L'ABC du P4P

Toutes les questions que vous vous posez sur la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) des Hépatogastro-entérologues.

Dr Thierry Helbert

www.synmad.com

SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS SPÉCIALISTES DE L'APPAREIL DIGESTIF
79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS
Tél. 01.44.29.01.30 - Fax 01.40.54.00.66
email : Synmad@wanadoo.fr

Dr Thierry Helbert

L'ABC *du* P4P

Toutes les questions que vous vous posez sur la **ROSP** (rémunération sur objectifs de santé publique) des Hépatogastroentérologues.

Document réalisé avec le soutien de

APTALIS™

Préface

L'importance des contrats de rémunération sur objectifs de santé publique

Nous nous sommes engagés, personnellement, à travers la convention de 2011, à ce que les contrats de rémunération sur objectifs de santé publique ne soient pas réservés exclusivement aux médecins traitants. Bien sûr, pour la médecine libérale, le paiement à l'acte reste la clé de voûte de notre exercice mais il doit être, incontestablement, complété par des forfaits financiers notamment dans le dépistage ou la prise en charge de pathologies chroniques. C'est une évolution inéluctable que nous avons prévue et qui doit être accompagnée, dans les faits, surtout en ces périodes de restrictions budgétaires avec le blocage des tarifs depuis près de 20 ans.

Mais, au-delà de cet aspect financier, c'est la reconnaissance du rôle de l'hépato-gastroentérologue consultant en coordination avec celui du médecin traitant. Nous avons réussi, en 2006, à imposer l'acte de consultant C2 ; à travers ces contrats, dans certaines pathologies, comme à titre d'exemple, la prise en charge du cancer colorectal, nous concrétisons, d'une manière formelle et administrée, le rôle que notre spécialité joue au quotidien en cancérologie digestive. De par nos connaissances, de par notre nombre et notre répartition sur le territoire national, nous sommes les mieux placés pour assurer, au quotidien, l'application des référentiels aux patients concernés en coordonnant les soins, en rappelant les étapes du suivi, non seulement à nos confrères médecins traitants mais, également, à l'ensemble des acteurs concernés. A côté des oncologues exclusifs et des centres anticancéreux, à travers ce contrat, nous imposons le rôle de l'hépato-gastroentérologue dans la cancérologie ce qui nous a été, pendant de nombreuses années, refusé.

Ces deux éléments organisationnels et financiers doivent inciter l'ensemble des hépato-gastroentérologues libéraux à s'inscrire dans cette nouvelle possibilité de contrat et, une fois de plus, montrer le caractère innovant de l'hépato-gastroentérologie libérale, comme nous l'avions fait, en son temps, en créant le CREGG même si ceci, à l'époque, avait dérangé la vision restrictive qu'avaient un certain nombre de mandarins de l'hépato-gastroentérologie libérale.

Docteur Jean-Francois REY

SOMMAIRE

Philosophie générale de la RSOP 6

Méthodologie nécessaire à la mise en place des indicateurs 8

- Les indicateurs du volet «organisation du cabinet» 8
- Les indicateurs spécifiques des Hépato-gastroentérologues 10
- Analyse et méthodologie des différents indicateurs 11

La rémunération en pratique 14

Les référentiels professionnels 21

Philosophie générale de la ROSP

Contractualisée lors de la convention de juillet 2011, la rémunération sur objectifs de santé publique malencontreusement appelée paiement à la performance (P4P : traduction du «pay for performance» anglo-saxon) est à l'évidence un nouveau mode de rémunération des praticiens certes, dérivé du CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles), mais néanmoins différent. L'intitulé délétère du P4P a déclenché force polémique et résistance car beaucoup y ont vu une rémunération forfaitaire à l'opposé du paiement à l'acte et surtout une forme de maîtrise comptable n'ayant que pour seul but, celui de réduire notre dépense de santé publique et donc nos honoraires. Il était hors de question que nous abandonnions le principe intangible du paiement à l'acte, comme il était inacceptable que la notion de performance au sens sportif ou économique du terme soit appliquée à ce nouveau mode de rémunération. Dans d'autres pays, connaissant les mêmes soucis de financement de la santé, les différents programmes de P4P avaient montré le peu d'impact sur l'amélioration de la performance et, l'absence de réelle économie pour les organismes payeurs.
Au début de l'histoire, certains de nos experts pourtant bien informés, avaient imaginé que nous aurions pu être rémunérés sur notre taux d'intubation cæcale, sur notre temps de retrait lors d'une coloscopie ou d'un nombre raisonnable d'association gastroscopie et coloscopie.

La légitimité d'une démarche de rémunération sur objectifs de santé publique a été renforcée par la prise de conscience de tous les acteurs de la santé, de la nécessité de réflexion autour de la pertinence des soins et des actes. Dans tous secteurs, le constat a déjà été fait, d'importantes disparités de pratique médicale et de recours aux soins dans certains départements. D'un département à l'autre les écarts peuvent aller du simple au double ou au triple et ces pratiques sont également variables d'un professionnel à l'autre. Ainsi développer progressivement des référentiels qui proposent des conduites à tenir, les diffuser activement auprès des professionnels, articuler le remboursement de soins à ces pratiques recommandées sont des leviers majeurs d'harmonisation des recours aux soins, dans le sens d'une garantie de qualité et d'optimisation de l'emploi des ressources.

Un rapport de l'IGAS datant de juin 2008 avait définit les grandes lignes de ce qui était dénommé à l'époque le paiement à la performance. Ce mode de rémunération ne pouvait en aucun cas, concerner certains aspects de la pratique médicale comme l'habilité à poser le bon diagnostic, l'aptitude à agir dans l'urgence, prendre la bonne décision thérapeutique. De même, dans les situations complexes il était difficile de traduire en éléments de qualité des indicateurs mesurables.

