

Directeur de la  
publication :  
Jean-François Rey

Rédacteur en Chef :  
Jean-Paul Ortiz

Comité de Rédaction  
Jean-Luc Jurin  
Michel Lévy  
Jean-François Thébaut



**UNION NATIONALE DES MEDECINS SPECIALISTES CONFEDERES**  
79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS  
Tél : 01 44 29 01 30 ou 01 44 29 01 23 – Fax :01 40 54 00 66  
[umespe@club-internet.fr](mailto:umespe@club-internet.fr) - site : [www.umespe.com](http://www.umespe.com)

**Novembre 2009**

## **EN DIRECT DU SPECIALISTE N° 81**

**L'U.ME.SPE : le syndicat de la défense de tous les médecins  
spécialistes**

- 1. Éditorial du Président**
- 2. Actualités et informations :**
  - 2.1. Publications officielles
  - 2.2. La santé n'est pas qu'un coût
  - 2.3. Michel Chassang réélu à la Présidence du CNPS
  - 2.4. La radiologie : au-delà des idées reçues
- 3. Communiqués de presse diffusés par l'U.ME.SPE**
- 4. Autres communiqués diffusés en novembre**
- 5. Rubrique Questions-Réponses**
- 6. Annonce professionnelle**
- 7. À Propos de : «EN DIRECT DU SPECIALISTE»**
- 8. Remerciements**

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

### **L'U.ME.SPE : le syndicat de la défense de tous les médecins spécialistes**

L'U.ME.SPE. a une position particulière dans le monde syndical puisqu'elle regroupe l'ensemble des spécialités quelle que soit leur diversité. Elle est le lieu de tous les travaux techniques et un véritable laboratoire d'idées pour les médecins spécialistes et la coordination médecins généralistes / médecins spécialistes au sein de la C.S.M.F.

C'est la raison pour laquelle, en dehors des luttes légitimes que nous menons conjointement Michel CHASSANG, Michel COMBIER et nous-mêmes, l'U.ME.SPE. ouvre toutes ses commissions techniques à l'ensemble des syndicats de spécialité, sans à priori, sans exclusive, quelle que soit l'appartenance individuelle de ceux qui nous rejoignent pour travailler à l'amélioration de notre système de soins et à la défense de la médecine libérale

### **NOTRE BILAN DE LA CONVENTION 2005**

Il faut séparer cette période conventionnelle en deux phases, les trois premières années sous le Ministère de Xavier BERTRAND, les deux dernières avec l'arrivée de Roselyne BACHELOT.

Au cours, des trois premières années, nous avons renoué un dialogue conventionnel car les médecins spécialistes ont été particulièrement pénalisés par les années de « régime minimal conventionnel », de blocage des honoraires des médecins spécialistes instauré par Jean Marie SPAETH. Ceci a conduit à l'éclosion d'un mécontentement légitime, mais mal canalisé par les coordinations dont le seul mot d'ordre : liberté tarifaire, ouverture du secteur 2 pour tous, qui était, comme nous l'avions prévu, suicidaire.

A travers, la convention, nous avons pu mettre en place une CCAM des actes techniques qui tenait compte du caractère économique de la réforme en partant du dogme qui ne devait pas y avoir d'actes ni de spécialités perdantes du fait du blocage antérieur, que la CCAM technique devait se mettre en place par étape avec un abondement de la sécurité sociale permettant aux actes gagnants d'être revalorisés et lissant les pertes des actes dits perdants à travers les avancées tarifaires. Ceci a fonctionné sans heurts et sans, bien sûr, que nous intervenions dans la hiérarchisation des actes qui avait été faite uniquement sous la responsabilité des sociétés savantes. Les syndicats n'ont jamais manipulé la hiérarchie contrairement à ce qu'affirment certains chirurgiens ou la FMF.

Parallèlement au médecin traitant, nous avons pu faire écrire dans la convention une utilisation plus large du C2 qui peut être, désormais, utilisé par l'ensemble des médecins spécialistes quelle que soit sa formation initiale avec la possibilité d'effectuer des actes techniques à la suite d'un C2 pour étayer l'avis de consultant. Des revalorisations insuffisantes ont été mises en place pour certaines spécialités cliniques car la médiatisation administrative du parcours de soins par les Caisses d'Assurance Maladie a parfois dénaturé la représentation médecin traitant / médecin consultant. L'essentiel de cette période était la reprise du dialogue avec les Caisses d'Assurance Maladie, la mise en place d'un Département des Actes Médicaux où chaque spécialité

peut élaborer des dossiers techniques et une reprise également des relations locales avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Le partenariat conventionnel était ressourcé.

Après l'élection du Président SARKOZY, et l'arrivée de Madame Roselyne BACHELOT au Ministère de la Santé, la donne a changé dans la volonté de rééquilibrer les rapports entre le gouvernement et les syndicats ne participant pas à la vie conventionnelle, des erreurs stratégiques ont été faites tendant à marginaliser les syndicats signataires qui portaient la convention. Pour les médecins spécialistes, c'était le retour à une maîtrise comptable avec des mesures de déremboursement pour un certain nombre de spécialités et, en particulier la radiologie. Il est d'ailleurs attristant de voir que, dans le cadre de la Commission de Hiérarchisation des Actes et des Prestations, la FMF parfois, MG France systématiquement, votaient contre toute modification de nomenclature favorable aux médecins spécialistes ou approuvaient les baisses. Pour les actes de rythmologie cardiaque, les représentants des Caisses d'Assurance Maladie ont été étonnés de voir que, pour la première fois, des syndicats médicaux votaient contre l'intérêt de certaines spécialités sans pour autant que cette position revalorise la médecine générale ou des actes chirurgicaux qui n'étaient pas en cause. D'ailleurs, en ce qui concerne la CCAM des actes techniques, la deuxième étape s'est mise en place au bénéfice des actes gagnants des spécialités chirurgicales et anesthésie au détriment des actes d'imagerie. Il faut savoir, qu'à ce jour, contrairement aux dires de certains, comme l'a montré récemment le Directeur de l'UNCAM, les actes des spécialités chirurgicales ne sont plus qu'à 2 % de la valeur cible.

Cette période a vu également le blocage de l'élargissement de l'utilisation du C2 aux spécialités cliniques par une décision unilatérale de la Ministre, mais également les réserves que nous avons faites tout au long des Etats Généraux et de la discussion législative sur la loi HPST. Pendant deux ans, nous sommes revenus aux années des lettres clés flottantes de Martine AUBRY.

