

Directeur de la publication :

- Franck DEVULDER (Reims)

Rédacteurs en Chef :

- Frédéric CORDET (Bordeaux)
- Eric VAILLANT (Marcq en Baroeul)



**LE JOURNAL ELECTRONIQUE DU SYN MAD n° 123
AVRIL - MAI 2016**

1. Editorial
2. Actualités et informations
3. Rubrique Questions/Réponses
4. Annonces
5. Remerciements à l'industrie
6. A propos du Journal Electronique du SYN MAD

*Pour les hépato-gastroentérologues, il n'y a qu'une structure efficace : le SYN MAD.
Affirmez votre participation, votre combat et votre présence à nos côtés.
Merci de régler votre COTISATION 2016 d'un montant de 190.00€
si vous ne l'avez pas encore fait.
Nous ne vivons que de nos cotisations.*

Vous pouvez retrouver ces informations sur le site www.synmad.com

1 – Editorial

Evolution du BNC des gastros : + 5.1% ! Décryptage !

Après les chiffres de la DREES, les chiffres récemment publiés par la CARMF concernant l'évolution du BNC de tous les médecins entre 2013 et 2014 sont tombés comme un couperet pour les hépatogastroentérologues. Notre BNC a en effet globalement évolué de + 5.1% ! Cette évolution est de 4.95% pour les médecins installés en Secteur 1 dont le BNC moyen se situe à 101 687€ et de 5.13% pour ceux d'entre nous installés en Secteur 2 dont le BNC moyen se situe à 117 253€. Certes, ces chiffres sont très éloignés de l'augmentation importante des anatomopathologistes à 10.42% ou encore des cancérologues à 18.15% et même à 29.31% pour ceux exerçant la cancérologie en Secteur 2. Nous pouvons également constater que notre BNC se situe dans la moyenne de ceux des médecins spécialistes estimés tout secteur confondu à 104 065€ alors que le BNC moyen des médecins généralistes se situe à 74 460€. Nous sommes ainsi bien loin de l'anesthésie-réanimation à plus de 164 000€, de la chirurgie à plus de 133 000€ ou encore de la cancérologie à plus de 216 000€. Cependant, force est de constater que ces beaux chiffres, saluant la qualité du travail syndical mené par le SYNMAAD depuis des années, tombent relativement mal en pleine négociation conventionnelle. Ces chiffres appellent donc à un certain nombre de commentaires :

- Cette augmentation de notre BNC tient avant tout à une augmentation de notre charge de travail. En effet, les enquêtes (« Une semaine d'endoscopies en France ») et les chiffres de la CNAMTS montrent une parfaite stabilité du nombre d'explorations endoscopiques digestives pratiquées par les hépatogastroentérologues. Nous connaissons depuis quelques années un recul régulier de notre démographie médicale. Chacun d'entre nous travaille donc un peu plus et cela explique en partie ces bons résultats.

- La ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) fait partie du paysage des hépatogastroentérologues libéraux. Nous partageons cet avantage avec les médecins généralistes et les cardiologues et nombre des autres spécialités lorgne avec envie sur cette opportunité sur laquelle nous avons travaillé au SYNMAAD sous la présidence de mon prédécesseur le Docteur Thierry HELBERT. La ROSP nous a permis d'améliorer nos pratiques professionnelles, amélioration constatée année après année depuis 3 ans et pour laquelle une rémunération nous est offerte. Nous ne pouvons que nous en satisfaire et souhaitons maintenir autant que faire se peut cette ROSP dans le cadre de la future convention médicale.

- Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Décrié par les uns, salué par les autres, le CAS est aussi entré dans notre pratique quotidienne. Nombre d'entre nous l'ont signé. Il n'a eu que peu d'impact sur ceux d'entre nous installés en Secteur 2, les hépatogastroentérologues ayant des compléments d'honoraires raisonnés. Il a permis à ceux d'entre nous installés en Secteur 1 mais ayant les titres nécessaires de bénéficier de ces compléments d'honoraires. Certes tout n'y est pas parfait. Le désengagement des organismes complémentaires de santé et des mutuelles est certainement l'aspect le plus gênant du Contrat d'Accès aux Soins dans sa forme actuelle. Le SYNMAAD accompagne la proposition de l'U.ME.SPE/CSMF d'obtenir un espace de liberté tarifaire pour tous dans le cadre des négociations conventionnelles actuelles.

