



# COSS 33

Coordination Santé Solidarité Gironde  
8 Rue de la Course 33000 Bordeaux  
0614555478



*(membre du mouvement NOTRE SANTE EN DANGER, fédérant 50 organisations)*

## DEPASSEMENTS d'Honoraires : avec L'AVENANT d'octobre 2012, l'INACCEPTABLE deviendrait acceptable?

Nous avons suivi au jour le jour l'adoption « au forceps » de l'avenant conventionnel n°8 concernant les dépassements d'honoraires médicaux ambulatoires.

Nous avons déjà dit que nous n'avons pas compris l'attitude de Mme Marisol TOURAINE qui a refusé le débat devant nos assemblées et qui a segmenté le dossier : le deuxième volet, concernant l'activité libérale à l'hôpital (secteur privé) est actuellement traité par la mission « LAURENT » qui va remettre son rapport à la fin mars 2013.

Nous pensons toujours que l'accord entériné les 23 et 25 octobre derniers n'est pas satisfaisant, fruit qu'il est des reculades gouvernementales face aux revendications sans limites de la droite médicale décomplexée. Il entrera en vigueur début juillet 2013 sous certaines conditions, il ne va pas régler dans le court terme la question des dépassements d'honoraires.

Nous sommes en train de peaufiner l'argumentaire détaillant notre position... nous le finaliserons début 2013 car nous rencontrons plusieurs difficultés techniques non solutionnées pour l'instant ; nous sommes en effet devant un texte de 29 pages si complexes que les signataires eux-mêmes n'ont pas tous compris la même chose... nous poursuivons la rencontre de partenaires, dont la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Gironde ; nous espérons avoir en janvier 2013 (début de l'offre « contrat d'accès aux soins » aux médecins dépasseurs ) les éclairages complémentaires suffisants.

Pour l'instant, ce que nous avons compris de l'accord peut se résumer ainsi :

1. L'accord met fin à la notion « du tact et mesure » pour fixer le montant du dépassement, il indique un repaire : il pourra être jugé excessif lorsqu'il dépassera 150% du tarif opposable. Mais le médecin qui dépassera les 150% ne sera pas forcément sanctionné car seront pris en compte son volume d'activité, la fréquence des actes, le lieu d'implantation. Autant de sujets permettant de pondérer la notion de dépassement excessif... Il faudra certainement plus d'un an avant que la sanction soit prise...

2. Un contrat d'accès aux soins va être proposé, au premier semestre 2013 aux médecins du secteur 2 et à certains du secteur 1, titulaires d'un titre leur permettant d'exercer en secteur 2 (anciens chefs de clinique, assistants des hôpitaux).

En signant ce contrat d'accès aux soins pour une durée de 3 ans (résiliable annuellement), les médecins s'engagent à diminuer leurs dépassements d'honoraires à due proportion des revalorisations tarifaires à venir. Ces médecins devront également réaliser une partie de leurs activités au tarif opposable supérieure à l'année antérieure. Ils devront comme auparavant, respecter le tarif opposable pour les personnes en situation d'urgence, pour les bénéficiaires de la Cmu, CmuC et ACS. En retour, l'assurance maladie s'engage à prendre en charge les cotisations sociales du médecin sur la part d'activité pratiquée au tarif opposable (comme pour les médecins du secteur1). Les remboursements de l'assurance maladie seront alignés sur ceux du secteur opposable. Il faut noter que les revalorisations tarifaires ne seront applicables qu'aux médecins du secteur 1 et à ceux titulaire du contrat d'accès aux soins. En seront donc exclus les médecins restant dans le secteur libre.

3. Les complémentaires santé ne sont pas obligées de prendre en charge les dépassements d'honoraires. Mais il leur est demandé de privilégier cette prise en charge dans le cadre du contrat d'accès aux soins

**L'objet de notre présent texte est d'illustrer nos affirmations par des situations concrètes, comme nous le faisons depuis plus de 5 ans en Gironde.**

Nous avons sélectionné trois situations vécues par trois personnes dans leur parcours de soins. Elles sont issues des témoignages de plus en plus nombreux que nous recevons et que parfois nous publions avec l'accord de ces personnes témoins.

Elles correspondent à la très grande majorité des dépassements d'honoraires médicaux qui ne sont pas parmi les plus excessifs mais qui sont au cœur de la montée du renoncement aux soins en France pour raison financière. Rappelons qu'il existe pour un quart de la population et qu'il est en augmentation notable et continue ces dernières années.

#### **SITUATION n° 1** ( cf ci-dessous) :

Elle nous a été rapportée par Mr Jean SIMONE en 2009. Il a déjà témoigné publiquement à visage découvert.

Elle concerne une intervention ordinaire pour tumeur bénigne de la prostate (adénome). Mr J.S. s'est vu ponctionné près de 500 € en dépassement d'honoraires de la part du chirurgien, de l'anesthésiste et du cardiologue.

