

La lettre de la FNMR

fnmr.org

Les incertitudes



Depuis quelques années, les prévisions à court terme comme à moyen terme sont entachées d'incertitudes : incertitudes dans notre modèle économique et social comme incertitudes dans la confiance à donner à nos interlocuteurs. Il en résulte également une autre incertitude portant sur la volonté, supposée partagée, de vouloir contractualiser au sens d'engagement...

De plus, cette incertitude se majore devant les périmètres et objectifs des discussions qui sont flous. Soumis aux pressions politiques et économiques, nos interlocuteurs ont des discours ambigus se traduisant pour certains par une volonté de construire un partenariat avec la profession et pour d'autres une volonté affichée de continuer à faire des économies ciblées sur l'imagerie. L'incertitude porte sur la fiabilité de ces interlocuteurs...

Malgré ces difficultés nombreuses et importantes, la FNMR continue à jouer son rôle d'interlocuteur reconnu par les institutionnels.

Promouvoir, défendre, préserver nos modes d'exercice s'inscrivent dans des réflexions à moyen et long terme. Ces réflexions s'opposent aux exigences comptables à court terme qui ne sont là que pour répondre symboliquement à des affichages politiques, sinon politiques. On sait que l'Etat ne se remet que rarement en cause malgré ses erreurs.

Que sont les mesures d'économies imposées à la branche maladie dans le Plan Fillon II par rapport aux sommes dépensées en toute impunité pour la grippe A ?

D'une façon plus large, la médecine libérale a largement prouvé son efficacité médicale et financière, son efficacité. Or, on assiste à un hospitalo-centrisme larvé, en particulier au travers des décisions des ARS, la

médecine libérale étant considérée comme un ajustement des déficiences hospitalières publiques. Les faux prétextes de l'accès aux soins, de la démographie et de la permanence des soins sont affichés avec un grand concours médiatique afin de prouver qu'une plus grande étatisation du système de santé est nécessaire au prix d'une accumulation de contre-vérités.

Toutefois, ces constatations, récurrentes, ne sont cependant pas stérilisantes dans une démarche syndicale, au contraire. Lorsque l'on connaît les problèmes, on est plus apte à trouver des solutions. Nous, médecins libéraux, et radiologues en particulier, avons un avantage : nous sommes au contact des patients, leur parlons, les écoutons et savons ce qu'il faut faire afin d'améliorer leur prise en charge.

Dr Jacques NINEY
Président de la FNMR

■ CA FNMR 17 septembre 2011	03
■ FNMR aux JFR 2011	10
■ PLFSS 2012	16
■ Hommages	18
■ Statistiques	22
■ Vie fédérale : Elections Bureaux	23
■ Petites annonces	24

■ Annonceurs :	
CMPS	02
FORCOMED	19 à 21
FUJIFILM	05
PMFR	23
UNIPREVOYANCE	09

Supplément archivage : p. 15

Profession : diagnostiquer



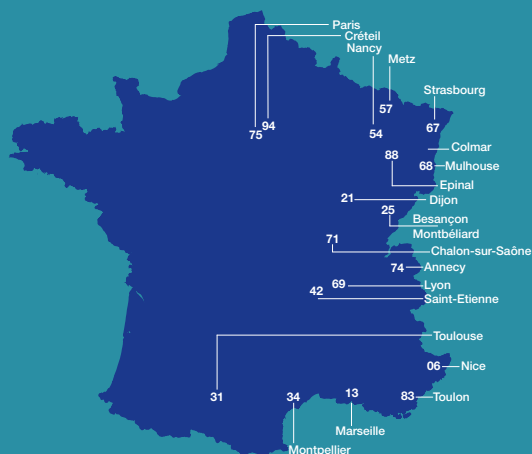
Prêt ou crédit-bail

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.cmps.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.



Plan pluriannuel, la caisse doit respecter ses engagements

Le conseil d'administration de la FNMR, réuni le 17 septembre 2011, commençait par le rituel de l'appel des administrateurs. A cette occasion, Jacques Niney, rappelait l'importance des conseils d'administration qui définissent la politique de la FNMR mais qui sont aussi un lieu d'échanges entre les adhérents et la direction de la Fédération. Les administrateurs en sont les pivots.

Il annonçait aussi le déménagement prochain de la Fédération afin que celle-ci puisse fonctionner dans des conditions normales de travail. Le changement de siège social étant soumis à l'approbation du conseil d'administration, celui-ci l'approuvait par un vote unanime. Le déménagement a effectivement eu lieu depuis, la Fédération étant installée, désormais, au 168 A rue de Grenelle dans le 7^{ème} arrondissement.

Le plan pluriannuel



Dr Jacques Niney

Jacques Niney rappelait que les caisses d'assurance maladie ont appliqué les baisses prévues mais pas encore les mesures positives. Il informait le conseil des différentes démarches entreprises par la Fédération, et par lui-même, pour rappeler aux tutelles y compris au conseiller technique du Premier Ministre, les engagements pris par l'assurance maladie.

La Fédération a, ainsi, fait savoir que son attitude à l'égard de la caisse dépendrait du respect des engagements signés.

Il faut reconnaître que si la caisse n'a pas toujours fait diligence, pour le moins, l'intervention de l'ASIP ¹, qui a demandé une modification du cahier des charges pour le supplément d'archivage, a aussi contribué à allonger la procédure de plusieurs mois. Une nouvelle commission de hiérarchisation des actes (CHAP), au mois de septembre, a acté ces modifications et relancé le processus qui doit conduire à la publication au Journal Officiel de ce supplément ².

La création d'un acte de cancérologie en scanner a également pris du retard. Cette étape a depuis été franchie ³.

Enfin, la question du taux d'association échomammographie semblait bloquée alors même que les

Observatoire de la CCAM

Les données fournies par la CCAM, en juin dernier, indiquent :

- Une baisse d'environ 5% de la radiologie conventionnelle.
- Une hausse modérée de l'échographie.
- Une activité scanner stagnante en masse remboursable.
- Une croissance de l'IRM de 14% expliquée par la substitution et l'augmentation, bien qu'insuffisante, du nombre d'appareils.

experts de la SFR ⁴ avait rendu leur avis car la caisse, sur la base d'une enquête totalement biaisée ⁵, contestait le taux cible proposé par la SFR.

Une des préoccupations de la caisse, actuellement, concerne les IRM dont elle ne maîtrise pas les implantations. La convention médicale confie bien aux partenaires la mission «de renforcer l'accès aux soins des appareils en matière d'IRM » avec une «augmentation soutenable du parc des appareils et de prendre en compte l'évolution des technologies et des coûts associés ». Dans cet objectif, la convention prévoit qu'un nouvel avenant devra arrêter une nouvelle classification et les tarifs associés.

Ce qui est en jeu, c'est l'installation d'IRM à visée ostéoarticulaire, adossée à une structure ayant une autorisation initiale, qui permettrait d'améliorer la prise en charge des patients en réduisant les délais de rendez-vous sur les IRM polyvalentes, « déchargées » des examens d'ostéoarticulaire.

Mais la caisse qui semble vouloir résoudre la quadrature du cercle en augmentant éventuellement le nombre de machines et en réduisant les dépenses remboursables ne semble oublier qu'une seule chose : l'intérêt médical du patient.

¹ Agence des systèmes d'information partagés de santé

² Le supplément d'archivage a été publié au J.O. le 10 décembre dernier

³ Les libellés de cet acte devraient être présentés à la CHAP du mois de décembre.

⁴ Société Française de Radiologie

⁵ Avec un échantillon de 6 radiologues dont 1 fait 30 mammographies par an, la caisse contestait le taux d'association recommandé par la SFR.

En réponse à une question, Jacques Niney précisait que l'équilibre économique des machines ostéoarticulaires était bien l'objet des discussions avec la caisse, ce qui justifie le questionnaire de la FNMR sur les charges des IRM. Le président rappelait l'action de la Fédération pour faire modifier la circulaire DGOS-CNAM qui prévoyait de remplacer les IRM polyvalentes par des IRM ostéoarticulaires ce qui aurait abouti à une diminution globale du parc dans les cinq ans.

Une autre question portait sur une éventuelle déclassification. La classe 3 ne doit pas être transformée en classe 2. Les ostéoarticulaires pourraient être des classes « 2bis », le prix de ces machines s'expliquant par une « limitation » du soft intégré, l'aimant restant identique.

Pour ce qui est de la Fédération, la seule question est de savoir si ce type de machine peut être autorisé dans des conditions d'exploitation médicale et économique normales.

Plusieurs intervenants interrogeaient le président pour savoir si les actes d'IRM pourraient être dévalorisés. En réponse, le président indiquait qu'une proposition avait été faite de lier la valeur de l'acte à la machine. Cette idée, qui conduit à dévaloriser les actes effectués sur une IRM polyvalente, est évidemment catégoriquement refusée par la FNMR. La CNAM ne semble pas, non plus, sur cette logique.



Un administrateur fait observer qu'une ARS maintient le principe de la substitution d'ostéoarticulaires aux polyvalentes. C'est contraire aux nouvelles instructions de la DGOS/CNAM qui se limitent à un recensement du parc et ne peut être accepté.

Un radiologue rappelle que nombre de médecins ne disposent pas encore d'accès à l'IRM ou dans des conditions très limitées. Pour lui, les IRM à visée ostéoarticulaire

permettraient de libérer un peu cette contrainte. Il souligne la nécessité de ne pas relâcher la pression, quelle que soit l'orientation qui sera retenue, afin d'élargir le parc d'IRM.

Le président l'approuve mais observe que la revendication sur le nombre d'IRM n'est pas liée aux ostéoarticulaires qui devraient être accolée à une IRM existante. La FNMR se réserve par ailleurs le droit de ne pas donner suite aux dossiers des IRM ostéoarticulaires si les tutelles imposaient des conditions irréalistes. Cette position est approuvée par le conseil d'administration.

Hierarchisation des actes d'IRM

Les discussions sur la hiérarchisation des actes d'IRM ont été engagées, et devraient être finalisées en 2012 pour application en 2013, sous réserve d'un nouveau plan pluriannuel 2013-2015.

Plusieurs réunions ont été organisées pour présenter la méthodologie. La dernière, à la SFR, a eu lieu avec les sociétés d'organes.

