

Le Médecin Radiologue de France

Février 2020

432

la lettre de la



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

URPS

Elections 2021



/LaFnmr



@Fnmr_radiologue



fnmr.org



Avenir Spé

L'UMESPE a laissé la place à Avenir Spé. C'est avec une forte majorité (plus de 70%) que les membres de l'UMESPE ont voté, le 12 janvier dernier, pour un syndicat, Avenir Spé, regroupant l'ensemble des médecins spécialistes, quelle que soit leur affiliation dans les syndicats polycatégoriels. La FNMR était membre de l'UMESPE. Elle est de fait membre d'Avenir Spé. Ci-dessous, le communiqué d'Avenir Spé du 12 janvier 2020.

COMMUNIQUE DE PRESSE

Un syndicat pour tous les médecins spécialistes :

Un raz de marée pour Avenir Spé

Paris, le 13 janvier 2020

Lors de son comité directeur extraordinaire du Dimanche 12 Janvier 2020, L'UMESPE a adopté, à une très large majorité, de nouveaux statuts instituant un syndicat de la médecine spécialisée :

« Avenir Spé ».

95,9% des inscrits étaient présents ou représentés, le vote a été effectué à bulletins secrets, les résultats du scrutin se répartissent en :

- **70,7% des suffrages exprimés pour l'adoption des statuts**
- **29,3 % contre**
- **0,2% d'abstention ou nuls**

Une petite minorité de syndicats de spécialités a donc voté contre. Cette transformation, qui peut être qualifiée de raz de marée, exprime la nécessité d'un renouveau du syndicalisme médical avec la volonté d'unifier, de fédérer tous les médecins spécialistes autour d'une grande représentation unique, volonté de rassemblement très fréquemment et clairement exprimée par le terrain depuis de nombreuses années.

Avenir Spé est le Syndicat qui fera reconnaître la place de l'expertise de tous les médecins spécialistes libéraux dans notre système de soins. Ils sont les grands oubliés de la restructuration de notre système de soins depuis 2 conventions et 3 textes législatifs successifs, depuis plus de 10 ans, alors qu'ils sont une des clefs qui garantissent la pertinence de la prise en charge de la population, tout en lui assurant l'accès à l'innovation.

Avenir Spé a la volonté de travailler avec nos collègues les médecins généralistes, dans une nouvelle dynamique.

Le Bureau actuel va, dans les jours qui viennent, conduire l'ensemble des formalités et procédures de fonctionnement nécessaires à ce changement statutaire.

Dès aujourd'hui, **Avenir Spé appelle l'ensemble des médecins spécialistes à le rejoindre pour construire et enrichir, au travers d'une plateforme d'échanges, son projet politique pour les années à venir.** Il faut redonner à tous une véritable perspective professionnelle libérale dans un environnement qui est en pleine mutation, en respectant de manière responsable la forte attente sociétale partout et pour tous les patients.

Avenir Spé est, aujourd'hui, le seul syndicat qui porte l'innovation, l'expertise et la reconnaissance de tous les médecins spécialistes sur l'ensemble du territoire.

**Contact presse
Dr. Patrick GASSER**

Une évolution logique



Dr Jean-Philippe Masson,
Président de la FNMR.

La création, en 1986, avec la bénédiction du gouvernement de l'époque, de MG France a marqué le début de la bipolarisation du système de santé en France.

Ce syndicat a réussi à s'imposer comme le meilleur **représentant "officiel" d'une médecine générale, devenue "premier recours"**. Sous son influence sans nul doute, les différents gouvernements, quelle que soit leur couleur, ont considéré que le socle, voire l'essentiel de la médecine libérale de

ville en France était cette branche de la médecine, qualifiée de spécialité comme s'il n'y avait plus aucune différence de métier d'avec les médecins spécialistes.

Depuis, trois lois de santé et différentes conventions médicales et avenants se sont succédées. Ils ont, tous, **fait la part belle à la médecine générale au détriment de la médecine spécialisée** oubliée ou remise à l'hôpital public, premier pivot d'un nouveau système Français "à l'anglaise".

Pire, ce lobbying militant d'un syndicalisme mono catégoriel, très écouté par les gouvernants, s'est traduit par des réformes donnant la priorité à la médecine générale, l'autre pivot, mais a aussi mené peu à peu, sous couvert de reconnaissance du premier recours, à lui attribuer la même expertise que certaines spécialités, en les affaiblissant, comme la pédiatrie et l'endocrinologie, entre autres.

Cette évolution a conduit les syndicats médicaux polycatégoriels, avec des adhésions en baisse de médecins généralistes – comme de spécialistes –, à s'aligner sur ce discours unique. Ils n'ont eu alors de cesse de courir après MG France par la signature de conventions ou d'avenants conventionnels tous axés sur la médecine générale et le premier recours, **ne laissant à la médecine spécialisée qu'elle soit clinique, médico technique ou du bloc opératoire, que des restes à se partager ou des baisses tarifaires à subir.**

Les chirurgiens, en premier, ont initié un autre syndicalisme en créant "Le Bloc" avec un certain succès mais, là encore, clivant car voulant se limiter à seulement quelques spécialités.

Il était donc logique que les médecins spécialistes, ne se reconnaissant plus dans ces centrales, **décident à leur tour de s'autonomiser pour créer un vrai syndicat de spécialistes pour tous les spécialistes, pour défendre leur métier et leur place**, ceux de l'expertise, de l'innovation et, au bout du compte, leur rôle incontournable dans la PERTINENCE de la prise en charge des patients.

C'est ce qui a été fait par la création d'Avenir Spé.

Avenir Spé a donc pour volonté de **réunir toutes les spécialités, tous les médecins spécialistes**, afin de faire, enfin, entendre la voix de la médecine spécialisée auprès de toutes les tutelles.

Cette bipolarisation, syndicat de généralistes et de spécialistes n'est pas une nouveauté.

Elle existe depuis de nombreuses années au Canada. La place réelle des uns et des autres est ainsi reconnue et la hauteur des tarifs des actes médicaux dans ce pays, par comparaison aux français, en est la preuve.

Cette bipolarisation se traduit également, et depuis toujours, dans la composition des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) puis **Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)** qui seront à nouveau constituées de deux collèges, un pour les généralistes et un pour les spécialistes.

Un important dossier de cette revue y est d'ailleurs consacré. Ces futures élections, prévues en 2021, sont essentielles pour les radiologues qui doivent, encore une fois investir en masse ces assemblées qui font face dans nos régions aux Agences Régionales de Santé toutes puissantes. Leurs représentants siègent notamment dans les Commissions Spécialisées pour l'Organisation des Soins (CSOS) qui délivrent les autorisations d'imagerie en coupe.

Une nouvelle évolution du paysage médical en France apparaît. La FNMR devait en faire partie.



Pr Jérôme HODEL

Imagerie de la Sclérose en plaques

**90 MINUTES À DISTANCE
ET À LA DEMANDE**

1. Connaître les critères diagnostiques actuels de la SEP
2. Être capable d'adapter le protocole IRM aux différentes situations cliniques
3. Apprendre à reconnaître les principaux diagnostics différentiels de cette maladie
4. Être capable d'optimiser le suivi en imagerie des patients traités
5. Apprendre à reconnaître les signes précoces de LEMP chez les patients à risque

Frais d'inscription : 229€

Février 2020

432

SYNDICALISME

- Communiqué Avenir Spé P. 2

SYNDICALISME ET URPS

- **DR. PAUL-MARIE BLAYAC**,
secrétaire général adjoint de la FNMR
URPS et radiologues libéraux..... P. 6
- **M^E PHILIP COHEN**,
cabinet AUBER – avocat
URPS : Comment ça marche ?..... P. 7
- **DR. PATRICK PETIT**,
médecin radiologue libéral
Les URPS : un lieu d'expression
et de participation..... P. 8
- **MICHEL LAFORCADE**,
directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine
« La co-construction
est la clef de l'accès aux soins ! »..... P. 9
- **THOMAS LE LUDEC**,
directeur général du CHU de Montpellier
Les URPS sont des partenaires
légitimes de l'hôpital..... P. 11
- **DR. PATRICK GASSER**,
président d'Avenir Spé
« Les soins spécialisés sont les grands absents
de la politique régionale de santé » P. 13
- **DR. JEAN-PAUL ORTIZ**,
président de la CSMF
« Les URPS ? Un acteur incontournable
de la dynamique régionale ! »..... P. 15
- **DR. JEAN-PAUL HAMON**,
président de la FMF
Une nécessité de mieux collaborer pour
répondre aux enjeux du système de santé P. 18
- **DR PHILIPPE VERMERSCH**,
Président du SML
URPS : une forme d'indépendance qui peut
affaiblir les syndicats nationaux..... P. 19
- **DR. PHILIPPE ARRAMON-TUCOO**,
président de l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine
Réflexions sur l'URPS-ML..... P. 21
- **DR. BRUNO SILBERMAN**,
président de l'URPS ML Ile-de-France
L'URPS quel rôle, quel enjeu ?..... P. 22

- **DR PIERRE-JEAN TERNAMIAN**,
président de l'URPS ML AURA
5 ans de mandature en tant que
président de l'URPS Médecins
libéraux Auvergne Rhône Alpes..... P. 24

SYSTÈME DE SANTÉ

- **DR. PATRICK SOUTEYRAND**,
radiologue libéral
Pourquoi les médecins libéraux
ont raison d'être méfiants face
aux Groupements Hospitaliers
de Territoire (GHT) ?..... P. 26

ÉCONOMIE

- Les effets de la concurrence
sur les tarifs médicaux P. 28

PETITES ANNONCES

- Cessions / Associations / Remplacements..... P. 31

VIE FÉDÉRALE

- Élections bureaux P. 31

La pertinence expliquée aux patients

Quatre fiches simples expliquant aux patients les non indications des examens d'imagerie, dans certains cas, sont incluses dans cette revue.

Ces fiches sont disponibles sur le site FNMR, sur le site Monradiologue pour téléchargement. Vous pouvez également demander l'édition papier auprès du secrétariat de la FNMR : info@fnmr.org

**DIFFUSEZ-LES LARGEMENT À VOS CORRESPONDANTS
ET À VOS PATIENTS !**

Annonceurs : Labelix p. 27 – Forcomed p.4 et p. 29 – MACSF p. 32

• Directeur de la publication : Dr Jean-Philippe MASSON • Rédacteur en chef : Dr Paul-Marie BLAYAC
Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT • Édition, secrétariat, publicité rédaction, Petites annonces : EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 euros
Tél. : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15 • www.fnmr.org • E-mail : info@fnmr.org • 168 A, rue de Grenelle 75007 Paris
Président : Dr Jean-Philippe MASSON • Responsable de la publicité : Dr Eric CHAVIGNY
Maquette : RIVE COMMUNICATION • Crédits photos : Fotolia.com •
IMPRIMERIE DECOMBAT : 5 bis rue Gustave Eiffel 15000 AURILLAC • Dépôt légal 4^{ème} trimestre 2019 • ISSN 1631-1914

Dr. Paul-Marie BLAYAC, secrétaire général adjoint de la FNMR

URPS et radiologues libéraux

Les Unions régionales de professionnels de santé (URPS) ont été créées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – dite loi HPST.



Dr. Paul-Marie Blayac,
Secrétaire général adjoint
de la FNMR.

Le décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux Unions régionales de professionnels de santé en a fixé les modalités.

ORGANISATION :

Dans chaque région et dans chaque collectivité territoriale, les Unions régionales des professionnels de santé rassemblent, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral sous le régime des conventions nationales avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les membres des Unions régionales exerçant à titre

libéral dans le régime conventionnel, dans la région où ils exercent à titre principal sont désignés par les syndicats professionnels et élus par les médecins libéraux. La durée du mandat des membres des assemblées des Unions régionales des professionnels de santé est de cinq ans. Exceptionnellement, le mandat de 5 ans actuel a été prorogé d'un an.

PROFESSIONS CONCERNÉES :

Médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, biologistes, orthoptistes, pédicures-podologues et orthophonistes.

Statut : Les URPS sont régis par la loi du 1^{er} juillet 1901 relatif au statut des associations à but non lucratif.