Il serait, au vu de cette analyse, tout à fait inacceptable que l'on puisse pointer du doigt les hépatogastroentérologues qui auraient vu ainsi leurs revenus modestement évoluer au cours de ces dernières années. Cette évolution tient essentiellement au respect des engagements contractualisés avec la CNAM, qu'il s'agisse du Contrat d'Accès aux Soins ou de la ROSP mais aussi et surtout d'une activité professionnelle plus intense, réalisée au détriment de notre vie personnelle, et afin d'assurer la prise en charge de nos patients. Nous saurons porter cette analyse au sein de l'U.ME.SPE/CSMF et de la CNAMTS au moment de cette phase difficile de négociation.

Docteur Franck DEVULDER

2 – Actualités et informations



CDU-HGE



Santé - Sous-section 52-01

Les Hépatogastroentérologues disent non au projet de réforme des DES !

A l'instar des chirurgiens et des enseignants de chirurgie, les hépatogastroentérologues et les enseignants d'hépatogastroentérologie dénoncent les menaces qui pèsent sur la formation mais également sur la qualité des soins et la prise en charge des patients. La réforme en train de se mettre en place n'écoute ni les enseignants ni les internes qui ne cessent d'alerter sur cette proposition de formation au rabais de la profession.

Non, nous ne voulons pas d'une formation au rabais pour les futurs hépatogastroentérologues !

Aujourd'hui 4 années complètes de formation sont largement nécessaires, couplées à 2 ans de formation complémentaire au cours du clinat pour la très large majorité des Internes. La réforme prévoit un internat avec une phase socle de 1 an transversale entre les spécialités et une phase d'approfondissement de 2 ans au terme de laquelle l'interne soutient sa thèse. Soit 3 ans de formation réelle, avant d'entrer dans la phase de 1 an dite de consolidation. Durant cette phase l'interne peut remplacer, il est aussi assistant spécialiste ou équivalent. Pour l'hépatogastroentérologie, cela veut aussi dire que l'interne maîtrise l'aspect médico-technique de la spécialité, notamment l'endoscopie diagnostique et thérapeutique. En 3 ans, au lieu de 4, et sans certitude de réaliser un clinat ou un assistanat, il a donc acquis l'ensemble des connaissances pour être hépatogastroentérologue, il a fait le travail prospectif nécessaire à soutenir sa thèse et il a donc le niveau requis au niveau européen en termes de nombre d'endoscopie diagnostique et thérapeutique, d'échographies et d'explorations fonctionnelles. Mais quel est cet être rare aux multiples bras et multiples cerveaux ?

Nous demandons une phase d'approfondissement à 3 ans comme nos collègues chirurgiens car notre spécialité médico-technique ne peut s'apprendre et se digérer au fil du temps sur cette trop courte période de 2 ans. Le Blue Book européen a bien défini cette nécessité d'apprentissage et les normes à appliquer en Europe.

Non, nous ne voulons pas d'hépatogastroentérologues à qualité variable !

Tout gastroentérologue doit avoir une formation de qualité dans les différents domaines de notre spécialité et cela ne se limite pas à l'endoscopie. Nous voulons des hépatologues de qualité, des spécialistes des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin de qualité, des proctologues de qualité, des cancérologues digestifs de qualité. Comment assurer cela sans un DES à 5 ans pour permettre de subvenir aux besoins d'une population qui mérite une prise en charge de qualité ?

Et oui, nous les internes, voulons un DES à 5 ans !

Une réforme de l'internat doit se faire pour et avec les internes ! L'internat est une période riche, trop vite passée, qui impacte notre pratique pour les 40 années qui suivent.

L'association Française des Internes d'Hépatogastroentérologie (AFIHGE) soutient une réforme avec une phase d'approfondissement à 3 ans.

Comment se former si vite ? Il nous paraît inconcevable d'être de jeunes praticiens compétents en si peu de temps. La diversité de notre spécialité médicoteknique implique un temps d'apprentissage et d'expérience incompressible.

Comment assurer une médecine de qualité sans expérience ? Comment justifier cette inexpérience face aux patients si nous devons nous installer aussi vite ? Nous ne le pourrons pas.

Une formation complète, solide, en hépato-gastroentérologie ne peut s'envisager qu'en 5 ans, il en va de la santé des patients!