La hiérarchisation doit permettre d'honorer les actes conformément à leur valeur, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Elle ne peut se construire indépendamment des forfaits techniques, faute de quoi, le risque serait grand que les tutelles ne tentent de faire évoluer les actes et les forfaits techniques à la baisse.

Le Plan Fillon

Initialement, sur le montant de 11 milliards d'économies réclamées, 8 milliards devaient retourner à la sécurité sociale, l'impact de son déficit étant ainsi amoindri. Depuis la semaine dernière, les 8 milliards sont devenus 5.

Un des problèmes du Plan Fillon réside dans la taxation des contrats responsables des mutuelles. Pour l'UNOCAM⁶, c'est la santé des Français qui est en jeu car les mutuelles sont obligées de répercuter l'augmentation de 3,5% à 7% des contrats responsables et de 7% à 10% pour les autres.

Une autre question est celle du secteur optionnel qui octroyait l'autorisation d'augmenter de 50 % certains actes à la condition que les praticiens⁷ s'engagent à faire au minimum 30 % en secteur opposable. C'est un coût élevé pour l'UNOCAM qui revient sur l'accord qu'elle avait donné. Le gouvernement envisage de légiférer sur ce point.

Pour Jacques Niney, la vraie question est l'ouverture de ce nouveau secteur à tous les médecins dont les radiologues.

Les POSIM

Avec les pôles sectoriels d'imagerie médicale (POSIM), la FNMR a proposé un instrument adapté aux défis que

⁶ Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire
⁷ Chirurgiens, anesthésistes et chirurgiens-obstétriciens.

l'imagerie publique et privée devront relever ces prochaines années.

Un amendement à la loi Fourcade, dont l'objet était de corriger les « excès » de la loi HPST vient jeter le trouble sur le développement des POSIM. En effet, la mise en commun des moyens humains et matériels en imagerie, dans un territoire donné, pourrait éventuellement être obligatoirement soumise aux règles juridiques d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens, c'est-à-dire publiques.

En imposant les règles, trop rigides, du public, le POSIM pourrait aussi devenir un simple instrument pour gérer la permanence des soins par les ARS. Si bien sûr, la PDS fait partie du cadre général, elle n'est pas la base pour construire un POSIM.

La FNMR interroge la DGOS pour préciser ces questions de droit.

Sur la PDS, le président rappelle qu'un médecin radiologue ne peut être obligé d'effectuer deux PDS. La question de la rémunération pour les radiologues reste toujours posée. Elle dépend désormais des ARS. Dans les ex-UPATOU, des missions de service public ont été signées. Les radiologues qui s'inscrivent dans ces missions doivent demander la mutualisation de ces missions. C'est la condition pour obtenir une rémunération.

⁸ Depuis, la composition de l'organisme gestionnaire est devenue paritaire dans le projet récemment validé par le Conseil d'Etat et en attente de signature au Ministère.

Le DPC

Jean-Luc Dehaene expose l'état du dossier DPC dont une nouvelle version des décrets d'application a été présentée aux partenaires au mois d'août. Dans cette nouvelle mouture, l'organisme gestionnaire du DPC, c'est-à-dire la structure qui va contrôler l'organisation, les orientations et les fonds, est sous le contrôle exclusif de l'Etat et de l'assurance maladie.



Dr Jean-Luc Dehaene

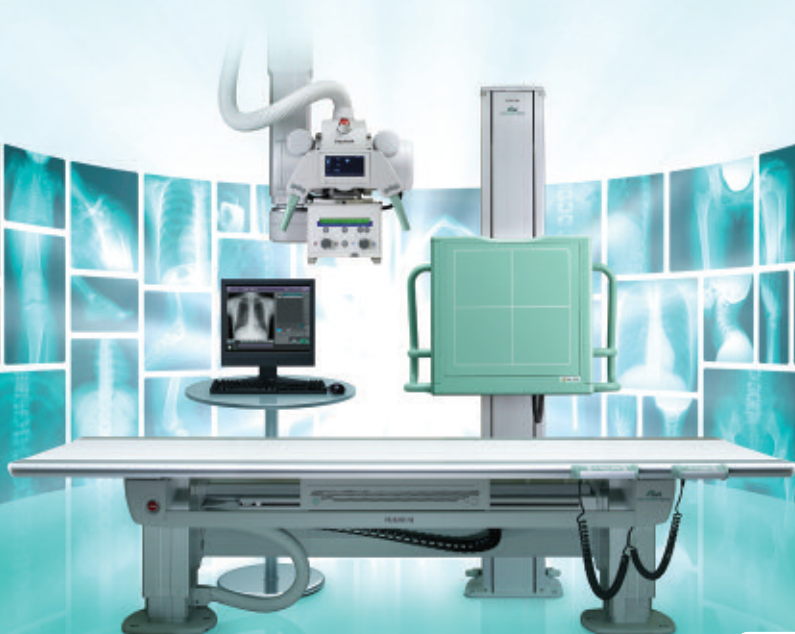
L'organisme gestionnaire est géré par un conseil de gestion, qui comporte cinq représentants de l'Etat et cinq de l'assurance maladie⁸. Il n'y a donc aucun représentant des professionnels de santé dans ce conseil de gestion. Les professionnels de santé sont, en revanche, présents dans le comité paritaire et le conseil de surveillance.

La représentation professionnelle est donc très hétérogène et ne « pèse » pas face aux représentants de l'Etat et de l'assurance maladie.

Ce projet de décret n'est pas acceptable et n'a d'ailleurs pas été accepté. Il n'est pas possible, à ce stade, de prévoir une date de parution des décrets.

FDR

AcSelerate



LE MEILLEUR DE L'IMAGERIE NUMÉRIQUE

- Salle numérique bi-capteurs 43 x 43 cm
- Technologie unique CsI à matrice inversée
- Résolution de 150 µm
- DQE et MTF à 60 %
- Nouveaux traitements d'images pour une netteté optimisée
- Prévisualisation de l'image en 1 seconde
- Positionnement automatique
- Console d'acquisition compatible FCR et capteur plan mobile FDR D-EVO
- Tomosynthèse
- Double énergie

FUJIFILM

FUJIFILM MEDICAL SYSTEMS FRANCE

Immeuble Objectif II - 2, rue Louis Armand - 92600 Asnières

Tél. : 01 47 45 55 45 - Fax : 01 47 31 62 00 - fujifilmmedical.fr



L'organisation actuelle de la FMC-EPP est prolongée jusqu'en 2012 et il ne serait pas étonnant qu'elle soit encore d'actualité en 2013.

Dépistage



Dr Saranda Haber

Saranda Haber indique qu'une étude, intitulée « comment améliorer la participation au dépistage organisé ? », est en cours sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS), sur saisine du ministère et de la caisse. Une des recommandations de la HAS est le déremboursement du dépistage individuel dans la tranche d'âge.

Saranda Haber profite de ce sujet pour appeler tous les radiologues à renseigner la base de données « SENOLOG » qui permet à la profession de disposer de données opposables aux tutelles. Elle rappelle aussi que les ARS ont pour objectif d'augmenter la participation au dépistage organisé car la prévention fait partie de leurs attributions.

Elle incite les radiologues participant aux comités de cancérologie régionaux à faire connaître les données régionales de SENOLOG aux ARS.

Mammographie numérique

Saranda Haber informe le conseil qu'il n'y a plus aucune instance de coordination, de pilotage ou de concertation pour le dépistage des cancers. Tous les interlocuteurs ont changé, le DGS, le directeur de l'AFSSAPS, etc. Un nouveau comité de pilotage pourrait voir le jour, en 2011, mais rien n'est encore décidé.

Un autre sujet de préoccupation concerne l'application du protocole de contrôle de qualité de la mammographie numérique.

À partir de la mise en place du nouveau protocole (janvier 2011), des problèmes de non-conformité, a priori non prévisibles, notamment sur les couples mammo-plaque CR, sont apparus concernant, essentiellement, un constructeur de plaques à poudre.

Ces difficultés posent, notamment, le problème de l'accessibilité des femmes à la mammographie et au dépistage.

A la suite d'une réunion pendant l'été entre la DGS et l'AFSSAPS, l'AFSSAPS a pris la décision de suspendre pendant une période transitoire deux des tests du contrôle du seuil-visibility contraste tels que prévus par le protocole en cours. Le président de l'AFSSAPS a adressé une lettre à Jacques

Niney, président de la FNMR, pour l'informer de cette décision.

Cette lettre, publiée sur notre site et sur celui de l'AFSSAPS, a été adressée par cette dernière à la fois aux structures de gestion et aux structures agréées qui effectuent le contrôle de qualité pour application.

La modification consiste, en somme, à garder la dose du protocole 2011 (abaissée par rapport au précédent) mais de revenir au score fantôme tel qu'indiqué dans le protocole 2006.

Avec ce type de contrôle, la quasi-totalité des installations est conforme pendant cette période transitoire.

Cette mesure avait été décidée en attendant que deux problèmes soient vérifiés et réglés : celui de la stabilité des phantômes et celui de la stabilité du logiciel de lecture (logiciel européen).

Notre interlocuteur habituel à l'AFSSAPS, interrogé téléphoniquement par Saranda Haber, le 15 septembre indique que le problème des phantômes est résolu et que la version 2 du logiciel de lecture automatique est revenu validé par l'EUREF.

L'AFSSAPS se réserve le temps de pratiquer en interne à des contrôles par ses experts : à partir du 1er octobre, les contrôles devraient être faits à nouveau selon le protocole paru au JO en 2010 (application janvier 2011).

Nous attendons donc la décision de l'AFSSAPS car nous savons que les modifications portées au protocole dégradent la qualité-image (à un niveau inférieur à celle de 2006), donc diminuent la possible détection de cancers ce qui, pour des professionnels responsables nous est inacceptable.

Personnels des cabinets libéraux



Dr Laurent Verzaux

Laurent Verzaux représente les médecins libéraux, au titre de la CSMF, dans diverses instances, où siègent la CGT, Force Ouvrière, la CFDT, la CFTC et la CFE-CGE, gérant la convention collective des cabinets libéraux : la Commission Nationale d'Interprétation de la convention collective (CNI), qui est saisie

régulièrement, notamment sur les jours fériés, la commission mixte paritaire, qui gère la convention, et la CPNE, qui est la commission nationale pour l'emploi.