Cette période semble, heureusement, terminée puisqu'à l'incitation du Président de la République, un dialogue constructif vient d'être repris avec la Ministre de la Santé pour inclure les médecins spécialistes dans l'organisation des soins en complément de la définition des soins primaires contenue dans la loi. Nous espérons que cette embellie va se poursuivre dans le cadre des négociations qui s'ouvrent.

## **QU'ATTENDRE DE LA CONVENTION ?**

Pour nous, la convention actuelle ne pouvait être prorogée à l'identique puisqu'elle devait tenir compte des modifications de l'organisation des soins votée par le Parlement dans le cadre de la loi HPST. Fidèles à la discipline républicaine, la loi étant votée, nous nous inscrivons dans les contributions au niveau des nombreux décrets qui vont en découler mais, surtout, pour insérer, à travers la mise en place des ARS, la place de toutes les spécialités dans l'organisation des soins. Nous avons porté des projets de coopération médecins généralistes / médecins spécialistes / structures hospitalières mettant en exergue l'importance du rôle de consultant en miroir de celle du médecin traitant. Nous avons développé un projet chirurgical, piloté par Jacques CATON et Marc BREMOND constituant une véritable alternative à ceux qui réduisaient la problématique de la chirurgie à un problème uniquement tarifaire, certes important, comme pour tout médecin mais, bien sûr, insuffisant, pour expliquer le désengagement des jeunes générations vis à vis de certaines spécialités chirurgicales.

Pour les spécialités cliniques, nous avons développé, avec Jean Michel KLEIN, le concept de Maisons des Spécialistes pour les aider à se regrouper, à se restructurer, comme l'ont fait, depuis de nombreuses années, certaines spécialités techniques,

comme la radiologie, l'hépatogastroentérologie ou la cardiologie. La mise en place de Maisons des Spécialistes doit apporter une meilleure lisibilité, inscrire les médecins spécialistes dans l'organisation des soins, dans des consultations rapprochées, en créant des structures d'accueil répondant aux aspirations de nos jeunes confrères pour qu'ils ne restent pas uniquement dans le refuge du salariat. Pour les patients, c'est la possibilité d'avoir des avis de consultant et pour les médecins traitants de favoriser leurs rapports avec les médecins spécialistes libéraux et d'éviter des recours inutiles aux services d'urgences ou d'hospitalisation traditionnelle.

La négociation d'une nouvelle convention, c'est éviter un vide conventionnel ou laisser un arbitrage qui sera certainement défavorable aux médecins libéraux comme l'a été, dans le passé, le règlement minimal conventionnel. Pour nous, les élections aux URPS ne sont pas un enjeu, assurés de notre représentativité des 3 collèges et de nos liaisons étroites avec l'ensemble des médecins spécialistes libéraux, peu nous importe qu'elles surviennent dans trois mois, dans un an ou dans trois ans. D'ailleurs, pour la très grande majorité de nos confrères, ceci reste un épisode très marginal face à leurs préoccupations quotidiennes.

### **QUELS SONT LES POINTS QUE NOUS ALLONS DEFENDRE DANS LA NEGOCIATION CONVENTIONNELLE ?**

Le premier enjeu est constitué dans le secteur optionnel. Depuis cinq ans, nous sommes les éléments moteurs de ceux qui essaient de rapprocher les intérêts forcément divergents de l'UNCAM, de l'UNOCAM et des syndicats médicaux. Vous connaissez le périmètre de la négociation, nous avons accepté la commande présidentielle et législative de mettre ce secteur optionnel en place, en priorité pour trois spécialités chirurgie, obstétrique et anesthésie en y incluant une offre aux anciens chefs de clinique, secteur 1, de ces spécialités qui ont été spoliées par la convention de 1990, signée par la FMF, bloquant le secteur 2 pour ceux qui s'étaient engagés par choix personnel à exercer dans un secteur à tarifs opposables. Pour les médecins du secteur 2, ce secteur optionnel c'est la seule manière de répondre aux critiques largement médiatisées sur l'entrave à l'accessibilité des soins pour des problèmes tarifaires. Bien sûr, les dépassements d'honoraires excessifs sont minoritaires, d'ailleurs plus souvent dans le système public parisien que dans le secteur libéral, mais ils constituent désormais un enjeu médiatique et politique qui se retourne contre ceux qui ont appelé à la liberté tarifaire et créent, pour la première fois, un sentiment de défiance de nos concitoyens vis à vis de certains médecins spécialistes. Il est bien évident que nous n'accepterons pas que la mise en place du secteur optionnel s'accompagne d'une remise en cause des modalités du secteur 2. Nous demandons au gouvernement, à l'UNCAM et à l'UNOCAM de faire le pari de l'attractivité et de la confiance. De plus, nous espérons son succès et, qu'à travers un bilan positif, il s'ouvre par étape à l'ensemble des médecins libéraux, quelle que soit la spécialité, rapprochant ainsi l'exercice en secteur 1 ou en secteur 2 sur la base du volontariat.

La négociation conventionnelle, c'est également la mise en place de la dernière étape de la CCAM des actes techniques avec la définition enfin claire et acceptable du coût de la pratique, ce que l'UNCAM s'est toujours refusée à faire depuis huit ans. Là encore, nous espérons qu'à travers la convention nous allons pouvoir, de nouveau, faire cesser les mesures comptables imposées à certaines spécialités pour mettre en place des mesures efficaces de maîtrise médicalisée. A titre d'exemple, plutôt que de baisser les tarifs de la radiologie traditionnelle, il aurait été plus intelligent de signer des accords de bon usage des soins de l'imagerie médicale élaborés sur le guide par les radiologues et la Haute Autorité de Santé en 2005. Ceci est d'ailleurs valable pour toutes les spécialités, il faut éviter les redondances, les actes inutiles, incontestablement nous pouvons faire des efforts de pédagogie auprès de la fraction de

nos confrères qui ne suivent pas, d'une manière régulière, les recommandations de leur profession, c'est un travail, certes plus difficile, mais indispensable, et en tout cas plus intelligent que de baisser la valeur des actes pour tous les médecins d'une spécialité.

