

La lettre de la FNMR

fnmr.org

Un vent de renouveau ?



L'arrivée de Xavier Bertrand aux manettes du ministère de la santé va-t-elle permettre de mettre en place de nouvelles relations avec le corps médical en général, et avec les médecins radiologues en particulier ? On peut le penser si on se réfère à la signature (enfin !!) du protocole d'accord sur un plan pluriannuel des dépenses d'imagerie.

Ce plan basé sur des économies médicalisées et sur la reconnaissance par le biais de la nomenclature de la bonne pratique médicale permettra aux médecins radiologues d'avoir une visibilité jusqu'à la fin 2012.

Nos responsables politiques ont admis que les coupes drastiques sur la base de 100 à 150 millions d'euros par an étaient un non-sens médical et économique. Ces mesures contre productives sur le plan financier ont eu pour conséquences non négligeables une défiance et un rejet des médecins radiologues envers les institutionnels et les responsables politiques.

Cette ouverture vers notre spécialité, obtenue grâce à notre opiniâtreté, peut être considérée comme un geste fort.

Cependant nous serons vigilants pour que cet accord ne soit pas

dévoiyé par quelques mesures unilatérales insidieuses.

Cet accord, paritaire, implique également les médecins radiologues dans sa réussite.

Ce plan pluriannuel est une première pour notre profession, faisons en sorte que cet essai ne soit pas sans suite.

Le Bureau de la FNMR se joint à moi pour vous présenter nos meilleurs vœux à l'occasion des fêtes de fin d'année.

Dr Jacques Niney
Président de la FNMR

■ Rapport IRSN sur l'exposition des travailleurs en 2009	02
■ Conseil d'administration de la FNMR Sept 2010	06
■ Le patient au cœur des préoccupations de la FNMR	11
■ LFSS 2011 : un amendement rejeté	12
■ Système de santé :	
La mission Hubert et la radiologie de proximité	14
Communiqué FNMR	15
■ Vie fédérale : Elections Bureaux	16
■ Statistiques	17
■ Hommages	17
■ Lectures	18
■ Petites annonces	19

■ Annonceurs :	
CARESTREAM	20
PMFR	10
UNIPREVOYANCE	03



Rapport IRSN sur l'exposition des travailleurs en 2009



Modalités de la surveillance dosimétrique des travailleurs

Les données retenues dans ce résumé correspondent aux dosimétries externe passive et opérationnelle qui, seules, nous concernent.

Ces données sont gérées par le système SISERI.

" S'agissant de la dosimétrie externe opérationnelle, le nombre d'établissements ayant signé un protocole avec SISERI pour donner accès à leur(s) PCR et/ou médecin(s) du travail s'élevait à 3 840, fin 2009, soit une augmentation de l'ordre de 50 % par rapport au nombre de protocoles signés fin 2008.

La transmission des données à SISERI en 2009

Sur l'ensemble de l'année 2009, 721 établissements ont effectivement transmis au moins une donnée de dosimétrie opérationnelle, soit 21 % de plus qu'en 2008.

Près de 70 % de ces établissements appartiennent au secteur médical, dont la part continue à progresser en 2009, 17 % à l'industrie non nucléaire et 4 % à celui de l'industrie nucléaire.

Pour le secteur médical :

- radiothérapie : 4 %
- médecine nucléaire : 7 %
- radiologie : 25 %
- secteur hospitalier : 32 %

Le pourcentage de données de dosimétrie opérationnelle concernant le domaine médical est de 33 % de l'ensemble des secteurs.

La consultation des données de SISERI en 2009 43 % des consultations sont faites par des PCR du domaine médical. De plus, importante progression des PCR et des médecins du travail allant consulter ces données sur le système SISERI, bien qu'il soit loin d'être utilisé.

" Il faut noter certains ... éléments pouvant avoir une incidence sur les bilans réalisés d'une année sur l'autre, par exemple :

- un abaissement du seuil d'enregistrement a pour effet une augmentation des effectifs dont la dose n'est pas nulle ... ;
- des changements de techniques de dosimétrie (par exemple l'abandon progressif du film dosimètre) peut également conduire à des variations des résultats de la surveillance dosimétrique ;
- la période de port des dosimètres peut également entraîner une évolution des statistiques dosimétriques annuelles. Ainsi, des valeurs d'équivalents de dose inférieures au seuil d'enregistrement du dosimètre sur un mois d'exposition sont assimilées à des doses nulles, mais peuvent être positives dans le cas d'une période de port plus importante du fait du cumul des expositions.

Enfin, si les doses mesurées par les dosimètres sont correctes, les conditions de port ne le sont pas systématiquement. Les doses réellement reçues par les porteurs sont dans certains cas surestimées, par exemple lorsque le dosimètre est porté sur le tablier de plomb ou lorsqu'il est placé sur le tube émetteur de rayons X. Dans d'autres cas, les doses sont sous-estimées ou même non enregistrées car les dosimètres ne sont pas portés de façon systématique par les travailleurs.

" Si les doses mesurées par les dosimètres sont correctes, les conditions de port ne le sont pas systématiquement. "

Les résultats d'une enquête réalisée par l'IRSN auprès des laboratoires à l'occasion de la collecte des données présentées dans ce bilan montrent que le taux moyen de retour des dosimètres ayant été portés est compris entre 90 % et 100 %.

Le taux de dosimètres rendus avec un retard de 1 à 3 mois varie de 2 % à 28 % selon les laboratoires, il est inférieur à 3,2 % pour les retards de 4 à 6 mois et inférieur à 0,2 % pour ceux supérieurs à 6 mois.

Le taux de dosimètres inexploitable à leur retour au laboratoire est au maximum de 1 %. Il faut toutefois souligner que ces chiffres ne concernent qu'une faible part des effectifs surveillés (14 %), tous les laboratoires n'ayant pas répondu à cette enquête.

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 Mazure - 94307 Vincennes Cedex - Téléphone 01 53 64 41 00 - Fax 01 53 64 42 50 - www.uniprevoyance.fr
Institution de Prévoyance paritaire régie par le Code de la Sécurité Sociale

Parmi les autres difficultés rapportées par les laboratoires, de façon purement qualitative, il faut citer les cas d'inversion entre dosimètre d'ambiance et dosimètre témoin, entre dosimètres portés à la poitrine ou au poignet, ou encore d'inversion entre dosimètres mensuels et dosimètres trimestriels, l'absence de dosimètres témoins, les difficultés d'obtention des données administratives associées au porteur, ou encore les cas de dosimètres portés par plusieurs personnes..."

Dosimétrie « corps entier »

" Résultats généraux :

Le nombre de travailleurs surveillés par dosimétrie externe passive en 2009 est de 319 091 soit 12 462 travailleurs de plus qu'en 2008, ce qui correspond à une augmentation de 4,1 %. La dose collective s'élève à 65,68 homme.Sv en 2009, soit une augmentation de 10,2 % par rapport à 2008. La dose individuelle annuelle moyenne est de 0,21 mSv, soit en légère augmentation par rapport à 2008 où elle était égale à 0,19 mSv.

- 95,4 % des travailleurs surveillés ont une dose annuelle inférieure à la limite réglementaire d'exposition du public, soit 1 mSv/an, parmi lesquels 81 % n'ont reçu aucune dose au cours de l'année (doses mesurées inférieures au seuil d'enregistrement).
- 4 % des travailleurs surveillés ont une dose annuelle comprise entre 1 et 6 mSv.
- 0,6 % une dose annuelle comprise entre 6 et 20 mSv.
- Enfin, 14 travailleurs ont enregistré une dose supérieure à 20 mSv.

La répartition des travailleurs par classes de doses est comparable à celle de 2008.

Du fait de la répartition plus fine des travailleurs surveillés dans les différents secteurs d'activité, les comparaisons avec les années précédentes sont rendues plus délicates. Le bilan 2009 a donc également été réalisé suivant l'ancienne classification des activités et est présenté sous cet ancien format dans le paragraphe sur l'évolution par rapport aux années précédentes.

