiens du secteur 2.

Les engagements tarifaires ont donc été respectés.

La démonstration de la Cnamts s'appuie sur la comparaison des tarifs des actes issus de la CCAM V2 avec les tarifs de référence NGAP, pondérés par leur fréquence constatée en 2006.

La mission a donc examiné de façon approfondie ces divergences d'appréciation, à la lumière des méthodes utilisées et des termes précis de l'accord.

1.2 Les conclusions de la mission

1.2.1 Les chirurgiens ont bénéficié pour leurs actes strictement chirurgicaux d'une revalorisation tarifaire de 25% en moyenne en secteur 1 et les termes du point 3 sont donc respectés.

En laissant de côté dans un premier temps la discussion sur le bien fondé de la restriction aux chirurgiens du secteur 1 du bénéfice de la revalorisation de 25%, la question est de savoir si les méthodes de calcul des hausses tarifaires par la Cnamts peuvent être jugées correctes.

²¹ Les syndicats considérant initialement que pour un certain nombre d'actes, les tarifs NGAP pratiqués étaient en réalité supérieurs aux tarifs de référence entérinés par la CCAM V2, ce qui aboutissait à diminuer l'impact des hausses estimées.

- La méthode d'estimation de la Cnamts est correcte, et la hausse moyenne des tarifs chirurgicaux visés par l'accord atteint bien 25% en secteur 1

Pour calculer l'impact des revalorisations tarifaires, la Cnamts se fonde sur l'impact moyen des hausses tarifaires liées à la mise en place de la CCAM et des modificateurs J et K, en secteur 1 et en secteur 2. Le champ des actes pris en compte est celui des actes strictement chirurgicaux des spécialités chirurgicales visées au titre liminaire et au point 8 de l'accord.

La hausse ainsi calculée est la hausse moyenne des tarifs des actes strictement chirurgicaux depuis la signature du protocole. Elle ne correspond évidemment pas à l'évolution concrète de la rémunération de chaque chirurgien depuis la signature de l'accord, pour plusieurs raisons:

- les actes chirurgicaux ne représentent d'abord qu'une fraction des honoraires des chirurgiens (qui comprennent d'autres actes techniques, des actes cliniques et des forfaits de gardes et d'astreintes);
- la hausse des tarifs correspond à l'augmentation du prix des actes chirurgicaux (effet-prix) mais l'évolution des honoraires fait aussi intervenir l'évolution du nombre d'actes chirurgicaux (effet volume); or les volumes d'actes chirurgicaux semblent avoir un peu diminué sur la période étudiée par la Cnamts;
- il faut aussi tenir compte du fait que les tarifs de référence NGAP des actes chirurgicaux pris pour calculer la hausse peuvent parfois être inférieurs aux tarifs qui étaient en réalité appliqués; la hausse réelle est dans ce cas moindre que prévu.²²
- enfin et surtout, l'impact effectif des hausses tarifaires sur les honoraires des chirurgiens dépend de leur profil d'activité: s'ils pratiquent essentiellement des actes peu ou pas revalorisés par la CCAM, cet impact peut s'avérer sensiblement plus faible.

Au total, si la hausse tarifaire moyenne ainsi calculée est de 25% en secteur 1, cela ne signifie nullement que chaque chirurgien de secteur 1 verra ses honoraires chirurgicaux progresser de 25%, et encore moins sa rémunération.

On ne peut donc s'étonner des divergences de chiffrage entre la Cnamts et les représentants des chirurgiens. Il apparaît à l'examen des données transmises notamment par l'UCDF (panel des 50 interventions les plus fréquentes, en annexe 4) que la sélection des actes opérées correspond de fait à une baisse significative de la hausse tarifaire moyenne calculée sur la totalité des actes. A titre d'exemple, on peut observer que pour la chirurgie vasculaire, l'acte le plus fréquent (EJGA002, extraction de la grande veine saphène par abord direct) n'a en effet connu aucune revalorisation au titre de la CCAM, et les chirurgiens concernés se trouvent donc écartés du bénéfice des 25% annoncés. D'autres actes fréquents n'ayant pas été revalorisés dans le panel de l'UCDF ne relèvent par ailleurs pas du champ de l'accord (par exemple la cataracte).

Il convient de souligner que **l'impact réel de la mise en place de la CCAM constitue la seule source d'incertitude sur le niveau moyen de hausse des tarifs des actes chirurgicaux depuis la signature de l'accord** (voir en annexe 3 les conditions de mise en place de la CCAM technique).

²² C'est notamment le cas pour certains actes nécessitant par exemple deux interventions : en CCAM, un seul acte est tarifé alors qu'en NGAP, la pratique était de tarifier la première intervention à 100% du tarif NGAP et la deuxième à 50% ; par ailleurs des pratiques ponctuelles de surcotation étaient acceptées par certaines caisses d'assurance maladie.

Avec la mise en place des majorations uniformes J (+ 6,5%) et K (+ 11,5% pour les actes chirurgicaux réalisés en secteur 1, et les actes réalisés en urgence en secteur 2 ou concernant des bénéficiaires de la CMU), **la hausse des tarifs est en effet nécessairement au minimum de 18% pour les chirurgiens de secteur 1 et de 6,5% pour ceux du secteur 2.** Ces majorations ont été appliquées aux nouveaux tarifs des actes de la CCAM V1 puis V2. **La seule question est donc de savoir si le passage des tarifs de référence NGAP des actes chirurgicaux aux tarifs de la CCAM V2 s'est bien traduit par une revalorisation en moyenne au moins égale à 6%, conformément à l'estimation initiale de la Cnamts²³.**

Pour s'en assurer, la méthode consiste à calculer acte par acte l'écart entre le tarif de référence NGAP et le tarif CCAM, et à faire la moyenne de ces écarts pondérés par la fréquence relative constatée en 2006²⁴ de chaque acte chirurgical en secteur 1 d'une part et en secteur 2 d'autre part. Ne doivent être pris en compte que les actes visés par l'accord d'août 2004 (actes strictement chirurgicaux de l'ensemble des spécialités chirurgicales hors ophtalmologie et ORL).

Dans le souci de rapprocher les méthodes utilisées par la Cnamts et les syndicats, la mission a demandé à la Cnamts de procéder au calcul des évolutions tarifaires pour les 100 actes de chirurgie les plus fréquents, au total et par spécialité chirurgicale.

Les résultats obtenus à ce jour pour les 100 actes les plus lourds en termes d'honoraires font état de chiffres très proches de 25% :

- +24,7% pour l'ensemble des actes des chirurgiens hors orthopédie, gynécologie-obstétrique, stomato-chirurgie maxillo-faciale, ophtalmologie et ORL ;
- +23,8% pour les actes des orthopédistes ;
- +22,8% pour ceux des gynécologues ;

Les résultats ne sont pas modifiés si on substitue aux 100 actes les plus lourds en termes d'honoraires les 100 actes les plus fréquents (+ 24,7% pour les actes chirurgicaux hors orthopédie, gynécologie-obstétrique, stomato-chirurgie maxillo-faciale, ophtalmologie et ORL²⁵).

Mais il est vrai qu'en reprenant le panel d'actes de l'UCDF (cinquante actes les plus courants), la Cnamts aboutit à un impact moyen d'environ 10% en secteur 2 et 22% en secteur 1²⁶. Par ailleurs, l'analyse de la hausse tarifaire des 100 actes chirurgicaux précités met en évidence sa concentration, les hausses égales ou supérieures à 25% ne concernant qu'un tiers des actes.

Il serait inutile de multiplier les calculs en faisant varier indéfiniment les panels d'actes chirurgicaux.

²³ Dans ce cas la revalorisation des tarifs s'établirait bien en effet à 25,1% en moyenne pour les actes du secteur 1 (106 x 1.18=125,1) et à 12,9% en secteur 2 (106 x 1.065), hors extension du modificateur K aux actes pratiqués en urgence ou pour des patients bénéficiaires de la CMU en secteur 2 (15% des actes), et enfin à 14,7% en prenant en compte cette extension accordée lors de la mise en place de la CCAM V2. .

²⁴ fréquences constatées de janvier à juin 2006

²⁵ l'impact de la CCAM est de 5,7%, légèrement inférieur à celui calculé pour la totalité des actes relevant du champ de l'accord.

²⁶ une fois écartés les actes ne relevant pas du champ de l'accord

La question posée est de méthode : est-il ou non légitime d'apprécier la hausse tarifaire de 25% sur la base de la hausse moyenne de l'ensemble des tarifs de chirurgie depuis la signature de l'accord ?

Au vu des termes de l'accord et notamment du point 3, la réponse est positive : l'accord ne pouvait garantir à tous les chirurgiens une hausse de 25% de leurs actes techniques puisque cette hausse devait intégrer l'impact de la CCAM, par construction fondé sur des variations inégales des tarifs des actes.

Selon les profils d'activité des chirurgiens, la hausse peut être inférieure, égale ou supérieure à 25% et ces variations sont la conséquence directe du travail de hiérarchisation des actes opéré par la CCAM.

Au total, comme le confirme la dernière estimation de la Cnamts (calcul de la hausse tarifaire moyenne pour l'ensemble des actes de chirurgie relevant du champ de l'accord, sur la base des fréquences constatées pour les 6 premiers mois de 2006), **la hausse tarifaire atteint en moyenne 25,2% en secteur 1 comme le prévoyait l'accord.** Il reste que dans la réalité, une part aujourd'hui non connue des chirurgiens de secteur 1 a bénéficié d'une revalorisation moindre.

En secteur 2, la hausse atteint 13,7 % en moyenne. En tenant compte de l'extension du modificateur K à certains actes pratiqués en secteur 2²⁷, la hausse totale moyenne pour ce secteur est de 15,5%.

Dans un souci de transparence, l'appréciation en moyenne mérite d'être éclairée par l'analyse de la distribution de la hausse

- Les contestations des représentants des chirurgiens sont révélatrices du décalage entre les attentes des chirurgiens et la portée réelle des engagements signés

La déception des chirurgiens sur la revalorisation tarifaire doit en tout état de cause être éclairée par l'absence de mise en œuvre du point 9, qui prévoyait de rendre aux anciens chefs de clinique et assistants du secteur 1 « un choix de secteur d'exercice ».

Dès lors, le fait qu'une partie de ces chirurgiens ne connaisse en définitive qu'une revalorisation moyenne de leurs tarifs inférieure à 25% est plus difficilement admis, et alimente la contestation sur la validité d'un calcul de la hausse en moyenne, pour l'ensemble des actes chirurgicaux visés par l'accord. Beaucoup de chirurgiens considèrent que calculer la hausse moyenne en prenant en compte tous les actes chirurgicaux quelle que soit leur fréquence ne peut qu'aboutir à biaiser l'appréciation de la hausse réelle ressentie sur le terrain, celle-ci étant tirée vers le haut par la prise en compte d'une fraction d'actes lourds fortement revalorisés mais réservés en pratique à quelques spécialistes pointus.

C'est pourquoi il paraît important de compléter l'appréciation sur la revalorisation moyenne des tarifs chirurgicaux par des éléments sur sa distribution.

L'analyse de panels successifs d'actes de chirurgie ne permettra pas en effet de disposer de données fiables sur la répartition des gains tarifaires entre les chirurgiens depuis août 2004. Pour cela, il convient de procéder à l'analyse de la distribution de la hausse

²⁷ La hausse des tarifs liée à la mise en place de la Ccam est en effet plus importante en moyenne en secteur 2 (6,8%) qu'en secteur 1 (6,1%). La hausse en secteur 2 intègre en outre l'effet de l'extension du modificateur K sur les actes concernant des patients en CMU ou réalisés en urgence (15% des actes).

moyenne de 25% en secteur 1, et de vérifier la proportion des chirurgiens qui pourraient avoir bénéficié d'une revalorisation significativement moins importante ou plus importante²⁸.

La mission n'a pu toutefois disposer de ces données qu'au moment de la remise du rapport. Selon ces données provisoires qui n'ont pu être expertisées, l'hypothèse d'une certaine dispersion de la hausse paraît confirmée :

-en secteur 1, la moitié des chirurgiens a connu une hausse supérieure à 24,9%, et 60% une hausse comprise entre 22,2% et 28% .

-en secteur 2, la moitié des chirurgiens a bénéficié d'une hausse supérieure à 15,1%. et 60% comprise entre 11,9% et 20,1%.

Quelles que soient ces disparités de gains, il importe de bien mesurer qu'elles ne font que refléter la hiérarchisation des tarifs des actes de la CCAM. La convergence progressive vers les tarifs de la Ccam cible ne pourra d'ailleurs qu'amplifier ces disparités de gains selon les profils d'activité.

1.2.2 La moindre revalorisation tarifaire en secteur 2 est également conforme à l'accord mais le choix de ses modalités aurait pu être mieux réfléchi

1.2.2.1 La revendication de l'extension du bénéfice de la revalorisation de 25% au secteur 2 ne peut s'appuyer sur les termes de l'accord.

- Le point 3 de l'accord affirme en effet explicitement un objectif de réduction des différences de rémunération entre secteur 1 et secteur 2.

On peut certes regretter le flou relatif des termes du point 3 de l'accord qui ne précise pas les modalités selon lesquelles l'objectif de revalorisation des tarifs chirurgicaux de 25% doit être mis en œuvre. Pris isolément, cet objectif peut en effet être compris comme visant les actes chirurgicaux de tous les chirurgiens, et cette ambiguïté manifeste nourrit les revendications actuelles.

Mais comme on l'a vu précédemment, il ne pouvait s'agir d'un taux uniforme de revalorisation de 25% pour tous les actes chirurgicaux.

Par ailleurs, si la revalorisation de 25% avait visé l'ensemble des praticiens quelque soit leur secteur d'appartenance, on voit difficilement comment l'objectif de réduction des différences de rémunération entre secteurs aurait pu dès lors être respecté.

- Le point 3 affirme un engagement de réduction des différences de rémunération entre secteur 1 et 2 qui n'est pas lié à la mise en place d'un secteur optionnel

L'interprétation des syndicats de chirurgiens selon laquelle c'est la création du secteur optionnel qui devait permettre de réduire les différences de rémunération des chirurgiens des secteurs 1 et 2 ne peut à l'examen être retenue.