La négociation conventionnelle, c'est également prendre acte pour les médecins spécialistes des conséquences de la loi HPST. Désormais, les revenus des médecins dépendront d'un paiement à l'acte mais, également, de forfaits. Il faut réintégrer et adapter les CAPI, mis en place par le Parlement et proposés par les Caisses d'Assurance Maladie, dans la négociation conventionnelle, ces CAPI sont actuellement des véritables outils dignes des HMO américaines, les critères sont définis d'une manière arbitraire par les Caisses d'Assurance Maladie, mais il faut constater que 10 000 médecins généralistes les ont signés, c'est un nombre bien supérieur à celui des médecins référents d'il y a dix ans. Dans le cadre conventionnel, ce serait une erreur que les médecins spécialistes ne bénéficient pas, à travers de leurs rapports dans l'organisation des soins, de contrats « qualité » négociés au niveau national avec les Caisses d'Assurance Maladie et décidés individuellement par chaque praticien, à titre d'exemple, l'U.ME.SPE. a favorisé la négociation du Syndicat National des Médecins Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux avec la FFSA, établissant une consultation de prévention dans le cadre d'un accord national avec un choix individuel du cardiologue.

Toujours dans le cadre de la convention, nous souhaitons trouver de nouveaux outils pour mettre en place nos projets (contrat chirurgical, coopération entre professionnels de santé et Maisons des Spécialistes).

Nous pensons qu'un nouveau vide conventionnel serait très préjudiciable pour l'ensemble des praticiens, mais il est bien évident qu'il n'est pas question de signer un blanc-seing au gouvernement, que chaque ligne sera âprement négociée et soumise à la ratification de nos différentes instances.

## **CONCLUSION**

Pour les médecins spécialistes, en général, et les radiologues, en particulier, la signature de la convention 2005 a permis de renouer un dialogue conventionnel, d'éviter de nouvelles mesures arbitraires, notamment dans le cadre du déploiement de la CCAM des actes techniques. Les deux dernières années ont vu un retour, de fait, de la maîtrise comptable, des pénalités inacceptables sur certaines spécialités, notamment la radiologie, sans pour autant bénéficier aux spécialités cliniques qui restent au bas de l'échelle des revenus.

Nous sommes dans la problématique d'une reprise de dialogue avec le gouvernement et la Ministre de la Santé, de mettre en place un secteur optionnel et de négocier une convention car le système conventionnel, comme la démocratie, n'est certainement pas le meilleur, mais le moins pire, que le vide constitué par le règlement minimal conventionnel dans le passé, voire l'arbitrage, comme certains voudraient le mettre en place, dans les mois qui viennent.

**Docteur Jean-François Rey**  
Président UMESPE

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

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

#### **Au Journal Officiel du 6 novembre 2009**

Arrêté du 4 novembre 2009 relatif à la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A (H1N1) 2009

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021238155&dateTexte=&categorieLien=id>

#### **Au Journal Officiel du 17 novembre 2009**

Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021276755&dateTexte=&categorieLien=id>

### **2.2. La santé n'est pas qu'un coût**

Il est toujours intéressant de voir le monde de la santé analysé par un œil extérieur. Depuis plusieurs années, les professionnels de la santé sont souvent mis en accusation par rapport au déficit croissant des dépenses de santé, tout particulièrement dans le cadre des pays industrialisés. C'est oublier qu'à travers le monde de la santé, des richesses sont produites, tant au niveau de l'industrie pharmaceutique que de la recherche, que de l'emploi qu'engendrent toutes les entreprises médicales, qu'il s'agisse de structures hospitalières publiques ou privées mais également des cabinets libéraux. De plus, il s'agit d'un secteur dynamique qui répond aux demandes de soins et de bien-être auxquels aspirent la plupart de nos concitoyens.

Tous les observateurs objectifs se félicitent des efforts qu'ont fait les médecins libéraux à travers la maîtrise médicalisée où les dépenses n'ont jamais été aussi contenues dans le monde libéral et il faut reconnaître que la loi de 2005, impulsée par Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand, a eu des effets positifs, non seulement en termes économiques mais elle a sensibilisé l'ensemble des médecins sur la justesse des coûts qu'ils induisent. Ceci n'a pas été sans mal face au corporatisme, voire au poujadisme de certains, mais il faut reconnaître que la grande majorité de nos confrères ont désormais compris qu'ils avaient un rôle essentiel dans les soins qu'ils doivent à leurs patients mais également, face aux économistes, la nécessité de justifier la justesse de ses coûts. Voir un journal aussi sérieux que «*Les Echos*» rappeler cette évidence doit nous conforter. De même, le billet dans «*Les Echos*» sur le secteur optionnel que nous avons élaboré depuis 5 ans, constitue une reconnaissance que nous n'avons pas l'habitude de recevoir de la part de la presse grand public.

Au moment où le glacié conventionnel, voire le vide dans quelques semaines, est impulsé par certains pour des raisons politiques diamétralement opposées, réunissant des oppositions qui ne feront jamais une majorité constructive, il est important de lire ces deux articles que nous reproduisons dans la prochaine édition du journal Electronique de l'U.ME.SPE. «*En direct du Spécialiste* ».

Par contre, il est intéressant de voir l'absence de ligne de conduite du Président de la République et du gouvernement dans ce domaine, l'agitation brownienne a des limites, même dans le cadre inconstant des politiques. Il est encore plus attristant de voir des

représentants du peuple à l'Assemblée Nationale ou au Parlement, spécialistes ou anciens spécialistes de la Santé, multiplier les amendements incohérents, répondant à tel ou tel poujadisme, voulant diviser le corps médical pour mieux l'affaiblir et oublier que la grande majorité de nos confrères s'acquittent au mieux de leurs tâches, dans des conditions organisationnelles de plus en plus difficiles, et nous voyons arriver les premiers éléments pénalisant les médecins à travers la loi HPST, tel que nous l'avions souligné dès le début de la discussion de cette loi ; nous n'avons pas été entendus, c'est dommage non seulement pour les médecins libéraux qui doivent faire face à une véritable menace de nationalisation à travers les ARS ou une mise sous tutelle des cadres des établissements publics et privés. Les structures technocratiques dans les hôpitaux publics, les chaînes guidées par l'intérêt de leurs actionnaires font courir à nos concitoyens le risque de casser un système de soins qui, finalement, répond à leurs aspirations et est bien loin des contraintes économiques du système américain ou des contraintes restrictives du système anglais.

