

Le Médecin Radiologue de France

AVRIL # 324
2010

Le journal de la FNMR

fnmr.org



LES RADIOLOGUES ET LES ARS

Dossier du mois

- **Evènement :**
La FNMR au MEDEC
- **Vie professionnelle :**
Réponse de la FNMR
à Rama Yade
La PDS



MENSUEL - ISSN 0754-7749

Profession : diagnostiquer

Prêt ou crédit-bail

Réserves pré-accordées

Pour que vous restiez toujours à la pointe du progrès, votre conseiller CMPS vous dédie des solutions sur mesure.

**Si j'étais
banquier je réserverais**

**les meilleurs financements
aux médecins radiologues**



Crédit Mutuel

Professions de Santé

www.cmeps.creditmutuel.fr

CMPS PARIS

10, rue de Caumartin – 75009 Paris

Tél. : 01 56 75 64 30

52, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 94000 Créteil

Tél. : 01 58 42 12 85

Retrouvez toutes les coordonnées CMPS sur notre site.



Dr Jacques NINEY

Il va y avoir du sport !

Ce n'est pas à la mise en place des ARS au 1^{er} avril que ce titre s'applique - même si nous devons être vigilants et nous implique dans leur fonctionnement dans les

limites des faibles possibilités offertes aux médecins libéraux – mais aux propos tenus au Sénat par la Secrétaire d'Etat chargée des sports, Madame Rama Yade.

En effet, répondant à une question orale de notre confrère médecin radiologue, Alain Houpert, Sénateur de la Côte d'Or, concernant un éventuel accord sur l'archivage entre la CNAMTS et les représentants des médecins libéraux, Mme Rama Yade a décliné tous les arguments développés depuis des mois, sinon des années, par le Ministère de la santé.

Tout y est passé : « marges nettes élevées », « gains de productivité », « croissance en volume » (en prenant pour exemple l'augmentation du nombre d'examen faits par scanner et IRM), tout en se félicitant de l'augmentation du nombre d'appareils, mais en omettant au passage notre classement déplorable par rapport aux autres pays européens et en confondant valeur des examens (aurait-elle oublié la baisse de 2007 ?) et volume. Elle n'a pas non plus parlé de la baisse du nombre d'actes en radiologie conventionnelle et des effets délétères de la diminution de 50 % du 2^{ème} acte.

Cerise sur le gâteau : « l'investissement de l'archivage a été financé par la réduction du budget films et produits chimiques », cherchez l'erreur !!!

Nos patients et nos correspondants n'ont plus besoin de l'iconographie puisque tout est archivé : le saviez-vous ?

Soyons heureux de tous contribuer à un élan de solidarité. S'agit-il là de la forme déguisée d'un nouvel impôt ?

Il n'en demeure pas moins que nous avons été l'objet d'un règlement de compte alors que la FNMR a voulu une fois de plus anticiper l'avenir du développement de l'imagerie et de la prise en charge des patients. Largement « récompensée », elle aura appris qu'être précurseur n'est pas forcément reconnu.

Non, Madame Yade les médecins radiologues ne sont ni des commerçants ni des industriels.

Nous avons déjà dit et écrit que les gains de productivité sont des annonces sans fondement, que le temps médical en particulier pour l'imagerie en coupe a été allongé, que les équipements plus performants et leur maintenance voient leur prix augmenter sans cesse.

Chargée des Sports, le Ministère de la santé vous a chargée de répondre à une question purement médicale. Ceci doit-il nous faire penser que le problème des médecins radiologues et des patients ne fait pas partie des centres d'intérêts de notre Ministre ?

Docteur Jacques NINEY
Président de la FNMR

sommaire # 324

| | |
|---|----------|
| ■ Loi HPST La meilleur et la pire des choses | 04 |
| ■ Les agences régionales de santé | 06 |
| ■ Evènement La FNMR au MEDEC | 28 |
| ■ Vie professionnelle La PDS Réponse de la FNMR à Rama Yade | 24 et 29 |

| | |
|--|----|
| ■ Hommages | 31 |
| ■ Statistiques | 33 |
| ■ Elections Bureaux régionaux et départementaux | 33 |
| ■ Assurance maladie Gestion du risque 2010-2013 | 34 |
| ■ Petites annonces | 38 |

Annonces

| | |
|---------------|---------|
| CMPS | 02 |
| FORCOMED | 36 - 37 |
| GUERBET | 15 |
| PMFR | 39 |
| UNIPREVOYANCE | 40 |





Loi HPST : La meilleure et la pire des choses ?

La loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 est elle la meilleure ou la pire des choses ? Il est clair qu'il n'est pas aisé de lire et d'assimiler ses cent trente-cinq articles ! Elle reprend notamment les propositions du rapport Larcher d'avril 2008 et propose de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale et de ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire en 2012.

Pourquoi cette loi ?

Notre système de santé présente un certain nombre de points faibles :

Prévention trop peu développée, taux de mortalité prématurée élevé (second plus haut d'Europe), poids de l'hôpital trop important dans l'offre de soins (le plus important des pays de l'OCDE), parcours de soins complexe, développement des inégalités d'accès et de traitement de la population.

Ces points faibles sont majorés par une évolution structurelle et conjoncturelle défavorable : augmentation des dépenses de santé sans augmentation des recettes, vieillissement de la population (la part des plus de 75 ans passera de 8 à 12% d'ici 2030 soit une augmentation de 50%), augmentation des ALD qui vont générer 70% de la dépense en 2015 ! Engagement de la France à ramener à l'équilibre les comptes publics y compris ceux de l'assurance maladie dans les meilleurs délais...

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) propose une organisation régionale de la santé en commençant par mettre en place les ARS, agences régionales de la santé, qui regroupent les structures actuelles complémentaires de l'état et de l'assurance maladie : les ARH, les CRAM, les DDASS, les URCAM, les MRS, les GRSP, les DRSM, chaque ARS formera un système intégré. Elles sont aussi appelées à coordonner les hôpitaux, la médecine de ville et le secteur médico-social (maisons de retraites, ESAT...)

La loi HPST modifie la gouvernance des hôpitaux, avec la mise en place d'une nouvelle gouvernance : conseil de surveillance, directoire, contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Elle se fixe l'objectif de faciliter les coopérations de l'hôpital public avec le secteur privé.

En terme d'accès aux soins, l'objectif est de lutter contre l'inégalité d'accès, de repeupler les déserts médicaux, les sanctions financières à l'encontre des médecins récalcitrants font leur apparition !

La loi HPST veut relever trois défis :

Santé Publique, meilleure santé de la population : mieux répondre aux besoins de la population et améliorer la santé de nos concitoyens.



La ministre de la santé, Roselyne Bachelot a pesé jusqu'à la dernière minute sur les députés et sénateurs pendant la discussion de sa loi au Parlement.

Efficacité, maîtrise des coûts : assurer une plus grande performance du système et une meilleure qualité des soins sans dérives des coûts.

Démocratie, coordination et concertation des acteurs : veiller à ce que l'ensemble des parties prenantes soient représentées dans les instances et impliquées dans les choix stratégiques.

Pour ce faire, la loi HPST donne aux directeurs des ARS un certain nombre « d'outils ».

Articles 6111-11, 6112-1, 6112-2 qui définissent les missions des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés, la permanence des soins, le développement professionnel continu en font partie.

Articles 6132-1, 6132-4, 6132-8, 6133-1 et 6133-2 qui déterminent le moyens attribués aux établissements, communautés hospitalières de territoire et groupements de coopération sanitaire.

La lecture attentive de ces articles confirme que les ARS, et en particulier leur directeur, disposeront des moyens les plus étendus pour orienter la politique régionale de santé le cas échéant sous contrainte via les conventions et les contrats d'objectifs et de moyens validés par le directeur de l'agence.

Les *articles L. 1411-11 et L. 6315-1* fixent les conditions de l'organisation du parcours et de la continuité des soins selon le schéma régional.

L'*article 51* détermine les conditions des coopérations entre professionnels de santé notamment avec les paramédicaux, coopérations qui ne manqueront pas d'être nécessairement développées compte tenu de la réalité de la démographie médicale.

L'*article L. 6316-1* légalise la pratique de la télé-médecine. Il ressort donc que la volonté de répondre aux besoins de la population à l'échelon de chaque région voire de territoire est l'un des objectifs affichés de cette loi.

Les médecins radiologues force de proposition et d'innovation peuvent voir dans cette loi une opportunité de participer à une meilleure organisation des soins. Rappelons que la radiologie est au cœur de la prise en charge des patients tant en ce qui concerne le dépistage que le soin. La qualité de l'accès à l'imagerie a un impact fort sur la durée moyenne de séjour mais le sous équipement chronique de la France en matière d'imagerie en coupe reste une préoccupation pour la profession.

Compte tenu de l'évolution rapidement décroissante de la démographie (-25% d'ici 2020) la profession a déjà engagé une réflexion et sera rapidement en mesure de faire des propositions concrètes d'organisation territoriale de l'imagerie.

“La radiologie est au cœur de la prise en charge des patients.”

Les G4 régionaux interlocuteurs des ARS auront capacité à utiliser ces outils.

Il faut rappeler que les médecins radiologues ont déjà montré leur efficacité dans l'organisation et la mise en œuvre du dépistage du cancer du sein.

Ils assurent dans les établissements la continuité et la permanence des soins bien qu'aucune disposition financière n'ait été prévue.

Ils assurent un maillage du territoire qui répond aux besoins de proximité.

Ils assurent un haut niveau d'équipement de leurs plateaux techniques par les renouvellements réguliers de leurs matériels et les contrôles qualités qu'ils ont su mettre en place.



80% du dépistage organisé du cancer du sein est réalisé par les radiologues libéraux

Les médecins radiologues sont les premiers médecins à avoir volontairement accepté des seuils d'activité garants de la qualité de la prise en charge.

De même, ils ont été les premiers à créer un label : LABELIX garant de la qualité de leurs installations.

Ils garantissent par leur formation et l'évaluation de leurs pratiques professionnelles la radioprotection des patients et l'optimisation de l'accès à l'imagerie médicale.

Ils seront en mesure de mettre en réseau leurs compétences et d'optimiser l'utilisation des équipements pour peu que leurs capacités d'investissements soient maintenues et aidées.

Si de la contrainte naît l'innovation, la mise en place de ces solutions ne se fera pas à marche forcée et sans concertation en procédant par ordonnance ou décret.

La légitime exigence de qualité ne se fera pas non plus sans reconnaissance du haut niveau de formation et de responsabilité des médecins radiologues justifiant leur rémunération élevée.

L'attentisme, le sectarisme serait la pire des attitudes en revanche. Par contre le meilleur peut être espéré si l'intelligence, le pragmatisme et la confiance sont au rendez vous. ■

Dr Laurent VERZAUX

Secrétaire général de la FNMR

Vice-Président de la SFR





Naissance des agences régionales de santé

La naissance des agences régionales de santé a été officialisée avec la publication du décret du 31 mars 2010 au Journal Officiel du 1 avril 2010. La Ministre de la santé, Madame Roselyne Bachelot-Narquin, pouvait, lors de la mise en place des ARS, qualifier cette journée « **d'historique pour notre système de santé** ».

Les ARS sont, en effet, l'aboutissement d'un mouvement de près de vingt ans, initié avec la publication d'un ouvrage dénommé « Santé 2010 » sous la direction de Raymond Soubie, aujourd'hui conseiller du Président de la République.

Ces agences ont pour mission de porter remède à deux défauts majeurs de notre système de santé : une gestion trop cloisonnée et une excessive centralisation.

La régionalisation a été amorcée avec la création des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) en 1977 et poursuivie avec la création des agences régionales de l'hospitalisation en 1996. Elle franchie une nouvelle étape avec la création des ARS.

La création des ARH avait constitué un moment important vers l'unification du service public de la santé. L'apparition des ARS vient parachever ce mouvement en unifiant l'assurance maladie et une dizaine de services de l'Etat dans un service public régional de santé.

Assurer un meilleur pilotage du système de santé, en rapprochant les centres de décision de l'utilisateur, est aussi une des ambitions de la régionalisation. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) associe d'ailleurs l'ensemble des acteurs régionaux (élus locaux, professionnels de santé, usagers,...) dans le cadre des conseils de surveillance des ARS ou au sein des conférences de territoire ou de la conférence régionale de santé. La Ministre de la santé a rappelé à cette occasion, sa préoccupation d'une action « en partenariat » des directeurs généraux des ARS. Ce faisant, elle répondait indirectement aux inquiétudes qui soulignent la « recentralisation » de la politique de santé dont la seule responsabilité incombe désormais aux directeurs des ARS.

Dans son discours, la Ministre a aussi relevé certains problèmes structurels de notre système de santé auxquels les ARS sont chargées de répondre :

- Les inégalités de santé, en particulier l'accès aux soins de proximité.

- La maîtrise de la dépense en améliorant son efficacité.
- Les exigences en matière de sécurité sanitaire.

Ce sont, en effet, des questions qui intéressent l'ensemble des acteurs et en particulier les médecins radiologues libéraux.

La création des ARS remet en cause le cloisonnement entre la ville et l'hôpital, entre le préventif et le curatif... L'imagerie médicale est particulièrement concernée par cette nouvelle approche comme vous le lirez dans les articles de nos responsables régionaux. En effet, le parcours de soins du patient, de la ville à l'hôpital et inversement, l'insuffisance des effectifs de médecins radiologues et de certains équipements lourds posent la question de la coopération, du « décloisonnement », entre la ville et l'hôpital afin de répondre aux besoins des patients.

Une ARS par région

Les 26 ARS disposent dans chaque département d'une délégation territoriale qui est chargée de mettre en œuvre les politiques régionales de l'ARS et d'accompagner les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets.

La Ministre de la santé a souhaité que, dès 2010, les ARS apportent des réponses en ce qui concerne la permanence des soins. Au-delà de cette année, le projet régional de santé devra être adopté dans les dix-huit mois. La Ministre concluait que les « ARS établiront un diagnostic partagé, elles conduiront d'authentiques concertations et je souhaite qu'elles proposent des pistes novatrices permettant d'offrir à nos concitoyens une offre sanitaire et médico-sociale plus accessible, de qualité et plus efficiente ». Les médecins radiologues s'inscrivent dans cette perspective. Ils seront des partenaires constructifs dans cette démarche.

Le site des ARS : www.ars.sante.fr



Les neuf objectifs

Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) seront signés entre les ministres et les ARS pour la période 2010-2013. Ils reposent sur trois priorités :

- Améliorer l'espérance de vie en bonne santé
- Promouvoir l'égalité devant la santé
- Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient

Neuf objectifs ont été définis pour assurer la poursuite de ces priorités. Ils pourront être complétés par des objectifs plus spécifiques pour certaines régions :

Les agences régionales de santé

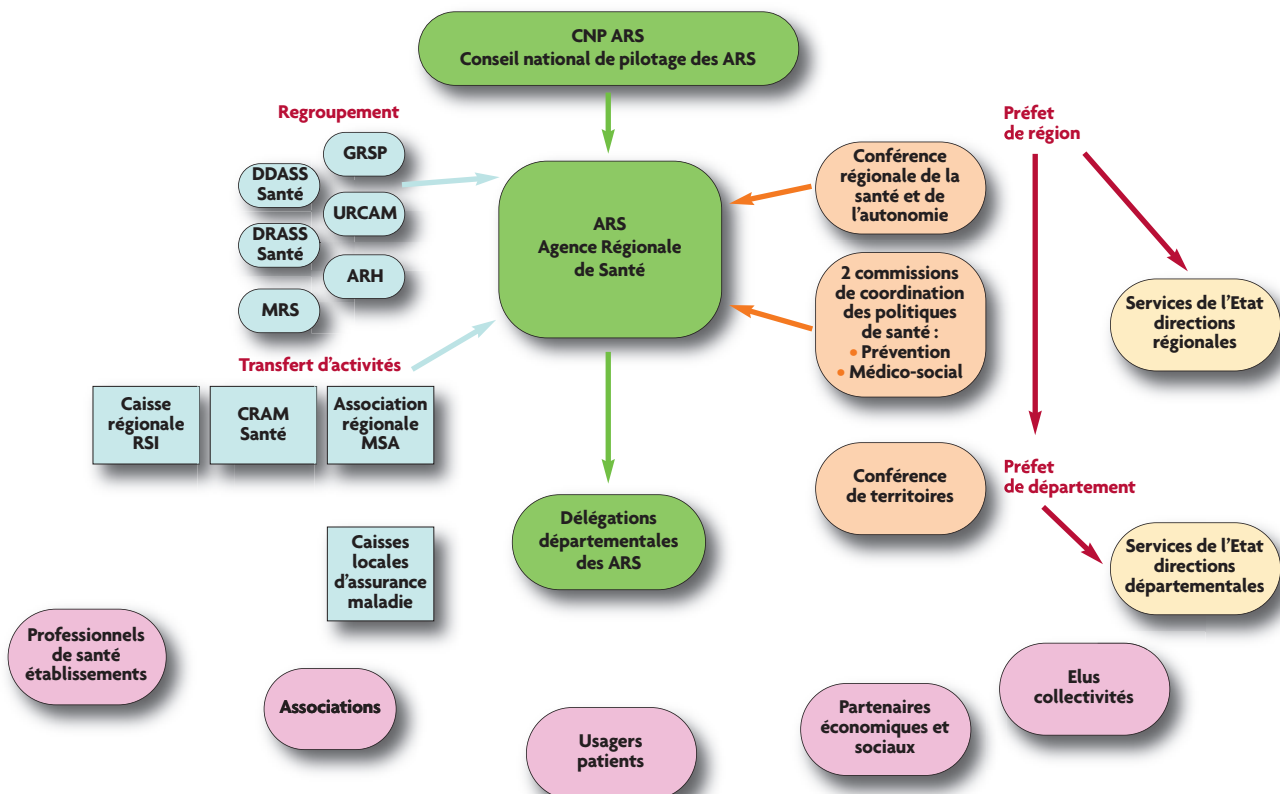
Les ARS sont dotés d'un budget propre, en moyenne 40 millions d'euros par agence pour 2010. Ce budget concerne le champ hospitalier, médico-social, la prévention et le financement des réseaux. Il est constitué d'une subvention de l'Etat et d'une contribution de l'assurance maladie. Les 26 ARS emploient près de 9 500 agents de l'Etat et de l'assurance maladie.

Les ARS et leur environnement

La réforme des ARS vise à décloisonner et à territorialiser les politiques de santé. Elle vise à unifier le pilotage de la politique de santé en région. L'ARS devient ainsi l'interlocuteur de tous les acteurs.