Répartition entre port mensuel et port trimestriel dans le domaine médical :

- trimestriel : 65 %
- mensuel : 35 %

Analyse des expositions externes passives pour les domaines médical et vétérinaire :

- effectif surveillé :
- dose collective (homme-Sv) :
- dose individuelle moyenne (mSv) :
- répartition des effectifs par classe de dose :
 - < 1mSv : 194923
 - de 1 à 6 mSv : 3452
 - de 6 à 15 mSv : 274
 - de 15 à 20 mSv : 17
 - de 20 à 50 mSv : 8

- > à 50 mSv : 0

Bien que plus de 60 % des effectifs surveillés soient employés dans le domaine des activités médicales et vétérinaires, ce domaine représente 30 % de la dose collective totale.

A l'heure actuelle, tous les laboratoires ne sont pas en mesure de distinguer les données relatives aux activités de radiodiagnostic de celles concernant la radiologie interventionnelle :

Pour ces laboratoires, les effectifs sont regroupés dans une rubrique mixte.

La dose individuelle maximale du domaine médical en 2009 a été enregistrée dans le secteur de la radiologie. Cette dose est de 42 mSv et constitue un dépassement de la limite réglementaire.

L'augmentation des effectifs surveillés dans le domaine des activités médicales et vétérinaires s'est accélérée depuis 2005, à l'exclusion d'une légère baisse en 2007 qu'il est difficile d'expliquer avec cette précision de données.

Après une baisse régulière, la dose collective dans le domaine des activités médicales et vétérinaires augmente nettement en 2008 et en 2009. Cette augmentation est en partie due au report d'une grande partie des effectifs classés dans la rubrique « Divers » dans ce domaine.

Dosimétrie des extrémités

Des dosimètres d'extrémités (dosimètres « bague », dosimètres « poignet ») sont portés par les travailleurs dont les mains ou les membres sont susceptibles d'être soumis, au cours de leurs tâches, à une exposition aux rayonnements ionisants significative par rapport au reste de leur organisme. C'est le cas par exemple des médecins réalisant une biopsie viscérale sous rayonnements ionisants.

Des limites réglementaires de dose sur douze mois consécutifs sont fixées pour différentes parties du corps :

l'exposition des extrémités (mains, avant-bras, pieds et chevilles) ne doit pas dépasser 500 mSv, celle de la peau également 500 mSv pour toute surface de 1 cm² et celle du cristallin 150 mSv.

La mesure de la dose aux extrémités, à l'endroit le plus exposé, doit permettre de vérifier le respect de la limite réglementaire.

L'importance relative de la surveillance de l'exposition aux extrémités par dosimétrie « bague » ou « poignet » en 2009, dans l'activité médicale et vétérinaire : 50 % environ.

“ 60 % des effectifs surveillés sont employés dans le domaine des activités médicales et vétérinaires, ce domaine représente 30 % de la dose collective totale. ”

La dosimétrie « bague » contribue pour 86 % à la dose totale « bague ».

C'est le secteur de la radiologie qui contribue majoritairement aux expositions des extrémités. En 2009, un dépassement de la limite de 500 mSv sur la dosimétrie bague a été recensé pour trois travailleurs de ce secteur, la dose individuelle la plus élevée étant égale à 1 207 mSv.

Gestion des situations de dépassement

Dose efficace : 15 travailleurs (dont 14 en rapport avec une exposition externe et 8 exercent dans le domaine médical)

Dose équivalente aux extrémités : 3 travailleurs exerçant dans le domaine médical

Dose équivalente à la peau : 1

L'évolution du nombre de travailleurs surveillés dont la dose externe annuelle est supérieure à 20 mSv

“ C'est le secteur de la radiologie qui contribue majoritairement aux expositions des extrémités. ”

montre une baisse régulière. De plus, en 2009, aucune dose supérieure à 50 mSv n'est enregistrée dans ce secteur, qui est pourtant celui où les travailleurs suivis sont les plus nombreux et où les écarts par rapport aux bonnes pratiques de port des dosimètres étaient précédemment les plus importants.

Actions dans le cadre de processus d'optimisation et d'harmonisation des pratiques

Participation aux études menées dans le cadre d'ORAMED :

Le projet ORAMED (Optimization of Radiation protection for MEDical staff) financé par l'Union Européenne dans le cadre du 7^{ème} PCRD22 (programme-cadre en matière de recherche et développement) et coordonné par le SCK-CEN (Belgique), a débuté en février 2008.

Le principal objectif de ce projet est de développer des méthodologies pour estimer plus finement et éventuellement réduire l'exposition des travailleurs dans le domaine médical.

- Le projet se décline en quatre thèmes principaux :
- la mesure et le calcul des doses aux extrémités et au

- cristallin en radiologie interventionnelle ; le développement d'un dosimètre pour le cristallin ;
- l'optimisation de l'utilisation de dosimètres opérationnels en radiologie interventionnelle ;
- l'amélioration de la dosimétrie d'extrémités en médecine nucléaire.

- Ces différents travaux ont fait l'objet de publications soumises à différentes revues :
Active personal dosimeters in interventional radiology : tests in laboratory conditions and in hospitals.
I. Clairand, J.-M. Bordy, J. Daires, J. Debroas, M. Denozier, L. Donadille, M. Ginjaume, C. Itie, C. Koukorava,
- A.-L. Lebacqz, P. Martin, L. Struelens, M. Sans Merce, M. Tomic, F. Vanhavere.
In interventional radiology procedures. First results of the ORAMED project.
J. Domienik, M. Brodecki, E. Carinou, L. Donadille, J. Jankowski, C. Koukorava, S. Krim, D. Nikodemova,
- N. Ruiz-Lopez, M. Sans-Merce, L. Struelens, F. Vanhavere.
Extremity and eye lens doses.
Extremity exposure in nuclear medicine – preliminary results of an European study.
M. Sans Merce, N. Ruiz, I. Barth, A. Carnicer, L. Donadille, P. Ferrari, M. Fulop, M. Ginjaume, G. Gualdrini, S. Krim, X. Ortega, A. Rimpler, F. Vanhavere, F. Mariotti, S. Baechler.

Panorama des techniques actuellement utilisées en France pour la surveillance de la dosimétrie externe passive des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants

• **Les différentes techniques :**

- film photographique : il est progressivement abandonné
- dosimètre thermoluminescent (TLD)
- dosimètre basé sur la luminescence stimulée optiquement (OSL)
Le dosimètre utilisant la radio photoluminescence (RPL)
- Le détecteur solide de traces

Selon la réglementation, le seuil d'enregistrement (plus petite dose non nulle enregistrée) ne peut être supérieur à 0,1 mSv et le pas d'enregistrement ne peut être supérieur à 0,05 mSv (valeurs applicables au 1^{er} janvier 2008).

L'abaissement de 0,20 à 0,1 mSv (ou 0,05 mSv) du seuil d'enregistrement des doses peut faire apparaître des effectifs exposés à des doses comprises entre ces deux valeurs et qui, jusque là, étaient enregistrées comme des « doses nulles ». ■

Dr Philippe MARELLE



Mesures autoritaires ou négociations ?

La FNMR réunissait son Conseil d'administration de rentrée le 12 septembre dernier. D'emblée, le président de la FNMR, Jacques Ninety, entrait dans le vif du sujet en présentant l'état des négociations avec les tutelles et l'environnement économique présidant à ces discussions.



Photo © Philippe Chagnon

Dr Jacques Ninety

Les négociations sur l'imagerie

La crise financière a provoqué l'explosion des déficits publics, déjà abyssaux. Pour la protection sociale, le déficit devrait tourner autour des 27 milliards pour cette année et se situer entre 15 et 20 milliards l'an prochain.

L'Etat veut, vis-à-vis de Bruxelles mais aussi des agences de notation, afficher une maîtrise des budgets publics. Il lui faut donc engager des actions, même symboliques et en particulier sur la sécurité sociale et l'assurance maladie.

Dans notre pays, le système de santé s'articule autour de trois acteurs : l'hospitalisation publique, l'hospitalisation privée et la médecine de ville. Les mesures passées ont porté autant sur l'hospitalisation privée que publique. Cependant, il y a souvent un fossé entre l'affichage des économies demandées pour le secteur public et les économies réalisées.

Il faut aussi tenir compte de l'externalisation forcée, avec les transferts hôpital-ville, qui impute aux dépenses de ville les examens d'imagerie qui sont réalisés à la demande des hôpitaux. Le même phénomène s'observe avec la pharmacie. Le résultat est une situation problématique avec un hôpital dont les contraintes restent à définir et une traçabilité de la responsabilité du médecin prescripteur qui n'est pas toujours faite.