Remplacer la négociation conventionnelle par une loi de financement de la Sécurité Sociale, qui est finalement dévoyée dans son concept puisque ce sont des « cavaliers » qui sont ajoutés à un plan budgétaire. La loi HPST comportait des erreurs face aux aspirations légitimes de ceux qui soignent au quotidien ; les amendements du PLFSS, tels qu'ils sont à l'heure actuelle, constituent des fautes contre les médecins libéraux et les patients qu'ils soignent. Le plan Juppé était finalement une douce contrainte présentant, dans son ensemble, une grande cohérence. Les aberrations présidentielles et les représentants du peuple auront certainement des conséquences néfastes pour les médecins libéraux et leurs patients mais, n'en doutons pas, nous avons tous une longue mémoire et nous saurons, en temps utile, ressortir et publier le verbatim des déclarations des uns et des autres lorsqu'ils viendront se présenter devant leurs électeurs.

Références : « La santé n'est pas qu'une dépense », Les Echos, 26 octobre 2009.  
Le billet de Favilla « Semi-liberté médicale », Les Echos, 22 octobre 2009.  
**Articles disponibles sur le site [www.umespe.com](http://www.umespe.com)**  
Rubrique documentations diverses

**Docteur Jean-François REY**

### **2.3. Michel Chassang réélu à la Présidence du CNPS le 25 novembre 2009**

Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), a été réélu président du Centre national des professions de santé (CNPS) pour les deux ans à venir.

Lire le communiqué du CNPS dans la rubrique « Autres Communiqués » de ce journal.

### **2.4. La radiologie : au-delà des idées reçues**

Vous trouverez sur le site de l'U.ME.SPE [www.umespe.com](http://www.umespe.com) dans la rubrique DOCUMENTATION : onglet divers/ la plaquette éditée par la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) intitulée « La radiologie : au-delà des idées reçues ».

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

#### **3.1. Communiqué du 9 novembre 2009 : L’unité syndicale : les faits ou les déclarations d’intention**

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle qu’à travers les PLFSS 2008, 2009, 2010, au cours des Etats Généraux, dans la discussion de la loi Bachelot, nous avons attiré l’attention sur les nombreuses mesures visant à mettre sous tutelle la médecine libérale spécialisée de proximité.

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. a, dans son temps, fédéré de nombreuses spécialités dans la mise en place d’une CCAM des actes techniques sans spécialité ou actes perdants face à la volonté initiale du Pôle Nomenclature et au blocage de la valeur des honoraires pendant plus de dix ans.

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. a également obtenu en 2007, les premières mesures de revalorisation des spécialités cliniques, à travers l’extension de l’utilisation du C2 et des revalorisations spécifiques correspondant à une première étape de la réforme des actes cliniques.

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. a mis en garde, depuis 3 ans, l’ensemble des médecins libéraux face à la volonté gouvernementale aidée par certains législateurs issus des professions de santé qui ont, manifestement, trompé ceux qui s’opposaient au système conventionnel et ont conduit, d’une part, à une nouvelle période de blocage tarifaire, d’autre part, à la mise en place de mesures répressives et discriminatoires contre la médecine libérale que nous avons annoncées.

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. demande à ceux qui reconnaissent maintenant leurs erreurs de ne pas rester dans des déclarations d’intention mais de faire front, avec nous, pour défendre l’ensemble des médecins libéraux :

- demander une négociation conventionnelle immédiate avec des revalorisations tarifaires,
- apporter leur soutien au secteur optionnel qui devra être progressivement ouvert à tous,
- cesser de voter avec les représentants de l’Assurance Maladie comme le font MG France et la FMF dans le cadre de la Commission de Hiérarchisation des Actes, contre l’intérêt de certaines spécialités,
- stigmatiser, avec nous, les mesures anti-libérales issues de la loi HPST.

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. demande au Président de la CSMF de faire pression sur le gouvernement pour obtenir l’ouverture immédiate de négociations conventionnelles, et de répondre ainsi à la volonté d’union syndicale des syndicats de médecins libéraux. La négociation conventionnelle est le seul lieu où, actuellement, l’ensemble des médecins libéraux doit montrer, par les faits, leur unité pour la défense de la profession.

L’U.ME.SPE./C.S.M.F. souligne que c’est sur ces bases concrètes que nous pourrons mobiliser, par tous les moyens, l’ensemble des médecins libéraux, médecins traitants, médecins consultants, médecins de premier recours ou spécialistes de proximité.

### **3.2. Communiqué du 12 novembre 2009 : L'anarchie parlementaire**

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. dénonce le dévoiement du PLFSS 2010 qui a été transformé par les Parlementaires en pseudo outil conventionnel.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que le PLFSS doit être consacré aux dépenses de santé 2010 et non à l'organisation de l'offre de soins. L'Etat a été, à plusieurs reprises, condamné par l'utilisation des lois de financement comme « cavaliers » considérés comme illégaux par le Conseil Constitutionnel.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. souligne deux exemples de cette politique incohérente :

- La volonté d'ouvrir la contraception aux sages-femmes sans formation préalable, ni concertation dans le cadre de l'Union Nationale des Professions de Santé. C'est une atteinte potentielle à la qualité des soins alors que la contraception est prescrite sans difficultés par les médecins généralistes, les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens.
- La modification de la Loi HPST sur la représentation syndicale constitue également une manœuvre inacceptable et illégale. Les arguments soutenus par le sénateur MILON de meilleure représentativité démocratique devraient s'appliquer en priorité au Parlement permettant, par le retour de la proportionnelle, aux sensibilités d'extrême droite, d'extrême gauche et du MODEM d'être mieux représentés. Le sénateur MILON veut imposer à la représentation syndicale médicale un système digne de la IVème République.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. met en garde le gouvernement et les honorables parlementaires sur le danger de balkaniser la représentation des médecins libéraux, de mettre en place une nationalisation rampante de notre système de soins. Chaque parlementaire est responsable de son vote et, comme par le passé, les médecins leur demanderont des comptes au moment des échéances électorales.

### **3.3. Communiqué commun UNOF / UMESPE du 12 novembre 2009 : Contraception orale par les sages femmes : une décision trop hâtive**

L'UMESPE-CSMF et L'UNOF-CSMF s'étonnent que l'Assemblée Nationale ait adopté un transfert de compétence à la va-vite vers les Sages Femmes concernant la contraception orale.

