

Le Médecin Radiologue de France

Janvier # 343
2012

Le journal de la FNMR
fnmr.org

LE RESTE À CHARGE

Dossier du mois



- Assureurs complémentaires
- RSNA 2011



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

multihance®

Gadobenate dimeglumine



IRM Suite



Voir au-delà des apparences

➔ Un fort signal IRM

➔ La simple dose - 0,2 ml/kg
quelles que soient les indications

(sauf foie - 0,1 ml/kg)



EFFICACITÉ et STABILITÉ

COMPOSITION : acide gadobénique 334 mg / mL (0,5 M) Eau ppi. **DONNEES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Produit de contraste paramagnétique utilisé dans l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et indiqué dans : • IRM du foie pour la détection des lésions hépatiques lorsqu'un cancer hépatique secondaire ou primitif (carcinome hépatocellulaire) est suspecté ou connu (flacon et seringue). • IRM du cerveau et de la moelle épinière où il améliore la détection des lésions et apporte des informations diagnostiques supplémentaires comparativement à une IRM sans produit de contraste (flacon et seringue). • Angiographie par résonance magnétique (ARM) où il améliore l'exactitude diagnostique pour la détection de la maladie vasculaire sténo-occlusive cliniquement significative lorsqu'une pathologie vasculaire des artères abdominales ou périphériques est suspectée ou connue (flacon). **Posologie et mode d'administration :** *Adulte. Foie :* 0,05 mmol/kg (0,1 ml/kg de solution 0,5 M). *Système nerveux central et ARM :* 0,1 mmol/kg (0,2 ml/kg de solution 0,5 M).

Eviter chez les patients insuffisants rénaux sévères, en période périopératoire de transplantation hépatique ; la dose ne doit pas excéder 0,1 mmol/kg pour une IRM du cerveau et de la moelle épinière ou une ARM et 0,05 mmol/kg pour une IRM du foie. Ne pas administrer plus d'une dose au cours de l'examen. Ne pas réitérer l'administration avant sept jours. **Sujet âgé :** pas d'adaptation posologique. **Contre-indications :** Hypersensibilité à l'un de ses constituants. Antécédents d'allergie ou de réaction aux chélates de gadolinium. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi :** Réservé à l'adulte. Surveiller 15 min, puis 1h en environnement médical. Insuffisance rénale, pathologie cardiovasculaire. Procédures habituelles de sécurité en IRM nécessaires. Réservé aux établissements dont le personnel est formé aux urgences et avec matériel de réanimation cardio-respiratoire. Allergie à l'alcool benzylique. Respecter un délai de 7 h entre 2 examens IRM avec produit de contraste. **Insuffisance rénale :** Avant l'administration de MultiHance, des examens de laboratoire afin de rechercher une altération de la fonction rénale sont recommandés chez tous les patients. Des cas de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés après injection de certains produits de contraste contenant du gadolinium chez des patients ayant une insuffisance rénale sévère aiguë ou chronique (clearance de la créatinine < 30 mL/min/1,73 m²). Les patients devant bénéficier d'une transplantation hépatique sont particulièrement à risque, car l'incidence de l'insuffisance rénale aiguë est élevée dans ce groupe. Etant donné qu'il est possible que des cas de FNS surviennent avec MultiHance, l'administration de ce produit doit être évitée chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère et chez les patients durant la période pré ou post-opératoire d'une transplantation hépatique, sauf si le diagnostic ne peut être obtenu par d'autres moyens que l'IRM avec injection de gadolinium. La réalisation d'une hémodialyse peu de temps après l'administration de MultiHance pourrait faciliter l'élimination de ce produit de l'organisme. Il n'est pas établi que l'instauration d'une hémodialyse puisse prévenir ou traiter la FNS chez les patients qui ne sont pas hémodialysés. **Sujets âgés :** L'élimination rénale de gadobénate de dimeglumine pouvant être altérée chez les sujets âgés, il est particulièrement important de rechercher un dysfonctionnement rénal chez les sujets âgés de 65 ans et plus. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction :** jamais rapportées.

Effets indésirables : Essais cliniques cf. Vidal - Après commercialisation : observés chez moins de 0,1 % des patients. Nausées, vomissements, hypersensibilité, réactions au point d'injection (extravasation) Des cas isolés de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés avec MultiHance, chez des patients ayant également reçu d'autres produits de contraste à base de gadolinium. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :** Produit de contraste. Imagerie du SNC au cours de deux études en intra-patients comparant 0,1 mmol/kg de MultiHance à 0,1 mmol/kg de gadopentétate de dimeglumine ou de gadodiamide, MultiHance a produit une amélioration significative (p < 0,001) de l'intensité du signal de la lésion, du rapport contraste-bruit et du rapport lésion-cerveau, ainsi que l'amélioration de la visualisation des lésions du SNC sur les images obtenues. L'impact de l'amélioration de la visualisation des lésions sur la conclusion diagnostique et la prise en charge des patients n'a pas été étudié. Flacon : 5 ml (3400934741182) : 25,44 € - 10 ml (3400934741296) : 42,55 € - 15 ml (3400934741357) : 60,93 € - 20 ml (3400934741418) : 77,11 € - Seringue pré-remplie : 10 ml (3400938879667) : 42,55 € - 15 ml (3400938879728) : 60,93 € - 20 ml (3400938879896) : 77,11 € - Liste I - Remb. Séc. Soc. 65 %. Coll. Révision de la monographie : juin 2011. Bracco Imaging France - 7, place Copernic - Courcouronnes - 91023 Evry Cedex.



LIFE FROM INSIDE



Economie (s) et Santé

Le médecin ne peut s'abstraire de la réalité du monde. Il ne peut donc ignorer « la crise », quelles qu'en soient les causes et les responsables. Cependant, il se doit d'être le garant de l'intérêt du patient qui doit, dans une société moderne, accéder aux soins conformément à l'état de l'Art défini par les travaux scientifiques.

Le choix de favoriser le progrès médical ou de le freiner pour des raisons économiques est un choix de société. Depuis quelques années, on peut se poser la question de savoir qui fait ces choix et au nom de quoi. Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) définit des objectifs votés par le Parlement selon des données établies par divers pouvoirs administratifs et politiques. Ces définitions sont faites sur des critères macroéconomiques, souvent influencés par des événements extérieurs fortement politisés et médiatisés comme les notations. Il n'est pas certain que ces choix soient clairs pour le citoyen ordinaire qui perçoit de façon subliminale les directions prises.

La pression économique aggravée que subit la radiologie, et par voie de conséquence les radiologues, menace la qualité des soins de façon insidieuse et le réveil sera cruel. La situation de monopsonne, situation économique où l'acheteur décide des prix grâce à son pouvoir, fragilise les

offreurs de soins et menace l'offre elle-même. Les cabinets de proximité sont menacés par la pression économique et par la démographie médicale. Les structures plus larges, issues ou non de regroupements, n'auront pas d'autre choix que de rationaliser, en abandonnant certaines activités dont le service médical rendu n'est plus honoré à une valeur économique viable, voire de s'industrialiser. Pour certains, la téléradiologie est la solution en mettant en place des centres périphériques qui enverront leurs images vers des centres d'interprétation centralisée, ce qui suppose ... qu'il existe encore des centres périphériques. Les hôpitaux publics ne seront pas épargnés non plus.

Cette vision de l'imagerie oublie la dimension médicale de l'acte et l'oublie, c'est s'exposer à une dégradation de la qualité des soins. Ce choix, prôné par des « non-médecins », est-il conscient, voire délibéré ? Le citoyen ordinaire qui pense que la médecine française est la meilleure du monde a-t-il été informé des choix qui sont faits pour lui ? Il est de notre devoir de médecins, de médecins radiologues d'offrir à nos patients le meilleur des moyens diagnostiques et thérapeutiques. Mais, il est aussi de notre devoir d'informer les citoyens des conséquences des mesures prises à l'encontre de l'imagerie.

Docteur Jacques NINEY
Président de la FNMR

sommaire # 343

■ Assureurs complémentaires : Accès à l'imagerie pour tous les patients et reste à charge. Quel rôle pour l'assurance complémentaire ?	04
■ Convention médicale 2011	13
Un combat de chaque instant	21
Une convention innovante	23
La convention 2011 en moins de 4000 signes	25
La convention médicale et les revenus des médecins	26
Convention médicale et revenus des médecins du point de vue de l'U.ME.SPE.	27
■ Le Conseil constitutionnel valide la LFSS 2012	28
■ Hommages	28

■ Statistiques : Dépenses de l'assurance maladie	29
■ RSNA 2011	30
■ Vie fédérale	35
■ Petites annonces	38

Annonces	BRACCO	02
	FORCOMED	36 - 37
	GUERBET	40
	PMFR	39





Accès à l'imagerie pour tous les patients et reste à charge. Quel rôle pour l'assurance complémentaire ?

Le reste à charge et l'avance de frais constituent des freins pour certains assurés qui sont de plus en plus nombreux à renoncer à des soins ou à les reporter. L'intervention des assureurs complémentaires peut contribuer à résoudre ces obstacles.

Ce sont ces questions que la FNMR a voulu mettre en débat avec des assureurs complémentaires lors d'un séminaire, animé par Pascal Beau¹, qu'elle a organisé le 3 novembre dernier.

Nous publions, une synthèse de cette rencontre qui est le premier pas pour dégager des solutions au service des patients afin que l'imagerie médicale, au cœur du parcours de soins, reste accessible à tous.



Dr Jacques Niney

Jacques Niney, Président de la FNMR, après avoir accueilli et remercié les participants, fixait les enjeux du séminaire.

Sous l'effet conjugué des déremboursements décidés ces dernières années et, dans certaines spécialités, de dépassements d'honoraires non pris en charge par les complémentaires, le reste à

charge des assurés sociaux est en hausse constante. Le reste à charge pèse différemment sur les ménages selon leur

niveau de revenu. Il est proportionnellement plus important pour les faibles revenus. Cette situation conduit un nombre croissant de personnes à différer ou à renoncer à des soins. La question financière devient un obstacle sérieux à l'accès aux soins.

Les cabinets d'imagerie reçoivent de plus en plus de demandes de renseignements sur les tarifs des actes sans prise de rendez-vous. Ces demandes, non recensées, constituent le signe d'un frein financier pour un nombre croissant de patients.

Pour l'imagerie médicale, l'accès aux soins présente un double aspect, économique et géographique.

La dimension économique tient à trois variables : les contributions diverses qui s'appliquent aux actes médicaux, les dépassements du secteur 2 et les avances que les patients doivent faire avant remboursement.

L'imagerie médicale est dans une situation spécifique face au reste à charge, proprement dit.

En effet, si elle est affectée par les contributions qui s'appliquent à tous les actes et prestations telle que la participation forfaitaire de 1 euro, elle est exonérée de la participation forfaitaire de 18 € pour les actes dont la valeur est supérieure à 120 €. Il n'est, cependant, pas certain que tous les patients aient connaissance de cette exonération alors que les tarifs unitaires des examens d'imagerie sont relativement élevés et peuvent donc être dissuasifs dans certains cas.

La valeur moyenne d'un acte d'imagerie conventionnelle est d'environ 55 € avec un ticket modérateur d'une vingtaine d'euros. Même si les niveaux de remboursement sont plus élevés que les patients ne peuvent le penser, l'avance de frais pour ces examens peut dissuader.

Les intervenants

Arnaud Alain, Président de la Mutualité de la Fonction Publique

Babusiaux Christian, Président de l'Institut des Données de Santé

Bourgueil Yann, directeur de l'IRDES

Chassang Michel, Président de la CSMF

Cosnard Frédéric, Directeur médical de Santéclair

Dehaene Jean-Luc, 1^{er} Vice-Président d'Honneur de la FNMR

Ducloy Gilles, assureur

Khelifa Aïssa, HMS

Nadal Dominique, Directeur commercial des assurances collectives d'Axa

Tisserant Alain, Président du CA du CETIP

Vincent Wilfrid, Délégué général de la FNMR

¹ Directeur de la revue Espace Social Européen.

Une solution apparemment évidente pourrait être la généralisation du tiers payant. Les radiologues n'ont pas d'opposition de principe mais cette option, qui lie intrinsèquement les sites d'imagerie et les caisses d'assurance maladie, n'est acceptable que si les relations avec les caisses sont normalisées.

Les dépassements en secteur 2 sont un troisième facteur de reste à charge. S'ils existent, il faut souligner que 92 % des médecins radiologues libéraux sont en secteur 1. C'est dire que dans presque tous les territoires de santé, il y a une offre d'imagerie à tarifs opposables.

Il faut aussi tenir compte d'une double contrainte démographique : la diminution tendancielle des effectifs de radiologues d'ici à 2025 (-25 %) et l'installation, depuis quelques années, de jeunes radiologues, anciens chefs de clinique, en secteur 2. Cela veut dire que l'écrasante majorité des nouveaux radiologues pourront opter pour le secteur 2, mais aussi qu'une attitude responsable des radiologues comme des financeurs doit permettre à ces jeunes de privilégier un ancrage en secteur conventionnel.