De ce fait, le système de santé est déséquilibré entre la ville et l'hôpital. Il reste déficitaire structurellement et oblige à une négociation permanente pour de vaines tentatives de retour à l'équilibre financier.

Au-delà des négociations, la FNMR a engagé de très nombreux contacts avec les responsables politiques pour démontrer que nous pouvons apporter des solutions à l'organisation des soins. Nous sommes écoutés et nous espérons que nous serons entendus. Pour en revenir aux négociations sur l'imagerie, les principaux responsables expriment leur accord politique pour un plan pluriannuel. En revanche, l'UNCAM reste fixée sur des mesures « simples » et « brutales » que la profession a refusées car elle ne pourrait pas les supporter économiquement.

¹ Depuis le PLFSS 2011 a été voté et laisse la question en suspens en maintenant l'exigence d'économies mais sans détailler les mesures.

Dans la préparation du PLFSS 2011, certaines ont déjà filtré dans la presse comme celle de 10 millions d'euros d'économies pour les anesthésistes. Ce montant peut paraître symbolique au regard des 140 millions demandés à l'imagerie. Mais l'impact sur certains exercices est fort. De même, les biologistes seront, aussi, durement touchés par le PLFSS. L'imagerie est sous la menace d'une ponction annuelle de 130 à 150 millions d'euros dont nos responsables semblent ne pas comprendre qu'elle signifie la disparition de la radiologie. A moins que certains ne la souhaitent. Mais dans ce cas, qu'ils osent le dire aux patients.

Alertés par nos soins, les responsables au Gouvernement et à l'Elysée ont permis la reprise des négociations. La difficulté d'un plan pluriannuel réside dans l'équilibre entre les propositions d'économies et de revalorisation et la répartition des économies sur la durée du plan.

L'UNCAM, parmi ses différentes propositions, a présenté, en premier lieu, la suppression du modificateur Z et la suppression de toutes les associations. En réponse, la FNMR a quitté la table des négociations. Celles-ci n'ont repris que parce que la caisse a avancé de nouvelles propositions.

De notre côté, nous militons pour que les économies portant sur l'imagerie tiennent compte du caractère médical de notre exercice.

Il était difficile de dire avant la période des vacances, si les négociations pourraient aboutir. Le PLFSS 2011, présenté après l'été, devait apporter un peu plus d'information ¹ (voir le numéro 329 de la revue du Médecin Radiologue), à peu près en même temps que l'élection aux URPS.

“ La difficulté d'un plan pluriannuel réside dans l'équilibre entre les propositions d'économies et de revalorisation et la répartition des économies sur la durée du plan. ”

Election aux URPS

Le président aborde ensuite la question des élections aux URPS. La FNMR ne peut donner de consigne de vote. Cependant elle ne se désintéresse pas de cet enjeu qui, pour les radiologues, sera de savoir si les représentants syndicaux qui soutiennent l'imagerie auront une claire majorité ou si, au contraire, ceux qui souhaitent sa disparition l'emporteront.

Les majorités issues des élections devront aussi discuter avec les ARS dont les pouvoirs ont été très largement étendus par rapport aux ARH. La participation des radiologues aux URPS sera, évidemment, un atout fort dans ces futures discussions. Le président invite ensuite les radiologues à s'engager massivement dans ces élections comme candidats sur les listes et comme électeurs.

Enquête DSS

Le cabinet Deloitte, à la demande de la direction de la sécurité sociale, a lancé une enquête sur la radiologie adressée à un échantillon de radiologues hospitaliers et libéraux.

La FNMR a été informé de la préparation de cette enquête. Le questionnaire lui a été soumis. Nous avons fait de nombreuses observations tant sur la méthodologie que sur une partie des questions. Certaines de nos observations ont été prises en compte mais pas toutes, loin de là, et notamment pas celles pourtant sur la méthodologie et plus particulièrement sur la sélection de l'échantillon.

Nous restons très interrogatifs sur les motifs de cette enquête alors que l'avenant 23 qui prévoyait une étude paritaire sous l'égide des caisses et de la FNMR n'a reçu aucune suite.

La mission Hubert

Le Président de la République a confié à Elisabeth Hubert une mission sur la médecine de proximité. C'est dans ce cadre que Jacques Niney a reçu un des experts de cette mission, Gérard de Pouvoirville, économiste et professeur réputé. La FNMR a répondu à toutes ses questions mais elle a aussi essayé de le sensibiliser au problème de l'imagerie en France, à la réalité d'un plateau technique, ...

Les contrôles ASN

Plusieurs cabinets ont déjà fait l'objet d'un contrôle ASN des inspecteurs du travail. Dans 90 % des cas, cela s'est bien passé grâce au document synthétisant les obligations réglementaires que nous publions annuellement depuis plusieurs années.

Des difficultés ont pu surgir en cas de contrôle sans rendez-vous, ce qui est autorisé par les textes, bien que des instructions ont été données pour inciter les inspecteurs à prendre rendez-vous. Vous pouvez donc, de votre côté, en cas de contrôle inopiné, proposer un rendez-vous afin d'être plus disponible. Enfin, il faut rappeler que le contrôle doit être axé sur le personnel.

Le débat s'engage sur les modalités de ce contrôle qui peut porter sur les appareillages que les salariés sont amenés à utiliser. En revanche, le contrôle ne peut porter sur les NRD qui ne concernent que les patients.

Le seul point litigieux concerne le contrôle électrique.

Une nouvelle réglementation relative à la PCR est en préparation. Actuellement, le système repose sur une PCR générale. Le projet est d'instaurer une PCR interne, chargée du suivi régulier, une PCR externe assurant la globalité de la fonction. Cette dernière serait confiée aux radiophysiciens qui ne sont pas assez nombreux.

Le principe de mutualiser la PCR sur un certain nombre de cabinets d'imagerie n'est pas retenu.

Les revenus selon la DREES

La DREES a publié son étude annuelle sur les revenus libéraux des médecins. Nous avons été amenés à réagir à cette nouvelle enquête qui comporte les mêmes biais méthodologiques que les années précédentes mais qui ne le signale plus, contrairement à ce qu'elle faisait jusqu'à présent dans l'étude même, mais dans un document annexe. De ce fait,

le classement de la DREES sera considéré par les lecteurs comme fiable, ce qu'il n'est pas concernant notre profession.

Recherche

La SFR souhaite associer des cabinets libéraux à certains programmes de recherche, ce qui permettrait d'élargir leurs cohortes de patients.

Ce sont, a priori, les structures importantes qui seront concernées dans la mesure où les hyperspécialistes y exercent.

Le rapport de la Cour des comptes

Le rapport 2010 de la Cour des comptes sur la sécurité sociale ne ressemble pas à ceux qui étaient publiés les années précédentes. Il comprend un important chapitre sur l'imagerie et non quelques lignes abruptes. Il n'en comporte pas moins d'importantes erreurs comme le pourcentage d'IRM attribuées au secteur public qui ne serait que de 45% selon le rapport qui s'appuie, dans ce domaine comme dans d'autres, sur des données de 2003.

Il se penche également sur les bonnes pratiques médicales en imagerie, ce qui est une intention louable mais n'apparaît pas comme de sa compétence.

Mammographie : nouvelles réglementations

De nouvelles dispositions régissent les appareils de mammographie semi-automatiques qui sont environ 70 en France. Ces équipements ne pourront plus être utilisés après fin octobre 2010.