Fonctions : Les URPS ont pour vocation d'être les interlocuteurs représentatifs des professionnels de santé libéraux dans les relations avec l'Agence régionale de santé (ARS).

Missions : Les URPS et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional. Elles peuvent conclure des contrats avec l'ARS et assurent des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétences de l'agence.

Elles participent, notamment (article R.4031-2 CSP) :

- à la préparation du projet régional de santé (PRS) et à

sa mise en œuvre ;

- à l'analyse des besoins de santé et à l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS) ;
- à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice ;
- à des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique ;
- à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L.1435-4 du code de la santé publique ;
- au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés ;
- à la mise en œuvre du développement professionnel continu.

Elles assument également les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre IV du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale.

POSTES CLÉS POUR LES MÉDECINS RADIOLOGUES :

CRSA : Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie. Composée de 108 membres dont 34 représentants des offreurs de service de Santé. Sur ces 34 membres, 6 sont issus des URPS dont au minimum 2 médecins. Cette CRSA se décompose en 4 commissions dont la Commission de l'Organisation des Soins ou COSOS.

COSOS : Cette commission comprend 4 représentants des URPS dont 2 médecins (issus de la CRSA).

Rôle : donne un avis, uniquement consultatif (et non décisionnel), sur les autorisations d'activité (cancérologie, soins de suites et de réadaptation, etc.) et notamment sur les autorisations et les renouvellements d'Équipement Matériel Lourd (EML). ●

M^e Philip COHEN, cabinet AUBER – avocat

URPS : Comment ça marche ?

Dans chaque région et dans les collectivités territoriales de Corse, de Guyane et de Martinique, il existe une Union régionale des professionnels de santé (URPS) (article L. 4031-1 du CSP). Chaque URPS, constituée sous le statut d'association, rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant en libéral.



DK

M^e Philip Cohen,
Cabinet AUBER – Avocat.

Leurs membres sont élus par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne. Le collège d'électeurs pour chaque URPS est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans la région. Les prochaines élections de 2021 se feront dans deux collèges (trois auparavant) : les généralistes et les spécialistes. Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par

des organisations syndicales ayant au moins deux ans d'existence et présentes dans au moins la moitié des départements et des régions du territoire national.

Le mandat des assemblées siégeant actuellement a été prorogé jusqu'au 31 mai 2021, de sorte que les prochaines élections devront avoir lieu d'ici cette date. Le vote se fera alors par voie dématérialisée et par collège. Les membres des URPS sont élus pour 5 ans, ce mandat est renouvelable.

Les membres de l'assemblée perçoivent au titre de leurs fonctions le remboursement des frais de déplacement et de séjour conformément au règlement intérieur qui peut aussi prévoir une indemnité. Le règlement intérieur, établi par l'assemblée générale, fixe les règles de fonctionnement de l'assemblée et du bureau, la fréquence des réunions. L'assemblée de l'union se réunit au moins deux fois par an. Un Bureau est élu par l'assemblée. Il comporte un président, un vice-président, un trésorier et un trésorier-adjoint, un secrétaire et un secrétaire adjoint. Le Bureau comprend un nombre égal de membres de chaque collège.

Le rôle des URPS est de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional. Elles peuvent pour cela conclure des contrats avec l'ARS. Elles sont les interlocuteurs de l'ARS pour les professionnels de santé libéraux.

A ce titre elles participent notamment :

- à la préparation et la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) ;
- à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS) ;
- à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice ;
- à des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique ;
- à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins ;
- au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés ;
- à la mise en œuvre du développement professionnel continu.

Elles peuvent procéder à l'analyse des données agrégées nationales et régionales issues du système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) en rapport avec leurs missions.

Les URPS perçoivent de chaque adhérent une contribution assise sur le revenu tiré de l'exercice libéral de la profession, ainsi que des subventions au titre de leurs missions. ●



Dr. Patrick PETIT, médecin radiologue libéral

Les URPS : un lieu d'expression et de participation



Dr. Patrick Petit,
médecin radiologue libéral,
Président du Conseil régional
de l'Ordre des médecins Centre
Val-de-Loire.

Les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) permettent aux médecins libéraux de s'intégrer dans le système de santé local, de se faire entendre et de participer à son organisation au niveau régional. D'où l'importance de s'investir dans ces structures: si les médecins ne le font pas, les décisions seront prises sans eux.

Les URPS sont pour les médecins libéraux un mode d'expression et de participation à la mise en place du système de santé au niveau régional. Le mode d'exercice libéral est assez individuel, pour les médecins généralistes surtout (même si c'est moins

le cas pour nous en tant que radiologues), et il s'agit d'une manière de s'intégrer dans le système général.

UNE POSSIBILITÉ D'EXPRESSION À SAISIR

Il s'agit aussi d'une occasion de rencontrer des décideurs, directeurs d'Agences Régionales de Santé (ARS) entre autres, et donc de peser sur les orientations du système de santé. Au fur et à mesure des années depuis leur création en 2010, les URPS ont gagné en crédibilité par rapport aux ARS notamment, et les ARS de leur côté sont montées en puissance en terme de prérogatives. Pour ces dernières, les URPS ont un rôle reconnu, légitime et peuvent même constituer un partenaire dans certaines actions. Elles ont donc besoin d'interlocuteurs crédibles pour représenter les médecins libéraux. D'où l'intérêt de s'impliquer (par le vote et la participation), pour donner de la représentativité aux élus. Nous avons une possibilité d'expression, à nous de la saisir.

GARE À LA POLITIQUE DE LA CHAISE VIDE

Nous n'observons cependant pas un investissement massif dans ces élections, alors que les taux de participation sont relativement importants aux élections ordinaires, dont les médecins perçoivent peut-être davantage l'uti-

lité. Mais la politique de la chaise vide est délétère: en l'absence de représentativité, il ne faudra pas se plaindre que les décisions se prennent sans nous. Ainsi, la région Centre Val-de-Loire (pour parler de ce que je connais bien) est l'un des territoires les plus difficiles en terme de démographie médicale. Cette situation ne peut perdurer. Et c'est valable pour tout le territoire national. Les ARS considèrent les URPS comme des partenaires et ne souhaitent pas appliquer des réformes sans les professionnels de santé mais c'est à ces derniers de s'impliquer dans ce partenariat. S'ils ne le font pas, s'il n'y a pas de propositions cohérentes et sérieuses de leur part, face aux urgences, la puissance publique ne pourra laisser les choses en l'état et les changements se feront sans la profession. Nous avons notre rôle à jouer par exemple dans le domaine de l'amélioration de la permanence des soins, dans la mise en place des CPTS - Communautés professionnelles territoriales de santé -, nous pouvons être, au travers des URPS, les partenaires des ARS sur ces sujets.

PRENDRE SA PLACE DANS LES DÉBATS

Les URPS sont des assemblées composées de représentants syndicaux d'obédience différentes. Pour être au mieux représentés, les médecins doivent d'abord se renseigner sur le syndicat le plus proche de leurs opinions et ensuite, tout simplement voter. Pour le médecin spécialiste, un intérêt supplémentaire existe: la médecine générale est plus souvent mise en avant dans les préoccupations de santé, mais les spécialistes constituent une part importante du système. S'exprimer au sein des URPS leur permet de mieux faire valoir cette place.

ORDRE ET URPS: DES RÔLES COMPLÉMENTAIRES

Les rôles de l'Ordre et de l'URPS ne sont pas toujours bien compris. Ils sont pourtant complémentaires, voire synergiques et certainement pas exclusifs. L'Ordre a à cœur les questions de déontologie, d'intérêt des patients, alors que les URPS sont corporatistes, au bon sens du terme, et viennent défendre les intérêts (économiques entre autres) des médecins libéraux.

Je suis pour ma part syndiqué depuis le début de ma carrière car j'ai toujours pensé que la représentation syndicale était importante pour servir de relais aux individus. J'ai été représentant de la CSMF à l'URPS de ma région

dans les premières années de la création de ces instances. Et j'ai ensuite privilégié un engagement ordinal. J'ai choisi de ne pas être présent à la fois à l'Ordre et à l'URPS car, à l'Ordre, nous représentons certes les médecins libéraux mais aussi les salariés, les hospitaliers, et je ne voulais pas qu'on puisse penser que je montrais une orientation pour les premiers, de par mon rôle à l'URPS. Dans tous les cas, il me semblait souhaitable de m'impliquer hors de mon exercice médical quotidien, pour que tous ces organismes vivent et représentent vraiment nos professions. ●

Michel LAFORCADE, directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

« La co-construction est la clef de l'accès aux soins ! »

Le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine compte sur les médecins libéraux pour restructurer l'accès aux soins dans la région. Il se dit même prêt à leur « faire confiance » et à « favoriser la liberté d'entreprendre ». Partie prenante de la décision sanitaire, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) sont un « précieux relais » de la politique régionale de santé dans les territoires.



Michel Laforcade,
directeur général
de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

> Quel regard portez-vous sur les URPS ?

● J'ai participé à la préfiguration de ces instances régionales, il y a une dizaine d'années. Avec le recul, ma position n'a toujours pas changé : si les URPS n'existaient pas, il faudrait les inventer ! C'est un interlocuteur de choix pour toutes les problématiques qui relèvent des soins de proximité. En Nouvelle-Aquitaine, nous les traitons comme des partenaires à part entière. Elles sont étroitement associées à l'élaboration et au déploiement de certaines politiques

publiques, en particulier dans le domaine de l'accès aux soins. Une préoccupation majeure pour nos concitoyens. Un axe stratégique fort de notre Projet régional de santé (PRS). Pour atteindre nos objectifs, nous sommes prêts à faire confiance et à promouvoir la liberté d'entreprendre.

> Quels liens entretenez-vous avec la structure qui représente les médecins libéraux ?

● Nous entretenons un dialogue régulier avec les médecins libéraux, que je considère être d'une grande qualité. Si nos échanges sont aussi constructifs, c'est certainement parce que ses représentants défendent l'intérêt des usagers et de la politique régionale de santé, au-delà des leurs. La co-construction est un paramètre essentiel pour mieux cerner les besoins de la population, mais également pour développer une approche plus fine des territoires.

> Quels sont les partenariats les plus significatifs dans votre région ?

● Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont un exemple emblématique de la réussite de notre collaboration. Nous interagissons avec les représentants des médecins à chaque stade du développement du projet, de l'autorisation à sa mise en œuvre opérationnelle. De mon point de vue, les structures interprofessionnelles

...>



...> présentent de nombreuses garanties. Elles permettront notamment d'améliorer la coordination des soins et des parcours de santé. Nous tâchons donc de faciliter leur implantation par tous les moyens possibles, y compris sur le plan financier. Quarante CPTS sont aujourd'hui préfigurées, deux projets sont acceptés, un autre est en cours de déploiement opérationnel. Il faudra néanmoins faire preuve de patience.

>C'est-à-dire ?

● La dynamique est nouvelle. Il y a un temps de maturation à respecter, ne serait-ce que pour permettre aux acteurs de bâtir des projets pertinents. Une chose est sûre, les professionnels de santé doivent impérativement s'emparer de ce sujet. Ils doivent nous proposer des modèles organisationnels innovants, qui s'inspirent de leur expérience du terrain. L'ARS aura également un rôle déterminant à jouer dans cette mécanique. Nous devons mieux soutenir ceux qui rencontrent des difficultés, mais aussi convaincre ceux qui seraient plus réticents, quitte à renforcer les incitations. Pour "quadriller" l'ensemble de la région, nous devons fournir une aide logistique et financière solide, tant dans l'ingénierie de projet que dans la gestion et le pilotage de la structure.

>L'URPS ML est-elle sollicitée sur d'autres sujets ?

● Naturellement ! Son champ d'influence ne se réduit pas aux seules CPTS, bien au contraire. L'URPS occupe une place centrale dans notre réflexion globale sur l'organisation de l'offre de soins. A travers elle, les médecins libéraux sont sollicités pour limiter le recours à l'hospitalisation et désengorger les services d'urgence. Ils jouent un rôle de "filtre", en amont des établissements de santé. Ils sont également invités à prendre en charge une part plus importante des soins non programmés. Il y a évidemment des enjeux économiques forts, mais il y a surtout la perspective de réduire les ruptures dans les parcours de soins, qui sont autant de pertes de chance pour les patients. En guise de compensation, une partie des économies ainsi dégagées pourront être réinvesties dans la médecine libérale.