Si, au final, les facteurs qui tendent à accroître le reste à charge pour un certain nombre de spécialités jouent peu en imagerie médicale, le problème est aujourd'hui relativement circonscrit, le risque demeure latent et doit être géré avec discernement.

“ Ne plus faire peser sur l'imagerie de nouvelles mesures qui détruirait définitivement ce maillage territorial. ”

Le second facteur de difficulté d'accès à l'imagerie est d'ordre géographique en raison de la remise en cause du maillage territorial.

Les mesures d'économies prises ces dernières années à l'encontre de l'imagerie ont conduit à la fermeture de plusieurs dizaines de cabinets : fermetures pures et simples faute de repreneur, fermetures pour raison économique, fermetures partielles, enfin regroupements.

Il appartient aux tutelles de ne plus faire peser sur l'imagerie de nouvelles mesures qui détruirait définitivement ce maillage territorial que les radiologues ont réussi à maintenir en favorisant la proximité d'une radiologie de première intention ou encore la présence du dépistage du cancer du sein dans toutes nos régions.

La situation est plus complexe en ce qui concerne l'accès au scanner et à l'IRM. Selon la DREES tous les Français se situent à moins de 20 minutes d'un de ces équipements. On pourrait considérer qu'il n'y a pas de problème d'accès géographique. En réalité, une étude annuelle montre que l'accès à un scanner et, surtout à une IRM, est très inégal d'une région à l'autre. Ainsi, pour une IRM, le délai de rendez-vous peut varier de 15 à 45 jours. On est loin de l'objectif du Plan Cancer qui prévoyait un délai maximum de 15 jours.

² Institut de la Recherche et de la Documentation en Economie de la Santé.

³ Selon l'agrégat de la consommation des soins et biens médicaux (CSBM)

La FNMR a soumis aux pouvoirs publics des propositions susceptibles de répondre aux problèmes de l'organisation de l'offre. Il s'agit des POles Sectoriels d'Imagerie Médicale (POSIM) et du développement des IRM à visée ostéo-articulaire. Ces propositions répondent en partie à la problématique de l'accès aux soins, mais ne règlent pas la question du frein financier.

Jacques Niney concluait en rappelant que la FNMR s'inscrit dans une démarche collective de la profession. Elle ne peut donc suivre des solutions du type contrat individuel entre praticien et payeur. Toutes les autres pistes restent ouvertes.

Evolution récente des restes à charges... et de l'accessibilité financière aux soins (Yann Bourgueil, IRDES ²)



Yann Bourgueil

Yann Bourgueil expose les différences entre le reste à charge dit RAC AMO et le RAC AC. Le RAC AMO est le reste charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Le RAC AC est le reste à charge après le remboursement de l'assurance maladie complémentaire.

Depuis 1980, la prise en charge des dépenses de santé ³ est passée de 80% à 75,5%. Le report s'est fait principalement sur les complémentaires, le taux de dépenses des ménages restant stable. C'est pour l'ambulatoire et le médicament que le RAC a été le plus fort. L'assurance maladie joue son rôle de mutualisation sur le gros risque et les grosses dépenses. Le RAC, après AMO, a été assuré par les complémentaires mais avec des hausses de tarifs.

Il faut noter qu'un taux de remboursement élevé (70%) peut masquer des montants de RAC élevés comme dans le cas des patients cumulant des actes onéreux. Inversement, des taux de remboursement faibles peuvent être liés à un RAC peu important. L'enjeu est la répartition du RAC entre les individus. Pour de nombreux patients, le RAC n'est pas corrélé au taux de remboursement. Il faut également considérer le RAC par rapport aux revenus, aux cotisations et aux primes. Le RAC pour une personne à revenus élevés n'a pas le même sens que pour une personne à revenus faibles.

Pour ce qui est du reste à charge, un pour cent de la population a un RAC supérieur à 3 290 € sur une année. Pour le dentaire, un pour cent de la population a un RAC supérieur à 1 915 €.

Enfin, il faut tenir compte des cotisations d'assurance maladie obligatoire et des primes d'assurance complémentaire pour aboutir au taux d'effort, qui correspond à la part supportée par les personnes par rapport à leurs revenus.

Il peut y avoir une baisse du RAC liée à une non-consommation, c'est-à-dire à un renoncement aux soins. Plusieurs motifs peuvent l'expliquer. Selon une enquête de l'IRDES, 30 % des motifs de renoncement ont une cause financière. Les renoncements portent en premier sur les soins dentaires et l'optique qui font l'objet de faibles taux de remboursement.

Evolution du taux de remboursement en radiodiagnostic et imagerie médicale

Années	Taux de remboursement
2005	83 %
2006	82 %
2007	82 %
2008	78 %
2009	78 %

Eco Santé France 2011 – IRDES

La baisse du taux moyen de remboursement en imagerie est due à l'interdiction d'additionner les actes pour dépasser la limite d'exonération de 120€ et à la baisse de la valeur unitaire des actes.

Les médecins radiologues libéraux (Wilfrid Vincent, FNMR)



Wilfrid Vincent

En France, les radiologues sont près de 7 500 dont plus de la moitié en libéral. La profession ne comprend qu'un tiers de femmes. Les jeunes diplômés s'installent majoritairement comme salarié, ce qui explique une féminisation beaucoup plus forte des radiologues hospitaliers que des radiologues libéraux. 10 %

s'installent dans le secteur libéral et 1 % crée un cabinet.

Les radiologues libéraux ont une moyenne d'âge supérieure à celle de l'ensemble des radiologues, ce qui reflète l'orientation vers le salariat des jeunes diplômés.

Une récente enquête de la FNMR ⁴ a montré qu'il y a une forte modification de l'organisation du mode d'exercice. Il y a une dizaine d'années entre 40 et 50 % des radiologues libéraux exerçaient en cabinet individuel ou à deux. Depuis, le cabinet individuel est devenu très minoritaire et c'est le travail en association qui prédomine. Néanmoins, les cabinets restent de dimensions réduites puisque ceux comprenant de 1 à 4 associés représentent la moitié de l'effectif et ceux de 10 associés et plus ne font qu'un quart de l'effectif.

La moitié des radiologues libéraux exerce dans des villes moyennes, 22 % dans des grandes villes et 31 % dans des petites villes. Environ 40 % des médecins radiologues travaillent dans des établissements et 23 % exercent dans des services d'urgence, dont la moitié assure des permanences de soins 24 heures sur 24.

La moitié de l'activité, en actes, est réalisée en radiologie conventionnelle, l'échographie représente environ 40 %, dont la moitié est réalisée par des non-radiologues, le scanner atteint 7 % et l'IRM 4 %.

L'imagerie en coupe, qui est encore très réduite en nombre d'actes, représente plus de 20 % en remboursement, ce qui peut nous inquiéter pour le reste à charge, mais elle est aussi la condition de la substitution des techniques.

L'imagerie en coupe est aujourd'hui accessible pour presque tous les libéraux, mais sur des vacations très limitées. Les radiologues ayant un accès inférieur à 4 heures par semaine, représentent 20 % de la population en scanner et 32 % en IRM. Ceux qui font plus de huit heures représentent 20 % en scanner et 15 % en IRM. Il reste 10 % des radiologues qui n'ont aucun accès.

Les médecins radiologues sont relativement bien répartis géographiquement assurant une densité homogène. Selon la DREES ⁵, la plupart des Français résident à moins de 20 minutes d'un radiologue. Mais cet indicateur n'a pas forcément de sens puisqu'il faut lier « le médecin » à un équipement d'imagerie. Dans ce cas, des différences apparaissent entre les régions en raison du temps d'accès. Il faut aussi tenir compte du délai de rendez-vous. L'enquête réalisée, annuellement, par l'institut Imagerie Santé Avenir sur les rendez-vous en scanner et, surtout en IRM, évalue le délai, suivant les régions, de 15 à 60 jours.

Les dépassements d'honoraires ne constituent pas, en tant que tels, un problème en radiologie, puisque plus de 90 % des radiologues sont en secteur 1. Les médecins en secteur 2 sont essentiellement présents en quelques points du territoire comme Paris, Lyon ou PACA.

Selon les chiffres 2008 de la DREES, la part des dépassements dans les honoraires représentent 11 % pour l'ensemble des spécialistes, allant de 42 % pour les stomatologues à 3,9 % pour les pneumologues. Les radiologues se situent à 4,1 %.

Part des dépassements dans les honoraires totaux	2008
Radiologues	4,1 %
Stomatologues	42,3 %
Pneumologue	3,9 %
Ensemble spécialistes	11,1 %

⁴ Les résultats de cette enquête ont été présentés dans le n° 341 de novembre 2011 de la Lettre du Médecin Radiologue.

⁵ Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques

La démarche qualité en imagerie médicale (Aïssa Khelifa, HMS)



Aïssa Khelifa

Il n'y a que deux voies possibles de maîtrise des dépenses d'imagerie. La première, suivie par l'assurance maladie consiste à baisser régulièrement le prix des actes. Elle a une limite car les prix unitaires de l'imagerie, à quelques exceptions près, sont relativement bas aujourd'hui. La seconde est la maîtrise des volumes qui passe par

une problématique de qualité, des accords mieux négociés par les tutelles avec la profession.

La démarche qualité en imagerie comporte six axes : la maîtrise de l'exposition aux rayonnements ionisants, les guides de bon usage, les règles opposables de bonne pratique, les observatoires de la pratique professionnelle, la certification des sites d'imagerie et le projet professionnel commun (PPC).

La maîtrise de l'exposition est encadrée par la directive Euratom et le principe ALARA ⁶. C'est ce qui conduit les radiologues à privilégier les techniques les moins irradiantes et, lorsque la technique est irradiante, à limiter, au maximum, la dose d'exposition.

Plusieurs moyens permettent de respecter ces contraintes : les progrès sur les matériels, la mesure de l'exposition, les niveaux de référence diagnostiques (NRD), les contrôles des appareils. La profession organise aussi des formations à la radioprotection...

Le guide de bon usage des examens d'imagerie, réalisé par la profession, indique l'examen le mieux adapté sur le plan

diagnostique en intégrant la dimension "exposition aux radiations". Mais l'insuffisance d'équipements en coupe ne permet pas de le suivre systématiquement. D'autre part, aucune étude médico-économique n'a été menée sur le rapport « cout-avantage » des examens.

Des réflexions sont aussi conduites par l'ADPIM ⁷ pour intégrer des outils d'aide à la décision dans les systèmes d'information.

Les règles opposables de bonne pratique sont spécifiques à la profession de radiologue. Elles sont apparues avec la généralisation du dépistage du cancer du sein : seuil de 500 mammographies, formation obligatoire, les contrôles de qualité, la seconde lecture, la transmission des données à un observatoire (SENOLOG) ⁸.

Ces démarches ont permis d'améliorer la qualité moyenne depuis 2003. L'arrivée des mammographies numériques relance la formation ⁹.

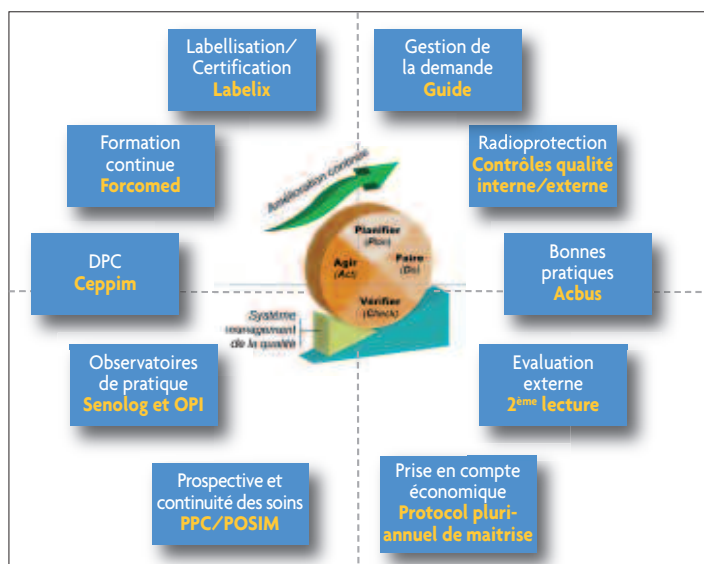
Un autre observatoire des pratiques professionnelles, l'Observatoire Pour l'Imagerie médicale (OPI), lancé en 1999, vient d'être rénové. L'objectif est de recenser au moins 20% du total des examens d'imagerie afin de fournir un instrument de benchmark aux radiologues.

La certification des sites d'imagerie peut passer par la certification ISO ou par Labelix, organisme de certification propre à la profession. Environ 200 sites ou groupes d'imagerie sont entrés dans cette démarche de labellisation qui couvre l'accueil, la sécurité, l'hygiène et l'information des patients.

Actuellement, cette labellisation n'est pas valorisée bien qu'elle soit réalisée en partenariat avec la Haute Autorité de Santé.

Le projet professionnel commun (PPC) vise à assurer une présence radiologique dans tous les territoires par la coopération entre les secteurs publics et privés dans des structures nouvelles que sont les Pôles d'Organisation Sectorielle en Imagerie Médicale (POSIM), reconnus à titre expérimental dans la loi Fourcade.