Dans la déclaration liminaire de l'accord, l'objectif assigné à la création d'un secteur optionnel est « *d'atteindre pour ces professions, au 30 juin 2005, un niveau minimal de tarification chirurgicale compte tenu de la participation des organismes complémentaires* »

²⁸ et de même en secteur 2

dans le cadre d'un plafond de dépassements négocié. Il paraît clair que la création du secteur optionnel visait certes la réduction des différences de rémunération entre les chirurgiens, en permettant notamment aux chirurgiens du secteur 1 d'accéder à un nouveau secteur ouvrant des possibilités de dépassement encadrées.

Les signataires de l'accord de 2004 n'ont toutefois pas mis ces deux mesures sur le même plan. L'engagement ne porte que sur la mise en place d'une politique tarifaire visant à réduire la différence de rémunération entre les chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2. La mise en place du secteur optionnel n'est mentionnée qu'au conditionnel, dans le titre liminaire. Ce n'est pas un engagement. Les modalités de mise en œuvre de l'objectif de réduction des différences de rémunération entre secteur 1 et secteur 2 ne font par ailleurs l'objet d'aucune précision au point 3. En d'autres termes, la mise en place d'un secteur optionnel d'une part, et la réduction des différences de rémunération entre chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2 d'autre part constituaient deux objectifs dissociables et inégalement contraignants, et la mise en œuvre du point 3 ne pouvait reposer sur la création d'un secteur optionnel.

Les signataires ont en fait implicitement renvoyé à des accords conventionnels ultérieurs le soin de décider des modalités de convergence. Le choix de moduler la revalorisation en fonction du secteur d'exercice est ainsi conforme à l'accord.

1.2.2.2 Les modalités de traitement des différences de rémunération auraient toutefois pu être mieux réfléchies

Si la position de la Cnamts et de la Direction de la sécurité sociale selon laquelle il était légitime de réserver le bénéfice de la revalorisation de 25% aux praticiens du secteur 1 paraît fondée, il reste que les modalités choisies pour la mise en œuvre des revalorisations tarifaires prévues par l'accord peuvent sembler maladroites.

- Les modalités de compensation de la suppression de la majoration uniforme de 12,5 % des actes au 1^{er} octobre 2004 ont pu entraîner des baisses tarifaires pour des chirurgiens du secteur 2

Une revalorisation transitoire de 12,5 % de tous les tarifs des actes chirurgicaux visés par l'accord a été mise en place au 1^{er} octobre 2004. Il lui a été substitué au moment de la mise en place de la CCAM, dont l'impact était estimé à 6%, une majoration de 6,5% (modificateur J). Or si la combinaison de l'impact moyen de la mise en place de la CCAM et du modificateur J est globalement équivalente (12,9%) à la revalorisation de la MTC, il ne s'agit pas d'une revalorisation uniforme. Certains actes ont donc connu une baisse tarifaire en secteur 2²⁹ lors de la mise en place de la CCAM. Il était prévisible que cette opération alimenterait le mécontentement des chirurgiens.

Il convient d'ailleurs d'observer que les mesures prévues au point 8 n'ont pas toutes été mises en œuvre. L'accord prévoyait initialement au point 8 que l'impact des revalorisations tarifaires liées à la mise en place de la CCAM seraient complétées par des « forfaits modulables ». En définitive, ce sont des majorations uniformes, les modificateurs J et K qui ont été appliquées aux tarifs CCAM 2005. Il semble qu'initialement, ce qui avait été

²⁹ Ce qui n'a pas été le cas en secteur 1, puisque outre l'impact de la CCAM, les actes ont été revalorisés de 18%.

envisagé avec les « forfaits modulables », c'est un lissage de l'impact de la mise en place de la CCAM destiné à réduire la variabilité des hausses des tarifs chirurgicaux.

Enfin, on peut regretter que la mise en place pour les actes de chirurgie de deux tarifs opposables en secteur 1 et en secteur 2 ajoute à la complexité du paysage tarifaire. Cette coexistence de deux tarifs opposables, celui du secteur 1 étant plus élevé que celui du secteur 2 de 11% environ soulève deux questions :

- celle d'une éventuelle inégalité de traitement entre les chirurgiens conventionnés ; la mise en place de tarifs différenciés ne paraît pas toutefois contraire au principe d'égalité, au regard des différences de situation de ces praticiens en droit et en fait, et de la nécessité de favoriser l'attractivité du secteur 1 pour maintenir une offre suffisante en tarifs opposables ;
- celle de ses conséquences pour les assurés : en théorie, la mise en place de deux tarifs opposables pourrait en effet avoir pour conséquence paradoxale de rendre le ticket modérateur à la charge de l'assuré en secteur 1 supérieur à celui du secteur 2, voire leurs restes à charge respectifs dans certaines hypothèses. En pratique toutefois, la totalité des actes bénéficiant des modificateurs J et K dépassent a priori le seuil de 91 € au-delà duquel le ticket modérateur ne s'applique plus³⁰. L'existence de ces deux tarifs opposables est donc en principe financièrement neutre pour les assurés.

Au total, la mise en place de deux tarifs opposables ne paraît pas contraire aux exigences d'égalité de traitement des assurés et des praticiens. Il reste que cette réforme contribue au manque de lisibilité et à la complexité du système tarifaire, et qu'elle pourrait induire au demeurant une hausse des taux de dépassement pratiqués en secteur 2³¹.

Sans que cela soit propre aux chirurgiens, on constate que la multiplication des paramètres rend de plus en plus difficile l'anticipation des effets et la maîtrise d'ensemble de la politique tarifaire.

³⁰ Une participation forfaitaire de 18 € est toutefois dorénavant à la charge des assurés pour ces actes .

³¹ si, comme on peut le supposer, les chirurgiens de secteur 2 répercutent dans leurs dépassements la hausse des tarifs en secteur 1.

Deuxième partie : la problématique des anciens chefs de clinique et assistants bloqués en secteur 1

Le secteur « à honoraires différents³² » ou secteur 2 créé par la convention nationale de 1980 s'est substitué à l'ancien régime du droit permanent à dépassement³³. L'accès des médecins à ce secteur n'était alors subordonné à aucune condition particulière mais les privait de certains avantages réservés aux médecins du secteur 1 (contribution de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales). Dans le souci de contenir la croissance régulière de la part des médecins spécialistes exerçant en secteur 2, passée de 17% en 1985 à 36% en 1990, les partenaires conventionnels décidaient dans la convention de 1990 de subordonner l'accès au secteur 2 à la détention de titres particuliers. C'est à compter de cette date que les nouvelles installations en secteur 2 ont été réservées aux anciens chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux. (Accas).

La convention de 1990 instaurait en parallèle un seuil minimum d'actes à tarif opposable³⁴ pour les médecins du secteur 2, fixé à 25%. Cette disposition au demeurant peu contraignante n'a guère été appliquée en raison de l'annulation de la convention de 1990 par le Conseil d'Etat en 1992.

Le règlement conventionnel minimal mis en place en 1998 pour les spécialistes³⁵ a ensuite restreint de la même manière l'accès au secteur 2 aux médecins anciens chefs de clinique ou détenteurs de titres comparables s'installant pour la 1^{ère} fois, ou bien installés entre le 7 juin 1980 ou et le 1^{er} décembre 1989 (sous réserve pour ces derniers d'en faire la demande dans le délai d'un mois suivant la réception du règlement conventionnel minimal).

Ce « droit au remords » pour les Accas installés en secteur 1 avant 1989 n'a pas été reprise dans les conventions ultérieures. Dans la dernière convention des spécialistes, l'accès au secteur 2 est réservé aux chefs de clinique s'installant pour la 1^{ère} fois. Les anciens chefs de clinique installés en secteur 1 ne peuvent plus revenir sur leur choix initial, quelle que soit la date de leur installation.

Ces dispositions conventionnelles ont suscité de nombreux recours d'anciens chefs de clinique déboutés de leurs demandes de passage en secteur 2 par les caisses d'assurance maladie. A partir de 2003, plusieurs arrêts rendus par différents tribunaux de sécurité sociale et confirmés en appel leur ont donné raison. Toutefois, ces jugements ont été finalement infirmés par la Cour de cassation³⁶.

³² On peut remarquer qu'il ne s'agit pas d'un secteur « à honoraires libres », les médecins du secteur 2 restant tenus de fixer leurs honoraires avec tact et mesure

³³ ce régime a été mis en extinction, les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent à la signature de la convention de 1980 le conservant à titre personnel.

³⁴ ou gratuits

³⁵ Des dispositions similaires régissant l'accès des généralistes au secteur 2 dans leur convention nationale approuvée en 1998.

³⁶ Arrêts du 14 juin 2005

Ce rappel des faits appelle deux observations :

- il faut tout d'abord rappeler que la problématique des anciens chefs de clinique-assistants et assimilés (Acca) n'est pas spécifique aux chirurgiens³⁷. La restriction en 1990 de l'accès au secteur 2 aux praticiens titulaires de titres particuliers a constitué un changement de logique qui ne pouvait qu'alimenter des demandes reconventionnelles de la part des Accas³⁸ installés en secteur 1. Quelle que soit leur spécialité, une partie d'entre eux ont le sentiment d'avoir opté initialement pour le secteur 1 sans être en mesure d'anticiper toutes les conséquences financières de ce choix, notamment l'accroissement des écarts de revenus entre les deux secteurs « pour des actes identiques réalisés avec une qualification identique ».
- si ce problème est plus aigu chez les chirurgiens, c'est parce que la proportion de jeunes internes anciens chefs de clinique, assistants ou assimilés est particulièrement élevée dans les disciplines chirurgicales. La très grande majorité des nouvelles installations en chirurgie se font en secteur 2³⁹, et le secteur 1 ne compte dès lors pratiquement plus que des anciens chefs de clinique privés de possibilité d'accès au secteur 2. Ce tarissement du flux d'installation en secteur 1 –outre ses conséquences sur l'égalité d'accès aux soins– renforce évidemment la conviction des Accas spécialistes en chirurgie, aussi qualifiés et plus expérimentés que leurs jeunes confrères, d'être victimes d'une mesure discriminatoire.

Au total, les revendications des anciens chefs de clinique, notamment des spécialistes en chirurgie sont compréhensibles, à défaut d'être fondées en droit. Elles nourrissent le mouvement de fronde actuel des chirurgiens de secteur 1 qui estiment faire les frais de l'incapacité conjointe des partenaires conventionnels et du gouvernement à faire évoluer un système tarifaire devenu inéquitable.

Les engagements du point 9 de l'accord du 24 août 2004 destinés à régler la problématique des anciens chefs de clinique n'ont pas été honorés.

Il convient d'analyser les raisons de cette situation (première partie):

- d'une part le point 9 de l'accord fait l'objet d'interprétations divergentes de la part de ses signataires respectifs.
- d'autre part la réforme de l'assurance maladie permet difficilement au Gouvernement d'imposer ses vues.

Au-delà de ces difficultés politico-institutionnelles, le blocage actuel doit être éclairé par les enjeux sociaux et financiers liés à l'application du point 9 (deuxième partie).

Les voies d'une éventuelle application du point 9 seront alors envisagées en fonction des priorités susceptibles d'être retenues au regard de l'ensemble de ces contraintes. (troisième partie)

³⁷ C'est d'ailleurs une association de médecins ophtalmologistes qui a été à l'origine de la plupart des recours

³⁸ soit le passage d'une logique d'auto-détermination à une logique de mérite

³⁹ Les installations de chirurgiens en secteur 1 sont passées de 74 en 90 à 15 en 2006, et pour les gynécologues-obstétriciens de 154 à 9.

2.1 Le point 9 de l'accord n'a pu être mis en œuvre en raison de l'opposition de l'Uncam dans un contexte de divergences persistantes sur son interprétation

2.1.1 Les divergences concernent la nature du secteur d'exercice visé au point 9 Accas et le champ des spécialités concernées

Le point 9 de l'accord prévoyait qu'il serait mis fin « *au plus tard le 30 juin 2005 et toutes spécialités confondues* » à la problématique des Accas « *qui ne peuvent actuellement disposer d'un choix de secteur d'exercice en leur rendant ce choix* ».

Il est rapidement apparu que les signataires de l'accord avaient des conceptions très différentes de la portée de ces dispositions.

➤ Les positions des signataires au lendemain de l'accord

Pour la Cnamts, le point 9 de l'accord ne visait en aucun cas à réouvrir aux Accas le passage en secteur 2 mais uniquement à leur offrir un nouveau choix de secteur d'exercice, sur les bases du secteur optionnel esquissées dans la déclaration liminaire de l'accord. La Cnamts faisait notamment valoir à l'appui de cette interprétation qu'un engagement de réouverture pure et simple du secteur 2 n'aurait pas nécessité de prévoir un délai d'un an pour sa mise en œuvre.

Les représentants de la Cnamts signataires de l'accord considéraient par ailleurs que seuls les Accas spécialistes en chirurgie étaient visés par le point 9. Pour eux, l'accord ayant pour objet la chirurgie, ses engagements ne pouvaient concerner que ce champ de spécialités. L'emploi des termes « *toutes spécialités confondues* » renvoyaient en fait aux spécialités chirurgicales énumérées au point 8 de l'accord.

A l'opposé, la majorité des syndicats de médecins signataires estimaient que le point 9 de l'accord visait clairement à rendre aux anciens chefs de clinique une possibilité d'accès au secteur 2, la création du secteur optionnel visant à leur offrir une alternative; et qu'il prévoyait le bénéfice de cet accès pour l'ensemble des anciens chefs de clinique et non les seuls spécialistes en chirurgie.

Les positions des syndicats n'ont guère changé aujourd'hui, mais la nouvelle donne politique et institutionnelle au lendemain de l'accord a conduit à un durcissement de la position de la Cnamts, et à une situation de blocage difficile à surmonter.