>L'URPS ML est-elle suffisamment impliquée au sein des différentes instances régionales ?

● C'est le cas. Elle participe activement à différentes commissions spécialisées au sein des ARS, à commencer par la CSOS¹, qui délivre des avis sur l'implantation et le financement de l'offre de soins. Elle participe également à la commission de prévention, qui s'emploie à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Outre des actions spécifiques, notamment dans le

domaine de la santé publique, l'URPS ML favorise les liens entre la médecine ambulatoire et l'hôpital. Un bémol toutefois : elle doit renforcer sa présence dans la CRSA².

>Pour quelles raisons ?

● C'est un lieu privilégié de concertation et d'expression qui regroupe tous les acteurs du champ sanitaire et médico-social, représentants des usagers inclus. Le potentiel des CRSA est très largement sous-exploité. Il s'agit pourtant d'une opportunité unique de construire une politique de santé plus collégiale et plus transversale. Cette approche participative nous rapproche un peu plus d'un idéal de démocratie sanitaire, d'autant plus souhaitable qu'il est à notre portée. Les URPS doivent apporter leur pierre à l'édifice.

>Quel sort réservez-vous aux travaux de l'URPS ?

● Les médecins libéraux ont une influence directe sur la politique de santé régionale. Ils sont entendus et considérés à leur juste valeur. Ils contribuent pleinement à la dynamique de l'offre de soins, au niveau local. Nous avons un but commun, compris et partagé, celui d'offrir le meilleur service de santé possible à la population. Un chiffre résume à lui seul toute l'influence de l'URPS ML dans la décision sanitaire : 90 % des avis de la CSOS qu'elle préside ont fait l'objet d'une décision favorable de l'ARS en 2018.

>Quelles sont les voies de progrès envisageables ?

Les ARS et les URPS sont des instances régionales par essence, mais nous aurions probablement intérêt à approfondir notre champ d'action à l'échelon départemental. Nous gagnerions certainement en efficacité et en proximité, avec des résultats concrets à la clef. Ce serait notamment un moyen pertinent de mieux orchestrer le virage ambulatoire, toujours dans une logique de co-construction.

>Comment comptez-vous accompagner le virage ambulatoire ?

Les URPS seront notre relais sur le terrain. L'émergence des structures collectives doit permettre de densifier l'offre territoriale de soins. Nous mettrons des moyens supplémentaires à la disposition des professionnels de proximité pour prendre en charge plus de patients, de manière plus transversale. Ils devront également veiller à mieux coordonner les parcours de santé, notamment entre la ville et l'hôpital, sans négliger le secteur médico-social. Nous actionnerons tous les leviers nécessaires pour renforcer l'accès aux soins dans le champ ambulatoire. Les MSP³ et les CPTS ne sont pas les seules options.

>Quelles sont ces autres options ?

● Nous avons lancé différents appels à projets pour créer des centres de santé, en particulier dans les zones rurales isolées. Au-delà des questions démographiques, nous voulions répondre à la demande de certains praticiens qui privilégient le salariat. Je le rappelle ici : nous ne cherchons pas à contourner ni à remplacer les médecins libéraux. Ce n'est pas une alternative, c'est une solution complémentaire. La problématique de l'accès aux soins réclame des mesures protéiformes.

>S'il fallait en choisir deux ?

● Outre le virage ambulatoire, la promotion de l'interprofessionnalité est probablement le remède le plus efficace.

C'est aussi un mode d'exercice plébiscité par la jeune génération. Nous devons restaurer l'attractivité de la médecine libérale, en lien avec l'URPS, pour attirer et fidéliser de nouveaux praticiens. Nous devons également favoriser le maintien de ceux qui sont déjà sur place. C'est une réforme structurelle essentielle qui permettra de "gérer la pénurie", mais aussi de préparer l'avenir.

PROPOS RECUEILLIS PAR JONATHAN ICART

(1) Commission spécialisée pour l'organisation des soins
(2) Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
(3) Maison de santé pluriprofessionnelle

Thomas LE LUDEC, directeur général du CHU de Montpellier

Les URPS sont des partenaires légitimes de l'hôpital

Pour Thomas Le Ludec, directeur général du CHU de Montpellier, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) sont des opérateurs techniques, politiques et stratégiques dans les territoires. Selon lui, l'émergence des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourrait renforcer les synergies entre la ville et l'hôpital, avec des partenariats porteurs à la clef.



DR

Thomas Le Ludec,
directeur général du CHU de
Montpellier.

>Quel regard portez-vous sur les URPS, en particulier celle des médecins libéraux ?

● Mon regard est plutôt positif pour des raisons personnelles et professionnelles. Dans notre territoire, les médecins libéraux s'emploient à restructurer l'offre de soins, en accompagnant le déploiement des CPTS, mais aussi en informant régulièrement les établissements de santé sur les évolutions en cours. Avec le temps, nous avons développé des relations concrètes et opérationnelles, dans l'intérêt des patients.

>Avez-vous déjà noué des partenariats significatifs ?

● Dans le département de l'Hérault, nous avons co-initié un dispositif de soins partagé en pédopsychiatrie pour améliorer la prise en charge des enfants et des adolescents atteints de troubles mentaux. L'objectif consiste à renforcer les synergies entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social... pour limiter les ruptures dans le parcours de santé. Une infirmière de coordination est chargée de faire le lien entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge.

>Ce dispositif a-t-il porté ses fruits ?

● Depuis sa mise en place en décembre 2018, nous ...>



© Envolelements

...> avons déjà constaté une nette réduction des délais d'attente. Grâce à l'optimisation des ressources et à la pertinence du suivi, le parcours des patients est plus fluide et plus efficace. Outre l'implication des professionnels, la transmission rapide de l'information aura été un paramètre décisif. Le temps est un levier critique. C'est un "marqueur" de la qualité des soins.

>Selon vous, quels sont les principaux atouts des URPS ?

● Les URPS ont un rôle technique, politique et stratégique, notamment dans l'accélération de la transformation du système de santé. C'est un partenaire de choix pour les établissements de soins, en particulier dans les territoires. Elles ont la connaissance du terrain et des ressources disponibles. C'est un point crucial pour l'hôpital, qui ne bénéficie pas toujours de cette vision exhaustive de l'offre sanitaire, en dehors de son champ d'action.

>Quelles sont les voies de progrès envisageables pour renforcer la dimension partenariale entre les CHU et les URPS ?

● Les défis sont culturels et techniques. Il faudra d'abord faire preuve de persévérance, et ne pas s'arrêter aux premières difficultés. Il faudra ensuite créer des habitudes de travail communes. Dans cette optique, nous aurons besoin de systèmes d'informations cliniques partagés, interopérables de préférence. Précision notable : nous attendons des solutions simples, pratiques et rapides. Tous

les outils devront être conçus en fonction des usages, et non l'inverse.

>Quels seront les principaux défis sanitaires à relever dans les années à venir ?

● Nous devons bâtir une véritable médecine de parcours pour relever les défis des maladies chroniques et du grand âge. A titre d'exemple, la prise en charge de la dépendance nécessitera une collaboration plus étroite entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Le maintien à domicile sera une problématique collégiale. Il s'agira d'orienter le bon patient, au bon moment, vers la bonne structure. Une logique qui suppose un décloisonnement total de l'offre de soins, mais aussi une coopération accrue entre les différents protagonistes, dont les URPS font naturellement partie.

>Outre la médecine de parcours, partagez-vous d'autres problématiques communes avec les médecins libéraux ?

● La crise de la démographie médicale nous concerne tous. A cet égard, le renouvellement générationnel doit être considéré comme une priorité absolue. En réalité, la problématique est double. Nous devons faciliter le maintien des professionnels dans les territoires sous tension, mais nous devons aussi trouver des solutions pérennes pour favoriser l'arrivée des plus jeunes, quitte à renforcer les incitations. Pour inverser la tendance à l'œuvre, nous pouvons certainement mener une réflexion commune avec les acteurs du champ ambulatoire et les pouvoirs publics.

PROPOS RECUEILLIS PAR JONATHAN ICART

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ METTENT ÉGALEMENT EN ŒUVRE LES ACTIONS SUIVANTES :

.../... Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;

(Article L6112-2 du code de la santé publique)



Dr. Patrick GASSER, président d'Avenir Spé

« Les soins spécialisés sont les grands absents de la politique régionale de santé »

Pour le président d'Avenir Spé, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) sont globalement méconnues des médecins libéraux, et plus particulièrement des étudiants. À l'avenir, elles devront davantage considérer les soins spécialisés, mais aussi bâtir des projets innovants avec les établissements de santé, en particulier dans le cadre du virage ambulatoire.



DR
Dr. Patrick Gasser,
président d'Avenir Spé.

> Quel regard portez-vous sur l'évolution des URPS depuis leur création ?

● Selon ma propre expérience¹, les URPS sont globalement méconnues des médecins libéraux, généralistes et spécialistes confondus. Leurs rôles et leurs missions, plus encore. Le constat ne date pas d'aujourd'hui. Les URML² souffraient déjà d'un manque de visibilité auprès de la profession. En vingt-cinq ans, beaucoup d'entre nous n'ont pas pris la mesure de ce que peuvent apporter ces structures, ô combien utiles.

> Pour quelles raisons ?

● Il y a un problème de communication entre l'émetteur et le récepteur. C'est aussi le reflet d'une réalité plus tragique : on ne s'occupe pas assez de la vie quotidienne des médecins, en particulier des spécialistes, qui sont totalement absents des discours des URPS, à quelques exceptions près. Elles travaillent essentiellement sur les CPTS³, les MSP⁴ et les pôles de santé qui sont des organisations territoriales, essentiellement centrées sur les médecins généralistes et les différents acteurs des soins de proximité. Les spécialistes du second recours sont totalement laissés pour compte. C'est une aberration, surtout quand l'on connaît les contraintes d'accès à certains soins spécialisés, dont la population a cruellement besoin.

> Comment expliquer ce paradoxe ?

● La réponse est en partie politique. Peu de choses ont été faites par les pouvoirs publics pour réformer les soins spécialisés, notamment dans le plan "Ma Santé 2022". C'est pourtant une question essentielle, au regard des difficultés démographiques constatées dans de nombreuses disciplines. Les délais de rendez-vous s'allongent, de façon préoccupante. Ils alimentent même parfois la tendance grandissante du renoncement aux soins. Les problématiques d'accessibilité ne se réduisent pas aux seuls médecins généralistes, loin s'en faut. Nos revendications ne sont pas prises en considération, au détriment des patients. Plusieurs URPS font preuve d'un certain volontarisme, mais leurs travaux ont peu de répercussions dans les territoires.

> Les URPS font-elles de l'ombre aux syndicats ?

● Les URPS ont une dimension technique. Elles doivent décliner les orientations du projet régional de santé, mais aussi contribuer au schéma régional de l'organisation des soins, sous la tutelle de l'ARS⁵. Faute d'interlocuteurs syndicaux sur le terrain, les pouvoirs publics se sont rapidement tournés vers elles, faisant fi des questions de représentativité. Aujourd'hui, ils s'adressent plus volontiers à des fédérations qui n'ont pourtant aucune légitimité politique. J'y vois une volonté manifeste de nous exclure du débat. Ils choisissent la facilité, au profit d'une discussion plus longue et plus incertaine, mais plus constructive et plus pérenne. En définitive, cette "politisation" des URPS ...>



...> fragilise nos positions dans les régions, accentuant de fait la crise du syndicalisme moderne.

> Comment expliquez-vous cette crise ?

● C'est une question de conviction et d'engagement, mais aussi de temps et de génération. Il y a surtout un problème de reconnaissance. La faible place accordée à la médecine spécialisée nous donne parfois l'impression de prêcher dans le désert. Il y a une forme d'usure et d'épuisement. La crise est profonde. Pour preuve, près de neuf médecins sur dix ne sont pas syndiqués.

> Comment inverser cette tendance ?

● A mon sens, les médecins spécialistes doivent faire bloc. Les syndicats verticaux sont plus forts pour des raisons compréhensibles de légitimité et de proximité. Il y a un véritable sentiment d'appartenance, qui est davantage noyé dans une représentation plus large. Nous devons également être plus visibles auprès des jeunes médecins pour susciter des vocations. A tout le moins, il faudra redéfinir les rôles entre les syndicats et les URPS, de manière plus évidente.