Une nouvelle commission vient d'être créée, la commission de validation des accords d'entreprise. Dans un certain nombre d'entreprises, il n'y a pas de délégués syndicaux. Les

accords d'entreprise signés doivent être validés par cette commission pour contrôler qu'ils ne dérogent pas au droit du travail.

Par ailleurs, de longue date, les syndicats et l'UNAPL, avaient la volonté de créer une aide au paritarisme. Elle nécessite la création d'une cotisation supplémentaire, dont l'assiette est la masse salariale de l'ensemble des personnels des cabinets médicaux. L'accord s'est fait sur un prélèvement de 0,02%, après avoir refusé 0,05%, ce qui représente, en année pleine, environ 340 000 € de cotisations. 40 % iront au fonctionnement de la commission et 60 % aux syndicats, avec la moitié pour les syndicats représentatifs signataires de la convention, CSMF, SML et FMF, et l'autre moitié aux syndicats des personnels.

Les cabinets seront donc amenés à régler cette taxe supplémentaire sur la masse salariale pour financer les déplacements des délégués syndicaux pour leur participation aux réunions,... Ces fonds seront collectés par l'OPCA-PL.

Laurent Verzaux revient sur la question de la formation des manipulateurs qui, selon l'article 51 de la loi HPST, peuvent accéder à l'échographie, sous réserve d'une formation spécifique. Ce dossier est soumis à la HAS sur le modèle de la coopération du CHU de Metz-Nancy. Le DIU d'échographie pourra être ouvert aux seuls manipulateurs ayant signé un

accord de coopération. L'OPCA-PL pourra prendre en charge cette formation. Une proposition de modification de la grille salariale a été faite aux syndicats pour les manipulateurs ayant satisfaits aux conditions. Une nouvelle ligne sera introduite dans la grille

salariale, qui sera le coefficient 6Ce. Il sera situé à 12 points de plus que le coefficient actuel, c'est-à-dire qu'il passera à 247. Cela a un impact sur la grille, car, actuellement, le coefficient 245 est celui de responsable de service, qui passera à 255. Cette proposition n'a, pour l'heure, pas été validée par les syndicats de la branche.

ASV

Avec la convention, les partenaires conventionnels s'engageaient à apporter une solution à l'ASV (Allocations supplémentaires de vieillesse).

Représentant 40% de la retraite des médecins, l'ASV était en "pré-cessation" de paiement et vouée à la faillite d'ici 2014. La résolution de ce problème a été repoussée d'année en année par les pouvoirs publics et la caisse.

Depuis, le décret n°2011-1644 du 25 novembre 2011 (Journal

Officiel du 26 novembre 2011) réforme l'ASV à compter du 1^{er} janvier 2011. (Voir encadré).

La réforme de l'ASV

La cotisation forfaitaire est augmentée mais reste prise en charge, pour les deux-tiers, par l'assurance maladie pour les médecins de secteur 1. Elle passera de 1380€ en secteur 1 (4140€ en secteur 2) à 2437€ (7310€ secteur 2) en 2016.

Une cotisation d'ajustement proportionnelle aux revenus est créée, ouvrant droit à des points supplémentaires. Elle sera de 0,25% en 2012 pour atteindre progressivement 2,8% en 2017.

Le nombre de points supplémentaires est limité à 9. La valeur des points passera progressivement de 15,55 euros au 1^{er} trimestre 2012 à 14 euros en 2015. (Pour les points liquidés après le 1^{er} janvier 2011 13 euros en 2012).

Pour les pensions de réversion, la valeur du point est maintenue à 15,55 euros pour les 300 premiers points.

L'enquête FNMR

Wilfrid Vincent présente les principaux résultats de l'enquête FNMR sur les médecins radiologues libéraux⁹.

Un premier point concerne la satisfaction à l'exercice du métier de radiologue. L'appréciation est positive mais tempérée par les conditions de travail, souvent jugées dégradées, et par les relations avec certains partenaires dont les caisses.



Wilfrid Vincent

Le deuxième point est la revendication d'un certain nombre de petits cabinets d'une meilleure prise en compte de leurs structures par la Fédération. Mais un autre groupe de réponses, émanant de plus grands cabinets considérait que trop est fait pour les « petits ».

Un troisième point était une revendication très largement partagée d'une ouverture de l'imagerie en coupe.

Le dernier point, très frappant, est exprimé par le biais des questions ouvertes et révèle une véritable crise de confiance vis-à-vis du paysage institutionnel de la santé. À l'exception des syndicats médicaux, les autres acteurs font l'objet d'une véritable défiance. Cela concerne les politiques, les ARS, ... Il faut rappeler que le questionnaire arrivait après quelques mois de mise en oeuvre des mesures d'économies particulièrement sévères, qui ont affecté l'ensemble des radiologues.

“ Une revendication très largement partagée d'une ouverture de l'imagerie en coupe. ”

⁹ Pour une présentation complète de l'enquête, voir le n° 341 de novembre 2011 de la Lettre du Médecin Radiologue.

Les cotisations de la FNMR

La remontée de cotisations pour 2011 est similaire à celle de 2010. Les régions qui sont en retard sont les mêmes que l'an passé et le président les invite à faire remonter le maximum de cotisations faute de quoi, leur nombre d'administrateurs, statutairement fonction du nombre de cotisations, diminuera. Il souligne que d'autres régions vont voir leur nombre d'administrateurs augmenter en raison de la hausse de cotisations qu'elles ont enregistrée.

Téléradiologie



Dr Jean-Philippe Masson

Le dossier de la téléradiologie, présenté par Jean-Philippe Masson, a évolué avec la publication des décrets d'application en octobre 2010. Quatre groupes de travail ont été mis en place pour que ces décrets entrent dans la réalité : guide de déploiement pour les ARS, évaluation médico-économique et tarification, pratiques médicales,

fonctionnement technique. Les travaux de ces groupes ne sont pas encore achevés. Parallèlement, la HAS a installé un groupe en charge de l'évaluation de l'impact médico-éco-économique sur la télémédecine. Il y a un risque de télescopage avec le travail du ministère.

Le Secrétaire général invite les radiologues à s'investir dans ces groupes.

La plupart des expériences de téléradiologie en région, essentiellement entre des sociétés commerciales et des hôpitaux, ont été arrêtées car tout contrat doit faire l'objet d'une convention cosignée par la direction de l'ARS. Si le financement des expériences est assuré, rien n'est prévu pour la suite.

Un administrateur fait part de l'expérience alsacienne où un comité de pilotage envisage la mise en place d'un réseau de partage d'images. Le réseau pourrait offrir, en option, une fonction PACS et une fonction RIS pour ceux qui n'en ont pas. Le tarif serait de 1 euro par examen, avec un an de garde, et 1% supplémentaire par an pour des périodes plus longues. Ce réseau fonctionnerait pour la téléradiologie et la téléexpertise mais aussi pour la PDS avec un radiologue par territoire de santé et un pool de trois ou quatre radiologues sur la région. La démographie régionale « favorise » ce type d'approche.

Jean-Philippe Masson souligne que ce projet régional s'inscrit dans une démarche de « France sans film » qui suppose l'équipement des hôpitaux en PACS financés aux dépens des médecins libéraux, sous la forme d'un PACS national centralisé. Il faut ajouter que les radiologues étaient prêts, avec l'association pour le dossier personnel d'imagerie médicale (ADPIM), à développer un DMP basé, dans un premier temps, sur la sénologie. L'ASIP ne l'a pas accepté préférant un DMP



radiologie « généraliste » avec un compte-rendu prédominant sur l'image.

Une première expérience connectée au DMP montre que 30% des DMP sont créés facilement, avec un identifiant national unique. 30% des patients ne veulent pas de DMP dont ils ne savent pas ce qu'il est. Un dernier tiers n'a pas d'identifiant unique. La participation des radiologues à de telles expériences est intéressante, notamment parce qu'elles permettent, dans cette période expérimentale, de financer l'équipement.

Formation

Jean-Philippe Masson annonce des formations nouvelles pour FORCOMED avec un séminaire réservé aux secrétaires ayant pour objectif de les former à la gestion des salles d'attente, aux relations avec les patients et un rappel sur les flux, la CCAM, etc. Une formation de personnel référent, qui peut être un manipulateur ou une secrétaire, va être mise en place. Des modules d'e-learning d'une heure seront créés.

Une formation aux gestes d'urgence devrait bientôt voir le jour. L'AGFSU est la formation officielle sanctionnée par un examen. Elle dure 21 heures et n'est pas obligatoire, sauf pour les médecins et les manipulateurs qui sortent de leur formation initiale depuis 2008. Pour les autres, une formation est conseillée. C'est d'ailleurs une obligation dans le cadre de la labellisation. La formation FORCOMED devrait avoir lieu sur une journée, avec un mannequin, pour savoir intuber et connaître les alternatives à l'intubation, faire un massage cardiaque,.... Son coût devrait être inférieur à 500 euros.

La formation renouvellement à la PCR est en cours de remodelage et devrait être opérationnelle début 2012.

Un intervenant signale le cas de cabinets qui ferment et qui souhaiteraient être accompagnés. Le président indique que la Fédération et FORCOMED ont étudié le sujet. Mais un tel accompagnement, portant sur les questions juridiques, fiscales, sociales, serait lourd et complexe et, sans doute coûteux, ce qui serait paradoxal pour des cabinets qui « mettent la clé sous la porte ». L'an passé, une session a été envisagée mais le nombre de cabinets intéressés n'a pas permis de poursuivre. De même, l'élaboration d'un dossier type ne semble pas possible en raison de la spécificité de chaque cabinet et de chaque radiologue. ■

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 protection paritaire, l'engagement solidaire

10, rue Massue - 94307 Vincennes Cedex - Téléphone 01•58•64•41•00 - Fax 01•58•64•42•30 - www.uniprevoyance.fr
Institution de Prévoyance paritaire régie par le Code de la Sécurité Sociale



Une réunion sous l'égide du premier plan de rigueur

La traditionnelle réunion d'information de la FNMR aux JFR, qui s'est tenue le 24 octobre, a été marquée par la convention médicale, entrée en application pour cinq ans, et la mise en œuvre du plan pluriannuel. Bien évidemment, Jacques Niney faisait aussi le point sur tous les sujets intéressants l'actualité de l'imagerie médicale, reprenant les questions abordées lors du conseil d'administration de septembre.