L'ensemble de la démarche de la qualité peut être intégrée dans une roue d'Eming avec, autour, les principaux axes développés par la profession.



⁶ Qui signifie aussi bas que raisonnablement acceptable.

⁷ Association pour le Dossier Personnel d'Imagerie Médicale.

⁸ SENOLOG fournit des informations sur les actes réalisés, le radiologue effecteur, le mammographe, le site d'exercice, le motif d'examen, les circonstances en DO ou en DI, la spécialité de l'adresseur, sur les patientes.

⁹ En 2011, 1800 radiologues et 1839 manipulateurs formés à la mammographie numérique.

Une expérience régionale : le Nord (Jean-Luc Dehaene, FNMR)



Dr Jean-Luc Dehaene

Jean-Luc Dehaene, qui relate l'expérience régionale du Nord, rappelle que cette région est la troisième de France par sa population avec quatre millions d'habitants. La densité d'habitants est élevée : 324 habitants par kilomètre carré¹⁰.

Jusqu'au regroupement récent, 13 caisses primaires d'assurance maladie y étaient installés. La protection sociale y est une vieille tradition, très marquée par le régime minier, le textile et la sidérurgie.

Le régime minier a influencé l'organisation de la protection sociale complémentaire dans la région. Il offrait une gamme complète de services médicaux dans un réseau sanitaire intégré, qui délivrait une médecine de caisse gratuite avec des médecins généralistes et spécialistes salariés, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et des laboratoires de biologie.

À Roubaix-Tourcoing, le régime textile remonte à la fin du 19^{ème} siècle. A Roubaix, 80 % de la population active étaient occupés par le textile au moment de la première guerre mondiale. L'action sociale s'étendra progressivement au logement et à la santé.

Dans la sidérurgie nordiste, avec deux bassins principaux, le Hainaut-Valenciennes et le Dunkerquois, des mutuelles puissantes vont se mettre en place. Leurs adhérents, inspirés par l'exemple minier, vont rechercher une prise en charge médicale complète. Des accords spécifiques seront négociés et signés entre praticiens et mutuelles qui mettaient en place une prise en charge à 100 % avec un tiers payant intégral. Les mutuelles s'engageaient à régler rapidement 100 % aux

praticiens moyennant un escompte de 2 à 3%. Les mutuelles récupéraient la part remboursable auprès de l'assurance maladie obligatoire.

La signature de ces accords particuliers a fait grand bruit avant d'être remis en cause par les praticiens et l'assurance maladie. C'était l'époque où les syndicats médicaux engageaient leurs adhérents, par une signature avec la mutuelle, ce qui dispensait les praticiens de signer les conventions individuelles, que l'on connaît maintenant qui sont rebutantes. Dans le Nord, un grand groupe multisites, suivi par d'autres, après avoir recensé dans son portefeuille 1990 conventions individuelles et pris la mesure du retard de paiement de certaines mutuelles excédant parfois deux ans et excluant donc le recouvrement des créances, a rompu globalement ses accords dans un site, traditionnellement attaché au tiers payant. Le tiers payant intégral entraînait aussi une dépendance de trésorerie quasi totale.

Enfin, un autre motif du rejet des conventions individuelles a été le refus de prise en charge par les mutuelles du supplément d'archivage.

Le dialogue n'est toutefois pas rompu car, sur l'initiative de la mutualité française du Nord, des contacts ont été noués avec la FNMR régionale pour redéployer des relations fonctionnelles entre radiologues et mutuelles.

L'objectif est triple :

- Transmettre aux mutuelles des demandes de remboursement électronique (DRE), avec ou sans tiers payant, moyennant un engagement de règlement dans les quatre jours.
- Exploiter automatiquement les droits AMC des bénéficiaires en Carte Vitale.
- Bénéficier de services en ligne.

Ceci montre le poids des complémentaires dans la région avec près d'un million d'adhérents. Mais la région se distingue aussi par le taux très élevé de CMU complémentaires, qui approche les 10 % de la population, soit 400 000 habitants environ.

Accords mutuelles syndicats médicaux dans la région Nord

- Accords Mutuelles – Syndicats médicaux
- Accords individuels

puis

- Rejet des accords : Remise en cause du 1/3 payant intégral.

Motifs :

- Trop grand nombre de conventions
- Retards de paiement
- Dépendance de trésorerie
- Absence secteur 2 dans le Nord
- Refus de la prise en charge du « forfait archivage »

¹⁰ Contre 114 en France métropolitaine et 960 en Ile-de-France.

La structure de coût d'un assureur complémentaire (Gilbert DUCLOY, assureur)

L'assurance maladie obligatoire a tendance à se désengager et, malgré cela, la répartition du rapport entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) n'a pas été fondamentalement bouleversée.

"Aux grandes heures" de l'assurance maladie obligatoire, la



Gilbert Ducloy

part de l'AMO dans les dépenses de santé était d'environ 80 %, elle est aujourd'hui à 76,7 %. Ce taux est relativement stable depuis quelques années.

La part des ménages culminait à 14 % avant la mise en place de la CMU, elle a depuis considérablement diminué et se situe autour de 8 %.

Mais les grands agrégats cachent une réalité : Les maladies chroniques représentent 65 % des dépenses de l'AMO et un zoom sur les autres pathologies, les soins de ville, permet de constater que le partage des rôles entre AMO et AMC n'est pas le même, puisque la part de financement de la sécurité sociale n'est plus que de 55 %.

L'assurance complémentaire présente trois caractéristiques. C'est une activité à faible marge. Les complémentaires n'ont pas droit au déficit, elles sont condamnées aux bénéfices, ou aux excédents pour les mutuelles. Elles doivent justifier d'une forte marge de solvabilité pour faire face à leurs engagements. Pour comparaison, la marge imposée aux complémentaires est à 16 %, alors que celle des banques est de 7 %.

Il en découle que l'AMC n'a pas d'autre solution que d'opérer des hausses tarifaires. Pour 2011, les tarifs ont varié et les cotisations ont augmenté entre 8 et 10 %. Ce n'est pas directement lié à l'activité assurantielle, car 8,5 % correspondent à la répercussion de trois causes¹¹. La hausse en 2012 devrait être du même ordre.

La radiologie n'est pas un poste au cœur des préoccupations des complémentaires, en raison de son faible poids dans le montant des prestations qu'elles versent. A ce point qu'elle n'apparaît pas forcément dans les garanties en étant souvent intégrée dans le poste honoraires.

Structures des dépenses des complémentaires			
- 65 % Pharmacie	20 %	Analyses	5 %
Pharmacie - 35 %	10 %	Orthodontie	2.5 %
Prothèses dentaires	13 %	Radiologues	2.5 %
Hôpital	12 %	Soins conservateurs	2.3 %
Honoraires	12 %	Actes en K	2.3 %
Optique	9 %	Petit appareillage	1.6 %
Auxiliaires médicaux	5 %	Prothèses auditives	1.2 %
Transports	0.7 %	Cures thermales	0.7 %

Le périmètre des postes à honoraires libres ou prix non réglementés, qui correspond à l'optique, au dentaire, à la radiologie, aux spécialistes de secteur 2, représente 50%. Une

¹¹ Les trois causes sont : l'instauration d'une taxe de 3,5% sur les conventions d'assurance, le déremboursement avec le transfert de l'AMO vers l'AMC, la dérive naturelle des dépenses de santé.

liberté tarifaire mal orientée peut avoir un certain nombre de conséquences, notamment le renoncement aux soins et la démutualisation.

L'augmentation importante des cotisations d'AMC ces dernières années pèsent lourdement dans le budget des ménages, ce qui entraîne un renoncement à l'assurance maladie complémentaire de ceux qui ne "peuvent" plus payer, mais aussi de ceux qui ne "veulent" plus payer.

Complémentaires et radiologie (Frédéric COSNARD, Santéclair)



Frédéric Cosnard

Le groupe Santéclair représente six millions de bénéficiaires au travers de ses différents actionnaires (assureurs, mutuelles, institutions de prévoyance). Gestionnaire du risque santé, il a pour mission d'éclairer les choix de ses adhérents. Il intervient chaque fois qu'il y a un arbitrage qui prend en compte le tarif, donc les prix libres, ou encore lorsqu'il y a des aspects

de qualité ou de fraude, par exemple, en optique où l'on peut faire payer un verre de marque pour un verre générique.

Concernant le tarif des prestations, l'assureur complémentaire travaille au cas par cas. Dans des domaines où il y a très peu de bases de données, comme la radiologie, il s'agit d'analyse de devis, ce qui s'est fait historiquement en optique, dentaire, audioprothèse et en chirurgie. La caractéristique des professions de santé est d'être très réglementée, d'avoir une faible transparence et peu de mise en concurrence.

L'information et l'orientation des consommateurs de soins porte aussi sur des services plus complexes de mise en place de réseaux de soins. De ce fait, l'assureur devient « un acheteur » de prestations. Dans ce cas, il y a toujours un volet "prix" dans la négociation avec les professionnels, lorsque les prix sont libres, et un aspect volume, c'est-à-dire une approche sélective qui implique que tous les membres d'une profession ne seront pas conventionnés.

La stratégie est adaptée à l'environnement professionnel. Cela ressemble à la stratégie développée par la FNMR, en étant extrêmement ouvert et en cherchant à valoriser la profession radiologique. De ce point de vue, la position prise par la FNMR vis-à-vis de la labellisation des centres fait partie d'un environnement favorable. Il y a peu de professions de santé qui sont aussi avancées dans ce processus. En revanche, le refus du conventionnement individuel représente une difficulté par rapport à la démarche de certaines complémentaires.

La mutualité, acteur de la santé plus que complémentaire (Alain ARNAUD, Mutualité de la fonction publique)



Alain Arnaud

La mutualité veut être acteur de santé et de protection sociale, plus qu'opérateur de complémentaire santé. C'est un mouvement d'idées qui donne à la branche maladie un rôle prépondérant dans le système français de santé et de protection sociale.

Elle regroupe des organisations dont les activités s'appuient sur des principes, en particulier, sur une conception solidaire de la prise en charge des problèmes de santé de leurs adhérents. Le fonctionnement des mutuelles s'accommode mal de la référence au marché-concurrence et au consumérisme.

Comment conjuguer des systèmes solidaires avec la concurrence ? Comment concilier la responsabilité collective avec le choix individuel ?

La réalité montre que l'acquisition d'une couverture complémentaire est devenue aujourd'hui incontournable. Cela pose la question du rôle des organismes complémentaires et de leur articulation avec l'assurance maladie obligatoire. La mutualité revendique un rôle significatif dans l'organisation du système de santé, aux côtés de l'assurance maladie obligatoire pour agir, en particulier, sur la prévention, la gestion du risque et la qualité.

La mutualité Française travaille sur cette problématique. D'ores et déjà, deux questions peuvent être mises en avant :

- Le cadre de concertation indispensable à mettre en place entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.
- Le droit à la complémentaire santé solidaire pour tous.

La mutualité souhaite travailler sur l'organisation de relations efficaces, plus libres et transparentes avec les professions de santé, notamment avec celles représentant un secteur où l'intervention complémentaire et mutualiste est importante. Elle le fait avec les chirurgiens-dentistes, dont les deux-tiers ont adhéré à un accord-cadre signé avec leur syndicat.

Il n'y a pas de raison que ces accords n'existent pas pour d'autres professions, à partir du moment où ils s'appuient sur ce que les uns et les autres veulent. La mutualité espère

que les accords qui seront conclus, le seront sur la base de fondamentaux, comme l'opposabilité des tarifs, la maîtrise des restes à charge ou les engagements en termes de prévention et de qualité.

C'est bien parce que ces critères n'ont pas été réunis, à ce jour, que la mutualité ne s'est pas engagée, y compris au sein de l'UNOCAM, dans le secteur optionnel.

La relation entre un assureur complémentaire et la FNMR (Dominique Nadal, Axa)

Le constat, un peu brutal, est que la relation est faible. Ce n'est pas la qualité des hommes qui est en cause mais la part mineure que l'imagerie représente dans les prestations, environ 3,5% des remboursements du portefeuille individuel et collectif de la société, soit 50 millions d'euros de prestations.



Dominique Nadal

La connaissance de ces dépenses est limitée aux actes réalisés dans le cadre d'une activité libérale, d'un parcours en ambulatoire et des cliniques ou des hôpitaux privés. Il n'y a pas d'information détaillée pour les actes d'imagerie dans les hôpitaux publics. Mais il n'est pas incohérent de penser que, lorsqu'il y a 3,5% de remboursements en libéral, il y a autant d'actes effectués dans le cadre hospitalier. Au total, le poids de l'imagerie doit être proche de 7 à 8%.

Une relation efficiente passerait par une meilleure connaissance réciproque et l'assurance complémentaire souhaite mieux cerner l'état économique de la spécialité.

Parmi les axes sur lesquels les relations avec la FNMR pourraient se renforcer, il y a, évidemment, le tiers payant. Les données disponibles laissent à penser qu'environ 60% des radiologues sont connectés pour le tiers payant étendu, ce qui est relativement faible par rapport à d'autres professions.