Mammographes semi-automatiques concernés par le nouveau décret

GE 500 et 600
Philips UC et BC
Instrumentarium Alpha 2 et 3
Elsint CH225
La liste n'est pas exhaustive

Une autre question est l'adoption des nouvelles normes européennes applicables aux contrôles qualité, (y compris aux plaques de mammographie CR). Ce contrôle qualité, basé sur les normes européennes, dont le décret n'est toujours pas paru, met en évidence qu'un certain nombre de modèles de plaques sont hors normes. L'utilisation de ces plaques ne sera plus autorisée à la date de parution du décret. Les médecins équipés de ces plaques devront donc changer de matériel pour continuer à réaliser des mammographies numériques CR. A une intervenante demandant pourquoi le taux d'équipement en numérisation indirecte est plus élevé en France, Saranda Haber répond que c'est un problème dans la mesure où 70% des



Dr Saranda Haber

équipements numérisés le sont en CR et non pas en DR. Elle rappelle que la radiologie conventionnelle étant largement numérisée, le faible nombre de mammographies par semaine ne permettait plus un développement chimique stable pour la mammographie analogique. L'absence de console dans un certain nombre de cabinets pose problème en ce qui concerne la qualité d'interprétation et

ne permettra pas la télétransmission ultérieure. Un intervenant veut anticiper l'avenir. Il considère que celui-ci est à la numérisation directe avec aide automatisée au

Enquête sur la PdS

Une enquête menée par le Dr Madeuf en région Centre montre que la grande majorité des radiologues libéraux est prête à assumer une PdS ou l'assume déjà.

Rappelons à ce propos que la PdS assurée par les radiologues libéraux doit être proportionnelle au temps de vacations dont ils disposent sur les équipements en coupe.

La non rémunération des astreintes et gardes reste un problème sans solution à ce jour. Il est conseillé de continuer à faire des déclarations, cosignées par le président de la CME, de vos astreintes pour les médecins exerçant en clinique.

diagnostic et la télétransmission. Il sera peut être nécessaire d'organiser des centres de sénologie où chacun disposerait de vacations de mammographie numérique.

En conclusion, Jacques Niney rappelle qu'il appartient à chacun de faire ses choix mais qu'il est de la responsabilité de la Fédération de montrer ce que peut être l'avenir : les consoles et la télétransmission dans un premier temps, le regroupement à plus long terme.

La taxe professionnelle

Le Gouvernement a reculé sur la taxe professionnelle mais nous sommes peu concernés car les modifications portent sur les structures inférieures à cinq salariés.

La base de calcul ne se fait plus sur la valeur du chiffre d'affaires mais sur la valeur ajoutée. Il faut attendre les conséquences de la suppression de la TP sur les taxes foncières et les impôts locaux.

Jeunes cadres de la FNMR

La FNMR a toujours enrichi ses équipes de nouveaux cadres qui viennent apporter leur dynamisme et leurs idées nouvelles. C'est ce qu'a voulu faire une nouvelle fois la Fédération en organisant une rencontre de jeunes cadres. Certains sont déjà chargés de dossiers au sein du Conseil d'administration. Ils sont tous responsables locaux, départementaux ou régionaux.

SENOLOG

Jean-Philippe Masson rappelle que sur le plan technique, les logiciels SENOLOG intégrés dans les RIS ont tous reçu un agrément SENOLOG. Il est valable deux ans et les éditeurs doivent refaire les tests tous les deux ans.

Une éventuelle erreur, voir encadré ci-contre, peut survenir si l'éditeur procède à des modifications de son logiciel après avoir passé les tests et sans en avertir SENOLOG. Certains participants souhaitent une fiche SENOLOG plus simple à remplir. Il est rappelé que si la fiche SENOLOG est remplie avec le RIS, une partie se fait automatiquement. Il ne reste plus à renseigner que l'ACR, la conduite à tenir, les conditions d'adressage de la patiente et ses antécédents. Il importe aussi, en cas d'échographie associée, de remplir le cadre correspondant. Dans le cas contraire, les codes associations écho-mammo ne sont pas comptabilisés. Rappelons que la participation à SENOLOG est inscrite dans le cahier des charges, et donc obligatoire, et que le seuil de 500 mammographies est valable pour tous les radiologues quel que soit leur statut.



Dr Jean-Philippe Masson

SENOLOG

Il semble que certains recueils SENOLOG soient incorrects ce qui peut être vérifié avec le RIS.

Le logiciel métier pourrait ne pas être correctement paramétré et perdre ainsi une partie des informations, voire effacer des dossiers incomplets. Le deuxième risque d'erreur réside dans la qualité de la saisie qui doit être correcte afin de ne pas s'attirer d'observations injustifiées de la part de l'INVS.

Il importe donc, si ce n'est déjà fait, de vérifier auprès de votre fournisseur que SENOLOG est bien intégré dans le logiciel métier.

Les appels à projets de l'INCa

Ces appels à projets sont présentés par Saranda Haber qui expose que certains radiologues ont reçu, par les structures de gestion, un appel à projet intitulé : " Définir les modalités techniques permettant d'exploiter pleinement les possibilités offertes par la mammographie numérique pour le dépistage du cancer du sein, étudier la faisabilité de la transmission et de l'archivage, expérimenter et évaluer sur sites pilotes les différentes options d'exploitation dématérialisée offertes par les mammographes numériques afin de définir une stratégie nationale ".

Cet appel à projet correspond à la mesure 16 du Plan cancer. Lors de l'inclusion de la mammographie numérique dans le dépistage, un rapport de la HAS indiquait que le passage " au tout numérique " devait avoir lieu en deux temps, notamment sous la houlette d'un comité national de suivi, appelé comité ad hoc, dans lequel il y aurait des scientifiques, des professionnels et des industriels.

Ce comité n'a jamais vu le jour.

Le rapport de la HAS prévoyait aussi que le comité mettrait en place un cahier des charges pour le transfert des données et l'archivage des structures de gestion. Rien n'a été fait. Entre-temps, l'archivage pour les radiologues n'est plus remboursé et les négociations sur ce sujet sont au point mort.

L'INCa a lancé un appel à projet sur la dématérialisation qui ne repose sur rien puisqu'il n'y a pas de cahier des charges ni de comité de suivi. Il faut faire attention à ces projets qui ne peuvent être menés dans des départements où les radiologues ne sont pas équipés de consoles.

Jean-Luc Dehaene présente la CCAM clinique et la CNIPI.

La CCAM clinique

L'objectif est de créer une typologie des consultations permettant une rémunération différentielle accessible à tous les médecins généralistes et spécialistes. Une enquête est

actuellement en cours sur les caractéristiques des consultations telles qu'elles se pratiquent. Les radiologues en ont été exclus au motif qu'ils pratiquent peu les consultations. Elles sont pourtant importantes pour ceux qui font de l'interventionnel et les représentants de la FNMR seront très attentifs sur ce dossier.



Dr Jean-Luc Dehaene

La CNIPI

La Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat, sous la pression des structures européennes a pour mission d'harmoniser la maquette des différentes spécialités y compris l'imagerie, sur une période de cinq ans. Le post-internat est donc menacé. En outre, les généralistes, devenus des spécialistes, revendiquent aussi des postes de clinicat. Compte tenu de l'augmentation du numerus clausus, cette redistribution de postes, à enveloppe budgétaire constante, risque d'affaiblir les spécialités en limitant leur accès au

Les G4 régionaux

La plupart des Bureaux des G4 régionaux sont désormais en place. Il leur faut maintenant, pour ceux qui ne l'ont pas déjà fait, prendre contact avec le directeur de l'ARS.

Il est essentiel que les G4 régionaux soient consultés lors de l'élaboration des SROSS nouvelle génération et des PRS.

clinicat.

La labellisation

Laurent Verzaux présente l'état de la labellisation. La Fédération a engagé une démarche auprès de la HAS pour la reconnaissance officielle de ce label.

La HAS a donné son accord sous réserve que le référentiel concerne l'ensemble de la profession. La proposition a été soumise et validée par le G4 national fin 2009.



Dr Laurent Verzaux

Le référentiel a, depuis, été modifié en conséquence avec le groupe SFR management coordonné par Elisabeth Schouman-Claeys et Laurent Verzaux en lien avec Gérard Calmet, Hervé Leclot et l'aide de Bernard Vaussel. La HAS souhaite que le référentiel soit soumis aux différentes parties prenantes : l'IRSN, l'ASN, la FHP, la FHF ... et en particulier la DGS. A l'issue de cette étape de consultation des parties prenantes, la HAS est d'accord pour signer une convention d'accompagnement

avec le G4 national.

OPI

Jean-Philippe Masson présente la nouvelle formule de l'OPI. Celui-ci est complètement automatisé. Il n'y a rien à saisir. Quatre éditeurs ont été agréés : EDL, Actibase, Ressources Informatiques. Pénarenda, est en train de finir les tests.