> Quelles sont les différences fondamentales entre ces deux "opérateurs" ?

● Les syndicats fixent la ligne directrice. Ils proposent une vision prospective des métiers et des différentes formes d'exercice. Ils accompagnent les évolutions en cours, en négociant les meilleures conditions possibles avec les pouvoirs publics. Ils défendent individuellement et collectivement les intérêts de la profession. Les URPS interviennent en tant qu'appui, au niveau local. A leur échelle, elles par-

ticipent à l'organisation des soins dans les territoires. Elles peuvent lancer des actions de santé publique et développer des outils techniques. Elles doivent accompagner la gestion et le pilotage des projets sur le terrain, en fournissant une aide méthodologique et logistique. Elles doivent également être un intermédiaire entre les médecins et les ARS, notamment pour obtenir des financements. Elles doivent surtout représenter toute la diversité du corps médical, ce qui n'est pas toujours le cas.

> Dans ces conditions, les URPS présentent-elles encore un intérêt pour les spécialistes ?

● Bien sûr ! Elles sont même indispensables. C'est un espace d'échange et de dialogue unique, où les médecins du territoire se découvrent, s'observent, se rencontrent et créent du lien, y compris avec les autres professions de santé. N'oublions pas que les URPS ont favorisé une dynamique collective nouvelle, qui s'est traduite par l'émergence de projets interprofessionnels mieux calibrés et mieux structurés. N'oublions pas non plus que la représentativité nationale d'un syndicat se joue lors des élections professionnelles. Certains y ont "laissé des plumes", en négligeant cette échéance. Dans un autre registre, il y a la perspective très concrète de participer à des commissions spécialisées comme la CSOS⁶, ne serait-ce que pour obtenir des autorisations de soins et de matériels lourds.

> Selon vous, les travaux des URPS sont-ils suffisamment considérés par les ARS ?

● Le rayonnement des URPS est très variable, selon les territoires. Il dépend essentiellement du facteur humain, et plus particulièrement de la nature des relations avec les directeurs généraux des ARS, les élus locaux et les autres acteurs de santé de proximité. Globalement, leurs revendications sont entendues, écoutées et considérées. Leurs travaux alimentent plus ou moins la décision sanitaire. A l'avenir, leur champ d'influence devra impérativement être élargi à d'autres opérateurs incontournables de la prise en charge.

> Lesquels ?

● Les URPS doivent se tourner vers les établissements de santé. Elles doivent participer plus activement à la construction de parcours de soins plus fluides et plus efficaces. L'enjeu prioritaire consiste à garantir la continuité des soins, via une prise en charge plus complète, plus transversale et mieux coordonnée, pour réduire les pertes de chance des patients. Une meilleure coopération entre la ville et l'hôpital sera incontournable pour relever le défi de l'accès aux soins dans les territoires, dans une logique de co-construction.

> Dans quelle mesure les URPS peuvent-elles accompagner le virage ambulatoire ?

● Elles devront accompagner la restructuration d'une offre ambulatoire plus cohérente et plus pertinente. Les médecins libéraux peuvent notamment contribuer à limiter le recours à l'hôpital et aux urgences pour les besoins non-vitaux, en prenant en charge une partie plus importante des soins non programmés. Le virage ambulatoire nécessitera du temps, mais aussi des moyens financiers et humains conséquents. Il reposera sur une collaboration plus étroite entre les ARS et les URPS.

> Quelles sont les voies de progrès envisageables pour les URPS ?

● Il faut accroître leur présence dans les universités. Les étudiants doivent avoir une meilleure connaissance de ces structures, de leur rôle et de leurs missions, mais aussi de leur impact potentiel sur la politique sanitaire dans les ter-

ritoires. La coopération interprofessionnelle ne se décrète pas. Elle se construira dans le temps et dans la confiance. Elle doit se préparer dès les premières étapes de la formation. Dans le même ordre d'idée, les URPS devraient mieux intégrer et mieux considérer les attentes des usagers dans la dynamique de projets. Elles devront également mieux maîtriser leur environnement, en se rapprochant des entreprises du territoire, au sens large du terme. Il y a des partenariats innovants à construire avec les startups, notamment dans le domaine du numérique.

PROPOS RECUEILLIS PAR JONATHAN ICART

(1) Patrick Gasser a, notamment, été président de l'URPS ML des Pays de la Loire (2011-2016).

(2) Union régionale des médecins libéraux.

(3) Communauté professionnelle territoriale de santé.

(4) Maison de santé pluriprofessionnelle.

(5) Agence régionale de santé.

(6) Commission spécialisée pour l'organisation des soins.



Dr. Jean-Paul ORTIZ, président de la CSMF

« Les URPS ? Un acteur incontournable de la dynamique régionale ! »



Dr. Jean-Paul Ortiz,
président de la CSMF.

Selon le Dr. Jean-Paul Ortiz, la connaissance des médecins libéraux est très largement sous-exploitée dans les territoires, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins de la population. Pour lui, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) doivent être au centre de l'organisation des soins, en lien avec les Agences régionale de santé (ARS). Elles doivent aussi se recentrer sur leurs principales missions d'expertise technique pour éviter de fragiliser la position des syndicats dans les régions.

> Quel regard portez-vous sur l'évolution des URPS depuis leur

création ?

● Les URPS sont l'émanation d'une idée portée par la CSMF¹, au début des années 90. Au temps pas si lointain des ARH², les médecins libéraux souffraient d'un manque évident de considération, de reconnaissance et de repré-

sentation dans les régions. Ils n'avaient pratiquement pas voix au chapitre de la politique de santé régionale. Les relations étaient tendues, voire conflictuelles. Leur expertise n'était pas prise en compte. Depuis leur installation il y a dix ans, en relais des URML³, les URPS ont permis de créer davantage de lien avec les "tutelles" locales. Ces structures sont devenues des interlocutrices privilégiées

...>



© Envatoelements

- ...> des ARS. Elles participent activement à l'organisation des soins de proximité, dans la plupart des cas. C'est un juste retour des choses !

>La dimension poly-catégorielle de la CSMF est-elle une force ou une faiblesse ?

● C'est un atout majeur, notamment en matière de représentativité. Nous sommes bien positionnés pour obtenir des sièges-clés au sein des URPS. Nous sommes aussi plus visibles auprès des ARS, avec lesquelles nous entretenons un dialogue régulier. La CSMF est le syndicat de tous les médecins, généralistes et spécialistes confondus. Cette "double valence" renforce le poids de nos demandes, notamment auprès de la CSOS ou CO-SOS⁴, une commission régionale qui délivre des avis sur le financement et l'implantation des activités de soins et des plateaux techniques lourds. Plus nombreux et poly-catégoriels, nous sommes plus forts pour obtenir des autorisations en libéral, en particulier dans le domaine de la radiologie.

>Y-a-t-il des interactions avec d'autres professions de santé ?

● Le phénomène est assez nouveau. Il remonte à la création même des URPS. Auparavant, ces organisations

professionnelles étaient l'apanage exclusif des médecins (URML, *ndlr*). Dans le cadre de la loi HPST⁵, il a été décidé d'élargir ce type de représentation régionale à d'autres professions de santé. Des fédérations, des groupes de contact ou des comités de liaison se sont progressivement structurés, sous différentes formes, pour promouvoir des problématiques communes aux professions de santé libérales. La pluralité professionnelle est une richesse. Nous sommes bien placés pour le savoir à la CSMF. Mais ces structures ont parfois tendance à outrepasser leurs fonctions.

>C'est-à-dire ?

● Quel que soit leur niveau de représentation, les URPS sont des opérateurs techniques. Malgré leurs velléités dans certaines situations, elles n'ont pas de "mandat politique", qui demeure la compétence propre des différents syndicats professionnels. Leur émancipation s'est soldée par un affaiblissement considérable des centrales syndicales dans les régions, qui sont de plus en plus souvent "court-circuitées" par les pouvoirs publics, au détriment de la profession et de ses intérêts. C'est une dérive préoccupante. Il faut rapidement restaurer l'équilibre des forces et la répartition des rôles.

>Comment ?

● Pour éviter toute confusion des genres, les URPS doivent rester un lieu de rencontres, d'échanges, de réflexions et de coordination entre les différents professionnels de santé du territoire. Elles peuvent partager des expériences et développer des outils, mais elles n'ont aucune légitimité politique. C'est un échelon de représentation régionale pour les médecins libéraux auprès des ARS, des collectivités territoriales et des municipalités.

>Quel est leur périmètre de responsabilité ?

● La réglementation est limpide. Elles participent à la préparation et à la déclinaison opérationnelle du Projet régional de santé (PRS) et du Schéma régional de l'organisation des soins (SROS). Elles analysent les besoins de santé de la population, mais aussi l'état de l'offre sanitaire. Elles s'impliquent dans la gestion de la permanence des soins. Elles conçoivent des actions de santé publique, notamment dans les domaines de la prévention, du dépistage ou de l'éducation thérapeutique du patient. Elles assurent la mise en œuvre des CPOM⁶ avec les structures collectives, dont elles accompagnent le déploiement. Elles contribuent à la conception et à la généralisation d'outils numériques (carnets de vaccination électroniques, messageries sécurisées, ...).

> Comment qualifieriez-vous les relations entre les URPS et les ARS ?

● Ce sont des relations à géométrie variable, selon les territoires et les personnes. La personnalité du directeur général de l'ARS compte beaucoup dans la dynamique partenariale. Globalement, les rapports sont intéressants, plutôt cordiaux et souvent constructifs. C'est notamment le cas en Ile-de-France et à La Réunion. Il peut même y avoir des délégations de responsabilités et de budgets, comme dans les Hauts-de-France (voir encadré). Dans d'autres régions, les URPS prêchent dans le désert. Souvent pertinentes, de nombreuses propositions sont restées lettre morte...

> Comment inverser la tendance ?

● Les URPS doivent être impérativement entendues et écoutées. Leur diagnostic doit compter dans la décision sanitaire. Les médecins libéraux sont parfaitement au fait des problématiques de leurs patients. Leurs connaissances des besoins de la population sont très largement sous-exploitées. Les URPS doivent être au centre de l'organisation des soins, en lien avec les ARS. Des délégations de compétences et de moyens sont plus que souhaitables, en particulier pour accompagner l'émergence des regroupements et des structures pluriprofessionnelles dans les territoires.

> Quel doit être le rôle des URPS en la matière ?

● Les URPS doivent participer à l'articulation, au développement et au pilotage des projets de santé, avec le soutien financier de l'ARS. Elles peuvent apporter une aide

logistique précieuse, notamment pour relever le défi de la coordination. La gestion d'un parcours de soins complexe entre la ville, l'hôpital et le médico-social nécessite des aptitudes nouvelles. Il faudra identifier, recruter ou former des personnes qualifiées, disponibles et surtout capables de composer avec tous les acteurs du territoire.

> Le nouveau découpage territorial de la France est-il susceptible de freiner l'essor des URPS ?

● Il s'agit d'un découpage totalement artificiel. Les frontières délimitées ne sont pas toujours cohérentes, au regard des réalités opérationnelles, organisationnelles et sanitaires. Le temps sera une variable importante pour co-construire une culture commune et des habitudes de travail partagées. Les URPS devront y contribuer, en faisant notamment la jonction entre tous les protagonistes de l'offre de soins.