Les enquêtes auprès des assurés de complémentaires montrent que le tiers payant est un sujet important. Les assurés demandent son extension aux actes d'imagerie. Le secteur optionnel est, pour les assureurs complémentaires, un élément important dans le cadre de relations futures. Les discussions se passeront, au sein de l'UNOCAM, parce que les impacts sont lourds.

Enfin, des politiques de qualité et d'efficacité pourraient faire l'objet d'une contractualisation avec la profession et enrichir les relations entre la FNMR et les complémentaires.

Le partage des informations médicales (Christian Babusiaux, Institut des Données de Santé)



Christian Babusiaux

Pour l'Institut des Données de Santé, les relations entre les complémentaires et les professions de santé, s'inscrivent dans un cadre plus général, parce qu'il faut que tous les partenaires puissent accéder aux mêmes types de données, respectant les conditions de confidentialité, de secret médical et de protection

de la vie privée.

Toutes les professions de santé doivent pouvoir accéder aux données dont elles ont besoin pour mener leur propre politique et éclairer leurs positions dans les négociations. De la même manière, il faut que les complémentaires, mais aussi tous les autres partenaires du système de santé, comme les fédérations hospitalières, aient le plus large accès.

L'IDS essaye de rendre disponibles deux types de données pour l'ensemble des intervenants. Le premier concerne les bases de données, le second, des tableaux de bord

Il y a deux bases de données principales.

La première est le Système National d'Informations Inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM). Ce fichier comprend les données anonymisées de remboursement de 65 millions de Français. Un échantillon, dit l'Echantillon Général de Bénéficiaires, l'EGB, correspond à 600 000 assurés sociaux. Il est plus maniable et il est disponible sur une durée plus longue.

La seconde base de données est le Système National d'Information sur l'Hospitalisation (SNATIH) qui regroupe les données financières et d'activités des établissements hospitaliers.

Outre les bases de données, il y a également les tableaux de bord, actuellement quinze sont en ligne et vingt-quatre le seront début 2012. Il existe un tableau de bord sur le reste à charge, un sur les transferts ville-hôpital, un sur le suivi des actes réalisés par les radiologues et radiothérapeutes exerçant une activité libérale...

Les processus de mise à disposition de ces informations sont longs car techniquement complexes. Mais, dans la situation où se trouve le système de santé, le fait que tous puissent accéder aux mêmes types de données et de tableaux de bord est un élément de rationalité, de clarté et de confiance du dialogue entre tous les acteurs.

¹² Le CETIP est l'opérateur de règlement du système de tiers-payant professionnel Santé-Pharma

Le point de vue d'un acteur des contrats collectifs (Alain Tisserant, Président du Conseil d'Administration du CETIP¹²)

La loi de 2005 de Douste-Blazy a réformé profondément le système de santé. Elle a créé l'UNCAM, qui fédère la CNAM et les organismes des régimes généraux des professions non salariées, et l'UNOCAM qui regroupe les complémentaires.

L'objectif de l'UNOCAM était de prendre une part plus importante

dans la discussion et les décisions de santé publique, notamment dans les relations avec les professionnels de santé.

La deuxième réforme importante a été la création des contrats responsables avec l'instauration du parcours vertueux, et, en parallèle, la réforme de la fiscalité. Les contrats responsables ont bénéficié d'une fiscalité propre aux produits et non à l'opérateur.

Il y a eu, également, la création de l'option de coordination, qui a apporté la première reconnaissance officielle de la capacité à dépasser le tarif opposable.

L'UNOCAM a toujours dit qu'elle n'était pas opposée à la mise en place d'un secteur optionnel, donc, qu'elle acceptait en partie de reconnaître, sous certaines conditions, qu'il pouvait y avoir des dérogations à l'application du tarif opposable. Mais les complémentaires ne peuvent être une variable d'ajustement d'accords passés entre les syndicats médicaux, le régime général et les pouvoirs publics.

La création de la Haute Autorité de Santé donnait une valeur d'expertise à une instance extérieure à l'UNCAM et l'UNOCAM pour définir si tel traitement était utile et nécessaire, ce qui impliquait la mise en place d'un niveau de remboursement diversifié de la part du régime général.

Les complémentaires santé et l'UNOCAM voyaient augmenter la différence des prestations à servir au fur et à mesure que le régime général se désengageait.

Mécaniquement, la hausse se fait plus ou moins modérément et ne tient pas compte du fait que, par le désengagement et le transfert de charges du régime général sur les régimes complémentaires, on amène la population à absorber, par ses cotisations complémentaires, le déficit global de la politique de santé. De ce fait, 20 % de la population qui ne sont pas couverts par une complémentaire santé sont laissés de côté.

Pour conclure, les institutions de prévoyance s'occupent principalement des contrats collectifs, qui sont des contrats



Alain Tisserant

solidaires. Les actifs les mieux rémunérés contribuent pour ceux qui le sont le moins.

Les contrats collectifs sont de la mutualisation puisque cela permet, dans le cadre d'un accord collectif de branche, d'obliger des entreprises, qui ont les moyens de financer, à couvrir les salariés des très petites entreprises de la même branche professionnelle.

Système conventionnel et complémentaires (Michel Chassang, CSMF)



Michel Chassang

Le système de santé Français est basé sur la solidarité : on cotise selon ses moyens, on reçoit selon ses besoins. C'est le droit à la santé pour tous.

La CSMF s'inscrit dans cette notion puisqu'elle défend l'idée d'une médecine libérale et sociale. Ce système solidaire s'est d'abord construit sur les arrêts de travail puis sur la santé. Il a fallu du temps

pour établir des relations conventionnelles avec la première convention en 1971.

La convention est basée sur un système solidaire mais collectif. C'est le contrat collectif qui régit les rapports entre les professionnels et l'assurance maladie.

Les organismes complémentaires se sont logés dans un certain nombre de niches, qui sont apparues au fur et à mesure que le système connaissait des problèmes, comme pour le ticket modérateur, le forfait hospitalier, les dépassements d'honoraires. De nouvelles niches apparaissent et certaines complémentaires prennent en charge des prestations non remboursées, par exemple : l'ostéopathie.

Par ailleurs, il y a un amalgame entre le renoncement aux soins et le reste à charge. Celui-ci ne se résume pas aux dépassements d'honoraires. C'est la partie la plus minoritaire du reste à charge, qui est constitué par des pans entiers de soins, en particulier, l'optique, le dentaire et l'audioprothèse.

Il y a, incontestablement, aujourd'hui, la nécessité de réorganiser la gouvernance du système, en particulier de l'UNOCAM. En schématisant, lorsque les syndicats médicaux signent un texte, ils engagent l'ensemble de la profession, lorsque l'UNOCAM signe un texte, elle engage aussi l'ensemble de la profession, lorsque l'UNOCAM signe un texte, elle n'engage personne. C'est un vrai problème de gouvernance.

Le deuxième problème est la valeur des signatures. Les syndicats médicaux sont habitués au fait que l'État ne respecte pas les engagements qu'il a signés.

Il a signé un texte, en 2004, avec la volonté d'appliquer le secteur optionnel en juin 2005.

¹³ Il s'agit de la mise en place de systèmes de coopération entre les secteurs public et privé.

Pour l'UNOCAM, sur injonction du Parlement le 15 octobre 2009, nous avons signé un texte, mais nous avons l'impression qu'il y a un signataire qui ne se sent plus engagé sur ce texte. C'est le deuxième problème de l'UNOCAM qu'il va falloir résoudre.

Il est impératif qu'un accord soit trouvé rapidement pour donner une crédibilité au système et pour éviter que l'État, par l'intermédiaire du Parlement et de PLFSS successifs, annule toute la Convention.

A l'issue de ces interventions, le débat qui s'engage fait apparaître un certain nombre de questions.

Si la problématique première a été celle du reste à charge, la question de l'avance de frais apparaît aussi comme un élément majeur de l'accès aux soins, sans doute plus important que le reste à charge.

Comment, dans le contexte des relations, qui ne sont pas des meilleurs, entre les professionnels, l'État et l'assurance maladie peut-on inventer un instrument qui permette la dispense de l'avance de frais et évite le conventionnement individuel? La question est d'autant plus importante que l'imagerie représente, avec 60 millions d'actes par an, trois milliards d'euros de dépenses.

En ce qui concerne le partage de données, la profession dispose d'outils (SENOLOG, OPI). Un partage de ces informations dont le caractère médical est essentiel peut-il être envisagé ?

Enfin, si la profession s'engage dans des accords-cadres avec des organismes complémentaires, cela n'interdit pas forcément une déclinaison régionale voire individuelle.

Enfin, quelles seront les conséquences de la hausse des tarifs sur les contrats responsables ? Conduiront-elles à la disparition de ces contrats ? Quelles en seraient les conséquences sur les réflexions menées dans le cadre de ce séminaire ? Le retour à la sélection médicale ? Le risque d'une démutualisation ?

En conclusion de ce séminaire, Jacques Niney rappelait que la FNMR tient à définir un cadre général, pour pouvoir ensuite, éventuellement, le décliner, l'opération inverse n'étant pas possible.

Il soulignait l'indispensable climat de confiance qui doit présider aux relations avec les caisses ce qui est loin d'être le cas actuellement.

La volonté de la FNMR a permis d'aboutir, au bout de deux ans, sur un Projet Professionnel Commun ¹³, qu'elle avait initié. Elle entend faire preuve de la même volonté dans les discussions qu'elle souhaite avoir avec les organismes complémentaires.

Un premier élément est, évidemment, le reste à charge. Mais un deuxième doit concerner la qualité dont nous apportons les preuves, avec, par exemple, la labellisation.

Une nouvelle rencontre devra faire le point sur les difficultés pour lesquelles une solution peut-être rapidement mise en place et celles qui nécessiteront un travail de plus long terme. ■



Convention médicale 2011

La nouvelle convention médicale, signée le 26 juillet 2011 par la CNAM et pour les syndicats médicaux la CSMF, MG et le SML, a été approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 et publiée au Journal Officiel le 25 septembre 2011. La convention, conclue pour une durée de cinq ans (Art. 65), est complétée par une vingtaine d'annexes.

Le préambule rappelle le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie. Les objectifs sont l'égalité d'accès à des soins de qualité et l'accroissement de l'efficacité du système de soins.

La convention entend moderniser l'exercice médical. Elle confirme le paiement à l'acte comme socle de la rémunération mais veut introduire des modes nouveaux de rémunération complémentaire.

Cinq titres en forment l'ossature :

- Renforcer l'accès aux soins
- Développer la coordination des soins
- Valoriser la qualité et l'efficacité des pratiques médicales
- Moderniser et simplifier les échanges
- Conforter le contrat conventionnel

Nous vous présentons les principales dispositions et en particulier celles qui peuvent concerner le plus directement les médecins radiologues.

A qui s'applique la convention ?

La convention s'applique aux médecins exerçant à titre libéral, inscrits au tableau de l'Ordre national, qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel pour les soins dispensés sur leur lieu d'exercice professionnel ou au domicile du patient lorsque celui-ci ne peut se déplacer.

Les médecins placés sous le régime de la convention s'engagent à en respecter toutes les dispositions. Ces engagements s'imposent également aux médecins qui exercent avec ou à la place d'un médecin conventionné dans le cadre, notamment, d'un remplacement ou d'une collaboration salariée.

Les praticiens temps plein hospitaliers sont régis par la convention pour la part de leur activité libérale.

La convention s'applique aussi à tous les organismes des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Titre 1 : Conforter l'accès aux soins

Pour conforter l'accès aux soins, les parties signataires « entendent promouvoir ... la dispense d'avance des frais pour les assurés qui en ont le plus besoin, pour les soins les plus coûteux et pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins ».

Afin de réduire le reste à charge des patients, la convention prévoit la création du secteur optionnel, par avenant, pour une période de trois ans. Elle réaffirme aussi les dispositions de l'avenant 20 de la convention 2005 favorisant l'installation et le maintien de médecins dans les zones sous-dotées.

L'article premier est relatif à **l'option démographie** par laquelle le médecin adhérent s'engage à ne pas cesser son activité, hors circonstances exceptionnelles, ni à changer son lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives dans une zone sous-dotée. Les médecins isolés ne peuvent bénéficier de cette option.

L'article 2 met en place l'option santé solidarité territoriale qui permet à un médecin installée dans une zone sur-dotée d'intervenir dans une zone sous-dotée.

En attendant que les nouveaux dispositifs régissant **la permanence des soins** issus de la loi HPST soient mis en œuvre, la convention 2011 reprend les dispositions de celle de 2005 (Art. 4).

L'article 4 souligne la volonté des parties de développer le tiers-payant et rappelle qu'il est obligatoire pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, accident du travail, personnes et ayants droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, ... Il précise également que « le montant restant à charge du fait de la modulation du ticket modérateur en raison du non-respect du parcours de soins ne peut être retenu sur les honoraires du professionnel qui respecte les tarifs opposables ».

L'article 5 précise que les bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) bénéficient du « tiers-payant social ». « Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire ».