Si cette profession médicale présente toute pertinence pour assurer une contraception orale en post-partum, en cas de situation d'urgence ou de détresse, elle ne fait pas partie du parcours de soin et n'est tenue à aucun retour d'information vers le médecin généraliste traitant ou le gynécologue de la patiente. Cela peut être responsable de problèmes de iatrogénie ou d'absence d'examen complémentaires nécessaires ou au contraire de prescriptions redondantes.

De plus, contrairement à l'opinion que semblent en avoir les sénateurs, la contraception ne se limite pas à la prescription de pilule mais à des prises en charge plus complexes permettant d'aborder tous les moyens de contraception disponibles, et de réaliser les

campagnes de prévention et dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein, des facteurs de risques cardiovasculaires, des addictions telles le tabac. Ces prises en charge reposent sur des référentiels médicaux précis, bien connus des médecins généralistes comme des gynécologues qui s'impliquent dans ces campagnes, mais ils ne font, par contre, pas partie de la formation actuelle des sages femmes qui est exclusivement orientée sur le suivi de la grossesse normale.

Réalisée dans un seul but économique à court terme et faisant fi de toute démarche de santé publique plus globale, cette délégation arbitraire de compétences a été déposée sous forme d'amendement et en dehors de toute réflexion et concertation avec les professionnels de santé concernés.

L'UMESPE-CSMF et L'UNOF-CSMF demandent aux Sénateurs de retirer cet article de la loi de financement de la sécurité sociale et souhaitent, qu'à l'avenir, tout transfert de tâches ou délégation de compétence soit, au préalable, étudié par l'Union Nationale des Professions de Santé afin de permettre une vision commune des différents professionnels et une cohérence avec les politiques de santé en cours.

### **3.4. Communiqué du 16 novembre 2009 : L'UMESPE soutient les demandes des médecins obstétriciens**

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que le nombre de médecins obstétriciens libéraux a diminué d'une manière inquiétante au cours de ces dernières années.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. constate que le problème assurantiel constitue une composante importante de cette désaffection.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. a demandé en vain, dès 2002, que soit réglé globalement et définitivement le problème assurantiel en tant que couverture mais, également, au niveau du coût des primes d'assurance, pour toutes les professions à risque (obstétriciens, chirurgiens et anesthésistes).

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. considère comme légitimes les demandes des obstétriciens libéraux, au-delà du problème assurantiel, c'est la sérénité de la poursuite de leur métier qui est en jeu. Nous soutenons donc leurs demandes d'obtenir des garanties définitives auxquelles s'oppose, depuis 7 ans, le Ministère du Budget.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle qu'il est indispensable que le coût assurantiel des spécialités à risque soit intégré dans le cadre de la CCAM des actes techniques puisqu'il s'agit, bien évidemment, d'un élément important pour déterminer le coût de la pratique, dans le cadre de la méthodologie de la prise en charge des actes techniques par les Caisses d'Assurance Maladie, la situation de remboursement partiel des primes actuelles n'étant ni pérenne, ni satisfaisante.

### **3.5. Communiqué du 26 novembre 2009 : L'UMESPE soutient les spécialités cliniques à exercice exclusif**

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. a décidé de médiatiser l'importance de la place des spécialités cliniques à exercice exclusif mal identifiées dans le parcours de soins.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle le rôle important de ces spécialistes en tant que médecins consultants permettant d'éviter des accès aux urgences et des hospitalisations inutiles mais, important également, leur avis d'expertise dans les pathologies chroniques.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. prend aujourd'hui la défense du rôle des endocrinologues indispensable en particulier dans la prise en charge des complications du diabète et des pathologies liées à l'obésité morbide (en annexe les demandes du SEDMEN).

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande que la consultation spécialisée en endocrinologie (MCE) soit étendue à d'autres pathologies et que le décret d'application de l'extension du C2 aux spécialités cliniques soit publié alors qu'il est bloqué, depuis deux ans, par la Ministre de la Santé.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. incite ces spécialités à se regrouper en Maisons de Spécialistes, assurant ainsi pérennité et visibilité.

**Annexe jointe : Communiqué du Syndicat National des Spécialistes en Endocrinologie, Diabète, Maladies métaboliques et Nutrition (SEDMEN) du 24 novembre 2009 :**

Actuellement, le recours à la MCE n'est utilisé que pour moins de 10 % de nos actes (les critères retenus pour cette nomenclature sont très étroits). En conséquence et afin d'accéder aux revendications de nos mandants qui souhaitent une revalorisation significative de leurs revenus, nous demandons :

A. L'élargissement de la MCE pour TOUTE consultation INITIALE de prise en charge : (30 % de nos actes)

- 1) d'une pathologie endocrinienne, QUELLE QU'ELLE SOIT
- 2) du diabète gestationnel, du DIABÈTE DE TYPE 1 ET 2
- 3) des troubles du comportement alimentaire,
- 4) de l'obésité,
- 5) du suivi d'une pathologie cancéreuse en endocrinologie

B. Nous demandons un élargissement de la MCE associée au C2 pour toute consultation annuelle de prise en charge d'une maladie chronique métabolique ou endocrinienne avec évaluation éducative, renforcement thérapeutique, dans le seul but d'éviter le recours aux hospitalisations intempestives. (10% de nos actes)

Nous vous remercions très sincèrement de l'aide que vous apporterez à notre spécialité sinistrée.

Claude COLAS

**Marie-Hélène BERNARD**  
Présidente du SEDMEN

### **3.6. Communiqué du 27 novembre 2009 : RCP : Incohérence gouvernementale : suite ?**

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. constate, avec regret, la position du gouvernement imposée aux parlementaires sur la restriction de l'intervention de l'OMNIAM uniquement aux trois spécialités à risque dans le cadre du périmètre de la naissance.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. avait vu, avec satisfaction, la position de la Commission mixte parlementaire qui allait dans le bon sens en rassurant la quasi totalité des professionnels concernés.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. regrette que, depuis 2002, les différents gouvernements n'aient pas fourni une réponse assurantielle pérenne à l'ensemble des médecins spécialistes libéraux potentiellement mis en cause par les modifications et les conséquences législatives liées à la loi Kouchner.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. souligne que l'incohérence de la position du gouvernement va accentuer l'inquiétude des professionnels libéraux, les inciter à se dégager dans leur exercice libéral des situations à risque et va conduire à la création de déserts médicaux dans certaines spécialités.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande, une nouvelle fois, une solution globale et pérenne rassurant définitivement les professionnels libéraux sur le risque assurantiel dans des situations financièrement et potentiellement très pénalisantes pour eux-mêmes ou leurs ayants droit et demande également la mise en place d'une situation pérenne pour la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des conséquences financières de la loi sur le coût des primes de RCP.

