

# L.D.S

## LETTRE DU SNUDE

Secrétaire Général :

Jean-Gabriel MARTIN

Secrétaire Général Adjoint :

Pierre ANGLADE

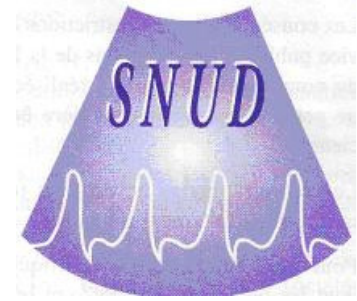
Trésorier

Marcel ALTHUSER

Trésorier Adjoint :

Marcel CONSTANT

Nov.-Déc. 1995



## Bi-Mensuel

Nov.-Déc. 95

Syndicat National des Ultrasonologistes Diplômés, Doppléristes Diplômés, Echographistes Diplômés.  
Création Juin 1981

### I - EDITORIAL : LAISSERONS-NOUS SACRIFIER LA MEDECINE LIBERALE ? - Ch. DELATTRE

Avec le plan JUPPE le Parlement vient d'avaliser une politique économique de santé.

Dans cette France en panne de dialogue social, les syndicats médicaux avaient pourtant fait Preuve de maturité, en faisant la promotion de l'optimisation médicalisée des dépenses.

La dérive de 3 % prévue pour 95 a servi de prétexte à nos gouvernants, qui n'avaient jamais réellement cru en l'efficacité de la maîtrise médicale, pour nous imposer l'enveloppe globale.

Désormais, les prescripteurs auront l'œil rivé sur leur taux d'évolution de dépenses pour éviter les sanctions liées au dépassement. Comme en Allemagne, les libéraux prendront davantage de congés, adresseront leurs malades à l'hôpital. Les listes d'attente se formeront partout, et les plus âgés trouveront difficilement les soins coûteux qui deviendront réservés aux plus jeunes. La maîtrise comptable mène inévitablement au rationnement.

La prévention n'apportant de bénéfice économique qu'à long terme, on peut craindre qu'elle soit encore davantage laissée pour compte.

Désormais, chaque discipline médicale défendra son pré carré, et nos partenaires se joueront davantage de nos divisions.

Citoyens responsables, les médecins comprennent la nécessité de la RDS pour ne pas faire supporter par les générations futures nos propres déficits. Mais s'agissant des sanctions du corps médical pour dépassement d'objectif prévisionnel en 1995, devons-nous accepter de payer pour nos confrères qui ne respectent pas les RMO, qui ont tout fait pour faire échouer la maîtrise médicalisée?

Au-delà de la brimade des sanctions, qui épargneront comme d'habitude le secteur hospitalier, nous ne pouvons accepter que notre société évolue vers plus de bureaucratie, plus d'administration, en sacrifiant la médecine libérale. Il nous

faut sensibiliser nos patients qui ont le droit de se poser ces questions simples :

- pourrai-je continuer à vous choisir pour me soigner?

pourrai-je accéder à tous les soins ?  
quelle place pour le progrès médical ?

Rien, dans le plan JUPPE, ne tient compte des besoins de soins dans l'objectif annuel, rien ne repose sur l'évaluation des pratiques médicales, rien ne vient responsabiliser l'assuré social. La maîtrise comptable n'est capable que de geler le passé, et il est étonnant de vouloir nous l'imposer alors qu'elle a échoué à l'hôpital public et en Allemagne.

Notre action ne s'attaque pas au plan JUPPE dans son ensemble, nécessaire pour régler l'important déficit public. Nous avons le devoir éthique de nous battre pour nos patients contre le rationnement des soins qui résulterait d'une enveloppe globale. Ne pas réagir serait suicidaire, car on ne négocie que dans le cadre d'un rapport de forces. C'est pourquoi les manifestations sont nécessaires pour démontrer la détermination des médecins à garantir à leurs patients des soins de qualité.

### II - LE PLAN JUPPE

#### Réformes structurelles

- mise en place progressive d'un régime universel d'assurance maladie

- modification de la Constitution pour permettre au Parlement de voter annuellement les recettes et dépenses affectées à la Protection Sociale

réforme des CA des caisses

création d'un conseil de surveillance, composé de parlementaires et de personnalités qualifiées.