La dispense d'avance de frais et les actes supérieurs à 120 euros (Art. 6)

La dispense d'avance de frais s'applique aux actes de spécialités dont le coefficient ou le tarif est égal ou supérieur à celui visé à l'article R 322-8 du code de la sécurité sociale. Actuellement le coefficient est égal ou supérieur à 60 soit un tarif égal ou supérieur à 120 euros. Il s'agit de la participation forfaitaire de 18 euros qui est supprimée pour les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons.

Des accords locaux peuvent être conclus entre les caisses et les organisations syndicales signataires de la convention pour étendre la dispense d'avance de frais à des cas non-inscrits dans la convention afin d'améliorer l'accès aux soins (Art. 9).

Afin d'éviter **les refus de soins**, le sous-titre 5 rappelle que les assurés qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins (impossibilité de choisir un médecin traitant, délai important pour l'obtention d'un rendez-vous avec un médecin correspondant) peuvent saisir un conciliateur. Il rappelle également que les refus de soins à l'égard de bénéficiaire de la CMU-C ou de l'AME constituent une discrimination.

Titre 2 : Développer la coordination des soins

La convention veut développer des parcours de soins plus efficaces adaptés aux besoins médicaux et socio-économiques des patients ainsi que le partage d'informations médicales structurées et pertinentes.

Choix du médecin traitant

Le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou un spécialiste quelle que soit sa spécialité (Art. 1.2).

L'article 12 indique **le rôle et les missions du médecin traitant** qui assure, entre autres, le premier niveau de recours aux soins, participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies, oriente le patient dans le parcours de soins, informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient, favorise la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et veille à l'intégration de ces synthèses dans un dossier médical personnel.

Le médecin traitant s'assure de la coordination dans la prise en charge avec les autres professionnels de santé de ses patients. Il tient à jour, pour chacun des patients qui l'ont choisi, **le dossier médical** qu'il enrichit, en tant que de besoin, des données cliniques et paracliniques (examen de biologie, radiologie...) (Art. 12.4.1).

Le médecin correspondant a pour mission de (Art. 13) :

- Répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients dans des délais compatibles avec leur état de santé.
- Contribuer, dans son champ de compétence, à la protocolisation des soins pour les malades en ALD.
- Tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans des délais raisonnables, tous les éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient.

Les médecins de certaines spécialités peuvent être consultés en **accès spécifique** (Art. 14.2), tout en restant dans le parcours de soins, sans consultation préalable du médecin traitant, pour des actes précisés. Il s'agit des gynécologues ¹, ophtalmologues ², stomatologues ³, psychiatres et neuropsychiatres ⁴.

Si l'intervention d'un médecin correspondant, après consultation du médecin traitant, nécessite **l'intervention de plusieurs intervenants** pour une séquence de soins, cette séquence est réalisée en concertation avec le médecin traitant mais sans passage à nouveau vers lui (Art. 15.1).

Le praticien, exerçant en secteur 1 ou ayant adhéré à l'option de coordination (ou au secteur optionnel quand il sera mis en place), intervenant pour **une urgence médicalement justifiée**, hors parcours de soins, doit respecter les tarifs opposables. Il bénéficie des majorations d'urgence prévues par la NGAP.

La cotation d'une majoration d'urgence, d'une majoration liée à la permanence des soins, ou d'une majoration pour consultation/intervention le soir ou le week-end exclut la possibilité de coter la majoration de coordination.

¹ Examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage.

² Troubles de la réfraction oculaire (prescription et renouvellement de verres correcteurs. Actes de dépistage et de suivi de glaucome.

³ Soins bucco-dentaires (actes thérapeutiques et radiographiques).

⁴ Soins de psychiatrie prodigués aux patients de moins de 26 ans.

En cas de consultation par un assuré éloigné de sa résidence habituelle, et de son médecin traitant, le praticien qui applique les tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel (quand il sera mis en place) peut, sous réserve du retour d'information au médecin traitant, appliquer une majoration de coordination (Art 15.2).

Pour améliorer la coordination des soins, la convention prévoit que des contrats visant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins peuvent être conclus entre professionnels et agences régionales de santé (Art. 16). Des contrats-types nationaux, bases des contrats régionaux, seront proposés.

Titre 3 : Valoriser la qualité et l'efficacité des pratiques médicales

La convention médicale veut favoriser **la formation professionnelle et le développement professionnel continu** pour améliorer la qualité des pratiques médicales. Les démarches en faveur de la maîtrise médicalisée seront poursuivies. Un nouveau mode de rémunération sera instauré, fonction d'objectifs de santé publique.

Dans l'attente d'un nouveau dispositif, le développement professionnel continu (DPC) est maintenu dans ses dispositions actuelles. Les campagnes de formation professionnelle conventionnelle (FPC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) 2011 et 2012 sont poursuivies. (Titre 3 - Sous-titre 1^{er}).

Les campagnes de prévention déjà mises en œuvre sont poursuivies (Titre 3 – Sous-titre 2) :

- Dépistage des cancers (sein, colorectal).
- Prévention des pathologies infectieuses aiguës (vaccination antigrippale, vaccination ROR).
- Prévention des complications liées aux pathologies chroniques (diabète, pathologies cardio-vasculaires et respiratoires).
- Programmes dédiés à certaines populations (dépistages néonataux, prévention bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents, facteurs de risques liés à la grossesse, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées).

Les parties conviennent de décliner et d'assurer un retour d'information individuel auprès de chaque médecin traitant sur les résultats obtenus et leur pratique.

Les objectifs de maîtrise médicalisée sont définis à l'article 20 :

- Développer l'information des praticiens et des patients sur les règles de prise en charge collective lorsqu'elles

touchent aux taux de remboursement de certaines prestations ou à la fréquence de certains actes.

- Parvenir à une inflexion significative des dépenses de remboursement de certains produits de santé et prestations dans le cadre de l'objectif fixé par les lois de financement de la sécurité sociale.

Les instruments, pour atteindre ces objectifs, sont :

- Les protocoles et les référentiels de la HAS.
- Les référentiels de pratique médicale et encadrant la prise en charge élaborés par l'assurance maladie.

Chaque année, la commission paritaire nationale (CPN) fixera les thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée (Art. 21).

Selon l'article 25, **la rémunération des médecins** sera organisée autour de trois piliers :

- La rémunération à l'acte.
- La rémunération forfaitaire rémunérant certaines activités correspondant à des engagements des professionnels dans la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou dans des tâches administratives.
- La rémunération à la performance, en fonction d'objectifs de santé publique et d'efficacité, destinée à se développer pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins qui le souhaitent.

La convention favorise **le développement de certaines activités pour les spécialités cliniques et techniques** (Art. 27). Il s'agit d'action de dépistage menée par les dermatologues, du dépistage du cancer du col de l'utérus, des consultations obligatoires de l'enfant ou de prise en charge de certaines pathologies chroniques.

IRM et Forfait technique

Afin de favoriser une augmentation soutenable du parc des appareils et de prendre en compte l'évolution des technologies et des coûts associés, [les parties signataires] souhaitent réviser la classification des appareils IRM et des tarifs des forfaits techniques.

L'article 28 prévoit l'adaptation de la rémunération des activités techniques. De nouveaux tarifs cibles devraient être définis. Des évolutions de nomenclature sont prévues pour les actes de médecine nucléaire (TEP), d'anatomocytologie (ACP) et de médecine physique et réadaptation (MPR). Il prévoit également la révision de la classification des IRM et des tarifs des forfaits techniques d'IRM.

Titre 4 : L'exercice conventionnel

Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf si l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer ou s'il s'agit d'une activité de télémedecine telle que définie à l'article L 6316-1 du code de la santé publique (Titre 4 – Sous-titre 1^{er}).

Enregistrement du médecin auprès de la caisse

Les médecins doivent communiquer aux caisses, notamment, leur notification d'inscription à l'ordre comportant, en outre, leur numéro Répertoire Partagé des Professionnels de Santé, leurs différentes structures d'activités et les coordonnées de celles-ci, la date de début d'activité et, le cas échéant, l'agrément radio ou les informations de demande d'agrément.

Dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens exerçant en commun, quel que soit le statut juridique, l'exercice de la médecine doit rester personnel. L'exercice de la médecine par un médecin salarié d'une société d'exercice ou d'un associé d'une telle société est assimilé à de l'exercice libéral. Il adhère individuellement à la convention (Art. 30).

Le médecin salarié par un praticien libéral ne peut adhérer personnellement à la convention (Art. 31). Il exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et applique les tarifs opposables quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur, sauf s'il détient lui-même les titres ouvrant l'accès au secteur à honoraires différents.

Le médecin remplaçant est tenu de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'ordre de son département et/ou son numéro de licence de remplacement, ainsi que son adresse personnelle et celle du cabinet ou il exerce son remplacement (Art 32). Le médecin remplacé vérifie que son remplaçant remplit les conditions nécessaires au remplacement dans le cadre de la convention. Il informe le médecin remplaçant des dispositions de la convention. Le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale libérale rémunérée durant son remplacement (sauf dans le cadre de l'option santé solidarité territoriale). Le médecin remplaçant adopte la situation du remplacé en ce qui concerne les droits et obligations qui découlent de la convention sauf pour le droit permanent à dépassement. Le médecin conventionné qui fait appel à **un adjoint ou un assistant** en informe la caisse et transmet copie des

autorisations. L'adjoint ou l'assistant exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et ne peut appliquer que les tarifs opposables quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur (Art. 33).

Les secteurs conventionnels

Les médecins adhérant à la convention s'engagent à respecter les tarifs conventionnels. Le respect des tarifs opposables et les possibilités de dépassements sont limitativement énumérés par la convention (Art. 34).

Exceptions aux tarifs opposables :

Accès non coordonné : accès en dehors du parcours de soins, en dehors des cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du patient (excepté pour les soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire), les spécialistes sont autorisés à pratiquer des dépassements.

- Pour les actes cliniques, ces dépassements sont plafonnés de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas de plus de 17,5% la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.
- **Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5% pour chaque acte technique effectué**, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.
- **De plus**, pour l'ensemble de son activité, le praticien s'engage à respecter :
 - **Pour les actes techniques : un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%** (sur la base des informations du SNIIR-AM).
 - Pour les actes cliniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%.

Si les soins réalisés dans le cadre du parcours des soins ne permettent pas d'atteindre le ratio de 70%, le praticien doit, en facturant des honoraires selon les tarifs opposables, respecter, pour les actes techniques, l'application des tarifs issus des listes citées à l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale (Il s'agit de la CCAM).

Secteur à honoraires différents (Art. 35) :

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents à l'entrée en vigueur de la convention en conserve le bénéfice. Les médecins qui s'installent pour la première fois en exercice libéral ⁵ et sont titulaires de certains titres ⁶ ou de titres équivalents peuvent être autorisés à pratiquer des honoraires différents.

Pour bénéficier du droit à appliquer des honoraires différents, le médecin doit dès la date de sa première installation en exercice libéral ⁷ :

⁵ L'exercice d'une activité libérale au sein d'un établissement de santé public pour les praticiens hospitaliers n'est pas assimilé à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

⁶ Ancien chef de clinique des universités-assistants des hôpitaux, ancien assistant des hôpitaux, médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées, praticien hospitalier nommé à titre permanent, praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions.

⁷ Le médecin peut revenir sur ce choix à tout moment en informant la CPAM du lieu de son cabinet principal.

- Déclarer, à la CAPM du lieu de son cabinet principal, sa volonté de bénéficier de ce droit.
- Informer par écrit l'URSSAF de cette décision.
- Indiquer le régime d'assurance maladie dont il souhaite relever.

Lorsqu'un spécialiste autorisé à pratiquer des honoraires différents facture un dépassement à un patient le consultant en dehors du parcours de soins et en dehors des cas d'urgence et d'éloignement, le dépassement est réputé correspondre à un dépassement autorisé dans la limite du plafond des dépassements dans le cadre de l'accès non coordonné.

Secteur droit à dépassement permanent (DP) : Les titulaires du droit à dépassement permanent à l'entrée en vigueur de la convention en conservent le bénéfice.

L'option de coordination (Art. 36) proposée aux médecins du secteur 2 ou titulaires d'un droit permanent à dépassement⁸. Le praticien adhérent s'engage pour les actes pour les patients entrant dans le parcours de soins à pratiquer les tarifs suivants :

- **Pour les actes cliniques**, les tarifs opposables sans dépassement.
- **Pour les actes techniques, les tarifs opposables avec un dépassement pratiqué avec tact et mesure plafonné pour chaque acte à 20% de sa valeur.**
- Pour l'ensemble de son activité, le praticien s'engage à respecter :
 - Pour les actes cliniques, un ratio sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30% sur la base du SNIR-AM.
 - **Pour les actes techniques, un ratio sur honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30% sur la base du SNIR-PS.**
 - Ces dépassements ne sont pas applicables :
- En cas de consultation en urgence médicalement justifiée.
- Lorsqu'un praticien reçoit un enfant de moins de 16 ans. Il bénéficie dans ce cas de la majoration forfaitaire transitoire (MPC) prévue à la NGAP.

Les caisses participent au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérent à l'option de coordination au titre de ses honoraires.

Circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à **une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE) :** Dans ce cas, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal et non pour les frais accessoire (Art. 42). Le praticien fournit au malade toutes les informations sur ce supplément non remboursé par les caisses et lui en indique

le montant et le motif. Il porte la mention DE sur la feuille de soins.

Le DE n'est pas cumulable avec un dépassement autorisé plafonné (DA).

Dépassements autorisés plafonnés (DA) pour les soins coordonnés : Un DA peut être pratiqué par un médecin de secteur I dans le cas où le patient le consulte sans avoir été orienté par son médecin traitant. Le praticien informe le patient du montant du dépassement autorisé et explique le motif. Ce dépassement ne peut pas être cumulé avec un DE.

Dépassements maîtrisés (DM) sur les tarifs opposables des seuls actes techniques (Art. 42.3) : Les médecins adhérents à l'option de coordination et autorisés à pratiquer des honoraires différents ont la possibilité de pratiquer des dépassements maîtrisés (DM) sur les tarifs opposables des seuls actes techniques.

Dépassements maîtrisés (DM) dans le cadre du secteur optionnel pour les adhérents à cette option pour une partie de leurs actes.

Le secteur optionnel devrait être ouvert pour la chirurgie, l'anesthésie-réanimation et la gynécologie obstétrique ayant une activité technique prépondérante⁹.

Titre 5 : Moderniser et simplifier les conditions d'exercice

La convention veut alléger le temps de travail non médical des médecins, diminuer les coûts de gestion et simplifier la prise en charge des assurés.

L'assurance maladie obligatoire s'engage à mettre en place **un numéro d'appel dédié aux professionnels**, coordonné avec le service médical. La relation téléphonique avec les professionnels sera organisée pour que, sauf cas particuliers, les demandes relatives à la situation et aux droits des patients, les paiements, les rejets et les commandes d'imprimés se fassent sans renvoi à un second niveau (Art. 43).

L'assurance maladie se donne aussi comme objectif de **programmer les rencontres au cabinet avec un praticien conseil ou un délégué de l'assurance maladie** (Art.44) en concertation avec les médecins afin qu'ils puissent mieux s'organiser.

Des conseillers informatique service de l'assurance maladie, présents dans chaque caisse, pourront conseiller les médecins pour l'informatisation de leur cabinet, les questions de facturation et des téléservices intégrés ou non à leurs logiciels métiers ainsi que sur les téléservices de l'assurance maladie.

⁸ L'option de coordination est maintenue pour les chirurgiens, gynécologues obstétriciens et anesthésistes jusqu'à l'entrée en vigueur du secteur optionnel.

⁹ A l'heure où nous mettons sous presse, les négociations ne sont pas achevées. Il n'est donc pas possible de savoir si un accord sera trouvé ou si, comme le ministre de la santé l'avait annoncé, le gouvernement passera par un texte législatif.

Les téléservices de l'assurance maladie suivants sont disponibles (Art. 45) :

- La gestion des protocoles de soins électroniques (PSE).
- La gestion des arrêts de travail dématérialisés.
- La déclaration du médecin traitant en ligne.

Les échanges électroniques relatifs à la facturation (Art. 46) : Il existe deux modes de facturation électronique : la feuille de soins électronique (FSE) et la facturation dite « en ligne » ou « en temps réel » en devenir. La facturation en ligne sera développée, dans un premier temps, pour les prescriptions de transport.

La facturation des actes et prestations s'effectue en principe sous format électronique (SESAM-Vitale). La facturation sur feuille de soins papier peut s'effectuer de manière exceptionnelle (Art. 47).

L'assurance maladie peut conseiller les médecins qui s'équipent pour la télétransmission.

De son côté, **le médecin doit mettre en œuvre les moyens nécessaires pour :**

- Intégrer en temps utile les évolutions de son équipement pour rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur de SESAM-Vitale.
- Se doter de la dernière version du cahier des charges SESAM-Vitale. Il vérifie que les services de son fournisseur informatique permettent cette mise à jour.
- Disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes à la réglementation.
- Assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission.

Aucun flux émis dans la version 1.31 du cahier des charges SESAM-Vitale ne sera accepté à compter du 1^{er} janvier 2013. La réalisation et l'émission de FSE nécessite une carte de professionnel de santé. Celles-ci sont prises en charge par les caisses ainsi que les cartes, dites de « personnel d'établissement » (CPE) attribuées aux salariés, dans la limite d'une CPE par médecin.

Etablissement des feuilles de soins électroniques (Art. 48) :

La mise à jour par l'assuré des données contenues dans la carte d'assurance maladie, en particulier pour la validité des droits, est de la responsabilité des caisses.

Le médecin s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les FSE dans les délais réglementaires que le paiement soit direct ou s'effectue en dispense d'avance de frais.

Les caisses liquident les FSE et émettent l'ordre de virement dans un délai maximal de cinq jours ouvrées.

La feuille de soins papier (Art. 52) : La facturation avec la feuille de soins papier est possible en cas d'impossibilité de produire des FSE ou du fait de l'absence ou de la non présentation de la carte Vitale. En cas de dispense d'avance de frais, le médecin facture directement la part obligatoire

¹⁰ Voir la Lettre du Médecin Radiologue n°342 de décembre 2011 sur ce point.

Facturation des honoraires

Lorsque le médecin réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuilles de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L 162-4 du code de la sécurité sociale.

Article L162-4 : Les médecins sont tenus de signaler sur l'ordonnance, support de la prescription, le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent :

.../...

4° Lorsqu'ils prescrivent des actes et prestations non remboursables en application de l'article L. 321-1.

des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré. Il se charge de l'envoi à la caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais réglementaires.

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

Dispositions sociales

Les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés en secteur à honoraires opposables (Art. 60).

Pour les cotisations dues au titre de l'assurance maladie, maternité, décès, la participation des caisses correspond à 9,7% du montant de la cotisation (Art. 61). Elle est de 5% pour la cotisation au titre des allocations familiales dans la limite du plafond annuel. Au-delà, la participation correspond à 2,9% (Art. 62).

Le régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV) est pérennisé¹⁰.

Titre 6 : Vie conventionnelle

La durée de la convention est de cinq ans à partir de l'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation (Art. 65). Elle peut être résiliée soit par décision de l'UNCAM soit par décision conjointe d'au moins deux organisations syndicales signataires représentant la majorité des suffrages exprimés dans un des deux collèges généralistes ou spécialistes dans les cas suivants : violation grave des engagements conventionnels ou modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre l'assurance maladie et les médecins (Art. 66).

Les signataires ont réaffirmé leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle. Dans cette intention, différentes institutions ont été mises en place (Titre 6 – Sous-titre 3) :

- **Une commission paritaire nationale (CPN).** Elle a pour mission, en autres, d'impulser et de coordonner des actions menées tant au niveau national que local en application de la convention.
- **Une commission paritaire régionale** qui assure le suivi :
 - des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de santé,
 - des dépenses de santé au niveau régional,
 - des contrats conclus entre les ARS et les médecins relatifs à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins,...
- **Une commission paritaire locale** dans chaque département.
 - Elle veille au respect des obligations respectives des parties.
 - Elle assure le bon fonctionnement des dispositifs mis en place.
 - Elle conduit toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins et les conditions d'accès des assurés.
 - Elle est responsable de la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée.
 - Elle est informée des programmes d'accompagnement intéressant les médecins.
 - Elle assure le suivi des mesures relatives aux refus de soins.
 - Elle établit un relevé de décision à chaque réunion et le communique au secrétariat de la CPN.
 - Elle se réunit avant toute décision susceptible d'être prise à l'encontre d'un médecin, pour émettre un avis.
 - Elle informe régulièrement la CPR et la CPN de ses travaux.

Plusieurs organismes sont placés sous l'égide de la CPN :

Un comité du fonds des actions conventionnelles est créé (Art. 71). Ce fonds soldera l'allocation de remplacement attribuée aux médecins ayant souhaité bénéficier du mécanisme d'incitation au départ anticipé. Il pourra aussi financer des actions d'aide à l'informatisation, le dispositif de reconversion vers la médecine du travail et de prévention et l'aide à la souscription d'une assurance en responsabilité civile professionnelle. Il financera également la formation professionnelle conventionnelle et le futur développement professionnel continu.

Un comité technique paritaire permanent national (CTPPN) chargé des simplifications administratives (Art. 72).

L'examen des cas de manquements (Art. 75) : En cas de non-respect des dispositions conventionnelles par le médecin, une procédure conventionnelle d'examen des manquements est engagée par les parties conventionnelles sur initiative de la caisse. Le non-respect peut, notamment, porter sur :

- L'application répétée de tarifs supérieurs aux tarifs opposables.
- L'utilisation abusive du DE.
- La non-inscription répétée du montant des honoraires perçus.

- Le non-respect répété de la liste visée à l'article L162-7 du code de la sécurité sociale (CCAM).
- Le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS.

Ces manquements à la convention peuvent être sanctionnés par une suspension du droit permanent à dépassement (DE), du droit de pratiquer des honoraires différents, à titre temporaire ou pour la durée de la convention. La sanction peut être aussi une suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés (DA), la suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux, la suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de la convention avec ou sans sursis, temporairement ou pour la durée de la convention (Art. 76).

Plusieurs annexes complètent la convention :

Annexe I. – Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes et spécialistes (y compris les tarifs des forfaits techniques – Art. 3).

Annexe II. – Tarifs des actes de la CCAM et instances

Annexe III. – Dispositions transitoires relatives à la démographie médicale

Annexe IV. – Option démographie fonctionnement

Annexe V. – Formulaire d'adhésion à l'option démographie

Annexe VI. – Option démographie - fiche de suivi des adhérents

Annexe VII. – Option santé solidarité territoriale

Annexe VIII. – Formulaire d'adhésion à l'option santé solidarité territoriale

Annexe IX. – Option santé solidarité territoriale - fiche de suivi adhérents

Annexe X. – Permanence des soins ambulatoires

Annexe XI. – Permanence des soins en établissements de santé privés

Annexe XII. – Majorations d'actes spécifiques à la permanence des soins ambulatoires

Annexe XIII. – Rémunération du médecin traitant pour le suivi des patients en ALD

Annexe XIV. – Majorations de coordination et autres majorations

Annexe XV. – Dispositif de prévention bucco-dentaire

Annexe XVI. – Formation professionnelle conventionnelle

Annexe XVII. – Rémunération sur objectifs de santé publique

Annexe XVIII. – Option de coordination - formulaire d'adhésion

Annexe XIX. – Participation aux cotisations sociales des médecins adhérant à l'option de coordination et au secteur optionnel (dans l'hypothèse où ce dernier est mis en place)

Annexe XX. – Secteur optionnel - formulaire d'adhésion prévisionnel

Annexe XXI. – Règlement intérieur type des commissions paritaires

Annexe XXII. – Procédure conventionnelle en cas de manquement imputable à un médecin

Annexe XXIII. – Tarifs des actes de la CCAM technique. ■

La rémunération à la performance (Art. 26)

Les médecins qui adhèrent à la convention s'engagent à fournir à la caisse les informations complémentaires de nature déclarative nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour calculer le montant de la rémunération sur objectifs. Le dispositif entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de cette rémunération peuvent le signifier à la caisse dans les 3 mois suivant la publication de la convention au JO ou dans les trois mois suivant leur installation pour les nouveaux installés. Ils peuvent revenir sur ce choix à tout moment.

Deux dimensions de la pratique médicale peuvent être valorisées par des indicateurs :

- **Des indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité du service qui concerne l'ensemble des médecins libéraux** à l'exception de l'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une fiche de synthèse annuelle intégrée au dossier médical informatisé, réservé aux médecins traitants.
- D'autres indicateurs, relatifs à la pratique clinique, la prévention, la santé publique et l'efficacité concernent, dans un premier temps, les médecins traitants puis seront étendus, ultérieurement à toutes les spécialités. Des seuils minimaux d'activités, correspondant à un nombre de patients suivis ou de quantité minimale de boîtes de médicaments remboursées, sont élaborés.

	Indicateurs
Organisation du cabinet	Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié ou pour les médecins non prescripteurs –anatomo-cytopathologiste- d'un module de création de compte rendu standardisé alimentant le dossier médical informatisé ou le DMP.
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices.
	Affichage dans le cabinet et sur le site Améli (Dès lors que le service sera opérationnel) des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients.
	Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients.

L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 1 300 points valorisés comme indiqué dans le tableau ci-dessous (pour chaque thème d'indicateur et par indicateur, le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100%). La valeur du point est fixée à 7€.

Thème	Indicateurs	Nombre de points
Organisation du cabinet	Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	75
	Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifiée	50
	Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75
	Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150
	Affichage dans le cabinet et sur le site Améli des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50

Pour les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service, le nombre de points attribués est indépendant du nombre de patients (sauf pour la synthèse annuelle du dossier médical informatisé réalisée par le médecin traitant). En cas d'une première installation en libéral, la valeur du point est majorée pendant une durée de 3 ans.