- ❑ Réduire la mortalité prématurée évitable
- ❑ Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies
- ❑ Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires
- ❑ Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé
- ❑ Optimiser l'organisation de la permanence des soins
- ❑ Adapter l'offre de soins et des services médico-sociaux aux besoins
- ❑ Améliorer la qualité et l'efficacité des soins et des services médico-sociaux
- ❑ Rétablir durablement l'équilibre financier des établissements de santé
- ❑ Développer les parcours de soins et de vie des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'ARS dans son environnement



Le projet régional de santé

Le projet régional de santé est le document stratégique qui fixe les objectifs et les priorités de santé en région et planifie les actions dans les différents champs d'intervention de l'ARS : prévention, organisation des soins de ville et dans les établissements de santé, secteur médico-social, accès aux soins, gestion du risque, accompagnement des handicaps, télémédecine, définition des territoires de santé.

Le projet régional de santé se compose :

- Du plan stratégique régional de santé qui comprend les priorités et objectifs pour 5 ans et la définition des territoires de santé.
- Des schémas d'organisation dans chaque domaine d'action de l'ARS (prévention, organisation des soins).
- Des programmes ou plans d'actions qui déclinent les

modalités d'application des schémas (gestion du risque, télémédecine,...).

La définition des territoires de santé

Les ARS devront définir les territoires de santé d'ici à la rentrée 2010. Il s'agit de nouveaux espaces sur lesquels seront déclinées les actions des agences pour l'ensemble de leurs compétences.

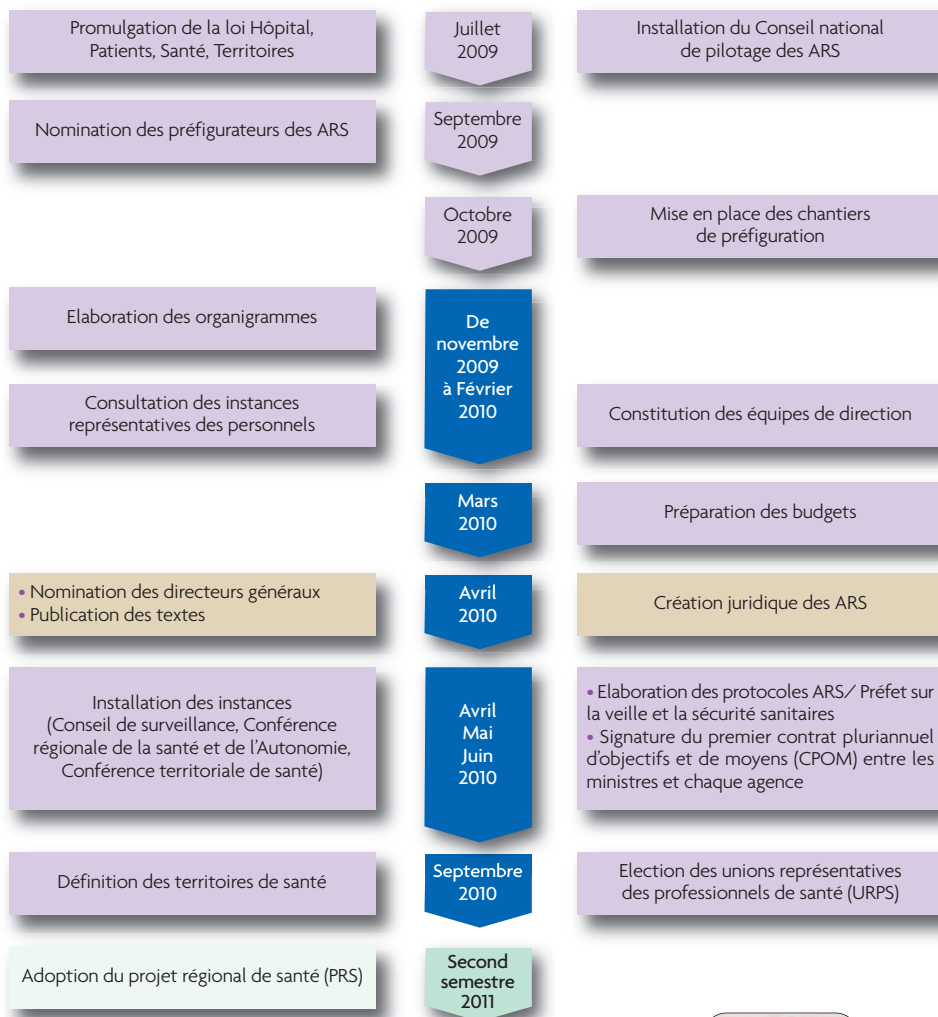
Les élections des URPS

Les élections des unions régionales des médecins auront lieu le 29 septembre 2010. Celles des autres professions auront lieu au cours des mois suivants.

Liste des directeurs d'ARS

Alsace : **Laurent HABERT**
 Aquitaine : **Nicole KLEIN**
 Auvergne : **François DUMUIS**
 Bretagne : **Alain GAUTRON**
 Bourgogne : **Cécile COURREGES**
 Centre : **Jacques LAISNE**
 Champagne-Ardenne : **Jean-Christophe PAILLE**
 Corse : **Dominique BLAIS**
 Franche Comté : **Sylvie MANSION**
 Ile de France : **Claude EVIN**
 Languedoc Roussillon : **Martine Aoustin**
 Limousin : **Michel LAFORCADE**
 Lorraine : **Jean-Yves GRALL**
 Midi-Pyrénées : **Xavier CHASTEL**
 Nord Pas de Calais : **Daniel LENOIR**
 Basse Normandie : **Pierre-Jean LANCERY**
 Haute Normandie : **Gilles LAGARDE**
 Pays de la Loire : **Marie-Sophie DESAULLE**
 Picardie : **Christophe JACQUINET**
 Poitou-Charentes : **François-Emmanuel BLANC**
 PACA : **Dominique DEROUBAIX**
 Rhône-Alpes : **Denis MORIN**
 Guadeloupe : **Mireille WILLAUME**
 Martinique : **Christian URSULET**
 Guyane : **Philippe DAMIE**
 Océan indien : **Chantal DE SINGLY**

Calendrier de mise en œuvre des ARS



Wilfrid VINCENT
 Délégué Général de la FNMR
 Economiste de la Santé

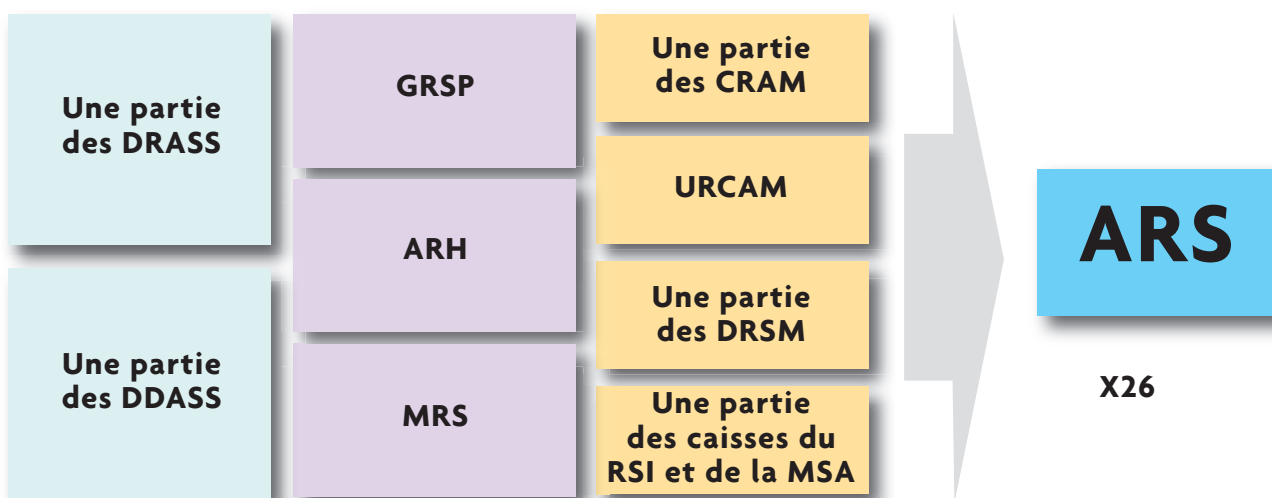


Les Agences Régionales de Santé comment ça marche ?

Créées par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » dite loi HPST (article L. 1434-10), les agences régionales de santé (ARS) sont des établissements publics. Les ARS sont le pivot d'une organisation régionale de la santé et regroupent sept structures complémentaires dont les ARH, DDASS, URCAM...

Les ARS intègrent tout ou partie des structures

Chacune des 26 agences régionales de santé formera un système intégré regroupant l'Etat et l'assurance maladie :



Missions des ARS

Le pilotage de la santé en région :

La veille et la sécurité sanitaire ainsi que l'observation de la santé.

La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.

La contribution à l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires.

La régulation de l'offre de santé en région :

Porte sur les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier.

Dimension territoriale : meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins.

Dimension économique : meilleure utilisation des ressources, maîtrise des dépenses de santé.

Moyens d'action des ARS

Evaluer et promouvoir la qualité des formations des professionnels.

Autoriser la création des établissements et services de soins médico-sociaux, contrôler leur fonctionnement et allouer leurs ressources.

Définir et mettre en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité et de l'autonomie des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région.

Dès 2009 :

Élaboration du projet d'organisation des services et la négociation du premier contrat d'objectifs et de moyens avec l'Etat.

Organisation du transfert des personnels et des biens vers l'ARS.

Objectifs

Dès 2010 :

Renforcer les politiques de prévention

Optimiser l'organisation de la permanence des soins

Lutter contre la désertification médicale

ARS pour une stratégie régionale

L'action de l'ARS s'inscrit dans une stratégie régionale de santé incarnée par le projet régional de santé et ses trois volets :

- ❑ Le plan stratégique régional de santé fixe les objectifs et les priorités de santé de la région.
- ❑ Les schémas régionaux sectoriels déterminent les mesures conformes aux objectifs du plan dans l'ensemble des domaines :
 - la prévention ;
 - les soins ;
 - l'accompagnement et les prises en charge médico-sociales.
- ❑ Les programmes précisent les modalités opérationnelles et articulent en pratique les mesures prévues par les schémas régionaux sectoriels.

L'ARS disposera de leviers d'actions renforcés :

- ❑ la contractualisation avec les acteurs de la santé ;
- ❑ les contrats locaux de santé ;
- ❑ l'appel à projets dans le champ médico-social ;
- ❑ l'élargissement de la gestion du risque aux secteurs hospitalier et médico-social.

ARS pour plus de transversalité

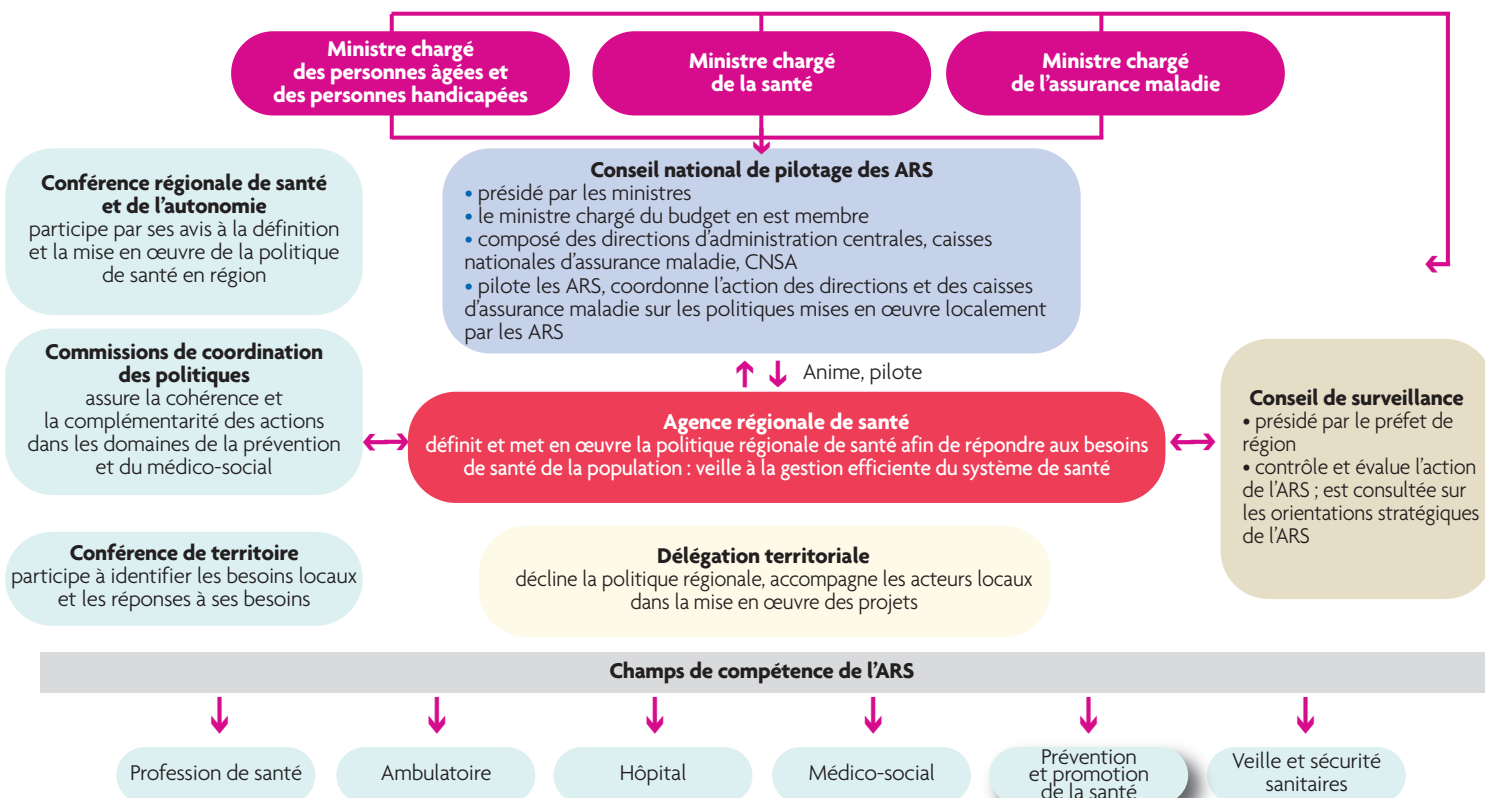
Les sujets transverses où demain l'ARS sera un acteur majeur voire unique :

- ❑ le parcours du patient, notamment de patients ayant des maladies chroniques, des personnes âgées ou handicapées ;
- ❑ les reconversions hospitalières, pour de grands comme de petits hôpitaux ;
- ❑ la permanence des soins ;
- ❑ la démographie médicale et paramédicale ;
- ❑ le développement de la qualité des soins ;
- ❑ la collecte et l'interprétation des données sanitaires et médico-sociales de la région.

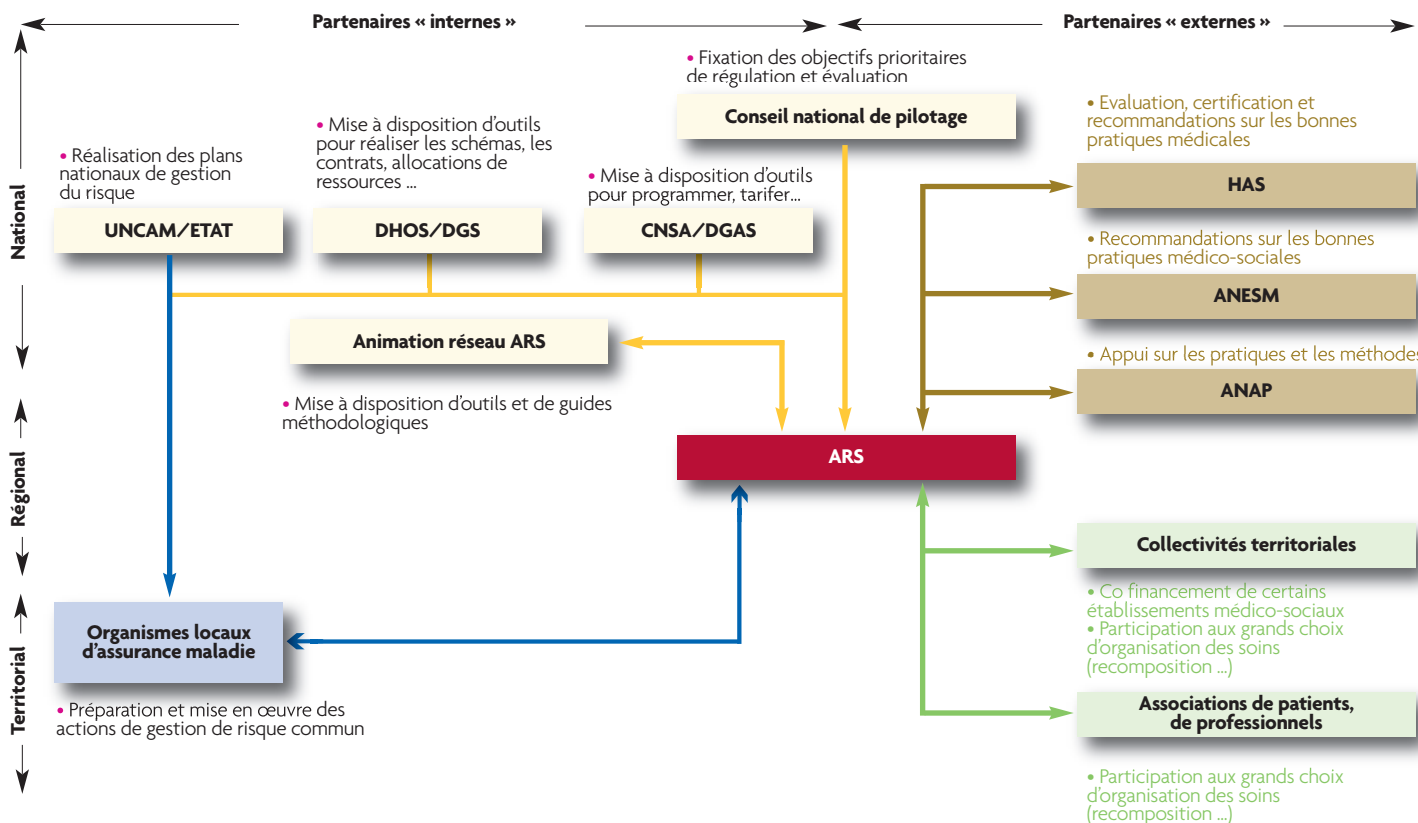
Les secteurs où l'ARS disposera de leviers renforcés :

- ❑ la promotion de la santé - préventive (contrats locaux de santé,...) ;
- ❑ la veille et la sécurité sanitaires (mutualisation des compétences et des expertises) ;
- ❑ l'ambulatoire (outils de contractualisation) ;
- ❑ l'hôpital (contrôle de gestion et actions communes avec l'assurance maladie, nominations, ...) ;
- ❑ l'accompagnement médico-social (nouvelles procédures d'autorisations, ...).