PROPOS RECUEILLIS PAR JONATHAN ICART

-
- (1) Confédération des Syndicats Médicaux Français
 - (2) Agences régionales de l'hospitalisation
 - (3) Union régionale des médecins libéraux
 - (4) Commission spécialisée pour l'organisation des soins
 - (5) Hôpital, patients, santé et territoires
 - (6) Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

HAUTS-DE-FRANCE : UN EXEMPLE DE COOPÉRATION PERTINENTE

Dans les Hauts-de-France, l'URPS ML et l'ARS ont signé une charte partenariale inédite en décembre 2018. Loin d'être symbolique, cet accord marque le renforcement de leur collaboration dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, axe majeur du PRS* 2018-2023. Nouvelle étape de ce partenariat, les deux parties viennent de s'entendre sur les conditions d'une délégation de budget pour renforcer l'accès aux soins et lutter contre les violences conjugales. Concrètement, l'URPS disposera d'une manne financière estimée à 1,2 million d'euros par an. Précision de circonstance, cette somme servira à financer les actions entreprises l'an dernier, mais aussi celles programmées cette année. Les objectifs ont été clairement établis : promouvoir et accompagner les équipes de soins primaires dans la construction de leur projet d'exercice coordonné ; favoriser l'émergence puis la mise en place opérationnelle des CPTS** ; soutenir les nouveaux médecins libéraux volontaires dans le déploiement de la télé-expertise en dermatologie, en coordination avec l'ARS et le GIP Santé & Numérique. Signé le 5 décembre dernier, ce partenariat prévoit également la mise en place d'actions de sensibilisation et de formation au repérage et à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, en particulier auprès des médecins libéraux et des sages-femmes.

(*) Projet régional de santé – PRS.

(**) Communauté professionnelle territoriale de santé – CPTS.



Dr. Jean-Paul HAMON, président de la FMF

Une nécessité de mieux collaborer pour répondre aux enjeux du système de santé

Regrettant le manque de communication et de coordination entre les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) et les syndicats nationaux, le Dr. Jean-Paul Hamon, président de la FMF, lance un appel en faveur d'une collaboration plus étroite pour répondre aux enjeux actuels du système de santé.



Dr. Jean-Paul Hamon, président de la FMF.

> Comment une centrale polycatégorielle comme la vôtre voit-elle l'évolution des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) depuis leur origine ?

● J'ai découvert les URPS en 2004, soit deux ans après mon engagement dans le syndicalisme. Au-delà de la représentativité syndicale, les URPS ont vocation à permettre une adaptation locale de la politique nationale, en tenant compte justement des spécificités loco-régionales, voire même, à mener une politique régionale adaptée aux spécificités

du territoire.

> Comment cela se traduit concrètement ?

● L'exemple de la Basse-Normandie, en 2004, est significatif. Et on peut d'ailleurs s'étonner qu'il n'ait pas été repris au niveau national. L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Normandie a permis la fin de la garde de nuit profonde sur les départements en instaurant une régulation et une collaboration entre les libéraux du territoire et le SMUR (Service Médical d'Urgence et de Réanimation). Il n'y a pas eu plus de morts dans la région depuis ce changement, mais la chute démographique a été enrayée. On aurait pu généraliser cette organisation dans la France entière. Beaucoup de régions prennent des initiatives qui pourraient être utiles au niveau national si on en

était suffisamment informés. Nous ne profitons pas assez des succès locaux. Il y a bien une Commission nationale des URPS (CN-URPS), mais les réalisations ou les actions sont bien souvent méconnues des syndicats nationaux et ce n'est pas là le moindre des paradoxes.

> Vous constatez donc une forme d'indépendance des URPS par rapport aux syndicats nationaux ?

● Oui, et c'est même souhaitable, mais cette émancipation ne doit pas devenir une autonomie totale ! Le manque de mutualisation est regrettable. Nous avons été en mesure de mettre en œuvre une mutualisation pour informer les médecins sur l'informatique afin qu'ils puissent choisir leurs outils numériques avec l'initiative "100 000 médecins". On pourrait par exemple appliquer cette démarche dans le domaine juridique. Le principe d'une mutualisation devrait être étendu. La présence de tous les syndicats au bureau de l'Union devrait être généralisée. Les régions qui ont eu l'intelligence de mettre tous les syndicats dans le bureau de l'Union régionale sont parvenus à pacifier les relations entre médecins et à favoriser la collaboration.

> Les dysfonctionnements que vous pointez relèvent d'un manque de communication ?

● Certainement, mais pas seulement. Les membres des URPS sont élus sur des listes syndicales. Mais, certains, une fois élus, oublient quel syndicat les a mis en tête de liste. Inversement, l'indépendance des régions est nécessaire, mais par-dessus tout, la communication et la colla-

boration entre régions et entre les régions et les syndicats nationaux est la clef du succès.

>Par quoi pourrait passer une amélioration ?

Tout simplement par des rencontres plus fréquentes. Il n'y a pas de hiérarchie et nous devons nous parler.

Un exemple récent est éclairant. Il s'agit du communiqué de la CN-URPS sur le démantèlement de la médecine libérale par les multiples transferts de tâches. Nous étions tous sur la même longueur d'onde et tous les syndicats de médecins libéraux présents à la réunion au ministère sur les protocolisations ont dit qu'ils s'y opposeraient, mais ils n'avaient pas pris la peine de faire un communiqué commun. Cela me paraît dommageable.

>Sur quels enjeux cette collaboration pourrait-elle être pertinente ?

● Sur de nombreux sujets ! La désertification, la prise en charge des soins non programmés dans les territoires, la

collaboration entre ville et hôpital, l'organisation territoriale, la collaboration avec les universités - indispensable pour le déploiement de la maîtrise de stage, pierre angulaire de l'installation - mais aussi, dans la lutte contre la position hégémonique des sociétés de prises de rendez-vous en ligne qui vont pulvériser le parcours de soins et dégrader la qualité de prise en charge du patient.

>Cette organisation favorise-t-elle la communication entre praticiens et spécialités ?

● La communication entre médecins est essentielle pour la qualité de prise en charge des patients, mais également parce que les bonnes relations entre médecins sont un remède contre le burn-out.

Quel que soit le niveau d'engagement - local, loco-régional, régional ou encore national - nous sommes tous dans la même galère : parlons-nous, respectons-nous !

PROPOS RECUEILLIS PAR ELSA BELLANGER



Dr. Philippe VERMERSCH, président du SML

URPS : Une forme d'indépendance qui peut affaiblir les syndicats nationaux



Dr. Philippe Vermersch,
président du SML.

S'il reconnaît les vertus des Unions régionales des professionnelles de santé (URPS), le Dr. Philippe Vermersch, président du SML, n'en reste pas moins critique sur certains aspects, qui, selon lui, affaiblissent les syndicats nationaux.

>Comment percevez-vous l'évolution des URPS depuis leur origine ?

● Les URPS ont été créées afin de permettre une représentation des acteurs locaux. L'idée était d'élire régionalement des médecins sur des listes syndicales.

On y trouve aujourd'hui 4 ou 5 syndicats représentés selon les régions. Ces élus se réunissent lors d'assemblées générales où siègent entre 40 et 80 médecins

selon la taille des régions et de la communauté médicale. Il s'agit d'une forme d'intersyndicale puisque le bureau est réparti entre les syndicats. L'URPS travaille sur des sujets initiés par les membres du bureau. Cela va de l'aide aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'accompagnement des médecins en burn-out.

>Remplissent-elles leurs missions ?

● Elles ont une utilité en permettant de faire des études, ...>



© Envatoelements

...> de rassembler les acteurs, d'avoir des relais dans tous les coins des territoires et des remontées de confrères implantés partout.

Elles permettent aussi d'assurer une représentation référente vis à vis de l'agence régionale de santé. Mais, encore faut-il que le dialogue s'établisse ! En Occitanie par exemple, le dialogue s'est tenu, pendant longtemps, par des échanges de lettres recommandées. Il a fallu attendre un changement de directeur pour que le dialogue reprenne. Le système est très dépendant des personnes. Un problème majeur vient d'une tendance à l'autonomisation par rapport aux syndicats nationaux. Or, on ne peut pas régler une politique nationale sur une multitude de politiques régionales. Cela brouille la visibilité.

>Vous constatez donc un manque d'articulation entre le national et le régional ?

● Tout à fait ! Une difficulté vient de ce que les médecins siégeant dans les URPS sont élus sur des listes syndicales mais finissent par délaisser leurs attaches. Tous les syndicats s'en plaignent ! Une fois élu, ces représentants se focalisent sur le local et s'éloignent du syndicat.

Ces structures sont des organes techniques de gestion des territoires où les médecins gèrent les problématiques locales en lien avec les ARS. Mais on constate une volonté de s'autonomiser par rapport aux syndicats nationaux. Certaines communiquent leur position sur des enjeux qui relèvent de l'échelon national. Or ce n'est pas leur rôle.

La conséquence de cette logique, c'est l'affaiblissement des syndicats nationaux, avec le risque de se retrouver avec des URPS qui mènent des politiques uniquement régionales.

>Constatez-vous d'autres dérives par rapport à l'ambition initiale ?

● Il peut y avoir une forme de gabegie financière. Des cotisations obligatoires alimentent un budget, dont les montants annuels, conséquents, peuvent atteindre 2 millions d'euros voire plus. Avec ces budgets, elles montent des projets, sans regarder les initiatives similaires lancées ailleurs. Après cinq mandatures, il n'existe toujours pas d'outils pour référencer et centraliser les actions menées dans les différentes régions. Prenons l'exemple des messageries sécurisées. Chacun veut faire la sienne. Cela n'a pas de sens. C'est de la mauvaise gestion selon moi.

Autre point, certaines URPS dégagent des budgets pour les groupes syndicaux. C'est le cas en PACA, mais pas partout. Une organisation entre membres d'un syndicat ouvre pourtant la possibilité de discuter de la politique menée au sein de l'URPS, de proposer des améliorations. Les URPS permettent-elles d'améliorer le dialogue avec les ARS, d'une part, et entre spécialités d'autre part ?

Concernant les ARS, cela est très dépendant des personnes en place. En PACA, par exemple, il y a une bonne synergie, mais en Occitanie, comme évoqué précédemment, le dialogue a été complètement bloqué pendant 4 ans. Sur le dialogue entre spécialistes, le constat est inégal selon les régions. Les URPS ont des bureaux composés à égalité entre généralistes et spécialistes. Toutes les spécialités ne sont pas représentées. Répartis en 3 collèges (qui ne seront plus que 2 en 2021), les élus travaillent dans des commissions sur des sujets en rapport avec les problématiques de la région et sur lesquels ils sont sensibilisés.

Le dynamisme de ces commissions est fonction du dynamisme des professionnels en place. Le dialogue entre les collèges peut se faire en espace réduit au sein du bureau et lors des assemblées générales plus ou moins nombreuses selon les régions.

>Comment les URPS pourraient-elles être améliorées ?

● Mon point de vue est clair : les syndicats devraient nommer les membres des URPS, comme cela se fait aux prudhommes. Cela permet de porter la voix du syndicat sur la scène régionale. Et on évite ainsi que des élus « électrons libres » fondent leurs décisions sur leur propre avis. Les syndicats produisent des programmes qui sont discutés. Mais, dans les URPS, les élus peuvent ne représenter qu'eux-mêmes.

PROPOS RECUEILLIS PAR ELSA BELLANGER

Dr. Philippe ARRAMON-TUCOO, président de l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine

Réflexions sur l'URPS-ML¹



Dr. Philippe Arramon-Tucoo,
radiologue libéral, président
de l'URPS Nouvelle-Aquitaine,
vice-président FNMR.

Il y a deux façons de considérer l'Union Régionale des Professionnels de Santé des médecins libéraux (URPS-ML) selon le degré de connaissance qu'on peut avoir de la structure :

- Soit un machin mal identifié dont on connaît vaguement l'existence mais beaucoup moins bien son objet, son travail et son efficacité
- Soit une structure utile à l'organisation, à la structuration et à la défense de la profession.

Son rôle est en effet l'organisation de la médecine libérale dans le cadre du projet régional de santé dans sa genèse et son suivi, la représentation de la médecine libérale auprès des tutelles - jouant ainsi un rôle d'interface entre les confrères et l'Agence Régionale de Santé (ARS) - et la participation à l'innovation pour l'amélioration des conditions de travail des médecins, au bénéfice des patients.

En quoi l'URPS-ML est-elle utile pour les radiologues ?

1) LA CSOS - Commission spécialisée pour l'organisation des soins - se réunit chaque mois afin d'analyser et de donner son avis sur les nouvelles autorisations d'activités cliniques ou chirurgicales des établissements de santé, leurs renouvellements ainsi que leurs regroupements. On comprend parfaitement l'impact de tout ceci sur l'imagerie médicale. Il en est de même, comme chacun sait, sur les autorisations et le renouvellement de matériel lourd. La préparation du PRS - Projet régional de santé-, tous les cinq ans, est le moment de faire valoir la nécessité d'implanter sur le territoire telle ou telle machine afin que ceci puisse être inscrit et mis en application ultérieurement. Nous avons ensuite à défendre les dossiers libéraux qui sont parfois en concurrence avec les dossiers publics et il est nécessaire d'éclairer la commission afin d'apporter des éléments indispensables à la compréhension d'aberrations et autres incongruités de certains dossiers quand ce n'est pas carrément des vices de procédure.