Un combat de chaque instant



Voilà un peu plus de six mois que la nouvelle convention médicale a été signée. Même si ce texte ne va pas aussi loin que nous l'aurions souhaité, en particulier pour les honoraires, il nous a permis de sortir de la paralysie conventionnelle imposée depuis 2007 par le gouvernement et les caisses. Il faut rappeler que le gouvernement n'était pas enclin à ouvrir une négociation et qu'il a fallu la lui imposer. La forte mobilisation des médecins libéraux à l'occasion des élections aux URPS pour dire leur colère face à la politique Bachelot a été déterminante. Il faut rappeler aussi que les négociations se sont déroulées dans un contexte très défavorable avec d'une part un niveau record des déficits sociaux et, d'autre part, une grave crise économique dont nous n'étions alors qu'au début. Il y a eu, depuis, deux plans d'austérité. Cette situation a lourdement pesé et empêché que les investissements sur la médecine libérale soient à la hauteur que nous attendions. Néanmoins, nous avons pu obtenir certaines avancées.

Ce qui a été obtenu pour les spécialités techniques

La CSMF avait posé deux préalables à son engagement dans la nouvelle convention : le sauvetage de l'ASV et la réforme de la RCP. Ces deux conditions sont remplies. La retraite conventionnelle du médecin libéral a été sauvée et l'assurance maladie continuera à prendre en charge les 2/3 des cotisations forfaitaires et d'ajustement des médecins de secteur 1. Les trous de garanties et les actions récursoires de l'ONIAM contre les médecins et leurs familles sont derrière nous.

Cette convention préserve les spécialités techniques même si les tarifs restent globalement insuffisants. Le Gouvernement n'a pas voulu faire un effort financier plus important sur la CCAM technique compte tenu du contexte économique. Mais, nous avons quand même réussi à imposer l'abandon d'une méthodologie dépassée, et obtenu la disparition programmée des actes perdants avec la mise à jour d'un certain nombre d'actes de nomenclature, ce qui représente une enveloppe conséquente.

Le C2 consultant est étendu à toutes les spécialités, l'option de coordination est améliorée avec un plafond de dépassement autorisé pour les actes techniques relevé de 15% à 20%, le champ d'application des forfaits modulables (coefficients J et K) est étendu à d'autres actes.

Nous avons également obtenu le maintien de la prise en charge des cotisations sociales des médecins pour les médecins en secteur 1 et pour ceux adhérents à l'option de coordination, de secteur 2, que Bercy espérait bien voir disparaître.

Cette convention marque aussi un tournant avec l'introduction d'une diversification de la rémunération avec l'introduction d'un paiement à la performance qui permet de valoriser, pour ceux qui le souhaitent, l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique et ouvre la voie

à l'informatisation généralisée des cabinets. Ce dispositif doit être modulé et adapté aux différentes spécialités, mais dès à présent, toutes peuvent prétendre à la rémunération sur les objectifs d'organisation du cabinet.

Elle contient aussi un rebasage des relations entre les médecins et les caisses qui passe par la sécurisation du paiement des honoraires quelle que soit la situation du patient au regard du parcours de soins, y compris dans le cadre de la PDS, un rééquilibrage des instances conventionnelles en faveur des médecins, et surtout la mise en place programmée d'une nouvelle hiérarchisation des consultations : la CCAM clinique.

Enfin, la liberté tarifaire est maintenue avec l'inscription du secteur optionnel, tel qu'il avait été défini dans le protocole tripartite (UNCAM, UNOCAM, syndicats) du 15 octobre 2009, dans le texte de la convention, la reconduction des DE, DP et DA.

Voilà pour l'essentiel de la nouvelle convention. Qu'en est-il de son application ?

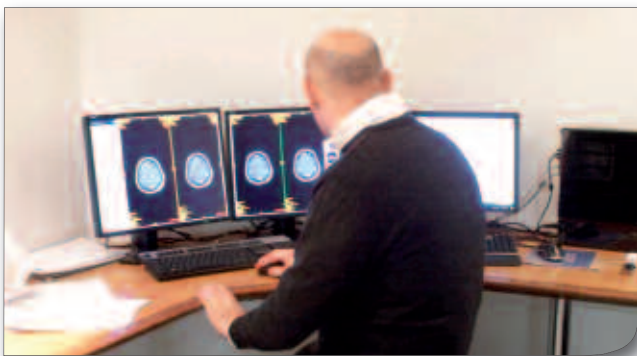
“La médecine libérale, et les médecins radiologues, ont payé chèrement et très injustement la mauvaise gestion des déficits de la Sécu.”

Le pilotage à vue des déficits

Depuis la signature de la convention médicale, en juillet, le gouvernement s'est lancé dans une course effrénée pour conserver, coûte que coûte, le sacro-saint triple AAA des agences de notation. Peine perdue. Malgré deux plans d'économie, le premier, le 24 août de 12 milliards d'euros et le second, le 7 novembre de 65 milliards d'euros sur 5 ans d'ici à 2016 dont 7 milliards d'euros en 2012, et la mise sur orbite de la TVA sociale, la France n'a pas conservé sa notation et déjà un troisième plan se profile pour la fin du mois. La médecine libérale, et les médecins radiologues, ont payé chèrement et



très injustement la mauvaise gestion des déficits de la Sécu. Contrairement à l'hôpital, les soins de ville ont maîtrisé leurs dépenses et permis une économie d'environ 500 millions d'euros par an à l'assurance maladie, pendant que l'hôpital continuait à creuser ses déficits abyssaux. Pour autant, c'est l'ONDAM de ville qui a été sacrifié et ramené à 2,1% tandis que celui de l'hôpital est resté à 2,6% pour 2012.



Malgré ce pilotage à vue, la convention médicale protège les médecins et se déploie. Les mesures de nomenclature programmées s'appliqueront au 26 mars 2012 comme prévu. Elles concernent principalement les spécialités cliniques, mais pas seulement puisque l'assouplissement du C2 consultant s'appliquera à cette date pour toutes les spécialités. De même les parties signataires travaillent à l'extension du paiement à la performance à de nouvelles spécialités.

Mais, le secteur optionnel est menacé. D'une part l'UNOCAM, sous la pression de la Mutualité a renié ses engagements successifs et s'est opposée à son application au 1^{er} octobre, comme elle s'y était engagée. D'autre part le gouvernement a introduit dans la loi de finances un ersatz de secteur optionnel, qui n'a plus rien à voir avec l'accord conventionnel, et se borne à l'extension de l'option de coordination.

La Mutualité Française mise sur l'alternance politique à l'occasion des élections présidentielles pour faire disparaître le secteur 2. Voilà la vraie raison de sa volte face sur le secteur optionnel, alors que les autres composantes de l'UNOCAM, assureurs et instituts de prévoyance, y sont favorables.

Le secteur optionnel a pourtant été régulièrement introduit dans la convention depuis 1993 avec le soutien à l'époque de René Teulade, ministre des affaires sociales et illustre président de la Mutualité Française.

La CSMF ne repartira pas dans un nouveau cycle de négociations. Nous estimons qu'après 18 ans de discussions, le sujet est clos par l'accord tripartite du 15 octobre 2009. Ensuite l'UNOCAM s'est totalement disqualifiée par son incapacité à porter un projet, à contractualiser, à tenir ses engagements et à assurer l'unité des entités qu'elle représente. En revanche, la CSMF travaillera avec les complémentaires santé prêtes à

mettre en œuvre ce nouveau secteur tarifaire pour leurs clients et bénéficier ainsi de compléments d'honoraires maîtrisés.

Les snipers de la médecine de ville

Au-delà de ces dossiers, la situation reste tendue et nous devons défendre les médecins libéraux contre les tirs isolés de snipers qui ne comprennent rien à la médecine de ville. Tout d'abord, c'est Bercy, qui, aux abois, racle les fonds de tiroirs. Le ministère du budget voudrait revenir sur la participation des caisses aux cotisations sociales des médecins au mépris du contrat conventionnel, et siphonner les crédits conventionnels à la formation, oubliant qu'il s'agit d'honoraires différés. La CSMF est parvenue, non sans mal, à imposer le maintien de la prise en charge des cotisations sociales, mais la question de la formation conventionnelle n'est pas réglée.

C'est ensuite la Fédération Hospitalière de France qui, se sentant acculée par l'ampleur de déficits qu'elle est incapable de juguler, louche sur le budget de la médecine de ville. Après le trust des crédits de la PDS en établissement et des MIGAC, la voilà qui, entre deux RTT, voudrait faire main basse sur les cabinets médicaux et faire des consultations ambulatoires en lieu et place des médecins libéraux.

C'est enfin l'in vraisemblable "course à l'échalote" entre certains élus, tous bords confondus, pour séduire les électeurs avec des idées parmi ce qui se fait de plus saugrenu pour traiter les déserts médicaux. Quand on ne propose pas de faire prendre en charge les patients par les vétérinaires, comme le suggère Françoise Tenenbaum, adjointe au Maire de Dijon (PS), Vice-Présidente du Conseil Régional de Bourgogne et surtout Présidente de la CRSA de Bourgogne, c'est au tour de Philippe Vigier, député d'Eure-et-Loir et secrétaire général du Nouveau Centre qui veut mettre fin à la liberté d'installation et imposer des mesures coercitives inouïes aux jeunes dans une proposition de loi qui sera débattue à la fin du mois à l'Assemblée nationale.

2012 s'annonce comme l'année de tous les dangers et l'approche de l'élection présidentielle est un facteur aggravant. Faire vivre la convention est un combat de chaque instant. Mais il faut désormais se mobiliser sur tous les fronts car au-delà de la mise en œuvre des mesures conventionnelles et de l'application du secteur optionnel, il faut protéger la médecine de ville contre les raids budgétaires du gouvernement qui pourraient l'étrangler.

Dr Michel CHASSANG
Président de la CSMF





Une convention innovante



Avoir à mettre en place une convention médicale pendant une période économique désastreuse n'était pas la moindre des gageures. Depuis quelques années, nous souhaitons pour la médecine libérale et particulièrement les spécialistes en médecine générale un investissement significatif pour faire évoluer nos métiers.

On se rend compte au fil du temps que les spécialités cliniques ont été les victimes de l'évolution récente de la médecine technique, indispensable elle aussi et élément essentiel de la longévité dans notre pays. L'absence de financement a entraîné une répartition des moyens en vase communicant, allant chercher chez les uns les rémunérations des autres. Période paradoxale, on va prendre ensuite dans la poche des professionnels qu'on a incités à investir des revenus qu'on considère alors illégitimes. Les radiologues en savent quelque chose.

A la CSMF, l'UNOF, qui porte la position des médecins généralistes confédéraux, a toujours eu pour ambition, au-delà de l'indispensable valorisation immédiate de la profession, de faire évoluer notre métier dans la direction d'une entreprise médicale de proximité efficace pour le service aux patients et la promotion professionnelle.

Que pense l'UNOF de cette nouvelle convention ?

Tout d'abord, elle y retrouve sa conviction principale : la prépondérance du paiement à l'acte, pilier de la médecine libérale, y est réaffirmée. L'évolution de la prise en charge des patients les plus complexes doit influencer sur la rémunération. Ces pathologies demandent un travail de synthèse et de continuité souvent hors la

Autre volet abordé, la modernisation de l'exercice avec, pour faire vite, l'aide à l'informatisation et à la prescription. Enfin ! Pour cette partie de notre exercice apparait un début de prise en charge du coût de la pratique de la médecine clinique. Par ailleurs, ajouté à la rémunération médecin traitant, est associée une rémunération pour la synthèse médicale sur la patientèle pour le médecin généraliste. De tout temps, l'UNOF a défendu l'idée d'une rémunération complémentaire à l'acte à condition que cette dernière ne remplace pas le paiement à l'acte qui trace l'investissement du praticien dans son activité professionnelle. C'est un raisonnement inverse de ceux qui souhaitent remplacer le paiement à l'acte par une capitation pure et dure.

Cet acte, là aussi depuis des années, nous le souhaitons hiérarchisé, c'est-à-dire avec une rémunération en relation avec le contenu et la complexité de la consultation. Et là aussi, la convention introduit une nouveauté. Elle a pour nom la consultation longue, visite à domicile pour les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives dont la maladie d'Alzheimer. Fixée à l'équivalent de deux visites, associée au déplacement, elle s'élèvera à 56€ (au lieu de 33€ pour une visite habituelle). Elle aura pour but d'examiner les conditions de l'environnement du patient avec les aidants naturels. Même s'il s'agit d'une mesure limitée en terme de

“ On va prendre dans la poche des professionnels qu'on a incité à investir des revenus qu'on considère alors comme illégitimes. ”

présence du patient. Dès 2005, nous avons introduit, pour les patients en affection de longue durée, la rémunération « médecin traitant » d'un montant de 40€. Dans la nouvelle convention, nous allons plus loin dans l'amélioration de la prise en charge en introduisant un paiement dit « à la performance » qui est une évolution vers l'homogénéisation des pratiques en relation avec les recommandations professionnelles. Donner les moyens pour assurer un meilleur suivi sur une patientèle a guidé notre choix. Certes, nous aurions souhaité plus de moyens. Mais la problématique économique n'était pas à la dépense.





patients éligibles, son contenu et son montant permettent d'engager la réforme de la classification des actes qui est promise dans le texte conventionnel pour la fin de l'année 2012. Cet aspect là sera un véritable combat syndical car l'assurance maladie est tétanisée par le risque d'une inflation d'actes lourds du jour au lendemain. Nous pensons qu'elle a peur de son ombre et qu'elle n'évalue pas le rôle restructurant de cette évolution sur l'exercice des médecins de famille. Cela permettrait d'aborder de manière plus souple le problème de la coordination et du transfert de tâches.