#### Recettes

- Comblement du déficit

Remboursement de la dette sociale (RDS), 250 milliards sur 13 ans, par un prélèvement de 0,5 % de tous les revenus, à l'exception des minima sociaux et livrets A d'épargne sociale.

- objectif: ramener le déficit de 96 de 61 milliards à 17 milliards, et dégager un excédent en 97.

#### Médecine de ville

- objectif limitatif de dépenses (2,1 % pour

96) fixé chaque année par le Parlement, décliné par profession de santé au niveau régional

- mécanisme automatique d'ajustement en cas de dépassement de l'objectif ; revalorisation d'honoraires « conditionnés et temporaires »

- l'objectif prévisionnel 95 fixé à 3 % étant dépassé de 3 %, récupération de 2,5 milliards auprès de l'industrie pharmaceutique et de 1,4 milliards auprès des médecins :

\* suspension de la prise en charge par les caisses (les cotisations familiales des médecins de secteur 1 (soit en moyenne 530 F par mois)

\* affiliation obligatoire des médecins de secteur 2 à la CNAM (soit hausse de charges sociales de 1 600 F par mois)

- contribution de IF par feuille de soins à la charge du médecin pour financer l'informatisation des cabinets médicaux

- RMO élargies (élaborées par le ministère !) et contrôles renforcés (sans passer par le CMPL)

- nomenclature unique et commune à la médecine ambulatoire et à l'hôpital

codage des actes accéléré

FMC obligatoire étatisée

incitation à la reconversion vers la médecine préventive

- généralisation du carnet de suivi médical en 96

- incitation à consulter un généraliste avant un spécialiste (sauf pédiatre, gynécologue, ophtalmo) grâce à un meilleur remboursement, sous forme d'expérimentation dans certains départements

- réseaux de soins pour la prise en charge forfaitaire de pathologies lourdes (cancer, SIDA...)

- délivrance de médicaments en pharmacie

réduite à la quantité prescrite

photo d'identité sur la carte d'assuré social

la carte santé remplacera la feuille de soins à partir de 97.

#### Hôpitaux

- taux de croissance de budget voté par le Parlement (96 : 2,1 %)

- création d'agences régionales pour répartir le financement de l'hospitalisation publique et privée adoptée par le Parlement

- réforme du CA des hôpitaux, avec président élu

- accréditation et évaluation (les services hospitaliers en fonction de normes (le qualité et de coût.

### **III - OU EST L'ÉQUITÉ DU PLAN JUPPE**

#### **- Ch. DELATTRE**

1) L' enveloppe globale peut, dans sa logique, conduire au rationnement des soins» (Pr Bernard DEBRE, ministre RPR du gouvernement BAL-LADUR, QDM du 8/12/95). Comment ne pas refuser des soins quand l' enveloppe est dépassée ?

Par ailleurs, on ne peut mieux organiser l' écèlement des professions de santé, des médecins entre eux selon leur discipline, leur région, les secteurs ambulatoire et hospitalier, chacun devant tenir honoraires et prescriptions dans une enveloppe spécifique de 2,1%

On peut comprendre que les médecins généralistes adressent leurs patients pour les échographies préférentiellement chez les spécialistes (autre enveloppe de 2,1 %), ou à l' hôpital, pour épargner leur enveloppe de 2,1 %, et vice versa pour les spécialistes.

Enfin, cette façon de geler les situations ne repose en rien sur l' évaluation des besoins de santé des pratiques médicales, vraie solution pour une bonne adéquation de l' offre à la demande de soins. On sait qu' un assuré social peut coûter du simple au double d' une région à l' autre. Comment corriger cette inégalité d' accès aux soins avec la maîtrise comptable ?

#### 2) sanctions

- s' il est vrai que les médecins, prescripteurs, sont plus responsables des dépenses que les simples assurés sociaux, il est injuste de pénaliser aveuglément les médecins économes et les médecins spendieux

- certains ingrédients de l' augmentation des dépenses échappent à la responsabilité des médecins libéraux :

20% de prescriptions imputées à la médecine ambulatoire proviennent des hôpitaux, selon certaines études

\* en 95,2 points d' augmentation sont liés à la vaccination contre l' hépatite B et à la hausse du prix des médicaments

\* augmentation «structurelle» des dépenses, chiffrée par JOHANET, ancien directeur de la CNAM à 2,4 %: augmentation de la démographie française ( 250 000 ), augmentation de la démographie médicale, vieillissement de la population ( + 3 mois chaque année), progrès médical, nouvelles dépenses.

