

10 JUIN
2013

L'ACP, à l'heure du choix

Financement et nomenclature :

Peut-on faire confiance à l'Assurance Maladie ?

La profonde crise économique et morale qui touche la France rend aujourd'hui très difficile toute négociation avec l'Assurance Maladie sur la revalorisation des actes médicaux. La biologie subit sa septième baisse tarifaire, la radiologie y a également été confrontée à plusieurs reprises.

Depuis plus de quatre ans, le syndicat était en négociations avec la CNAM pour finaliser la CCAM-V2 qui devait s'accompagner d'une revalorisation des actes, en particulier en cancérologie.

Pour convaincre l'Assurance Maladie de réactualiser correctement les tarifs ACP, nous avons compté sur le soutien des syndicats transversaux, sur les recommandations des deux plans cancer, sur le constat du rapport DGOS-ACP 2012, sur l'impact médico-économique majeur de notre spécialité. **En vain !**

La CNAM-TS n'a octroyé à l'ACP qu'une très faible augmentation de 4 % alors que nous avons vingt cinq ans, la baisse constants du prix des actes complexité augmentait. Cette en application fin 2013 étant un nouvel avenant à la rédigé.



démontré que, depuis moyenne en euros dépassait 40% et que leur revalorisation sera mise donné les délais légaux et convention médicale sera

Ces résultats très décevants l'enjeu que doit défendre rapport avec l'énorme

SMPF. Ils ne compensent en rien la baisse de tarification et les importantes inégalités de tarification qui existent au sein même de la spécialité. Au delà du coté financier et au terme de plus de 10 ans de construction de la CCAM-ACP (CCAM-V1, puis V2), nous ne pouvons que constater l'absence de fiabilité de nos interlocuteurs. Sans doute étions trop naïfs en imaginant que l'assurance maladie serait sensible à des arguments de bon sens et avait pour obligation de respecter les principes de la CCAM qu'elle avait elle-même édictés.

ne sont ni au niveau de notre spécialité, ni en travail réalisé par le

Les dès étaient pipés dès l'origine ; nos interlocuteurs ont changé à trois reprises nous épuisant à renouveler indéfiniment les mêmes arguments ; les tricheries et les exemples de mauvaise foi se sont multipliés ; Les accords se sont faits dans notre dos.

En fait, il ne s'agissait pas de financer l'ACP à sa juste valeur en prenant en compte son impact médico-économique mais d'**une simple négociation commerciale** en plusieurs rounds à laquelle les représentants de la CNAM étaient rompus puisque nous arrivions en derniers pour la CCAM technique, les autres spécialités étant passées avant. La qualité du diagnostic ACP et son impact sur le coût des traitements semblaient sans intérêt pour nos interlocuteurs qui n'avaient qu'une stratégie à court terme.

AU SOMMAIRE

CCAM-V2 : SORTIE FIN 2013**CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS****RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE EN ACP**

Parallèlement, l'avenant 8 de la convention médicale met en place deux dispositions qui peuvent concerner certains pathologistes : le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).



1- CCAM V2 : Sortie fin 2013

• Rappel concernant la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) : la théorie

La méthodologie utilisée pour la nomenclature unique est issue de travaux américains. Les principes sont les suivants : elle est exhaustive, maniable, évolutive et non ambiguë dans la rédaction des libellés. Enfin, elle doit tenir compte de "l'état de l'art" et de la notion d'actes moyens.

Elaborée par la CNAMTS avec plus de 1500 experts des sociétés savantes, elle comprend des milliers de libellés classés en 17 chapitres, chacun correspondant à un "grand appareil" et décrivant de façon minutieuse l'ensemble des actes médicaux répertoriés.

Terminé le système des lettres clefs (P pour l'ACP) assorties d'un coefficient ! Chaque libellé est désormais doté d'un code spécifique. Ce système devrait fournir à la CNAMTS un véritable outil statistique sur la fréquence des actes médicaux réalisés. Mais surtout, la CCAM devait permettre la revalorisation des actes médicaux. En effet, la principale caractéristique de cette nouvelle nomenclature est d'établir une hiérarchie des actes médicaux. Les actes sont classés selon les ressources nécessaires à leur réalisation, c'est-à-dire le travail du médecin et ses charges professionnelles. Le nombre de points travail a été évalué dans chacune des spécialités puis entre les disciplines, produisant ainsi une échelle unique hiérarchisant les milliers de codes de la nomenclature. Ainsi, l'honoraire pour un acte est désormais égal au

prix du travail additionné au coût de la pratique.