Un pilotage intégré



Acteurs concernés et partenaires



La planification nationale et régionale dans le projet de la loi HPST



« Morceaux choisis » dans les Journaux Officiels publiés pour la création des ARS

Pour en savoir plus sur les Agences Régionales de Santé et pour mieux apprécier comment elles vont fonctionner, Le Médecin Radiologue a sélectionné pour vous quelques extraits des décrets d'application parus au Journal Officiel.

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ : Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010

Art. 1^{er}. : Les agences régionales de santé mentionnées au titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique sont créées à la date de publication du présent décret.

RÉGIME FINANCIER DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ : Décret n° 2010-339 du 31 mars 2010

« **Art. R. 1432-55.** – Le budget de l'agence régionale de santé comporte une répartition des charges par nature, en quatre enveloppes consacrées respectivement :

- « 1^o Aux dépenses de personnel ;
 - « 2^o Aux autres dépenses de fonctionnement ;
 - « 3^o Aux dépenses d'investissement ;
 - « 4^o Aux dépenses d'intervention.
- « Le montant de chacune de ces enveloppes est limitatif.

CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE : Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010

« **Art. D. 1432-28.** – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est composée de cent membres au plus ayant voix délibérative.

« Ses membres sont répartis en huit collèges composés comme suit :

- « 1^o Un collège des représentants des collectivités territoriales du ressort géographique de l'agence
- « 2^o Un collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux
- « 3^o Un collège des représentants des conférences de territoire
- « 4^o Un collège des partenaires sociaux dont un représentant des organisations syndicales représentatives des artisans, des commerçants et des professions libérales
- « 5^o Un collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociales
- « 6^o Un collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé
- « 7^o Un collège des offreurs des services de santé composé

de 26 personnes dont *un médecin responsable d'un service d'aide médicale urgente, un représentant des organisations syndicales représentatives de médecins des établissements publics de santé, six membres des unions régionales des professionnels de santé, un représentant de l'ordre des médecins, un représentant des internes en médecine.* (ndlr)

« 8^o Un collège de personnalités qualifiées

« **Art. D. 1432-31.** – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie organise ses travaux au sein des formations suivantes :

« – la commission permanente prévue aux articles D. 1432-33 et D. 1432-34 ;

« – quatre commissions spécialisées prévues aux articles D. 1432-35 à D. 1432-43 dont :

« **Art. D. 1432-38.** – I. – La commission spécialisée de l'organisation des soins contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins.

« 1^o Elle prépare un avis sur le projet de schéma régional d'organisation des soins, dans ses volets hospitalier et ambulatoire, incluant la détermination des zones de mise en œuvre des mesures prévues pour l'installation et le maintien des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé.

« 2^o Elle est consultée par l'agence régionale de santé sur :

« – les projets de schémas interrégionaux d'organisation des soins ;

« – les demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation relatives aux projets mentionnés à l'article L. 6122-1, les projets de décisions portant révision ou retrait d'autorisation prévues à l'article L. 6122-12 ainsi que les projets de décisions de maintien de la suspension, de retrait ou de modification d'autorisation prévues à l'article L. 6122-13 ;

« – la politique en matière d'implantation et de financement de maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé et maisons médicales de garde ;

« – les projets et actions visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé sur les territoires ;

« – les projets d'expérimentations dans le champ de l'organisation des soins, concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins ;

- « – l'organisation et l'adéquation aux besoins de la population de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins, en ambulatoire et dans les établissements de santé ;
- « – l'organisation des transports sanitaires et son adéquation aux besoins de la population ;
- « – la création des établissements publics de santé autres que nationaux et des groupements de coopération sanitaire mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 6133-7, en application de l'article L. 6141-1, ainsi que la modification de la liste des centres hospitaliers régionaux, en application de l'article R. 6141-14 ;
- « – les projets de mesures de recomposition de l'offre que le directeur général de l'agence régionale de santé envisage de prendre en vertu des dispositions de l'article L. 6122-15 dans sa rédaction antérieure à l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- « – la politique en matière de contractualisation avec les titulaires d'autorisation ainsi que les autres offreurs de services en santé.

« II. – L'agence régionale de santé informe la commission au moins une fois par an sur :

- « – les renouvellements d'autorisation intervenus dans les conditions définies au dernier alinéa de l'article L. 6122-10 ;
- « – les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre l'agence régionale de santé et les titulaires d'autorisation, les centres de santé, les maisons de santé et réseaux de santé ;
- « – l'évolution du nombre de professionnels de santé libéraux installés sur les territoires ;
- « – les résultats des évaluations et certifications menées au cours de l'année écoulée.

« **Art. D. 1432-39.** – La commission spécialisée de l'organisation des soins comprend 48 membres dont :

Cinq représentants des établissements publics de santé, dont deux présidents de CME de centres hospitaliers et de centres hospitaliers universitaires, deux représentants des établissements privés de santé à but lucratif, dont un président de CME, deux représentants des établissements privés de santé à but non lucratif, dont un président de CME, un médecin responsable d'un service d'aide médicale urgente, un représentant des organisations syndicales représentatives des médecins des établissements publics de santé, quatre membres des unions régionales des professionnels de santé, un représentant de l'ordre des médecins, un représentant des internes en médecine. (ndlr)

COMPOSITION ET MODE DE FONCTIONNEMENT

DES CONFÉRENCES DE TERRITOIRE :

Décret n° 2010-347 du 31 mars 2010

« **Art. D. 1434-2.** – La conférence de territoire est composée de cinquante membres au plus, dont :

« 1° Au plus dix représentants des établissements de santé :

« – au plus cinq représentants des personnes morales gestionnaires de ces établissements « – au plus cinq présidents de commission médicale ou de CME, désignés sur proposition de la fédération qui représente ces établissements.

« La répartition des sièges tient compte, d'une part, des différentes catégories d'établissements implantés dans le territoire de santé et, d'autre part, de la nature et du volume des activités de soins exercées par chacun des établissements ;

« 4° Au plus six représentants des professionnels de santé libéraux désignés par la fédération des unions régionales des professionnels de santé libéraux, dont au plus trois médecins et au plus trois représentants des autres professionnels de santé, et un représentant des internes en médecine

« 10° Un représentant de l'ordre des médecins désigné par le président du conseil régional de l'ordre ;

« **Art. D. 1434-11.** – Le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à la conférence de territoire, à la demande de son président, les documents relatifs à l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé et nécessaires à l'exercice de ses missions.

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique à la conférence de territoire les suites qui ont été réservées à ses avis et ses propositions dans un délai de trois mois suivant leur transmission.

COMMISSIONS DE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ :

Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010

« **Art. D. 1432-4.** – Pour assurer les missions qui lui sont dévolues par le 2° de l'article L. 1432-1, la commission :

« 1° Peut décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional de prévention ;

« 2° Favorise, sur la base du plan stratégique régional de santé et du schéma régional de prévention, la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile qui sont financées par chacun de ses membres et détermine les modalités de leur éventuel cofinancement ;

« 3° Définit les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'agence régionale de santé pour organiser une procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé dans la région ;

« 4° Permet le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé.

Cette commission ne comporte aucun médecin ou professionnel de santé. (ndlr)

**RELATIONS ENTRE LES REPRÉSENTANTS DE L'ÉTAT
DANS LE DÉPARTEMENT, DANS LA ZONE DE
DÉFENSE ET DANS LA RÉGION ET L'AGENCE
RÉGIONALE DE SANTÉ POUR L'APPLICATION
DES ARTICLES L. 1435-1, L. 1435-2 ET L. 1435-7
DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux

« Art. R. 1435-1. - L'agence régionale de santé met en œuvre les actions, y compris d'inspection, et les prestations nécessaires à l'exercice par le préfet de département de ses compétences dans les domaines de la veille, de la sécurité et de la police sanitaires, de la salubrité et de l'hygiène publiques.

« Ces actions et prestations sont mises en œuvre à la demande du préfet et sous l'autorité du directeur général de l'agence. Ce dernier informe le préfet des moyens mis

en œuvre pour répondre à ses demandes et des résultats de l'intervention.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et le préfet de département s'informent réciproquement et sans délai de tout événement sanitaire dont ils ont connaissance présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

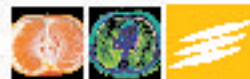
**CONSEIL DE SURVEILLANCE DE
L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ :
Décret n° 2010-337 du 31 mars 2010**

« Art. D. 1432-15. - I. - Le conseil de surveillance est composé de vingt-cinq membres. *Pas de représentants des professions de santé. (ndlr)* ■

Budgets et effectifs des ARS par région - Arrêté du 31 mars 2010

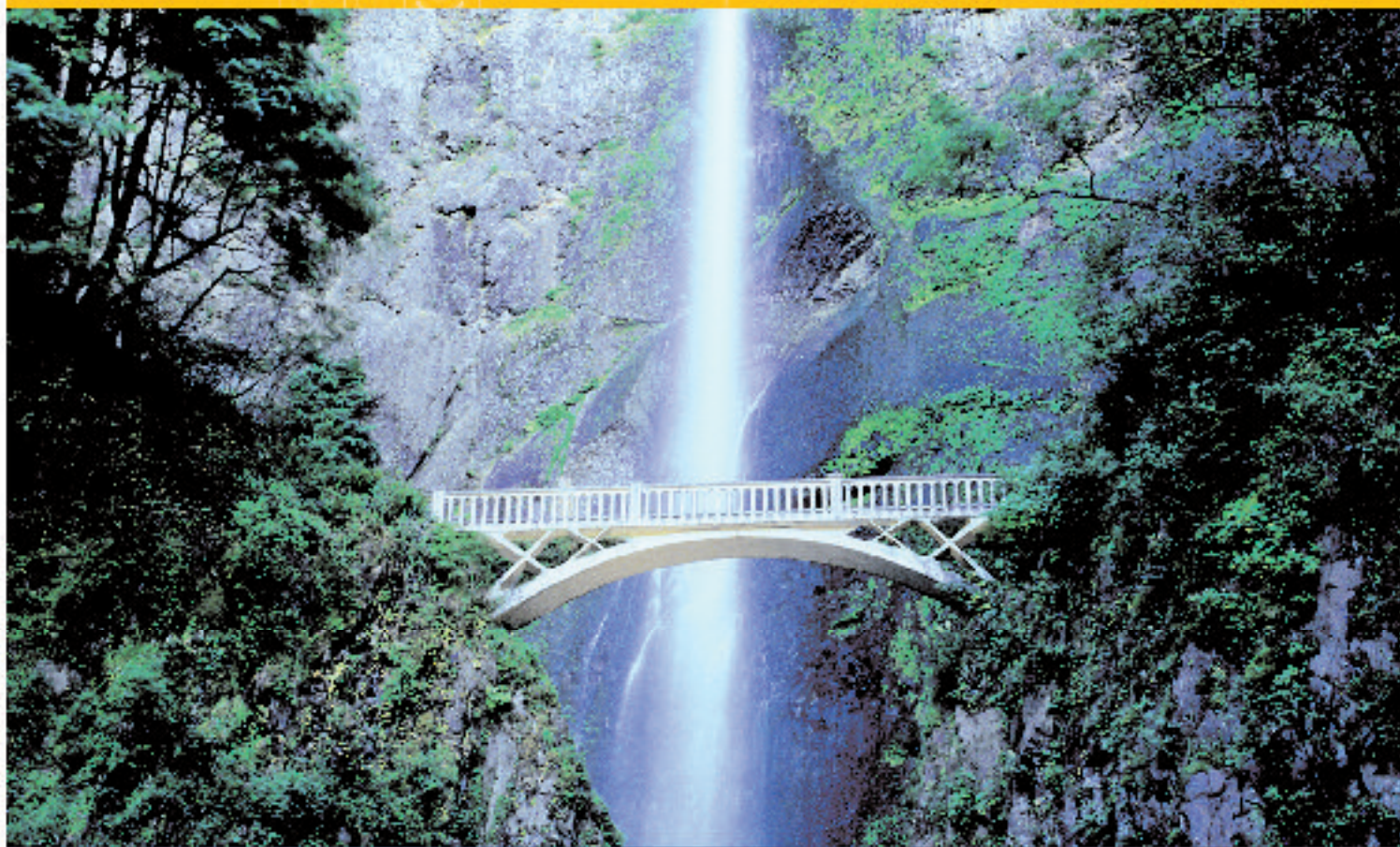
| Région | Dépenses en K€ | Plafond d'emploi (en équivalent temps plein) au 1 ^{er} avril 2010 |
|----------------------|----------------|--|
| Alsace | 17 000 | 231,5 |
| Aquitaine | 35 000 | 448,0 |
| Auvergne | 17 000 | 243,0 |
| Basse Normandie | 15 000 | 219,0 |
| Bourgogne | 21 000 | 267,5 |
| Bretagne | 35 000 | 410,0 |
| Centre | 29 000 | 366,5 |
| Champagne Ardenne | 17 000 | 228,0 |
| Corse | 9 000 | 114,5 |
| Franche Comté | 17 000 | 218,0 |
| Guadeloupe | 15 000 | 184,0 |
| Guyane | 11 000 | 71,5 |
| Haute Normandie | 20 000 | 218,5 |
| Ile de France | 110 000 | 1 231,5 |
| Languedoc Roussillon | 30 000 | 381,0 |
| Limousin | 14 000 | 179,5 |
| Lorraine | 30 000 | 345,0 |
| Martinique | 15 000 | 156,0 |
| Midi Pyrénées | 37 000 | 453,0 |
| Nord Pas de Calais | 42 000 | 476,5 |
| Océan Indien | 31 000 | 428,0 |
| Pays de Loire | 38 000 | 447,5 |
| Picardie | 24 000 | 246,5 |
| Poitou-Charentes | 20 000 | 255,5 |
| PACA | 51 000 | 630,5 |
| Rhône Alpes | 58 000 | 725,5 |
| France entière | 758 000 | 9 176,5 |

XENETIX®



lobitridol

Le choix de la performance



DE NOMINATION : XENETIX 350 (350 mg / ml), solution injectable; XENETIX 300 (300 mg / ml), solution injectable; XENETIX 250 (250 mg / ml), solution injectable - **COMPOSITION** pour 100 ml : XENETIX 350 : 76,78 g de lobitridol correspondant à 35,00 g d'iodine; XENETIX 300 : 65,81 g de lobitridol correspondant à 30,00 g d'iodine; XENETIX 250 : 54,84 g de lobitridol correspondant à 25,00 g d'iodine - **DONNÉES CLINIQUES** (indication thérapeutique) : Ce médicament est à usage diagnostique uniquement. Prendre le contraste dans les

5 à 7 jours après pour : XENETIX 350 : angiographie intravasculaire, tomographie axiale, angiographie coronarienne par voie intravasculaire, artériographie, angiocardiographie - XENETIX 300 :

angiographie intravasculaire, tomographie axiale, angiographie coronarienne par voie intravasculaire, artériographie, angiocardiographie, dialangiopneumographie par endoscopie

rétrograde, artériographie, lymphangiographie - XENETIX 250 : pléthyspneumographie, tomographie axiale, angiographie coronarienne par voie intravasculaire, dialangiopneumographie

par endoscopie rétrograde - **Posologie et mode d'administration :** Les doses doivent être adaptées à l'âge, au sexe et aux troubles de circulation. Il est préférable d'injecter le produit à la fin de la fonction rénale de

surveillance de la fonction. Contre-indications : Hypersensibilité au lobitridol ou à l'un des excipients, antécédents de réaction immédiate majeure ou connue retardée (voir rubrique

Effets indésirables à l'injection de Xenetix), Thyroïdisme nodulaire, Hémiphyspneumothorax ou de la grossesse (XENETIX 250 et 300) - **Mesures de garde et précautions particulières**

d'emploi : **Attention** : certains composants du produit iodé. En l'absence d'antécédents de réaction immédiate majeure ou connue retardée, la réaction immédiate n'est pas une indication de XENETIX. Tous les

produits de contraste iodés peuvent être à l'origine de réactions mineures ou moyennes, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Elles peuvent être immédiates (moins de 60 minutes)

ou retardées (jusqu'à 7 jours). Elles sont souvent imprévisibles. Le risque de réaction majeure implique l'usage à disposition immédiate des moyens nécessaires à une réanimation

d'urgence. **Produits de contraste iodés et grossesse (cf RCP) d'indication d'emploi :** Les produits de contraste iodés transfèrent des ions iodés dans le fœtus. Les effets biphasiques - Anémie -

Dysfonction - Maladie cardiaque - Insuffisance rénale - Troubles du système nerveux central - Pléurodynamisme - Myélographie - Injection des effets secondaires - Interactions avec

d'autres médicaments (voir rubrique Interactions) - **Contre-indication absolue de l'usage du produit :** Rétrécissements, Diverticules, Sténoses, Étiologies multiples - **Contre-indication**

à prescrire en compte : Intolérance à l'iode - **Effets indésirables :** - **Effets indésirables graves :** Réactions anaphylactiques et Hypersensibilité - **Effets :** Osmolalité élevée (voir rubrique

Propriétés pharmacologiques) - **Contre-indications (voir rubrique) :** - **Neurovasculaires (voir rubrique) :** - **Digestifs (voir rubrique) :** - **Réactions (voir rubrique) :** - **Thyroïdiens (voir rubrique) :**

Effets locaux (voir rubrique) : Douleurs articulaires au site d'injection - Douleurs articulaires au site d'injection - Douleurs musculaires au site d'injection - **Propriétés pharmacologiques (*) - DONNÉES**

PHARMACOLOGIQUES (*) - PRÉSENTATION ET NUMÉRO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE : XENETIX 350 : 3377107 - R: 20 ml : 10,65 € - 3377113 - R: 50 ml : 25,82 € - 5001543 -

R: 100 ml : 47,26 € - 5001566 - R: 100 ml (dose 10) - 3377142 - R: 150 ml : 68,27 € - 3377159 - R: 200 ml :

88,09 € - 3377188 - R: 60 ml (dose 10) - 5708181 ou 3400957081810 - 100 ml en poche (P), boîte de 10 - 5708175 ou 3400957081751 -

150 ml en poche (P), boîte de 10 - 5708181 ou 3400957081812 - 200 ml en poche (P), boîte de 10 - XENETIX 300 : 3377079 - R: 20 ml : 9,2 € - 3377085 - R: 50 ml :

22,58 € - 5001572 - R: 50 ml (dose 10) - 3377091 - R: 60 ml (dose 10) - 3377716 - R: 100 ml : 42,01 € - 5001890 - R: 100 ml (dose 10) - 3377722 - R: 150 ml : 60,41 € - 3377058 -

R: 200 ml : 72,74 € - 3377099 - R: 60 ml (dose 10) - 3377716 - R: 100 ml : 42,01 € - 5001890 - R: 100 ml (dose 10) - 3377722 - R: 150 ml : 60,41 € - 3377058 -

3400957082123 - 150 ml en poche (P), boîte de 10 - 5708229 ou 3400957082291 - 200 ml en poche (P), boîte de 10 - XENETIX 250 : 3377027 - R: 100 ml : 35,88 € -

5001608 - R: 100 ml (dose 10) - **USUEL**, Remb. 34% (soit 4,65 €) - Colloïdale (pH 00/00) GUBBET - BP 57400 - F-95943Rambouillet Cedex - Tél : 01.45.91.50.00 - (P) sur une

information complète, se reporter au RCP disponible sur demande auprès de Gubbet.