L'importance de l'OPI n'est plus à démontrer. J.Ph. Masson rappelle qu'en juillet dernier, lors des dernières négociations, faute de données propres, la Fédération a été obligé de prendre en compte les seuls chiffres des caisses. C'est regrettable alors que la FNMR pourrait disposer de données fiables et opposables si tous « jouaient le jeu ».

Certains éditeurs proposent le logiciel OPI gratuitement, d'autres pour 250 euros. Quelques éditeurs, qui n'ont pas l'agrément, déclarent ne pas avoir de demande. C'est donc au radiologue qu'il appartient d'insister pour avoir la nouvelle version. Celle-ci comprend deux niveaux. Le premier récupère les informations dans le RIS (cotation CCAM,...). Il est totalement transparent. Le deuxième niveau est volontaire avec deux codes à fournir.

L'E-learning

A la demande des radiologues, un module d'e-learning pour la

mammographie numérique théorique a été mis en place. Ce module a été l'occasion d'une difficile négociation avec l'INCA pour lequel les modalités ne correspondaient plus au cahier des charges initial signé entre l'Institut et FORCOMED.

L'ensemble des cours de la formation théorique présentielle d'une journée a été enregistré, monté et mis en ligne sur un serveur. Le radiologue, s'inscrivant à la formation « mammo num », reçoit un code d'accès à ce serveur, valable trois semaines. Durant cette période, il est tenu de suivre la totalité de l'enseignement.

Il y a des tests avant et après chaque module. En fonction de leurs résultats, le radiologue est autorisé ou pas à suivre la formation pratique, qui est obligatoirement présentielle, puisqu'elle a lieu sur console mammo.

L'e-learning sera développé pour d'autres formations, notamment pour celles où il n'y a pas d'ateliers pratiques, mais aussi pour les manipulateurs.

La trésorerie

Le point sur la trésorerie est fait par Saranda Haber. La remontée des cotisations est conforme à l'habitude. Un second rappel sera fait à l'issue des JFR. Les cotisations des



- Pochettes pour Radiographies
- Chemises pour Echographies
- Chemises porte CD (Scanner/IRM)
- Sacs Plastique Personnalisés
- Sachets Plastique Transparent

et aussi...

Cavaliers - Papier en-tête
Cartes de rendez-vous
Cahiers de rendez-vous ...



LIVRAISON IMMÉDIATE - *Produits standards*
LIVRAISON SOUS 10 JOURS - *Produits personnalisés*

POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE

PMFr - Génébault - B.P. 13 - 42153 RIORGES

Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39 - E-mail : pmfr@wanadoo.fr

Communiqué

Paris, le 26 octobre 2010

Le patient au cœur des préoccupations de la FNMR

A l'occasion des Journées Françaises de Radiologie (JFR), la **Fédération Nationale des Médecins Radiologues a insisté sur la nécessité de mettre en avant la relation avec les patients** qui, plus que jamais, sont au centre des préoccupations du médecin radiologue libéral.

En effet, la FNMR a élaboré en partenariat avec les associations de patients une charte formalisant les 10 engagements du médecin radiologue et de ses collaborateurs. Ces 10 engagements, dont le respect conditionne l'obtention du label qualité des cabinets de radiologie, concernent la qualité de l'accueil, l'information du patient et l'implication du médecin dans la coordination des soins.

Pour aller plus loin et donner une nouvelle dimension à la relation entre les médecins radiologues libéraux et les patients, la FNMR a décidé la diffusion d'une lettre d'information des patients. A travers ce support, disponible dans les salles d'attente, et adressée aux associations de patients, la FNMR entend mettre en avant les objectifs communs poursuivis par les patients et les médecins radiologues libéraux : la qualité et l'accessibilité des soins pour tous.

Dans le premier numéro, la FNMR revient notamment sur le dépistage organisé du cancer

du sein, la radioprotection des patients ou le déremboursement de l'archivage des examens d'imagerie médicale.

La FNMR compte aller au-delà et ouvre fin octobre un nouveau site internet destiné aux patients afin de leur permettre de mieux connaître et donc de mieux se préparer à leurs examens d'imagerie médicale. Ce site leur permettra de retrouver toutes les réponses et informations pratiques à leurs questions.

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





PLFSS 2011 : un amendement rejeté

Pour 2011, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à 183,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et à 159,3 milliards pour le régime général de la sécurité sociale.

Après le passage du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (PLFSS 2011) devant l'Assemblée nationale et le Sénat, le projet, qui comprenait à l'origine 60 articles, est passé à 140. Cette inflation montre que les parlementaires ont voulu se saisir du texte pour manifester au Gouvernement leur désapprobation devant la présentation d'un budget qui s'annonce une nouvelle fois en déficit (près de 24 milliards) et qui prévoit de reporter sur la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) 130 milliards de dettes.

Le texte adopté comprend 125 articles. Il faut maintenant attendre que le Conseil constitutionnel se prononce dans le courant du mois de décembre pour disposer de tous les articles qui seront validés.

Article 29 : Fixation d'un seuil de 20 millions pour les exonérations de taxes sur les médicaments orphelins. Il s'agit d'un alignement sur les médicaments non orphelins.

Article 33 à 38 : Approbation de prévisions de recettes et de tableaux d'équilibre. Ce sont les tableaux de dépenses et recettes de l'ensemble des branches de la sécurité sociale.

Article 48 : Renforcement du rôle du comité d'alerte conformément aux recommandations du Rapport Briet.

Article 50 : Révision tous les 5 ans de la nomenclature des actes innovants. Il s'agit de la révision des actes ou prestations nouvellement inscrits à la nomenclature.

ONDAM des régimes obligatoires et sous-objectifs	Objectif de dépenses	
	2010	2011
Dépenses de soins de ville	75,2	77,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	52,6	53,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,4	19,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,2	7,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,9	8,2
Autres prises en charge	1,0	1,1
Total	162,4	167,1

Principales dispositions

Article 27 : revalorisation du plafond de ressources porté en 2 ans au niveau du plafond de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire majoré de 20% (au lieu de 20% actuellement). Il s'agit d'une augmentation de l'aide accordée pour l'acquisition d'une CMU.

Article 28 : Fixation du taux K à 0,5 % (au lieu de 1 %) qui représente la contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables.

Article 64 : Prolongation au 1^{er} janvier 2013 de la procédure dérogatoire de facturation dissociée selon le type d'établissements

Article 68 : L'objectif de la convergence tarifaire vers les tarifs les plus bas est réaffirmé.

Article 70 : Distinction des montants relatifs aux activités de psychiatrie et aux soins de suite au sein de l'objectif quantifié national (OQN) et de l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM).

L'amendement « plateaux partagés »

Lors de la première lecture du PLFSS 2011, le député Yves Bur, rapporteur, a déposé un amendement sur un régime dérogatoire pour la constitution de plateaux partagés. Il a ensuite, à la demande du Gouvernement, retiré son amendement au motif que celui-ci était un cavalier, c'est-à-dire sans lien direct avec le PLFSS. Néanmoins, le dépôt de l'amendement a montré l'intérêt du rapporteur pour un des éléments centraux de notre projet professionnel.

Régime expérimental pour les plateaux d'imagerie

« Un régime d'autorisation expérimental est mis en place par les agences régionales de santé sur la base du volontariat, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées. »

Lors de l'examen du PLFSS au Sénat, l'amendement a été repris, soumis au vote et adopté. C'est dire qu'il a recueilli des voix tant de la majorité que de l'opposition et donc suscité beaucoup d'intérêt en dépit de l'opposition renouvelée du gouvernement.

Les sénateurs ont exposé que le régime d'autorisation pour les appareils d'imagerie médicale ne répond pas aux objectifs de régulation attendus. C'est d'ailleurs ce qu'avait évoqué le rapport de la Cour des comptes. L'amendement visait donc,

non pas à réformer, mais à créer un dispositif expérimental de plates-formes communes d'imagerie instaurant une régulation « raisonnable », permettant de dépasser les clivages en exploitant mieux les complémentarités, et d'optimiser l'utilisation des installations de manière à répondre aux besoins définis dans les différents plans de santé publique.