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

### **4.1. Communiqué de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues du 3 novembre 2009 : Plan cancer 2 : la FNMR salue le renforcement du dépistage et demande au Président de la République de veiller au maintien du tissu des cabinets de radiologie de proximité**

**La Fédération Nationale des Médecins Radiologues** a pris connaissance avec intérêt du deuxième Plan Cancer présenté par le Président de la République, sur la base des recommandations du rapport du Professeur Grünfeld.

**La FNMR se félicite** de la volonté du Chef de l'Etat de s'engager dans la prévention et dans la lutte contre cette maladie, en agissant, notamment pour une meilleure implication des soins de ville dans le cadre du parcours de soins mais également pour le renforcement des structures de dépistage.

**La FNMR rappelle** à cette occasion, tout comme l'avait souligné le Pr. Grünfeld dans son rapport, que les disparités de participation des femmes au programme de dépistage du cancer du sein varient en fonction de la répartition géographique des structures de radiologie.

La mesure 14 du plan vise à **lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage**. Elle pose l'objectif d'une augmentation de 15% de la participation de

l'ensemble de la population aux dépistages organisés. Cet objectif ne pourra être atteint, en particulier pour le cancer du sein, si les centres hospitaliers et les cabinets libéraux de proximité, dont le rôle est essentiel dans le dépistage, sont contraints de fermer en raison de politiques tarifaires inadaptées.

De plus, **la FNMR souligne** que les actes d'imagerie médicale sont indissociables du suivi de toute pathologie cancéreuse et appellent un équipement de pointe avec, en corolaire, l'investissement d'un temps croissant d'expertise pour la lecture et l'interprétation de l'examen de la part du médecin radiologue. Il en est de même pour la radiologie interventionnelle qui concourt à l'amélioration de la qualité de vie des patients en réduisant les durées d'hospitalisation.

L'imagerie, où **91% des médecins exercent en secteur 1** appliquant donc les tarifs opposables de l'Assurance Maladie, est appelée à jouer un rôle croissant dans la lutte contre le cancer.

**Les médecins radiologues libéraux, initiateurs notamment du dépistage du cancer du sein, sont prêts** à s'investir dans le nouveau Plan Cancer 2 et à apporter leur contribution pour lutter contre les inégalités constatées face au dépistage et au suivi du cancer, notamment grâce à l'utilisation d'un nombre plus important d'IRM dont l'attribution ne doit pas être limitée au secteur hospitalier.

Pour cela, **la FNMR demande** au Président de la République de veiller au maintien du tissu des cabinets de radiologie de proximité aujourd'hui gravement menacé par des plans d'économie incompatibles avec les ambitions présidentielles en matière de santé publique. Au-delà, il s'agit de donner une visibilité sur l'avenir à une profession en proie au doute alors qu'elle pourrait aller de l'avant et accompagner les projets de l'Etat. Cette visibilité est indispensable, notamment pour d'une part soutenir une politique d'investissement libéral, et d'autre part, pour renforcer l'attractivité de la filière en permettant la formation de plus de médecins radiologues pour l'avenir.

Enfin, **la FNMR appelle** le Président de la République à considérer le plan cancer, au-delà d'une nécessaire politique d'investissement, comme un levier pour donner une nouvelle orientation aux dépenses de santé. L'ouverture de nouvelles unités de dépistage et de suivi génèrera une augmentation des remboursements d'actes qu'il est important de provisionner dès à présent dans le cadre du PLFSS en cours de discussion et des prochains, afin d'éviter, comme c'est trop souvent le cas, des actions comptables brutales au détriment des cabinets d'imagerie. Il faut se donner les moyens du dépistage et du suivi du cancer au quotidien.

**Docteur Jacques NINEY**

Président FNMR

## **4.2. Communiqué de la Fédération Nationale des Infirmiers du 12 novembre 2009 : Réponse aux inégalités sanitaires : gouverner, c'est prévoir !**

Attentive à la prise en charge équitable des besoins de santé et de lien social de nos concitoyens, la Fédération Nationale des Infirmiers prend acte de la réponse proposée par la mission Vallancien-Touba pour lutter contre la désertification sanitaire dans les régions défavorisées : le « Bus Santé », avec au volant une infirmière, une assistante sociale « embedded » et un interne en médecine. (Figaro.fr /9 novembre)

Conçu selon les observateurs en vue de pallier la pénurie de praticiens et pour favoriser une nouvelle médecine de campagne qualifiée de « foraine », le « Bus Santé », même si le bilan carbone de l'opération pose question, offre en effet de nombreux avantages.

Ainsi, outre le côté festif de ce projet, nul doute qu'il favorisera la relance du secteur industriel des véhicules de transport, aujourd'hui en berne. De plus, ce concept est éprouvé puisqu'il a été testé avec succès au siècle dernier sur de nombreuses pistes reculées du Continent africain.

La F.N.I note par ailleurs avec intérêt l'objectif par pallier affiché en la circonstance, selon lequel « *Il faut commencer doucement, avec de la prévention. Mais dans l'avenir, les « Bus Santé » pourraient permettre des visites régulières dans les villages les plus reculés, assurées par des internes en médecine générale ou les médecins des maisons de santé* »..

Pour autant, sans préjudice de l'intérêt pour ce nouveau mode de lutte contre les inégalités sanitaires et pour favoriser l'attractivité territoriale, la F.N.I rappelle qu'un autre moyen, plus innovant, est aujourd'hui déployé dans de nombreux pays avancés, et monte aujourd'hui rapidement en puissance : la télésanté.

La F.N.I, très mobilisée sur les conditions d'un déploiement avisé de cet outil du 21ème siècle, rappelle qu'il nécessite toutefois **un partage de l'information** entre les différents professionnels de santé qui connaît encore de fortes réticences dans notre pays, autorisant en contrepartie **un partage des compétences** au bénéfice des patients.

Gouverner c'est prévoir, et si le concept de « Bus Santé » constitue une piste originale, le véritable moyen de garantir une santé équitable pour tous et un renforcement du lien social dans les territoires isolés doit se conjuguer rapidement avec les outils modernes de la télésanté.