RF1001 - Révisé en Octobre 2010

Guerbet



Contrast for Life

Les G4 régionaux les interlocuteurs des ARS

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) va conférer une concentration exceptionnelle des pouvoirs d'organisation et de contrôle des soins à la DGOS (ex DHOS) et aux ARS. Celles-ci sont maintenant responsables de l'hospitalisation, de l'ambulatoire (médecine de ville) et du médico-social. Au niveau régional, il est donc plus que jamais indispensable que l'imagerie soit bien identifiée par l'ARS à travers un interlocuteur régional crédible et représentatif. C'est la justification du G4 régional.

Bref rappel historique :

Dès 2002, les représentants de la profession ont élaboré un projet de Conseil Professionnel de la Radiologie regroupant les quatre structures représentatives de la profession : FNMR, SFR, SRH, CERF. Après deux ans de réunions informelles, les statuts du G4 national ont été déposés en 2005. Paritaire entre le privé et le public, il se réunit régulièrement pour :

- Harmoniser les actions de promotion et de défense de l'imagerie.
- Présenter des positions communes dans les discussions avec les institutionnels et les organisations du monde de la santé.
- Réaliser toutes opérations de nature à favoriser les buts poursuivis par l'association.

Il est apparu courant 2008 qu'il serait utile de décliner régionalement ce Conseil Professionnel en créant des G4 régionaux. Une charte des délégations régionales du G4 a donc été élaborée, et les instances régionales sollicitées en 2009 pour les constituer.

La composition est paritaire, public-privé, avec six membres, huit pour les grandes régions, nommés pour trois ans par le G4 national sur proposition régionale sur la base de :

1 membre FNMR, 3 membres SFR, dont 2 libéraux et 1 public, 1 membre CERF, 1 membre SRH. Le bureau se compose d'un président et d'un secrétaire élus. Il n'y a pas de trésorier.

Outre la promotion et la défense de la radiologie, le G4R présente des positions et des actions communes définies par le G4 national. Il est l'interlocuteur privilégié des institutionnels régionaux pour tout ce qui concerne l'imagerie.

Ses missions s'exercent dans le respect de celles du G4 National. Il assure l'information, dans la région, des positions nationales. Il propose au G4 national toute action ou réflexion constructive. Il rend compte annuellement de son activité. Le G4 régional est donc bien l'interlocuteur de l'ARS pour l'imagerie.

A ce jour, les G4 régionaux ont pratiquement tous été constitués. A défaut, les membres potentiels locaux doivent prévenir leur structure nationale, la FNMR en l'occurrence pour les libéraux.

Les ARS démarrent officiellement le 1er avril, les G4 régionaux doivent, si ce n'est déjà fait, se réunir sans tarder pour s'organiser, fixer les objectifs prioritaires régionaux et obtenir un rendez vous avec leur ARS pour se présenter et négocier leur programme de travail.

Les sujets prioritaires sont rappelés dans les dix mesures du Plan d'Urgence pour l'Imagerie et le Manifeste pour un projet professionnel de l'imagerie médicale, ce dernier publié à la suite du séminaire du 13 février. L'enjeu sera de faire valoir les propositions de la profession et c'est tout l'intérêt d'une démarche coordonnée entre le public et le privé.

On peut donc lister les thèmes ci-après :

- Améliorer l'accessibilité à l'imagerie et augmenter le service médical rendu aux patients par le développement des plateaux techniques complets et diversifiés et par le respect du maillage territorial.
- Développer les arguments médico-économiques justifiant cette revendication.
- Faire valoir notre analyse de la coopération public privé, à savoir une relation équilibrée et pas une tutelle, tenant compte des fondamentaux de chaque secteur.
- Débattre sans complexe de la permanence des soins.
- Etre très attentif à la téléradiologie en s'appuyant sur le protocole élaboré par le G4 national et le CNOM.
- Faire valoir l'implication des libéraux dans les RCP, le dépistage du cancer du sein, la FMC EPP bientôt remplacées par le DPC, les actions de santé publique.
- Sensibiliser les partenaires sur les problèmes de démographie radiologique.

Dans toutes ces démarches, il convient de ne pas méconnaître l'existence et le rôle des :

- Syndicats professionnels, à savoir la FNMR principalement mais aussi les centrales polycatégorielles, CSMF, SML, FMF.....
- Les URPS qui remplaceront en septembre les URML.
- Les associations d'usagers.
- Les fédérations hospitalières, FHP et FHF d'autant plus influentes auprès des ARS que la DGOS a toujours privilégié l'approche hospitalière.
- Les associations d'internes et de Chefs de clinique. Les jeunes sont l'avenir de notre spécialité.

Le défi sera donc d'insérer habilement le G4 régional dans tout ce dispositif.

Pour exister et faire valoir nos priorités, il faudra :

Etre bien informé, anticiper, s'organiser, communiquer, proposer et négocier.

Le G4 national sera attentif à toutes difficultés régionales et aura pour mission de les aplanir sous réserve bien sûr d'être informé. ■

La composition du G4



Dr Jean-Luc DEHAENE
1er Vice Président de la FNMR



L'Alsace région préfiguratrice



Les ARS, mises en place le 1er avril, vont coordonner sous la responsabilité d'un directeur et d'une administration unique de nombreux services déjà connus des médecins radiologues, mais actuellement éclatés : ARH, DRASS, URCAM et CRAM. Ces institutions régentaient les autorisations de matériel lourd et leur renouvellement, organisaient les visites de conformité, validaient les diplômes des manipulateurs de radiologie, édictaient des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens encore embryonnaires.

Les radiologues ont donc déjà une culture de la médecine libérale administrée que n'ont pas forcément les autres spécialités de ville et retrouveront dans ces nouvelles agences souvent les mêmes interlocuteurs, ce qui devrait faciliter le dialogue.

La nouveauté est que le champ de l'ARS s'élargit à la médecine ambulatoire dont l'activité doit se coordonner avec celle de l'hospitalisation. Les principaux thèmes nous concernant seront la permanence des soins (en pratique les gardes à l'hôpital), la téléradiologie (qui ne peut pas être réduite à un outil de compensation de la disparition de la médecine de proximité) et la mise en place de processus de type industriel sous couvert de qualité, de pertinence et d'évaluation des soins et des besoins. (en pratique, vérifier ce que l'on fait, comment et à quel prix).

Comment cela va-t-il s'articuler ? Y aura-t-il des discussions avec les partenaires, au niveau régional ou national ?

Un outil développé par les agences, paraissant au départ anodin, me paraît particulièrement pervers : le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. Il existe depuis longtemps pour les établissements de soins et se négocie directement avec les structures détentrices d'une autorisation ; il n'est pas identique pour tous au niveau régional et encore moins au niveau national.

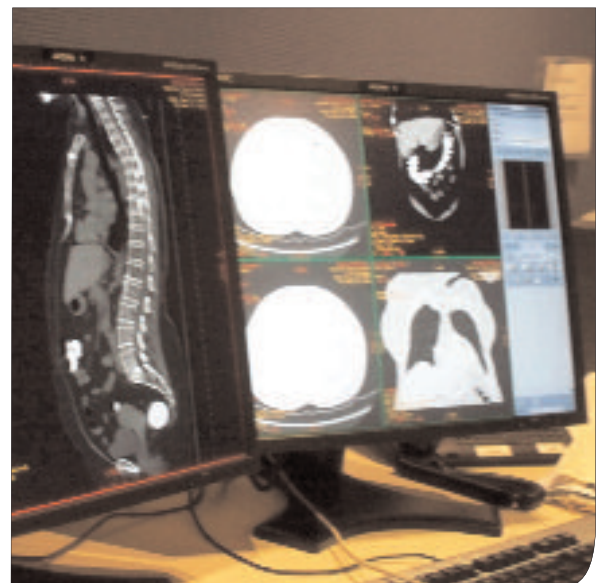
Ce ne sont plus les squelettes que nous avons connus jusqu'à présent. En Alsace par exemple, région préfiguratrice, on y trouve des objectifs stratégiques et opérationnels concernant la permanence de soins hospitaliers englobant toute l'imagerie, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'enseignement du bon usage des prescriptions envers les médecins correspondants, des critères qualité sur la validation des prescriptions, l'obligation de participer à des études d'efficacité élaborée par l'Agence Nationale d'Aide à la Performance,

des obligations d'archivages et de télétransmission sans contre partie financière négociée.

Il ne s'agit pas que de vagues promesses littéraires mais bien de la mise en place d'indicateurs qui seront évalués régulièrement et opposables à tous les intervenants.

Il faudra faire appel à la responsabilité de chacun afin de ne pas s'engager dans des procédures ou des expérimentations qui n'auront pas été anticipées, négociées ou financées au niveau national et qui pourront être rendues ainsi opposables à toute la profession au niveau régional, puis national, (exemple, la téléradiologie « bénévole », la transmission d'images non financée, des gardes hospitalières sans contre partie, etc).

La difficulté vient du fait que ces contrats seront contractés d'autant plus facilement que la structure aura une demande d'autorisation ou de renouvellement en cours. Devant l'intérêt stratégique à court terme des groupes de radiologie, devant la régionalisation et la fragmentation de la représentativité, des expérimentations peuvent émerger qui ne seront pas forcément de l'intérêt de la profession.



L'archivage, étape obligatoire de la téléradiologie



La France avant dernière en nombre d'équipements d'imagerie en coupe en Europe

Qu'en est-t-il de la représentativité régionale ? Que fait le syndicat ?

Il existait déjà au niveau des anciennes agences un Comité Régional d'Imagerie, plus ou moins hétéroclite, chargé de conseiller l'agence sur l'élaboration du SROS et des objectifs quantifiés mais, en pratique, le directeur de l'agence s'appuyait surtout sur des indicateurs nationaux, des lobbys hospitaliers ou institutionnels et des « experts » non représentatifs. Des représentants des syndicats de médecins et des cliniques siégeaient au Comité régional

“ Il faudra défendre régionalement les spécificités de notre exercice face aux tutelles mais également au sein du G4 régional. ”

de l'Organisation Sanitaire et Sociale, chargés de donner un avis consultatif sur l'attribution du matériel lourd. Un représentant de l'Union Régionale des Médecins Libéraux siégeait dans les Conférences Régionales

de Santé au milieu d'une centaine d'autres personnes. Maintenant, devant les nouveaux enjeux, la profession radiologique dans toutes ses composantes doit s'organiser régionalement.

Un des outils mis en place par la profession est le Conseil professionnel de la Radiologie appelé G4. Il réunit les quatre composantes de la radiologie : syndicat des radiologues libéraux, société savante, syndicat des radiologues hospitaliers et enseignants (FNMR, SFR, SRH et CERF). Cette structure récente a le mérite d'exister et de sortir des clivages traditionnels privé-public, si délétères pour la profession. Elle répond à la mutation de l'exercice radiologique, attendue ou imposée, nécessaire pour

appréhender les besoins de santé et limiter les dépenses. Une déclinaison régionale du G4 national doit se mettre en place avec des acteurs responsables ; la FNMR par exemple propose de former ses cadres et nous espérons que les autres institutions feront de même.

Il faudra défendre régionalement les spécificités de notre exercice, face aux tutelles, mais également au sein du G4 régional, ce qui nécessite un esprit d'ouverture de part et d'autre, encore difficile à faire passer localement. Les principaux thèmes seront l'organisation de la permanence des soins avec une vraie collaboration privé-public de type gagnant-gagnant (et cela existe déjà), l'activité de téléradiologie qui ne devra pas se développer de façon sauvage (elle sera soumise à autorisation), la délégation de tâches qui sera une réponse incontournable au problème démographique, la négociation du nombre de postes d'internes, l'élaboration du SROS hospitalier et ambulatoire.

La solidarité dans une même profession est le seul moyen de préserver l'avenir de cet exercice si particulier qu'est la radiologie.

Le G4 régional doit s'imposer pour être le conseiller médical unique de la profession face aux nouvelles agences régionales de santé. ■

Dr Bernard WOERLY
Président du syndicat
des radiologues du Bas Rhin
Membre G4 Alsace





Les radiologues aquitains sont prêts à travailler avec leur ARS



Après six mois de mise en place destinés à regrouper et réorganiser les différents services de l'ancienne ARH, de la DRASS et de la CRAM, depuis le 1^{er} avril l'ARS d'Aquitaine est installée.



Des délais de rendez-vous IRM inacceptables

Nous connaissons dans l'ancienne ARH nos interlocuteurs, nous apprendrons à connaître leurs successeurs. Les radiologues aquitains représentés par le bureau régional de la FNMR, de la SFR, du SRH et du CERF ont pris contact avec la nouvelle directrice d'ARS, Madame Nicole Klein, par le G 4 régional. Cette rencontre prochaine permettra de poser les jalons de notre coopération future.

La consultation des radiologues par l'ARS se fait à l'échelon des territoires de santé et à l'échelon de la région. Dans chaque territoire de santé d'aquitaine, l'ARS a commencé par réorganiser les conférences sanitaires de territoires et sur chaque territoire à créer des commissions de travail sur l'imagerie. Ces commissions de territoires auront pour objet de

conseiller localement l'ARS, mais elles n'auront qu'un rôle consultatif.

Au niveau régional, ce sera le G4 régional qui sera l'interlocuteur de l'ARS.

Pour l'Aquitaine, le G4 régional est constitué de huit membres (quatre hospitaliers et quatre privés).

“Le G4 régional s'appuiera sur les recommandations du G4 national.”

Le G4 régional s'appuiera sur les recommandations du G4 national.

La démographie déclinante des médecins radiologues, le manque d'accès à l'imagerie en coupe sur certains secteurs, les coopérations privé-public, la permanence des soins et la téléradiologie seront certainement les principaux sujets sur lesquels le G4 devra travailler avec l'ARS.

Impatients de se mettre au travail avec l'ARS pour améliorer la prise en charge en imagerie et la rendre homogène sur l'ensemble des territoires d'Aquitaine, les représentants des radiologues d'Aquitaine restent réalistes : le travail sera long et difficile.

Les représentants du G4 seront vigilants à une équité de traitement entre privé et public. ■

Dr Eric CHAVIGNY
Président du syndicat
des radiologues des Landes
Membre suppléant G4 Aquitaine





Parler d'une seule voix à l'ARS

Le G4 régional, représentation « équilibrée » de la radiologie de la région est composé de six médecins radiologues : un SRH, un CERF, trois SFR, un FNMR soit trois hospitaliers et trois libéraux (deux libéraux pour la SFR). Il représente le G4 national au sein de la région. Il constitue l'interlocuteur logique et privilégié de la profession vis-à-vis de l'administration régionale, en particulier de l'ex-ARH (agence régionale d'hospitalisation), et devra le rester vis-à-vis de la nouvelle ARS (agence régionale de santé). Cette représentation dépend, bien sur, pour son efficacité, de l'entente régnant au sein du G4.

Au lendemain du recours « réussi » auprès du Conseil d'Etat du SRH concernant l'archivage, l'actualité a pu ne pas être propice à favoriser cette entente. Néanmoins, les problèmes se posant en région, et en particulier dans une région sous-médicalisée comme la région Centre, sont suffisamment graves pour surmonter sans trop de difficulté cette « péripétie ».

Ces problèmes se nomment permanence des soins (PDS) et téléradiologie. Ils résultent de la désertification médicale et en particulier radiologique hors des grandes villes.

Celle-ci touche aussi bien le secteur privé par défaut de viabilité financière des petites structures que le secteur public par défaut d'attractivité des postes tant sur le plan financier que médical. S'y rajoute la démographie médicale qui a été gérée comme on le sait.

Quelle est la position des ex-ARH et, on peut le supposer, des futures ARS face à ces problèmes ?

Elle est basée sur la logique du maillage territorial en particulier dans le cadre des urgences, soit un centre d'accueil des urgences disponible à approximativement cinquante kilomètres à la ronde sur tout le territoire.

Ce centre d'urgences doit disposer d'une possibilité de diagnostic (en pratique un scanner) disponible 24 heures sur 24, apte à renseigner l'urgentiste sur la possibilité de garder le patient dans sa structure, ou sur la nécessité d'un transfert en centre spécialisé.

Logique incontournable, mais qui se heurte à la réalité de centres d'hospitalisation locaux dépourvus de médecin radiologue ou n'en disposant que d'un, qui ne peut être disponible en permanence, 365 jours par an et 24 heures sur 24.

La téléradiologie semble alors une forme de panacée pour les directeurs d'établissement qui appliquent le mode de sélection des dossiers de candidature auquel ils sont accoutumés, soit le choix du « moins disant » soutenus en cela par les ex-ARH.

Ce phénomène a peu de chance de s'améliorer avec les futures ARS, le directeur de l'ARS disposant d'une « enveloppe » financière annuelle pour sa région, la qualité de sa gestion étant évaluée à la mesure des économies réalisées.

Dans le cahier des charges de téléradiologie proposé par les centres hospitaliers demandeurs, le critère qualitatif entre peu en

ligne de compte, par comparaison avec le critère de disponibilité. La gestion du service, l'établissement de procédures, la vérification de leur respect, l'encadrement du personnel paramédical sont traités en « parents pauvres » ce d'autant que les sociétés de téléradiologie sont parfois (souvent ?) situées fort loin des centres demandeurs.

La proximité géographique d'au moins un médecin radiologue ou groupe de médecins radiologues aptes à assurer cette gestion semble hautement souhaitable dans le pool des téléradiologues, cette charge supplémentaire devant faire bien sur l'objet d'une rémunération spécifique.

Or, on assiste à l'inverse à un « dumping » tarifaire des sociétés de téléradiologie qui proposent des solutions « clés en mains » pour à peine plus que la cotation de l'acte à la nomenclature.

Comment y parviennent-elles ?

Tout simplement en réduisant la rémunération de « leurs » médecins radiologues largement au dessous du niveau de « l'acte intellectuel » de l'imagerie en coupe ou de son équivalent en radiologie standard. La question peut d'ailleurs se poser : comment les trouvent-elles en France où règne déjà la pénurie ?

Le défi qui se présente aux G4 régionaux est de contrecarrer ces pratiques

puisque, semble-t-il, l'Ordre des Médecins n'y trouve rien à redire : que penserait-il, à propos, d'un généraliste s'installant dans un secteur concurrentiel et proposant la consultation à 20 euros pour capter la clientèle de ses confrères ?