C'est dire que les sénateurs ont manifesté leur intérêt pour le projet professionnel commun puisque cet amendement s'en inspire assez directement ce qu'évoquaient clairement les parlementaires considérant que le régime expérimental permettrait de développer des pôles sectoriels d'imagerie médicale (POSIM) afin d'assurer le fonctionnement d'un plateau d'imagerie complet et diversifié, de taille suffisante, mutualisé, tout en assurant la radiologie de proximité.

Madame Bachelot-Narquin, ministre de la santé, lors de ce débat, s'était pourtant opposée à l'amendement, cette-fois-ci, au motif qu'un « nouveau cadre réglementaire des conditions d'implantation applicables à l'imagerie devrait aboutir à court terme, à horizon 2011-2012.

Les professionnels, comme les parlementaires, ignoraient que le ministère préparait un nouveau dispositif d'autorisation. Il est regrettable, que comme trop souvent en France, ce type de démarche se fasse sans la participation des professionnels. Mais la question posée par l'amendement des sénateurs va bien au-delà des conditions, habituellement restrictives en matière d'autorisation, et pose en réalité la question de l'organisation de l'offre en imagerie médicale. En bref, les sénateurs ont saisi l'enjeu porté par le projet professionnel.

La FNMR a demandé à rencontrer les nouvelles équipes qui se sont installés au ministère de la santé afin de leur présenter le projet. ■



Service de la séance

Projet de loi Financement de la Sécurité sociale pour 2011

(1^{ère} lecture)
(n° 84, 88, 90)

N° 335
5 novembre 2010

AMENDEMENT

présenté par

C	
G	

M. LE MENN, Mme JARRAUD-VERGNOLLE, M. DAUDIGNY, Mme LE TEXIER, MM. CAZEAU et DESESSARD, Mmes DEMONTÈS, CAMPION, ALQUIER, PRINTZ et SCHILLINGER, MM. KERDRAON, GODEFROY, JEANNEROT, S. LARCHER et GILLOT, Mmes SAN VICENTE-BAUDRIN et GHALI et M. TEULADE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS ARTICLE 39

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6122-18 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. ... - Un régime d'autorisation expérimental est mis en place par les agences régionales de santé sur la base du volontariat, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées. »

La mission Hubert et la radiologie de proximité

Elisabeth Hubert, ancien ministre de la santé, a remis le 26 novembre dernier le rapport que lui avait demandé le Président de la République sur la médecine de proximité.

Elisabeth Hubert, ancien ministre de la santé, a remis le 26 novembre dernier le rapport que lui avait demandé le Président de la République sur la médecine de proximité. Le Président de la République avait fixé trois objectifs : relancer le dialogue avec les médecins libéraux, permettre un large échange avec les professionnels et apporter des réponses aux évolutions structurelles que connaît la médecine ambulatoire.

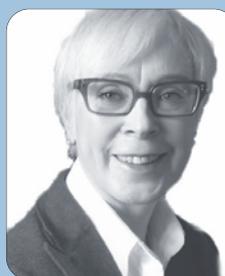
En recevant le rapport, le Président de la République a annoncé sa volonté que des mesures fortes soient prises, dès 2011, dans la suite des priorités définies par la Mission Hubert : simplification des conditions d'exercice, modernisation des systèmes d'information, appui à l'exercice regroupé des professionnels, valorisation de la formation initiale de médecine générale, aide à l'installation dans les zones sous-denses.

Le Président a également souhaité que les ministres compétents engagent très rapidement la concertation avec les principaux acteurs pour mener à bien ces chantiers.

Dès la parution du rapport, la FNMR a réagi et publié un communiqué (voir ci-après). Certains constats établis par le rapport rejoignent ceux de la Fédération. Ainsi, la mission Hubert a bien repéré les inégalités régionales en matière



Elisabeth Hubert



Diplômée de la faculté de médecine de Nantes, Elisabeth Hubert a exercé comme médecin généraliste de 1982 à 1994.

Elle a été membre du comité directeur de l'UNOF.

Parallèlement, elle s'engage dans la vie politique. Elle

devient conseillère municipale, à Nantes, en 1983 puis députée en 1986.

En 1995, elle est nommée ministre de la santé et de l'assurance maladie.

Après son passage au ministère, elle exerce des responsabilités dans l'industrie pharmaceutique.

Elle est aujourd'hui présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) et d'HAD France depuis 2007.

d'imagerie par exemple en matière de délais pour des examens d'IRM. Cependant, il est à regretter que les professionnels de l'imagerie médicale n'aient pas été consultés. Ils auraient pu aussi souligner l'importance de l'imagerie « de première intention » ainsi que le rôle des cabinets de proximité, qui sont si mis à mal avec les mesures tarifaires récurrentes, dans le dépistage du cancer du sein. De plus, certaines solutions, comme la téléradiologie, ne sont envisagées que comme palliatif à la baisse démographique des médecins radiologues, sans prendre en compte leur caractère médical et la nécessité qu'elles répondent aux mêmes règles de qualité et de sécurité.

Si le rapport Hubert ouvre de nombreuses pistes, il souffre, sans doute, d'une orientation trop exclusivement tournée vers la médecine générale. Il appartiendra à la phase de concertation qui va s'ouvrir de développer des solutions en ce qui concerne la médecine de ville spécialisée. ■

Communiqué

Paris, le 30 novembre 2010

Mission Hubert : La FNMR partage certains éléments de constat mais regrette le manque de concertation sur l'imagerie médicale

La Fédération Nationale des Médecins Radiologues prend acte du rapport d'Elisabeth Hubert sur la médecine de proximité. La FNMR partage certains constats, note des pistes intéressantes mais regrette le manque de concertation sur l'imagerie médicale.

Le rapport met en évidence **le cloisonnement des systèmes d'informations ville/hôpital**. Il appelle à « *des financements en faveur du déploiement des systèmes d'informations en santé [qui] doivent être octroyés au secteur ambulatoire à l'instar des plans 2007 et 2012 en faveur du secteur hospitalier* » et souligne que le DMP permettra d'éviter les examens redondants et favorisera les économies pour l'assurance maladie.

La FNMR partage ce constat mais déplore la décision unilatérale de l'UNCAM de supprimer le remboursement de **l'archivage numérique** des examens d'imagerie qui constitue pourtant la base de l'échange d'informations en imagerie médicale et du futur DMP. La charge de ce service ne saurait être supportée intégralement par les cabinets de radiologie.

Le rapport présente **la télémedecine** comme la solution à la radiologie de proximité. Il envisage de faire fonctionner les cabinets de radiologie avec seulement des manipulateurs, « *l'interprétation se faisant alors à distance par le radiologue resté à son cabinet ou en établissement de santé* ». **La FNMR s'étonne** d'un tel raccourci. La téléradiologie peut contribuer à préserver le maillage territorial, dans des zones très déficitaires. Mais la FNMR rappelle que l'acte de téléradiologie reste

un acte médical qui doit offrir les mêmes critères de qualité et de sécurité que les autres.

Le rapport relève les expériences de **partage des compétences**, par exemple en échographie, et souligne certains freins au développement de la délégation de tâches. **La FNMR attire l'attention** sur la responsabilité médicale et juridique qui n'est pas encore réglée comme le note d'ailleurs le rapport, et appelle à une clarification.

La FNMR est partie prenante d'un projet professionnel commun, élaboré par les médecins radiologues hospitaliers et libéraux, qui constitue un ensemble de propositions de restructurations de l'offre d'imagerie médicale. Ce projet novateur se veut une réponse aux défis auxquels l'imagerie médicale doit faire face. Il apporte des réponses tant pour la constitution de plateaux techniques lourds que pour la radiologie de proximité.

C'est une voie d'avenir que **la FNMR souhaite voir explorer par les Pouvoirs Publics**, ce qui s'est traduit par de nombreux contacts établis auprès des différents responsables politiques et institutionnels.

Contact :

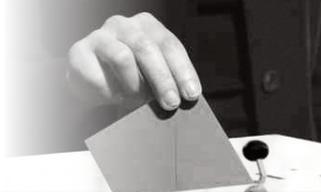
Docteur Jacques NINEY - Président FNMR - Tél : 01.53.59.34.07.