Le plan pluriannuel

Le plan pluriannuel pour l'imagerie avait pour objectif de mettre fin aux prélèvements systématiques sur la radiologie qui représentaient, chaque année, entre 120 et 140 millions d'euros. Il voulait également compenser certaines diminutions d'actes par l'adoption de mesures positives.

Sa négociation a permis de réduire la ponction qui aurait été faite sur l'imagerie. Pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012, l'Etat demandait de nouvelles diminutions d'actes pour un montant de 170 millions, répartis entre la radiologie et la biologie. La radiologie a été protégée par le plan pluriannuel.

La mise en œuvre ne va pas, cependant, sans problème. Il comprenait des mesures de baisse qui ont été appliqués dès le début de l'année 2011. En revanche, aucune des trois mesures positives n'a été publiée à ce jour¹. Il s'agit du supplément d'archivage pour le scanner et l'IRM, de la création d'un acte « triple » pour la cancérologie en scanner, et de la prise en compte à 100 % des associations d'échographies mammaires et des mammographies de dépistage pour les radiologues ne pratiquant pas plus de 40 % d'association.

La création d'un supplément d'archivage pour le scanner et l'IRM, à hauteur de 1,5 euro, est finalisée mais avec un retard de plus de neuf mois. La décision est soumise au délai légal de quarante-cinq jours dont dispose le ministère pour, éventuellement s'opposer à une mesure nouvelle.

La création d'un acte intellectuel de scanner comprenant trois actes (mais toujours deux forfaits techniques) en cancérologie a passé le stade de la hiérarchisation et des experts. Il appartient maintenant à la Haute Autorité de Santé (HAS) d'émettre un avis. Le processus devrait, normalement, aboutir à une publication au Journal Officiel vers le mois de mars 2012, là aussi, encore neuf mois de retard.

Les associations d'échographies mammaires avec une mammographie de dépistage seraient valorisées à 100% pour les radiologues ne dépassant pas un taux

d'association de 40%. Conformément au plan pluriannuel, la caisse a saisi un groupe d'expert pour qu'ils définissent le taux cible. Mais dans le même temps, elle a procédé à une étude parallèle à partir d'un « échantillon » biaisé ne comportant que six radiologues dont l'un ne réalise que 30 mammographies par an.

Le résultat a été un taux cible de 39% pour les experts et de 19% sur « l'échantillon » de la caisse.

La FNMR ne pouvait accepter que la caisse fixe un taux contre l'avis des experts. Nous avons donc exigé qu'elle saisisse la HAS. Evidemment, cette procédure entraîne un nouveau retard.

La FNMR a également fait savoir aux autorités ayant validé le plan, et à la caisse, qu'elle attendait que celle-ci respecte sa signature du protocole donc qu'elle applique les mesures positives.

La convention médicale

Un des temps forts de 2011 aura été la signature de la convention médicale qui régira l'exercice des médecins



¹ Depuis, le supplément d'archivage a été publié au JO du 10 décembre 2011.

pendant cinq ans. Les négociations ont eu lieu de mai à juillet. Il était important, pour les médecins, qu'elles aboutissent afin de ne pas aborder les élections de 2012 sans convention. Dans le cas contraire, le risque était grand de se voir imposer des modes d'exercice défavorables.

La convention est plus avantageuse pour les médecins généralistes que pour les spécialistes. Elle inclue un nouveau mode de paiement : le paiement à la performance ou « P4P »².

Le P4P se détermine à partir d'indicateurs qui permettront de cumuler des points. Dans un premier temps, le P4P sera mis en place pour les généralistes, puis, d'ici la fin de l'année, pour un groupe de spécialités (cardiologues, endocrinologues, gastro-entérologues, pédiatres), puis pour les autres spécialités.

Le premier groupe d'indicateurs concerne l'organisation du cabinet et le second la prise en charge du patient. Dans l'organisation du cabinet, certains items intéressent les radiologues comme l'informatisation, l'affichage des heures, etc. La profession doit réfléchir aux points qui la concernent plus particulièrement (par exemple les NRD, le dépistage du cancer du sein,...).

Les IRM

La convention a prévu des discussions entre partenaires sur les forfaits techniques des IRM. A l'origine, la caisse voulait inclure les scanners, ce à quoi Jacques Niney a réussi à s'opposer.

La position de la caisse était que le prix des machines a baissé de 25% et que les forfaits doivent suivre. Il faut se rappeler que la DGOS et la CNAM avaient adressé une

circulaire d'instructions aux ARS pour qu'elles substituent des IRM ostéo-articulaires (à forfait technique réduit) à des IRM polyvalentes lors des renouvellements d'autorisation.

Cette substitution combinée aux baisses de forfaits techniques aurait,

certes, conduit à maintenir les dépenses d'IRM mais aussi à diminuer le nombre d'IRM polyvalentes, ce qui est irresponsable sur le plan de la santé publique.

La FNMR a réussi à obtenir que la circulaire DGOS/CNAM soit modifiée et n'impose plus la substitution mais seulement un recensement du parc. Le président de la FNMR appelait les radiologues à rester très vigilants sur ce point face aux ARS et à s'investir dans les unions régionales de professionnels de santé (URPS) et dans les G4 régionaux.

“ La FNMR a réussi à obtenir que la circulaire DGOS/CNAM soit modifiée et n'impose plus la substitution mais seulement un recensement du parc. ”

² Payment for performance



L'ASV

Un article de la convention affirmait la volonté des partenaires de trouver une issue favorable pour le régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV).

Faute de mesures adaptées, l'ASV, qui représente 40% du montant des retraites des médecins, aurait été en cessation de paiement dans deux ans et demi. Cette solution impliquait soit que l'État reprenait la responsabilité pour un coût de 30 milliards d'euros ce qui est irréaliste. Soit que les cotisations versées étaient perdues.

Les discussions engagées entre l'État, la Caisse et les médecins ont permis d'élaborer un plan de sauvetage qui joue sur trois éléments ; la cotisation, la valeur du point, acquis ou non, et la durée du montant des cotisations. Depuis, un décret, paru le 26 novembre au Journal Officiel, est venu réformer l'ASV. (Voir l'encadré sur l'ASV dans l'article consacré au Conseil d'administration de septembre dans ce même numéro p.7).

La responsabilité civile professionnelle

Un accord a été trouvé sur la responsabilité civile professionnelle (RCP) avec une mutualisation qui représente 20 à 25 euros par an pour l'ensemble des médecins.

Tous les médecins cotiseront à ce fond de garantie pour atteindre un plafond de 8 millions, au lieu des 6, à partir duquel l'ONIAM interviendra.

La PDS ES

La permanence des soins en établissement (PDS ES), qui concerne les astreintes et les gardes, est l'objet de tous les débats dans les ARS.

Depuis des années, la profession revendique la rémunération de la PDS, comme pour les chirurgiens ou anesthésistes.

Le ministère indique que cette rémunération dépend, désormais, des ARS qui disposent d'une ligne budgétaire, fonction des MIGAC. La satisfaction de cette revendication

dépendra de la force des URPS, où l'appui des G4 régionaux prendra toute sa valeur.

Taxe sur les droits d'auteur sur les Cd-rom

Le Conseil d'Etat a supprimé la taxe sur les droits d'auteurs sur les Cd-rom pour les centres de scanner et d'IRM. Cette décision ne devrait prendre effet qu'à partir du 1^{er} janvier 2012.

Remplaçants et FSE

La réglementation fait obligation à chaque médecin remplaçant d'utiliser sa carte CPS pour émettre des feuilles de soins électroniques (FSE). Ces envois doivent passer par les RIS mais les éditeurs de logiciels n'ont pas l'obligation de l'intégrer.

La Fédération doit rencontrer les représentants des éditeurs pour qu'ils fournissent une attestation en cas de défaillance de leur part, afin d'éviter une éventuelle sanction des caisses.

Les patients



Dr Jacques Niney

Le président rappelle les différentes actions (site dédié, newsletter, affiches,...) engagées par la FNMR envers les patients. Le séminaire de la FNMR du mois de juin a été lui aussi consacré aux patients.

Les associations de patients sont maintenant présentes partout. Leur rôle est reconnu par les tutelles. La profession a besoin du soutien des

patients dans ses actions. Cependant, les contacts sont encore insuffisants et les radiologues doivent mieux faire passer ces informations dans leurs cabinets.

La téléradiologie

L'année précédente, Jean-Philippe Masson annonçait la parution des décrets d'application de la loi HPST concernant la téléradiologie. Depuis, il ne s'est pas passé grand-chose.

Quatre groupes de travail ont été créés sous l'égide du ministère de la santé. Le premier doit rédiger un guide de déploiement de la télémédecine, à destination des ARS, le second s'occupe de la tarification de la télémédecine, le troisième s'intéresse aux bonnes pratiques et le dernier à un travail plus technique sur les moyens de transmission.

Ces décrets précisait que l'acte de télémédecine, dont celui de téléradiologie, est un acte médical, avec toutes les obligations que cela comporte.

Dans les régions, des groupes de pilotage ont été créés, sur l'initiative des ARS, pour mettre en place des expérimentations de téléradiologie.

Il est impératif que les radiologues soient présents dans ces groupes de pilotage, directement, à travers les G4 régionaux, ou es-qualité afin de ne pas laisser le champ libre à des sociétés commerciales loin de la notion d'acte médical et où l'hébergement des données médicales ne correspondent pas aux critères très précis de sécurité édictés par l'ASIP.

Le DPC

Jean-Luc Dehaene présente l'état d'avancement du dossier de développement professionnel continu (DPC) dont les versions se succèdent (V42).

Le DPC va remplacer, en les intégrant, la formation médicale continue (FMC), l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et l'accréditation des pratiques à risques, qui reste un domaine un peu particulier, puisqu'elle est réservée aux spécialités de ce type. Pour les radiologues, il s'agit de la radiologie interventionnelle.

L'organisation du DPC est décrite par trois décrets, le premier concerne le DPC lui-même, le deuxième la CSI, c'est-à-dire la commission scientifique indépendante, majoritairement composée de médecins, et le troisième est relatif à l'organisme gestionnaire du DPC. Compte tenu de la chronologie actuelle, sauf coup de théâtre, le DPC devrait démarrer en 2013.