“ Le défi qui se présente aux G4 régionaux est de contrecarrer ces pratiques puisque, semble-t-il, l'Ordre des Médecins n'y trouve rien à redire. ”

Le G4 régional doit donc parler d'une seule voix à l'ARS et pourquoi pas, obtenir de celle-ci la constitution d'une structure de contrôle des contrats de téléradiologie dont il serait responsable, afin que soient respectés la Charte et le Cahier des Charges établis par le G4 national (que chacun peut consulter sur le site de la FNMR). ■

Dr Eric MADEUF

Président de l'union régionale
des radiologues du Centre
Membre G4 Centre





Organiser la permanence des soins



La place du G4 dans le futur fonctionnement des ARS semble devoir être très importante. La régionalisation ouvre des perspectives intéressantes de pouvoir se saisir de dossiers au rang des plus importants pour notre spécialité.

Nous étions déjà habitués à avoir des interlocuteurs régionaux pour les autorisations d'équipement lourds mais demain, c'est l'ensemble des conditions d'exercice de notre profession qui sera organisée régionalement, depuis la formation initiale des internes avec la filiarisation, leur condition d'installation avec le SROS ambulatoire opposable, leur mode d'exercice avec peut être des conventions régionales, une réflexion inévitable sur l'accès aux soins y compris les conditions d'exercice en secteur II, la mise en place de la télé imagerie sur laquelle les acteurs du G4 devront être particulièrement vigilants et exiger l'application du cahier des charges du G4 national dont on attend la parution des décrets...et éviter coûte que coûte l'instauration d'une télé imagerie sauvage.

L'occasion de pouvoir organiser la permanence des soins (PdS) est réelle, avec peut être enfin la possibilité d'une reconnaissance de la participation des radiologues libéraux aux astreintes des établissements privés mais surtout publics par l'intermédiaires des GIE d'équipement lourd. L'exemple de la région Champagne Ardenne est caractéristique, avec des équipements lourds installés dans des centres hospitaliers et fonctionnant en astreinte avec une grande majorité de radiologues libéraux assurant

les gardes non seulement sans rémunération spécifique mais en plus en supportant le coût du personnel d'astreinte. La télé imagerie permettra peut être d'organiser la permanence des soins localement, en mutualisant les ressources publiques et privées sur un territoire. Dans tous les cas, une solution locale doit toujours être privilégiée et le recours à une société prestataire ne doit pas être possible avant d'avoir épuisé toutes les possibilités locales... Il semble aussi indispensable de mettre un frein aux autorisations d'équipement lourd dans les établissements qui n'ont pas de radiologues...

Le pouvoir des ARS semble donc très large et les radiologues libéraux doivent par l'intermédiaire du G4 régional s'imposer comme des interlocuteurs incontournables. Notre crédibilité sera renforcée en parlant d'une même voix au sein du G4, avec nos confrères hospitaliers, dont les préoccupations majeures ne sont pas si éloignées des nôtres...

“ Le pouvoir des ARS semble donc très large et les radiologues libéraux doivent par l'intermédiaire du G4 régional s'imposer comme des interlocuteurs incontournables. ”

Nous devons être particulièrement vigilants à l'articulation entre les actions menées régionalement et la politique nationale de la FNMR. Il y a en effet un risque réel d'autonomisation régionale avec mise en place d'action régionale allant contre l'intérêt des radiologues au plan national et il faut se souvenir que certaines prises de position des ARS pourront être généralisées au plan national après avis de la HAS... La coordination entre les acteurs régionaux du G4, le G4 national et la Fédération sera primordiale... ■



Il ne peut y avoir de substitutions sans équipements

Dr Jean-Charles LECLERC

Président de l'union régionale
des radiologues de Champagne Ardenne
Membre G4 Champagne Ardenne





Ne pas être considérés comme la variable d'ajustement du secteur public

La société change, la médecine évolue, la radiologie aussi, nous devons nous adapter au contexte général. Les radiologues libéraux ont toujours montré par le passé leur aptitude à évoluer en fonction des différents impératifs du progrès médical, des techniques, des contraintes administratives et économiques. Notre Fédération a souvent été à l'origine de ces avancées, il suffit de rappeler notre rôle dans la création de la campagne de dépistage du cancer du sein, dans l'introduction de la numérisation, voire pour remonter plus loin dans le temps, la création d'une cotation de scopie télévisée qui avait permis aux radiologues français d'avoir, à l'époque, des équipements bien en avance par rapport à leurs confrères européens.

Actuellement l'évolution qui nous est demandée survient dans un contexte de crise économique. L'Etat, dans le cadre de la loi HPST, a décidé de profondément remanier la gouvernance du monde de la santé avec en particulier la création des agences régionales de la santé (ARS). Que doit en penser le radiologue libéral et en quoi cela va-t-il interférer dans sa vie professionnelle ?

D'abord et brièvement, il faut rappeler les pouvoirs de l'ARS que l'on peut assimiler schématiquement à un préfet de la santé et des affaires médico-sociales.

Ses missions régionales consistent en :

- le pilotage de la politique de santé,
- la régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoires, médico-sociaux et bien entendu hospitaliers,
- et une dimension économique par la création d'un ORDAM, déclinaison régionale plus ou moins adaptable de l'ONDAM national.

Ses moyens d'action : essentiellement le projet régional de santé. En ce qui nous concerne, c'est le SROSS ambulatoire avec un rôle majeur voire unique dans le parcours du patient, la permanence des soins, la démographie médicale et para médicale, le développement et la qualité des soins, etc ...

L'ARS étant le capitaine à bord, la place des libéraux dans la gouvernance sera au mieux consultative par le biais des URPS d'une manière générale et par la voix du G4 régional en ce qui concerne la radiologie.

Qu'attendons-nous, nous radiologues libéraux, membres du G4, de cette nouvelle agence? D'abord félicitons nous de la création des G4 régionaux : enfin nous avons une structure dans laquelle tous les intervenants radiologues régionaux pourront discuter ; ce cadre nous permettra de connaître les problèmes de chaque secteur, ses interrogations, ses demandes et d'en tirer si possible une stratégie commune permettant d'être un interlocuteur représentatif vis-à-vis de l'ARS.

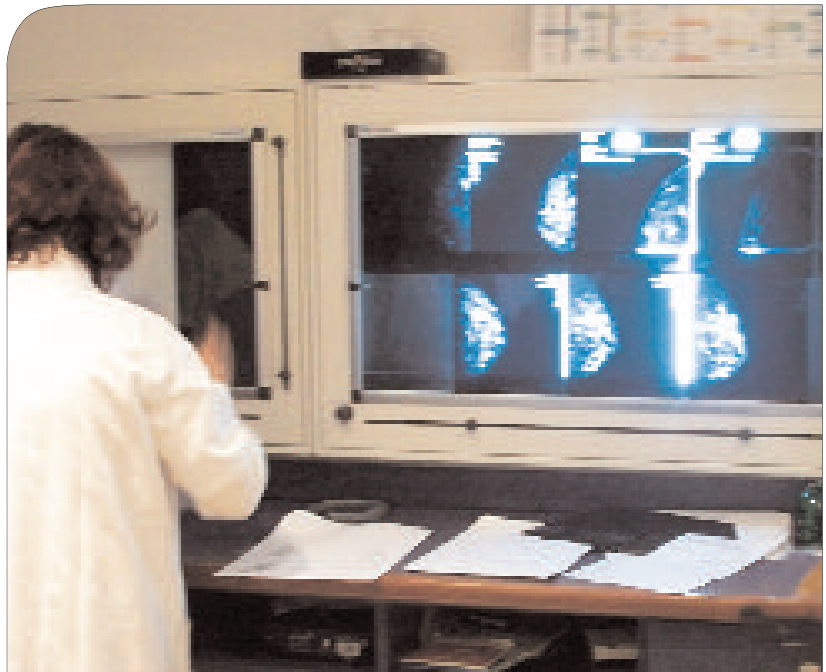
Notre attente vis à vis de l'ARS, c'est bien sûr que le G4 régional soit perçu comme le représentant des professionnels

de l'imagerie médicale et que son avis soit demandé sur tous les sujets intéressant la profession. Parmi ceux-ci, bien entendu et en premier lieu, les autorisations de matériel lourd. Nous ne savons pas encore si les CROSS perdureront mais le pouvoir de décision reviendra en dernier recours à l'ARS. Nous espérons discuter dans un premier temps de l'état des lieux régional actuel. Qui a quoi ? Qui fait quoi ? Quels sont les besoins? Quelles sont les demandes? Une fois cet audit réalisé, il sera plus facile de réaliser un SROSS imagerie autorisant le rattrapage du sous équipement en scanner et en IRM et permettant ainsi de réduire des délais d'attente indignes d'un pays moderne, nous permettant aussi de réaliser certains examens interventionnels nécessaires aux patients mais chronophages ce que la surcharge de nos appareils rend presque impossible. Ensuite une meilleure utilisation des ressources, tâche qui incombe aussi à l'ARS. Il s'agit aussi bien des ressources existantes que des futurs équipements. Derrière cela, nous trouvons la notion de territoire géographique facilitant l'accès équitable des patients à des soins de qualité. Nous attendons aussi de connaître l'opinion de l'ARS sur les coopérations public-privé, voire dans les zones où le secteur public est faible, les possibilités de reprise de services de radiologie par le secteur libéral.

Dans l'avenir, nous souhaiterions que le G4 soit informé des différents projets en imagerie avec avis consultatif et si possible en cas de décision contraire avec un minimum d'argumentaire pour éviter les interrogations que nous avons pu avoir, par le passé, sur les raisons de certaines décisions. Il pourrait même être intéressant qu'un radiologue hospitalier et qu'un radiologue libéral, membres du G4, siègent automatiquement au CROSS, si cette commission n'était pas supprimée. Des réunions régulières ARS/G4 permettraient de suivre l'exécution du SROSS imagerie.

D'une manière plus générale, nous attendons de connaître l'opinion de l'ARS sur la télé imagerie qui ne devrait pas concerner que les petits hôpitaux mais aussi les cliniques à faible activité radiologique et les cabinets radiologiques de proximité implantés dans des zones sous équipées.

En ce qui concerne le rôle de l'ARS dans la maîtrise des dépenses de santé, qu'en attendons-nous ? Nous avons été suffisamment mis à contribution ces dernières années pour attendre des contraintes supplémentaires. Nous espérons de l'ARS un langage réaliste en ce qui nous concerne, on ne peut donner, même avec parcimonie, des équipements lourds et en reprocher le coût en fin d'année aux radiologues. On ne peut, dans le même discours, se féliciter du succès de la campagne de dépistage du cancer du sein et stigmatiser les dépenses d'imagerie. L'ARS pourrait envisager des projets de contractualisation des médecins dans certaines situations, nous sommes prêts à participer à l'étude de ces initiatives de manière positive. Dans le cadre de cette maîtrise des dépenses, nous rappelons à l'ARS que 95% de nos actes sont réalisés à la demande d'autres médecins, généralistes et spécialistes, et que même si nous restons maîtres de l'indication dans le cadre du guide des bonnes pratiques, ces prescriptions sont rarement discutables. Nous ne maîtrisons donc pas totalement les volumes. Nous souhaitons d'ailleurs pouvoir aborder avec l'ARS, les retombées des prescriptions hospitalières sur notre activité, notre rôle fondamental dans la santé publique étant largement sous estimé.



Malgré l'arrivée de la mammographie numérique, la technique analogique est largement pratiquée

La permanence des soins sera aussi une préoccupation de l'ARS, ce souci est légitime mais il doit tenir compte des situations existantes, des gardes dans les cliniques, de l'accès ou pas dans la journée aux équipements lourds ; on ne peut

“ La permanence des soins sera aussi une préoccupation de l'ARS, ce souci est légitime mais il doit tenir compte des situations existantes, des gardes dans les cliniques. ”

pas demander à des libéraux qui ont un accès nul ou faible aux scanners et aux IRM d'avoir portes ouvertes la nuit et le week end à l'hôpital. Nous espérons un dialogue constructif entre tous les intervenants et

non pas comme nous avons pu le voir des CPOM sur les gardes écrits unilatéralement par l'administration contenant une page d'instructions et deux pages de menaces de sanctions. Les libéraux sont disponibles pour une coopération mais ils n'accepteront pas d'être considérés comme une variable d'ajustement du secteur public.

Concernant la désertification médicale. En radiologie libérale, cette désertification est due en partie à la démographie mais aussi aux regroupements rendus économiquement nécessaires pour la survie de nos entreprises. Les effets négatifs de ces fermetures sont

connus. La disparition des cabinets de radiologie de proximité entraîne une cécité partielle pour la médecine générale souvent considérée comme insupportable par les jeunes médecins généralistes qui sont peu à choisir des zones d'installation sans appui de la radiologie et des laboratoires d'analyses. Le G4 régional pourrait aussi être un interlocuteur de l'ARS dans les décisions concernant le nombre de professionnels à former, bien entendu cela ne concerne pas que la formation des radiologues mais aussi des personnels techniques et cela peut comporter des discussions sur la délégation de tâches.

En conclusion, nous attendons de l'ARS qu'elle soit sensible au rôle primordial de la radiologie libérale dans le parcours de soins et dans les dépistages. Nous attendons de l'ARS un parc de matériel lourd suffisant pour offrir à ceux qui le nécessitent des soins de qualité dans des délais raisonnables. Nous attendons de l'ARS qu'elle n'ignore pas l'avis des professionnels et en particulier celui des syndicats représentatifs. Nous pensons que le fait que les ARS aient peu ou pas de contre pouvoirs leur donnera paradoxalement assez de recul pour entendre l'avis des professionnels. Je rappellerai ce que me disait un vieux mécanicien : " le succès de la mécanique, c'est le jeu. S'il n'y a pas de jeu dans un engrenage, il n'y a pas de mouvement". Nous sommes prêts à faire partie de ce jeu. ■

Dr Roland PETIGNY

Président de l'union régionale
des radiologues de Franche-Comté
Membre G4 Franche-Comté

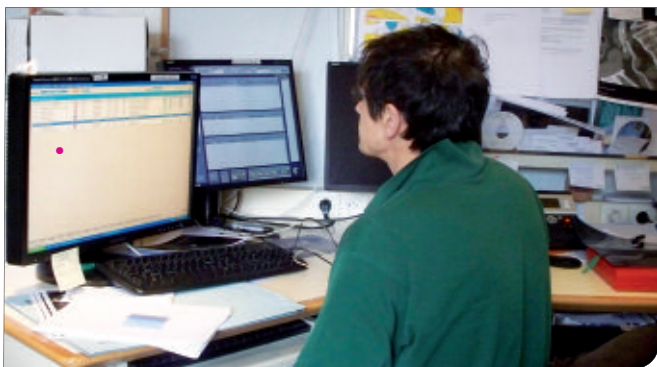




Haute-Normandie, le G4 est déjà au travail

Le Conseil Professionnel de la radiologie de Haute Normandie a déjà rencontré Monsieur Gilles Lagarde Directeur de l'Agence Régionale de Santé et évoqué les points suivants :

- L'importance de renouveler et de consolider l'équipe du Pôle Imagerie Médicale du CHU, en plein renouveau du fait de multiples départs à la retraite et qui doit rester particulièrement attractive. C'est à cette condition que nous pourrions continuer de former les futurs radiologues publics et privés de la région.
- La permanence des soins en imagerie médicale reste un souci et tout doit être fait pour assurer cette permanence tant au niveau des principaux hôpitaux



Le système d'information des cabinets de radiologie est également nécessaire à la téléradiologie

publics de la région que des centres privés. Cette permanence doit être coordonnée, nécessite des plateaux techniques performants, l'attractivité financière d'une telle tâche doit être réévaluée.

- Développement, aide à la télé-imagerie, ainsi qu'au système d'archivage, c'est une nécessité technologique permettant de mailler le territoire et de faciliter la transmission des dossiers dans des domaines aussi importants que la cancérologie, les urgences...

“ Mailler le territoire et faciliter la transmission des dossiers dans des domaines aussi importants que la cancérologie, les urgences ”

- Organiser la consultation entre les professionnels de l'imagerie et les agences régionales de santé sur toutes les thématiques liées à l'imagerie.

Le Pr J. Thiébot, le Dr L. Verzaux, le Dr J.P. Louvel et le Dr L. Lardenois souhaitent poursuivre le dialogue avec Monsieur Gilles Lagarde, Directeur de l'ARS Haute-Normandie pour obtenir des résultats pour l'avenir de la radiologie dans la région. ■

Vie
professionnelle



La Permanence des Soins (PDS) en établissements de santé

La FNMR s'associe à l'action nationale lancée par la CSMF exigeant la rémunération des astreintes effectuées par les médecins en établissements privés.

Les médecins radiologues soumis à ces astreintes doivent donc, à partir du 12 avril, adresser à leur CPAM la liste des gardes ou astreintes cosignée par le Président de la CME et le Directeur d'établissement accompagnée d'une facture d'honoraires de 150 € par tranche de 12 heures. Ce protocole est celui qui est utilisé par les spécialistes déjà rémunérés pour leurs astreintes (chirurgiens, anesthésistes, ...)



Que doivent attendre les radiologues libéraux de la mise en place des ARS ?



Les médecins radiologues sont en relation avec les tutelles, depuis une trentaine d'années, quand ils ont voulu obtenir une autorisation d'exploitation du matériel lourd. A l'époque, la décision était prise au niveau national directement par le ministère. Depuis une quinzaine d'année, ces autorisations sont traitées au niveau régional par la DRASS puis par l'ARH.

La mise en place par la loi HPST des ARS est une nouvelle évolution pour nous médecins radiologues puisque les agences ont un pouvoir élargi à l'ensemble de la médecine aussi bien hospitalière publique et libérale, qu'ambulatoire. Nous avons créé fin 2009 le G4 suivant la chartre nationale. A ce titre notre ambition est d'être l'interlocuteur privilégié et si possible unique pour ce qui concerne l'ensemble de l'imagerie médicale.

Plusieurs dossiers nous semblent prioritaires

Le matériel lourd :

Notre région est marquée par un déficit important en appareils d'imagerie par résonance magnétique. A nous donc de présenter par l'intermédiaire du G4 un schéma concerté, cohérent et responsable pour la composante imagerie du SROSS ce qui devrait permettre, bien que n'étant que consultatif, d'éviter dans la mesure du possible des projets concurrents et se neutralisant. Pour cela, il est souhaitable que l'ARS reconnaisse l'importance et la qualité de la radiologie libérale et que l'on évite ainsi les débats stériles trop souvent entendus.

La permanence des soins :

Actuellement, de nombreuses coopérations existent en Languedoc Roussillon sous la forme, le plus souvent, de GIE associant radiologues libéraux avec les CHU, les CHR, les CRLC ou le secteur mutualiste. Le fonctionnement est satisfaisant dans la plupart des cas. Ces coopérations secteurs public-privé et la télé imagerie seront à la base de la permanence des soins en imagerie médicale dans les agglomérations de petite taille. Quels seront les moyens mis en place par l'ARS pour favoriser ces coopérations et la télé imagerie ?