Nous sommes les seuls à pouvoir faire ce travail devant la complexité pour les non radiologues d'avoir une lecture éclairée. Ici est notre véritable valeur ajoutée au fil des années où nous avons su acquérir une crédibilité croissante auprès des membres de cette commission. De nombreux dossiers peuvent ainsi être réorientés.

Bien entendu, la décision finale revient au directeur général de l'ARS. Nos actions ne sont pas toujours couronnées de succès mais permettent de plus en plus souvent de revoir un dossier sur une séance ultérieure, d'en modifier la composition et ainsi également la décision finale du directeur général de l'ARS. Nos argumentations développées en cours de séance, sont inscrites au procès-verbal et peuvent permettre, en dernière instance, de faciliter un recours ce qui n'est bien entendu jamais souhaitable.

2) Notre spécialité est sans aucun doute une des mieux structurées ce qui nous a permis jusqu'à présent d'anticiper sur les évolutions de notre métier.

Ces évolutions, nombreuses, autant techniques qu'organisationnelles, modifient grandement nos méthodes de travail. Ne pas évoluer dans ce sens est prendre un risque majeur de disparition individuelle ou collective.

Regroupement, téléimagerie, exercice coordonné avec mise en place des CPTS - Communauté professionnelle territoriale de santé -, maillage territorial, ... Tous ces mots doivent aujourd'hui nous être familiers et au centre de nos managements.

L'URPS est au cœur de toutes ces problématiques et permet d'avoir une vision d'ensemble prospective. C'est ainsi qu'en Nouvelle-Aquitaine, nous avons initié la mise en place d'une plate-forme de téléimagerie totalement libérale, à la main des radiologues libéraux, sous la forme d'un GCS² de moyen. Cette plate-forme a pour objectif l'astreinte mutualisée de la région mais aussi l'activité de jour.

Nous avons l'appui de l'ARS et l'accompagnement financier du conseil régional de Nouvelle-Aquitaine. Cette plate-forme a vocation à devenir un outil indispensable et incontournable, à l'image du matériel lourd et il est donc essentiel d'en avoir la maîtrise et la propriété. ...>



...> D'autres sujets doivent nous interpeller et en particulier le dépistage de masse organisé du cancer du sein. En effet, la territorialité dans ce domaine devrait à mon sens être au cœur de nos réflexions si nous ne voulons pas être dépossédé de cette activité que nous maîtrisons aujourd'hui à plus de 90 %.

Bien d'autres sujets encore sont au cœur des actions à l'URPS avec depuis quelques mois une potentialisation entre toutes les régions au sein de la conférence nationale des URPS-ML afin de partager nos différents travaux dont beaucoup sont duplicables d'une région à l'autre.

Même si nous ne sommes pas décisionnaires, notre connaissance du métier ainsi que du terrain, l'objectivité argumentée de nos positions, nous permettent d'augmenter notre crédibilité et notre écoute auprès de l'ARS

avec laquelle nous travaillons en bonne intelligence ce qui n'exclut pas parfois quelques tensions.

Au total, être radiologue et président d'une URPS-ML est une activité passionnante, extrêmement chronophage mais indispensable aujourd'hui et encore davantage demain. Les nouveaux régimes d'autorisation d'activité, la réorganisation complète de l'offre de soins sur le territoire et la survie de notre autonomie seront probablement les grands sujets de demain pour tous les médecins libéraux et en particulier les radiologues. Les URPS médecin libéraux sont là pour nous aider dans la réflexion, l'innovation et l'anticipation indispensable qu'il nous faut conserver. ●

(1) Union Régionale Des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux.

(2) Groupement de Coopération de Sanitaire.

Dr. Bruno SILBERMAN, président de l'URPS ML Ile-de-France

L'URPS quel rôle, quel enjeu ?



DR

Dr. Bruno Silberman, radiologue libéral, président de l'URPS ML Ile-de-France, 1^{er} vice-président FNMR.

Bien des élus radiologues, membres de l'assemblée d'une URPS, me font part d'une certaine lassitude à assister à des discussions en assemblée générale ou en commissions parfois bien loin de leurs préoccupations, alors qu'il leur a fallu traverser toute la région pour ces réunions. Certains même n'en verraient plus l'enjeu.

A la lumière de deux mandats comme président d'une URPS et de nombreuses années comme élu, je comprends cela. Et pourtant, il reste impératif que dans chaque région des médecins radiologues en lien avec la FNMR s'impliquent et soient élus. Voire même qu'ils puissent par leur implication, participer aux instances de direction d'une URPS ou être désignés à une commission importante comme la CSOS¹.

Les missions d'une URPS sont larges. Élues par l'ensemble des médecins libéraux tous les 5 ans, avec une participation très significative autour de 40% au minimum, bien

au-delà des scores d'autres élections professionnelles, les URPS ont une très forte légitimité démocratique pour défendre le rôle de la médecine libérale dans l'organisation des soins dans chaque région face aux tutelles que sont les Agences Régionales de Santé (ARS) toutes puissantes ou les collectivités élues (Conseils régionaux, départementaux ou municipaux).

Pour la radiologie d'aujourd'hui et de demain, les URPS sont la seule porte d'entrée pour être désigné pour siéger dans les CSOS, commission où passent pour avis toutes les demandes d'autorisations d'équipement d'IRM, scanner ou TEP. Même s'il ne s'agit que d'une commission consultative composées de presque 60 membres, c'est le dernier endroit où l'on peut défendre les intérêts de la radiologie libérale de manière légitime et institutionnelle face aux décisions de l'ARS. Qu'un radiologue représentatif en lien avec la FNMR, avec toute la légitimité d'une URPS - mais aussi celle importante pour être écouté et entendu, acquise peu à peu, par une participation régulière à toutes les autres réunions de cette commission - est un des enjeux majeurs pour que soit défendu l'accès à l'imagerie en coupe de la radiologie



© Enveloements

libérale. Les Conseils professionnels (G4) peuvent aussi, suivant les régions intervenir mais à la discrétion de l'ARS qui leur reconnaît ou non un rôle représentatif. Dans tous les cas, l'action des G4 et du représentant de l'URPS à cette commission doit être coordonnée.

C'est aussi par l'URPS que l'on peut tenter d'influer pour amender ce qu'il était convenu d'appeler le **SROS ou schéma en imagerie**, qui détermine pour 5 ans le nombre de nouveaux équipements autorisés ou les critères qui vont être retenus pour cela.

Mais il n'y a pas que ces sujets très « radiologiques » qui sont à défendre au sein d'une URPS :

Avec tous les autres collègues spécialistes élus et qui représentent la moitié de l'assemblée de l'URPS, l'enjeu est aussi de :

- Défendre la création de stage de formation en libéral dans les cabinets ou cliniques pour les internes, première étape pour rendre attractif l'installation.
- Promouvoir l'installation avec les représentants régionaux des internes.
- Obtenir la prise en compte pour les spécialistes d'un financement de participation à la permanence des soins souvent oublié et donc « gratuit » dans le secteur libéral.

- Mieux représenter les jeunes médecins exerçant en établissement privé face aux exigences d'un contrat d'exercice quelques fois léonin imposé par des groupes de cliniques qui parfois deviennent majoritaire, voire seul, dans une région pour certaines activités soumises à autorisations.
- Promouvoir le recours à la téléradiologie selon les cahiers des charges du G4/CNOM.
- Intervenir sur les projets d'archivage régionaux parfois trop hospitalo-centrés.

Et puis d'une manière globale, les URPS sont aussi les acteurs incontournables de l'organisation des soins et donc de l'amélioration de la coordination ou pour accompagner les projets des médecins libéraux dans le territoire.

La « mode » de notre période, ce sont les **CPTS**, Communautés Professionnelle de Territoire de Santé. Elles concernent avant tous les généralistes et présentent pour demain un véritable risque vers un encadrement techno et administratif de notre exercice libéral à la seule main des ARS et de l'assurance maladie qui les financent. Pour les spécialistes et en particulier nous les radiologues, notre territoire d'exercice et donc notre patientèle, est bien différente, plus vaste que nos amis généralistes. C'est pourquoi il faudra veiller à ne pas laisser s'enfermer dans les régions l'exercice des spécialistes et celui des radiologues, sous la gouvernance de ces seules CPTS.

C'est aussi un des rôles de l'URPS que de défendre les spécificités de chaque région face à des directives nationale trop uniformes et une certaine idée de l'exercice libéral face aux tutelles régionales.

Pour cela il faut le faire avec l'ensemble des élus, avec nos amis généralistes qui représentent l'autre moitié de l'assemblée et il faut élire un bureau qui va tenir compte aussi des intérêts des spécialistes, sans se limiter au seul 1^{er} recours, discours et préoccupation unique depuis plus de 10 ans, 3 textes législatifs et 2 conventions.

Les URPS sont devenues la seule véritable représentation capable d'agir pour la défense de notre exercice dans chacune de nos régions et il faut y être et y participer. ●

(1) Ou (COSOS) Commission spécialisée pour l'organisation des soins



Dr Pierre-Jean TERNAMIAN, président de l'URPS ML AURA¹

5 ans de mandature en tant que président de l'URPS Médecins libéraux Auvergne Rhône Alpes

Cela passe très vite, et comme la cuisine lyonnaise, c'est une alchimie aux fourneaux à sans cesse surveiller à feu doux, en dirigeant une brigade avec un objectif « la défense des médecins libéraux et les aider ». Avantage en Aura, une équipe dirigeante soudée, pluri syndicale, avec un programme défini avant ensemble, puis nous avons choisi l'équipe et nous avons gagné les élections avec 61 voix sur 80. Nous avons un bureau élargi qui fonctionne bien, une vraie alliance pour la défense de nos confrères libéraux.



DR

Dr Pierre-Jean Ternamian, radiologue libéral, président de l'URPS ML AURA, vice-président FNMR.

Il nous a fallu un an pour monter en puissance le back office, recruter une ressource humaine RH, puis l'ancienne directrice des soins de l'ARS² AURA Céline Vigné comme directrice générale, puis deux chargés de missions CPTS³ et récemment une directrice projet médical Catherine Bernard.

Nous avons aussi procédé au rachat de l'étage au-dessus de nos locaux URPS qui appartenait au service informatique de la CPAM⁴ du Rhône, pour pouvoir réaménager les deux plateaux de

500m2 chacun pour avoir des salles de conférence vidéo, et surtout une salle modulaire vidéo de 80 + 80 soit 160 places. Nous lançons cette année la mise à niveau du site d'Aubières dans la banlieue de Clermont-Ferrand hérité de l'Auvergne. La CN⁵ URPS va faire son séminaire sur les outils numériques URPS chez nous.

Nous essayons de monter une Inter URPS avec les autres URPS professionnels de santé. C'est semé d'embûches mais cela fonctionne et permet de dialoguer et de par-

tager nos visions de la santé libérale, surtout avec ma Santé 2022 et l'arrivée des CPTS que l'on accompagne en inter URPS.

Nous avons continué les outils de Territoires de santé numériques (TSN), initiés sous la précédente mandature, à savoir les objets connectés, le carnet de vaccination électronique (CVE) qui va être intégré au Dossier Médical Partagé (DMP), avec une application URPS sur mobile, et le Réseau Sécurisé Professionnel Santé (RSPS) là aussi avec une application mobile URPS calibré pour les CPTS.

Nous avons aussi développé en 2019, opérationnel en 2020, un Agenda partagé Medunion, par les médecins, pour les médecins, et **un logiciel Medunion Urgence pour gérer la permanence des soins ambulatoires** pour les médecins libéraux, en interface avec un établissement privé ou public ou en autonomie, aussi bien pour les médecins généralistes que pour les spécialistes. **Il est adaptable pour les radiologues.** Cela tourne en routine depuis plus d'un an à Annemasse aux urgences du GHT⁶. Et cela a démontré son efficacité en cassant l'augmentation inexorable du passage aux urgences. Nous l'avons mobilisé pour le Coronaravirus en Haute-Savoie.