Quelle profession peut accepter globalement une perte de 20 à 80 000 F, soit jusqu' à 10%, (le son pouvoir d' achat)

3) Pas de sanction pour l' hôpital malgré une évolution en 95 de 6,7 pour un objectif de 3,8.

4) Rupture unilatérale du contrat conventionnel - la prise en charge d' une partie des cotisations

familiales (530 F/mois) est la contre-partie d' acceptation de tarifs opposables

- l' obligation, pour les secteurs 2, d' affiliation à la CNAM va à l' encontre des directives européennes (pas de monopole dans l' assurance)

- une ordonnance prévoit le conventionnement individuel, qui achève la mise à mort (le la médecine libérale, plaçant le médecin sous la tutelle des caisses. Comment se défendre individuellement face aux caisses ? Comment ne pas rapprocher cette mesure du phénomène de désyndicalisation qui frappe nombre de jeunes médecins menacés du syndrome «caisse dépendant» ?

#### 5) RMO écrites par le ministère

C' est la dernière trouvaille des ordonnances, qui laissera libre cours au rationnement organisé par le gouvernement lui-même, sanctions à l' appui, avec bien sûr suivi unilatéral des RMO, en dehors de tout partenariat.

6) Réseaux de soins pour prise en charge forfaitaire de pathologies lourdes (cancer, SIDA...); on peut craindre une organisation autour de l' hôpital public, excluant de fait les libéraux.

7) L' informatisation des cabinets médicaux ne peut

- frapper les praticiens selon le nombre de feuilles de soins,

- pénaliser ceux qui sont déjà équipés,

- être conçue et pilotée collectivement que par les unions Professionnelle, sous peine de donner tout pouvoir aux caisses.

La LDS invite les échographistes à faire sans délai provision de feuilles de soins auprès de leur CPAM pour le cas où...

### **IV - MOTION ADOPTÉE EN CCPL - Ch DELATTRE**

«La CCPL d' Armentières, régie par la Convention Médicale d' Octobre 1993, réunie mardi 28 novembre 1995, proteste contre le plan JUPPE, amenant à instaurer une enveloppe globale pour les dépenses d' assurance maladie.

Un taux directeur, assorti de sanctions, s' appuyant sur des critères purement économiques, ne peut qu' aboutir au rationnement, puisqu' il ne tient pas compte des réels besoins de soins des français.

La CCPL d' Armentières demande au Gouvernement de renoncer à la maîtrise comptable, et de rétablir la confiance en donnant à la maîtrise médicalisée les moyens de réussir, par la généralisation du dossier médical, et le codage des actes et des pathologies».

*Les confrères siégeant dans d'autres CCPL peuvent faire adopter des motions de ce type.*

### **V - SANTÉ : ENTRE COLLECTIVISME ET LIBERALISME - Ch. DELATTRE**

En 1945, des ordonnances ont installé la Sécurité Sociale, dans le but de d' accorder à chaque fran-

çais l' accès aux soins, quelle que soit sa solvabilité, au nom de la solidarité.

Face à un payeur devenu de type collectiviste, la distribution de soins est pourtant restée de type libéral.

Une première restriction dans l' offre de soins est venue en 1960, quand les médecins ont accepté de signer une convention régissant leurs rapports avec les caisses d' assurance maladie, soumettant leurs honoraires à un tarif dit «opposable».

Les dépenses de santé ont néanmoins suivi une progression constante, de l' ordre de 8 % l' an, rendue supportable grâce à la croissance du PIB, régulière jusqu' au choc pétrolier de 1973.

Les crises économiques successives ont été à l' origine de coups de frein à la croissance et de l' installation progressive du chômage, qui a amputé les recettes de la sécurité sociale, basées essentiellement sur les salaires.

Il s' ensuit un déficit entre dépenses et recettes, appelé «trou de la sécu», dont les valeurs cumulées sont chiffrées à 230 milliards de F. C' est là que personne ne se sent individuellement responsable : le consommateur de soins n' a personnellement aucun intérêt à économiser sa dépense de soins. Le professionnel de santé, payé à l' acte, face à un patient rendu solvable grâce à la sécurité sociale, n' a aucune raison de refuser des soins, même s' ils sont superflus. Aucun mécanisme régulateur ne vient gérer l' équilibre entre l' offre et la demande de soins.