➤ La nouvelle répartition des compétences entre l'Etat et la Cnamts a débouché sur un blocage de l'application du point 9

La loi relative à l'assurance-maladie du 13 août 2004 avait notamment pour ambition de mettre fin à la confusion des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie. Elle a mis en place une nouvelle gouvernance de l'assurance-maladie, avec l'objectif de responsabiliser les caisses nationale d'assurance maladie fédérées au sein de l'Uncam. En application de cette loi, l'Etat ne peut plus intervenir directement dans la gestion de l'assurance maladie, son rôle consistant dorénavant à fixer les grands objectifs en matière d'assurance maladie et les règles du jeu. C'est dorénavant l'Uncam qui a seule compétence pour négocier et signer les accords

régissant les relations avec les professions de santé, et pour engager ces négociations, son directeur doit être mandaté par le conseil de l'Uncam.

Or, le conseil de l'Uncam s'est jusqu'à présent opposé à toute mise en œuvre du point 9 de l'accord :

- il a d'abord clairement fait connaître son refus de toute réouverture du secteur 2 en faveur des Accas et considéré qu'il était nécessaire de disposer de données sur l'impact précis des revalorisations tarifaires prévues par l'accord avant d'engager d'éventuelles négociations sur la mise en place éventuelle d'un secteur optionnel (communiqué du conseil de l'Uncam en 4);
- il a ensuite maintenu son refus d'engager des négociations, et donc de donner un mandat en ce sens à son directeur, malgré la prise de position du ministre de la santé en faveur de la création d'un secteur optionnel.

Au delà des divergences d'interprétation, cette nouvelle donne institutionnelle et politique complique indiscutablement les perspectives de mise en œuvre du point 9 de l'accord. Face à cette situation, le ministre de la santé a fait connaître son intention de mettre en place le secteur optionnel par la loi au cas où la situation de blocage persisterait à l'Uncam. Cette initiative placerait toutefois le gouvernement en porte à faux par rapport aux objectifs de clarification des rôles et des responsabilités affirmés par la loi du 13 août 2004, et ne serait pas exempte par ailleurs de tout risque juridique⁴⁰. Il est donc nécessaire de trouver un cadre de négociation acceptable pour toutes les parties.

➤ Une approche réaliste des engagements du point 9 doit prévaloir

Au delà des interprétations et des promesses qui ont pu être faites au moment de la signature de l'accord, le réalisme doit prévaloir. Une lecture attentive du point 9 conforte certes plutôt la thèse d'engagements en faveur de l'ensemble des Accas⁴¹. Par ailleurs, la position de la FMF selon laquelle le point 9 prévoyait d'autoriser le passage en secteur 2 des Accas en chirurgie à défaut de création d'un secteur optionnel est une lecture possible du point 9⁴². Mais des arguments existent aussi en faveur d'autres thèses, et force est de constater que si le point 9 affirme clairement l'objectif de "*résoudre la problématique des Accas*", il renvoie de fait implicitement à une négociation ultérieure le soin d'en définir les modalités.

Or, la préservation du principe d'égalité face aux soins ne permet pas d'envisager le passage en secteur 2 de l'ensemble des accas en chirurgie, comme l'a d'ailleurs confirmé le ministre de la santé. Il importe de maintenir une offre libérale de soins chirurgicaux dont la prise en charge intégrale est garantie aux assurés, au surplus dans un contexte où l'hôpital public n'est pas en mesure d'assurer en tous lieux sans délais importants le relais nécessaire⁴³. En effet, même si les patients bénéficiaires de la CMU ne peuvent se voir facturer de dépassements, il reste que beaucoup d'assurés auraient des difficultés pour acquitter des frais chirurgicaux supplémentaires, les complémentaires n'assurant le plus souvent qu'une

⁴⁰ cf le risque que des dispositions en ce sens dans la loi de financement de la sécurité sociale soient assimilées à des cavaliers budgétaires

⁴¹ cf au point 3 la précision « *toutes spécialités confondues* », d'une part, et la reprise intégrale des titres permettant l'accès au secteur 2 figurant dans le texte de la convention médicale, y compris des chefs de cliniques –assistants en CHS.

⁴² La date butoir d'application pour le point 9 coïncide avec celle mentionnée dans le titre liminaire pour la mise en place d'un éventuel secteur optionnel (30 juin 2005), ce qui va dans le sens d'un choix de secteur d'exercice incluant le secteur optionnel.

⁴³ Du fait notamment de la spécialisation actuelle des soins chirurgicaux entre hôpital public et secteur privé.

couverture partielle et très hétérogène des dépassements. On peut rappeler à cet égard que le niveau moyen de dépassement constaté sur les honoraires (sans dépassements) en chirurgie était de 52 % en 2005 (ce qui correspond à un taux de dépassement par acte proche de 100%), et la médiane de 43% environ (voir en annexe 5 la distribution des dépassements).

Le réalisme oblige dans ces conditions à rechercher d'autres voies pour honorer l'engagement du point 9 de « résoudre la problématique des anciens chefs de clinique-assistants des hôpitaux ».

La création d'un nouveau secteur d'exercice dit « secteur optionnel », mentionnée dans le titre liminaire du protocole est l'une d'entre elles, dont l'analyse est présentée ci-après.

2.2 Les enjeux sociaux et financiers de la création d'un secteur optionnel apparaissent majeurs pour le système d'assurance maladie

Avant d'aborder ces enjeux, il est nécessaire de rappeler les caractéristiques du secteur optionnel telles qu'elles sont définies dans le titre liminaire du protocole d'accord du 24 août 2004 :

- un secteur à tarifs opposables « dont le plafond des dépassements est négocié en accord avec l'Uncam, l'Unocam et les organisations médicales » ;
- permettant d'aboutir à un « niveau minimal de tarification chirurgicale compte tenu de la participation des organismes complémentaires ».

L'idée sous-jacente est de concilier augmentation des tarifs et solvabilisation des assurés, via la modération des dépassements et la participation des complémentaires –en évitant de peser sur les dépenses de l'assurance maladie obligatoire. En offrant aux Accas spécialistes en chirurgie une alternative acceptable à leur passage en secteur 2, la mise en place du secteur optionnel permettrait de préserver des conditions convenables d'accès aux soins pour les assurés. A moyen terme, le secteur optionnel serait en outre le moyen d'éviter une disparition du secteur 1 en chirurgie⁴⁴.

Si la mise en place d'un secteur optionnel constitue l'une des solutions possibles pour enrayer la généralisation du secteur 2, il convient de prendre la mesure de ses risques potentiels, à l'origine des réticences de l'Uncam et de l'Unocam.

La création d'un secteur optionnel soulève en effet trois questions majeures pour le système d'assurance maladie :

- celle de son périmètre à terme, secteur limité à la chirurgie ou étendu à l'ensemble des spécialités, réservé aux Accas ou accessible en fonction d'autres critères ;
- celle de son impact sur le financement des dépenses de santé, et du caractère équitable de sa répartition entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances maladie complémentaires et les assurés ;
- et in fine, celle de son évolution future avec le risque d'une glissement progressif vers un « secteur 2 bis ».

⁴⁴ Les installations de chirurgiens en secteur 1 étant devenues marginales cf supra

Il ne serait pas raisonnable au vu de ces enjeux de créer dans la précipitation un secteur optionnel sans disposer :

- en amont de la négociation, d'une vision claire et précise de ses conséquences potentielles pour les assurés, l'assurance-maladie obligatoire et les organismes d'assurance maladie complémentaires ;
- en aval, des outils de contrôle nécessaires pour garantir le respect des normes de modération tarifaire fixées.

2.2.1 La mise en place d'un secteur optionnel présente des risques qui ne doivent pas être sous-estimés

2.2.1.1 Le risque essentiel est celui d'une diminution de l'offre de soins à tarif opposable pour les assurés

- La mise en place d'un secteur optionnel ne garantit pas le maintien d'une offre à tarif opposable en chirurgie

Aujourd'hui, environ 20% de chirurgiens exercent en secteur 1. S'ils exerçaient à l'avenir dans le cadre d'un secteur optionnel, ils pourraient facturer aux assurés des dépassements ou compléments d'honoraires dans une limite fixée par la convention médicale. La part de l'offre de soins chirurgicaux facturée à tarif opposable par ces praticiens diminuerait donc à concurrence de la fréquence moyenne des dépassements pratiqués. Dans l'hypothèse d'une fréquence de 50%, cette part passerait donc de 20% à 10%⁴⁵.

Une telle réduction de l'offre à tarif opposable serait difficilement acceptable.

Elle ne permettrait pas en effet de garantir l'accès de tous les assurés à des soins intégralement remboursables : 8 % des assurés sont dépourvus de couverture complémentaire, et par ailleurs, les organismes complémentaires ne pourront sans doute pas tous garantir la couverture complète des dépassements pratiqués. Ces difficultés d'accès seraient particulièrement aiguës dans certaines régions où la part des chirurgiens de secteur 1 est déjà inférieure à 15 % et/ ou l'offre de soins chirurgicaux des hôpitaux publics limitée. Par ailleurs, la généralisation de la possibilité de dépassements pourrait renforcer la concentration des praticiens dans les zones géographiques à fort pouvoir d'achat, et donc les inégalités géographiques d'accès aux soins⁴⁶.

Pour maintenir la part d'actes facturés sans dépassement au moins à son niveau actuel, deux conditions seraient nécessaires :

- les praticiens optant pour le secteur optionnel devraient s'engager à réaliser une part suffisante d'actes à tarif opposable (sans dépassement) ;
- le secteur optionnel devrait attirer une proportion suffisante de chirurgiens du secteur 2 acceptant de réduire la fréquence de leurs dépassements en contrepartie d'avantages financiers.

⁴⁵ En négligeant à ce stade les actes CMU/urgence

⁴⁶ Les études disponibles montrent en effet que la part de médecins exerçant en secteur 2 est corrélée avec le niveau moyen de revenus des régions concernées

Cette dernière condition implique logiquement d'accorder aux chirurgiens du secteur 2 des avantages suffisamment attrayants. Elle pose donc la question du coût de la mise en place du secteur optionnel pour l'assurance maladie.

2.2.1.2 *La mise en place d'un secteur optionnel risque d'être coûteuse et de peser sur les assurés*

Les études menées par le Ministère pour évaluer l'impact de la mise en place d'un secteur optionnel en chirurgie font état de coûts importants, à la charge des patients et de l'assurance –maladie obligatoire⁴⁷.

Ces coûts tiennent à plusieurs éléments :

- les médecins de secteur 1 qui choisiront le secteur optionnel pourront facturer des dépassements dans une certaine limite;
 - les chirurgiens de secteur 2 qui choisiront le secteur optionnel ne diminueront que modérément en contrepartie leurs dépassements (car ils auront en majorité des pratiques de dépassements proches de la norme instaurée) ;
- => au total de 17 à 23 M€ pourrait être mis à la charge des patients et/ ou des complémentaires.
- en revanche ils bénéficieraient vraisemblablement d'avantages tarifaires et sociaux conséquents :

*tarifaires : bénéfice éventuel du modificateur K sur tout ou partie de leur honoraires techniques, de tout ou partie des diverses majorations prévues par la convention..

*sociaux :bénéfice de la prise en charge des cotisations sociales sur tout ou partie de leurs honoraires

les coûts associés sont très importants pour l'assurance maladie.

- ils pourraient être partiellement compensés dans certaines hypothèses par la diminution des avantages tarifaires et sociaux actuels des chirurgiens du secteur 1 ayant choisi le secteur optionnel (par exemple la limitation de la prise en charge des cotisations sociales sur la part d'honoraires facturés à tarif opposable).

Au total, le coût pour l'assurance-maladie varierait entre 27 et 60 M€

Ces coûts peuvent paraître élevés au regard des objectifs poursuivis, surtout si on les rapproche des efforts déjà consentis : pour l'assurance maladie, **l'accord d'août 2004 représente une dépense supplémentaire de 125 M€⁴⁸** ; en y ajoutant l'effet des mesures conventionnelles de revalorisation des actes cliniques, l'effort financier en faveur des chirurgiens dépasse les 135 M€ Le gain moyen annuel d'honoraires par chirurgien peut donc être estimé à 27 000 €en moyenne⁴⁹.

Par ailleurs, demander des efforts supplémentaires aux assurés peut sembler peu opportun. Un forfait de 18 €sur les actes de chirurgie vient d'être mis en place, qui s'ajoute aux diverses mesures contraignantes prises dans le cadre de la convention⁵⁰.

⁴⁷ Faute de temps la mission n'a pu les expertiser.

⁴⁸ 90 millions d'euros pour les revalorisations des actes techniques, 29 millions pour l'aide à la souscription d'assurance, 7 millions pour la permanence des soins selon les estimations de la direction de la sécurité sociale

⁴⁹ effet des mesures de revalorisations tarifaires des actes techniques et cliniques et permanence des soins.

⁵⁰ Choix d'un médecin traitant, forfait de 1 €par acte, augmentation du ticket modérateur en cas de consultation d'un spécialiste hors parcours de soins et facturation possible d'un dépassement..

Enfin, une majorité d'assurés ne bénéficie aujourd'hui que d'une couverture très partielle des dépassements chirurgicaux. Selon les données dont dispose l'Unocam, la couverture des frais chirurgicaux par les mutuelles serait de l'ordre de 115% des tarifs de base en moyenne, la prise en charge par les assurances étant nettement supérieure (de 150 à 200% pour les actes cliniques et jusqu'à 400% pour les actes techniques). La couverture des dépassements chirurgicaux apparaît donc au total très hétérogène. Compte tenu du niveau souvent élevé des frais chirurgicaux, il paraît indispensable d'accompagner la mise en place d'un secteur optionnel en chirurgie d'une amélioration de la couverture des dépassements par les complémentaires⁵¹.

- Le respect dans la durée des engagements de modération tarifaire risque de ne pas être assuré

Rien ne garantit véritablement aujourd'hui que le plafond des dépassements applicable dans le cadre d'un secteur optionnel soit respecté dans la durée. A court terme, la question des outils permettant ce contrôle est posée. A plus long terme, des écarts entre ce plafond et les pratiques réelles risquent de se développer : les caisses peuvent en effet se mobiliser provisoirement sur un objectif de contrôle faisant l'objet d'une priorité politique, mais avec le temps elles se tourneront vers d'autres préoccupations.

