

FLASH INFO - 31 MAI 2011

Le mot du président : Le paiement à la performance des médecins spécialistes.

Au moment où l'Assurance Maladie accepte de réintégrer les « CAPI » des médecins généralistes dans un contrat conventionnel beaucoup plus large, négocié avec les syndicats représentatifs et inclus dans la convention, il est indispensable, comme nous le disions, il y a 2 ans, d'inclure dans cette problématique les médecins spécialistes et, en particulier, les spécialités cliniques. Bien sûr les objectifs sont différents mais le principe est le même. Prouver qu'à travers une identification de la démarche qualité, l'ensemble des médecins spécialistes libéraux contribuent à l'efficacité de notre système de soins, c'est une étape complémentaire indispensable au parcours de soins de 2004 qui a mis en évidence le rôle du médecin traitant mais, également, celui de médecin consultant.

Pour nous, deux éléments importants :

- L'organisation du cabinet avec le regroupement de plateaux cliniques, comme nous le défendons depuis 2 ans ;
- Mais, également, pour chaque spécialité, des critères objectifs permettant de quantifier cette démarche qualité, comme les hépato-gastroentérologues l'ont fait, avec l'accord de bon usage des soins, sur les suivis de polypectomies.

A chaque spécialité de définir, très rapidement, ses critères, aux URPS de s'investir dans chaque bassin de population, dans le regroupement des médecins spécialistes libéraux, pour leur donner toute leur place entre le médecin traitant et les structures hospitalières. Le but est de montrer, qu'avec notre rôle d'expertise, nous diminuons les recours aux urgences inutiles dans les établissements hospitaliers publics et nous réintégrons le rôle des médecins spécialistes consultants dans le parcours de soins. Ce type de démarche est déjà prôné dans des pays comme le Canada et les Etats-Unis. L'exemple anglais n'a pas lieu d'être puisque les spécialistes anglais sont essentiellement dans les structures hospitalières.

Ne laissons pas passer cette opportunité, il faut inscrire notre réflexion dans une démarche prospective, et non pas passiste, comme le faisaient, il y a 2 ans, quelques voix discordantes incapables d'imaginer de nouveaux rôles pour les médecins spécialistes libéraux de proximité.

1/ Lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

« Décret N° 2010-1408 du 12 novembre 2010 »

Article R 6111-1 – Constitue un évènement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.

La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'évènements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel évènement, à en identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise. »

Il est bien évident que l'ensemble des médecins sont particulièrement concernés par tout ce qui sert à protéger les patients, les évènements indésirables liés aux soins, les affections nosocomiales et leur prévention font partie des bonnes pratiques médicales.

En ce qui concerne les praticiens qui s'impliquent dans les CME et les CLIN des établissements de soins privés, il est regrettable que ces missions reposent sur du bénévolat, il serait temps que l'enveloppe des MIGAC serve également à défrayer le temps passé sinon, très rapidement, ces postes chronophages seront soit inoccupés, soit totalement gérés par les Directions d'établissements à travers des Présidents de CME non représentatifs de leurs collègues, et même parfois, dépendants de la Direction en tant que salariés.

Nous souhaitons que ce dossier soit repris ardemment par le CLAHP avec la même énergie que nous mettons actuellement pour résoudre la problématique financière de la permanence des soins en établissements.

2/ Bretagne : La victoire de la C.S.M.F.. La prépondérance de l'U.ME.SPE.

Nous ne pouvons que nous réjouir et féliciter les médecins de la région Bretagne qui ont confirmé la prépondérance de la C.S.M.F. dans le cadre des élections aux URPS (CSMF : 18 sièges, SML : 14 sièges, FMF : 15 sièges, MG France 7 sièges, Bloc : 6 sièges).

Dans le 3^{ème} Collège, l'U.ME.SPE conforte la majorité absolue obtenue au niveau national et nous observons la même tendance dans le 2^{ème} Collège que dans les régions Aquitaine et PACA en retrouvant un siège.

La campagne de désinformation du BLOC s'essouffle au bénéfice des propositions apportées par le Syndicat AOC/C.S.M.F.

Après ces dernières élections partielles, l'U.ME.SPE. conforte sa position de 1^{er} syndicat de médecins spécialistes libéraux, tous collèges confondus, loin devant les autres syndicats avec une majorité absolue dans le 3^{ème} Collège. Là, encore, ne cédez pas à la désinformation et n'oubliez pas que les Collèges sont de taille inégale (30 000 médecins spécialistes pour le 3^{ème} Collège, 15 000 pour le 2^{ème} Collège). Ceci, bien sûr, pèsera dans la négociation conventionnelle.