Ainsi on se trouve devant un déséquilibre, d' autant plus surchauffé que

- le vrai payeur n' est pas le consommateur, mais la sécurité sociale, qui ne contrôle pas grand chose ;

- l' ordonnateur de dépenses, le demandeur de soins et le prescripteur, n' ont aucun intérêt direct à l' économie.

On peut ajouter que les dépenses de SS ne sont budgétisées qu' à des fins de soins curatifs, et que ni la prévention ni l' éducation sanitaire, à terme facteurs d' économie de soins curatifs, ne font officiellement partie de l' organisation de notre système de santé, en dehors de certaines vaccinations, de campagnes médiatiques sur le SIDA, de campagnes de dépistage du cancer du sein et du cancer côlo-rectal.

Le plan JUPPE de réforme de la Protection Sociale s' est contenté essentiellement de fixer une enveloppe globale, sous forme d' un taux d' évolution annuel des dépenses voté par le Parlement (2,1 % pour 1996). Mais il n' a rien fait pour responsabiliser l' assuré social, puisque les propositions de franchise non remboursable ou de cotisation salariale d' assurance maladie avec ristournes pour les faibles consommateurs n' ont pas été retenues.

On aurait pu au contraire libérer les français de la SS obligatoire, en la mettant en concurrence avec les mutuelles et les assurances. C' est ce que

propose Claude REICHMAN, s'appuyant sur les directives européennes numéros 92-49 et 92-96, qui ont pour effet de créer un marché libre de l'assurance dans l'Europe communautaire, et qui sont entrées en vigueur le 1er juillet 1994 (source : JO . Assemblée Nationale, 3e séance du 26/10/95, intervention du député BEAUMONT), et sur l'exemple de l'Allemagne qui ouvre ce choix à partir de janvier 1996. Dans ce système d'abrogation du monopole de la SS, la protection sociale des français hors d'état de cotiser personnellement pour leur assurance maladie serait prise en charge par l'Etat.

En 1993, 17 députés ont déposé une proposition de loi (N° 665) dans ce sens. Jusqu'à présent aucun responsable politique n'a osé remettre en cause ce monopole de la SS, présentée le plus souvent comme l'un des acquis sociaux fondamentaux de l'après-guerre.

Face au gouffre financier de la sécurité sociale, il est pourtant permis de craindre que les mêmes causes produisant les mêmes effets, la pression du consommateur de soins irresponsable ne poursuive l'escalade des dépenses. Pourquoi persister à croire que le système de protection sociale doit rester de type collectiviste, alors qu'il pourrait être mieux géré dans un système de type libéral responsabilisant ?

Il faut signaler que le Tribunal des affaires de sécurité sociale de Nantes a décidé, dans un jugement du 7 septembre 1995, que la caisse d'assurance maladie des professions libérales n'était désormais plus fondée à utiliser la contrainte pour recouvrer les sommes dues à des organismes dits «d'assurance obligatoire». L'Europe libérale viendra-t-elle au secours d'une France collectiviste ?

**VI - LETTRE AUX MINISTRES ET AUX PARLEMENTAIRES DU NORD-5 novembre 1995 - Ch. DELATTRE**

Madame, Monsieur le Ministre  
Madame, Monsieur le Sénateur  
Madame, Monsieur le Député

Nous vous proposons le fruit de notre réflexion.

Nous dénonçons tout d'abord les dangers d'une maîtrise comptable des dépenses de santé :

- acceptable pour les activités préalables dispendieuses, rétributoires pour les pratiques habituellement gérées au plus juste ;

- technique basée sur le passé, interdisant tout apport nouveau en matière de soins ;

- l'enveloppe fermée conduit inéluctablement au rationnement, amenant à refuser des soins au delà d'un certain quota. C'est donc une réponse inadaptée à une demande de soins qui peut être juste.

- ne tient pas compte de la moindre évaluation de la pertinence ni de la qualité des soins.

Au contraire, la maîtrise médicalisée est la seule réponse susceptible d'améliorer le rapport efficacité / coût de notre système de santé, en éliminant les soins inutiles, et en coordonnant l'intervention des différents praticiens autour du médecin de famille.