La formation :

Le CHU de Montpellier est caractérisé par un secteur d'imagerie fort et de qualité. A ce titre, il est normal que le G4 et l'ARS facilitent son activité d'enseignement et de recherche en lui autorisant

entre autre l'acquisition de matériel innovant, mais ceci doit se faire en partenariat avec le secteur libéral qui doit pouvoir y participer.

De même, la loi HPST prévoit la possibilité pour les internes en formation d'effectuer des stages en secteur libéral. Nous souhaitons que l'ARS favorise ces échanges bénéfiques pour chaque secteur.

La radiologie de proximité :

Par rapport à l'ARH, l'ARS a un droit de regard sur la médecine ambulatoire et par delà pour notre spécialité, sur le dépistage organisé du cancer du sein dont nous sommes l'élément moteur.

Dans des conditions économiques plus difficiles, et face à une démographie médicale en baisse, l'équilibre des cabinets de proximité est précaire. Plusieurs structures ont ou vont fermer.

Nous attendons que l'ARS nous exprime ce qui apparaît acceptable en distance ou temps de trajet à des populations isolées pour réaliser un examen radiologique de « base » ou un examen de dépistage.

Que faire en cas de désert radiologique ?

Ceci concerne bien sûr aussi bien le secteur libéral que public.

Voilà donc un challenge passionnant que cette mise en place des ARS, mais qui nécessite de notre part : médecins radiologues libéraux à travers le G4 une implication importante afin d'apparaître comme incontournable pour l'avenir de notre profession. ■

“ Nous attendons que l'ARS exprime ce qui apparaît acceptable en distance ou temps de trajet à des populations isolées pour réaliser un examen radiologique de « base » . ”

Dr Patrick SOUTEYRAND

Président de l'union régionale
des radiologues du Languedoc Roussillon
Membre G4 Languedoc Roussillon





Quelle attitude adopter vis à vis des ARS



Les radiologues devront tenir compte du contexte économique et des missions affectées à la tutelle : moins de dépenses, plus d'efficacité du système de soins.

Il y aura, cependant, toujours le risque d'enclencher un dialogue sur ces thèmes en se heurtant aux enjeux politiques locaux ou nationaux qui nous échappent. Notre objectif est de prouver que nous sommes les meilleurs partenaires pour assumer l'imagerie et pour cela trouver de vrais alliés : on peut en identifier trois qui semblent prioritaires : l'hôpital, les médecins généralistes et les organismes payeurs. Les patients, qui sont au centre du dispositif, n'interviennent pas, à priori, à ce niveau.

L'hôpital : cela passe par la qualité de la relation avec les représentants du public : localement, avec les représentants de l'ex Coter et du G4 pour ne parler que d'une seule voix, avec les directeurs des établissements en proposant, par le biais de structures mixtes, des projets médicaux viables et cohérents, en inventant de nouveaux modèles économiques pour aider les établissements publics (PDS, délégation de gestion.)

Les médecins généralistes : il faut démontrer l'importance de notre place en tant que support de premier recours des omnipraticiens (en ville ou dans les futurs déserts médicaux).

Il faut aussi désengorger les salles d'attentes des spécialistes grâce à notre expertise, maîtriser l'activité de l'imagerie prescrite (être conseiller plutôt qu'auto-prescripteur).

*“ Présenter un front uni
choisir ses interlocuteurs. ”*

A nous de développer des moyens techniques adéquats pour faciliter la tâche des médecins correspondants : prise de rendez-vous, transfert des dossiers images et compte rendus avec intégration au dossier médical, mise en ligne des guides de bonnes pratiques et indications, suivi de dose....

Les organismes payeurs :

- Démontrer l'avance de notre profession en matière de démarche qualité, maîtrise des doses, transparence des procédures
- Savoir proposer des examens de substitution.
- Proposer des bases de données exhaustives régionales.

Il nous faudra savoir traduire les bénéfices de ces éléments en impact économique.



Le temps d'interprétation médicale est augmenté

En amont ou en aval de ces démarches et propositions :

il faudra démontrer notre capacité à concentrer nos propres structures. De la même façon que les futures ARS dialogueront avec des établissements privés coordonnés ou concentrés, elles auront tendance à nous écouter si, en amont, nous avons initié des actions cohérentes d'entente ou de regroupement, par exemple spécialiser certaines installations lourdes (interventionnel, IRM dédiées...).

Cela peut être la première phase à l'organisation de regroupements plus solides. ■

Dr Jacques BESSE
Vice Président de la FNMR
Membre G4 Midi-Pyrénées





De l'ARH à l'ARS



Nous venons d'assister, treize ans après la création de l'ARH, au passage de témoin à l'ARS. Quelle fut l'évolution de l'imagerie sous l'égide de l'ARH ? Quels peuvent être nos craintes et nos espoirs dans cette nouvelle organisation ?

Tout d'abord, un coup d'œil en arrière. Le moins que l'on puisse dire est que notre discipline a vécu une véritable révolution, médicale et organisationnelle au cours de ces treize ans. Nous partions de loin ! D'une situation dans laquelle la quasi totalité des équipements lourds étaient hospitaliers, parfois partagés, et où seules quelques équipes de libéraux, bénéficiant d'opportunités aléatoires, parvenaient, non sans difficultés, à développer des plateaux techniques modernes. Un paysage pollué par de stériles polémiques public-privé et par une image caricaturale de la radiologie libérale, de praticiens surpayés, réalisant en trop grand nombre des examens onéreux et inutiles à des patients qui n'en avaient pas besoin.

L'installation du comité régional d'imagerie médicale (CRIM), de ses diverses commissions et plus particulièrement celles de l'évaluation des matériels lourds et de suivi du SROS, a permis d'engager un fructueux dialogue multipartite et de faire bouger les lignes. Le rôle des libéraux a été apprécié et reconnu, et la profession dans son ensemble a été écoutée lors de l'élaboration du SROS. Les « commissions de bassin / imagerie » ont, plus récemment, permis à chacun de s'exprimer et de faire aboutir, à quelques exceptions près, la quasi totalité des installations souhaitées. Au point que l'on puisse estimer actuellement que les besoins en matériels lourds sont en très grande partie couverts sur la région.

Devons nous craindre ou nous réjouir de cette nouvelle ARS ?

Tout dépendra de qui l'emportera entre la vision purement comptable et financière de l'assurance maladie et celle beaucoup plus soucieuse des besoins sanitaires de la population et de la qualité des soins des représentants de l'État (ex DRASS et DDASS) ? Devrons-nous à nouveau nous battre pour faire entendre notre voix, ou bien le G4 sera-t-il d'emblée reconnu et écouté, comme représentatif de notre profession ? Serons-nous bien considérés à la fois comme médecins spécialistes et comme investisseurs et gestionnaires, alors que la loi HPST ne nous reconnaît même pas dans les spécialités à plateaux techniques lourds ?! Dans le futur parcours de soins, serons-nous catalogués comme praticiens de premier recours (ce que nous sommes dans les faits), ou de second recours (ce que nous revendiquons également). Notre

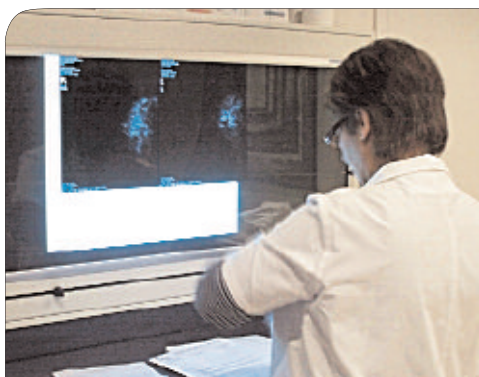
spécialité se trouve en effet à tous les carrefours de la médecine, partenaire du généraliste dans la médecine de proximité, des autres spécialistes jusque dans des actes de haute technicité, pilier incontournable de la PDS, partenaire obligé de certains programmes de santé publique comme le dépistage du cancer du sein. L'ARS nous suivra-t-elle dans notre désir de décloisonner notre profession, faciliter la mise en place de passerelles entre le public et le privé, ce qui ne pourra se faire sans adaptations juridiques ? Nous soutiendra-t-elle, comme l'a toujours fait l'ARH, dans notre désir de demeurer maîtres de notre destin en restant titulaires de nos autorisations ?

“ Notre spécialité se trouve à tous les carrefours de la médecine, partenaire du généraliste dans la médecine de proximité, des autres spécialistes. ”

Formulons donc le souhait d'être reconnus, écoutés, sans parti-

pris, par un état impartial qui saura saisir notre spécificité : une profession ubiquitaire, articulée avec la médecine générale, la médecine spécialisée, les établissements privés comme les hôpitaux publics, impliquée dans la PDS. Des professionnels, médecins spécialistes mais aussi fortement investis financièrement, qui pourraient jouer un rôle dans la restructuration de certains territoires.

Notre principale crainte n'est peut-être pas tant dans l'installation de la nouvelle ARS que dans le contexte économique général. Dans quel état sortirons-nous de la crise économique actuelle ? Le pays pourra-t-il maintenir le même niveau de financement de son système scolaire, des autres services publics et... de son système de santé ? Et quelle sera alors la marge de manœuvre d'un directeur d'ARS totalement prisonnier de ces considérations budgétaires ? ■



Dr Alain FRANÇOIS

Président de l'union régionale
des radiologues de Rhône-Alpes
Membre G4 Rhône-Alpes





Médecins généralistes et radiologues : pour une prise en charge commune du patient

La FNMR était présente au MEDEC, le 18 mars dernier, dans le cadre d'un atelier intitulé « *Les synergies entre le médecin généraliste et le médecin radiologue dans la prise en charge du patient* ».

Cet atelier était l'occasion de présenter aux médecins généralistes les résultats du sondage Imago portant sur les relations « généralistes – radiologues »¹ dont il ressortait que :

- ❑ 96% des généralistes considèrent que la présence d'un cabinet de radiologie de proximité est un élément important ou très important dans la prise en charge de leurs patients,
- ❑ pour 88% des généralistes, une disparition prochaine des cabinets de radiologie de proximité entrainerait des difficultés dans la prise en charge des patients,
- ❑ 96% des généralistes sont satisfaits de l'apport médico-technique –comptes rendus, contacts directs, etc..., des médecins radiologues des cabinets de proximité avec lesquels ils sont en relation.

Cette dernière question était l'occasion pour Jacques Niney de préciser le service médical rendu par les cabinets de radiologie à leurs correspondants tant sur le plan technique que sur le plan médical sans ignorer les limites liées aux équipements (Allergies, poids, enfants, ...). Après avoir présenté les niveaux d'équipement en scanner et en IRM dans les principaux pays, Jacques Niney soulignait l'insuffisance du parc dans notre pays qui ne permet pas toujours de répondre, dans les meilleurs délais, aux demandes des correspondants.

Il exposait aussi l'apport de l'archivage des images médicales, base du DMP imagerie pour le partage de l'information (compte-rendu et images significatives). Mais il fallait aussi annoncer aux médecins généralistes que la Caisse, après avoir incité à l'installation de systèmes d'archivage dans les cabinets libéraux, avait modifié sa position en supprimant le supplément d'archivage.

Il en résulte que, pour un temps au moins, le partage de l'information est suspendu à une nouvelle décision de la Caisse. Cet exposé a suscité de nombreuses questions auxquelles Jacques Niney et Jean-Philippe Masson ont répondu.

La première série de questions portait sur le choix de l'examen d'imagerie par le médecin généraliste, sur la rédaction de l'ordonnance alors que le généraliste n'est pas certain de la technique d'imagerie à utiliser.

Jacques Niney a rappelé l'importance, pour le médecin radiologue, de la rédaction de l'ordonnance. En effet, le médecin radiologue a besoin de connaître les circonstances cliniques de la demande et ce qui la motive. A partir de ces éléments, il pourra soit réaliser l'examen proposé, soit lui en substituer un autre plus approprié à la demande du correspondant.

L'évolution des techniques d'imagerie médicales et de leurs indications ne facilitent pas la tâche du médecin correspondant. Il dispose cependant du Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale (d'ailleurs en cours de refonte). Il peut également contacter directement le médecin radiologue afin de discuter avec lui de l'examen le plus approprié.

Si les médecins généralistes ont bien compris la volonté des médecins radiologues libéraux de développer l'archivage comme base du partage de l'information, ils ont saisi l'occasion de cet atelier pour souligner la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, d'obtenir des images réalisées dans un hôpital et, dans certains cas, tout simplement le compte-rendu.

Ils se sont plaints de ne pouvoir suivre l'évolution de leurs patients quand celui-ci passe par l'hôpital. Ils sont ainsi souvent contraints de redemander à des confrères libéraux de réaliser à nouveau des examens déjà faits à l'hôpital. C'est une perte de temps, c'est une source de dépenses inutiles.

Les responsables de la FNMR ont convenu qu'il s'agit d'un problème récurrent avec l'hôpital. Ils attendent de l'archivage et de la télétransmission des images qu'ils apportent des réponses concrètes à ces questions. Des expériences menées en secteur libéral montrent qu'il est possible de fournir des liens internet sécurisés aux correspondants afin qu'ils puissent consulter compte-rendu et images sur des serveurs dédiés et disposer ainsi du dossier imagerie de leurs patients.

En conclusion, la prise en charge globale du patient dans le parcours de soins nécessite une bonne coordination entre le médecin traitant (correspondant) et le médecin radiologue. Cette coordination repose sur :

- ❑ Le dialogue entre le médecin correspondant et le médecin radiologue
- ❑ La proximité des cabinets de radiologie
- ❑ L'archivage pour le partage de l'information. ■

¹ Présenté dans le n°320 de décembre 2009 du Médecin radiologue de France. Le sondage Imago a été réalisé du 3 au 15 juillet 2009 auprès d'un échantillon représentatif de 504 médecins généralistes libéraux selon la méthode des quotas dans 90 départements.

Archivage des images médicales au sénat*

Les parlementaires, sénateurs et députés, continuent à s'intéresser à l'imagerie médicale en France. Ils interrogent toujours la Ministre de la santé, en particulier, sur la décision de la caisse de supprimer le supplément d'archivage. Les réponses faites ne laissent de nous surprendre et en particulier celle faite par Madame Rama Yade, Ministre des Sports au nom de la Ministre de la santé. Les mêmes arguments ; « marges nettes élevées », « gains de productivité » sont toujours repris qui justifiaient hier la baisse des actes associés et justifient aujourd'hui de la suppression du supplément d'archivage.

Nous publions ci-dessous, les extraits du compte rendu analytique officiel de la séance du 6 avril 2010 au Sénat avec la question de notre confrère radiologue, Sénateur Houpert et la réponse faite au nom de la Ministre de la santé ainsi que le communiqué que la FNMR a rédigé à ce sujet. Alors que la caisse, en créant l'option d'archivage négociée avec les partenaires conventionnels, s'était engagée dans une logique médicale de modernisation de l'archivage à l'instar de la plupart des pays développés, la réponse de la Ministre laisse à penser que la France pourrait rester à l'écart de ce mouvement. Nous ne pouvons croire qu'un tel choix, contraire à l'engagement du Ministère de la santé et de la Ministre en faveur du dossier médical personnel, dont l'archivage est le prélude pour la partie imagerie, soit définitif.

M. Alain Houpert. - Par une décision du 21 juillet 2009, le Conseil d'État a annulé l'arrêté du 10 septembre 2007, pour autant qu'il approuvait les stipulations de l'avenant n°24 de la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes créant une option conventionnelle d'archivage des images médicales numériques, au motif que dans le cas où elle introduit des réserves de facturation, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ne peut laisser aux partenaires conventionnels le soin d'en définir les conditions. L'Uncam a demandé aux médecins qui avaient adhéré à cette option de rembourser les suppléments versés postérieurement à cette décision, ce qui pénalise les patients et les médecins. Ces derniers ont pourtant respecté le cahier des charges et investi dans des systèmes d'archivage coûteux.

L'archivage, en rendant possible la reproduction et la comparaison des documents conservés, améliore la qualité des examens radiologiques. Il est indispensable à la mise en place du dossier médical personnel, de la télé-imagerie ou de la télé-expertise. Il permet d'améliorer considérablement l'organisation et l'efficacité du dépistage du cancer du sein, entre autres.

Il appartient à la Caisse nationale d'assurance maladie de faire aboutir un nouvel accord sur l'archivage, qui tienne compte de la décision du Conseil d'État. Elle s'y refuse, alors qu'un protocole d'accord a été rédigé dès le début du mois de décembre. Mme la ministre de la santé compte-t-elle donner les instructions nécessaires afin de remédier au plus vite à cette situation ?



Mme Rama Yade, *secrétaire d'État chargée des sports.* - L'Uncam a créé, le 23 août 2007, une cotation spécifique pour financer l'archivage numérique des actes de radiologie, dont la facturation était réservée aux médecins ayant adhéré à l'option conventionnelle créée par

l'avenant 24 de la convention médicale. Le Conseil d'État, dans son arrêté du 21 juillet 2009, a annulé cette cotation spécifique au motif que la création d'une telle option relevait de la compétence de l'Uncam et non des partenaires conventionnels. L'Uncam aurait dû récupérer les versements faits à ce titre mais Mme Bachelot-Narquin lui a demandé d'y renoncer.

Ni le développement de la radiologie ni la qualité des soins ne sont cependant menacés. En effet, la Cnamts a souligné, dans un rapport de juillet 2008, que les actes de radiologie bénéficient de marges nettes élevées, du fait d'importants gains de productivité et d'une croissance très rapide en volume.

Depuis 1991, le supplément pour la numérisation des images radiologiques aura coûté à l'assurance maladie plus d'un milliard d'euros. Depuis 2003, le nombre de scanners a augmenté de 35 %, celui des IRM de 86 % ; sur les onze premiers mois de 2009, la valeur des examens par scanner et par IRM a progressé respectivement de 9 % et 13 %.

Nombre d'établissements et de cabinets de radiologie se sont équipés du système Pals de communication et d'archivage des images avant même l'introduction du supplément dans la nomenclature. L'investissement a été largement financé par la réduction du budget « films et produits chimiques », jusqu'à 50 %. Avec la suppression du forfait d'archivage numérique, les radiologues font bénéficier la collectivité de leurs gains de productivité, ce qui concourt à préserver notre système solidaire.