**Docteur Philippe TISSERAND**  
Président F.N.I

### **4.3. Communiqué du Centre National des Professions de Santé du 20 novembre 2009 : Renouvellement du Bureau du CNPS**

Le Centre National des Professions de Santé (CNPS) qui fédère l'ensemble des professions de santé, inscrites au Code de la Santé, s'est réuni jeudi 19 novembre et a renouvelé son Bureau pour deux ans, conformément aux statuts.

Le nouveau Bureau est composé comme suit :

Président : Michel CHASSANG – CSMF (médecin)

Vice-Présidents : Alain BERGEAU – FFMKR (masseur-kinésithérapeute)  
Philippe GAERTNER – FSPF (pharmacien)  
Christian JEAMBRUN – SML (médecin)  
Roland L'HERRON – CNSD (chirurgien-dentiste)  
Jean-Jacques MAGNIES – SNMKR (masseur-kinésithérapeute)  
Philippe TISSERAND – FNI (infirmier)

Secrétaires Généraux : Michel COMBIER – CSMF (médecin)  
Patrick PERIGNON – FNO (orthophoniste)

Secrétaire Général Adjoint : Charles SCHPIRO – CDPS 28 (masseur-kinésithérapeute)

Trésorière Générale : Renée BIELLI – CDPS 55 (chirurgien-dentiste)

Trésorier Général Adjoint : Patrice DEVILLERS – USPO (pharmacien)

**Docteur Michel CHASSANG**

#### **4.4. Communiqué du Syndicat National des Pédiatres Français du 25 novembre 2009 : La convention doit redonner sa place au pédiatre**

Dans le cadre de la reprise des négociations conventionnelles, le SNPF tient à rappeler les termes du protocole d'accord du 15 octobre 2009 concernant la création d'un secteur optionnel *ayant vocation à s'intégrer dans le futur édifice conventionnel* et selon lesquels les parties signataires *reconnaissent que la revalorisation des spécialités cliniques doit être associée à sa mise en place.*

Afin de pouvoir poursuivre leurs missions de soins de proximité et de prévention qui sont au cœur de la loi HPST et pour lesquelles leur expertise auprès des enfants est incontournable, **les pédiatres sont dans l'attente d'une reconnaissance forte de leur place dans la future convention afin de pouvoir disposer des moyens à hauteur de leurs besoins pour toujours mieux se consacrer à la santé des enfants dans tous ses aspects.**

**Docteur Francis RUBEL**

Président SNPF

**Docteur Jean-C FRANCESCHINI**

Secrétaire Général SNPF

### **V. QUESTIONS RÉPONSES**

**Sujet: MCS**

**3 novembre 2009**

*Je suis obstétricien en clinique privée et j'aimerais vous demander s'il y a quelque chose de nouveau sur la MCS car une secrétaire de la CPAM a appelé mon secrétariat en disant que nous n'aurons plus le droit de coter la MCS, comme nous sommes en établissement. Je ne comprends pas alors pouvez-vous me dire s'il y a quelque chose de nouveau à ce sujet ?*

**Réponse de l'U.ME.SPE**

**5 novembre 2009**

Rien de nouveau sur la MCS. Elle reste applicable en établissement, toujours sous condition d'un retour au médecin traitant des informations de la consultation. Les Caisses ont souvent du mal à la traiter et il faut vérifier le règlement en tiers payant; j'en ai fait l'expérience dans ma clinique.

Comme d'habitude, si la Caisse persiste dans son refus, leur demander de le confirmer par écrit, avec les motifs.

**Dr Yves Decalf**

**Expéditeur: DR GE.**

**Sujet: point d'eau**

**5 novembre 2009**

Pourriez-vous me dire s'il est obligatoire (légal)d'avoir un point d'eau dans le bureau même du dermatologue ,notamment quand il fait de la petite chirurgie ou si cela suffit qu'il y ait un point d'eau au sein du cabinet médical ?

**Réponse de l'U.ME.SPE**

**25 novembre 2009**

Je vous transmets ci-dessous la réponse du service juridique de la CSMF concernant votre demande de « point d'eau » au cabinet.

« La recommandation n°3 dispose qu'il est « *recommandé d'aménager un point d'eau dans chaque salle de consultation ainsi que dans les zones sanitaires. Chaque point d'eau doit avoir à proximité un distributeur de savon liquide à pompe et avec poche rétractable éjectable, un distributeur d'essuie-mains à usage unique en papier non tissé et une poubelle à pédale ou sans couvercle.* »

Il s'agit donc d'une recommandation et non d'une obligation. Vous pouvez consulter les recommandations de la HAS «Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical ».

**Expéditeur: DR LE.**

**Sujet: Feuilles de soins « papier », télétransmissions : Taxes.....**

**9 novembre 2009**

Je viens de lire avec intérêt le billet UMESPE que vous signez. Je suis tout à fait d'accord sur le fond (obligations sans négociations, blocages des tarifs...).

Juste une remarque sur le dernier paragraphe :

"Dernier élément : quelles taxes devraient payer les structures hospitalières qui, à l'initiative de la Fédération Hospitalière de France, présidée jusqu'à il y a quelques jours par l'ancien Ministre Claude Evin, refusent de transmettre, depuis des années, malgré la loi, les statistiques détaillées des actes médicaux à l'Assurance Maladie, permettant ainsi, à travers une absence de transparence, de masquer des surfacturations, des actes indus, voire des actes fictifs."

Je crois que ce dernier argument est de plus en plus difficile à tenir (je suis médecin d'information médicale dans le public et dans le privé + ARéa privé) :

La récupération des actes effectués est au contraire un grand souci des directions des CH (moins souvent celui des PH dont le salaire ne dépend pas [encore] du codage). Je parlerais plutôt d'erreurs de codage, que d'actes fictifs. Quand aux transmissions, comme les établissements privés les CH transmettent mensuellement leur activité aux ARH/ATIH/DHOS via ePMSI, avec cet avantage (très confortable pour le DIM public) de pouvoir corriger les séjours toute l'année, même déjà envoyés, jusque la clôture de l'année entière (officiellement 31 janvier N+1). Pour les plus distraits il existe encore la possibilité de récupérer des séjours oubliés des années N-1, voire N-2 (2007 peut être abondé jusqu'au 31/12/2009). Donc il y a transmission des actes. Enfin comme le paiement est au GHS, lorsqu'un acte est marqueur d'un GHS, on pourrait en ajouter beaucoup d'autres que le tarif ne serait pas modifié.