Docteur Franck DEVULDER

Président du CNP HGE

Professeur Christine SILVAIN

Présidente du CDU HGE

Mlle Sabrina SIDALI

Présidente de l'AFIHGE

3 – Rubrique Questions / Réponses

❖ Docteur C., 12 mai 2016 :

« Bonjour, je voudrais avoir quels logiciels médicaux sont préconisés les plus simples et les plus sûrs. »

Réponse du Docteur Franck DEVULDER, Président – Mercredi 25 mai 2016

Nous avons bien reçu la demande que vous nous avez adressée afin de savoir quels logiciels médicaux étaient préconisés, les plus simples possibles et les plus sûrs. Vous comprendrez qu'il est difficile de nous engager vis-à-vis de telle ou telle société commerciale. Je souhaite en revanche vous donner un certain nombre d'éléments d'informations qui pourront guider tes choix. Aujourd'hui, il n'y a pas réellement de contraintes réglementaires pour les éditeurs de logiciels tant qu'ils n'intègrent pas de module comme la CPS. Si tel est le cas, ils ont alors un cahier des charges à respecter. En pratique, les logiciels qui répondent à votre demande sont des logiciels « tout en un » qui ont : - Une connexion ou une identification par CPS - Une aide à la prescription - Une messagerie sécurisée puis plus tard un DMP compatible - Des téléservices intégrés (identification du médecin traitant, arrêt de travail...) En revanche, en ce qui concerne les médecins utilisateurs de ces logiciels, nous avons l'obligation d'avoir des sauvegardes régulières et une sauvegarde en cas de départ à la retraite lorsqu'aucun associé ne peut récupérer les données médicales. Après avoir interrogé des informaticiens ingénieurs en informatique spécialisée, ils conseillent de plutôt t'orienter vers un logiciel web qui est hébergeur de données de santé. Cela vous permettra de vous connecter en tout lieu depuis de chez vous, de votre clinique ou de votre cabinet médical par la fibre ou même une connexion 4G. J'espère ainsi avoir répondu aux questions que vous vous posez.

❖ Docteur S., 04 mai 2016 :

« Merci de défendre la profession, elle en a besoin. Cependant je ne peux pas être d'accord avec les actes prioritaires du SYNMA. Les actes de base doivent être défendus en priorité. C'est la démocratie. La nécrosectomie pancréatique, qui la pratique ? La rémunération sur les objectifs de santé doit évoluer (pourquoi le dosage du taux d'ACE ?) ou mieux être supprimée car elle ressemble trop aux plans quinquennaux de la meilleure époque soviétique. Il faut des accords de branche pour nos salariées ? Quel gastro ne prend que 5 semaines de vacances dans l'année ? Comme nous en prenons davantage, il faut annualiser le contrat de travail. Comme d'autre, j'exerce seul, je mesure aux mieux les difficultés éprouvées dans cette gestion de ma secrétaire. Si j'annualise le contrat de travail, ce n'est pas les Prud'hommes que je risque, ce sont les Assises me dit mon avocat spécialisé ! pour travail dissimulé. Alors aidez nous oui, mais dans des choses utiles ! et pas pour la nécrosectomie s'il vous plaît ! »

Réponse du Docteur Franck DEVULDER, Président –i 11 mai 2016

En réponse à votre courrier permettez-moi de vous apporter quelques éléments de réponse et de réflexion. En premier lieu, votre courrier commence par « Merci de défendre la profession, elle en a besoin ». Vous ne pouvez pas douter de notre parfaite détermination et de l'engagement de chaque instant de tous les membres du Conseil d'Administration du SYNMAAD pour défendre les intérêts et la pratique professionnelle de tous les hépato-gastroentérologues. Je me permets simplement d'attirer votre attention sur le fait que le SYNMAAD ne sera correctement entendu, tant au sein des syndicats transversaux qui pilotent les négociations conventionnelles en cours, qu'auprès de la CNAMTS, que si nous sommes nombreux. C'est ainsi que nous pesons dans la difficile action syndicale dans laquelle nous sommes tous investis au quotidien. Vous nous faites part de votre désaccord avec les axes prioritaires du SYNMAAD pointant du doigt l'exemple de la nécrosectomie pancréatique. Sachez que, comme vous le signalez, les actes de base des hépato-gastroentérologues que sont la gastroscopie et la coloscopie sont notre priorité principale. Ils représentent en effet pour chacun d'entre nous une activité professionnelle majeure au service de la population avec comme objectif une meilleure prise en charge de nos patients et une réduction de l'incidence des cancers digestifs. Vous n'êtes pas sans savoir que dans la version initiale de la CCAM, ces actes de base étaient « perdants ». Cela est issu de la hiérarchisation des actes en intraspécialité puis en intraspécialité, hiérarchisation effectuée à l'époque par nos sociétés scientifiques et où le SYNMAAD n'a pas eu à se prononcer. C'est sous l'action conjointe du SYNMAAD et de l'U.ME.SPE/CSMF et tout particulièrement sur l'action de mes prédécesseurs aux fonctions que j'occupe aujourd'hui à la tête du SYNMAAD, les Docteurs Jean-François REY et Thierry HELBERT, que ces actes de base ont pu être sauvegardés. C'est dans cet esprit que nous souhaitons poursuivre l'action du SYNMAAD afin de préserver au mieux vos intérêts et ceux de l'ensemble de nos confrères hépato-gastroentérologues. Il va de soi que nous cherchons ardemment à améliorer nos honoraires avec des actes techniques dont les tarifs sont bloqués depuis 2003. Vous n'êtes cependant pas sans savoir que les négociations conventionnelles actuellement en cours sont contraintes par un budget extrêmement limité et une lettre de cadrage de la Ministre de la Santé adressée au Directeur Général de la CNAMTS rendant les marges de manœuvre dans le cadre des négociations conventionnelles extrêmement faibles. Dans votre courrier, vous évoquez la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique qui doit à vos yeux évoluer, ou mieux, être supprimée. Les derniers chiffres publiés par la CARMF font état d'une augmentation significative du revenu moyen des hépato-gastroentérologues. Trois explications méritent d'être avancées pour expliquer ces bons chiffres apparents :