Elle mérite d'être amplifiée

- en généralisant le dossier de suivi médical, véritable instrument de coordination des soins

- en accélérant la mise en place du codage des actes et des pathologies, outils indispensables à la crédibilité du système ;

- en instaurant une évaluation des pratiques médicales, discipline que doivent s'imposer les professions médicales pour garantir la bonne utilisation de l'argent public ;

- en associant le médecin de famille aux décisions des malades hospitalisés, dans le respect des références médicales opposables.

- en développant une politique de prévention et d'éducation sanitaire, pour que chaque français sente dépositaire de la gestion de son capital santé ;

- en responsabilisant chaque assuré social dans sa consommation de soins (franchise non remboursable sur chaque dépense de soins pour les titulaires de mutuelles complémentaires, ristournes sur la cotisation salariale de sécurité sociale pour les petits consommateurs..).

La pharmacie, qui atteint le tiers des dépenses de soins ambulatoires, doit faire l'objet d'une concertation entre prescripteurs, pharmaciens et gouvernement, pour trouver les solutions rationnelles permettant de retrouver le niveau qui est le sien dans les pays comparables.

Les arrêts de travail (17 L de la dépense) mériteraient d'être systématiquement contrôlés au-delà d'une certaine durée.

La sécurité sociale doit récupérer les charges indues, issues par exemple d'accidents de sports ou de la voie publique couverts par des assurances privées, les charges des pensionnés de guerre...

Enfin, on sait que l'offre de soins stimule la demande, et que 10 à 20 000 médecins prescripteurs pourraient être utilement reconvertis ou réorientés, par exemple vers la médecine préventive, scolaire, la protection maternelle et infantile, le service médical près les caisses d'assurance maladie.

Les français n'accepteraient pas de voir condamnée la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses, alors qu'après une progression annuelle habituelle de l'ordre de 7 à 8 L, celle-ci a été ramenée à 4 % en moyenne sur les deux dernières années, malgré le manque d'outils de suivi et de coordination (codage, dossier médical). L'opposition de

certains syndicats médicaux, les surenchères électorales récentes.

Les indicateurs de l'observatoire régional de la santé montrent à l'évidence que les médecins ont beaucoup d'efforts à déployer pour tenter de contraindre les excès de morbidité et de mortalité locales. Ils ne répondraient pas à leur mission de santé publique s'ils laissaient s'instaurer une enveloppe globale de dépenses qui ne serait capable que de geler les situations acquises.

Vous remerciant de privilégier fermement l'approche de responsabilité individuelle à un taux directeur rigide dans ce débat sur la protection sociale, je vous prie de croire, Madame, Monsieur le Ministre, Madame, Monsieur le Sénateur, Madame, Monsieur le Député, en mon profond respect.

Docteur Christian DELATTRE

**VIII - CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SNUD DU LUNDI 2 OCTOBRE - Ph. DREYON**

Etaient présents : Ch. DELATTRE, J.G. MARTIN, E. LEFEBVRE, M. CONSTANT, Ph. DREYON

1° *Rubrique théorique* Le Conseil d'Etat est saisi depuis 3 ans de notre recours. Les délais habituels de prononcé sont dépassés. Le Président du SNUD a adressé à notre avocat une demande d'explication.

Dans certains départements, il semble que les plaintes instruites contre des échographistes bénéficient d'un moratoire.

Rappelons les choix possibles pour les rubriques de l'annuaire

1) figurer dans sa rubrique nommant la spécialité d'origine, et faire compléter par la mention «échographie» après son nom. Il faut souligner d'une part que l'échographie faisant partie de l'imagerie, les patients consultent plus volontiers une rubrique «imagerie médicale», et d'autre part que l'information du public est fallacieuse pour ceux qui n'exercent pas la discipline incluse dans l'intitulé de la rubrique. Des retards d'interventions urgentes consécutifs à ce mauvais libellé peuvent être préjudiciables au patient et nous être reprochés.

2) s'inscrire sous le titre «radiodiagnostic et imagerie médicale». Cette rubrique n'est en règle ouverte qu'aux médecins qualifiés en radiodiagnostic, et des condamnations par le CROM ont été prononcées contre des confrères échographistes non titulaires de la dite spécialité. L'appel (suspensif) de ces jugements au CNOM n'a pas encore été jugé. Il apparaît que la détermination des confrères non radiologues refusant de quitter cette rubrique, «la plus proche de leur mode d'exercice», est de nature à aider la communauté entière des échographistes à obtenir du CNOM la réouverture d'une rubrique spécifique.