2.2.1.3 L'extension immédiate du secteur optionnel à l'ensemble des spécialités serait imprudente

Si un secteur optionnel est mis en place en chirurgie, les anciens chefs de clinique des autres spécialités ne manqueront pas de réclamer son bénéfice.

Or, ouvrir un secteur optionnel d'emblée à l'ensemble des spécialités ne présenterait que peu d'avantage à court terme⁵² et beaucoup d'inconvénients. Le problème de l'insuffisance du secteur 1 ne se pose pas en effet dans les autres spécialités qui comptent au moins 40% de médecins en secteur 1. La proportion d'anciens chefs de clinique est par ailleurs limitée dans ces spécialités, et la question se poserait de leur réserver le secteur optionnel ou de l'ouvrir à l'ensemble des médecins de secteur 1, ce qui risquerait de réduire l'offre de soins à tarifs opposable.

Par ailleurs, les coûts de mise en place du secteur optionnel seraient démultipliés.

Au total, il paraît raisonnable de limiter à court terme l'ouverture d'un secteur optionnel à la chirurgie, comme le prévoyait d'ailleurs le titre liminaire de l'accord du 24 août 2004 qui ne se réfère qu'à ces spécialités. Il reste que même limité à la chirurgie, les risques et inconvénients précités du secteur optionnel peuvent inciter à rechercher d'autres voies de règlement de la problématique des anciens chefs de clinique. Celles-ci apparaissent toutefois peu praticables à l'analyse.

⁵¹ avec pour contrepartie dans la plupart des cas une augmentation des cotisations et primes à la charge des assurés.

⁵² hormis évidemment celui de régler la situation des anciens chefs de clinique.

2.2.2 *Renoncer au secteur optionnel serait périlleux dans le contexte actuel*

On peut s'interroger sur l'opportunité de mettre en place un secteur optionnel en chirurgie au regard de ses risques qu'il comporte. D'autres types de réponse aux attentes des anciens chefs de clinique comme à la fonte du secteur 1 sont en effet envisageables. Elles semblent toutefois peu praticables aujourd'hui .

- Les mesures alternatives au secteur optionnel pour les anciens chefs de clinique en chirurgie risquent d'être coûteuses et/ ou inefficaces

La mise en place du modificateur K au bénéfice des seuls chirurgiens du secteur 1 a procuré un gain de rémunération important aux chirurgiens du secteur 1. Plus généralement, l'impact global de l'accord ajouté à celui des diverses majorations conventionnelles depuis 2004 aurait ramené l'écart moyen d'honoraires entre les chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2 de 68000 € environ à 43 000 € selon les estimations de la DSS *en l'absence de progression des dépassements en secteur 2*. On aurait donc pu envisager, en alternative au secteur optionnel, d'accorder aux anciens chef de clinique une mesure complémentaire de rémunération pour les placer par exemple à un niveau voisin de celui des 25% des chirurgiens du secteur 2 pratiquant les taux de dépassement les plus modérés⁵³. Toutefois, l'écart de rémunération entre le secteur 1 et le secteur 2 s'est en réalité selon toutes probabilités maintenu via la progression des dépassements en secteur 2, et le coût d'une nouvelle mesure de rapprochement serait dès lors élevé. Une telle mesure serait donc coûteuse et inefficace, en cas de poursuite vraisemblable du mouvement de hausse des dépassements en secteur 2. Elle ne réglerait pas par ailleurs le problème du tarissement du flux d'installations en secteur 1.

- Un autre piste serait d'ouvrir aux anciens chefs de clinique l'option de coordination aujourd'hui réservée au médecins du secteur 2.

L'option de coordination aujourd'hui ouverte aux médecins de secteur 2 leur permet de bénéficier des avantages sociaux et tarifaires des chirurgiens de secteur 1 sous réserve de respecter un plafond de dépassement par acte de 15% du tarif opposable, et que la part d'honoraires facturée sans dépassements soit au moins égale à 30%.

L'absence de succès de cette mesure auprès des chirurgiens de secteur 2 laisse présager qu'elle sera jugée très insuffisante par les anciens chefs de clinique. Il pourrait être envisagé d'y recourir en cas d'échec des négociations sur le secteur optionnel.

Au total, l'engagement de négociations sur la mise en place d'un secteur optionnel en chirurgie paraît la seule voie aujourd'hui pour mettre fin à la problématique des anciens chefs de clinique et préserver l'offre de soins à tarif opposable en chirurgie.

Pour limiter ses risques, un cadrage rigoureux du secteur optionnel semble impératif tant en ce qui concerne son paramétrage que ses pré-requis. Le bilan de son fonctionnement au regard des objectifs poursuivis devra faire l'objet d'une évaluation.

⁵³ 25% des chirurgiens de secteur 2 ont un taux moyen de dépassement inférieur à 25% selon les dernières données provisoires de la Cnamts, le taux moyen pour l'ensemble des chirurgiens s'établissant à 52,9% -source Erasme V0 France entière.

2.3 La mise en place d'un secteur optionnel en chirurgie exige un cadrage rigoureux et une modération globale des dépassements

2.3.1 Un cadrage rigoureux est indispensable pour prévenir tout risque de dérive

2.3.1.1 La mise en place du secteur optionnel doit comporter des garanties renforcées pour les assurés

Ces garanties reposent sur le paramétrage du secteur optionnel, son contrôle, la transparence du système et le principe de son évaluation.

- Des garanties sont indispensables sur la part d'offre à tarif opposable et le niveau des dépassements

La part minimale des soins chirurgicaux facturés sans dépassement d'une part, et le taux maximal de dépassement d'autre part constituent les paramètres clé du secteur optionnel. Ils doivent être fixés explicitement dans la convention.

Pour garantir le maintien d'une offre à tarif opposable suffisante, sa part dans l'activité des praticiens choisissant le secteur optionnel doit être soigneusement calibrée. Dans l'hypothèse où 30 % des chirurgiens de secteur 2 choisiraient le secteur optionnel⁵⁴, une règle de 50% d'activité à tarif opposable permettrait de garantir au total un peu plus de 20 % d'offre à tarif opposable -auxquels s'ajouterait la part obligatoire d'activité à tarif opposable en secteur 2⁵⁵-soit une part totale de 30%, comparable à celle d'aujourd'hui.

Pour assurer la modération recherchée des dépassements, il conviendrait par ailleurs de fixer deux limites explicites dans la convention :

- un taux maximal de dépassement par acte
- un taux maximal de dépassement annuel

La combinaison de ces deux taux paraît souhaitable. En effet, si seul un plafond annuel de dépassement était fixé dans la convention⁵⁶, cela n'empêcherait pas la facturation ponctuelle de taux de dépassement nettement supérieurs⁵⁷ impliquant le cas échéant des restes à charge conséquents pour les patients concernés. De telles pratiques sont discutables, le patient disposant à l'évidence d'une latitude limitée pour choisir son chirurgien et discuter son devis.

Le plafond de dépassement à respecter en moyenne sur l'année⁵⁸ et ses modalités ne peuvent être fixés que dans le cadre de la négociation entre l'Uncam, l'Unocam et les syndicats médicaux. Comme on l'a vu précédemment, la difficulté est de parvenir à attirer une proportion suffisante de chirurgiens du secteur 2 dans le secteur optionnel, avec des limites de

⁵⁴ Soit 24% du total des chirurgiens

⁵⁵ 15% au titre des patients CMU et des actes réalisés en urgence par les chirurgiens restés en secteur 2 (57% au total), soit 8,5%.

⁵⁶ Le taux de dépassement étant égal au total des dépassements rapporté au total des honoraires diminué du total de ces dépassements (DE/ HSD)

⁵⁷ généralement fixés en considération de la couverture complémentaire du patient et de l'appréciation de ses ressources.

⁵⁸ DE/ HSD

dépassement acceptables pour les patients et les organismes complémentaires, et un coût raisonnable pour l'assurance-maladie.

La distribution actuelle des taux de dépassements en secteur 2 (annexe 5) permet de penser qu'environ 40% des chirurgiens de secteur 2 auraient financièrement intérêt au secteur optionnel sur la base d'un taux de dépassement moyen limité à de 25%, compte tenu des avantages tarifaires et sociaux dont ils bénéficieraient (a priori, au minimum le modificateur K et la prise en charge de leurs cotisations sociales sur leurs honoraires à tarifs opposables si on reprend l'économie du dispositif de l'option de coordination). Pour une partie d'entre eux, le choix du secteur optionnel impliquera une baisse du taux de dépassement moyen qu'ils pratiquent.

Plus la part des chirurgiens de secteur 2 qu'on cherche à attirer dans le secteur optionnel est importante, plus le taux moyen annuel de dépassements à respecter –ou la contribution de l'assurance maladie- devront être élevés. C'est pourquoi il paraît raisonnable de limiter dans un premier temps la cible à 30 à 40 % des chirurgiens de secteur 2.

- Un dispositif de suivi du respect des paramètres sera nécessaire

Pour éviter que le secteur optionnel ne dérive avec le temps vers un secteur de liberté tarifaire de fait, les organismes d'assurance maladie obligatoires devront fournir aux chirurgiens les moyens de respecter les paramètres.

Il s'agit notamment de transmettre régulièrement aux chirurgiens les données nécessaires et cumulées sur leurs dépassements et leurs honoraires, pour qu'ils soient en mesure de se conformer au taux moyen annuel de dépassement retenu.

Les mesures applicables en cas de dépassement de ce taux doivent être prévues dans la convention (imputation sur les dépassements de l'année suivante, diminution de la base de calcul pour la prise en charge des cotisations sociales etc).

- La transparence des dépassements devra être généralisée

L'élargissement des possibilités de dépassement mise en œuvre avec un secteur optionnel nécessite que les patients soient dorénavant informés en temps utile dans tous les cas des dépassements qui vont leur être facturés. Cette pratique n'est pas générale aujourd'hui. Si le secteur optionnel est mis en place, cette occasion devrait être saisie pour organiser les conditions d'une information satisfaisante des patients.

Le premier engagement devrait porter sur la fourniture préalable d'un devis chirurgical, mentionnant en clair le tarif de l'acte et le montant du dépassement pratiqué.

Pour assurer une information claire et complète du patient, il serait nécessaire qu'il puisse aussi avoir accès à une information sur la moyenne des tarifs pratiqués pour l'acte considéré (au niveau du département ou de la région). Cette information pourrait être assurée par les organismes complémentaires qui prendront en charge les dépassements⁵⁹, dans le cadre d'un partenariat éventuel avec l'assurance-maladie.

⁵⁹ une difficulté réside dans le fait que donner au patient les moyens d'exercer le choix de son chirurgien entre un peu en contradiction avec le dispositif du parcours de soins coordonné.

2.3.1.2 La possibilité de facturer des dépassements devrait être liée à des engagements de qualité vérifiables

La mise en place de la CCAM cible fondée sur une démarche objective de cotation des actes conduit à s'interroger sur les critères susceptibles de justifier des dépassements. On peut imaginer de les relier à des critères de qualité ou de performance sous réserve qu'ils puissent être mis en œuvre et vérifiés de façon simple. Le terme « secteur promotionnel » pourrait d'ailleurs être préféré à celui de secteur optionnel.

On ne voit toutefois guère de raison pour que ces exigences de transparence et de qualité ne s'appliquent qu'au secteur optionnel.

2.3.2 La mise en place du secteur optionnel ne peut être sans conséquence pour le secteur 2 et nécessite des engagements des organismes complémentaires d'assurance maladie

La mise en place d'un secteur optionnel ou promotionnel en chirurgie peut être l'occasion, si ses risques sont maîtrisés, de préfigurer une organisation rénovée de la médecine libérale. Cette rénovation apparaît très souhaitable car la dualité du système actuel n'est aujourd'hui satisfaisante ni pour les patients ni pour les médecins libéraux, qui n'ont pas toujours le choix de leur secteur d'exercice ni de leurs niveaux de dépassements⁶⁰. Les critères actuels d'accès à la possibilité de dépassements n'apparaissent pas satisfaisants, dans un contexte où l'accent est mis sur l'actualisation des connaissances et l'évaluation des pratiques.

Le secteur optionnel peut donc être vu comme le point de convergence futur des secteurs 1 et 2 qu'il aurait vocation à remplacer. Les conditions de cette convergence doivent être mises en place dès la création du secteur optionnel, sans quoi celle-ci risque de se solder par une segmentation supplémentaire de la médecine libérale et de renforcer les tensions actuelles.

2.3.2.1 La mise en place du secteur optionnel ne peut être sans conséquence pour le secteur 2

- La transparence des dépassements devra être étendue au secteur 2

Il serait en effet paradoxal que le secteur 2 où se feront les dépassements les plus importants ne soit pas soumis à cette exigence de transparence. De plus, cette obligation pourrait concourir à freiner la hausse soutenue des dépassements dans ce secteur.

- Pour les nouvelles installations, le secteur optionnel devrait être substitué au secteur 2

Cette mesure présenterait d'abord l'avantage d'aligner les conditions de rémunération des anciens chefs de clinique et des nouveaux. Surtout, elle seule garantirait l'atteinte du point de convergence recherché et la mise en place à terme d'une organisation équitale et rationnelle de la médecine libérale.

⁶⁰ Notamment quand ils sont installés dans des zones de faibles revenus.

- Un plafonnement de la couverture des dépassements en secteur 2 via les contrats responsables pourrait être envisagé

L'article L. 162-5-13 permet d'instaurer un plafond collectif de dépassement, et son application pourrait être envisagée dans l'hypothèse où le secteur optionnel aurait un recrutement insuffisant lié à la poursuite de la hausse des dépassements en secteur 2. Cette éventualité se heurte toutefois aux arguments déjà rappelés de contradiction avec les objectifs de clarification des rôles des acteurs et de responsabilisation de l'assurance-maladie, et de conflit prévisible avec les syndicats.