Le paiement à la performance devait récompenser d'autres facettes de l'exercice clinique comme la gestion moyenne d'une population, le respect des standards et l'accompagnement des patients. Les dimensions privilégiées du paiement à la performance devraient être le développement des pratiques préventives et la prise en charge des maladies chroniques. Les médecins qui acceptent « une rémunération sur objectif de sante publique» doivent avoir la capacité de gérer activement leurs engagements et performances qui sont valorisées, en définissant, par le biais de leur représentant syndical avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie les différents indicateurs et, ce paiement devient naturellement lié à l'utilisation et à la valorisation de nouvelles technologies de l'information, qui permettent de gérer des registres patients, des dispositifs de rappel à la décision.

Les réalités économiques de notre pays, militent bien évidement pour une optimisation des moyens dans la prise en charge des patients, dans lequel le paiement à l'acte a montré ses limites. Le profil des médecins, leurs modes d'activité, leur hyper spécialisation font que l'émergence de nouveaux modes de rémunérations à côté du paiement à l'acte était inévitable. Dans ce climat socio économique toujours autant défavorable, où on nous demande parfois de privilégier le rendement à l'excellence, la mise en place de la ROSP ne doit pas être vécue comme un frein supplémentaire à notre entreprise libérale et à notre démarche de soignant, mais comme un moyen de l'optimiser. Elle doit nous aider à optimiser notre système de soin en faisant en sorte qu'elle améliore également notre démarche intellectuelle et notre reconnaissance financière. Bien évidement, dans une enveloppe financière fermée à double tours, il s'agira de faire mieux avec les mêmes moyens, sans priver de certains soins telle ou telle catégorie de population, démarche stigmatisée par le modèle anglais mais que l'on voit poindre aux portes de notre système national et pour lequel en parallèle, la signature de l'avenant n°8 tente de façon probablement maladroite et imparfaite d'y répondre. Comme l'a souligné Claude LEPEN, la recherche de l'efficience doit être bornée par une philosophie éthique et à cet égard, nous n'avons jamais perdu de vue qu'au-delà des objectifs qualificatifs, il y avait derrière la ROSP, différentes attentes des acteurs ; les Médecins y voient entre autres le moyen d'améliorer les revenus et l'Assurance Maladie en attend naturellement une meilleure utilisation des fonds publics voire quelques économies.

In fine, les critères de choix des indicateurs de la ROSP sont faits pour améliorer la qualité des soins et donc améliorer la prise en charge de nos patients. Cela a été, au cours de longs mois de négociations,tout l'enjeu de la construction de ce référentiel d'objectifs de santé publique qui couvre une toute petite partie de notre activité, mais qui est modulable, tant pour les indicateurs que pour les objectifs quantitatifs.

Méthodologie nécessaire à la mise en place des indicateurs

Pour définir les indicateurs de la ROSP, un certain nombre de critères a été défini. Le champ de l'évaluation doit être d'importance dans l'enjeu sanitaire et/ou économique national et doit s'appuyer sur des écarts affichés entre la situation constatée et celle souhaitable et/ou sur le taux de pratique observé au regard des recommandations.

Ainsi un indicateur de ROSP doit être simple et acceptable, valide et pertinent c'est-à-dire bien mesurer ce qu'il est censé mesurer ; pour être fiable, la mesure doit être précise et reproductible. Ces indicateurs doivent s'appuyer sur recommandations scientifiques, préférentiellement nationales, mais aussi internationales robustes ; ils doivent être mesurables de façon simple dans les bases de l'Assurance Maladie. L'imputabilité du résultat doit bien sûr pouvoir être rattaché à l'activité de l'Hépato-gastroentérologue et l'indicateur doit concerner la majorité des Hépato-gastroentérologues. Ces indicateurs doivent autant se faire que peut valoriser le rôle spécifique de consultant ou correspondant de l'Hepatogastroentérologue dans le parcours de soins. Les indicateurs de la ROSP HGE se répartissent en deux grandes catégories, l'une qui relève de l'organisation du cabinet et qui, s'applique à l'ensemble des médecins spécialistes ou généralistes, l'autre spécifiquement dédiée aux pratiques professionnelles des HGE.

Les indicateurs du volet «Organisation du cabinet»

Ils ont été définis et mis en place par la convention médicale du 26 Juillet 2011 pour l'ensemble des médecins et comporte pour nous Hépato-gastroentérologues 4 items.

1. Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle.

2. Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié.

3. Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices.

4. Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès des patients.

Conditions de déclenchement des indicateurs d'organisation du cabinet :

Pour bénéficier, fin mars 2013, de la rémunération de 1750 euros des indicateurs du volet organisation du cabinet pour l'année 2012, vous devez tout d'abord remplir deux conditions préalables :

1. Télétransmettre plus de 2/3 de l'ensemble de vos feuilles de soins, et utiliser un dispositif de télétransmission en version 1.40 addendum 2 bis au minimum.
2. Il est impératif ensuite que vous ayez déclaré sur le site Espace pro sur Ameli.fr vos équipements informatiques avant le 20 février 2013 en cliquant sur le bouton « Votre convention » dans la rubrique Pratique et que vous envoyiez une facture de votre achat ou abonnement à un logiciel médical et à un logiciel d'aide à la prescription. Différents critères doivent être valides :

- Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de la patientèle (ex : Axilog, Crossway, Hellodoc, Medistory...). Pour déclarez, vous devez choisir en cliquant sur le bouton à droite, dans la liste des logiciels reconnus par l'assurance maladie. Il vous faudra alors renseigner en plus la date d'achat. Attention, la date est importante car si vous avez acheté un logiciel en cours d'année la somme sera versée au prorata.
- Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifiée : votre logiciel informatisé doit être certifié HAS. Comme précédemment quand vous cliquez, la liste des logiciels certifiés par la HAS vous permet de choisir le votre. Attention, l'abonnement à une base de médicaments (Vidal Expert ou BCB) ne correspond pas à un logiciel d'aide à la prescription.
- Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des télé services : cet indicateur est calculé automatiquement par l'assurance maladie au travers des flux que vous transmettez et de votre connexion à l'un des trois télé services : déclaration médecin traitant, avis d'arrêt de travail et protocole de soins.
- Affichage dans le cabinet et sur le site www.ameli.fr des horaires de consultation ainsi que des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients : vous devez déclarez sur Espace pro si vos horaires de consultation sont affichés. En 2013, il sera nécessaire de renseigner vos horaires pour qu'ils soient affichés sur Ameli-direct.fr

Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres et ne tient pas compte de la taille de la patientèle.

Le nombre d'actes télétransmis correspond au dénombrement des actes télétransmis par le médecin à partir de sa première FSE réalisée au cours de l'année, quel que soit le régime.

Le nombre total d'actes réalisés correspond au dénombrement des actes, au format électronique ou papier, transmis par le médecin à partir de la date de sa première FSE, quel que soit le régime.

Nota : si la première FSE a été réalisée en décembre 2012, le décompte du taux de FSE ne pourra pas être effectué pour la rémunération versée en 2013. La condition de déclenchement des indicateurs d'organisation ne sera donc pas remplie.

Si vous n'avez pas l'Espace Pro sur votre poste, il vous faut faire une demande auprès de votre caisse pour faire venir un CIS (Conseiller Informatique Santé des CPAM) dans votre cabinet. L'espace pro est compatible Windows et Mac.

Pensez à garder les justificatifs d'achat ou d'abonnement pour la durée de la convention (5ans), en revanche il n'est pas nécessaire de les envoyer chaque année car ils sont enregistrés par la caisse pour la durée de la convention. Chaque année cette démarche est à renouveler si vous avez modifié votre équipement

Les indicateurs spécifiques des Hépato-gastroentérologues

Définition de la patientèle des Hépato-gastroentérologues :

Il a fallu dans un premier temps définir la patientèle correspondante des Hépato-gastroentérologues ; en effet, l'imputabilité du résultat d'un indicateur à un Hépato-gastroentérologue conduit à définir une patientèle sur laquelle le praticien a un rôle spécifique sur la prise en charge du patient. Pour les médecins Généralistes cela a été plus simple, puisque la patientèle est celle du médecin traitant déclaré par les patients.

La définition retenue pour les Hépato-gastroentérologues est celle des Cardiologues et correspond à l'ensemble des patients ayant eu au moins 2 actes cliniques ou techniques par le même Hépato-gastroentérologue sur une période de 2 ans.

Certains actes techniques ont étés exclus du champ, notamment ceux dont la fréquence était inférieure à 50 actes par an pour la spécialité et ceux peu fréquents et non spécifiques de notre activité (acte de réanimation ou certains actes d'imagerie ou thérapeutiques). La patientèle correspondante des Hépato-gastroentérologues à été définit ainsi à 1 100 patients. Cette patientèle correspondante représente en moyenne plus de 2 /3 de la patientèle totale des Hépato-gastroentérologues ; chaque Hépato-gastroentérologue en moyenne a 2,9 contacts par patient sur 2 ans et cette patientèle représente 80 % de l'activité en honoraires sans dépassement des médecins.

Définition de la valeur cible et de la valeur intermédiaire :

Pour chaque indicateur, nous avons procédé avec la CNAM à l'analyse préalable des courbes de distribution du pourcentage actuel de réalisation de l'indicateur par l'ensemble des HGE libéraux sur les données 2011.

Idéalement l'indicateur devrait être satisfait à 100% (pour tous les patients) par tous les Hepatogastroentérologues. Objectivement, il est nécessaire de prendre en compte dans le choix de l'objectif cible, la réalité des pratiques. L'objectif cible est fixé à l'aide de la répartition des HGE et en accord avec le Synmad.

Ainsi, pour le suivi par imagerie du CCR, l'objectif cible choisi à 75 % est déjà atteint par plus de 30 % des HGE sur les données de 2011. L'objectif intermédiaire choisi à 50 % pour cet indicateur est déjà atteint par 80% des HGE sur les données de 2011.

L'objectif intermédiaire correspond en général au taux de réalisation actuel de plus de la moitie des HGE, et fixe ainsi le seuil qui déclenche au minimum 50% de la rémunération ; l'objectif cible définit le 100 % de la valorisation et correspond à une progression significative, qui n'atteint pas forcement le 100% de réalisation, surtout si la valeur intermédiaire est basse.

Définition du seuil minimal requis :

Pour chaque indicateur, il est nécessaire que l'Hépatogastroentérologue soit effectivement en charge de patients dans la pathologie ciblée ; afin de n'exclure que peu de praticiens ce taux minimal est volontairement bas, qui d'entre nous réalise moins de 20 coloscopies par an ou surveille moins de 5 cancers colorectaux opérés de façon curative ?

Mais l'analyse de la pratique s'effectue sur l'ensemble de l'activité, par exemple sur le nombre total de coloscopies annuelles.