3) considérer qu' aucune rubrique de l' annuaire ne correspond à la réalité de notre pratique échographique, et disparaître des pages jaunes. Il convient dans ce cas d' exposer par LR/AR à l' Office d' Annonces de France Télécom et au CNOM l' injustice qui consiste à priver les échographistes de la seule et unique publicité autorisée aux médecins pour annoncer leur exercice au public, et de demander des dommages et intérêts.

2° **Nomenclature** : La commission permanente de nomenclature a demandé au SNUD de nommer des représentants pour un groupe de travail sur la nomenclature ultrasonore. Ph. DREVON sera titulaire, J.G. MARTIN suppléant. Marc CONSTANT, qui a travaillé sur le « contenu de l' acte », demande à participer aux travaux.

La commission est chargée de la refonte complète de la nomenclature, en définissant dans chaque spécialité un acte moyen base 100, permettant de qualifier tous les autres actes de la spécialité en fonction de leur durée de leur complexité, du stress qu' ils engendrent, de la compétence requise. La commission doit aussi évaluer le coût technique et le coût intellectuel des actes. Toutes les suggestions, remarques et tous les conseils seront acceptés par Ph. DREVON, 72, Bd Baron du Marais 42300 ROANNE (Tél 77 67 61 28).

3° **SNIR** : Nous avons reçu le relevé d' activité du 1er trimestre. De Grossières erreurs sont constatées, pouvant faire apparaître des différences de près de 40 % par rapport à la réalité. Il convient d' adresser ses contestations par LR/AR au CETELIC et à la CPAM (le SNIR fait foi pour la déclaration fiscale des recettes), et d' envoyer un double au secrétaire général du SNUD, J.G. MARTIN, 18 bis, rue Coursimault 45100 ORLEANS SAINT-MARCEAU. Ces documents nous seront précieux quand il s' agira de gérer l' enveloppe globale et la lettre clé «KE».

4° **CAMPAGNE MEDIATIQUE** : Les précédentes LDS ont rapporté la publication d' articles dans différents journaux. Nous sommes désormais des interlocuteurs consultés par les médias. Ils ont gardé notre dossier de presse et nous contactent quand ils veulent traiter de sujets touchant à l' échographie. Les retombées dans le « grand public » comme dans le milieu professionnel sont mal évaluables. D' autres actions sont menées lors de réunions scientifiques. « 50 millions de consommateurs » est demandeur d' une étude. Notre conseil en communication est prêt à poursuivre sa collaboration. Le trésorier du SNUD vérifiera au préalable l' état des fonds alloués à la campagne.

5° **PROCHAINE AG** : L' Assemblée Générale de tous les membres du SNUD devrait se réunir prochainement. Le CA repousse la date au prochain Congrès de la SFAUMB, fin mars 86. L' appel de candidatures pour le renouvellement du CA est déjà lancé. Le bureau du SNUD a besoin d' être représentatif de toutes les formes d' activité et doit être suffisamment étoffé pour répar-

tir les différentes charges de travail.

6° **DIU** : Le groupe de travail DGS a conclu qu' il serait opportun de reconnaître le DIU d' échographie. L' Ordre National nous a promis de réunir en janvier 96 une commission chargée d' étudier les possibilités de titre pour les échographistes.

#### **VIII - HYGIENE**

On sait que certaines contaminations iatrogènes de VIH ou de virus d' hépatite sont imputées à des fibroscopes mal décontaminés, notamment pour la partie biopsie.

Il est du devoir d' un syndicat responsable de proposer des recommandations en matière de prévention de ce type de transmission. Le SNUD fait appel à ceux qui ont étudié les risques de contamination par sonde échographique endocavitaire, et la prévention :

- qualités requises des protections type « préservatif »,
- intérêt de produits d' entretien de sondes endocavitaires,
- utilité de produits de décontamination.

Merci à ceux qui voudront bien faire partager leur expérience. S' adresser au secrétaire général, J.G. MARTIN, 18 bis rue Coursimault 45 100 ORLEANS SAINT-MARCEAU Tél 38 51 9020

#### **IX - JEMU : appel à publication - Ch. DELATTRE**

Le comité de rédaction du JEMU rappelle que cette revue est celle de tous les échographistes, et qu' il leur appartient de la faire vivre.