3/ Actes nouveaux : L'impossible dévalorisation

Du fait du ralentissement des travaux de la CHAP depuis près de 2 ans, nous voyons que l'Observatoire devant déterminer le coût de la pratique ne produit plus aucun travail, que l'intégration des anatomo-cytopathologistes dans la CCAM stagne, que les médecins nucléaires attendent toujours une valorisation de la TEP. Nouvelle avanée, les actes hiérarchisés devraient être diminués face à un acte de référence et ne pas atteindre d'emblée leur valeur cible. C'est une décision unilatérale de l'UNCAM qui ne repose sur aucune base réglementaire et se retrouve en défaut par rapport à la hiérarchisation d'un certain nombre d'actes mis en place depuis 2006. Nous voyons là un nouvel effet délétère de 3 ans de politique anti-médecins libéraux, initiée par Madame BACHELOT, soutenue par des syndicats médicaux comme MG France, la FMF et Le Bloc. Il est bien évident que lors de la prochaine réunion, et dans le cadre de la négociation conventionnelle, nous allons violemment réagir à cette décision inique.

4/ L'indépendance de l'anatomo-cyto-pathologie : un amendement de l'Assemblée Nationale (après l'art. 20)

MODIFICATION DE LA LOI N° 2009-879 PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL - (n° 3293)

Retiré

AMENDEMENT N° 213 présenté par M. Jardé, M. Vigier, M. PrélM. Lachaud, M. Brindeau et M. Vialatte

ARTICLE ADDITIONNEL, APRÈS L'ARTICLE 20, insérer l'article suivant :

L'article L. 6211-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6211-1. – Les analyses de biologie médicale sont les examens biologiques qui concourent au diagnostic, au traitement ou à la prévention des maladies humaines ou qui font apparaître toute autre modification de l'état physiologique, à l'exclusion des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques

exécutés par les médecins spécialistes de cette discipline. Les analyses ne peuvent être effectuées que dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale sous la responsabilité de leurs directeurs et directeurs adjoints. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les actes d'anatomie-pathologique ne doivent pas être considérés comme des actes de biologie.

Cet amendement propose de revenir à l'article L 6211-1 du code de la santé publique avant sa modification par l'ordonnance du 13 janvier 2010.

Les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques et la biologie sont deux disciplines très différentes, notamment au niveau de la finalité médicale.

Alors que la biologie produit essentiellement des données chiffrées qui sont interprétées par un clinicien, le pathologiste fournit des diagnostics de maladie et de cancer en interprétant les images avec les mêmes contraintes de qualité.

5/ Code de Santé publique

Les responsabilités de la CME en établissements de soins privés (**version consolidée en date du 17 novembre 2010**).

Partie législative :

Sixième partie: Etablissements et services de santé

Livre 1er: Etablissements de santé

Titre 1er: Organisation des activités des établissements de santé

Chapitre 1^{er} : Missions des établissements de Santé

Article L6111-1

Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

Article L6111-2

Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

Titre VI : Etablissements de santé privés

Chapitre I : Dispositions générales

Article L6161-2

Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé forment de plein droit une conférence médicale, chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. La conférence donne son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement. Ces prévisions d'activité doivent être communiquées à l'agence régionale de santé selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-3.

La conférence médicale contribue à la définition de la politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de

prise en charge des usagers ; elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La conférence médicale d'établissement est consultée sur tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément à l'article L. 6112-2.

L'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Sixième partie: Etablissements et services de santé

Livre 1er: Etablissements de santé

Titre 1er: Organisation des activités des établissements de santé

Chapitre 1^{er} : Missions des établissements de Santé

Section 5 : Mise à la disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Article D6111-23

Le non-respect des dispositions prévues au troisième alinéa de l'article L. 6144-I et au quatrième alinéa de l'article L. 6161-2 peut être constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé, notamment dans les cas où l'établissement de santé s'abstient de mettre à la disposition du public les résultats de ses indicateurs de qualité et de sécurité des soins ou lorsque cette mise à disposition est incomplète ou insuffisante.

Dans les cas prévus à l'alinéa précédent, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse au directeur de l'établissement de santé une mise en demeure de mettre ses indicateurs à la disposition du public dans un délai de trois mois.