Le premier décret concerne l'analyse des pratiques professionnelles associées à l'acquisition et l'approfondissement des connaissances ou des compétences. C'est une obligation individuelle, annuelle, une démarche permanente tout au long de la carrière. Elle doit s'inscrire dans les thèmes nationaux ou régionaux (par exemple : les bonnes pratiques en imagerie, comment utiliser au mieux les génériques, etc).

Ces actions seront mises en oeuvre par des organismes, enregistrés auprès de l'organisme gestionnaire et évalués par la commission scientifique indépendante (CSI), composée majoritairement de médecins. Si l'évaluation est positive, la formation pourra être indemnisée et validera le compte DPC. Le deuxième décret concerne la commission scientifique indépendante, qui sera composée de 28 membres, dont 17 spécialistes et 5 médecins généralistes, proposés par la FSM, la Fédération des Spécialités Médicales qui regroupe les CNP, les Conseils Nationaux Professionnels. Le CNP, pour les radiologues, est le G4.

La CSI proposera des orientations nationales au ministre sur des thèmes variés, axés sur la santé publique et les recommandations médico-économiques. Elle donnera son avis sur les orientations régionales proposées par les ARS et agréera les organismes de DPC.



Dr Jean-Luc Dehaene

Le troisième décret concerne l'organisme gestionnaire du DPC, qui contrôlera son financement. Il comporte trois structures :

- Un conseil de gestion paritaire, composé de 12 membres représentants l'État et les caisses et de 12 membres représentant les professionnels de santé, gèrera et prendra toutes les décisions importantes, notamment financières.
- Un comité paritaire sera composé de 12 représentants de l'État et des caisses, 6 pour chacun, et de 12 médecins. Il y aura des comités paritaires pour toutes les professions de santé avec un rôle de proposition et de répartition des sommes disponibles sous forme de forfait à chaque médecin.
- Un conseil de surveillance, qui établira tous les ans le bilan des actions DPC menées sur le territoire, contrôlera le financement, assurera la promotion du DPC localement et régionalement en sollicitant les URPS, les CME, etc.

Quelles sont les ressources disponibles ? Actuellement, la formation professionnelle conventionnée, c'est-à-dire financée par l'assurance maladie, représente environ 70 millions d'euros et l'enveloppe globale utilisée pour la formation, toutes actions confondues, est de l'ordre de 700 millions d'euros. Il est à espérer que l'assurance maladie continuera de verser les 70 millions d'euros. Il devrait y avoir une dotation de l'État, mais qui ne devrait pas être très élevée et une contribution de l'industrie pharmaceutique dont les subventions seront anonymisées.

Concernant le financement, il est prévu un forfait individuel déterminé en fonction des ressources disponibles et du nombre de médecins qui servira à payer son inscription à la formation et couvrira son absence et sa perte de revenus.

Actuellement, pour la radiologie, un certain nombre d'organismes agréés proposent de la FMC et de l'EPP. Ce sont la SFR, le CEPIM, pour l'évaluation des Pratiques Professionnelles, EPRX, pour l'accréditation des pratiques à risque, et, bien entendu, FORCOMED.

Ces organismes agréés vont, en toute logique, demander leur enregistrement et leur évaluation par la CSI, ce qui leur permettra de continuer leur action.

“ La convention médicale prévoit le « rebasage » de la CCAM technique, ce qui est important pour les radiologues. ”

Le rebasage de la CCAM technique

La convention médicale prévoit le « rebasage » de la CCAM technique, ce qui est important pour les radiologues.

Depuis la mise en œuvre de la CCAM, en 2005, en plus des plans d'austérité répétitifs, les radiologues étaient "sous une épée de Damoclès" sous la forme des tarifs cibles de la CCAM.

La CNAM voulait imposer un coût de la pratique radiologique de 40% et une baisse des actes de 15 à 25%.

Les différences étapes de la CCAM voulaient que les actes gagnants le soient aux dépens d'autres actes, c'est-à-dire, par exemple, que l'on prenait aux radiologues pour donner aux cardiologues.

Dans la convention signée le 25 juillet, parue au Journal Officiel du 22 septembre, le rebasage signifie qu'il n'y a plus d'actes perdants.

Dans ce cas de figure, si la CCAM technique évolue, l'augmentation du coût de la pratique et de la valeur du point de travail s'appliquera, ipso facto, aussi aux radiologues.

Option de coordination

Pour les médecins de secteur 2, la convention a modifié l'option de coordination qui autorise maintenant un dépassement de 20 % au lieu de 15%. L'obligation de faire 30 % aux tarifs opposables est maintenue.

Mammographie



Dr Saranda Haber

Saranda Haber fait le point sur le dépistage organisé. Alors que d'aucuns attendaient une plus forte participation au dépistage organisé avec l'introduction de la mammographie numérique, le constat est une stagnation même s'il existe de fortes variations entre les régions.

Aujourd'hui, ce sont les agences régionales de santé (ARS) qui ont

en charge l'évaluation du dépistage. Elles utilisent l'indicateur le plus simple, à savoir la participation des femmes.

Les ARS observent qu'alors que la moyenne de la participation est de 50%, dans certaines zones urbaines médicalisées, elle tombe entre 18 et 25 %, mais peut atteindre 80% en dehors de ces zones.

En réaction à ce constat, la CNAM et la direction de la sécurité sociale ont saisi la HAS en vue d'une recommandation destinée à accroître la participation au dépistage organisé. Cette recommandation est en cours de finalisation, l'intention de la caisse étant le déremboursement du dépistage individuel dans la tranche d'âge.

Le comité technique national, nommé pour trois ans, s'est achevé en janvier 2010. Depuis, il n'y a eu aucune instance de concertation alors que le nouveau cahier des charges du contrôle numérique vient d'être mis en application. Fin novembre, un comité de liaison, qui reprendrait une partie des missions du comité technique national devrait voir le jour. Il fera la liaison entre un comité stratégique, éminemment politique, et des groupes de travail.

Le contrôle de qualité en mammographie numérique est régi par un cahier des charges. Celui, qui pose problème, est paru au Journal Officiel le 21 novembre 2010, avec application en janvier 2011. Il est plus contraignant que le précédent de 2006, notamment sur deux points, qui sont le score qualité-image, qui doit être maintenant supérieur à 52 au lieu de 32, et la diminution de la dose glandulaire moyenne en baisse de 10 à 20 %.

Pourquoi ce nouveau cahier des charges 2011 ? Il est dû au fait que l'état du parc a varié très vite en France entre 2008 et 2010. En 2008, 70 % des mammographies étaient réalisées en analogique et 30 % en numérique. En 2010, c'est totalement le contraire avec 20 % d'analogique et 80 % de numérique (30% de DR et 70% de CR).

L'année 2009 a vraiment été une année charnière où tout a basculé. Durant cette période, l'INCA et les structures départementales ont évalué les résultats du dépistage. L'évaluation de l'INCA a porté sur un peu plus de 2 millions de mammographies et montre une vraie tendance.

En 2008, le taux de détection de cancer du sein était de 6,4 %.

En 2009, brutalement, alors que le parc a basculé, il passe à 5,5 %, avec un taux de détection de DR qui n'a pas bougé, et un taux de CR à 5,3 avec de grosses variabilités, selon les plaques, entre 4,8 à 5,4. Ces résultats ne sont pas acceptables.

Dès l'été 2010, les constructeurs avaient été informés de la prochaine publication du nouveau cahier des charges. Dès sa mise en application, en 2011, des problèmes sont apparus, essentiellement avec un constructeur, qui couvre une grosse partie des installations CR, avec des signalements et des demandes à l'AFSSAPS, qui sur demande des radiologues a accordé des dérogations variant de quinze jours à trois mois.

Le 5 juillet, l'AFSSAPS a pris la décision de suspendre, dans le cahier des charges, l'application de deux contrôles, celui de la différence signal-bruit et celui du seuil de visibilité de contraste. Aujourd'hui, le logiciel en question est considéré comme stabilisé, la profession reste dans l'attente de la décision de l'AFSSAPS concernant le contrôle de qualité des appareils de mammographie.

En réponse à une question, Saranda Haber précise que grâce aux données fournies par les radiologues à SENOLOG, il est possible de connaître l'origine de la prescription, ce qui permet aux ARS de pouvoir conduire des actions de communication à l'égard des demandeurs d'examen pour inciter au dépistage organisé afin que les femmes bénéficient d'une seconde lecture qui permet de déceler bon nombre de cancers supplémentaires. Un débat s'engage sur l'intérêt éventuel d'un lecteur CAD et d'une deuxième lecture effectuée dans le cabinet sur le même site.

Un autre débat porte sur les ZUM (zones urbaines médicalisées) où la participation au dépistage organisé est faible. Il apparaît que dans certains cas, les femmes sont dépistées en dépistage individuel dès 40 ans avec une échographie et ne comprennent pas pourquoi, à partir de 50 ans, elles n'auraient plus l'échographie systématique.

Le transfert de tâches



Dr Laurent Verzaux

En prélude à son propos, Laurent Verzaux rappelle que le transfert des tâches avec l'acquisition de nouvelles compétences est le fruit de l'article 51 de la loi HPST.

Les médecins radiologues, en travaillant avec les manipulateurs, ont proposé d'élaborer un protocole de coopération interprofessionnelle, dans lequel un niveau de

compétences élevé est requis pour les manipulateurs. Ils pourront ainsi après deux ans d'expérience réaliser une échographie d'acquisition, le médecin restant responsable de l'examen, de son interprétation et de sa cotation.

Ce protocole n'est obligatoire ni pour le manipulateur ni pour le médecin. Il doit encore être validé par la HAS.

Dans le même temps, il a fallu penser à la formation des manipulateurs. L'université a été réactive et le DU d'échographie, piloté par Nicolas Grenier et Olivier Hélénon, a su s'adapter pour la formation des manipulateurs avec quatre modules. Les universités devaient n'accepter les inscriptions des manipulateurs qu'à la condition qu'un protocole soit signé. En raison du délai de publication des protocoles, les universités acceptent les inscriptions.

La formation est financée par l'OPCA-PL.

La profession s'était engagée à introduire, dans la grille salariale, un niveau supplémentaire pour valoriser cette compétence supplémentaire ce qui n'est pas encore acté.