Il est à rappeler que Mr S. est allé en clinique sur les conseils de son médecin traitant et que l'ensemble des urologues privés girondins ( une vingtaine ) et les trois chefs de service hospitalier ( deux à Bordeaux et un à Libourne ) sont en secteur deux, à honoraires « libres ».

#### **SITUATION n° 2** :

Elle nous a été rapportée par Mr A.P. en 2010, qui vit avec le VIH. Cette infection explique l'usure précoce de ses articulations. Pour deux interventions avec le même chirurgien, la même année, il devra s'acquitter de plus de 1100 € de dépassements d'honoraires, alors qu'il est à l'AAH ( Allocation Adulte Handicapée, avec complément : 740€ de revenu mensuel).

### SITUATION n° 3 :

Elle nous a été rapportée par Mr A. Il a du s'acquitter de 1795 € auprès des intervenants relatifs à son cancer de la prostate : chirurgien, anesthésiste et anatomo-pathologiste.

**Nous souhaitons verser au débat quelques éléments, à partir de ces trois exemples :**

Nous les avons utilisées publiquement ces dernières années pour illustrer la regrettable montée des dépassements d'honoraires et leur nocivité au quotidien.

Ils ont été considérés, y compris par le parti socialiste et nos dirigeants actuels, comme inacceptables ...et nécessitant un sursaut solidaire pour préserver l'accès aux soins pour tous.

**Nous voyons malheureusement que deux mois après l'adoption de l'avenant n°8 fixant une nouvelle réglementation des pratiques médicales pour juillet 2013, ces exemples de dépassements d'honoraires pourront tout à fait se poursuivre, à l'identique... !**

L'absence des assurés sociaux à la table des négociations se fait durement sentir : rien est dit sur les dépassements multiples et simultanés, par plusieurs médecins, pour un même problème de santé ( cf situation n° 1 ) ; rien est dit également pour des dépassements multiples lors de la même année avec les mêmes professionnels pour des problèmes successifs ( cf situation n° 2).

Nous refusons donc de considérer que ce qui était inacceptable avant l'avenant conventionnel n°8 se trouve légitimé par Mme la Ministre de La Santé et des Affaires sociales.

Contrairement à sa déclaration, nous ne voyons pas de « grand tournant dans la prise en charge de la santé des Français ».

Nous continuons de penser que la suppression de tous les dépassements d'honoraires privés et hospitaliers reste toujours d'actualité.

Il est indispensable que le secteur public montre l'exemple dans la défense de l'accès aux soins pour tous et partout.

Il est nécessaire, au niveau conventionnel, de revenir à la situation des années 1970 - 1980 qui distinguait deux catégories de médecins :

- les conventionnés qui pratiquaient des tarifs dits opposables : clairement annoncés et remboursés ;
- les non conventionnés qui se situaient en dehors des pratiques remboursées par la Sécurité Sociale.

*Pour la COSS 33, son groupe de travail Avenant n° 8  
Coordonné par Patrick JULOU et Bernard COADOU  
Décembre 2012*

## Situation n° 1:

### « A propos d'un cas ordinaire de dépassements d'honoraires publié en mai 2009 :

**Mr Jean SIMONE. 81 ans** retraité, en est à 63 ans de cotisation sociale.

Comme beaucoup d'hommes de son âge, il présente une hypertrophie bénigne de la prostate pour laquelle il doit se faire opérer. Envoyé par son médecin traitant à un spécialiste privé qu'il voit en consultation en janvier 2009 ( 65 € d'honoraire pour cette consultation pré-opératoire, dépassement de 42 € pour une base de remboursement de 23 € ), il va avoir une consultation anesthésique pré-opératoire ( montant 50€ dont un dépassement de 27 € ).

Il est opéré en février 2009, il a déjà versé avant l'opération 250 € de dépassements d'honoraires au chirurgien urologue, avec signature préalable d'un devis.

Après son intervention , il est mis en demeure à deux reprises, par courrier simple du service comptabilité de la Clinique, de payer une somme supplémentaire de 137,76 €, correspondant aux :

- dépassement d'honoraire de 125 € pour le médecin anesthésiste réanimateur ( il a signé également un devis pré-opératoire );
- dépassement d'honoraire de 12,76 € pour un médecin cardiologue qu'il apprend par cette lettre de réclamation.

Il a signifié par lettre-réponse qu'il ne souhaitait pas régler cette somme de 137,76 € pour des raisons de principe et que son refus s'inscrit dans une démarche collective de résistance solidaire initiée par la COSS 33.

En consultation post-opératoire, il revoit le chirurgien en mars 2009 ( Tarif de la consultation : 57 € = 34 € de dépassement )

Il reçoit fin mars un « 1° rappel » à payer 137,76 €

Il doit prochainement se faire opérer d'une hanche pour coxarthrose...