Vous pouvez m' adresser vos textes, qui peuvent se rapporter à une analyse de livre, un rapport de FMC, un point de vue syndical ou d' organisation professionnelle, un article à propos d' un cas original, une discussion dans une unité de concertation, un quiz, une mise au point sur un sujet avec revue de la littérature, etc...

#### **X - POUR VOTRE BIBLIOTHEQUE**

- Doppler en obstétrique : évaluation clinique et économique - 130 F - ANDEM 159, rue Nationale - 75640 PARIS CEDEX 13 - Tél (1) 42 16 72 72

- Apport de l' écho-endoscopie en pathologie digestive - id

#### **XI - FMC**

- 28-29-30 mars 96, Paris : XVIe Congrès SFAUMB = notre Congrès

- 15 et 16 février 96 : Atelier intensif de diagnostic de cancer du sein - 2000F (1500F DES, DIS, Chef de Clinique, Membre SFR) - C. FROUGE, M. BLERY - Hôpital de Bicêtre - Tél (1) 45 21 28 09

- 1 et 2 février 96 CORDON : Journées d' Echographie Pierre GILG : Doppler en Gynécologie et en Obstétrique ; CAT devant différentes pathologies - Dr MARCHAL-ANDRE,

- Dr SCHULER Tél 50 47 30 19

- 21-24 mars 96 : 1ères Journées de Médecine Foetale de BRIANCON et 8e Journée Nationale de la Société Française de Fœtopathologie - 3 thèmes : malformations cardiaques, uropathies et néphropathies congénitales, malformations des membres - 2 ateliers : examen cardiologique foetal, vascularisation foetale - L. FERMONTE, Ph. SAADA, C. FEKETE, M. DOMMERGUES, A. COUTURE, I. NISAND, L. BIDAT - 2200 F - JP COM Tél 16/ 31 86 88 20 (minorations sur prix des hôtels et des remontées mécaniques pour inscriptions avant le 15/1)

- 23 mars 96 : XIIe journée de vélocimétrie sanguine maternelle et foetale - Pr M. UZAN - Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de BOBIGNY - Tél (1) 48 02 67 96

- 27 avril - 1er mai 96 : Ve Congrès International de la MASU - HAMMAMET - Coordinateur Europe : V.A. TRAN MINH Tél 16/78 86 21 37

- 31 mai - 1er juin 96 : Club Doppler de France - ANGERS - JM de BRAY : sténoses carotidiennes, produits de contraste, pédiatrie - 750 F - Rens CHU Angers Tél 16/41 35 46 17

- 21-22 juin 96 : 2es Journées Parisiennes d' Echographie Gynéco-Obstétricale F. GUISSANT - 1700 F à l' ordre de IMAGO, Mme JOURNO, Secrétariat Pr FRYDMAN, Hôpital Bécère - 157 rue de la Porte de Trivaux 92141 CLAMART

#### **XII - PETITES ANNONCES**

- Offre de remplacements en cabinet d' échographie générale et vasculaire (compétence en écho obstétricale souhaitée) - LA ROCHELLE - Tél 16/46 67 16 09 - Fax 46 41 22 34

- LA ROCHELLE, Clinique de l' Aurore (1000 accouchements) 31, rue du Gal Dumont 17000 LA ROCHELLE, recherche ultrasonographe vacataire compétent en foetologie - Tél Dr Patrick MERCIER 16/46 00 36 36 Fax 46 43 16 87

#### **XIII - POUR VOS DONSOUS ACTIONS HUMANITAIRES**

- ECHOGRAPHIE INTERNATIONALE, présidée par MC PLAINFOSSÉ, tente d' évaluer les besoins des pays insuffisamment dotés en échographie. Des missions d' enseignement sont organisées, ainsi que des projets d' études sur des maladies tropicales. Cette année, 2 snudistes, les docteurs FRICKEY et KERLEROUX, ont participé à ces missions. Des livres d' échographie, des diapotheques pour l' enseignement, des échographes sont aussi envoyés dans des hôpitaux qui en font la demande.

Vous pouvez envoyer vos dons au trésorier, le Professeur Jean-Luc MORETTI, 64 rue Manessier - 94130 NOGENT/MARNE.

- EMMANUEL SOS ADOPTION, Montjoie, 49150 CLEFS, est une association de bienfaisance autorisée à recevoir dons et legs avec les avantages fiscaux réservés aux fondations. Elle recueille les enfants que leur famille ne peut prendre en charge, essentiellement pour des tares cérébrales.