M. Alain Houpert. - Je remercie Mme Bachelot de ne pas demander le remboursement des suppléments. Mais, sans tomber dans le corporatisme -je suis moi-même radiologue-, je signale que la suppression de la cotation de l'archivage, comme la diminution d'autres cotations d'examen, fragilise la radiologie de proximité : nombre de cabinets de province ferment, au détriment de l'aménagement du territoire et de la présence médicale, car il n'est pas de médecine sans imagerie... ■

* Extrait du compte rendu analytique officiel du 6 avril 2010

Communiqué

Paris, le 7 avril 2010

Forfait d'archivage : la FNMR dénonce l'absence d'argument crédible du Gouvernement

La Fédération Nationale des Médecins Radiologues a pris connaissance avec consternation de l'opposition du Gouvernement au rétablissement du supplément d'archivage numérique supprimé par les Caisses d'assurance maladie à la suite d'une Décision du Conseil d'Etat de juillet dernier.

Le Gouvernement justifie sa position par de prétendues « marges nettes élevées » que réaliserait la profession alors qu'elle devrait « faire bénéficier la collectivité des gains de productivités enregistrés dans le secteur ».

La FNMR dénonce de tels propos qui ne correspondent pas à la réalité de la profession et illustrent la méconnaissance totale qu'a le Ministère de la santé de ce dossier en l'absence de dialogue avec les médecins radiologues.

En premier lieu, la FNMR récuse le terme de « marges ». Les médecins radiologues, s'ils sont dans une logique entrepreneuriale liée à la gestion de leur activité, comme tous les médecins libéraux, **ne sont pas concernés par la pratique commerciale**. Il est très curieux de voir le Ministère de la santé faire un tel amalgame, d'autant que 92 % de la profession est en tarifs opposables. Enfin, parler de « marges élevées » alors que les tarifs opposables ont été revus dernièrement à la baisse de façon unilatérale est une approche économique singulière. La réalité, ce sont **les nombreux cabinets en situation difficile** avec des fermetures et des regroupements dans certains cas.

Ensuite, les gains de productivité sont totalement virtuels, car si le progrès permet de réduire le temps machine par patient, il accroît le nombre d'images que le médecin doit ensuite interpréter. Ainsi, si le

temps machine recule, le temps médical par patient s'allonge. **Le gain de productivité est virtuel.**

Enfin, en refusant la poursuite du programme d'archivage des examens d'imagerie, le Gouvernement joue un mauvais tour aux **patients en les privant d'un des outils de la coordination des soins** devant s'intégrer au futur dossier médical personnel. L'archivage est un outil indispensable de suivi des patients, notamment dans le cadre du suivi des cancers. C'est un immense gâchis dont le Gouvernement devra assumer seul la responsabilité devant les patients.

Pour sa part, la FNMR, a décidé, de ne pas **abandonner les patients**, et d'inciter les médecins radiologues à proposer à ceux qui le souhaitent, de prendre en charge les frais d'archivage de leurs examens d'imagerie.

La Fédération Nationale des Médecins Radiologues souhaite que la raison et l'intérêt des patients l'emporte et que le Gouvernement revienne sur une décision pour laquelle il n'a visiblement aucun argument crédible, même pas celui de faire des économies, car l'archivage est aussi un moyen indispensable pour éviter la redondance des actes.

FEDERATION NATIONALE DES MEDECINS RADIOLOGUES

62, Boulevard de Latour Maubourg – 75007 PARIS
Tél : 01.53.59.34.00. – Fax : 01.45.51.83.15.
Mail : info@fnmr.org

Dr Philippe PETREL



Dr Philippe PETREL

Malgré son courage, Philippe Pétrel a été vaincu par la maladie. Après un sentiment d'incrédulité, la tristesse s'est installée. Ceux qui ont eu la chance de le côtoyer se sont remémorés les moments passés ensemble.

Nous sommes tous en accord sur le fait que la FNMR se doit d'un grand merci à son intention. Merci pour tout ce qu'il a fait pour notre profession, il a défendu avec opiniâtreté notre spécialité, s'impliquant sans mesure mais toujours avec tact et courtoisie dans les différentes instances nationales et européennes. Il a su mettre en place les bases de la reconnaissance de la radiologie française dans l'Europe, il a su construire les relations avec le personnel paramédical et les syndicats salariés, il a su développer les liens qui nous unissent avec les syndicats médicaux polycatégoriels.

Merci Philippe, à titre personnel, avec gentillesse et patience tu m'as conduit tout le long de mon parcours syndical. Tu as su me faire aimer ce syndicalisme, que ce soit au niveau départemental, régional ou national. Je savais que tu étais toujours disponible pour me donner ton avis et j'en abusais. Toujours clair et précis, emplis de sagesse tes dires me rassuraient.

Tu aimais notre spécialité et les hommes qui la composent. Merci pour tout, Philippe, certes tu n'es plus à nos côtés mais une place t'est réservée dans nos pensées et dans notre cœur.

Nous sommes fiers de t'avoir connu.

Jacques NINEY



Parler de Philippe au passé est difficile tant il est encore présent dans nos cœurs et notre mémoire. Sa gentillesse, sa disponibilité, la chaleur amicale qu'il irradiait, en un mot sa présence s'imposait dans tous les cercles.

Philippe avait partagé son enfance entre Paris et l'Irlande, le métier de son père l'y avait entraîné. Il en a gardé un amour pour le sport roi, le rugby (il jouait troisième ligne centre) et les bonnes bières. Il adorait les troisièmes mi-temps et la musique (les chansons mais pas seulement).

Il a fait ses études à Paris tout en gagnant sa vie par des petits boulots qui allaient du baby sitting à la tenue d'un bar plus ou moins louche du quartier latin.

C'est dans un de ses bars qu'il a connu Sylvie, la belle que tous les copains voulaient draguer. Il a su s'en faire aimer et ce faisant il a adopté Bruce, le fils de Sylvie.

Philippe était un vrai médecin généraliste. Soucieux du patient, connaissant ses limites, il accordait toujours le premier rôle à la clinique. Il a commencé des études de radiologie sans oublier d'améliorer ses connaissances en clinique. Il était l'élève de Clément FAURE à Hérouville puis, pour parfaire sa culture en pathologie adulte, il est venu à Saint Antoine chez Edouard CHERIGIE où nous nous sommes rencontrés.

Le grand malheur de sa vie fut la disparition de Bruce, renversé par un camion sur le trajet du lycée. Philippe a failli tout abandonner à ce moment mais l'amitié qui l'entourait lui a permis de se ressaisir et de passer son diplôme de

radiologie. Il fût brillamment reçu car sa culture générale en médecine mais aussi en technique était importante. Je me souviens encore de son topo sur les grilles anti diffusantes.

Il a fait le choix de s'installer immédiatement en libéral avec Pierre PASCAL et leur cabinet de Sevran était une merveille d'ingéniosité. Parallèlement il s'inscrivait au Syndicat car il avait une vraie culture de l'action collective. De nombreux cadres actuels de la région Parisienne lui doivent beaucoup, moi le premier car il m'a convaincu de militer avec lui.

Sa vie s'est réorganisée vers le Nord de la région car le Sud lui rappelait de mauvais souvenirs.

Avec Sylvie, ils ont remis en état le château d'Oigny en Valois, ce qui lui valut de connaître les joies et les charges d'un presque châtelain, puis de devenir hôtelier et restaurateur ; Il a pu aider Sylvie tout en continuant d'exercer la radiologie.

Pierre PASCAL a décidé de se retirer en province et Philippe a changé d'implantation.

Il a choisi une région campagnarde, moins éloignée de leur nouveau domicile, DAMMARTIN. Entre temps, il avait suivi Dominique DOYON à Bicêtre. Il sera nommé rapidement attaché consultant.

Il s'associera avec Annick COLOMB puis viendra Michel DEGAYE et une seconde implantation du groupe. Son engagement syndical ne s'est jamais démenti. Secrétaire de la Seine Saint Denis, il prendra la présidence



de la Seine et Marne, puis celle de la région Ile de France et sera administrateur, puis secrétaire général adjoint de ce qui s'appelait à l'époque la FNERQ (Fédération Nationale des Electro Radiologistes Qualifiés). Il était responsable de la convention collective des employés pour la CSMF, poste où lui succéderont Jacques NINEY, puis Laurent VERZAUX.

Il fit beaucoup pour me faire élire à la Présidence lors du décès de Jacques MOINARD et lors de la tentative de déstabilisation à laquelle j'ai eu à faire face au début de mon mandat. Elle échoua en grande partie grâce à lui.

Sylvie et lui adoptèrent deux enfants, Thibault et Aurélie qui leur rendirent l'affection qu'ils irradiaient vers leurs proches.

Philippe prit ma succession à l'Union Européenne des Médecins Spécialistes. Il travailla longtemps avec Ian Mc Call, un Irlandais avec lequel il avait beaucoup de points communs. C'est Bruno SILBERMAN qui lui succéda.

Il prit aussi en charge la régie publicitaire de la Fédération et avec Monique MARICHEZ qui s'occupait de la rédaction, ils en firent une revue de grande qualité.

Ces dernières années, il m'avait rejoint au Conseil d'administration puis au bureau de notre institution paritaire, UNIPREVOYANCE. Ses qualités humaines l'ont amené à présider une des mutuelles du groupe. Touché par la maladie, il avait récemment démissionné, non sans avoir fait la campagne de son successeur.

Partout où il est passé, il a laissé l'image d'un homme chaleureux, fidèle en amitié, toujours disponible pour tous ceux qui avaient besoin de lui. Il respectait profondément les autres et n'était jamais blessant.

Ceux qui l'ont approché conserveront longtemps l'image d'un bon vivant, joyeux drille, dont la culture musicale était immense. Ses convictions éthiques étaient fortes et son intelligence des situations immédiate.

A son épouse Sylvie, à ses enfants, Thibault et Aurélie, les mots me manquent pour exprimer la peine et le chagrin de ses amis.

Alain TAÏEB



Dr Gérard STEADMAN

Nous avons la profonde tristesse de vous annoncer le décès brutal de notre ami le Dr Gérard STEADMAN survenu quelques jours avant de fêter ses 65 ans, le 10 janvier 2010.

Pendant près de trente ans il a été chef de service à l'hôpital du Perpétuel Secours à Levallois Perret et parallèlement il exerçait encore son art au Centre de Charlesbourg dans la clinique Lambert à la Garenne Colombes.

A sa famille, son épouse Catherine et ses enfants Delphine, Juliette, Benjamin, Alexandra et Stanislas nous adressons nos très sincères condoléances

Dr Vincent de Gallier de Saint Sauveur
*Assistant à l'Institut Hospitalier Franco Britannique
ex Hôpital du Perpétuel Secours*



Dr Alain de la PERELLE

Nous venons d'apprendre le décès le 31 mars 2010 du Docteur Alain de la PERELLE à l'âge de 86 ans. Il était médecin radiologue retraité à MORDELLES (35).

A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.



Les dépenses de l'assurance maladie : décembre 2009

Le dernier mois de l'année 2009 se termine en léger retrait par rapport à novembre avec un ONDAM à 3,9% contre 4,1%.

Les dépenses de soins de ville (2,3%) s'établissent à un niveau sensiblement inférieur à celui de l'ONDAM. Les versements aux établissements de santé (4,1%) sont quasi-stables et les versements aux établissements médico-sociaux (11,2%) en légère progression.

Dans l'ensemble des soins de ville, les honoraires médicaux et dentaires (1,2% contre 1,7% en novembre) suivent exactement la tendance de l'agrégat. Il en est de même pour les actes techniques (2,3% contre 2,8%). Le recul est peu marqué pour les forfaits scanner et IRM (12,9% contre 13,1%) mais le poste pèse peu dans l'ensemble.

Le recul est beaucoup moins net pour les prescriptions (2% contre 2,2% le mois précédent).

Dépenses de l'assurance maladie - décembre 2009 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

| Prestations | Milliers € | % |
|---|--------------------|-------------|
| Consultations | 5 825 132 | -0,4 % |
| Visites | 832 164 | -1,3 % |
| Actes Techniques (*) | 5 852 626 | 2,3 % |
| Forfaits scanner et IRM | 545 579 | 12,9 % |
| Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires) | 16 126 223 | 1,2% |
| Total prescriptions | 30 544 611 | 2,0% |
| Total soins de ville | 58 240 236 | 2,3% |
| Total Objectif de dépenses méd chir obst (ODMCO) | 35 911 943 | 3,3% |
| Total dotations annuelles de financement des MIGAC | 6 419 927 | 17,5% |
| Total dotations annuelles de financement et autres versements du secteur public | 12 917 027 | -0,1% |
| Total OQN et autres versements du secteur privé | 2 015 804 | 7,6% |
| Total versements aux établissements de santé publics et privés | 57 264 702 | 4,1% |
| Total versements aux établissements médico-sociaux | 13 090 798 | 11,2% |
| Total ONDAM | 128 595 736 | 3,9% |

(*) Les actes en K, KE, Z, ZN, PRA, KC et forfaits chirurgicaux sont regroupés dans un seul agrégat : " Actes techniques "



Union Régionale de CHAMPAGNE ARDENNE

Union Régionale CHAMPAGNE ARDENNE : le bureau de l'Union Régionale a été renouvelé en mars 2010, la composition est la suivante :

Président : **Dr Jean Charles LECLERC** (Saint Dizier)
Vice Président : **Dr Nicolas HENON** (Reims)
Secrétaire : **Dr Alain AIEM** (Charleville Mézières)

L'Union Régionale CHAMPAGNE ARDENNE a procédé à la modification de ses administrateurs auprès de la FNMR en mars 2010 :

Titulaires : **Dr Nicolas HENON** (Reims)
Dr Jean Charles LECLERC (Saint Dizier)

Assurance maladie : les orientations pour la gestion du risque 2010-2013

Le Conseil d'administration de la CNAM a adopté, le 11 mars dernier, ses orientations pour la gestion du risque pour la période 2010-2013. Le vote a été acquis par vingt-neuf voix pour et une voix contre. C'est sur la base de ce document que le directeur général de la CNAM négociera avec l'Etat la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG 2010-2013) qui devrait être signée à la fin du semestre. Elle aura pour objectif d'approfondir la politique de gestion du risque en favorisant la qualité et l'efficacité.

Avec ces orientations, l'assurance maladie veut répondre à trois défis: le développement de la qualité des soins pour garantir à chacun la meilleure prise en charge, la réduction du déséquilibre financier et l'amélioration de l'accès aux soins.

Pour faire face à ces défis, l'assurance maladie veut centrer son action sur la santé des assurés autour de quelques grandes orientations :

- Garantir l'accès aux soins et réduire les inégalités de santé
- Aider les assurés à être acteur de leur santé
- Améliorer la qualité de la prise en charge
- Privilégier le bon usage du soin
- Rembourser les soins utiles au juste prix

I Garantir l'accès des assurés aux soins et réduire les inégalités de santé

Si le système de santé français se situe parmi les meilleurs, il reste marqué par de fortes inégalités dues aux différences socio-économiques mais aussi à des facteurs environnementaux, professionnels,...

Cette situation justifie une action volontaire de l'assurance maladie et de l'Etat pour accroître l'accès aux soins et à la prévention des populations les plus fragiles.

Faciliter l'accès aux droits des populations défavorisées

L'objectif est de limiter le taux de non recours aux dispositifs spécifiques de protection comme la CMUC, l'AME... Une action d'information en direction des publics concernés sera développée en partenariat avec les différents acteurs en contact avec ces populations, professionnels de santé, associations ou autres. Les actions de prévention intégreront un volet spécifique à destination des catégories les plus défavorisées.

L'action de l'assurance maladie visera aussi les refus de soins. Elle veillera à privilégier les actions de conciliation avant toute procédure disciplinaire.

Meilleure répartition de l'offre de soins

Les ARS sont chargées de favoriser une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins. Des études montrent que des aides pour réduire les contraintes liées à l'activité professionnelle peuvent favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels.

Il en est de même pour les contraintes professionnelles et scolaires du conjoint et des enfants.

L'assurance maladie s'engage à enrichir son offre de service d'aide à l'installation, notamment dans les zones déficitaires (études de marché, ...) mais aussi pour le prolongement de l'activité professionnelle (aides financières, organisationnelles).

De son côté, l'Etat pourrait définir une méthode de détermination des besoins en santé sur le territoire incluant des critères « objectifs ». Les ARS pourraient ainsi s'engager à répondre à ces besoins avec des contrats santé solidarité engageant les médecins à s'installer dans les zones sous-denses.

Des contrats d'engagement de service public pourront être proposés aux étudiants leur garantissant une allocation d'études en contrepartie d'un engagement d'exercice dans les zones sous-dotées. Par ailleurs, des contrats de service public pourraient aussi être proposés aux médecins installés pour qu'ils assurent une activité partielle dans les zones sous-denses.

Téléconsultation et téléexamen : L'assurance maladie envisage la mise en place de téléconsultations de premier recours dans les zones déficitaires. L'organisation devrait répondre à des critères de qualité, validés par la HAS. « Des services de téléexamen par des spécialistes pourront être aussi expérimentés sur ces mêmes bases ».

Mieux réguler les tarifs

Les dépassements peuvent constituer un obstacle à l'accès aux soins. L'assurance maladie entend amplifier sa politique de régulation des dépassements. La création du secteur optionnel a pour objectif de « garantir l'accès aux soins des assurés auprès des spécialités de plateaux techniques lourds, (la chirurgie, l'anesthésie et la gynécologie-obstétrique) par une meilleure solvabilité de ces spécialités, et une meilleure maîtrise des dépassements en secteur 2 dans certaines régions ». L'assurance maladie veillera à la mise en œuvre du protocole relatif à cette option et en particulier au respect de la réservation des missions de service public aux seuls établissements où la majorité des trois spécialités concernées sont exercées en secteur optionnel ou à honoraires opposables.

Informers les assurés sur la qualité et le coût des soins

L'assurance maladie complètera les informations qu'elles diffusent à ses assurés avec les résultats des indicateurs de qualité des

établissements. Elle diffusera également les tarifs moyens et le reste à charge des principaux actes réalisés par les professionnels libéraux mais aussi par les établissements de santé publics et privés.

II Aider les assurés à être acteurs de leur santé

La prévention

L'assurance maladie dispose d'une reconnaissance de la part du public en tant que vecteur d'information sur la santé. Elle entend donc développer l'information fournie aux assurés. Celle-ci portera sur la prévention avec la poursuite des campagnes actuelles (« Vous attendez un enfant » et « M'T dents ») et de nouvelles campagnes sur le ROR et les risques cardio-vasculaires.

L'Etat et l'assurance maladie devront améliorer l'efficacité des dépistages afin d'améliorer les taux de participation.

Le rôle du médecin traitant dans la prévention primaire sera renforcé, en premier lieu dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Information aux assurés

En complément avec le relevé annuel de prestations, l'assurance maladie pourra proposer, aux assurés qui en font la demande, des informations concernant leur « coût santé ».

L'assurance maladie s'engage aussi à rendre accessible aux assurés les objectifs des référentiels et les recommandations médicales.