- Le travail médical est évalué en fonction de 4 critères : la durée de l'acte, le stress, la compétence médicale, et l'effort mental.

- Le coût de la pratique (charges professionnelles) ne se limite pas aux charges de fonctionnement des cabinets, il comprend également les surcoûts qui correspondent aux charges liées à une activité coûteuse, exercée par une faible fraction de praticiens. L'évaluation des charges professionnelles a été réalisée pour une pratique de secteur 1, à partir des charges observées dans deux sources de données : les déclarations fiscales de Bénéfices non Commerciaux de la Direction Générale des Impôts, et les statistiques du Système National Inter-Régimes (SNIR). Certaines spécialités comme l'ACP y ont adjoint une enquête dans les cabinets médicaux.

Entre 2005 et 2007, 750 M€ ont ainsi été consacrés à la revalorisation des spécialités techniques à l'exception, bien sur, de l'ACP toujours en retard. Cette somme est entrain d'être partiellement reprise par certaines baisses (radiologie, biologie) et par l'érosion monétaire.

• La CCAM-ACP : la réalité

Durant ces six dernières années, l'assurance maladie avait accepté l'introduction de deux actes nouveaux sous financés (HIS et HPV). Pour être juste, et pour relayer ce que la CNAM nous a répété réunion après réunion, l'ACP a eu droit également à deux revalorisations : P50/YYYY040 et

P100/YYYY042. Personne n'est dupe du fait que, après 25 années de blocage, ces suppléments n'ont pas spontanément été proposés par la CNAM et que, de plus, ils ne compensaient qu'à peine la baisse du P en 2000.

A partir de 2007, le SMPF a réussi à convaincre la CNAM de l'indigence de la CCAM-V1 qui n'était qu'une transcription de l'ancienne NGAP, ceci particulièrement dans le domaine de la cancérologie. L'assurance maladie a accepté d'engager le travail afin de mettre en place une « vrai CCAM-ACP ». Des dizaines de réunions annuelles ont eu lieu, souvent parallèlement à celles du rapport DGOS-ACP paru en 2012. L'assurance maladie a systématiquement gagné du temps et, surtout, n'a aucunement respecté les principes de la CCAM qu'elle avait elle-même édictés en 2000. A de multiples reprises, la tentation a été forte pour le SMPF de claquer la porte des négociations.

A travers la hiérarchisation des actes et l'étude parallèle du coût de la pratique, la CCAM devait donc déboucher sur une tarification des actes dépendants donc du travail médical et du coût de la pratique. Pour l'ACP, cette CCAM tarifante a été abandonnées en cours de route par le département des actes médicaux après trois années de négociation et il ne persiste aujourd'hui qu'une CCAM descriptive totalement déconnectée du coût de la pratique, donc du coût réel des actes.

Le travail de hiérarchisation des actes sous la responsabilité des

sociétés savantes (SFP et SFCC) correspondant à cette CCAM descriptive a abouti à 186 libellés différents d'actes ACP.

Par contre, l'étude du coût de la pratique c'est-à-dire des frais engagés acte par acte (à titre d'exemple, le coût technique est différent entre un frottis et une pièce opératoire complexe) devant permettre de déterminer les tarifs cibles (i.e., les vrais tarifs) pour chaque acte a totalement été abandonné par l'assurance maladie.

L'enquête sur le coût de la pratique de l'ACP n'a que peu d'équivalents dans les autres spécialités médicales. Aucune n'a accepté un tel niveau de transparence. Nous avons accepté et promu cette enquête sur la promesse que les résultats seraient exploités pour calculer les tarifs « réels » de nos actes tenant compte à la fois des difficultés médicales et du poids des

Le département des actes de l'assurance maladie a contesté les chiffres du coût de la pratique découlant de l'enquête réalisée fin 2011 dans les cabinets d'ACP et n'a pris en compte aucune autre donnée officielle. La raison est facile à comprendre : quand la température du thermomètre monte trop, on casse le thermomètre pour ne pas savoir. C'est ce qui est intervenu lorsque le travail de ces dernières années nous a permis d'établir que le coût moyen de la pratique en ACP s'élève à 70% du prix de l'acte, soit le coût le plus élevé de toutes les spécialités médicales

• **En conclusion :** étant donné la situation économique actuelle et après un vote en conseil d'administration, le syndicat a accepté la proposition de l'Assurance Maladie correspondant à une revalorisation de 4% pour

L'objectif du SMPF était d'obtenir la CCAM en ACP, pour rejoindre, enfin, les autres spécialités techniques.