Analyse et méthodologie des différents indicateurs

1. Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse d'un ou plusieurs polypes colorectaux. L'indicateur est la suite logique de l'AcBus qu'avait signé le SYNMAD en Mars 2006 et qui avait permis d'améliorer de façon assez nette le respect du référentiel de la HAS de 2004, puisque le taux de coloscopie de contrôle suite à une polypectomie dans les 2 ans est passé de 4,9 % à 2,5 % en 3 ans. Cet AcBus avait également mis en exergue les justifications de non pertinence et avait permis de mettre en place des mesures d'amélioration. Cet indicateur se base donc sur la recommandation HAS 2004, endoscopie digestive basse, indication en dehors du dépistage en population. La méthode de calcul a toutefois été modifiée car l'indicateur n'est pas calculé pour l'ensemble des HGE mais calculé pour chaque HGE. L'indicateur est calculé ainsi : parmi les patients ayant une coloscopie en 2011, on recherche ceux ayant eu une coloscopie avec polypectomie, quel que soit l'HGE l'ayant réalisée, en 2009 et 2010. Sont prises en compte en 2009 et 2010, les coloscopies totales avec polypectomie et mucosectomie et, en 2012 les coloscopies partielles ou totales avec ou sans geste thérapeutique. Pour être éligible le seuil minimal requis pour

la prise en compte de l'indicateur est de 20 patients. L'objectif cible est de 1,3 %, l'objectif intermédiaire de 2.1% correspond globalement à ce que nous faisons à ce jour. (réf 1)

2. Améliorer la surveillance par imagerie du cancer colorectal opéré. L'objectif d'un suivi d'un cancer colorectal opéré à visée curatif est de détecter les récidives locales et métastatiques. Ces récidives à 5 ans sont très fréquentes (30 % et 55 % des stades 2 et 3) mais 80% d'entres elles ont lieu dans les 3 premières années. Selon les recommandations des Sociétés Savantes et de la HAS, le suivi par imagerie du cancer colorectal comprend au minimum la réalisation d'une échographie ou d'un scanner abdomino pelvien 2 fois par an et la réalisation d'un scanner thoracique 1 fois par an (Réf 2). L'indicateur retenu est donc le nombre de patients ayant eu au moins 1 fois tous les 6 mois un acte d'imagerie la première année post-chirurgicale du cancer colorectal, sur le nombre de patients ayant eu une chirurgie pour cancer colorectal. L'indicateur est calculé sur les patients opérés sur 2 ans. La valeur cible est de 80 %, l'objectif intermédiaire de 50 % et le seuil minimal requis est de 5 patients. (réf 2)

3. De la même façon, il convient d'améliorer la surveillance biologique par dosage de l'ACE du cancer colorectal opéré). Si certaines recommandations recommandent le suivi biologique de l'ACE du cancer colorectal comme optionnel (son impact sur la survie de son dosage répété n'a pas été démontré, sa normalité n'excluant pas récidive locorégionale ou métastatique) ,toutes s'accordent néanmoins à considérer que son ascension doit conduire à des explorations complémentaires malgré son manque de spécificité ; il a été recommandé l'usage du dosage de l'ACE trimestriellement. L'indicateur défini est le nombre de patients ayant eu au moins 1 fois tous les 3 mois un dosage ACE la première année post-chirurgicale pour cancer colorectal. L'indicateur est calculé sur les patients opérés sur 2 ans. La valeur cible a été définie à 50 % et l'objectif intermédiaire à 25 %. Ces chiffres extrêmement bas sont liés au fait qu'actuellement ce dosage n'est pas réalisé en routine et que la marge de progression est extrêmement importante. (réf 3).

4. Contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) de l'éradication d'*Hélicobacter pylori* (*Hp*). Le consensus de Maastricht sur la prise en charge de l'infection *Hélicobacter pylori* précise, que le protocole recommandé actuellement est la trithérapie séquentielle ou très prochainement la quadrithérapie. En dehors de circonstances particulières (ulcère gastrique, ulcère hémorragique, malt …) le contrôle nécessaire de l'éradication nécessaire d'*Hp* doit se faire par un TRU dans les 2 à 3 semaines suivant l'arrêt des IPP, les tests sérologiques n'ayant par leur place dans ce contrôle. L'indicateur est défini par le nombre de patients avec contrôle d'*Hp* après TRU / nombre de patients traités pour éradication d'*Hp*. La méthode employée a sélectionné les patients à partir des traitements antibiotiques adaptés, quel que soit le prescripteur, et recherché dans les 3 mois précédents la réalisation d'une fibroscopie chez ces patients et dans les 4 mois suivants la délivrance d'une TRU quel que soit le prescripteur du test. Le patient est comp-

tabilisé pour l'HGE qui a réalisé l'endoscopie digestive. Le seuil de patients est de 5, l'objectif intermédiaire de 25 % et l'objectif cible de 50 % car là encore il y a très peu de patients bénéficiant de ce contrôle par test respiratoire. Cela renforce la notion du rôle du spécialiste dans le parcours de soins, notamment dans la prise en charge de pathologie spécifique à la spécialité. (ref 4).