Une augmentation de notre charge de travail quotidienne. J'en veux pour preuve une parfaite stabilité des actes d'endoscopie digestive facturés à la CNAMTS au cours des dernière années avec une diminution tout à fait sensible du nombre des hépatogastroentérologues. - La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique, qui a permis à un très grand nombre d'entre nous de bénéficier d'une rémunération faisant état d'une amélioration de nos pratiques professionnelles. Je ne peux que partager votre souci d'améliorer la ROSP en prenant en compte de nouveaux indicateurs et en mettant à jour les indicateurs actuellement utilisés. Cependant, ne pensez-vous pas qu'il serait dangereux de jeter le bébé avec l'eau du bain et de vouloir supprimer la ROSP des hépato-gastroentérologues sur laquelle tant de spécialités lorgnent avec envie ? - Le Contrat d'Accès aux Soins. Celui-ci a aussi fait couler beaucoup d'encre. Il a permis de moduler les compléments d'honoraires d'un certain nombre d'entre nous installés en Secteur 2 et de permettre aux hépato-gastroentérologues « titrés » installés en Secteur 1 de bénéficier de ces compléments d'honoraires. Ce système est cependant loin d'être parfait et le désengagement des mutuelles et organismes complémentaires est certainement le point le plus critiquable de ce Contrat d'Accès aux Soins. Sachez que le SYNMAAD soutient la démarche de l'U.ME.SPE/CSMF de vouloir créer dans le cadre des négociations conventionnelles un espace de liberté tarifaire ouvert à tous. Enfin, la fin de votre lettre fait état des accords de branche pour nos salariés et l'impossibilité qui nous est faite d'annualiser le temps de travail de nos salariés pour être en phase avec notre activité professionnelle. Ce champ dépasse le champ d'action spécifique du SYNMAAD et doit être mené avec grande prudence pour que les désenchantements qu'on pu rencontrer par exemple les chirurgiens-dentistes ne se produisent pas chez les médecins. Je transfère cette réponse au Président de l'U.ME.SPE, le Docteur Patrick GASSER, qui est en charge, avec l'U.ME.SPE/CSMF de ces éventuels accords de branche. En espérant avoir pu répondre point par point à vos interrogations et vous avoir convaincu de l'honnêteté de notre démarche qui vise à défendre l'exercice professionnel de tous

les hépato-gastroentérologues, je vous prie de croire, Cher Confrère, l'assurance de mes salutations les meilleures et sincèrement dévouées.