Les réunions ont, en grande partie, consisté à expliquer, encore et toujours, les contraintes de notre métier et son intérêt. Nous avons dû tout justifier, tout démontrer, tout en devant faire face à la perpétuelle suspicion de nos interlocuteurs.

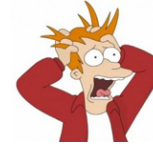
charges. Les résultats de cette enquête, environ 70% de taux de charge, correspondent à la réalité de ce que nous vivons dans nos cabinets.

(supérieur à la radiologie). Nous aurions pu accepter de ne pas atteindre immédiatement les tarifs cibles et comprendre que la situation économique oblige à privilégier certains actes. Par contre nous n'acceptons pas le refus de la CNAM d'afficher ces tarifs cibles



solde de tout compte, soit d'environ 10 millions d'euros en honoraires remboursés (environ 12 millions d'euros au total pour la spécialité), intéressant prioritairement les actes de cancérologie. Ce chiffre de 4% n'est cependant basé sur aucune

Il est difficile de ne pas de ne pas être extrêmement reconnaissant à Frédéric Staroz (Quimper) (depuis 2005) et Olivier Vire (Fréjus) (depuis 2011) d'avoir passé, en plus des réunions à la



CNAM-TS, des nuits et des week-end penchés sur les tableurs Excel que l'Assurance Maladie adressait souvent la veille des réunions pour tenter de déjouer les pièges des informaticiens de la CNAM. Plus d'une fois, ils ont craqué devant la mauvaise foi de nos interlocuteurs. Tous les autres pathologistes qui ont participé de près ou de loin à ces travaux et à des simulations dans leurs cabinets avec la CCAM-V2 sont également à remercier.



Ainsi, pour respecter la méthode, l'Assurance Maladie aurait dû augmenter le tarif des actes de plus de 30% en moyenne et débloquer à terme (en plusieurs étapes) une somme d'environ 80 millions € pour l'ACP. Mais, si on donnait cette somme à l'ACP, il fallait la retirer à d'autres spécialités ! Ce qui aurait également entraîné des blocages de la part des syndicats transversaux. Ceux-ci n'ont d'ailleurs que peu soutenu la spécialité.

justification et ne représente que 1/10^{ème} de la baisse continue de nos actes en euros constants. Enfin, notre nomenclature continuera à flotter dans un no man's land dont nous ne voulons plus.

Rappelons qu'il s'agit d'un chiffre moyen pour l'ensemble de la spécialité ; ce pourcentage sera vraisemblablement supérieur pour les structures ayant beaucoup de cancérologie.

Durant le temps des négociations qui se sont étalées de 2009 à 2013, l'inflation a atteint près de 10%, ce qui réduit à néant cette revalorisation et signifie que la spécialité est largement perdante. Par ailleurs, une publication récente de la CARMF montre qu'entre 2010 et 2011 la baisse du BNC des pathologistes est de -3,46% alors que, dans le même temps, le BNC

moyen des médecins augmentait de 4% !



génétique moléculaire, tumorothèques, double lecture systématique, ...) et de personnel supplémentaire, la CNAM-TS, financeur exclusif du secteur libéral, ne se sent concernée ni par les recommandations des différents plans cancer, ni par le coût des

obligations de sécurité sanitaire, de transmission des données ACP ou d'accréditation. **L'absence totale d'articulation entre, d'une part, les exigences des plans cancers ou des recommandations de bonne pratique en ACP et, d'autre part, leur financement par l'assurance maladie** aggrave considérablement les inégalités existant entre les deux secteurs d'activité.

2- Contrat d'accès aux soins (CAS) : signature au 1er Juillet 2013 ... prolongée au 1er Octobre 2013

Buts :

- Mettre un terme aux dépassements abusifs
- Garantir un meilleur accès aux soins via un contrat d'accès aux soins
- Pénaliser les médecins de secteur 2 hors contrat d'accès aux soins

Choisir un tel contrat proposé par la CNAM-TS dans l'avenant 8 semble intéressant pour une spécialité à forte prédominance en secteur 1 telle que l'ACP (faible nombre de pathologistes en secteur 2 et faible taux de dépassement d'honoraires). Les pathologistes en secteur 2 doivent cependant faire leurs comptes.