5. Améliorer le suivi biologique des patients atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) traités par 5 – ASA et/ou azathioprine. Les référentiels actuels recommandent que pour les 5- ASA il faut doser tous les 6 mois la formule numération sanguine, les enzymes hépatiques, la fonction rénale et la recherche d'une protéinurie. L'analyse de l'ensemble des pratiques montre une mauvaise appropriation de la recherche de la protéinurie et de la même façon même si cela est plus suivi, la prescription d'une formule numération sanguine tous les 3 à 4 mois pour le suivi de l'azathioprine n'est pas faite. Le seuil minimal de patients pour le suivi d'une MICI traitée par 5-ASA est de 10 avec un objectif cible à 40 % et un objectif intermédiaire à 10 %. Pour le suivi biologique des patients traités par azathioprine le seuil minimal requis est de 5 pour un objectif cible à 90 % et un intermédiaire à 75 %. Tous ces indicateurs sont donc basés sur le remboursement des actes par la Caisse d'Assurance Maladie et sont donc mesurables. Il est évident que nos logiciels métiers devront intégrer ces données afin de disposer de résultats fiables en cas de litiges. Nous avons par ailleurs défini 2 indicateurs déclaratifs, l'un dans le cadre de la prévention, l'autre dans le cadre de l'efficience. (ref 5)

6. Améliorer la qualité de la coloscopie totale réalisée après test de recherche de sang occulte dans les selles positif. De très nombreuses études ont montré que lors d'une coloscopie totale, le taux d'adénomes retirés est un des critères qui agrège la qualité de la préparation, le temps de retrait et l'indication de la coloscopie. Nous avons volontairement restreint l'échantillon aux patients présentant un test positif de recherche de sang dans les selles. Le seuil minimal requis pour ces indicateurs est de 10 patients (1 coloscopie pour Hémocult positif par mois). L'objectif cible est de 20 % (taux d'adénomes retires), l'objectif intermédiaire est de 15 % ; les dernières enquêtes de la SFED démontrent que cet objectif est raisonnable et adapte à la vraie vie. (ref 6).

7. Afin de repréciser le rôle du médecin Hépato-gastroentérologue dans le parcours de soins nous avons obtenu la reconnaissance de la transmission par l'Hépato-gastroentérologue au médecin traitant des résultats et du contrôle de coloscopie après polypectomie. Le seuil minimal requis pour cet indicateur est de 20 patients, l'objectif cible est de 90 % (il paraît licite que nos médecins correspondants soient tous prévenus de la nature du polype réséqué et du contrôle à prévoir), l'objectif intermédiaire étant de 80 %. (Ref 1)

Chaque indicateur ainsi défini, par son libellé, son objectif cible et son objectif intermédiaire (tableau 1) donne droit à un certain nombre de points (tableau 2).

Tableau récapitulatif des indicateurs [1]

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
Le suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Nombre de patients ayant eu, au moins 1 fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie les 2 premières années post chirurgicales pour CCR / Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR	50 %	80 %	5 patients
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Nombre de patients ayant eu, au moins 1 fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE les 2 premières années post chirurgicales pour cancer colorectal / Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour cancer colorectal	25 %	50 %	5 patients
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Nombre de patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours*, ayant bénéficié d'au moins 1 dosage par an de la protéinurie / Nombre de patients atteints de MICI sous traitement par 5-ASA au long cours	10 %	40 %	10 patients
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par Azathiro-prine	Nombre de patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes / Nombre de patients atteints de MICI sous traitement par Azathioprine au long cours	75 %	90 %	5 patients

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
La prévention	Améliorer la surveil-lance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosec-tomie de un ou plu-sieurs polypes par coloscopie totale.	Nombre de patients ayant eu une coloscopie totales avec polypectomie ou Ma-cintosh réalisées en année N / N-1 / N-2 / nombre de patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N.	2,1 %	1,3 %	20 patients
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'*Hélicobacter Pylori* (*Hp*)	Nombre de patients avec contrôle d'éradication d'*Hp* par TRU / Nombre de patients traités pour éradication d'*Hp*	25 %	50 %	5 patients
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de re-cherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	Nombre de patients avec détection d'un adénome au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles / Nombre de patients ayant une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	15 %	20 %	10 patients
L'efficience	Transmission par le GE au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle colos-copique après polypectomie par coloscopie	Nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie avec transmis-sion au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle par coloscopie / Nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie	80 %	90 %	20 patients

Les indicateurs ayant été ainsi déterminés au nombre de 8, il a fallu affecter à chaque indicateur un nombre de points, ce nombre de point a été réparti de façon à harmoniser ce qui relève de la pathologie chronique, de la prévention et de la santé publique et de l'efficience. Le nombre de points a été pour les Hépato-gastroentérologues convenu à 300 répartis comme suit (Tableau 2).

Thème	Objectifs	Nombre de points
Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par Azathiroprine	30
Indicateurs de prévention et de santé publique	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale.	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Hélicobacter Pylori (*Hp*)	35
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	35
Indicateurs d'efficience	Transmission par le GE au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	30

La valeur du point est de 7 € et la base de patientèle retenue est de 1 100 patients, ce qui avantage quelque peu les Hépato-gastroentérologues dont la patientèle moyenne se situe autour de 1 300 patients.

Nous vous rappelons les 4 indicateurs d'organisation du cabinet pour les Hépato-gastroentérologues.

Thèmes	Nombre de points
Tenue d'un dossier médical informatisé	75
Information des patients sur les plages horaires de consultation	50
Utilisation sur de logiciel d'aide à la prescription certifié par la HAS	50
Équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser les télé-services	75
TOTAL	250

Comment ca marche ?

Le système propose une rémunération par point et par objectif. Les contenus des indicateurs ont étés négociés nationalement par le SYNMAD pour l'ensemble des Hépato-gastroentérologues et ont été validés au niveau conventionnel (l'avenant n°10) entre les syndicats représentatifs et les caisses.