Lorsque le directeur de l'établissement ne peut déférer à cette mise en demeure, il présente au directeur général de l'agence régionale de santé, avant l'expiration du délai qu'il prescrit, ses observations et les mesures qu'il s'engage à mettre en oeuvre pour remédier aux manquements constatés.

Le directeur général de l'agence régionale de santé décide, au vu de ces observations et engagements, des mesures appropriées.

En cas d'insuffisance ou de non respect des engagements pris, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer, par décision motivée et publiée, une diminution de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, dans la limite de 0,1% des recettes totales d'assurance maladie de l'année de la mise en demeure. Lorsque l'établissement ne bénéficie pas de la dotation mentionnée à l'alinéa précédent, la diminution porte, dans la même limite, selon le cas, sur le produit des tarifs des prestations d'hospitalisation mentionnés à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale ou sur la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

Le directeur général de l'agence régionale de santé en informe sans délai les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Sixième partie: Etablissements et services de santé

Livre 1er: Etablissements de santé

Titre VI : Etablissements de santé privés

Chapitre IV : Conférence médicale d'établissement

Article R6164-3

La conférence médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement

2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire;

3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles;

4° La prise en charge de la douleur;

5° Le plan de développement professionnel du personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique salarié de l'établissement.

Article R6164.5

La conférence médicale d'établissement :

1° Propose un programme d'actions qui prend en compte les bilans d'analyse des événements indésirables mentionnés à l'article R. 6164-2. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration de la qualité. Il prend également en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Il est assorti d'indicateurs de suivi.

2° Elabore un rapport annuel d'activité présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le représentant légal de l'établissement tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

Sixième partie: Etablissements et services de santé

Livre 1er: Etablissements de santé

Titre 1er : Organisation des activités des établissements de santé

Chapitre 1^{er} : Missions des établissements de santé

Section 1 : Organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

Sous-section 1 : Dispositions générales

Article R6111-1

Constitue un événement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.

La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en oeuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise.

Article R6111-2

Le représentant légal de l'établissement de santé, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics, ou avec la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, arrête l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins. Cette organisation vise :

1° A mettre en oeuvre des actions de formation des personnels et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement;

2° A disposer d'une expertise relative à la méthodologie de gestion des risques associés aux soins, en particulier l'analyse des événements indésirables;

3° A permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires pour proposer le programme d'actions mentionné aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2, assorti d'indicateurs de suivi, en vue de lutter contre les événements indésirables associés aux soins.

4° A permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires à l'élaboration d'un bilan annuel des actions mises en oeuvre ;

5° A assurer la cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

Article R6111-3

Le représentant légal de l'établissement de santé arrête, après proposition du président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics et en concertation avec la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, les mesures à mettre en oeuvre dans le cadre du programme d'actions mentionné aux articles L.6144-1 et L. 6161-2.

Article R6111-4

Le représentant légal de l'établissement de santé désigne, en concertation avec le président de la

commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins afin de veiller à ce que les missions mentionnées aux 10 à 5° de l'article R. 6111-2 puissent être remplies.

Ce coordonnateur dispose d'une formation adaptée à l'exercice de ses missions. Il a accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, nécessaires à l'exercice de celles-ci.

Article R6111-5

Plusieurs établissements de santé peuvent coopérer pour mener la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

Sous-section 2 : Dispositions relatives à la lutte contre les infections nosocomiales

Article R6111-6

Les infections associées aux soins contractées dans un établissement de santé sont dites infections nosocomiales.

Article R6111-7

Le programme d'actions mentionné aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2 comporte un volet relatif aux mesures à mettre en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales.

En vue d'assurer sa mise en œuvre, il est constitué au sein de chaque établissement une équipe opérationnelle d'hygiène composée notamment de personnel médical ou pharmaceutique et de personnel infirmier désignés par le représentant légal de l'établissement après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics et avec la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés.

L'équipe opérationnelle d'hygiène assiste la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement dans la proposition des actions de lutte contre les infections nosocomiales et dans l'élaboration des indicateurs de suivi de la mise en œuvre de ces mesures.

Les membres de cette équipe reçoivent une formation adaptée à l'exercice de leur mission. Ils ont accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, qui leur sont nécessaires.

Article R6111-8

Un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales est établi par l'équipe opérationnelle d'hygiène selon un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R6111-9

Une présentation synthétique du programme annuel de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement de santé est remise à chaque patient avec le livret d'accueil.