Voici l'analyse de La CSMF/UMESPE (cf. site SMPF) :



« - Contrat d'accès aux soins : le bon choix :

Les médecins de secteur 2 et certains médecins de secteur 1 ont la possibilité de signer un contrat d'accès aux soins avant le 1er juillet 2013. La CSMF recommande à chacun de bien faire ses comptes et de le signer s'il y a intérêt.

Ce qu'il faut savoir pour se décider :

- La liberté préservée

- **Pas de changement de secteur.** Le médecin signataire du contrat d'accès aux soins ne change pas de secteur, un médecin en secteur 2 reste en secteur 2, et celui en secteur 1 le reste

aussi. Dans les deux cas, le médecin reste affilié à sa caisse : régime général des CPAM ou RSI.

- **Sortie possible du contrat tous les ans.** La durée du contrat d'accès aux soins est de trois ans. Le médecin adhérent peut le résilier librement chaque année à la date anniversaire de sa signature.

- Un engagement gagnant-gagnant

En échange de l'engagement à ne pas augmenter leurs tarifs et à maintenir leur part d'activité habituelle en tarif opposable, les médecins adhérents bénéficient d'avantages sociaux (la prise en charge de leurs cotisations sociales par les caisses sur la part d'activité réalisée à tarif opposable) et de la possibilité de facturer toutes les majorations réservées au secteur 1.

- Leurs patients sont mieux remboursés :

L'assurance maladie rembourse mieux les actes (en moyenne + 20%) et les complémentaires prennent en charge de manière privilégiée les compléments d'honoraires des médecins adhérent au contrat d'accès aux soins. »

- Pour qui ?

Les médecins qui peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins sont :

- Les médecins de secteur 2 et les médecins titulaires du droit permanent à dépassement.
- Les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral et qui ont les titres leur permettant d'accéder au secteur 2.
- Les médecins de secteur 1 déjà installés, anciens chefs de clinique et assimilés.

Les titres qui permettent aux médecins de secteur 1 de signer le contrat d'accès aux soins sont listés à l'article 35-1 de la Convention de 2011 et des précisions sont apportées par la circulaire du 26 octobre 2011 de la CNAMTS :

- ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984
- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;
- médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées dont le titre relève du décret n° 2004-538 du 14 juin 2004 ;
- praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;
- praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.

En signant le contrat d'accès aux soins, vous vous engagez à :

- Appliquer des compléments d'honoraires limités à 100 % du tarif opposable.
- A stabiliser votre niveau de compléments d'honoraires habituel pendant les 3 années du contrat.
- A conserver la part de votre activité réalisée au tarif Sécu par rapport à 2012 en y incluant les urgences, les CMU et les bénéficiaires de l'ACS. Pour les nouveaux installés la part d'activité en tarif sécu est fixée à 30%, et les compléments d'honoraires doivent être alignés sur la moyenne régionale constatée pour votre spécialité ou sur la moyenne nationale pour les spécialités à faible

effectif (anapaths, néphrologues, médecins internistes et gériatrie

Comment faire savoir à mes patients que j'adhère au contrat d'accès aux soins ?

Il vous suffit de le mentionner sur la grille de vos tarifs affichée dans votre salle d'attente. D'autre part votre adhésion au contrat figurera sur votre fiche personnelle dans le site www.ameli-direct.fr que les patients ont la possibilité de consulter pour rechercher les coordonnées des professionnels de santé »

L'assurance maladie nous a informés que le taux de dépassement pour l'ACP est de 24,1 % pour un taux d'activité réalisé aux tarifs opposables de 53,6%. Voilà son explication :

« Pour les médecins ACP pour lesquels nous ne disposons pas d'un état de leur pratique tarifaire pour l'année 2012 à savoir les médecins nouvellement installés depuis le 2 janvier 2012 et les médecins de secteur 1 installés avant le 1er janvier 2013 et disposant des titres pour accéder au secteur 2 est proposé comme base de l'engagement dans le contrat le taux national de dépassement de la spécialité à savoir 24,1% . Il s'agit d'un taux de dépassement moyen (calculé par année civile en fonction de la date de souscription au contrat de la manière suivante : dépassements = total honoraires-honoraires remboursables - taux de dépassement moyen = dépassements/honoraires remboursables X 100).