Là où la règle du jeu ne me semble pas égale et je n'ai jamais rien lu ou entendu sur le sujet : c'est le privé à l'hôpital.

Les actes sont directement payés au PH, mais le GHS est totalement facturé à l'AM. Je n'ai pas notion de diminution de valeur du GHS. Or en public le GHS intègre l'acte contrairement aux ex-OQN. Donc l'acte est payé deux fois au PH et à l'établissement et l'établissement récupère un % sur l'acte du PH. Existe t'il une procédure de compensation entre AM et établissement ? Je n'en ai pas notion. Peut être d'autres de mes collègues.

Ceci étant, les règles du jeu étant encore très différentes, je ne pense pas que nous ayons grand intérêt à nous comparer entre PH et Libéraux. Demander une convergence tarifaire entre les 2 systèmes me convient mieux, à condition que l'on tende vers un paiement à l'acte en public comme en privé. Mais rien n'est moins sur. On irait plutôt vers un paiement au GHS-actes inclus pour le privé. Je vois les discussions pour se répartir le montant du GHS entre chirurgien, anesthésiste, gastro-entérologue au cours d'un séjour où les 3 sont intervenus mais où seul l'acte chirurgical est marqueur du GHS.... ! Bon courage. Merci pour vos chroniques,

**Réponse de l'U.ME.SPE  
16 novembre 2009**

Je reviens vers vous concernant les problèmes de statistiques et de transmission à l'Assurance Maladie des actes médicaux.

Ce ne sont pas les médecins DIM et nos confrères hospitaliers qui sont en cause puisqu'ils appliquent la même nomenclature que dans le secteur libéral. Par contre, la transmission de ces données à l'Assurance Maladie est faite d'une manière globale et non pas individuelle retirant, de ce fait, beaucoup de pertinence à toute étude comparative notamment les 20 % de prescriptions de ville issues des structures hospitalières.

A titre d'exemple, dans mon établissement, PS PH, la partie des prescriptions issue des praticiens libéraux peut être parfaitement ciblée et permet au Comité Paritaire Locale de faire éventuellement des remarques à tel ou tel confrère, alors que dans le secteur salarié, l'Assurance Maladie n'a connaissance que de la globalité de ces prescriptions sans pouvoir intervenir directement auprès d'un prescripteur. C'est cet éclatement des données que nous demandons depuis 10 ans et qui permettra de responsabiliser individuellement chaque médecin des structures hospitalières comme ceci existe dans le monde libéral et de reconnaître que la majorité des médecins, quel que soit leur mode d'exercice, respecte globalement les bonnes pratiques médicales.

En ce qui concerne le secteur privé, je ne peux que partager votre position.

En résumé, il n'y a aucune divergence dans l'exercice des médecins libéraux ou hospitaliers, ce n'est qu'un problème d'organisation des structures dont nous ne sommes pas maîtres.

**Dr. Jean François REY**

**Expéditeur: DR EP.  
Sujet: À propos des feuilles  
9 novembre 2009**

Je viens juste vous faire part de notre singularité EN RADIOTHERAPIE PROVINCIALE ? pour faire bonne mesure au couple délirant télétransmission/feuilles de soins ! en radiothérapie la facturation est maintenant en rythme de croisière (après dix ans de

retard lié aux "tutelles" ET CERTAINEMENT AUX SYNDICATS MAISONS à la sécu: vous aviez dit réduction d'effectifs?

NOUS AVONS OBLIGATION D'ETABLIR DES FEUILLES DE SOINS EN PLUS DE LA FACTURATION PAR TELE TRANSMISSION ! sachant que la modification de la nomenclature nous conduit a établir en moyenne cinq à huit feuilles par traitement facturé, j'attends avec impatience qu'on vienne me réclamer un paiement! et comme je refuse de prendre le lecteur de carte au cabinet avec le lecteur de carte bleue pour éviter que mon banquier détourne un seul centimes de ma Cs que le patient se verra rembourser lui intégralement..... je suis considéré comme "non télétransmetteur" par LA CPAM ! ON VIT UNE EPOQUE FORMIDABLE ! disait l'irremplaçable Pierre Desproges!

### **Réponse de l'U.ME.SPE**

**20 novembre 2009**

J'ai pris note de vos remarques que je connaissais, travaillant étroitement avec un radiothérapeute dans ma spécialité. Il est bien évident qu'il n'est pas question d'appliquer des pénalités.

Dr. Jean François REY

Copie : Dr. Michel CHASSANG, Président de la C.S.M.F.

## **VI - ANNONCE PROFESSIONNELLE :**

Expéditeur: [fyemo@yahoo.fr](mailto:fyemo@yahoo.fr)

Sujet: demande de remplacement

Anesthésiste cherche remplacements toutes régions.

Disponibilité immédiate.

06 07 14 12 69

[fyemo@yahoo.fr](mailto:fyemo@yahoo.fr)

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

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

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

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

**Copyright: Editions- DUREY®**

## VIII – REMERCIEMENTS pour son soutien à SCAMED



### **Une opportunité pour les médecins !**

Les médecins, sont sans cesse sollicités par les assureurs. Ils n'ont pas toujours le temps d'étudier les offres d'assurances et ne souscrivent pas toujours les contrats les plus adaptés à leurs besoins.

**SCAMED, cabinet de courtage en assurances, est le partenaire privilégié du groupe MACSF.**

**SCAMED est spécialisé dans les assurances de prévoyance-santé, d'épargne, de retraite, de dépendance et de financement.**

**Nous mettons nos domaines de compétence et de conseil au service des médecins.**

CONCRETEMENT:

En cas d'arrêt de travail, la CARMF, ne couvre ni les 90 premiers jours d'arrêt de travail, ni vos besoins financiers réels.

SCAMED, vous propose donc le nouveau plan de prévoyance des médecins qui couvrira cette période non indemnisée et vous permettra d'adhérer à un plan global offrant une prestation mensuelle jusqu'à 65 ans. Le problème des retraites est d'actualité. Le niveau de retraite des médecins est menacé.

SCAMED, vous offre donc la possibilité dès aujourd'hui, d'adhérer au "RES Fonds de pension avenir" pour disposer d'un revenu complémentaire à l'âge de votre retraite.

**Les offres de SCAMED en prévoyance, santé et retraite bénéficient des dispositions fiscales de la loi**

**Madelin rendant les cotisations déductibles. Pensez-y ! [www.scamed.fr](http://www.scamed.fr)**