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



Union Régionale PROVENCE ALPES COTE D'AZUR

Suite à l'assemblée générale du syndicat du 25 novembre 2010, la composition du Bureau est la suivante :

Président d'Honneur :	Dr Philippe FOURNOT (Toulon)
Président :	Dr Eric GUILLEMOT (Fréjus)
1 ^{er} Vice-Président :	Dr Jean-Marie GIRALDI (Marseille)
Vice-Présidents :	Dr Gilles ARNAULT (Toulon) Dr Jean CASABIANCA (Marseille) Dr Michel MANTE (Briançon) Dr Gilles POUZOULET (Cavaillon)
Secrétaire général :	Dr Olivier BARBANCON (Grasse)
Secrétaires généraux adjoints :	Dr Eliane DALMAS (Marseille) Dr Marie-Corinne DI MEGLIO (Nice)
Trésorier :	Dr Pierre BENZAKEN (Nice)
Trésorier adjoint :	Dr Yves SAUGET (Marseille)

Union Régionale PROVENCE ALPES COTE D'AZUR

a procédé à la modification de ses administrateurs auprès de la FNMR le 25 novembre 2010 :

Titulaires :	Dr Gilles ARNAULT (Toulon) Dr Olivier BARBANCON (Grasse) Dr Pierre BENZAKEN (Nice) Dr Jean CASABIANCA (Marseille) Dr Eliane DALMAS (Marseille) Dr Eric GUILLEMOT (Fréjus)
Suppléants :	Dr Marie-Corinne DI MEGLIO (Nice) Dr Jean-Marie GIRALDI (Marseille) Dr Michel MANTE (Briançon) Dr Gilles POUZOULET (Cavaillon)

AIN

Suite aux élections du syndicat du 14 décembre 2010, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Yves MINO VERCELLIS (Ambérieu)
Vice Président :	Dr Guillaume LOUIS (Bourg en Bresse)
Secrétaire :	Dr Pascale FOUQUE (Meximieux)
Trésorier :	Dr Philippe VIENNOIS (Oyonnax)

AUDE

Suite aux élections du syndicat du 23 novembre 2010, le syndicat a procédé au renouvellement de son Bureau :

Président :	Dr Jean Philippe MASSON (Carcassonne)
Secrétaire :	Dr Jean Olivier ROUX (Carcassonne)
Trésorier :	Dr Patrick SALES (Lezignan Corbière)

HERAULT

Suite aux élections du syndicat du 7 décembre 2010, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Thierry BLANC (Montpellier)
Secrétaire :	Dr Eric BERET (Béziers)
Trésorier :	Dr Paul BOSSOT (Saint Gély du Fesc)



Les dépenses de l'assurance maladie : Septembre 2010

A fin septembre, les dépenses de l'assurance maladie progressaient à un taux relativement modéré de 3,3% confirmant les évolutions enregistrées depuis trois mois. Les grands agrégats évoluent à des taux très différents. Le total ODMCO étant dans la moyenne des dépenses alors que les soins de ville sont au-dessus, surtout en raison des prescriptions. Les versements aux établissements médico-

sociaux sont très nettement au-dessus de la moyenne (8,2%). Inversement, les versements aux établissements de santé publics sont, eux, très en-dessous (1,9%). Dans l'agrégat des soins de ville, l'évolution des consultations et des visites est négative. Les forfaits scanners continuent à croître à des taux relativement maîtrisés en particulier pour le scanner.

Dépenses de l'assurance maladie - Septembre 2010 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

Prestations	Milliers d'euros	%
Consultations	4 119 757	-0,4
Visites	596 373	-4,1
Actes Techniques (*)	4 287 732	3,5
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	540 466	11,1
Dont scanner	253 256	8,3
Dont IRM	257 665	13,4
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	12 177 855	1,7
Total prescriptions	32 385 454	5,1
Total soins de ville	44 871 575	4,2
Total Objectif de dépenses méd chir obst (ODMCO)	21 834 614	2,6
Total dotations annuelles de financement des MIGAC	4 600 685	2,3
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	36 064 781	1,9%
Total ODMCO et autres versements du secteur privé	5 851 303	3,2
Total versements aux établissements sanitaires privés	7 451 837	3,5
Total versements aux établissements médico-sociaux	10 038 236	8,2
Total statistique mensuelle des dépenses	106 795 337	3,3

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



Hommages

Dr Jacques DREYFUS

Nous venons d'apprendre le décès le 29 novembre 2010 du **Docteur Jacques DREYFUS** à l'âge de 89 ans. Il était médecin radiologue retraité à GRENOBLE (38).

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

Dr Hervé TEYSSOU

Nous venons d'apprendre le décès le 26 août 2010 du **Docteur Hervé TEYSSOU** à l'âge de 63 ans. Il était médecin radiologue à CHATEAUDUN (28).

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

Imagerie en ORL

Frédérique Dubrulle, Nadine Martin Duverneuil, Guy Moulin.
Avec la collaboration d'Arthur Varoquaux.

Éditions ELSEVIER MASSON – 62, rue Camille Desmoulins
– 92442 ISSY LES MOULINEAUX Cedex

Des infections naso-sinusiennes à la pathologie tumorale, en passant par la traumatologie et les malformations, tous les pans de la pathologie ORL sont abordés.

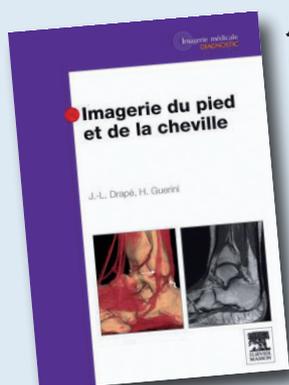
Cette pathologie, souvent délicate à interpréter, est analysée essentiellement par scanner et IRM. Le plan de l'ouvrage est clair, les schémas anatomiques bien légendés et l'iconographie de bonne qualité.

A recommander à ceux qui veulent s'initier comme à ceux qui ont besoin d'un apport dans leur démarche diagnostique.



Docteur Jacques NINEY

Imagerie du pied et de la cheville



Jean-Luc Drapé, Henri Guerini

Éditions ELSEVIER MASSON – 62, rue Camille Desmoulins
– 92442 ISSY LES MOULINEAUX Cedex

Souvent rencontrée en pratique courante la recherche de lésions du pied et de la cheville demande une analyse rigoureuse des documents d'imagerie.

Après un rappel anatomique indispensable, les différentes pathologies osseuses et musculo-tendineuses sont développées en s'appuyant sur toutes les techniques d'imagerie mises à notre disposition. Les exposés et les schémas sont clairs, l'iconographie de très bonne qualité.

Ouvrage à utiliser en pratique courante.

Docteur Jacques NINEY

Echographie et imagerie pelvienne en pratique gynécologique

Y. Ardaens, B. Guerin du Masgenêt, P. Coquel, E. Poncelet, JM Levailant

Éditions ELSEVIER MASSON – 62, rue Camille Desmoulins
– 92442 ISSY LES MOULINEAUX Cedex

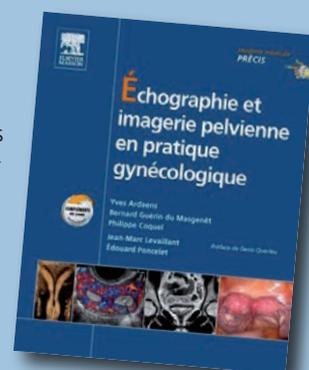
5^{ème} édition d'un ouvrage dont la réputation n'est plus à faire, enrichi des dernières techniques d'imagerie. Les différentes pathologies rencontrées, qu'elles soient fréquentes ou non, sont analysées avec précision.

Les techniques mises à notre disposition sont abordées ainsi qu'un rappel anatomique indispensable s'appuyant sur les images d'échographie, de scanner et d'IRM.

L'iconographie est de bonne qualité.

Valeur ajoutée non négligeable : 2 compléments en ligne (le contenu du livre et plus de 100 vidéos).

Ouvrage indispensable à tous ceux qui s'intéressent à ce type d'examen.