Sous-section 3 : Politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé

Article R6111-10

I. La commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés élabore :

1° Un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs

médicaux stériles. Ce programme contribue au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient défini par arrêté du ministre chargé de la santé. Il comprend, le cas échéant, les actions nécessaires pour mettre en œuvre les engagements fixés dans le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale;

2° Un bilan des actions d'amélioration en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles

3° La liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement;

4° Des préconisations en matière de prescription des dispositifs médicaux stériles et des médicaments.

II. Le programme mentionné au 1° du I et le bilan des actions mentionnées au 2° du I sont intégrés au programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins mentionné aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2.

Sixième partie: Etablissements et services de santé

Livre 1er: Etablissements de santé

Titre 1er : Organisation des activités des établissements de santé

Chapitre 1^{er} : Missions des établissements de santé

Section 2 : Signalement des infections nosocomiales et recueil des informations les concernant

Article R6111-15

Dans les établissements mentionnés à l'article R. 6111-12, le responsable de l'établissement désigne, après avis de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou de la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, le professionnel de santé chargé de leur signalement aux autorités sanitaires, ainsi que son suppléant. Dans les syndicats inter-hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire, ce professionnel peut être une personne chargée des mêmes fonctions au sein de l'un des établissements membres du syndicat ou du groupement. Il en informe le directeur général de l'agence régionale de santé et le directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales.

Article R6111-16

Tout médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme ou membre du personnel paramédical qui, dans l'exercice de ses missions au sein d'un des établissements mentionnés à l'article R. 6111-12, constate un ou plusieurs cas d'infections nosocomiales, en informe, d'une part, le praticien responsable du pôle d'activité dans lequel le ou les cas sont apparus dans les établissements publics ou le médecin responsable du ou des patients dans les autres établissements de santé, les syndicats inter-hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire et, d'autre part, le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière mentionnée à l'article R. 6111-7.

Le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière apprécie si le ou les cas dont il a été avisé correspondent aux critères de signalement énoncés à l'article R. 6111-13. Lorsque ce ou ces cas correspondent à l'un de ces critères, ce praticien, lorsqu'il n'est pas le professionnel de santé désigné à l'article R. 6111-15, informe ce dernier de la nécessité d'un signalement aux autorités sanitaires.

Article R6111.17

Lorsqu'un ou plusieurs cas d'infections nosocomiales ont été détectés et que leur nature correspond à un ou plusieurs des critères de signalement définis à l'article R. 6111-13, le professionnel de santé chargé du signalement y procède sans délai auprès du directeur général de l'agence régionale de santé et du directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'inter région.

Il informe de la transmission de ce signalement le chef de pôle dans lequel le ou les cas sont apparus dans les établissements publics, le médecin responsable du ou des patients dans les autres établissements de santé, les syndicats inter-hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, et le représentant légal de l'établissement.

Le nombre annuel de signalements dans l'établissement est indiqué dans le bilan des activités de la lutte contre les infections nosocomiales mentionné à l'article R. 6111-8.

Sixième partie: Etablissements et services de santé

Livre 1er: Etablissements de santé

Titre 1er : Organisation des activités des établissements de santé

Chapitre 1^{er} : Missions des établissements de santé

Section 3 : Stérilisation des dispositifs médicaux

Article R6111.21.1

En concertation avec le président de la commission médicale d'établissement ou le président de la

conférence médicale d'établissement, le directeur, l'administrateur du groupement de coopération sanitaire ou le représentant légal de l'établissement désigne un responsable du système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation, y compris lorsque tout ou partie de la stérilisation fait l'objet d'une sous-traitance. Ce responsable est chargé de missions suivantes :

1° Proposer, mettre en oeuvre et évaluer le système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation.

2° Rendre compte à la direction de l'établissement, à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement du fonctionnement du système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation

3° Proposer à la direction de l'établissement, à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement les améliorations qu'il estime nécessaires de ce système. Une même personne peut assurer cette fonction au sein de plusieurs établissements, dans le cadre d'une action de coopération ou d'une prestation de services organisée entre ces établissements.

L'établissement de santé ou le groupement de coopération sanitaire met à disposition du responsable ainsi désigné les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions.

Docteur Jean-François Rey
Président
(<http://jfrey.blog.lemonde.fr/>)



ASSUMED
Scamed
assurances

Allons plus loin ensemble

Sur internet www.scamed.fr

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

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

Contactez un conseiller

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