Les programmes d'accompagnement personnalisés des maladies chroniques seront développés (diabète, pathologies cardiovasculaires, asthme) ainsi que l'éducation thérapeutique, en particulier dans le cadre de la prise en charge globale du patient présentant une pathologie chronique.

III Améliorer la qualité de la prise en charge

Une meilleure prise en charge des patients suppose une coordination renforcée entre les acteurs de santé.

L'assurance maladie renforcera son accompagnement des professionnels avec la généralisation des CAPI. Le même type de contrat pourra être proposé aux spécialités médicales et aux autres professionnels de santé.

L'outil informatique sera promu avec les aides à la prescription, des rappels automatiques (reminder) et ciblés pour des examens ou des traitements et le DMP avec la réception sécurisée des résultats des examens complémentaires.

L'assurance maladie étudiera les pathologies, les patients et les modalités de la prise en charge (HAD, forfaits, actes de télémedecine) pour lesquels la télésurveillance pourrait être le dispositif le plus efficace. L'insuffisance cardiaque pourrait être une indication pour la télésurveillance.

Un système électronique de prescription pourrait être mis en place avec un triple objectif :

- Meilleure sécurité dans l'accès aux soins grâce à une meilleure lisibilité de la prescription.
- Simplification de la prescription et de la délivrance des produits.
- Meilleur suivi de la prescription pour l'assurance maladie.

Renforcer la certification et l'évaluation des pratiques :

Le respect des référentiels constitue un critère important de la

certification. Les incitations financières à la certification pourraient être développées.

L'assurance maladie contribuera à l'information auprès des assurés des résultats en matière de certification pour les établissements et les professionnels sur la base des informations fournies par les pouvoirs publics.

IV Privilégier le bon usage du soin

Il s'agit de développer les outils adaptés (référentiels,...), les modes d'actions modernes (accompagnement par internet,...), des offres de services plus larges et plus personnalisées vers les acteurs ou les publics concernés (assurés, professionnels, établissements,...).

Les programmes de maîtrise médicalisée seront poursuivis (médicaments, actes, ordonnancier bizonne...). De nouveaux thèmes seront définis.

L'assurance maladie favorisera le développement de référentiel (validés par la HAS) et accompagnera les initiatives des prestataires dans l'intégration de ces référentiels dans les outils communicants. L'évaluation et le contrôles des pratiques professionnelles seront poursuivies sur différents thèmes.

L'Etat, les ARS et l'assurance maladie favoriseront les modes de prise en charge les plus souples et les mieux coordonnés (Chirurgie ambulatoire, centres autonomes de chirurgie, chimiothérapie à domicile).

Les nouvelles formes de coopération inter professionnelle et la redéfinition des compétences respectives des professionnels de santé devraient permettre de suppléer aux disparités d'offres. L'Etat devra s'engager à redéfinir avec les ordres professionnels le cadre d'exercice des différentes professions de santé. De son côté, l'assurance maladie « proposera des évolutions tarifaires basées sur la valorisation des coopérations et les gains de productivité obtenus... »

V Rembourser les soins utiles au juste prix

Les modes de rémunération doivent être adaptés pour inciter à l'amélioration de la qualité de la pratique et de nouvelles organisations des offreurs de soins. Les conventions devront faire émerger une structure de rémunération à trois niveaux :

- Un niveau de forfait : correspondant à l'engagement des professionnels dans certains domaines (pathologies chroniques, PdS, regroupement,...).
- Un niveau central reposant sur l'actuelle rémunération à l'acte. Sa structure et ses tarifs devront être adaptés pour favoriser la pratique clinique.
- Un niveau de rémunération à la performance permettrait la généralisation et l'extension du CAPI.

La structure des rémunérations des établissements de santé pourrait, à terme, comprendre les mêmes composantes que pour les professionnels.

Par ailleurs, les orientations veulent tenir compte du fait que « l'évolution des techniques et des organisations conduit à des évolutions des coûts de production. Il apparaît indispensable que la tarification des activités prenne en compte ces évolutions pour éviter l'apparition de rentes ». Est-ce le signe de nouvelles baisses de nomenclature ? ■



Améliorez vos connaissances avec FORCOMED

L'échographie mammaire dans le dépistage organisé du cancer du sein

Le cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein de 2005 prévoit la réalisation de l'échographie mammaire :

- soit dans le bilan de diagnostic d'une anomalie mammographique ou clinique,
- soit systématiquement pour des seins denses normaux en mammographie, la sensibilité du test étant diminuée.

Il précise qu'elle doit être effectuée avec un matériel performant, par un radiologue expérimenté, et que ses indications doivent être posées avec rigueur, de façon à ne pas générer trop de faux positifs. Or, la pratique de l'échographie dans le dépistage est très variable selon les départements et entre les radiologues d'un même département : une harmonisation est souhaitable pour la

compréhension des patientes comme des financeurs et justifie un travail de réflexion sur les données actuelles en termes d'efficacité et de conséquences défavorables.

Cette formation qui se déroule sur une journée associe :

- la présentation des bonnes conditions de réalisation de l'examen (technologies, entretien des sondes, protocoles d'examen) et de son interprétation (illustration du Bi-rads écho, rédaction du compte-rendu, remplissage de la fiche d'interprétation du dépistage),
- des ateliers tournants (interprétation de cas cliniques sur écrans d'ordinateurs portables, jeux de rôles de mise en situation d'indication d'échographie au décours d'une mammographie de dépistage, lecture critique d'un article sur l'échographie en situation de dépistage).

Elle est prise en charge par le FAF-PM.

Inscrivez-vous dès maintenant

ASSOCIATION FORCOMED

62, Bd de Latour-Maubourg 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



**SÉMINAIRE DESTINÉ
aux MÉDECINS
RADIOLOGUES LIBÉRAUX**

BULLETIN D'INSCRIPTION

(Places limitées, inscriptions par ordre de réception du courrier)

L'ECHOGRAPHIE MAMMAIRE DANS LE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN

PARIS : 17 décembre 2010

Nom : _____ Prénom : _____

Merci de cocher la case correspondant à votre mode d'exercice :

- Médecin spécialiste libéral conventionné en exercice
 Médecin remplaçant

N° d'inscription à l'Ordre des Médecins : _____ Date de naissance : _____
(renseignement obligatoire)

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse E-mail : _____

Désire participer au séminaire à la date du : 17 décembre 2010

Fait le :

Signature :

Cette formation est financée par le FAF-PM.

Seuls les médecins exerçant à titre libéral peuvent, grâce à leurs cotisations, en bénéficier.

Modalités d'inscription : Joindre les documents suivants :

- ① une feuille de soins (Cerfa N°12541) barrée, portant la mention "annulée" ou, pour les médecins non installés, la copie du contrat d'un remplacement effectué en 2008 ou 2009,
- ② une copie de l'attestation de versement (ou d'exonération) de votre contribution à la formation professionnelle délivrée par l'URSSAF (sous le code 851C, 8621Z, 8622A, 8622B ou 8622C) en 2010 ou 2009 au titre respectivement de votre activité en 2009 ou 2008,
- ③ un chèque de caution de 300 € pour réserver une place dans le séminaire. Ce chèque vous sera retourné après participation au séminaire. En cas de désistement, et sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le début de la session, ce chèque sera retenu par FORCOMED.

Améliorez vos connaissances avec FORCOMED

Echographie obstétricale de dépistage du 2^{ème} trimestre

L'échographie du premier trimestre de grossesse est maintenant parfaitement codifiée au travers des recommandations du comité technique d'avril 2005 et de l'arrêté du 3 juillet 2009.

Le respect de ces deux textes (cf. revue Le Médecin Radiologue de France n°316/juillet 2009) encadre la responsabilité de l'échographiste et a permis à beaucoup d'effectuer à nouveau les échographies de dépistage du premier trimestre.

Cependant, il reste pour certains une appréhension concernant le deuxième trimestre.

Celle-ci est injustifiée car l'examen de dépistage a parfaitement été codifié par le comité technique. De plus, la réalisation au préalable de l'examen du premier trimestre permet une simplification de la réalisation de celle du deuxième trimestre (examen des membres par exemple)

Les radiologues réalisant les examens du premier trimestre sont donc parfaitement à même d'effectuer celles du deuxième trimestre.

Afin d'optimiser cet examen, Forcomed assure depuis plusieurs années maintenant une formation sur 2 jours. Celle-ci est assurée par des radiologues et des gynécologues obstétriciens. Elle vous permettra d'optimiser votre pratique quotidienne à l'aide de mises au point et d'ateliers interactifs.

Inscrivez-vous dès maintenant

ASSOCIATION FORCOMED

62, Bd de Latour-Maubourg 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



**SÉMINAIRES DESTINÉS
aux MÉDECINS RADIOLOGUES
ET GYNÉCOLOGUES**

BULLETIN D'INSCRIPTION

(Places limitées, inscriptions par ordre de réception du courrier)

ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE DE DEPISTAGE DU 2^{ÈME} TRIMESTRE

PARIS : 11 - 12 JUIN 2010

Formation financée par l'OGC dans le cadre de la Formation Professionnelle Conventiennelle 2010

Nom : _____ Prénom : _____

Radiologue Gynécologue

Merci de cocher la case correspondant à votre mode d'exercice :

Médecin spécialiste libéral conventionné en exercice
 Médecin libéral remplaçant (maximum 4 places par session)

N° d'inscription à l'Ordre des Médecins : _____ Date de naissance : _____
(renseignement obligatoire)

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse E-mail : _____

Désire participer au séminaire à la date du : 11 - 12 JUIN 2010

Fait le :

Signature :

Modalités d'inscription :

Vous êtes Médecin spécialiste libéral conventionné en exercice : joindre une feuille de soins personnelle Cerfa annulée et un chèque de caution de 300 € pour réserver une place dans le séminaire. Ce chèque vous sera retourné après participation au séminaire. En cas de désistement, il restera à FORCOMED en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant la date de formation.

Vous êtes Médecin spécialiste remplaçant : (limité à 4 places par session) joindre un document datant de moins d'1 an attestant que vous êtes en règle avec l'instance ordinale, un justificatif de remplacement de 30 jours (doit concerner l'année précédente ou l'année en cours ou les 12 mois précédant la formation. Les 30 jours de remplacements doivent être réalisés avant la formation), une attestation sur l'honneur (datée et signée) indiquant que vous exercez une activité libérale à titre principal et un chèque de caution de 300 € pour réserver une place dans le séminaire. Ce chèque vous sera retourné après participation au séminaire. En cas de désistement, il restera à FORCOMED en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant la date de formation.



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

9629 06 NICE, centre ville, cède parts cab privé de 10 radiols. 3 sites. Large accès TDM et IRM. Activité radio gen, séno, interventionnel.
 > Tel : 06.28.23.44.49.
 Email : rp@multimer.com

9630 14 CAEN, cause départ d'un associé, groupe de 9 radiols, 2 cabs de ville, 1 polyclinique avec TDM et IRM ch radiol polyvalent.
 > Tel : 02.31.86.85.68 (heures bureau).
 Email : ac.dronet.rsc@orange.fr

9631 20 CORSE, groupe de 4 radiols ch associé. Activité radio conv, mammo num, ostéo, TDM, IRM. 2 sites (cab et clin). Temps complet ou partiel.
 > Tel : 06.09.89.26.67.
 Email : imagerienouvellesylviane@wanadoo.fr

9632 Groupe radiologique dans ville de l'Est de la France. Propriétaire scan et IRM avec activité en clin ch un radiol pour succéder à un associé partant à la retraite. Ecrire au journal qui transmettra.
 > (ou faxer : 01.45.51.83.15)

9633 27 Urgent, SELARL ch associé ou remplaçant 2 clin, 2 TDM, IRM, Pacs, mammo num.
 > Tel : 06.13.28.65.18.
 Email : jv.courtel@wanadoo.fr

9634 38 proximité Grenoble, SELARL 5 radiols sur 3 sites, scan-IRM, ch 6^{ème} associé.
 > Tel : 04.76.45.61.61. ou 06.77.46.65.56.
 Email : cimbrignoud@cegetel.rss.fr

9635 45 SEL radio, 7 associés, 2 scans, 2 IRM, mammo num, PACS, ch remplaçants et jeune associé(e), de préférence ACCA, pour l'ouverture de sa 2^{ème} IRM.
 > Tel : 02.34.05.30.18.
 Email : m.agoulon@radiologiemontargis.fr

9636 56 HENNEBONT, cause retraite ch successeur dans assoc 3 radiols, cab de ville. Radio conv (num capteurs plan), mammo, écho, TDM, IRM.
 > Tel : 02.97.36.25.11.

9637 59 Région Lilloise, groupe radiologique, multisites ch plusieurs associés en vue d'une ouverture d'un scanner et d'une IRM. Conditions financières intéressantes. Pas de garde.
 > Tel : 06.13.23.84.69.

9638 64 ORTHEZ, cède parts dans assoc

3 radiols. Radio num, doppler, ostéo. Large accès TDM, IRM, activité dans 2 cabs et 1 clin.
 > Tel : 06.08.48.00.11.
 Email : philippe.aurensan@wanadoo.fr

9639 66 cause retraite cède parts dans assoc 12 radiols. 4 sites et plateaux techniques.
 > Tel : 06.75.24.95.81.
 Email : masboluix@orange.fr

9640 67 SELESTAT, cause retraite fin 12 / 2010, cède parts SELARL, cab de ville (radio, écho, mammo) 4 associés + accès scan et IRM.
 > Contact Dr Alain CONSTANTINESCO : 03.88.92.08.70 ou 03.88.92.12.07.
 Email : alainconstantinesco@yahoo.fr

9641 69 Nord de Lyon, SDF/SCM libérale secteur II, 9 radiols, 3 cabs, 1 polyclin, 1 scan et 2 IRM en GIE avec le centre hospitalier ch radiols pour remplacer 2 départs à la retraite.
 > Tel : 06.82.01.70.01. ou 06.08.63.64.05.
 Email : mnieder@wanadoo.fr ou jean-gerald.vulliez@club-internet.fr

9642 76 ROUEN, groupe de 18 associés, cause départ retraite ch associé(e). Activité importante répartie dans 2 clin, 5 cabs ville. Plateau technique complet dont scans (3), IRM (2), mammo num, vasculaire, coroscan, IRM cardiaque, etc.
 > Tel : 02.32.08.26.54.
 Email : radiosthilaire@wanadoo.fr

9643 83 TOULON, groupe de 19 radiols, plusieurs cabs, large accès scan et IRM dans plusieurs clin, mammothome, ch associé dynamique. Remplacement préalable.
 > Tel : 06.15.20.34.62 ou 06.64.62.29.96.

9644 Région PACA, radiol dans cab privé et clin privée 120 lits, radio et écho gen, accès à développer : scan et IRM ch associé(s).
 > Tel : 06.61.52.84.76

9645 84 CAVAILLON (2 aéroports et autoroute), cause départ retraite ch successeur associé (e). Radio conv (4 sites) + TDM + IRM. Expansion possible. 6 praticiens tps plein, 4 jours / semaine.
 > Contact : Dr P BRUN au 06.80.13.70.38.
 Email : brunpie@wanadoo.fr

9646 92 groupe de radio ch remplaçant en vue association. Ecrire au journal qui transmettra.

9647 92 cab au sein d'une clin (chirurgie, médecine, maternité, radiothérapie) ch associé(e) radio, écho (sauf obstétrique). Scan et IRM sur place.
 > Tel : Dr SAGUI : 01.47.82.46.95.
 Email : msagui@centre-charlebourg.fr

REPLACEMENTS

Offres

9648 SELARL de 6 radiols, accès quotidien scan et IRM, ch remplaçants période juillet, aout, septembre. Possibilité d'association ultérieure.
 > Contact : Dr BENEDETTI : 06.11.26.64.29.
 Email : benedetti.e@wanadoo.fr

9649 67 40 km au nord de Strasbourg, radiol ch remplaçant régulier. Association possible. Accès scan et IRM.
 > Tel : 03.88.09.72.10.
 Email : alain.salive@gmail.com

Demande

9650 Med radiol expérimenté : radio, écho, scan ch remplacements DOM TOM.
 > Tel : 06.20.95.44.94. Email : jean-louis.grand@gmail.com

DIVERS

Demandes

9651 A vendre équipement complet ARCADIS SIEMENS pour angiographie. Appareil neuf, jamais servi et sous maintenance.
 > Contact : Dr HUMBERT ou Me MASSET : 03.25.79.14.81

9652 vends machine à développer conventionnelle FUJI FPM3800AD + mélangeur + doc tech - 01/2006 - TBE 500,00 euros (prix achat : 10.000,00 euros).
 > Tel : 03.20.22.91.96.
 Email : ciml@alicepro.fr

Le Médecin Radiologue de France

Directeur de la Publication : Dr Jacques NINEY
 Rédacteur en chef : Dr Robert LAVAYSSIERE
 Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT

Edition • Secrétariat • Publicité Rédaction • Petites Annonces
 EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €
 Téléphone : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15
 www.fnmr.org • E-mail : info@fnmr.org
 62, bd de Latour - Maubourg 75007 Paris

Président : Dr Jacques NINEY
 Responsable de la Régie Publicitaire : Dr Saranda HABER
 Conception maquette : Sylvie FONTLUPT
 Maquettiste : Marc LE BIHAN
 Photos : Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

137 avenue de Conthe • B. P. 90449 • 15004 Aurillac cedex
 Dépôt légal 2^{ème} trimestre 2010

Une enveloppe timbrée est exigée pour toute réponse à une petite annonce, ceci pour la réexpédition au destinataire. Merci

POCHETTES POUR RADIOGRAPHIES INTERCALAIRES

SACHETS PLASTIQUE TRANSPARENT
SACS PLASTIQUE TEINTÉ

LIVRAISON SOUS 10 JOURS
avec impression personnalisée

LIVRAISON IMMEDIATE
avec inscriptions radio-standard gratuites

POCHETTE MÉDICALE de FRANCE

PMFR - Gènebault

BP 13 - 42153 RIORGES

Téléphone : 04.77.72.21.24 Fax : 04.77.70.55.39



Nous partageons les mêmes valeurs



Santé
Prévoyance

Solidarité Paritarisme Transparence Ecoute

Parce que les hommes et les femmes sont au cœur de l'activité des entreprises, Uniprévoyance a pour vocation d'offrir aux salariés et à leur famille une protection sociale optimale contre les risques de la vie. Uniprévoyance réunit l'ensemble des compétences pour proposer, en complément du régime de base, des garanties adaptées aux besoins des salariés en matière de **santé** et de **prévoyance**.



La prévoyance paritaire, l'engagement collectif

10, rue Mazurie - 94307 Vincennes Cedex - Téléphone 01 53 44 41 00 - Fax 01 53 44 42 50 - www.uniprevoyance.fr
Institution de Prévoyance paritaire régie par le Code de la Sécurité Sociale

www.uniprevoyance.fr - 01 53 44 41 00 - 01 53 44 42 50 - www.uniprevoyance.fr