Docteur Jacques NINEY

CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

9776 01 – Banlieue française de Genève, SELARL 5 associés, 2 cabs. Large accès TDM et IRM en GIE ch associé(e).
Contact : Dr LANDEL : 06.03.25.46.63.
Email : jean-francois.landel@wanadoo.fr

9777 13 – SAINT REMY DE PROVENCE, cause départ retraite ch associé(e). Plateau complet et récent. Accès scan et IRM. 4 praticiens tps plein. 4 jours /semaine.
Tel : 06.13.02.38.03.
Email : radiologiechateurenard@wanadoo.fr

9778 14 – Proche littoral, cab privé ch 3ème associé. Plateau tech complet et récent, accès TDM et IRM. Ni garde ni astreinte.
Email : radio14@live.fr

9779 28 – CHARTRES, groupe de 3 radiols ch successeur (2 jours/semaine) cab ville avec radio num, mammo num, écho, doppler, ostéo, avec accès TDM, IRM, mammotome. Ni garde ni astreinte.
Tel : 06.11.68.97.85 ou 02.37.21.64.28.
Email : 3mradio@wanadoo.fr

9780 – Bretagne Sud, SELARL 3 radiols, activité clin TDM, IRM ch associé.
Tel : 06.03.99.15.23.

9781 33 – BORDEAUX Sud, ch 3ème associé. Plateau complet : 2 mammo num dont capteur-plan, écho, conventionnel, ostéo, vacations IRM et vacations scan. Pas de garde.
Tel : 05.56.78.89.29 ou 06.10.07.39.30.
Email : echoradioceastas@wanadoo.fr

9782 41 – Sologne, cab radio, 2 radiols, mammo, écho, scan, IRM et interventionnel ch successeurs.
Tel : 06.81.41.91.96.

9783 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.

9784 59 – DOUAI, cause retraite cède parts SELARL, 5 radiols, cab, clin, scan et IRM en exclusivité.
Tel : 06.09.97.96.96.
Email : bepagniez@wanadoo.fr

9785 62 – Pas de Calais, ch 3ème associé en vue d'un départ en retraite. Plateau

technique récent, accès TDM (G.I.E), IRM. Ni garde ni astreinte.
Tel : 03.21.86.82.64.
Email : radiologie.hesdin@wanadoo.fr

9786 69 – LYON nord est, groupe radiols, 2 cabs, 1 polyclin, 1 scan, accès 3 IRM ch associé. Pas d'apport exigé.
Tel : 06.09.49.53.77.
Email : klinglerlau@aol.com

9787 73 – CHAMBERY, SELARL (5 associés) ch nouvel associé. TDM, IRM, clin et cabs de ville.
Email : jmb.clinchalles@yahoo.fr ou eric.teil@dimsavoie.fr

9788 – THONON LES BAINS et GAILLARD, groupe radio ch successeur. Activité clinique, IRM, scan. Secteur II souhaitable. Orientation ostéoarticulaire.
Contacts : Drs TOURNUT-CHAKRA ou CRAIGHERO : 04.50.81.80.80 ou Drs LAHAROTTE ou FINCK : 04.50.87.28.09

9789 76 – NORMANDIE, ch très rapidement un(e) 4ème associé(e) ou collaborateur (trice). SELARL avec 2 cabs de ville. Activité polyvalente avec plateau technique complet récent, scans et accès IRM.
Tel : 06.85.66.72.89.

9790 81 – ALBI, groupe 8 radiols ch associé (création SEL mars 2011). Clinique avec TDM et cabs. Large accès IRM dans GIE. Secteur I. Activité polyvalente forte orientation ostéo, uro et sénologique.
Tel : 06.13.44.73.26.
Email : radio.toulouselautre@wanadoo.fr

9791 83 – TOULON, groupe de 19 radiols, plusieurs cabs, large accès scan et IRM dans plusieurs clin, mammotome ch associé, remplacement préalable.
Tel : 06.15.20.34.62 ou 06.64.62.29.96.

9792 84 – CAVAILLON, cause départ retraite ch 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

9793 86 – Cab privé ch associé, accès TDM et IRM, matériel récent. Activité importante sans garde ou astreinte.
Tel : 06.07.65.84.51.

9794 89 – SEL Imagerie médicale en clin, scan, IRM ch jeune associé(e).
Tel : 03.86.65.80.67.
Email : sims89@orange.fr

9795 59 – Multisites dont scan, ch plusieurs associés en vue de l'ouverture d'une IRM. Pas de garde.
Tel : 06.13.23.84.69.

9796 90 – BELFORT, cause départ retraite ch associé(e). Cab neuf, centre ville, parts et activités scanner et 2 IRM. Temps partiel, ni garde ni astreinte.
Tel : 03.84.28.03.43.
Email : alain.hasenpouth@wanadoo.fr

REEMPLACEMENT

Demande

9797 – Sud-Ouest, radiol expérimenté ch remplacements ± développement séno (± ostéo) / diagnostique et interventionnel. Départements 33, 40 et 64.
Email : patounice@gmail.com

DIVERS

9798 – Reprise de crédit suite à non utilisation du matériel neuf : Impression papier : système d'impression DICOMPRINT avec imprimante XEROX Haute Définition 7760 GX.
Email : jmnolleau@wanadoo.fr

9799 – URGENT, ch générateur d'occasion triphasé deux directions. Environ 50 KW. De préférence GE ou assimilé.
Tel : 03.86.51.03.11.

Le Médecin Radiologue

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

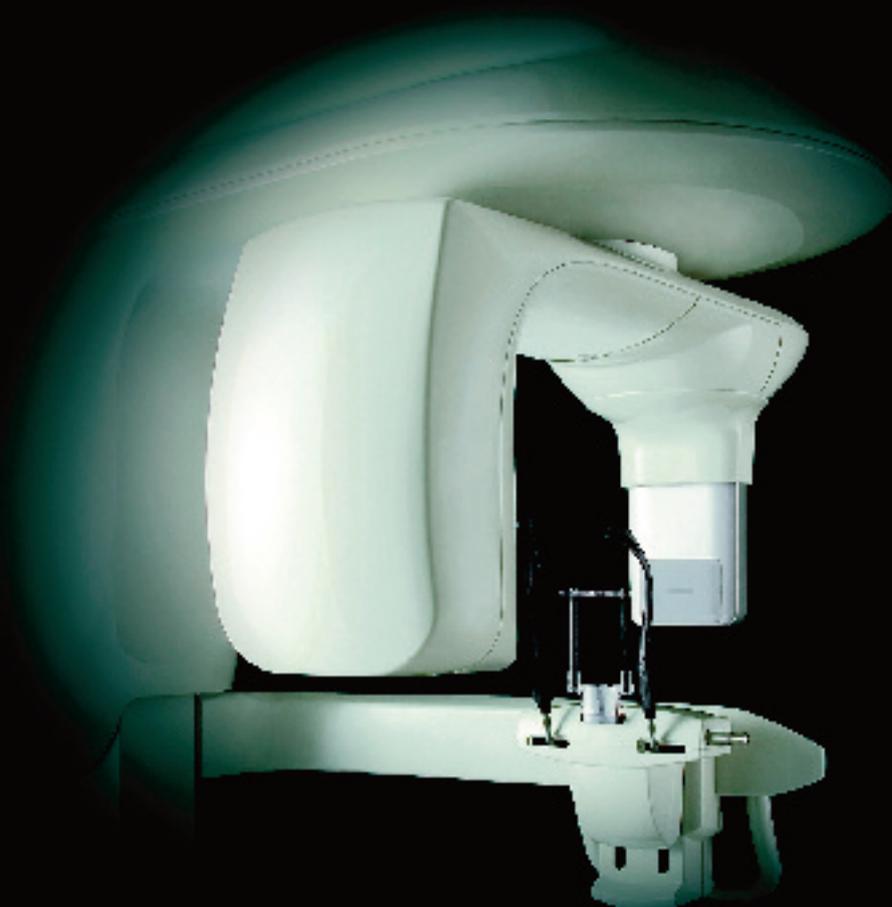
Président : Dr Jacques NINEY
Responsable de la Régie Publicitaire : Dr Saranda HABER
Conception maquette : Sylvie FONTLUPT
Maquettiste : Marc LE BIHAN
Photos : Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

137 avenue de Conthe • B. P. 90449 • 15004 Aurillac cedex

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

Et si vous développiez votre activité en imagerie dentaire ?



Carestream a créé une équipe spécialisée capable
de vous proposer des solutions techniques et
financières pour développer votre activité dentaire.

Découvrez le système d'imagerie extra-orale 3-en-1
Kodak 9000 CBCT - Panoramique - Céphalométrie.