❖ Docteur C. – 1^{er} mai 2016

C'est très bien de s'inquiéter du nombre d'HGE qui diminue...toutefois, il aurait été plus pertinent de montrer la quantité relative de HGE par millions d'habitants plutôt que le chiffre absolu qui semble globalement proportionnel à la taille de la population de tout le pays... Par ailleurs, de retour d'Allemagne où j'ai vu comment les infirmiers et infirmières d'endoscopie pratiquaient l'anesthésie sans aucune présence de médecins anesthésistes, même les KT qui ne sont absolument pas intubés, ne serait-il pas temps d'engager des discussions sérieuses avec la SFAR sur cette question ? Quand toute l'Europe sera passée à la méthode allemande, la France sera alors considérée une fois de plus comme ringarde (je ne supporte plus de voir les patients intubés pour une simple colo si le patient évoque vaguement de possibles symptômes de RGO). Le sujet de l'endoscopie pratiquée par les infirmières est régulièrement traité dans toutes les revues d'endoscopie mais n'apparaît jamais dans aucun congrès de gastro ou d'endoscopie français : le sujet est manifestement tabou ! Au CHU de X, de plus en plus de plages d'endoscopie sont supprimées par manque d'anesthésistes ! Le seul obstacle que je vois néanmoins en France est dû à la formation des gastros français : ils n'ont eu aucune formation en médecin interne et encore moins en réanimation dans leur cursus : encore une spécificité française !

Réponse du Docteur Philippe BULOIS, Président de la SFED – 05 juin 2016

Il n'est pas prévu que la SFED sollicite la SFAR au sujet de la sédation en endoscopie ni qu'elle s'engage dans une démarche de délégation des tâches. A cela, quelques motivations :

- les HGE français n'ont pas nécessairement de formation en réanimation, même de base, contrairement à nos collègues européens et américains
- pour avoir, comme vous, beaucoup voyagé dans des centres étrangers, j'ai pu constater que le niveau de sécurité et la durée des actes étaient extrêmement variables en fonction de la qualification et de l'expertise des HGE dans le domaine de la sédation
- dans le contexte économique actuel, il est peu probable que cette surcharge de travail (la gestion de la sédation/anesthésie et du réveil par l'HGE) soit prise en compte financièrement par nos tutelles
- il n'y a pas actuellement de pénurie démographique des HGE vis à vis de la demande en endoscopie (cf les enquêtes SFED), mais une demande issue d'autres professionnels de santé (IDE, chirurgiens...) visant peut-être à compléter leur agenda professionnel
- ayant passé 5 ans en CHU avant d'être praticien libéral, j'ai pu constater une importante divergence dans les pratiques de nos confrères anesthésistes. La "pénurie" d'anesthésiste concerne surtout les centres publics, sans qu'il soit toujours possible de faire la part entre un réel manque de poste d'anesthésistes et un défaut d'organisation.

❖ Docteur B. – 23 avril 2016

Je souhaiterais savoir s'il est exact qu'une check list pré endoscopie ou pré opératoire ne peut pas être modifiée dans un établissement. Autrement dit, existe-t-il un texte qui affirme cela ? J'aimerais soulever un point qui découle indirectement de cette question et qui concerne le rapport médecin / clinique. Il n'y a plus aucun statut du médecin en clinique. J'ai connu l'époque où nous pouvions être actionnaires de l'établissement avec ses avantages et inconvénients, mais où un médecin actionnaire avait de fait un statut et donc une certaine forme de respect. Actuellement (je travaille pour 2 groupes différents : Vivalto, Elsan), et je n'ai pas de réel grief contre un de ces groupes, décliné au niveau de l'établissement, j'ai l'impression de n'être plus rien. Nous ne sommes ni cadres de la clinique, ni même clients de la clinique (ce que prétend Vivalto). Passons sur l'inutilité des CME et autres instances ... Les Ph du public, salariés, peuvent prétendre légitimement à un statut de cadre, qu'ils rejettent dans les faits car cela les obligerait à accepter les responsabilités de gestion. Mais ils ont au moins cette option. Nous, privés, n'avons rien. N'étant pas cadres, nous ne pouvons pas influencer sur l'organisation du travail, les choix et formations du personnel qui nous aide, le produit "soin" offert au public, etc... Etant en apparence