Nous discutons avec l'ARS AURA avec le soutien du Conseil national de la radiologie (G4) et via un article 51 dérogatoire pour avoir une offre mixte libérale publique pour gérer la PDSA⁷ de radiologie en région.

Plus spécifiquement pour les radiologues, nous avons privilégié les rencontres préalables avec les autres

« Il a fallu lutter seul en 2019
pour que les autorisations
d'équipements ne soient pas attribuées
aux seuls établissements. »

membres de la CSOS⁸ pour défendre les projets des médecins libéraux et des radiologues libéraux. Nous avons la chance d'avoir obtenu qu'Alain François, vice-président de la FNMR, soit élu comme vice-président de la CSOS. Nous avons des réunions tous les deux mois avec la Direction de l'Offre de Soins de l'ARS (DOS), même si les réunions du Comité Régional d'Imagerie Médicale (CRIM) ont été espacées du fait de l'ARS. Nous avons organisé l'inter URPS à la CRSA⁹ avec les autres professionnels de santé. Le problème est le retard dans le nouveau régime des autorisations qui paralyse potentiellement l'évolution du Plan régional Santé (PRS). Je participe avec les syndicats et les fédérations hospitalière à la commission faitière des autorisations à la Direction Générale de l'offre de Soins. (DGOS) : Ne sortiront en 2020 que les SSR, la cardiologie et la neurologie interventionnelle à priori.

Il a fallu lutter seul en 2019, pour défendre que les autorisations d'équipements ne soient pas attribuées qu'aux seuls établissements comme le souhaitait la FHF et la FHP¹⁰, mais aussi aux utilisateurs, ce qui permet à des groupes de médecins dont les radiologues de continuer à posséder leurs autorisations de scanner ou d'IRM. Même si l'évolution vers un statut d'établissement de santé complique la position des GIE¹¹ d'imagerie qui devront évoluer vers un nouveau statut encore inconnu à ce jour. Se pose aussi la problématique bien expliquée au dernier conseil d'administration de la FNMR sur les autorisations par site ou par groupe. Je participe aussi à la commission faitière à la DGOS sur les hôpitaux de proximité. Le grand sujet est leur gouvernance et la place des libéraux avec une vraie demande de ma part pour une place des spécialistes libéraux en particulier les radiologues y compris à distance.

Des avenants conventionnels se profilent, un nouveau

régime d'autorisation de nos équipements aussi, de notre organisation territoriale, avec la montée en puissance des CPTS, les contraintes de socle de ma Santé numérique 2022. Pour les radiologues spécialistes, il faut obtenir leur participation directe dans les CPTS sinon ils seront marginalisés.

Il nous faut une vraie libéralisation de nos régimes d'autorisation d'équipements lourds mais on peut rêver... Si nous obtenons au moins par site la possibilité d'y ajouter par simple déclaration une deuxième machine, ce serait déjà bien, il nous faut aussi une autorisation par groupe plus souple pour éviter le classique d'une autorisation possible mais sur un site pré existant en général public... Il nous faut réinventer les GIE et ne pas se faire léser par les GHT.

Il faut pouvoir contractualiser avec les hôpitaux de proximité pour défendre le tissu libéral radiologique. La démographie libérale radiologique est sous pression, il nous faut évoluer dans la taille de nos groupes, dans nos territoires.

Le paysage syndical saute dans l'inconnue avec l'éclatement de la CSMF¹², l'émergence d'Avenir Spé et le devenir des syndicats poly catégoriels. Cela peut rebattre les cartes pour les futures élections URPS de 2021.

L'URPS est le meilleur système pour porter la voix des radiologues auprès de nos ARS. Les prochaines élections URPS sont repoussées à avril 2021, il faudra être nombreux sur toutes les listes électorales pour rééditera l'exploit d'avoir trois présidences en Ile de France, Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine sur 17 URPS. ●

(1) Union régionale des professionnels de santé – Médecins Libéraux – Auvergne-Rhône-Alpes.

(2) Agence régionale de santé.

(3) Communautés professionnelles territoriales de santé.

(4) Caisse primaire d'assurance maladie.

(5) Commission nationale.

(6) Groupement Hospitalier de territoire.

(7) Permanence des soins ambulatoires.

(8) Commission spécialisée pour l'organisation des soins.

(9) Commission régionale de santé et de l'autonomie.

(10) Fédération hospitalière de France et Fédération de l'hospitalisation privée.

(11) Groupement d'intérêt économique.

(12) Confédération des syndicats médicaux français.



Dr. Patrick Souteyrand, radiologue libéral

Pourquoi les médecins libéraux ont raison d'être méfiants face aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ?



Dr. Patrick Souteyrand,
Radiologue libéral. Membre de l'URPS¹ Occitanie. Nommé à ce titre à la CRSA² et la COSOS³.

Si la réorganisation du secteur hospitalier mettant en place une graduation des soins et créant des GHT qui associent des centres hospitaliers importants et d'autres plus petits, ainsi confortés, paraît logique et même souhaitable, elle ne saurait se faire au détriment du secteur libéral surtout quand celui-ci existe déjà dans le territoire et qu'il est, de plus, bien organisé et donne toute satisfaction aux usagers.

Le plus mauvais exemple est le projet du GHT CHU de Montpellier-Sud Aveyron - C'est à dire principalement le CH

de Millau - portant sur Clermont l'Hérault, ville de 9000 habitants au sein d'un bassin de population en pleine expansion et située à l'intérieur d'un triangle Montpellier-Béziers-Lodève, villes dotées en scanners.

Le GHT demande l'autorisation d'exploitation d'un scanner à Clermont l'Hérault. Scanner dont les examens seraient interprétés soit sur place, soit par téléradiologie par des médecins du CHU de Montpellier, ce dernier projetant à cet effet le recrutement de deux PH⁴. Des consultations avancées du CHU en orthopédie et gynécologie sont par ailleurs en phase de développement.

Ce secteur ne manque pourtant pas d'acteurs libéraux et, entre autres, d'un cabinet de radiologie installé depuis plus de 40 ans à Clermont l'Hérault. Il est géré par un groupe de 12 radiologues libéraux qui assurent aussi le

fonctionnement du scanner de Pézenas situé à seulement 20 kms :

- Le cabinet de radiologie est situé dans des locaux neufs où viennent consulter 30 spécialistes venant de Montpellier, Béziers, Pezenas représentant 19 spécialités. Il est pris comme exemple par le Conseil national de l'Ordre et il participe à la mise en place d'un CPTS.
- Il assure de façon contractuelle l'imagerie en radiologie conventionnelle et l'échographie du Centre Hospitalier voisin.
- Pour les patients du territoire, il assure toute l'échographie (obstétricale entre autres), la radiographie conventionnelle qui garde toujours des indications, la radiologie dentaire et surtout le dépistage du cancer du sein (il assure entre 10 et 12 % de l'activité dépistage du département de l'Hérault !).
- Il a le soutien de la Maison médicale de garde pourtant située dans les locaux du CH ainsi que de l'association Santé Lib Cœur d'Hérault qui regroupe une centaine de professionnels de santé libéraux.
- Tous ces radiologues exercent en secteur 1 sans dépassement d'honoraires.

Pour ce qui concerne l'implantation d'un scanner, les radiologues libéraux apprenant fortuitement la demande d'installation d'un scanner par le CHU sur le site du CH et n'ayant pas été convié à y participer ont déposé une demande en nom propre.

Si ce projet exclusivement hospitalier venait à voir le jour, le centre libéral devrait fermer à terme, dans l'impos-

sibilité de trouver de jeunes successeurs pour réaliser uniquement une imagerie conventionnelle sans adosser à une imagerie en coupe, demain seule pertinente dans de nombreuses indications.

Où iront alors les Clermontois pour réaliser un simple panoramique dentaire, une échographie obstétricale ou une mammographie de dépistage, toutes activités non pratiquées par le CHU ?

Cette demande va à l'inverse des recommandations du Conseil National de la Radiologie - regroupant radiologues publics, libéraux, société savante de radiologie et enseignants de radiologie - qui préconise des plateaux d'imagerie complets permettant de proposer au patient la technique la plus adéquate en fonction de la pathologie recherchée.

Installer une imagerie moderne dans un tel bassin de population est à l'évidence cohérent et légitime, mais l'attitude agressive du CHU envers le secteur libéral présent depuis si longtemps dans le territoire est non seulement inélégante mais surtout inappropriée. La ressource

médicale est trop précieuse pour la gaspiller dans des territoires où sont déjà présents des professionnels prêts à répondre à tous les besoins de la population si on leur donne les autorisations requises, en particulier pour implanter un scanner.

Voudrait-on aggraver le climat de méfiance qu'inspire aux libéraux la volonté hégémonique du secteur hospitalier ?

En CSOS, pour la première fois le CHU a été mis en très large minorité. Malgré cela l'ARS a choisi de ne pas choisir. Aucune autorisation d'installation de scanner pour l'Hérault depuis plus de 5 ans.

A ce titre, le retard en équipement d'imagerie en coupe, par rapport aux autres pays n'est pas prêt de diminuer. ●

(1) Union régionale des professionnels de santé.

(2) Commission régionale de la santé et de l'autonomie.

(3) Commission de l'organisation des soins.

(4) Praticien hospitalier.

Publi-rédactionnel

UNE DÉMARCHE QUALITÉ EN IMAGERIE MÉDICALE ? POUR QUOI FAIRE ? NOUS TRAVAILLONS DÉJÀ TRÈS BIEN !

Bien évidemment, la mise en place d'une démarche qualité n'est nullement une remise en cause du travail et du professionnalisme de votre métier ; mais alors pourquoi mettre en place un système de management de la qualité via LABELIX ?

Voici les 5 principales raisons :

- La décision n° 2019-DC-0660 de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) impose la mise en œuvre d'une démarche qualité et de gestion des risques orientée radioprotection patient pour l'utilisation de dispositifs médicaux utilisant des rayonnements ionisants.
- La mise en place de la labellisation LABELIX est un projet fédérateur pour toute l'équipe. Chaque acteur - secrétaire, manipulateur, médecin, technicien de surface - participe et collabore au projet.
- La labellisation permet entre autre d'encadrer et de suivre au plus près les exigences de sécurité, aussi bien la sécurité incendie, des équipements, du patient ou bien la sécurité de votre système informatique.
- Grace au label LABELIX, vous prouvez que le patient est au cœur de votre organisation, par une harmonisation et une uniformisation de vos pratiques. La confidentialité, la prise en charge et le respect du patient sont des points importants.
- LABELIX vous aide à assurer la matériovigilance, la pharmacovigilance, l'identitovigilance et la radiovigilance : une action de veille indispensable.

En conclusion : LABELIX assure la qualité de votre prestation et la sécurité de vos patients !

Marlène RENAUD - CQS

Quel que soit votre mode d'exercice, engagez-vous dans la démarche qualité Labelix, pour vos patients, vos équipes, vos structures.

Si vous n'êtes pas encore labellisés, demandez la documentation pour entrer dans la démarche à : info@labelix.org



CONTACTEZ-NOUS

LABELIX • 168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris

Tél. 01 82 83 10 21 • Fax : 01 45 51 83 15 • info@labelix.org

Les effets de la concurrence sur les tarifs médicaux

Quels sont les facteurs qui déterminent l'activité d'un médecin libéral ? La DREES¹ constate, que pour un médecin conventionné en secteur 1, l'activité dépend de ses caractéristiques individuelles comme sa situation familiale ou ses revenus non professionnels. Pour un praticien de secteur 2, le volume de soins délivrés augmente dans le cas d'un accroissement de la concurrence alors qu'inversement ses tarifs diminuent.



En France, les médecins de secteur 1 appliquent, sauf exception, les tarifs conventionnels sans dépassement alors que ceux qui exercent en secteur 2 choisissent librement leurs tarifs avec tact et mesure. Il en résulte une forte hétérogénéité des tarifs pour un même acte. L'étude de la DREES montre ainsi qu'un acte en ophtalmologie ambulatoire est de 28,50 € en secteur 1 contre 47,80 € en secteur 2. L'offre de soins est également variable et va dépendre de plusieurs facteurs comme l'âge du médecin, son sexe, son expérience, sa situation familiale, ses revenus non professionnels (ceux de son conjoint par exemple).