Une alternative serait envisageable, consistant à prévoir dans le cadre des contrats responsables un seuil limite de remboursement des dépassements. Elle présenterait l'avantage de pouvoir être mise place en accompagnement du secteur optionnel et de favoriser ainsi son attractivité relative⁶¹. En outre, cette mesure n'interdirait pas aux chirurgiens du secteur 2 de continuer à pratiquer des dépassements au-delà de ce seuil, la seule conséquence étant leur impossibilité de prise en charge, dont les patients devraient être obligatoirement informés.

2.3.2.2 Des engagements des organismes complémentaires d'assurance maladie pour améliorer la couverture des dépassements dans le cadre du secteur optionnel

Il est indispensable d'améliorer la couverture des dépassements dans le cadre du secteur optionnel. Les organismes complémentaires devraient donc s'engager à mettre en place des dispositifs clairs et précis à cet effet. Le plus simple serait de prévoir un seuil plancher de couverture des dépassements le plus proche possible du taux plafond de dépassement fixé par la convention.

Au terme de cette analyse, la mission estime que le secteur optionnel devrait dans tous les cas être mis en place dans le cadre d'un dispositif évaluable.

2.3.3 La mission préconise la mise en place du secteur optionnel dans le cadre d'un dispositif soumis à évaluation.

Compte-tenu des inconnues que comporte la création d'un secteur optionnel en chirurgie, et de la nécessité de développer des outils communs à l'assurance-maladie et aux organismes complémentaires pour suivre et évaluer son fonctionnement, la mission préconise de conduire des évaluations régulières permettant d'apprécier son fonctionnement et son impact sur l'accès aux soins et leur couverture.

Il devrait comporter au moins deux objectifs d'efficacité socio-économiques assortis d'indicateurs permettant d'évaluer leur degré de réalisation :

- le maintien d'une offre de soins à tarif opposable d'une part ;
- la limitation des restes à charge pour les patients consultant dans le cadre du secteur optionnel.

⁶¹ le coût de mise en place du dispositif pour les assurés et l'assurance-maladie devrait dès lors pouvoir être allégé.

D'autres objectifs relatifs aux outils nécessaires pour le respect des plafonds de dépassements devraient s'y ajouter.

Enfin, un volet spécifique serait consacré à la transparence des dépassements, leurs critères et l'information des patients.

Une instance ad hoc serait chargée de son suivi et de son évaluation.

Christine d'AUTUME

ANNEXES

Liste des annexes

- Annexe 0 :** Lettre de mission et protocole du 24 août 2004
- Annexe 1 :** répartition régionale des chirurgiens selon le secteur d'exercice
- Annexe 2 :** dépassements des chirurgiens et des gynécologues-obstétriciens
- Annexe 3 :** mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM)
- Annexe 4 :** panel UCDF des cinquante actes de chirurgie les plus fréquents
- Annexe 5 :** distribution des taux de dépassements en chirurgie

Annexe 0 : Lettre de mission et protocole du 24 août 2004



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

35

Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

Paris, le 4 AOUT 2006

704

Cab XB/ER/HC/D.06.10380

à

Madame la Chef de l'Inspection
des affaires sociales

Objet : mission relative à l'application du protocole d'accord du 24 août 2004

Le 24 août 2004, un accord relatif à la chirurgie a été signé entre l'Etat, la caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs.

Deux ans après cet accord, une partie des professionnels estime qu'il n'a pas été complètement mis en œuvre. Ce jugement porte en particulier sur les revalorisations tarifaires obtenues et les dispositions intéressant le choix des secteurs d'exercice.

Je souhaite qu'avec la collaboration de M. le Professeur Henri GUIDICELLI vous établissiez de façon précise un bilan d'application de chacun des points de l'accord, notamment de ceux relatifs à la politique tarifaire (point 3) et à l'ouverture d'un secteur optionnel (point 9). Je souhaite également que, le cas échéant, vous formuliez des propositions pour mettre en œuvre les dispositions de l'accord qui ne seraient pas encore pleinement appliquées.

Vous me remettrez un pré-rapport au plus tard le 23 août et les conclusions définitives avant le 10 septembre.

Xavier BERTRAND

14, Avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP - Téléphone : 01 40 56 60 00

V 23/08/04 - SYN MED

Déclaration liminaire

Réunis autour du Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, la Caisse Nationale l'Assurance Maladie et les représentants des Syndicats Médicaux représentatifs ont affirmé leur volonté commune de sauver la chirurgie française.

Dans l'esprit des travaux du Conseil National de la Chirurgie les partenaires ont convenu qu'il y avait, aujourd'hui, urgence à adresser à l'ensemble des chirurgiens des signes forts de soutien pour que notre pays conserve le haut niveau de compétence de sa chirurgie pour le plus grand bénéfice des patients.

Chacun s'accorde sur les raisons de la crise que traverse cette spécialité depuis plusieurs années :

- > Une désaffection des étudiants en médecine pour cette spécialité considérée, encore hier, comme la plus noble. La diminution par 2 du nombre des internes en chirurgie a créé une rupture.
- > Un haut niveau de responsabilité, d'exigence et de pénibilité, insuffisamment pris en compte au cours des 15 dernières années.
- > Une judiciarisation croissante qui s'est traduite par une progression importante et soutenue des primes d'assurance.

S'agissant du secteur libéral, une solution pérenne devra être trouvée, dans le cadre de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, pour les médecins spécialistes libéraux, en ~~chirurgie et en particulier pour les disciplines suivantes :~~ chirurgie générale, digestive, orthopédie - traumatologie, chirurgie vasculaire, chirurgie cardio-thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie pédiatrique et chirurgie gynécologique, chirurgie cervico et maxillo-faciale.

Elle pourrait consister en la ~~création~~ d'un « secteur optionnel », en honoraires opposables et dont le plafond des dépassements est négocié en accord entre l'UNCAM, l'Union des organismes d'assurance maladie complémentaires, et les organisations médicales. L'objectif de ce secteur est d'atteindre pour ces professions, au 30 juin 2006, un niveau minimal de tarification chirurgicale compte tenu de la participation des organismes complémentaires.

Dans l'attente de la mise en œuvre de ces réformes, des décisions immédiates s'imposent pour assurer l'avenir de la chirurgie. C'est pourquoi le Ministre a pris l'engagement solennel de favoriser la mise en œuvre des mesures suivantes :

[Signature]

Relevé de décisions

1. La ~~formation~~ est le premier des enjeux car elle seule permet d'assurer l'avenir à long terme de la chirurgie. C'est pourquoi une commission opérationnelle chargée de faire des propositions pour définir le nouveau cadre de la formation des internes et de son évaluation sera mise en place auprès du Ministre dès le mois de septembre 2004. Elle préconisera des actions pour valoriser le métier de chirurgien au cours de la formation du 2^{ème} cycle des études médicales. Elle traitera de l'intégration de nouvelles formes de validation des compétences et des services au sein du cursus de formation (3^{ème} cycle), des conditions pour renouer avec la nécessité du compagnonnage indispensable à l'acquisition des compétences clés du métier de chirurgien et de l'amélioration des conditions d'accueil des jeunes chirurgiens dans les équipes publiques et privées. L'augmentation du nombre de postes d'internes en chirurgie sera poursuivie et constituera un indicateur essentiel de la réussite du plan chirurgie.
2. La ~~recomposition~~ du paysage des plateaux techniques est une nécessité afin que puisse se constituer autour des équipes chirurgicales des pôles d'excellence susceptibles de garantir une pratique de qualité et garantir l'accès aux soins. Dans cet objectif, une cellule « haute technologie » est constituée auprès de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins afin de recenser les investissements de haute technologie dans le domaine chirurgical et élaborer un plan de modernisation des technologies des blocs opératoires en 2005 et le plan de financement correspondant.

Dans le cadre de la préparation des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération :

- le Conseil national de la chirurgie viendra en appui des Agences Régionales de l'Hospitalisation pour leur permettre d'objectiver les situations les plus critiques
- la redistribution nécessaire pour atteindre la taille suffisante des équipes opératoires sera un objectif recherché dans le cadre du projet médical de territoire.

Une cartographie des blocs opératoires évalués sur la base d'indicateurs concertés entre la DHOS et le conseil national de la chirurgie sera établie annuellement et rendue publique afin de suivre les progrès accomplis.

Par ailleurs, en lien avec le conseil national de la chirurgie, les agences régionales de l'hospitalisation recevront comme mission d'étudier avec les établissements publics et privés les voies et les moyens pour parvenir à une mise en réseau plus aboutie, notamment dans la prise en charge des pathologies chirurgicales particulières et l'organisation de la permanence des soins chirurgicaux, de la formation continue et de la recherche clinique.

[Signature]

26 AOUT 2004

S'agissant du ~~secteur~~ privé :

3. Mise en place d'une politique tarifaire visant à réduire la différence de rémunération entre les chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2. A court terme, une première réponse consiste en la mise en œuvre immédiate de forfaits liés à l'activité, les Contrats de Bonnes Pratiques (C.B.P), ayant vocation à compléter la tarification commune et permettant de revaloriser les honoraires des chirurgiens du secteur 1 (entre 5000 et 9000 euros) et du secteur 2 en fonction du volume d'activité réalisé en tarifs opposables (entre 2000 et 6000 euros). De plus, il sera défini pour les professions concernées un objectif intérimaire d'atteinte d'un niveau tarifaire équivalent à une revalorisation des actes chirurgicaux de 20% au 1^{er} avril 2005 compte tenu de la mise en place de la CCAM et des forfaits modulables visés au § 8.
4. Reconnaissance, dès le 1^{er} octobre 2004, d'une mission d'intérêt général pour la permanence des soins chirurgicaux. Dans les services d'urgences et établissements privés associés ou relais, les chirurgiens et anesthésistes concernés par la permanence des soins seront rémunérés pour leur activité d'astreinte, par un forfait de 150 euros, pour les nuits, week-end et jours fériés. L'extension du dispositif de permanence des soins en établissements privés sera engagée, notamment en faveur des médecins spécialistes réanimateurs et des pédiatres en réanimation néo-natale.
5. ~~Demande d'un engagement des compagnies d'assurance sur la stabilisation des primes d'assurance de responsabilité civile. Le Ministre recevra à cet effet, très rapidement, le président de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance afin d'évoquer avec lui l'application du nouveau dispositif de gestion des risques issu de la loi portant réforme de l'Assurance Maladie.~~
6. Renforcement de l'aide à la souscription d'une assurance. Cette mesure ouverte, pour la première fois, aux deux secteurs permettra de compenser le surcoût des primes d'assurance (entre 3000 et 7000 euros pour le secteur 1 et jusqu'à 5600 euros pour le secteur 2, en fonction de la proportion d'activité réalisée en tarifs opposables).
7. Mise en œuvre de la nouvelle classification des actes médicaux dans les termes définis par le relevé de conclusions du 22 juillet dernier signé par les Caisses et l'ensemble des syndicats médicaux représentatifs ainsi que la procédure d'accréditation prévue à l'article 8 ter de la loi de réforme sur l'assurance maladie avant la fin de l'année 2004.

JCR

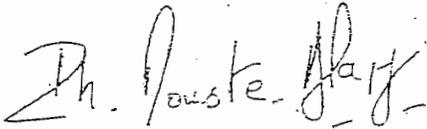
AB

26 AOUT 2004

3. Dès le 1^{er} octobre 2004 des forfaits modulables seront mis en place au profit de certaines spécialités chirurgicales (chirurgie générale, digestive, orthopédie - traumatologie, chirurgie vasculaire, chirurgie cardio-thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie pédiatrique et chirurgie gynécologique, chirurgie cervico et maxillo-faciale), en complément des tarifs de la CCAM et en remplacement des contrats de bonnes pratiques professionnelles, assurant une revalorisation effective de 12,5 % des actes strictement chirurgicaux. En cas de problème technique pour la mise en œuvre de ces forfaits, dès le 1^{er} octobre 2004, les dispositions transitoires nécessaires seront mises en place pour assurer le niveau de revalorisation sus-visé.

9. Les signataires du présent relevé s'engagent à mettre fin, au plus tard le 30 juin 2005 et toutes spécialités confondues, à la problématique des anciens chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux, anciens assistants des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU, anciens assistants des hôpitaux spécialisés, praticiens-chef de clinique ou assistants des hôpitaux militaires, praticiens temps plein hospitalier dont le statut relève du décret no 84-131 du 24 février 1984 qui ne peuvent actuellement disposer d'un choix de secteur d'exercice en leur rendant ce choix.

Le Ministre de la Santé
et de la Protection Sociale



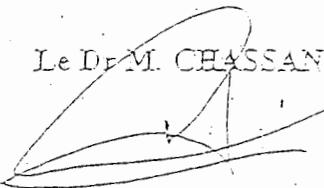
Le Président de la CNA-MTS



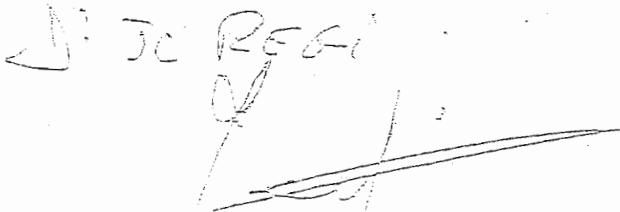
M. Jean Marie SPAETH

Le Président de la CSMF :

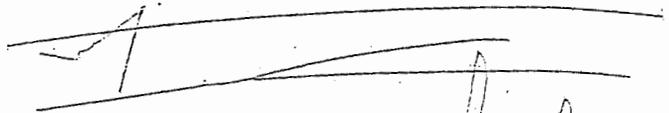
Le Dr M. CHASSANG



Le Président de la FMF :



Le Secrétaire d'Etat
à l'assurance maladie



Le Directeur de la CNA-MTS



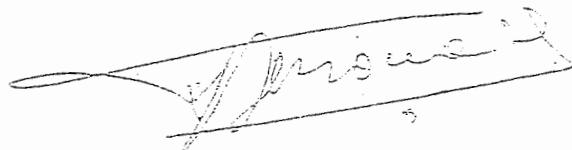
M. Daniel LENOIR

Le Président du SML :

Le Dr D. CABRERA



Le Président d'ALLIANCE :



1000 pwr

V13/08/04 - SYN MED

Déclaration liminaire

Réunis autour du Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, la Caisse Nationale l'Assurance Maladie et les représentants des Syndicats Médicaux représentatifs ont affirmé leur volonté commune de sauver la chirurgie française.