Une commission d'aide au paritarisme a été créée avec une cotisation de 0,02 % de la masse salariale qui sera appelée par l'OPCAPL dès 2012. Par ailleurs, Laurent Verzaux invite les participants à engager leurs structures dans la labellisation. Cette démarche peut éviter à la profession l'application de normes qui seraient décidées en dehors d'elle.

Formation

Jean-Philippe Masson fait le bilan de l'année écoulée.

En mammographie numérisée, FORCOMED a formé 1800 radiologues et 1839 manipulateurs en 2011. Depuis le début de ces formations, 4120 radiologues ont été formés. Les formations seront prolongées jusqu'à la mi-2012.

FORCOMED a mis en place des formations en e-learning, pour la partie théorique, afin d'éviter deux déplacements. L'accueil a été positif avec 90% de satisfaction des radiologues.

Concernant le personnel, il faut rappeler l'obligation du DIF. Certaines formations FORCOMED sont "diffables".

Pour les manipulateurs, hormis la mammographie, d'autres formations sont disponibles comme l'hygiène, le label. Pour les secrétaires, il existe des formations pour les aider à améliorer



Dr Jean-Philippe Masson

Loi HPST - Article 51 Transferts d'activités

Art.L. 4011-1.-Par dérogation .../... , les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

leur pratique, notamment pour la gestion des salles d'attente et apprendre à désamorcer un certain nombre de conflits, qui sont de plus en plus fréquents.

Pour 2012, une formation aux gestes d'urgence en radiologie est mise en place. La plaquette est disponible. Cette formation

n'est pas obligatoire, mais très conseillée car le chapitre 7 du référentiel de labellisation est consacré à la prise en charge de l'urgence.

Cette formation est réalisée en partenariat avec des médecins urgentistes du SAMU de Paris, qui sont agréés et compétents. La formation se déroulera sur une seule journée pour les manipulateurs et les radiologues, car, pour la gestion de l'urgence dans le cabinet de radiologie, c'est généralement le manipulateur qui constate le problème et qui appelle le médecin pour que, ensemble, ils le gèrent.

Fin 2012, les formations de renouvellement PCR reprendront puisqu'elles doivent être faites tous les cinq ans. FORCOMED va être agréé CEFRI et pourra ainsi répondre à cette demande.

D'ici fin 2012, des modules d'e-learning seront créés pour la secrétaire ou le manipulateur référent sur des chapitres particuliers.

Pour conclure, depuis 1994, date de création de FORCOMED, près 40 000 personnes ont été formées.

(Applaudissements) ■



Archivage

Après plusieurs mois d'actions répétées de la FNMR auprès des tutelles pour que soient respectées les mesures positives du plan pluriannuel, le Journal Officiel du 10 décembre 2011 vient enfin de publier la décision de l'UNCAM qui instaure le supplément d'archivage (YYYY600). Cette décision est applicable au 30^{ème} jour suivant sa publication, soit le 9 janvier 2012.

Ce supplément s'applique, selon son libellé, à l'« archivage numérique d'un examen scanographique ou remnographique », dont la liste des actes est également publiée.

Son tarif est de 1,5€. Deux conditions sont à respecter :

- Il s'agit d'un archivage numérique des images en vue de leur accès immédiat ou différé.
- Les conditions prévues au cahier des charges, publié dans le même J.O., doivent être respectées.

Plusieurs mesures ont également été publiées. Modification du libellé et des modificateurs de la radiographie du crâne selon 3 incidences (LAQK005) et suppression de la tomographie de l'appareil ostéoarticulaire premier plan de coupe (YYYY308). ■

10 décembre 2011 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 29 sur 167

I. - Inscription d'actes :
1° A la subdivision « 19.02.07 Radiologie », inscrire l'acte suivant :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
YYYY600	Supplément pour archivage numérique d'un examen scanographique ou remnographique Facturation: Ce supplément est pris en charge : - pour l'archivage numérique des images en vue de leur accès immédiat ou différé ; - sous réserve que soient respectées les conditions prévues dans le cahier des charges figurant à l'annexe 5 des livres I ^{er} et II de la liste des actes et prestations	1	0		
CODE	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)		
YYYY600	1	0	1,50		

La liste des actes ouvrant droit à ce supplément est fixée dans l'annexe jointe à la présente décision.



Le PLFSS 2012 revu et corrigé par la rigueur

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, présenté le 5 octobre devant le Conseil des ministres, s'inscrivait dans la politique de réduction du déficit des comptes sociaux et intégrait les mesures du premier plan de rigueur du mois d'août.

La crise de l'euro a conduit le Premier Ministre à adopter un second plan de rigueur qui a modifié le PLFSS 2012 en cours de débat au Parlement. Alors que la majorité sénatoriale a changé, la commission paritaire mixte n'a pu trouver d'accord entre les deux chambres. C'est donc par le vote de la seule Assemblée nationale que le PLFSS 2012 a été adopté.

Toutes les interrogations sur ce budget 2012 ne sont pas pour autant levées. En effet, si les hypothèses qui conditionnent le PLFSS (taux de croissance, niveau d'emploi, recettes de la sécurité sociale,...) ont été revues à la baisse, elles restent néanmoins supérieures aux prévisions de l'OCDE. Un troisième plan viendra-t-il renforcer la rigueur ?

En 2010, le déficit structurel de la sécurité sociale, et du régime général, avait été amplifié par la crise financière de 2008. Il s'élevait à 23,9 milliards d'euros avec, fait exceptionnel, une contraction de la masse salariale, principale source de recettes. Le gouvernement espérait que 2011 permettrait de réduire le déficit à 18,2 milliards et conduirait à un déficit du régime général, en 2012, de 13,9 milliards. Ces données reposaient sur des hypothèses, jugées optimistes en septembre et aujourd'hui irréalistes. Ainsi, le PLFSS 2012 s'appuyait sur un taux de croissance de 1,75% et une croissance de la masse salariale de 3,7%. De même, l'inflation anticipée en 2011 (1,5%) s'est élevée à 2,1% entraînant automatiquement une dépense supplémentaire de 550 millions d'euros pour le régime général.

En septembre, le Gouvernement envisageait de poursuivre la maîtrise des dépenses d'assurance maladie en fixant la progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 2,8% ce qui imposait 2,2 milliards d'euros d'économies. De plus, 545 millions devaient être mis en réserve pour garantir le respect de l'ONDAM et réagir à une éventuelle demande du comité d'alerte.

Dès le mois d'août, le Premier Ministre avait décliné les propositions d'un premier plan de rigueur s'appliquant aussi bien au budget de l'Etat qu'à celui de la sécurité sociale. Ces recettes étaient composées de réduction de niches fiscales et sociales, de compléments de recettes ciblées, des taxes sur les comportements à risque. Sur les 6 milliards du plan, 2 milliards étaient affectées au budget de la sécurité sociale.

I Le PLFSS 2012 présenté en septembre

Pour 2012, en septembre, l'objectif d'un déficit de 13,9 milliards pour le régime général passait par la poursuite des efforts sur les dépenses et, en particulier, sur les dépenses d'assurance maladie avec un taux d'évolution de l'ONDAM de 2,8%. Il en résultait des économies de 2,2 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle.

Les recettes prévues en septembre

Le PLFSS 2012 prévoyait diverses mesures s'inscrivant dans les

réductions des niches fiscales et sociales pour un montant de 1,9 milliard :

- Réintégration des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux sur les bas salaires (600 millions).
- Réduction de l'abattement de CSG-CRDS de 3% à 2% et suppression de l'abattement pour certains accessoires de salaires (595 millions).
- Augmentation du taux du forfait social de 6% à 8% (410 millions).
- Homogénéisation de l'assiette de la C3S dans le secteur financier (150 millions).
- Assujettissement du complément de libre choix d'activité à la CSG (140 millions).

Deux mesures portaient sur les comportements à risque :

- Relèvement des droits sur les boissons alcoolisées (340 millions).
- Révision du barème de la taxe sur les véhicules de société (100 millions).

Certaines mesures bénéficiant à la sécurité sociale ont été introduites dans le budget de l'Etat ou seront prises par voie réglementaire :

- Passage à 7% du taux réduit de 3,5% de taxe spéciale sur les conventions d'assurance dont bénéficient les contrats responsables (1,1 milliard)
- Réforme des abattements sur les plus-values immobilières (0,6 milliard)
- Passage des prélèvements sociaux sur les revenus du capital et du patrimoine de 12,3% à 13,5% (1,3 milliard).
- Taxe sur les boissons avec du sucre ajouté (120 millions).
- Hausse du prix du tabac (600 millions).
- Alignement sur le droit commun des assiettes et des taux de cotisation dans les industries électriques et gazières (210 millions).

Les mesures d'économies prévues en septembre :

En fonction de l'objectif de déficit et du niveau de recettes attendu, le montant d'économies nécessaires pour respecter ces contraintes était de 2,2 milliards avec plusieurs mesures d'économies :

- Baisse de prix des produits de santé, médicaments et dispositifs médicaux (670 millions).

- Diverses mesures sur les produits de santé, médicaments et dispositifs médicaux (mise sous tarif forfaitaire de génériques, modification des marges des grossistes, déremboursement de médicaments à service médical insuffisant (100 millions).
- Maîtrise médicalisée (550 millions).
- Amélioration de la performance à l'hôpital (450 millions).
- Baisse des tarifs de certains actes de biologie et de radiologie (170 millions).
- Harmonisation du calcul des indemnités journalières (220 millions).

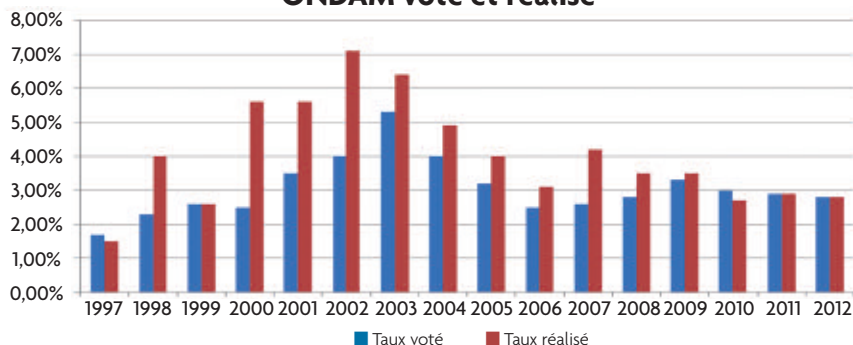
Enfin, comme l'an passé, une mise en réserve de crédits d'un montant de 545 millions pour garantir le respect de l'ONDAM 2012 en cas d'intervention du comité d'alerte.