L'offre de soins dépend aussi de l'environnement professionnel en fonction de la densité de médecins de la même spécialité dans la même zone géographique. Le niveau de vie de la population environnante est un autre facteur.

LES SPÉCIALISTES² S'INSTALLENT MAJORITAIREMENT EN SECTEUR 2

La majorité des spécialistes qui s'installent le font en secteur 2. Cette tendance se renforce depuis 2005. Pour les spécialités directement étudiées par la DREES, les auteurs constatent qu'entre 2011 et 2014, 85% des gynécologues et des ophtalmologues ainsi que 53% des pédiatres ont choisi le secteur 2.

LA DENSITÉ DE SPÉCIALISTES

La concurrence entre médecins d'une même spécialité, conventionnés en secteur 2 et exerçant dans la même zone géographique est relativement importante. En moyenne, chaque spécialiste secteur 2 exerce dans la même zone que 45 médecins de la même spécialité. La moitié des spécialistes de secteur 2 ont moins de 20 confrères de la même spécialité exerçant dans la même zone géographique.

Les médecins doivent s'adapter à un environnement concurrentiel qui peut évoluer sensiblement en quelques années. Ainsi, de 2011 à 2014, chaque spécialiste a, en moyenne, «perdu» un concurrent, un quart des spécialistes ont perdu deux concurrents et un autre quart en a un de plus. En revanche, les concurrents de la même spécialité mais inscrits en secteur 1 sont en nombre plus réduit, 14 en moyenne par zone géographique en diminution sur la période d'une ou deux unités(s). ...>



Dr Jean TRAMALLONI
et la participation du Dr Guillaume JOURDAN

Ateliers **nodules** et **cancers thyroïdiens**

**FORMATION À DISTANCE
ET À LA DEMANDE**

1. Un parcours interactif
avec 8 cas en pratique courante
2. Travailler les notions exposées
lors de la formation « *Echographie des nodules
et des cancers thyroïdiens* »
3. Travailler l'échographie des
thyroïdites et des parathyroïdes
4. Travailler les difficultés dans
l'élaboration du score EU-TIRADS

Frais d'inscription : 339€

...> LES EFFETS DE LA CONCURRENCE SUR LES PRIX ET L'ACTIVITÉ

Une première approche des relations entre la concurrence et les prix montre que plus la densité de médecins est forte, plus les prix pratiqués sont élevés ce qui est contraire au principe théorique de la concurrence. En réalité, les auteurs notent que cet effet disparaît s'il est tenu compte de la commune d'exercice, c'est à dire de la demande locale. La concurrence suscite bien une baisse des prix s'il est tenu compte des caractéristiques individuelles des médecins.

En combinant les différents facteurs, on constate que les médecins de secteur 2 baissent leurs tarifs de 3,5% quand un confrère s'installe en secteur 2 dans leur zone géographique.

En revanche, l'installation d'un médecin de secteur 1 ne provoquera qu'une baisse de 0,35% des tarifs pratiqués par les médecins de secteur 2. En contrepartie, l'augmentation de la concurrence poussera le médecin de secteur 2 à augmenter son activité de 3% pour compenser la baisse de ses tarifs. Globalement, le total de ses honoraires sera maintenu.

LA CONCURRENCE ET LES ACTES TECHNIQUES

L'augmentation de la concurrence se traduit par une diminution du nombre de patients et de consultations dans l'année pour un praticien de secteur 2. Mais les auteurs relèvent que les spécialités de l'étude qui réalisent des actes techniques (ophtalmologues et gynécologues-obstétriciens) – qui représentent la moitié de leur activité – augmentent le nombre de ces actes en cas de hausse de la concurrence faisant plus que compenser la baisse du nombre de consultations et des prix qu'ils pratiquent. Les auteurs soulignent que les taux de dépassement sont plus faibles sur les actes techniques que sur les consultations (50% contre 100%), les prix conventionnels des actes techniques étant mieux valorisés par l'Assurance maladie.

Sur ce point, les conclusions de l'étude de la DREES ne sont a priori par extrapolables aux médecins radiologues. En effet, si ces derniers, comme les spécialités de l'étude, facturent peu de dépassements et pour des montants limités, les tarifs de leurs actes ont connu, depuis plus de dix ans, des baisses de valeur continue.

TARIFS DU SECTEUR 2 ET REVENU DE LA POPULATION

L'étude confirme une évidence : les tarifs pratiqués par les médecins de secteur 2 sont plus élevés dans les

communes dont la population dispose d'un fort revenu. Une hausse de ce revenu provoque une hausse des tarifs mais, inversement, une baisse de l'activité. Pour les auteurs, ces résultats peuvent s'interpréter comme un ensemble de réactions du médecin ayant pour objectif de maintenir son niveau global de revenu.

Les auteurs observent que dans les zones géographiques où les médecins de secteur 1 sont plus nombreux que la moyenne nationale, les médecins de secteur 2 pratiquent des prix plus faibles que la moyenne mais ont une activité plus importante. Dans ces zones, les réactions aux variations de concurrence sont moins fortes que dans les autres zones.

EN SECTEUR 1, L'ACTIVITÉ EST INDÉPENDANTE DE L'OFFRE LOCALE

Les médecins de secteur 1 ne modifient pas leur quantité de travail en cas de modification de la densité médicale ou du revenu moyen dans leur zone géographique. Leur offre de travail ne dépend que de leurs préférences individuelles.

Dans le cas où le nombre de spécialistes augmentent dans leur zone, le nombre de patients vus par les médecins de secteur 1 baisse mais pas le nombre de consultations ce qui laisse supposer une réduction des délais d'attente. La pratique des actes techniques ne change pas quelle que soit la spécialité.

REVENUS ET VOLUME DE SOINS

Quel que soit son secteur conventionnel, un médecin module son activité en fonction de l'ensemble des revenus de son foyer. Une hausse de ses revenus non professionnels (valeurs mobilières ou revenus du conjoint) l'incite à diminuer son activité. L'impact est plus fort pour les médecins en secteur 1 qui ne peuvent pas relever leur prix.

Pour les auteurs, ces résultats sont en concordance avec la théorie selon laquelle les médecins auraient pour objectif un revenu cible global et moduleraient leur activité de manière à l'atteindre. ●

(1) Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît – Anne Pla, Philippe Choné, Elise Coudin – Etudes et Résultats n° 1137 de janvier 2020.

(2) L'étude porte sur la période 2011 à 2014 pour trois spécialités (gynécologie, pédiatrie et ophtalmologie) qui sont d'accès direct sans passage obligatoire par le médecin traitant.

CESSIONS / ASSOCIATIONS

10914 01 CHERCHE ASSOCIE(E) Imagerie médicale Pays de Gex, région frontalière de Genève- SELARL 6 associés, IRM sur site, TDM et IRM en GIE, rech. associé(e).
> Contact : Dr Jean-François LANDEL : 04 50 40 82 56 - 06 03 25 46 63 - Email : isabelle.riedinger.radiologie@orange.fr

10916 62 CHERCHE ASSOCIE(E) Hauts de France - Saint-Omer - SCP 5 radiols. Rech. associé(e) forte activité sur 2 sites - Radio gén. et interventionnelle, écho y com-

- Vous pouvez consulter les annonces sur le site internet de la FNMR : www.fnmr.org
- Les adhérents de la Fédération peuvent déposer leur annonce directement sur le site à partir de l'espace adhérent

pris spécialisée, séno, cône beam, scanner en propre, vacations IRM (1.5 et 3 T) par convention sur hôpital

> Contact : Dr FLAMENT : 06 12 95 67 91
Email : jfflament@aol.com

10917 57 CÈDE CABINET Cède cabinet de ville, 2 médecins en activité. Activité : radio. conv., écho., mammo., IRM et scanner en GIE
> Contact :
Email : imagerie.moselle@gmail.com

REPLACEMENTS

10906 75 CHERCHE REMPLAÇANT(E) Cab. rech. remplaçant(s) radio. conv., écho., mammo., scan, IRM pour vacations régulières et nombreuses périodes à tps plein. - Possibilité association voire reprise à terme
> Contact Dr ZERBIB : 01 42 09 04 04 ou 06 63 19 13 29
Email : t.zerbib@orange.fr

10909 89 CHERCHE REMPLAÇANT(E) Départ retraite et augm. activité, SELARL 7 radiols rech. rempl. en vue d'une future association. Activité pluridisciplinaire sur 2 sites mitoyens, IRM (projet pour 2^e IRM), scan, mammo numérisée, interventionnel : biopsies et infiltrations, 2 éch. radio gén. avec table numérisée
> Contact : 06 08 67 70 75

10915 55 CHERCHE REMPLAÇANT(E) URGENT - Verdun - rech. remplaçant(s) pour 6 semaines à partir du 20/01/2020
> 03 29 86 09 84 ou 06 65 77 75 62

10918 60 CHERCHE REMPLAÇANT(E) ACRIM Compiègne structure multi-sites recrute radiol. pour remplis réguliers - possibilité installation rapide de février à décembre 2020 - Radio. conv., écho, mammo, 4 scanners et 3 IRM, téléradio.
> Catherine COL : 03 64 47 10 52 - CV à adresser par mail : catherine.col@acrim.fr

Élections bureaux

CHER

Le Syndicat départemental du Cher a procédé au renouvellement de son Bureau le 27 novembre 2019 :

Président : Dr Philippe MOYSAN (Saint-Doulchard)
Secrétaire général : Dr Juani AYIVI-TOGBASSA (Bourges)
Trésorier : Dr Philippe MEUNIER (Vierzon)

LOIRET

Le Syndicat départemental du Loiret a procédé au renouvellement de son Bureau le 11 décembre 2019 :

Président : Dr Eric MADEUF (Montargis)
Vice-Présidente : Dr Laurence CASTELAIN (Pithiviers)
Secrétaire général : Dr Charles COFFIN (Olivet)
Trésorière : Dr Théodora GIUDICELLI (Montargis)

GRAND EST

L'Union Régionale des Médecins Radiologues du Grand Est a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 28 novembre 2019 :

Complément administrateurs (Revue 431)

Suppléante : Dr Magdalena BIVOLARU (67)

CENTRE

L'Union Régionale des Médecins Radiologues du Centre a procédé à l'élection de son Bureau le 14 janvier 2020 :

Président / Secrétaire général : Dr Eric MADEUF (45)
Trésorière : Dr Florence LAIR (41)

L'Union Régionale des Médecins Radiologues du Centre a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 14 janvier 2020 :

Titulaires : Dr Florence LAIR (41)
Dr Eric MADEUF (45)
Dr Elise NEVEU BRUERE (37)
Suppléant : Dr Philippe MOYSAN (18)

AVEC LEUR ASSURANCE VIES, ILS ONT RÉNOVÉ LEUR MAISON ET PRÉPARENT DÉSORMAIS L'ACHAT DE LEUR BATEAU.

Études, achat immobilier, voyages,
lancement d'une activité
professionnelle, transmission...

Et vous, que ferez-vous avec votre assurance vie⁽¹⁾ ?

Prenez rendez-vous avec votre conseiller car
il existe un risque de perte en capital sur les
supports libellés en unités de compte⁽²⁾.

macsf.fr

3233

Service gratuit
+ prix appel

PUBLICITÉ

(1) RES Multisupport est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative libellé en euros et en unités de compte souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite. RES Capitalisation est un contrat de capitalisation individuel nominatif, libellé en euros et en unités de compte souscrit auprès de la MACSF Epargne retraite. (2) L'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte et non sur leur valeur. Les montants investis sur les supports Sen unités de compte ne sont pas garantis mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. La description et le fonctionnement des supports en unités de compte sont détaillés dans la notice d'information du contrat, dans les Documents d'Information Clés (DIC) et dans les Documents d'Information Clés pour l'Investisseur (DICl) ou dans les documents équivalents agréés par l'AMF, disponibles sur la page Supports financiers du site macsf.fr.

MACSF épargne retraite - Société Anonyme d'Assurances sur la Vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 403 071 095 - Siège social : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 - 92919 LA DEFENSE CEDEX/France. MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.