Cependant, au 31 mai, seuls 3000 médecins sur 25000 éligibles ont signé le contrat d'accès aux soins de régulation tarifaire alors qu'il faudrait arriver à plus de 8000 au 30 juin, soit le tiers des médecins éligibles, pour qu'il rentre en vigueur au 1^{er} juillet. **Le directeur de l'assurance maladie, F. van Roekeghem, considère qu'environ 5000 contrats seront signés fin juin et que l'application du CAS sera probablement reportée au 1^{er} octobre 2013.**

3- Rémunération sur Objectifs de Santé Publique en ACP (ROSP)



Conditions imposées aux pathologistes par l'Assurance Maladie pour bénéficier de la ROSP sur le volet organisation du

cabinet (courrier de mars 2013) :
« En ce qui concerne le taux de F S E pour les anatomopathologistes et compte tenu de la particularité de cette activité, sont comptabilisées les

feuilles de soins télétransmises établies sans la carte vitale du patient. Le taux de FSE et la version du logiciel de télétransmission (1.40 addendum 2 bis) sont les 2 conditions préalables qu'il fallait remplir au 31/12/2012 pour pouvoir percevoir une rémunération pour les indicateurs du bloc organisation du cabinet pour l'année 2012. Le pathologiste peut prétendre aux 4 indicateurs communs à ensemble des médecins :

- avoir un logiciel métier
- avoir un logiciel d'aide à la prescription (idem);
- indiquer ses horaires de consultations et d'organisation du cabinet (il est nécessaire de déclarer si ces informations sont affichées dans le cabinet sur Espace pro, la date limite pour déclarer est le 20 février);
- être en capacité d'utiliser la télétransmission et les télé-services (arrêt de travail en ligne, déclaration médecin traitant et

protocole de soins électronique) : pour cet indicateur, le médecin devait mettre à jour son installation afin de pouvoir se connecter avant le 30/09 puis au prorata en 2012 à un de ces 3 télé services. La connexion à l'un de ces télé-services alors comptabilisée était suffisante pour valider l'indicateur »

Fin mars, devant les difficultés pour les pathologistes d'en bénéficier (problèmes de société informatique et de pourcentage de FSE transmise) le syndicat est revenu à la charge auprès de l'assurance maladie qui nous a alors signifié qu'«Aucune dérogation spécifique aux anatomopathologistes n'a été accordée concernant le taux de télé transmission supérieur ou égal à 2/3. En revanche, le taux de FSE prend en compte, pour les anatomopathologistes, les transmissions en sésame sans vitale, le seuil requis est donc atteignable.»

Ainsi, l'avenant N°8 de la convention limite l'accès à la ROSP par un taux de télétransmission supérieur à 66,6% sans dérogation pour les anatomo-cyto-pathologistes (ACP). Le seul aménagement accepté est l'inclusion des flux « Sésame sans Vitale ». **De ce fait, la ROSP est inaccessible à la quasi-totalité des ACP.**

En effet, l'examen ACP se fait en dehors de la présence des patients, donc sans accès à la carte Vitale au moment de l'examen. La très grande majorité des prélèvements sont envoyés par la poste où collectés par le

pathologiste dans les cabinets médicaux/cliniques dans lesquels exercent les médecins prescripteurs.

Hormis les actes réalisés en établissement de soins, le règlement se fait dans plus de 95 % par courrier sans accès direct à la carte Vitale du patient. Malgré la demande faite sur la facture, l'attestation papier des droits permettant, soit un tiers payant, soit la FSE (ALD, CMU, AME, ...) est très rarement jointe

Une fois de plus le pathologiste est perdant alors que c'est un des professionnels de santé le plus informatisé, qu'il doit transmettre les données informatisées ACP aux correspondants, PMSI, InVS, RCP et demain DCC !