Il doit par ailleurs, comme tout un chacun, payer de sa poche ses frais de santé qui ne sont pas remboursés ( franchises, forfaits nouveaux ...etc...qui s'ajoutent aux anciens) et sa complémentaire santé...

- \*Le total des dépassements pour cette opération est de 490,76 €
- \*Pour l'intervention, le tarif SS est de 299,57€ pour le chirurgien, 178,72 pour l'anesthésiste.

**Total transitoire des dépassements : 490,76 €**

## Situation n° 2 :

### **LES DEPASSEMENTS d'HONORAIRES MEDICAUX :** un exemple publié en octobre 2010.

Mr A.P. est âgé de 59 ans et vit avec le VIH depuis 1989.

Il a des séquelles d'hémiplégie droite ( par neuro-toxoplasmose en 1997)

Il bénéficie de l'AAH ( Allocation Adulte Handicapé : 660 € + 80€ de complément mensuel).

Il est en ALD ( Affection Longue Durée ) pour son infection VIH, a pour complémentaire santé Ecureuil Assurance ( = GCE Assurance ) pour une cotisation de 80 € par mois.

En 2010 il doit payer franchises, forfaits, déremboursements divers qu'il ne peut chiffrer...

**Il a été opéré le 16 février 2010 du genou droit** dans une clinique bordelaise: mise en place d'une prothèse totale.

La cotation de l'acte par la Sécurité Sociale est NFKA 007-10-J (tarif de base = 576,15€).

Mr PX a payé au chirurgien 400 € de dépassements d'honoraires et 150€ à l'anesthésiste.

En consultation pré-opératoire, le règlement de la consultation au chirurgien est de 50€ ( tarif de remboursement = 28 € ).

Il ne se rappelle plus si le cardiologue a lui aussi exigé un dépassement.

Sa complémentaire santé ne prend pas en charge ces divers dépassements.

En cette même année 2010, Mr PX doit avoir le **26 octobre** une **prothèse totale de hanche gauche**. Il a déjà signé, avec la mention lu et approuvé, le devis de dépassements d'honoraires que lui a proposé le même chirurgien orthopédique, pour le même supplément de 400 €...

Quand on demande à Mr PX comment il finance ses dépenses de santé, il dit qu'il est aidé par sa famille et des proches ...

### Situation n° 3 :

<b>Situation de Mr A. illustrant la pratique des dépassements d'honoraires médicaux en Gironde dans le secteur de l'urologie, en 2011 :</b>
---

Mr A. est âgé de 64 ans et n'a pas souhaité nous faire part de ses revenus qui paraissent peu importants. Il nous dit bénéficier d'aides alimentaires.

Il est hébergé à Bordeaux chez un ami depuis février 2011 : il a eu alors une accentuation de ses troubles de vision, le diagnostic grave de DMLA (= dégénérescence maculaire liée à l'âge) a été établi en mars 2011 ; il a actuellement des injections intra oculaires ( dans les corps vitrés ) tous les un ou deux mois, mais voit de plus en plus mal. Ses soins ophtalmologiques sont réalisés en hôpital public.

Il a eu des troubles urologiques en 2011 et a consulté le Dr B. chirurgien urologue de son ami. Un prélèvement de prostate en août a permis d'objectiver une tumeur cancéreuse, nécessitant une intervention chirurgicale plus large : la prostatectomie a été réalisée en octobre 2011 dans une clinique privée de Bordeaux, avec l'aide technique d'un robot.

L'anatomie pathologique de novembre 2011 objective une exérèse insuffisante ; une radiothérapie complémentaire va être démarrée en centre spécialisé anti-cancéreux à Bordeaux.

Malgré la technique du robot, l'incontinence et les troubles de l'érection sont présents.

Sur le plan des honoraires relatifs à l'acte chirurgical d'octobre 2011, en supplément des tarifs Sécurité-Sociale qui sont réglés en tiers payant à hauteur de :

- 965,21 € pour le chirurgien urologue,
- 379,13 € pour l'anesthésiste,
- 145,60 € pour le pathologiste,

Mr A. a du payer : 386,06 € pour le chirurgien urologue,  
189,57 € pour l'anesthésiste,  
150 € pour le pathologiste

car « ces trois praticiens pratiquent le secteur 2 et appliquent le tarif usuellement pratiqué dans la région » ( cf document explicatif à l'en tête du cabinet d'urologie ).

Par ailleurs le Dr B. « demande pour cette intervention spécifique, au titre de compléments d'honoraires, la somme de 1047,37 €, pour la prise en charge de la durée du temps opératoire majoré du fait de l'utilisation du système robotique, et de surcoûts techniques qu'elle impose ».

Au total Mr A. a en fait payé en espèces 1795 €, non remboursables, obtenus en sollicitant ses proches. Il a encore 1000 € de dette qu'il ne peut effacer actuellement.

*Témoignage recueilli le 24 janvier 2012.*