II L'ONDAM prévu en septembre

En 2010, l'ONDAM réalisé a été inférieur à l'objectif voté de 3%. Pour 2011, l'ONDAM devrait aussi être respecté grâce aux mises en réserve de 530 millions d'euros de crédits effectués au début de l'année.

- Rémunération à la performance : prévue par la convention, elle généralise les CAPI et étend leurs objectifs.
- Tenir compte des gains de productivité dû à l'automatisation de certains examens biologiques ou radiologiques par une baisse des tarifs pour une économie de 170 millions. Il faut rappeler qu'en radiologie, ces fameux « gains de productivité » reposent sur l'idée que les temps de passage d'un patient dans scanner ou une IRM ont été un peu réduits ces dernières années. Mais c'est oublier que le nombre d'images a été multiplié par dix et que l'examen comprend le temps de passage du patient (y compris son éventuelle préparation) ET le temps de lecture des centaines d'images produites. Au final, la productivité a diminué. Le véritable gain est l'amélioration du diagnostic au bénéfice du patient.
- Economies sur les médicaments et les dispositifs médicaux
 - Contribution de l'industrie des produits de santé (770 millions)
 - Diminution de prix de produits de santé (670 millions)
 - Mesures sur les génériques (100 millions)
 - Harmonisation du calcul des indemnités journalières (220 millions)

ONDAM voté et réalisé



Pour 2012, la présentation faite au mois de septembre du PLFSS prévoyait de fixer l'ONDAM à 171,8 milliards d'euros, soit 2,8% d'augmentation.

Cette croissance de l'ONDAM était censée dégager 4,8 milliards pour mettre en œuvre les conventions signées entre l'assurance maladie et les professionnels de santé comme, par exemple, le paiement à la performance ou la modernisation des hôpitaux. L'ONDAM devait se déclinier à parité entre les soins de villes (2,7%) et les établissements de santé (2,7%) mais assurer une progression plus forte des moyens consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées (4,2%).

Les dépenses de soins de ville

En septembre, le PLFSS 2012 fixait l'objectif de croissance des dépenses des soins de ville à 2,7% soit 2 milliards de moyens supplémentaires. Pour maintenir les dépenses de ville sous l'objectif, plusieurs actions étaient prévues :

- Poursuite des efforts de maîtrise médicalisée
 - Développement des référentiels de prescription sur les actes en série de masso-kinésithérapie et sur la durée des arrêts des prescriptions d'arrêts de travail. Extension de ce dispositif aux examens de biologie.
 - Objectif de réduction des prescriptions pour les plus forts prescripteurs d'indemnités journalières et de transport.

Les établissements de santé

Si la croissance de la consommation des soins hospitaliers ralentit, elle reste néanmoins le premier poste de la croissance de la consommation des soins et biens médicaux, devant même le médicament.

Pour améliorer l'efficacité des établissements de santé, le Gouvernement a prévu la création d'un fonds d'intervention régional (FIR) qui mutualisera des crédits jusqu'à présent dédiés soit à la médecine de ville, soit à l'hôpital, soit à la prévention. Ce fonds, à la disposition des ARS, leur permettra d'orienter le redéploiement de l'offre de soins, en particulier en faveur de la prévention.

La modernisation des hôpitaux sera poursuivie avec 5 milliards d'euros, dont 2,2 par l'Etat, déjà investis dans la première tranche du plan « Hôpital 2012 ».

Enfin, le Gouvernement attend les résultats de la mise en œuvre des dix priorités stratégiques de gestion du risque des ARS. Ces priorités concernent :

- Le développement de la chirurgie ambulatoire,
- l'articulation entre la permanence des soins ambulatoires et les urgences,
- la meilleure organisation des plateaux techniques d'imagerie médicale, ainsi qu'une autorisation plus pertinente, notamment en termes d'équipements partagés, qui devrait permettre de réduire les délais d'attente sur les scanners,
- l'organisation des transports.

Les gains d'efficacité

- Les contrats à la performance, actuellement 50 établissements concernés (150 millions).
- Programme de performance des achats hospitaliers (145 millions).

La convergence tarifaire (100 millions).

III Les mesures adoptées

Adopté le 29 novembre dernier, le PLFSS 2012 a modifié l'ONDAM affiché en septembre, qui passe de 2,8% à 2,5%, l'objectif étant d'économiser 500 millions supplémentaires. Mais alors qu'en septembre, le taux de croissance de l'objectif de dépenses des soins de ville était le même que pour l'hôpital (2,6%), le PLFSS voté a réduit le taux pour les seuls soins de ville à 2,1%.

Il comporte des mesures affectant la branche vieillesse, avec, par exemple, le passage de l'âge de la retraite à 62 ans avancé de 2018 à 2017, ou la branche famille, avec le gel des prestations familiales qui seront alignées sur les prévisions de croissance et non plus sur la hausse des prix. Il comporte aussi l'essentiel des mesures d'économie sur la branche maladie :

- Baisse du prix des médicaments.
- Baisse du prix de certains génériques.
- Elargissement de la liste des médicaments qui ne seront plus remboursés en raison d'un service médical rendu (SMR) insuffisant.
- Baisse des tarifs de biologie et de radiologie pour 70 millions (et non plus 170 millions comme prévu en septembre).
- Baisse des indemnités maladie pour les salaires 1,8 fois supérieurs au SMIC (2500 euros bruts). Cette mesure a remplacé le 4^{ème} jour de carence qui avait été prévu pour les salariés du privé.

En matière de recettes, diverses mesures d'ordre fiscal portent sur l'ensemble des ressources comme l'intégration des heures supplémentaires dans le régime commun des exonérations sur les bas salaires, la majoration du taux du forfait social de 6% à 8%, ...

D'autres mesures portent plus spécifiquement sur la branche maladie avec :

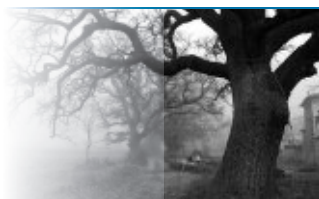
- La hausse des tarifs des complémentaires santé par la taxe spéciale sur les conventions d'assurance qui passera de 3,5% à 7%.
- Hausse des taxes sur les boissons alcoolisées.
- Mesure contre la fraude.

Par ailleurs, le PLFSS reporte du 1^{er} janvier 2012 au 1 mars 2013 la tarification à l'activité pour les hôpitaux de proximité.

ONDAM 2012 (des régimes obligatoires de base et sous objectifs)	Objectif de dépenses en milliards d'€
Dépenses de soins de ville	78,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
TOTAL	171,2

Les parlementaires de l'opposition ont saisi le Conseil constitutionnel. A l'heure où nous mettons sous presse, la décision du Conseil n'est pas encore connue. ■

Hommages



Dr Antoine CONTAMIN

Nous venons d'apprendre le décès le 04 décembre 2011 du **Docteur Antoine CONTAMIN**, à l'âge de 84 ans. Il était médecin radiologue retraité à LYON (69).

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

Dr Xavier FRAQUET

Nous venons d'apprendre le décès en septembre 2011 du **Docteur Xavier FRAQUET**, à l'âge de 62 ans. Il était médecin radiologue à VERRIERES LE BUISSON (91).

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



Inscrivez-vous dès maintenant

ASSOCIATION FORCOMED

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



**SÉMINAIRE DESTINÉ
aux MÉDECINS RADIOLOGUES
et aux PERSONNELS
des SERVICES D'IMAGERIE**

BULLETIN D'INSCRIPTION

(Inscriptions par ordre de réception du courrier)

Sous l'égide de la FNMR avec la collaboration de GUERBET

LANCER ET RÉUSSIR SON LABEL QUALITÉ EN IMAGERIE PARIS : 23-24 MARS 2012

Seuil minimum pour réalisation : 25 inscriptions

Madame

Monsieur

Docteur

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Désire participer au séminaire du : 23-24 mars 2012 à Paris

LE PRIX DE REVIENT DE CETTE FORMATION EST DE 680 € PAR PERSONNE POUR LES DEUX JOURS.

Modalités d'inscription par participant et par session : POUR LE PERSONNEL :

Cabinets cotisant à l'OPCA-PL :

Joindre un chèque de 300 €uros ainsi que la copie du dernier bulletin de salaire pour réserver une place dans le séminaire.
Ce chèque sera retourné après participation à la formation.

Hôpitaux, centres de santé, mairies ou cabinets cotisant à un autre organisme :

Joindre un chèque de 680 €uros, par personne, à l'ordre de FORCOMED en règlement d'une inscription dans le séminaire.
Vous recevrez une facture acquittée qui vous permettra de vous faire rembourser ensuite, suivant les modalités particulières de votre contrat.

Modalités d'inscription par participant et par session : POUR LE RADIOLOGUE :

Joindre le chèque correspondant pour règlement de votre inscription dans ce séminaire. Une facture vous sera adressée après formation.

Adhérent FNMR : 590,00 €uros

Non adhérent : 680,00 €uros

N.B. 1 : En cas de désistement et en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant le séminaire, un montant forfaitaire de 300 €uros sera retenu par FORCOMED.

N.B. 2 : Les frais de transport et d'hôtellerie (hors déjeuners) sont en sus à votre charge.

Fait le : _____

Signature : _____

Inscrivez-vous dès maintenant

ASSOCIATION FORCOMED

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



**SÉMINAIRE DESTINÉ
aux MANIPULATEURS DIPLÔMÉS
n'ayant pas validé la formation
dépistage analogique
et travaillant exclusivement
en numérique**

BULLETIN d'INSCRIPTION

à retourner au secrétariat de FORCOMED

(Places limitées à 60 participants par session, inscriptions prises par ordre de réception du courrier)

**(NUM EXCLUSIF)
ORGANISATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN et
CONTRÔLE DE QUALITÉ EN MAMMOGRAPHIE NUMÉRIQUE**

Demande de pré-inscription sur les sessions du 2^{ème} semestre 2012

Nom du médecin / employeur : _____

Adresse du cabinet / service : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Organisme de versement des cotisations de formation pour les salariés :

OPCA-P.L.