Dans l'esprit des travaux du Conseil National de la Chirurgie les partenaires ont convenu qu'il y avait, aujourd'hui, urgence à adresser à l'ensemble des chirurgiens des signes forts de soutien pour que notre pays conserve le haut niveau de compétence de sa chirurgie pour le plus grand bénéfice des patients.

Chacun s'accorde sur les raisons de la crise que traverse cette spécialité depuis plusieurs années :

- > Une désaffection des étudiants en médecine pour cette spécialité considérée, encore hier, comme la plus noble. La diminution par 2 du nombre des internes en chirurgie a créé une rupture.
- > Un haut niveau de responsabilité, d'exigence et de pénibilité, insuffisamment pris en compte au cours des 15 dernières années.
- > Une judiciarisation croissante qui s'est traduite par une progression importante et soutenue des primes d'assurance.

S'agissant du secteur libéral, une solution pérenne devra être trouvée, dans le cadre de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, pour les médecins spécialistes libéraux en ~~chirurgie~~ et en particulier pour les disciplines suivantes : chirurgie générale, digestive, orthopédie - traumatologie, chirurgie vasculaire, chirurgie cardio-thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie pédiatrique et chirurgie gynécologique, chirurgie cervico et maxillo-faciale.

Elle pourrait consister en la création d'un « secteur optionnel », en honoraires opposables et dont le plafond des dépassements est négocié en accord entre l'UNCAM, l'Union des organismes d'assurance maladie complémentaires et les organisations médicales. L'objectif de ce secteur est d'atteindre pour ces professions, au 30 juin 2005, un niveau minimal de tarification chirurgicale compte tenu de la participation des organismes complémentaires.

Dans l'attente de la mise en œuvre de ces réformes, des décisions immédiates s'imposent pour assurer l'avenir de la chirurgie. C'est pourquoi le Ministre a pris l'engagement solennel de favoriser la mise en œuvre des mesures suivantes :

[Signature]

Relevé de décisions

1. La formation est le premier des enjeux car elle seule permet d'assurer l'avenir à long terme de la chirurgie. C'est pourquoi une commission opérationnelle chargée de faire des propositions pour définir le nouveau cadre de la formation des internes et de son évaluation sera mise en place auprès du Ministre dès le mois de septembre 2004. Elle préconisera des actions pour valoriser le métier de chirurgien au cours de la formation du 2^{ème} cycle des études médicales. Elle traitera de l'intégration de nouvelles formes de validation des compétences et des services au sein du cursus de formation (3^{ème} cycle), des conditions pour renouer avec la nécessité du compagnonnage indispensable à l'acquisition des compétences clés du métier de chirurgien et de l'amélioration des conditions d'accueil des jeunes chirurgiens dans les équipes publiques et privées. L'augmentation du nombre de postes d'internes en chirurgie sera poursuivie et constituera un indicateur essentiel de la réussite du plan chirurgie.
2. La récomposition du paysage des plateaux techniques est une nécessité afin que puisse se constituer autour des équipes chirurgicales des pôles d'excellence susceptibles de garantir une pratique de qualité et garantir l'accès aux soins. Dans cet objectif, une cellule « haute technologie » est constituée auprès de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins afin de recenser les investissements de haute technologie dans le domaine chirurgical et élaborer un plan de modernisation des technologies des blocs opératoires en 2005 et le plan de financement correspondant.

Dans le cadre de la préparation des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération :

- le Conseil national de la chirurgie viendra en appui des Agences Régionales de l'Hospitalisation pour leur permettre d'objectiver les situations les plus critiques.
- la redistribution nécessaire pour atteindre la taille suffisante des équipes opératoires sera un objectif recherché dans le cadre du projet médical de territoire.

Une cartographie des blocs opératoires évalués sur la base d'indicateurs concertés entre la DHOS et le conseil national de la chirurgie sera établie annuellement et rendue publique afin de suivre les progrès accomplis.

Par ailleurs, en lien avec le conseil national de la chirurgie, les agences régionales de l'hospitalisation recevront comme mission d'étudier avec les établissements publics et privés les voies et les moyens pour parvenir à une mise en réseau plus aboutie, notamment dans la prise en charge des pathologies chirurgicales particulières et l'organisation de la permanence des soins chirurgicaux, de la formation continue et de la recherche clinique.

AB JC

28 AOUT 2004

S'agissant du secteur privé :

3. Mise en place d'une politique tarifaire visant à réduire la différence de rémunération entre les chirurgiens du secteur 1 et du secteur 2. A court terme, une première réponse consiste en la mise en œuvre immédiate de forfaits liés à l'activité, les Contrats de Bonnes Pratiques (C.B.P), ayant vocation à compléter la tarification commune et permettant de revaloriser les honoraires des chirurgiens du secteur 1 (entre 5000 et 9000 euros) et du secteur 2 en fonction du volume d'activité réalisé en tarifs opposables (entre 2000 et 5000 euros). De plus, il sera défini pour les professions concernées un objectif intermédiaire d'atteinte d'un niveau tarifaire équivalent à une revalorisation des actes chirurgicaux de 20% au 1^{er} octobre 2005 compte tenu de la mise en place de la COAMV et des forfaits modulables visés au § 8.
4. Reconnaissance, dès le 1^{er} octobre 2004, d'une mission d'intérêt général pour la permanence des soins chirurgicaux. Dans les services d'urgences et établissements privés associés ou relais, les chirurgiens et anesthésistes concernés par la permanence des soins seront rémunérés pour leur activité d'astreinte, par un forfait de 150 euros, pour les nuits, week-end et jours fériés. L'extension du dispositif de permanence des soins en établissements privés sera engagée, notamment en faveur des médecins spécialistes réanimateurs et des pédiatres en réanimation néo-natale.
5. Demande d'un engagement des compagnies d'assurance sur la stabilisation des ~~primes d'assurance de responsabilité civile. Le Ministre recevra à cet effet, très~~ rapidement, le président de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance afin d'évoquer avec lui l'application du nouveau dispositif de gestion des risques issu de la loi portant réforme de l'Assurance Maladie.
6. Renforcement de l'aide à la souscription d'une assurance. Cette mesure ouverte, pour la première fois, aux deux secteurs permettra de compenser le surcoût des primes d'assurance (entre 3000 et 7000 euros pour le secteur 1 et jusqu'à 5600 euros pour le secteur 2, en fonction de la proportion d'activité réalisée en tarifs opposables).
7. Mise en œuvre de la nouvelle classification des actes médicaux dans les termes définis par le relevé de conclusions du 22 juillet dernier signé par les Caisses et l'ensemble des syndicats médicaux représentatifs ainsi que la procédure d'accréditation prévue à l'article 8 ter de la loi de réforme sur l'assurance maladie avant la fin de l'année 2004.

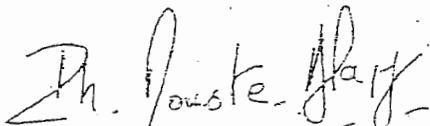
= JCR

JCR
AS

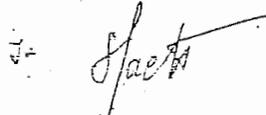
26 AOUT 2004

8. Dès le 1^{er} octobre 2004 des forfaits modulables seront mis en place au profit de certaines spécialités chirurgicales (chirurgie générale, digestive, orthopédie - traumatologie, chirurgie vasculaire, chirurgie cardio-thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie pédiatrique et chirurgie gynécologique, chirurgie cervico et maxillo-faciale), en complément des tarifs de la CCAM et en remplacement des contrats de bonnes pratiques professionnelles, assurant une revalorisation effective de 12,5 % des actes strictement chirurgicaux. En cas de problème technique pour la mise en œuvre de ces forfaits, dès le 1^{er} octobre 2004, les dispositions transitoires nécessaires seront mises en place pour assurer le niveau de revalorisation sus-visé.
9. Les signataires du présent relevé s'engagent à mettre fin, au plus tard le 30 juin 2005 et toutes spécialités confondues, à la problématique des anciens chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux, anciens assistants des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU, anciens assistants des hôpitaux spécialisés, praticiens-chef de clinique ou assistants des hôpitaux militaires, praticiens temps plein hospitalier dont le statut relève du décret no 84-131 du 24 février 1984 qui ne peuvent actuellement disposer d'un choix de secteur d'exercice en leur rendant ce choix.

Le Ministre de la Santé
et de la Protection Sociale



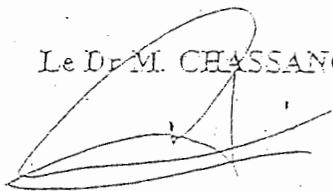
Le Président de la CNAAMTS



M. Jean Marie SPAETH

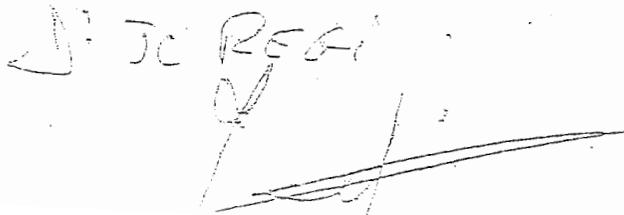
Le Président de la CSMF :

Le Dr M. CHASSANG

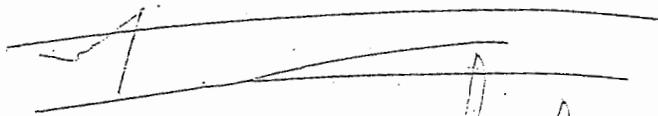


Le Président de la FMF :

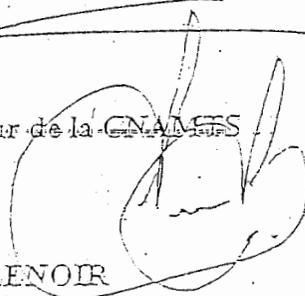
J. JC REGI



Le Secrétaire d'Etat
à l'assurance maladie



Le Directeur de la CNAAMTS



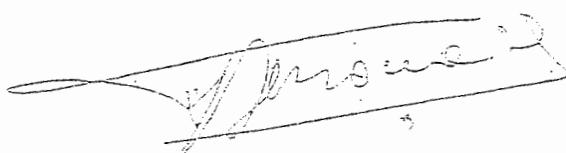
M. Daniel LENOIR

Le Président du SML :

Le Dr D. CABEIRA



Le Président d'ALLIANCE :



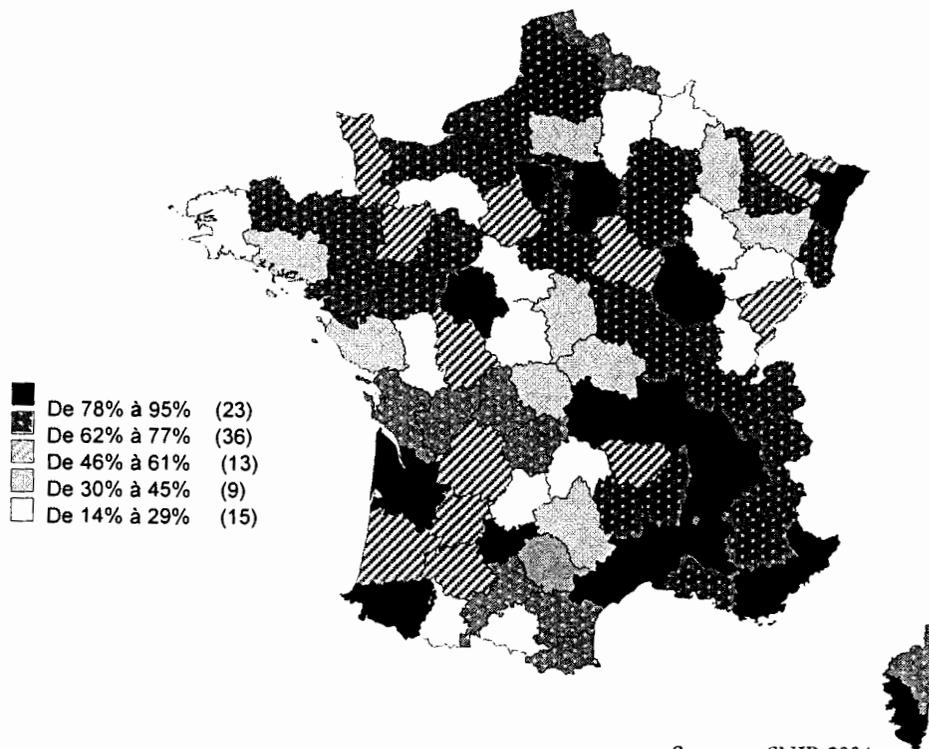
Annexe 1 : répartition régionale des chirurgiens selon le secteur d'exercice

Part des chirurgiens libéraux APE en secteur 2 (y compris gynécologues)
par région

	Part de chirurgiens en secteur 2 (hors gynécologues)	Part de chirurgiens en secteur 2
11- Ile-de-France	79,7%	78,7%
21- Champagne-Ardenne	57,3%	53,0%
22- Picardie	47,9%	41,7%
23- Haute-Normandie	72,6%	60,5%
24- Centre	63,7%	60,3%
25- Basse-Normandie	52,8%	43,9%
26- Bourgogne	79,2%	71,8%
31- Nord-Pas-de-Calais	69,6%	57,7%
41- Lorraine	62,8%	50,8%
42- Alsace	75,7%	72,9%
43- Franche-Comté	46,1%	43,8%
52- Pays-de-Loire	62,7%	55,9%
53- Bretagne	47,8%	36,6%
54- Poitou-Charentes	59,5%	50,4%
72- Aquitaine	77,7%	69,5%
73- Midi-Pyrénées	58,9%	55,0%
74- Limousin	65,7%	59,6%
82- Rhône-Alpes	86,1%	74,5%
83- Auvergne	63,7%	55,0%
91- Languedoc-Roussillon	80,8%	73,8%
93- Provence-Alpes-Côte d'Azur	79,8%	76,0%
94- Corse	73,5%	56,6%
TOTAL FRANCE METROPOLITAINE	72,3%	66,4%