L'adhésion au ROSP est effective pour tous les praticiens dès la parution au Journal Officiel de l'avenant ; elle est définitive et irrévocable pour la durée de la convention (5 ans soit juillet 2016) ; si vous ne souhaitez pas y adhérer vous devez impérativement le signifier à la Caisse d'Assurance Maladie de votre département par lettre recommandée dans le mois suivant le JO ; après ce délai il n'est plus possible de refuser cette rémunération ; les nouveaux installés auront un mois à dater de leur installation. Le renoncement est global et concerne les indicateurs spécifiques et organisationnels. Il est par contre possible d'y adhérer ultérieurement à tout moment en cas de changement d'avis. Ces indicateurs sont collectifs, c'est-à-dire les mêmes pour tous les Hépato-gastroentérologues, les médecins choisissent librement leur programme selon le ou les indicateurs vers lesquels ils souhaitent s'investir. Le système ne comporte bien évidement aucune sanction, la non atteinte des objectifs sur un ou plusieurs indicateurs ne bloque pas le paiement acquis sur les autres indicateurs choisis, chaque module d'indicateur est indépendant des autres. Chacun d'entre nous pourra trouver et retenir les items qui l'intéresse plus particulièrement en fonction de sa pratique, de sa patientèle, de son projet médical ou organisationnel, toutefois ces premiers indicateurs devraient convenir à l'ensemble de nos confrères. **Ainsi la rémunération correspond au nombre de points réalisés sur le ou les**

indicateurs retenus et sera payée au début de l'année N+1 donc, probablement fin mars 2014. La base de la rémunération nous le rappelons est basée sur la patientèle de 1 100 patients.

Pour chaque indicateur la formule de calcul de la rémunération est la suivante :

Nombre de points calculé par HGE X valeur du point (7€) X (patientèle de l'HGE/1100)

- Le nombre de points calculé par HGE = nombre de points maximum de l'indicateur X taux de réalisation du médecin pour l'année étudiée
- Le nombre de points calculé est pondéré selon le volume de sa patientèle correspondante

La rémunération n'est pas seulement liée à l'atteinte totale ou partielle des objectifs, la progressivité est également prise en compte. Ainsi si le médecin parvient à améliorer ses résultats, même s'il n'a pas atteint ses objectifs, il recevra une rémunération. Dans ce cas le médecin recevra une partie de la rémunération totale prévue calculée sur la base de sa progression constatée par rapport à un objectif intermédiaire déterminé conventionnellement et que nous avons précisé.
Pour prendre en compte la progression et l'atteinte des objectifs, le taux de réalisation annuel est calculé pour chaque indicateur. Il ne faut pas confondre ce taux avec l'objectif cible de chaque indicateur, commun à l'ensemble des médecins, l'objectif intermédiaire (toujours commun à l'ensemble des médecins) et le niveau initial calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin et le niveau constaté à 1 an, calculé pour chaque indicateur pour le même médecin.

Calcul du taux de réalisation annuel pour chaque indicateur si le niveau constaté est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire.
Le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé sans pouvoir excéder 50 %.
Le taux de réalisation dépend du niveau initial
Le médecin rémunéré à la progression selon la formule

$$\text{Le taux de réalisation} = 50\ \% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

EXEMPLE :
Pour l'indicateur relatif à la surveillance par coloscopie des patients après exérèse d'un ou plusieurs polypes colorectaux : si l'HGE a un taux initial pour l'indicateur, calculé en 2011, à 2,9% ; et qu'il atteint un taux en 2012 de 2,5%
Il n'a donc pas atteint l'objectif intermédiaire fixé à 2,1% (cet indicateur est décroissant).
Son taux de réalisation pour l'indicateur est :

$$50\% \times (2{,}5-2{,}9) / (2{,}1-2{,}9) = 25\%$$

Il a une patientèle de 1350 patients, le nombre de points associés à cet indicateur est de 80 points à 7 euros le point : la rémunération calculée pour cet indicateur serait de :

25 % X 80 X 7 X (1350/1100) = 171,81 euros

Calcul du taux de réalisation annuel pour chaque indicateur si le niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire.

Le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire majoré de 50 %.

Le taux de réalisation ne dépend plus du niveau initial.

Le médecin est rémunéré au niveau constaté selon la formule :

Le taux de réalisation = 50 % + 50 % X $\frac{\text{niveau constaté – objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible – objectif intermédiaire}}$

EXEMPLE :

Pour l'indicateur relatif à la surveillance par coloscopie des patients après exérèse d'un ou plusieurs polypes colorectaux : si l'HGE a un taux initial pour l'indicateur, calculé en 2011, à 2,9% ; et qu'il atteint un taux en 2012 de 1,6%.

Il a atteint un niveau au-delà de l'objectif intermédiaire fixé à 2,1% mais n'a pas atteint l'objectif cible fixé à 1,3% (cet indicateur est décroissant).

Son taux de réalisation est pour l'indicateur :

50 %+ 50 % X (1,6-2,1) / (1.3-2,1) = 81.25 %

Il a une patientèle de 1350 patients, le nombre de points associés à cet indicateur est de 80 points à 7 euros le point : la rémunération calculée pour cet indicateur serait de :

81.25 % X 80 X 7 X (1350/1100) = 558,37 euros

Vos résultats individuels calculés sur les différents indicateurs vous seront remis par un délégué de l'Assurance maladie. Ils seront disponibles à terme sur l'espace Ameli Pro ; en cas de litige vous pourrez contester auprès de la Caisse, et obtenir un rendez-vous avec le service médical, et /ou saisir la Commission Paritaire Locale ou siègent vos représentants syndicaux.

Pour un praticien satisfaisant les critères organisationnels, réalisant tous les indicateurs à leur valeur cible et ayant 1100 patients identifiés, la rémunération maximale sera donc de 300 points multiplié par 7€, c'est-à-dire 2100 euros (si le praticien a une patientèle évaluée à 1650 il touchera 50% de plus soit 3150 €).