Le syndicat a donc demandé à la CNAM de revoir pour les pathologistes les conditions de rémunération sur objectif de santé publique. Avec le soutien de l'UMESPE/CSMF, ce sujet a été à mis à l'ordre du jour de la Commission Paritaire Nationale (CPN) du 5 Juin 2013. Une note de presse de la CSMF/UMESPE, consultable sur le site du SMPF, précise que «*, Dans le cadre du volet « organisation et gestion du cabinet », la CSMF a souhaité qu'un aménagement soit trouvé pour les anatomo-cytopathologistes, qui n'ont pas de contact direct avec les patients et ne peuvent de ce fait être en mesure de télétransmettre les feuilles de soins et ne peuvent de ce fait atteindre le seuil de 66 % de télétransmissions requis pour déclencher la rémunération. ».*

Proposition du SMPF :

La seule solution logique pour l'accès à la ROSP est que les médecins pathologistes puissent justifier de l'utilisation d'un logiciel Sésame Vitale conforme permettant la télétransmission avec les justificatifs d'achat et de maintenance. Un taux minimal nous semble trop aléatoire et surtout très inégalitaire et pénalisant en fonction des territoires. Cette mise en place pourrait s'accompagner d'une sensibilisation sur le terrain (à défaut de le rendre obligatoire) à l'utilisation du « Bon d'examen » par les « prescripteurs », cette action devant être menée par les CPAM.

Si le but est d'inciter financièrement les pathologistes à faire le maximum de FSE, il semble donc plus judicieux d'imposer à chaque Médecin d'être équipé de façon à pouvoir proposer à l'ensemble des patients qui se rend au cabinet la télétransmission.

Ce système facile à mettre en place et à contrôler :

- ✓ Justificatif de l'équipement (module informatique + boîtier) et de maintenance
- ✓ Justificatif de la licence

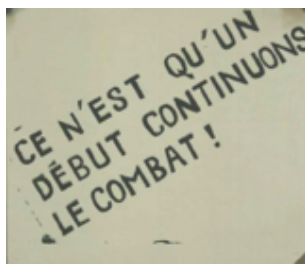
Cette solution permettrait de répondre à une logique de dématérialisation et d'organisation des structures tout en intégrant l'hyper spécificité des anatomopathologistes.



En bref,

- Les pathologistes libéraux ont de très nombreux devoirs mais semblent n'avoir que bien peu de droits !
- L'Assurance Maladie n'a tenu aucun de ses engagements et n'a pas respecté pour l'ACP les principes mêmes de la CCAM.
- Le soutien du syndicat transversal CSMS/UMESPE auquel le SMPF adhère a, pour le moins, été faible.
- La seule action efficace semble politique et médiatique comme nous l'avons fait dans le cadre de la loi sur la biologie.

Devant les inégalités qui perdurent et auxquelles s'associent les iniquités découlant des modes d'exercice, un mouvement de grève des pathologistes se justifierait pleinement. Craignant le manque de solidarité au sein de la profession, nous avons jusqu'ici reculé. Cependant si nous constatons une forte demande venant des pathologistes, le SMPF assumera ses



responsabilités et lancera un tel mot d'ordre. Seules les modalités d'un tel mouvement resteraient à définir, une grève totale étant irréaliste.

Le SMPF s'est engagé dans des négociations avec l'assurance maladie et a signé un accord. Le compromis signé ne signifie en aucun cas l'abandon de nos revendications initiales.

En pratique,

- La CCAM-V2 qui sera applicable fin 2012 ou en janvier 2013 sera prochainement consultable sur le site du SMPF.
- Le SMPF organisera pour ses adhérents une réunion d'information destinée à expliquer et optimiser la CCAM-V2 et le contrat d'accès aux soins (s'il est mis en route) à l'automne 2013.

Pour le SMPF,

Le Président, Dr Michel Guiu

L'ACP à l'heure du choix

Actu-Path précédents à consulter sur le site du syndicat : smpf.info

- **Editorial**
- **Statut juridique et réglementaire de l'ACP en 2013**
 - Loi sur la biologie et ACP : l'indépendance
 - Accréditation en ACP
- **Quelle place demain pour l'ACP dans le système de soins ?**
 - Une spécialité interpellée
 - Anticiper les mutations de la médecine
 - Intégrer les techniques nouvelles
 - La pathologie intégrative

Actu-Path à venir

- **La place de l'ACP libérale**
 - Les inégalités de moyens entre secteurs d'activité
 - Les leçons des plateformes de génétique moléculaire
 - L'ACP résistera-t-elle à l'affaiblissement du secteur libéral ?
 - La coopération public-privé est-elle possible ?

Pour en savoir + :

Site du SMPF : www.smpf.info

Site légifrance : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20121207&numTexte=21&

Site ameli.fr : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/contrat-d-acces-aux-soins/les-principes-du-contrat-d-acces-aux-soins.php>

Site CSMF/UMESPE : http://www.csmf.org/upload/File/Conv_med/2013/Fiche_accès%20soins_A4_CSMF_v2.pdf