Autre : Nom : _____

Adresse : _____

Désire inscrire sur liste d'attente pour les prochains séminaires de formation sur le thème « Organisation du dépistage du cancer du sein et contrôle de qualité en mammographie numérique / Num exclusif » :

M. / Mme Nom : _____ Prénom : _____

Fait le : _____

Signature : _____

LE PRIX DE REVIENT PRÉVISIONNEL DE CETTE FORMATION EST DE 830 € PAR PERSONNE POUR LES DEUX JOURS.

Modalités d'inscription :

Cabinets cotisant à l'OPCA-PL : Par participant et par session :

Joindre un chèque de 300 €uros ainsi que la copie du dernier bulletin de salaire pour réserver une place dans le séminaire. Ce chèque sera retourné après participation à la formation ; il restera à FORCOMED en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant le séminaire.

Hôpitaux, centres de santé, mairies ou cabinets cotisant à un autre organisme :

Joindre un chèque de 830 €uros, par personne, à l'ordre de FORCOMED en règlement d'une inscription dans le séminaire. Vous recevrez une facture acquittée qui vous permettra de vous faire rembourser ensuite, suivant les modalités particulières de votre contrat. Un montant forfaitaire de 300 €uros sera retenu par FORCOMED en l'absence d'annulation auprès de l'Association au moins 20 jours avant le séminaire.

Inscrivez-vous dès maintenant

ASSOCIATION FORCOMED

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



**SÉMINAIRE DESTINÉ
aux MANIPULATEURS DIPLOMÉS
ayant validé la formation
organisation du dépistage analogique**

BULLETIN D'INSCRIPTION

à retourner au secrétariat de FORCOMED

(Places limitées à 60 participants par session, inscriptions prises par ordre de réception du courrier)

CONTRÔLE DE QUALITÉ EN MAMMOGRAPHIE NUMÉRIQUE

Demande de pré-inscription sur les sessions du 2^{ème} trimestre 2012

Nom du Médecin / employeur : _____

Adresse du cabinet / service : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Organisme de versement des cotisations de formation pour les salariés :

OPCA-PL.

Autre : Nom : _____

Adresse : _____

Désire inscrire sur liste d'attente pour le prochain séminaire de formation sur le thème « Contrôle de qualité en mammographie numérique » :

M. / Mme Nom : _____ Prénom : _____

Date de réalisation de la formation analogique (joindre attestation) : _____
renseignement obligatoire

Fait le : _____

Signature : _____

LE PRIX DE REVIENT DE CETTE FORMATION EST DE 485 € PAR PERSONNE, DÉJEUNER INCLUS.

Modalités d'inscription :

Cabinets cotisant à l'OPCA-PL : Par participant et par session :

Joindre un chèque de caution de 300 €uros ainsi que la copie du dernier bulletin de salaire pour réserver une place dans le séminaire. Ce chèque sera retourné après participation à la formation. En cas d'absence sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le séminaire, ce montant sera conservé par FORCOMED.

Hôpitaux, centres de santé, mairies ou cabinets cotisant à un autre organisme :

Joindre un chèque de 485 €uros, par personne, à l'ordre de FORCOMED en règlement d'une inscription dans le séminaire ou, pour les hôpitaux, un bon de prise en charge du coût de formation.

Vous recevrez une facture acquittée qui vous permettra de vous faire rembourser ensuite, suivant les modalités particulières de votre contrat. En cas d'absence sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le séminaire, un montant forfaitaire de 300 €uros sera retenu par FORCOMED.



Les dépenses de l'assurance maladie : septembre 2011

Du mois d'août au mois de septembre, la croissance de l'ONDAM reste stable à 2,9%.

Les grands postes varient peu : légère hausse pour les soins de ville et les établissements privés, légère baisse pour les établissements publics et les prestations médico-sociales. Dans l'ensemble des soins de ville, la plupart des postes connaissent une faible progression.

L'évolution des actes techniques suit la tendance passant d'une croissance de 5,2% en août à 5,3% en septembre. Seuls font exception les forfaits techniques. Les forfaits techniques pour l'IRM enregistrent un taux de croissance en septembre (13,3%) inférieur à celui d'août (13,7%). Les forfaits techniques de scanner enregistrent pour le quatrième mois consécutif une croissance négative (-3,6 contre 3,5% en août).

Dépenses de l'assurance maladie - septembre 2011 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

Prestations	Milliers d'euros	%
Consultations	4 322 253	4,9
Visites	597 376	0,2
Actes Techniques (*)	4 513 348	5,3
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	571 025	5,7
Dont scanner	244 032	-3,6
Dont IRM	292 057	13,3
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	12 585 617	3,3
Total prescriptions	33 115 768	2,3
Total soins de ville	46 039 942	2,6
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	36 856 311	2,2
Total versements aux établissements sanitaires privés	7 660 951	2,8
Total prestations médico-sociales	10 569 744	5,3
Total statistique mensuelle des dépenses	109 849 642	2,9

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

FINISTÈRE

Suite aux élections du syndicat du FINISTÈRE du 16 novembre 2011, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Henri LE PENNDU (Brest)
Vice-Présidents :	Dr Benoît GUIVARC'H (Morlaix) Dr Laurence PATIN-PHILIPPE (Brest) Dr Luc PRIGENT (Quimper)
Secrétaire :	Dr Isabelle CHASSERAY (Brest)
Secrétaire adjoint :	Dr Frédérique HOMBRON (Saint-Pol de Léon)
Trésorière :	Dr Valérie GUILLO QUENET (Lenesven)
Trésorier adjoint :	Dr André GUIFFANT (Brest)

ILLE ET VILAINE

Suite aux élections du syndicat d'ILLE ET VILAINE du 15 novembre 2011, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Christophe LUCAS (Saint Grégoire)
Secrétaire :	Dr Jérôme POIRIER (Saint Malo)
Secrétaires adjoints :	Dr Yann PHAM (Rennes) Dr Alain SEE (Vern sur Seiche)
Trésorière :	Dr Fabienne RAUX-BOUVIER (Rennes)
Trésorier adjoint :	Dr Franck RIVATON (Rennes)



- 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

CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

9985 06 – Cause santé cède parts dans un important groupe, centre ville CÔTE D'AZUR. Multiples accès scan et IRM.

Email : azur.0606@live.fr

9986 06 – Groupe 4 radiologues SELARL rech un remplaçant(e) régulier d'une asso, compétent séno, ostéo-articulaire et cancéro digestive. Cabinet et cliniques privés.

Contact : Maria ALVAREZ

Tél. : 04.92.92.39.13

Email : maria.alvarez.scmcim@wanadoo.fr

9987 16 – CHARENTE, groupe de 15 radiologues, cabinets, clinique (200 lits), 1 scanner, 2 IRM, cherche radiologue pour succession.

Contact : Dr Guy MICHEL

Tél. : 05.45.97.88.47

Email : mguymichel@aol.com

9988 17 – SUD OUEST SELARL de 2 radiologues cherche associé(e) à temps partiel (ou plus) pour accompagner le développement du cabinet – Activité polyvalente- Accès TDM quotidien – GIE IRM.

Contact : 06.79.50.91.63

9989 22 – SAINT-BRIEUC, SELARL (3 radiologues) cherche associé(e), 2 sites (cabinet de ville + clinique). Importante activité, plateau technique complet.

Tél. : 02.96.33.73.00

9990 22 – Cherche succes cab privé sans garde. Accès TDM et IRM. Convierait à 2 radiologues.

Email : cabinetbr@lerss.fr

9991 34 – MONTPELLIER, 7 associés, 3 cabs, radio num, écho, séno, densito,

scanner et IRM. Cherche associé temps plein.

Tél. : 06.84.07.58.98 – 06.46.04.44.28

ou Email : gestion@selarl-i3m.fr

9992 34 – GRANDE MOTTE cause départ étranger, cède cabinet de radiologie indépendant, entièrement équipé et numérisé (salle télécommandée, salle d'os, ostéo, mammo, écho, archivage, site web). Convierait à 2,5 radiologues.

Tél. : 06.11.48.12.22 ou

Email : sophie@sellam.fr

9993 51 – URGENT cause retraite : cède cabinet de ville (radio-écho-scanner + possibilité IRM) centre ville -1h de Paris.

Email : medichamp51@gmail.com

9994 56 – Proche VANNES, cherche 3^{ème} associé(e). Cabinet de ville, 1 seul site. plateau technique récent, radio num, mammo num, écho-doppler, accès TDM IRM. Activité importante. Ni garde ni astreinte.

Tél. : 06.64.15.20.28 ou 06.68.94.15.18

Email : cim56broceliande@orange.fr

9995 59 – LE QUENOY cherche successeur(s), cab privé numérisé.

Email : anne.defays@scarlet.be

9996 62 – LENS LIÉVIN, groupe 10 radiologues multi sites (GIE 3 scanners 3 IRM en 2012) cherche associés temps plein et temps partiel.

Contact : Dr JAZMATI

Tél. : 06.80.93.75.91

M^{me} DELAMBRE

Tel : 03.21.44.98.00

Email : karim.jazmati@wanadoo.fr

9997 67 – Cherche successeur dans SELARL 14 radiol, cab. de ville+clinique. Activité importante, radio, gen, séno, écho, scan et IRM.

Email : radiologie67@yahoo.fr

9998 75 – PARIS 19^{ème}, cherche 3^{ème} associé pour cab de ville. Rx conv num, mammo numérisé plein champ, 3 app écho, scanner, plusieurs vacations d'IRM. Pas d'astreinte ni de garde.

Contact : thibautbalme@gmail.com

9999 83 – TOULON, cause retraite, cède parts dans association 3 radiol. 2 cabinets de ville + accès IRM et scanner.

Tél. : 06.73.48.71.13

DIVERS

Offre

10000 59 – A vendre CONE BEAM planmeca PROMAX MAX 3D PROFACE garanti jusque AVRIL 2014 prix attractif.

Email : radiologie75@gmail.com

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
168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Président : Dr Jacques NINEY
Responsables de la Régie Publicitaire :
Dr Saranda HABER et Dr Eric CHAVIGNY
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 4^{ème} trimestre 2011

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