Se rajoute la rémunération organisationnelle de 250 x 7€ soit 1750 €.

CONCLUSION

La ROSP des Gastro-entérologues est désormais au service de la profession ; son succès validera le bien fondé de cette démarche innovante basée sur un nouveau mode de rémunération en sus du paiement à l'acte.

Nous espérons que ce fascicule vous aura permis d'appréhender au mieux sa méthodologie et ses objectifs.

Il s'agit bien de valoriser une prise en charge de nos patients conforme à la bonne pratique et non incitative à la performance ou a une maitrise comptable ; il nous semble que les indicateurs choisis sont simples, adaptés à l'exercice libéral quotidien et concernant la majorité d'entre nous.

Certes le gain financier est modeste pour l'instant mais la ROSP n'est pas figée et à l'avenir nous pourrons revoir les indicateurs et les valeurs cibles ; un comité de suivi avec la CNAM est prévu.

Vous allez recevoir les délégués de l'assurance Maladie, parcourez ce livret avant de les rencontrer:

Vous restez libre d'y adhérer ou non mais si vous vous engagez, faîtes-le sans retenue ou crainte ; n'oubliez jamais qu'au delà de cette rémunération c'est dans une démarche de qualité et d'une amélioration des pratiques et des soins que vous vous engagerez, et si il y a des similitudes entre les indicateurs du P4P et du DPC, ce n'est pas le fruit du hasard ; nous serons avec les cardiologues scrutés et jaugés à l'aune de nos résultats car ce projet innovant doit s'étendre à l'ensemble de nos confrères spécialistes.

L'Hepatogastroentérologie est depuis toujours reconnue par les autres spécialités comme innovante et performante, continuez en adhérant à la ROSP à maintenir cette excellence !

Les Référentiels Professionnels

Référentiel 1 - Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale et Transmission par le GE au médecin traitant (MT) des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie.

1. HAS : Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population. **www.has.gouv 1/4/2004.**
   En présence de 1 ou 2 adénomes tubuleux en dysplasie de bas grade < 1 cm, et en l'absence d'antécédent familial au premier degré de néoplasie colique, un contrôle par coloscopie à 5 ans est recommandé par le référentiel de la HAS de 2004.

2. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, Giardiello FM, Johnson DA, Levin TR; United States Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer.Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. **Gastroenterology. 2012;143:844-57.**

3. JM Canard, D Heresbach, C Boustière et la SFED. La coloscopie en France en 2008: résultats de l'enquête de deux jours d'endoscopie en France. **Acta Endoscopica mars 2010, 40, 2**
   Le taux de coloscopie refaite dans les 2 ans était de 5% dans les enquêtes professionnelles de la SFED dont la moitié potentiellement évitable , les autres 50% étant secondaires à des défauts de préparation colique, problème technique ou anesthésique ou pour vérifier le caractère complet de l'exérèse endoscopique de lésion péjorative (carcinome in situ ou intra-muqueux) ne relevant pas de l'auto-prescription par le gastro-entérologue. Ce pourcentage de 2,5% de coloscopie refaite dans les 2 ans est depuis confirmé par les enquêtes de la SFED et de la CNAM.

4. D. Heresbach, B. Vedrenne, R. Laugier, JC. Saurin, P. Burtin, E. Bories, M. Guillet, T. Ponchon, B. Richard-Molard. Consensus en endoscopie digestive : Conduite à tenir après polypectomie ou mucosectomie rectocolique selon le résultat de l'analyse d'anatomie pathologique Consensus in gastrointestinal endoscopy: how histological appearances should influence management after rectocolic polypectomy or mucosal resection. **Acta Endoscopica 2011, 41, 185- 9.**

Les carcinomes intra-muqueux relèvent d'un traitement endoscopique. La prise en charge après exérèse d'un carcinome sous-muqueux doit être validée en réunion de concertation pluridisciplinaire. Un traitement chirurgical complémentaire est indiqué sauf :

- si l'exérèse est monobloc, avec un envahissement sous-muqueux inférieur à 1 000 µm et les quatre critères de sécurité présents ou ;
- en cas de risque opératoire (âge, comorbidité) majeur diminuant le bénéfice comparé au risque ganglionnaire synchrone ou métachrone (avis d'experts).

Cette information et l'appréciation de la balance risque/ bénéfice doivent être portées à la connaissance du patient.

Référentiel 2 - Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal et améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal.

Le Thésaurus est un travail collaboratif sous égide de la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD), de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC), du Groupe Coopérateur multidisciplinaire en Oncologie (GERCOR), de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD), de la Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO) et de la Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE).

Surveillance après traitement curatif du cancer colorectal

Chez les patients capables de supporter une ré intervention ou une chimiothérapie :

- Examen clinique tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans.
- Échographie abdominale ou scanner abdomino-pelvien tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans.
- Radiographie pulmonaire ou scanner thoracique annuel pendant 5 ans.
- Coloscopie selon les recommandations de pratique clinique (RPC) : en cas d'antécédent personnel de cancer colorectal :
  - si incomplète ou de mauvaise qualité avant l'intervention à faire dans les 6 mois post- opératoire (accord professionnel), puis à 2-3 ans, puis à 5 ans, si elle est normale,
  - si complète et de bonne qualité en pré-opératoire, elle sera refaite à 2-3 ans puis à 5 ans si elle est normale (niveau de la recommandation : grade B) ,
  - après 3 coloscopies normales, le rythme de surveillance peut être espacé. Lorsque l'espérance de vie estimée est inférieure à 10 ans, la surveillance peut être interrompue (accord professionnel), en cas de découverte d'adénome : se reporter aux RPC.