Sources : SNIR 2004

Part de secteur 2 dans les spécialités chirurgicales (hors gynécologues)
par département



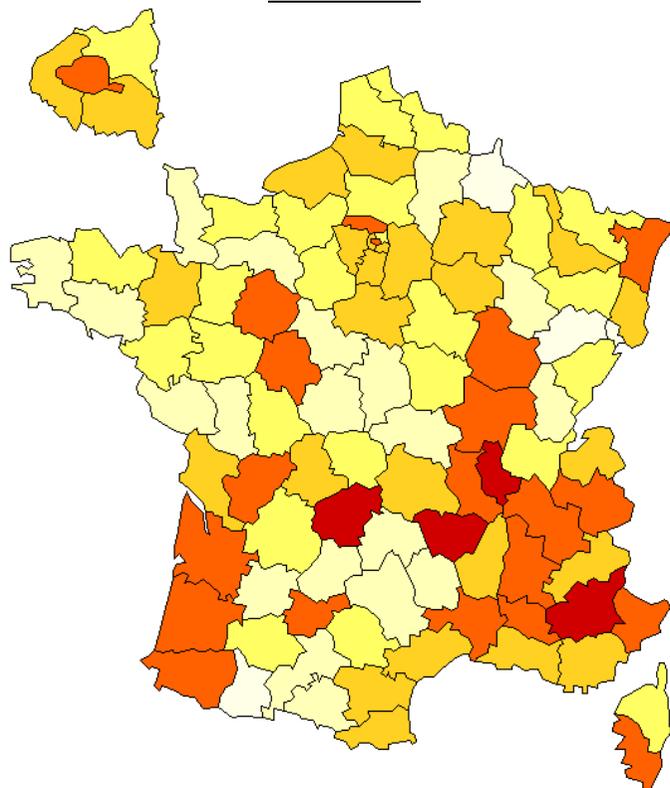
Sources : SNIR 2004

Annexe 2 : dépassements des chirurgiens et des gynécologues-obstétriciens

Dépassements de janvier à décembre 2005 : Chirurgiens

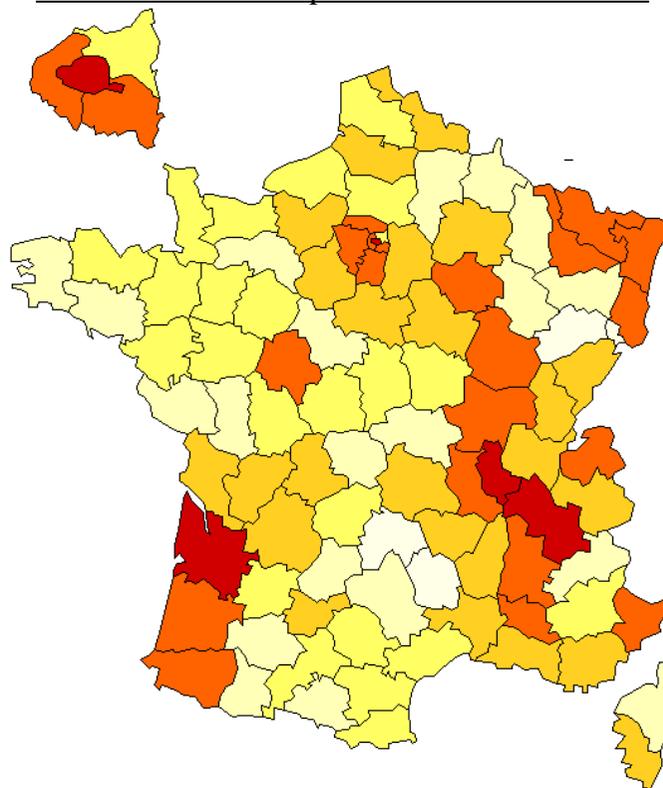
Source : Erasmé V0 – Mois de remboursement, régime général, praticiens conventionnés, non HTP. Chirurgie générale, neuro-chirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique

Part des chirurgiens libéraux conventionnés en secteur 1



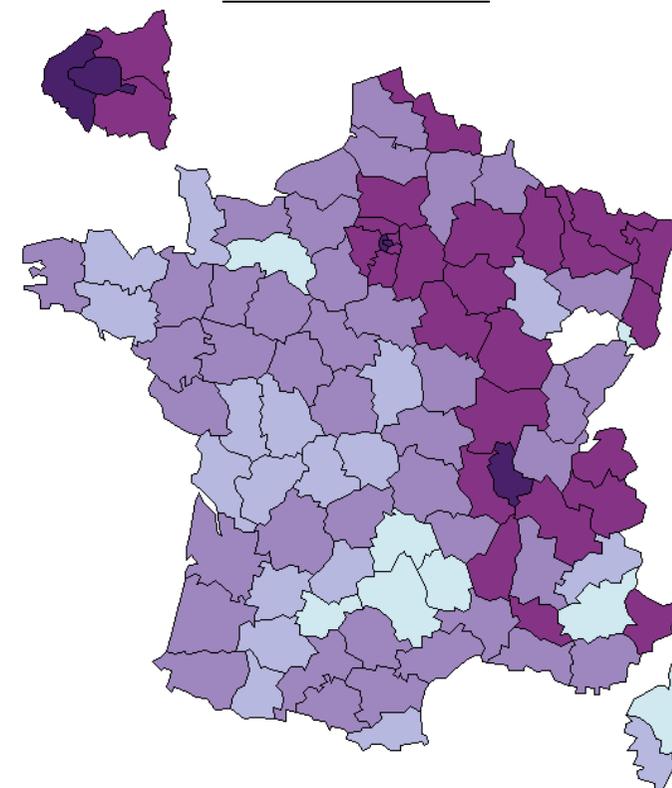
100,00	C6 N=4 Min=75,00 Max=100,00 M=82,42 S=10,19
75,00	
33,33	C5 N=20 Min=33,33 Max=70,58 M=51,94 S=13,67
21,42	C4 N=24 Min=21,42 Max=30,76 M=25,99 S=2,83
12,61	C3 N=24 Min=12,61 Max=21,21 M=16,72 S=2,83
1,49	C2 N=20 Min=1,49 Max=12,24 M=8,00 S=2,96
0,00	C1 N=4 Min=0,00 Max=1,41 M=0,35 S=0,61

Part des actes à tarif opposable des chirurgiens libéraux : Soins de septembre 2005 à mars 2006



91,50	C6 N=4 Min=87,17 Max=91,50 M=89,42 S=1,60
87,17	
59,94	C5 N=20 Min=59,94 Max=86,83 M=70,17 S=9,05
49,08	C4 N=24 Min=49,08 Max=58,52 M=53,65 S=2,81
41,27	C3 N=24 Min=41,27 Max=48,81 M=46,16 S=1,86
28,40	C2 N=20 Min=28,40 Max=41,10 M=36,87 S=3,88
22,26	C1 N=4 Min=22,26 Max=27,73 M=25,71 S=2,11

Taux de dépassement (dép./HSD) des chirurgiens libéraux du secteur 2



134,00	C6 N=3 Min=97,35 Max=133,80 M=110,98 S=16,24
90,00	
43,00	C5 N=25 Min=43,16 Max=77,06 M=55,09 S=9,35
26,00	C4 N=41 Min=26,46 Max=42,95 M=32,99 S=5,05
17,00	C3 N=18 Min=17,18 Max=25,35 M=22,38 S=2,71
4,00	C2 N=8 Min=13,53 Max=15,80 M=14,82 S=0,77
0,00	C1 N=0 Min=• Max=• M=• S=•
	Manquant

**Annexe 3 : mise en place de la classification commune des
actes médicaux (CCAM)**

Comme il a été précisé en introduction, l'objectif de la mise en place de la CCAM techniques était notamment d'aboutir à une hiérarchisation objective et équitable des actes techniques médicaux, afin de rééquilibrer l'allocation des honoraires entre spécialités. La mise au point de la CCAM cible a fait l'objet de plusieurs années de travaux, auxquels ont participé les professionnels concernés. Les tarifs des actes techniques ont d'abord été hiérarchisés en fonction de la mobilisation des ressources physiques et intellectuelles¹ qu'ils nécessitaient de la part du praticien. A chaque acte était ainsi associé un « score travail », correspondant à un nombre de points travail. Un coefficient de charges par point travail appliqué au score travail de l'acte constituait la 2^{ème} composante du tarif CCAM. Les tarifs cibles de la CCAM technique ont été calculés sur la base de la valeur en euro d'un point travail égal à 0,44 €. Suite au protocole d'accord signé le 25 février entre l'Uncam et les organisations syndicales représentatives de médecins, la CCAM technique n'a été mise en œuvre que partiellement, les actes « perdants » étant maintenus à leur tarifs NGAP de référence, et les actes « gagnants » étant revalorisés proportionnellement au différentiel tarifaire entre tarif de référence NGAP et tarif cible CCAM, soit :

Tarif CCAM=tarif de référence + (tarif CCAM-tarif de référence) x 0.33

L'impact de la mise en place de la CCAM cible a fait l'objet d'estimations ex ante à partir d'une « base impact » mise en place par la Cnamts

¹ Durée, stress, technicité, effort mental

Annexe 4 : panel UCDF des cinquante actes de chirurgie les plus fréquents

50 INTERVENTIONS

PNSI 2003

prévisione PNSI 2003

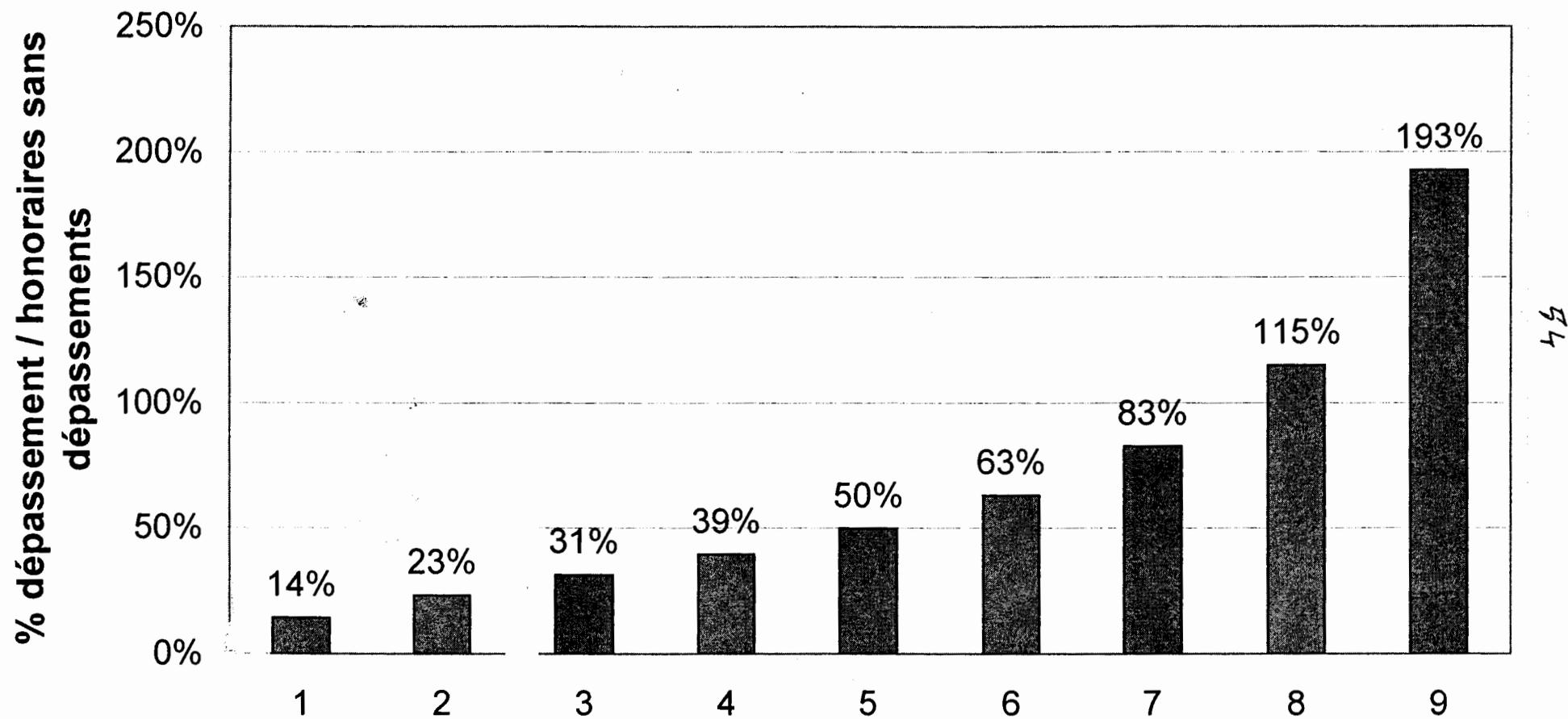
	NGAP Janvier 2004	1° ETAPE octobre 2004	BILAN 1° ETAPE Secteur 1&2	2° ETAPE octobre 2005 secteur 2	BILAN 2° ETAPE Secteur 2	2° ETAPE octobre 2005 secteur 1	BILAN 2° ETAPE Secteur 1
1 cataracte	271,7	271,7	0,00%	271,7	0,00%	271,7	0,00%
2 varice	167,2	188	12,44%	178	-5,32%	197,3	
3 Ablation du ménisectomie par arthoscopie	167,2	167,2	0,00%	175,2	4,78%	175,2	
4 canal carpien	109,79	123,5	12,49%	117	-5,26%	129,5	18,66%
5 phimosis	62,7	70,54	12,50%	71,15	0,86%	78,8	11,71%
6 cholecystectomie par coelioscopie	250,8	282,15	12,50%	280,12	-0,72%	310,37	10,00%
7 prothèse totale de hanche	459,8	517,27	12,50%	489,68	-5,33%	542,56	11,11%
8 césarienne	313,5	313,5	0,00%	313,5	0,00%	313,5	0,00%
9 Plastie cutanée de la face	191,24	191,24	0,00%	191,24	0,00%	191,24	0,00%
10 hernie inguinale avec prothèse	201,87	223,29	10,61%	215	-3,71%	238,2	6,68%
11 hernie discale	283,06	318,46	12,51%	301,88	-5,21%	334,48	10,92%
12 résection endoscopie de la prostate	281,29	312,64	11,15%	299,57	-4,18%	331,92	10,77%
13 incontinence urinaire (TVT)	197,69	218,59	10,57%	220,76	0,99%	244,6	11,90%
14 drainage collection profonde	83,6	94,05	12,50%	46,51	-50,55%	51,54	-45,20%
15 résection endoscopie de polypes de la vessie	167,2	188,1	12,50%	181,84	-3,33%	201,48	7,11%
16 ablation de l'appendice en coelioscopie	176,79	194,9	10,24%	192,17	-1,40%	212,93	9,25%
17 ablation des végétations	41,8	41,8	0,00%	55,78	33,44%	55,78	33,44%
18 curetage de l'utérus	62,7	62,7	0,00%	62,7	0,00%	62,7	0,00%
19 ablation d'une tumeur du sein	134,99	148,05	9,67%	105,73	-28,58%	117,15	-20,87%
20 hernie inguinale sans prothèse	201,87	223,19	10,56%	214,99	-3,67%	238,2	6,73%
21 ablation classique de l'appendice	176,79	194,9	10,24%	188,28	-3,40%	208,61	7,03%
22 ablation des amygdales et des végétations (KC)	83,6	83,6	0,00%	86,25		86,25	
23 ablation totale de la thyroïde	281,33	316,5	12,50%	362,67	14,59%	401,83	26,96%
24 pose d'une prothèse interne de l'uretère	86,4	86,4	0,00%	91,35		91,35	
25 canal carpien en endoscopie	100,45	113	12,49%	114,43		126,79	12,20%
26 endoscopie exploratrice de l'abdomen	167,2	167,2	0,00%	79,24	-52,61%	79,24	-52,61%
27 hernie inguinale avec prothèse en coelioscopie	201,87	223,29	10,61%	224,03		248,22	11,16%