clients puisque nous payons redevances et frais de salles, nous n'avons en fait aucun interlocuteur commercial avec qui traiter nos relations, nos besoins, seulement des cadres techniques obsédés par leurs objectifs chiffrés. Leurs dérives les poussent à négliger d'ailleurs le cœur du métier qui est la formation d'une relation commerciale avec la clientèle de l'établissement, c'est à dire offrir à nos patients / clients un produit médical qui les attire. N'oublions pas les problèmes de responsabilité, quand il y a accident du fait d'un personnel mal formé par exemple, nous ne pouvons pas améliorer la situation n'étant pas écoutés puisque nous ne sommes ni cadres ni clients, et nous répondons seul au juge tant il est difficile de penser lier personnel et organisation à la faute du praticien (on nous dira toujours que si l'établissement fonctionne mal, pourquoi accepter d'y travailler ?). Il faut noter au passage que l'industrie des cliniques privées dispose comme toute entreprise industrielle normale d'une "force de vente" de fait, d'un service commercial de fait, gratuite et sans statut : les médecins. Une entreprise commerciale sans force de vente ... Inconcevable, l'une ne va pas sans l'autre. Et toute entreprise salariée (ce qui revient à donner un statut) ses commerciaux. Nous ne sommes rien pour les cliniques mais nous sommes tout. Sans nous ... Comment n'avons-nous pas encore utilisé cette force à notre disposition ? Pas le choix car nous sommes dépendants de l'établissement qui se trouve à deux pas de notre clientèle ? Pas si vrai, car dans les cliniques de départements reculés comme le mien, les médecins se retirent (retraite normale ou prématurée, cessation d'une chirurgie trop risquée et mal payée - secteur 1 - pour certaines spécialités comme l'ORL, la gynéco) ou refusent de venir s'installer et prendre les places qui se libèrent de plus en plus ... Alors la question se repose, sans nous ...? Ne serait-il pas temps de négocier avec la FHP un réel statut ? Pour ma part, je préférerais être plus cadre que client quitte à assumer les responsabilités de gestion qui vont avec (notez que je ne pose pas la question d'un salariat pour cela). Mais si je n'étais que client, j'aimerais disposer d'un contrat commercial réel avec l'établissement qui oblige chaque partie quand se présentent des difficultés d'organisation. Les banques, les compagnies de téléphone et autres ont des services commerciaux qui offrent des contrats standardisés à leur clientèle, constamment contrôlés par les associations de consommateurs dont l'influence apparaît significative, admettons que le syndicat soit une association de consommateurs ...

Réponse du Dr Franck DEVULDER, Président – 2 mai 2016

Nous avons bien pris note de votre interrogation quant à la possibilité de modification de la checklist « sécurité du patient en endoscopie digestive ». Comme vous le savez, cette checklist a évolué en 2013 à la demande du Conseil National Professionnel des Hépatogastro-Entérologues (CNP HGE) et de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED). La finalité était de prendre en compte l'évolution récente des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs. Selon ces dernières recommandations, l'endoscopie digestive n'est pas considérée comme un acte à risque de transmission d'ATNC pour tous les patients, mais seulement pour les patients suspects ou atteints d'EST. La HAS rappelle que la checklist vise à favoriser avant toute intervention la vérification de critères essentiels et le partage d'informations au sein de l'équipe médico-soignante. La HAS rappelle qu'elle est favorable à toute adaptation de cette checklist, notamment pour y incorporer tout élément spécifique prenant en compte les spécificités de l'équipe. Dans votre courrier, vous faites également un billet d'humeur sur le statut des médecins en clinique. Vous semblez regretter le temps où, dans votre établissement, les médecins étaient actionnaires et avaient donc un rôle à jouer dans la stratégie politique et managériale de l'établissement. Tout comme vous, je ne peux que constater cette évolution, qui s'est récemment accentuée, de médecins travaillant dans des cliniques indépendantes vendant leurs parts sociales à des groupes de clinique soutenus par des fonds de pension. Il est alors logique que ces mêmes médecins ne soient plus en tout point consultés en ce qui concerne la stratégie managériale et les grandes lignes politiques de l'établissement. On ne peut que difficilement avoir vendu ses actions et prétendre jouer le même rôle qu'auparavant... En revanche, il doit en être tout autre pour le projet médical qui doit être élaboré par les CME, CME qui se sont vues définir un rôle plus important dans la dernière loi de modernisation de la santé.

4- Annonces

Les annonces sont consultables sur le site www.synmad.com

5 – Remerciements à l'industrie

- **AG2R**
- **APTALIS**
- **BOSTON**
- **MAUNA KEA TECHNOLOGIES**
- **OLYMPUS**

6 –A propos du Journal Electronique du SYNMAAD

LE JOURNAL ELECTRONIQUE DU SYNMAAD est un mensuel électronique, son objectif est d'offrir à la fois la diffusion d'informations pratiques à destination des professionnels de la santé publique, mais aussi une tribune d'expression pour l'ensemble des acteurs concernés par la santé publique et la politique de santé. L'abonnement gratuit est obtenu sur simple demande à la rédaction. Pour recevoir la revue de presse du SYNMAAD : www.synmad.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.

Vous pouvez retrouver ces informations sur le site : www.synmad.com