- L'ACE, d'intérêt non complètement démontré, peut être dosé tous les 3 mois les 3 premières années avec bilan en cas d'élévation (accord d'experts).
- TEP scan : la TEP-FDG est indiquée pour la localisation des récidives en cas d'élévation confirmée de l'ACE chez un patient déjà opéré d'un cancer colorectal sans cible visible sur les examens standards (SOR).

Référentiel 3 - Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication ac*étobacter Pylori* (*Hp*).

Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report he European Helicobacter Study Group (EHSG). **Gut. 2012;61:646-64.**

L'éradication d'*H pylori* est bénéfique avant la mise en place d'un traitement par AINS et elle est requise chez les patients avec antécédent de maladie ulcéreuse.

▶ Niveau de preuve 1b. Recommandation grade A

Le principal test non invasif qui peut être utilisé dans la stratégie du test et traitement est soit le test respiratoire à l'urée soit la recherche d'antigène dans les selles.

▶ Niveau de preuve 2a. Recommandation grade B

Chez les patients traités par IPP :

1) les IPP doivent être si possible arrêtés pendant 2 semaines avant une recherche par culture, analyse histologique, test rapide à l'urée, test respiratoire à l'urée ou recherche dans les selles

▶ Niveau de preuve 1b. Recommandation grade A

2) en cas d'impossibilité d'arrêt un test sérologique à la recherche d'IgG

▶ Niveau de preuve 2b. Recommandation grade B

Le test respiratoire à l'urée ou un test dans les selles par anticorps validés sont les tests non invasifs recommandés pour déterminer l'éradication d'HP après traitement

▶ Niveau de preuve a. Recommandation grade A

Référentiel 4 - Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA et améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par Azathiroprine.

Marc LEMANN, Laurent BEAUGERIE , Yoram BOUHNIK, Bernard FLOURIÉ, Jean-Marie REIMUND , Philippe SEKSIK, Philippe MARTEAU. Fiches d'utilisation pratique des principaux médicaments utilisés dans la rectocolite ulcéro-hémorragique. **Gastroenterol Clin Biol 2004;28:1039-1048.**

5-ASA

De rares cas d'insuffisance rénale ont été rapportés (risque inférieur à 1/500); aussi une surveillance de la fonction rénale par dosage de la créatinine sanguine et de la protéinurie est recommandée.

Azathioprine

Ces médicaments entraînent souvent une baisse des globules blancs, plus rarement des plaquettes et des globules rouges.
Cet effet peut se manifester dès les premiers jours : certaines personnes (moins de 1%) sont en effet très sensibles au médicament et il est fondamental de s'en apercevoir vite. C'est pour cette raison qu'une surveillance de la Numération Formule Sanguine (NFS) toutes les semaines est indispensable pendant le premier mois. Par la suite, et en dehors de ces personnes très sensibles, on observe généralement une baisse lente des globules blancs, en particulier des lymphocytes, qui se stabilise en général après plusieurs mois. On recommande donc de continuer à surveiller la NFS tous les mois jusqu'à ce que la posologie qui convienne ait été trouvée et que des taux stables de globules blancs aient été obtenus (en général entre 3 et 6 mois).

Référentiel 5 - Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)

Jover R, Herráiz M, Alarcón O, Brullet E, Bujanda L, Bustamante M, Campo R, Carreño R, Castells A, Cubiella J, García-Iglesias P, Hervás AJ, Menchén P, Ono A, Panadés A, Parra-Blanco A, Pellisé M, Ponce M, Quintero E, Reñé JM, Sánchez del Río A, Seoane A,

Serradesanferm A, Soriano Izquierdo A, Vázquez Sequeiros E; Spanish Society of Gastroenterology; Spanish Society of Gastrointestinal Endoscopy Working Group. Clinical practice guidelines: quality of colonoscopy in colorectal cancer screening. **Endoscopy. 2012;44:444-51.**

ASGE: Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). **Endoscopy 2012;44:957- 68.**

Le taux de détection des adénomes (TDA) qui est le % de patients de plus de 50 ans avec au moins un adénome doit être > 20% (recommandation A , niveau d e preuve B).
(Jover R, Endoscopy. 2012)

Le taux de détection des adénomes (TDA) varie dans la vraie vie de 13 à 31%.
(de Jonge et al Gastr. Intest. Endosc 2012)

Le TDA chez les HGE Senior vs en formation est de 30 vs 26% si toute taille (ns) et 25 vs 17 % si < 5 mm p<0.01. (Buchner et al Gastr. Intest. Endosc 2011)

La protection par la coloscopie est meilleure si le TDA est élevé, pour un taux de détection > 20 % qui est validé pour l'homme, la femme et ajusté à l'âge, pour toutes les indications de coloscopie et associé à une diminution du taux de CCR d'intervalle. (Kaminski et al NEJM 2010).

Remerciements

Aux Dr Stéphanie Schramm et Philippe Soubielle (CNAM) qui ont été des partenaires francs, professionnels et réactifs dans l'élaboration et la rédaction de la ROSP.

Aux Dr Franck Devulder, Denis Heresbach, Jean Paul Jacques, Eric Vaillant (Synmad) qui pendant 2 ans n'ont ménagé ni leur temps ni leur peine pour faire aboutir ce projet.

À ma femme Frédérique pour sa patience et sa compréhension.

Synmad

Document réalisé avec
le soutien de

APTALIS™

SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS SPÉCIALISTES DE L'APPAREIL DIGESTIF
79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS
Tél. 01.44.29.01.30 - Fax 01.40.54.00.66
email : Synmad@wanadoo.fr