51

28	ablation en coelioscopie d'un kyste de l'eau vers	167,2	188,1	12,50%	208,74	10,97%	231,28	22,96%
29	ablation des amygdales	83,6	83,6	0,00%	85,23	1,95%	85,23	
30	prothèse totale du genou	522,5	587,81	12,50%	576,15	-1,98%	638,36	8,60%
31	Pose de broches pour fracture de l'avant-bras	125,4	141,1	12,52%	133,55	-5,35%	147,97	
32	Conisation du col de l'utérus	83,6	94,05	12,50%	92,48	-1,67%	102,47	8,95%
33	remplacement arthroscopique du ligament croisé antérieur	311,41	350,33	12,50%	378,43	8,02%	419,3	19,69%
34	plastie de la cloison nasale	125,4	141,07	12,50%	151,17	7,16%	167,5	18,74%
35	ablation des végétations avec pose de yo-yo	83,6	83,6	0,00%	86,4	3,36%	86,4	
36	hernie antérieure de l'abdomen avec prothèse	201,87	223,29	10,61%	225,02	0,77%	249,32	11,66%
37	réparation d'un tendon extenseur d'un doigt	104,5	117,56	12,50%	111,94	-4,78%	124,02	
38	ligature des trompes en coelioscopie	167,2	188	12,44%	208,74	11,03%	231,28	23,02%
39	Redressement du gros orteil (Hallux valgus)	218,59	242,1	10,76%	222,58	-8,06%	246,62	
40	Ablation des hémorroïdes	104,5	104,5	0,00%	132,72	27,00%	132,72	27,00%
41	exérèse lésion souscutanée susfaciale	31,35	31,35	0,00%	30,72	-2,01%	30,72	-2,01%
42	mastectomie partielle	104,5	117,56	12,50%	125,64	6,87%	139,21	18,42%
43	Arthroscopie exploratoire du genou	125,4	125,4	0,00%	125,4	0,00%	125,4	0,00%
44	ablation classique de l'utérus et des ovaires	292,6	329,17	12,50%	344,09	4,53%	381,24	15,82%
45	création d'une fistule artério-veineuse (pour dialyse)	209	209	0,00%	226,62	8,43%	251,09	20,14%
46	implantation d'un pacemaker	271,7	271,7	0,00%	271,7	0,00%	271,7	0,00%
47	mastectomie partielle curage axillaire	239,49	264,57	10,47%	277,03	4,71%	306,95	16,02%
48	exerese lésion fasciale sous faciale	125,4	141,07	12,50%	87,85	-37,73%	97,33	-31,01%
49	excision sinus pilonidal périnéofessier	125,4	141,07	12,50%	139,82	-0,89%	147,97	
50	traitement doigt ressaut	60,27	67,8	12,49%	66,77	-1,52%	73,98	9,12%

Annexe 5 : distribution des eaux de dépassements en chirurgie

Distribution du taux de dépassement par décile - chirurgiens du secteur 2



**Rapport complémentaire concernant
les 9 points de l'accord de Août et
Septembre 2004**

Rapport présenté par :

le Professeur Henri GUIDICELLI

Septembre 2006

I - La formation initiale des chirurgiens :

- Augmentation du nombre de postes d'internes en chirurgie :
380 en 2004
550 en 2005
- Le CNC a mis en place un groupe de travail dirigé par les PR A. Brancher eau et D.Benchimol qui associé le CNC, le ministère des Universités, le ministère de la santé, le CNOM, les Académies de médecine et chirurgie (sans mise en place officielle de la commission opérationnelle citée dans le point 1 des accords). Trois thèmes ont été particulièrement étudiés : les maquettes des DES et DESC ; la formation et l'intégration des chirurgiens à diplômés étrangers (hors CE) ; la mise en place des écoles de chirurgie.
- La révision des maquettes DES et DESC : Elaborées en concertation avec les syndicats des internes : Disparition du concept de « chirurgie Générale » mise en place de 10 spécialités chirurgicales, les nouvelles maquettes de formation initiale ont été approuvées par la conférence des doyens, la conférence des président du CNU, le CNOM , les Académies de Médecine et chirurgie (Cf « Projet de réforme des DES et DESC des disciplines chirurgicales ». Une dernière réunion est programmée dans les semaines à venir de façon à mettre en application ces nouvelles maquettes.
- Les chirurgiens à diplômés étrangers (hors CE) : propositions (Cf. projet « Organisation de l'accueil et de l'intégration des chirurgiens à diplômés non communautaire »)
- Les écoles de chirurgie : Ecoles régionales ou interrégionales – Modèle : Ecole Européenne de chirurgie. Projet avancé dans certaines facultés (Marseille), absence d'ébauche de financement-

II - Recomposition des plateaux techniques –SROSS et CNC

Réorganisation territoriale de la chirurgie- Les équipes opératoires

- Les plateaux techniques :

L'accord prévoit qu'une cartographie des plateaux techniques sera établie annuellement par la DHOS et rendue publique sur la base d'indicateurs concertés. La cellule « haute technologie » mise en place en Avril 2005 chargée « d'élaborer un plan de modernisation des technologies des plateaux techniques en 2005 et le plan de financement correspondant » s'est réuni et dispose de propositions (Cf « Cellule des hautes technologies chirurgicales – Propositions à destination du ministre chargé de la santé – Octobre 2005 ») Ce rapport devait être remis en novembre 2005. La validation de ces propositions et l'élaboration du plan de financement est , naturellement , indispensable.

- SROSS et CNC – Réorganisation territoriale de la chirurgie :

La mission mise en place en janvier 2006 (lettre de mission adressée le 18 janvier 2006 à H.Guidicelli) qui associe la DHOS et le CNC, a effectué 26 visites d'établissements à travers 9 régions, les CR ont été régulièrement transmis à la DHOS. Les visites sur sites sont programmées durant le dernier trimestre 2006 et seront poursuivies en 2007 ; elles seront élargies aux CH référents et aux CHU. Certains regroupements des activités opératoires accompagnés d'une organisation nouvelle des prises en charge chirurgicales sont effectifs. Cette mission est une mission d'aide et d'accompagnement ...

- Les équipes opératoires :

Un groupe de travail (DHOS et CNC) s'est régulièrement réuni de mars à juin 2005 aboutissant à des propositions (Cf. rapport « propositions des deux groupes de travail équipes opératoires »). Trois mesures étaient avancées : La mise en place d'un système informatisé de gestion des blocs opératoires – La revalorisation du métier d'IBODE –La création d'un pôle autonome d'activité médico-technique regroupant tous les blocs opératoires. Une étude du Coût a été effectuée par la DHOS. Ces actions sont aujourd'hui sans suites.

III - Revalorisation tarifaire :

- **Les hausses moyennes** annoncées par la CNAMTS sont de 25,2 en secteur I et de 13,7 en secteur II (15 si l'on tient compte des CMU et urgences.)
- **Les hausses moyennes ne reflètent pas la réalité du terrain ; les actes revalorisés par la CCAMTS sont les actes les plus lourds qui ne sont pas réalisés quotidiennement**
- La répartition des hausses nous a été communiquée au dernier moment par la Cnamts. Elle n'a pu être expertisée.
- Les deux tarifs de remboursement (secteur I et secteur II) ne sont pas logiques : un praticien de secteur II réalisant un acte sans dépassement (hors CMU et urgences), à une rémunération inférieure à celle du praticien du secteur I...cette anomalie devrait être corrigée.

IV - Missions d'intérêt général permanence des soins- Gardes et astreintes.

Les documents concernant les gardes et astreintes sont difficilement accessibles. Il semble exister une dissociation entre les renseignements fournis par la DHOS et la réalité du terrain.

Un état des lieux précis s'avère nécessaire.

- Pour le public : **L'accord du 2 septembre 2004 a été complété par un relevé de décisions en date du 31 mars 2005 ; trois mesures principales étaient décidées :**
 - **La convergence en 3 ans (2005 ,2006 ,2007) des astreintes opérationnelles et de sécurité. A ce jour, seule la première tranche a été mise en œuvre. A noter que les chirurgiens sont peu impliqués dans les astreintes de sécurité.**
 - **La modification du niveau (180euros, 2005)et des conditions d'attribution de l'astreinte forfaitaire. A ce jour l'arrêté ne semble pas toujours signé.**
 - **L'élargissement de l'assiette de cotisation IRCANTEC aux astreintes et ce au 1^{er} janvier 2005. A ce jour cette mesure n'a fait l'objet d'aucune mise en œuvre même si on annonce qu'une somme de 22millions d'euros est prévue pour cela.**
- *Pour le privé : seules les astreintes concernant la chirurgie viscérale et l'orthopédie sont reconnues ; les astreintes des autres spécialités (vasculaire urologie....) ne sont reconnues que dans de rares régions.*

Le point 4 n'est que très partiellement appliqué .

Propositions :

1. Il serait logique **d'étudier rigoureusement les besoins concernant les gardes et astreintes par territoire de santé et ce dans toutes les spécialités chirurgicales.**

Les complémentarités privées publiques s'imposent particulièrement dans ce domaine.

2. Après que les besoins aient été pleinement identifiés, il aurait été logique d'appliquer les accords

V et VI : Stabilisation des primes d'assurances, renforcement de leurs couvertures :

Le renforcement de l'aide à la souscription d'une assurance, couverture de 66% secteur I et de 55% en secteur II, ne représente **qu'une solution satisfaisante transitoirement.**

Le risque d'augmentation est réel avec répercussions probables sur les cotisations des assurés sociaux.

VII - Mise en œuvre de la CCAM

Elle n'est que partiellement mis en place.

VIII - Les forfaits modulables

Il s'agit d'un projet avorté. Les forfaits modulables ont été remplacés par les facteurs J et K.

IX Choix du secteur d'exercice

- Les points III et IX étaient implicitement liés (dans l'esprit et le climat des négociations de 2004) : les praticiens secteur I devaient être rapidement confortés au niveau de la rémunération de leur acte, en attendant d'intégrer le secteur II ou un nouveau secteur mis en place (secteur optionnel).

En l'absence de mises en place effectives de ce dernier au 30 juin 2005, les chirurgiens du secteur I devaient retrouver le choix du secteur d'exercice. (Rester en secteur I ou passer en secteur II).

Force est de constater que les chirurgiens secteur I ont été bloqués dans leur secteur d'exercice.

Le point IX n'a donc pas été honoré.

- Le point IX concernait les anciens internes et ACCAS... **toutes spécialités confondues.**
- Il devrait être appliqué.
- La mise en place d'un secteur « promotionnel » (mieux qu'optionnel) représente une alternative possible.
- Principes généraux du secteur « promotionnel » :
 - Accès à ce nouveau secteur : les anciens internes, CCA, des spécialités chirurgicales dans un premier temps...
 - 50% des actes à tarif opposable
 - compléments d'honoraires contraints remboursés par les complémentaires... le % au dessus du tarif opposable doit être fixé par négociation tripartite.
 - Les CMU et Urgences seraient pris en charge sans dépassement.

- Les chirurgiens de ce secteur seraient engagés dans un processus de qualité. (gestion et prévention du risque, observation des contrats de bon usage, certification...) Ils seraient régulièrement évalués.
- La tarification de l'assurance maladie serait basée sur la CCAM revalorisée par un seul modificateur C (20 à 25% pour tous les actes chirurgicaux.)
- Evolution annuelle indispensable des tarifs assurance maladie (basée sur le coût de la pratique chirurgicale)
- Charges sociales de ce secteur équivalentes au secteur I
- Possibilité de changer de secteur d'exercice

Ce secteur optionnel aux côtés des secteurs I et II serait régulièrement évalué.

Professeur H. GUIDICELLI le 14/09/06