La convention s'est attaquée à un gros morceau qui empoisonnait les relations entre les médecins de secteur 1 et les caisses depuis plusieurs années, à savoir la persistance de la protection sociale à commencer par la retraite. L'UNOF a toujours considéré que l'Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV) n'est pas un avantage acquis mais un différé d'honoraires puisque la conséquence de tarifs modérés sans possibilité de dépassement pour les médecins en secteur 1 opposable. Avoir permis dans cette convention de sauver un régime qui risquait la faillite à très court terme a été aussi un des points forts de l'adhésion de l'UNOF. Car les médecins généralistes, en exercice essentiellement en secteur 1, ont porté sur leurs épaules le contrat social avec la société pendant deux ou trois décennies et ne peuvent être impunément dépouillés de tous leurs efforts.

Les droits des femmes médecins pendant leur grossesse doivent faire aussi l'objet d'un groupe de travail qui devra déboucher sur l'alignement de ces droits sur le régime général.

L'UNOF a soutenu les grands traits de la nouvelle convention, sans arrière-pensée mais sans angélisme. La période politique fait que l'avenir des revalorisations est

“ Dans l'instabilité, avoir une convention avec l'assurance maladie est une sécurisation professionnelle. ”

suspendu à des arbitrages politiques. L'analyse que nous faisons est que, quelque soit la future majorité, il sera difficile de faire marche arrière sur une rémunération basée sur une démarche qualité. Nous pensons aussi que, dans l'instabilité, avoir une convention avec l'assurance maladie est une sécurisation professionnelle.

La période économique rend la surface financière disponible maigre et très juste pour une restructuration importante qui devrait être vécue comme un investissement, dépendant non des économies induites mais d'un financement de la protection maladie à la hauteur des enjeux.

L'UNOF connaît bien les caisses d'assurance maladie et leur pension à temporiser pour retarder le décaissement de

ses engagements. Echaudée par l'épisode du blocage de la consultation à 23€, l'UNOF marquera à la culotte le déploiement du paiement à la performance afin que les médecins généralistes voient leur engagement honoré. Il en sera de même pour la nomenclature des actes cliniques.

Les médecins généralistes ont dans leurs mains la réussite de la convention, car les chiffres d'amélioration seront analysés à la loupe. On leur finance l'outil informatique et quelques autres moyens pour remplir leur engagement.

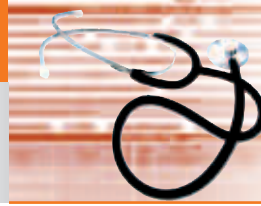


Il nous reste une étape à franchir qui est capitale : faire comprendre aux confrères l'importance d'avoir une analyse de leurs propres chiffres d'exécution des objectifs afin de les défendre au mieux en cas de contestation sans être tributaire des seuls chiffres des caisses. Si cette convention faisait évoluer la profession dans cette voie, ce serait un effet collatéral essentiel. En maîtrisant la production de leurs données, les médecins de famille trouveraient un nouveau pouvoir face aux caisses pour faire reconnaître l'efficacité de leur action quotidienne au service des patients.

On le voit, l'horizon ouvert par cette convention va modifier et moderniser notre exercice. C'est dans cette continuité que se situe l'UNOF pour porter le message conventionnel, en définitive beaucoup plus complet que le texte brut. ■

Dr Michel COMBIER
Président de l'UNOF





La convention 2011 en moins de 4000 signes

La FMF ne l'a signée qu'après la parution au Journal Officiel quand elle s'est imposée aux médecins libéraux. Elle l'a fait pour pouvoir participer aux discussions conventionnelles, être dans les CPL, CPR, CPN, toutes ces instances conventionnelles diverses et variées où les médecins libéraux ont le sentiment d'être des martiens face à la puissante administration qui nous gouverne avec tant de justesse.

Elle l'a fait aussi pour percevoir les "fonds dits conventionnels", prime à la signature souvent indispensable à la survie syndicale. La FMF réclame depuis toujours un financement indépendant de la signature, mais les conventions étant tellement indigentes, elle n'est pas prête d'être entendue car la CNAMTS se retrouverait souvent seule ...

Cette convention, nous dit-on, préserve la retraite : galéjade dont je ne vais pas vous imposer la démonstration fastidieuse s'il en est. Mais j'invite cependant les courageux à aller sur le site de la FMF pour mesurer l'ampleur de l'escroquerie. En résumé l'ASV, jadis Avantage Social Vieillesse du temps des splendeurs de la convention, est devenue Allocation avant de devenir un outil de chantage conventionnel et bientôt une Arnaque Sociale Vieillesse.

“Je suis choqué de la légèreté avec laquelle la CNAMTS est capable de taxer 100 millions aux radiologues sans tenir compte des amortissements, ni des investissements.”

Cette convention introduirait pour la première fois un part forfaitaire et serait révolutionnaire.

L'anosognosie étant à la mode ces derniers temps, les syndicats signataires de la première heure ont oublié qu'ils avaient, en 2005, supprimé le forfait médecin

référént : 8000 médecins qui percevaient entre 20000 et 50000 € par an ont vu disparaître ces revenus en une soirée.

Je n'étais pas médecin référént, non pas par idéologie mais par le refus tout simplement d'un supplément de paperasse car à cette époque on ne connaissait pas encore cette merveille la dématérialisation.

De la même façon que je suis choqué de la légèreté avec laquelle la CNAMTS est capable de taxer 100 millions aux radiologues sans tenir compte des amortissements, ni des investissements, j'ai été choqué que deux syndicats suppriment un avantage acquis et surpris que le principal syndicat intéressé encaisse sans broncher. La salve est partie du camp de la FMF mais celle-ci est restée seule et le forfait a disparu.

Après le « sauvetage de l'ASV » l'introduction du forfait, dont trois syndicats s'accordent pour dire que c'est enfin la reconnaissance du médecin traitant.

A 1€25 la synthèse annuelle du dossier patient (forfait à 1050 € par an pour 800 patient).

Un euro vingt cinq, je le mets en lettre au cas où quelques lecteurs rapides penserait qu'il y a une erreur de virgule !!

C'est à cet euro un quart là, que l'on mesure le poids de la reconnaissance et de la revalorisation...

Quant à l'informatisation, j'ai appris au cours d'une séance où j'étais avec, votre président pour témoin, que la caisse n'avait consulté les éditeurs de logiciels qu'après la signature conventionnelle !

On est donc modérément surpris de constater qu'il y ait du retard à l'allumage et que les syndicats s'inquiètent que les logiciels métiers des médecins n'obtiennent pas la certification permettant de percevoir la prime dite de modernisation de 2800 €. La Haute Autorité de Santé (HAS), dans sa chasse aux conflits d'intérêts, a choisi un organisme certificateur (ça sonne un peu rideau de fer ne trouvez-vous pas ?) indépendant, ça va de soi, mais qui en toute indépendance donne son verdict au compte-goutte ...suspens...suspens.

Pour la performance proprement dite, le médecin traitant sera jugé non seulement sur les médicaments délivrés par le pharmacien et non pas prescrits par lui mais en plus la rédaction de l'article conventionnel laisse planer un doute quant à la responsabilité du médecin traitant concernant les médicaments prescrits par ses correspondants cardiologues libéraux ou hospitaliers.

Rassurez-vous, nous dit-on, les cardiologues vont bientôt avoir des contraintes, pardon des incitations à la performance eux aussi. Rassurez-vous aussi car seuls les libéraux seront concernés par la performance, la CNAMTS avouant piteusement dans le couloir ne pas avoir la main sur les hospitaliers !!!

J'approche déjà des 4000 signes mais je pense avoir résumé l'esprit de cette convention.

J'avais exhorté mes camarades syndicalistes à prendre le temps de faire une convention où on serait allé chercher les marges nécessaires à la revalorisation de la médecine libérale, les marges nécessaires pour enrayer l'effondrement démographique.

Ces marges, on pouvait prendre le temps d'aller les chercher dans l'accès à l'hôpital, dans l'industrie pharmaceutique et dans les frais de gestion de la caisse et des complémentaires.

Mais il fallait sauver la Grèce et les 3A.

On ne sauvera ni l'un ni l'autre mais on peut s'interroger sur ce qui restera des libéraux en 2016.

Bonne année à tous pour la prospérité on attendra. ■

Dr Jean-Paul HAMON
Président FMF





La convention médicale et les revenus des médecins



En juillet 2011, une convention révolutionnaire a été signée par l'assurance maladie et trois grands syndicats. La révolution de l'introduction d'un nouveau mode de rémunération : le paiement à la performance.

Cette signature de juillet s'avère être une aubaine pour la médecine libérale quand on peut aujourd'hui constater les dégâts causés par la crise économique en Europe.

Les syndicats doivent être vigilants quant à l'application de cette convention car il ne faudrait pas que d'une part le politique au nom de cette crise revienne sur ces acquis ; et d'autre part que l'assurance maladie ne profite pas de cette dernière pour revenir sur une partie de ses engagements.

“ Une convention innovante qui changera durablement à la fois les relations caisses – professionnels libéraux, mais aussi le mode d'organisation professionnel des médecins libéraux. ”

La vigilance est d'autant plus de rigueur que l'encre à peine sèche au bas des accords, l'UNOCAM revenait sur son engagement dans le dossier secteur optionnel, et que la caisse divisait par deux la valeur du frottis associé à l'acte de consultation.



- Le paiement à la performance avec des objectifs intermédiaires pour les indicateurs médicaux trop élevés et des indicateurs de l'environnement du cabinet qui quittent le déclaratif pour la preuve comptable.
- Des éditeurs de logiciels tentés par la récupération des primes informatiques.

À ce jour, il reste encore trop de points non précisés, non validés, non appliqués dans cette convention, pour que les syndicats soient optimistes :

- Secteur optionnel non en place.
- Revalorisations des spécialités cliniques à la mise en place incertaine et repoussée à 2013.
- Le toilettage de la CCAM technique envisagé mais non ébauché.

La liste n'est pas exhaustive, d'autres menaces importantes planent sur le conventionnel comme le risque de hold up sur les fonds conventionnels formation.

Malgré tous ces éléments bien inquiétants, nous restons, le SML, sûr que cette convention est une convention innovante et qui changera durablement à la fois les relations caisses – professionnels libéraux, mais aussi le mode d'organisation professionnel des médecins libéraux.

Les syndicats majoritaires peuvent se féliciter de ces accords mais ont un devoir de vigilance extrême. ■



Dr Christian JEAMBRUN
Président du SML





Convention médicale et revenus des médecins du point de vue de l'U.ME.SPE



La négociation conventionnelle s'est déroulée dans des conditions particulièrement difficiles pour les médecins spécialistes libéraux compte tenu des contraintes économiques. Nous avons fait le pari de finaliser un accord conventionnel en juillet 2011, face aux nuages qui s'annonçaient au niveau mondial liés à la crise. Cette position a été justifiée par l'évolution financière et les divers plans de rigueur. Par contre, nous ne pouvons accepter que les engagements pris ne soient pas respectés quelles que soient les circonstances et les mauvaises excuses.

En termes de revenus, la convention repose sur trois piliers liés aux conditions financières d'exercice des médecins libéraux :

- les spécialités cliniques qui sont, globalement, au bas de l'échelle des revenus et ont bénéficié d'un rattrapage largement insuffisant. Certaines de ces spécialités ayant été particulièrement pénalisées par un parcours de soins administratif vanté par l'UNCAM alors qu'il s'agissait, en réalité, d'améliorer les relations médecins traitants/médecins correspondants.
- Les spécialités exerçant dans les blocs techniques des établissements de soins privés dont la moyenne des revenus reste élevée, soit du fait d'une amélioration liée à la CCAM et à la prise en charge des gardes, à titre d'exemple, pour les médecins anesthésistes-réanimateurs, soit pour les chirurgiens par une très forte majorité exerçant dans le secteur 2. Pour eux, mais également pour tous les anciens chefs de clinique exerçant dans le secteur 1, c'était le secteur optionnel, tel que nous l'avons signé, qui devait offrir une perspective financière devant s'ouvrir progressivement à tous les médecins spécialistes.
- Les spécialités médico-techniques exerçant en cabinets, en plateaux techniques isolés ou en établissements qui constituent pour certains une variable d'ajustement financier des différents plans de rigueur appliqués par Roselyne Bachelot ou François Fillon.

Dans ce contexte, nous ne pouvons que désapprouver une politique de revenus basée de plus sur des moyennes et qui ne correspond pas à la réalité quotidienne des praticiens. Baisser systématiquement les tarifs des médecins radiologues ou biologistes, sous prétexte de gains de productivité, c'est oublier les radiologues de proximité, les biologistes de proximité et les vouer à une disparition prochaine, et donc, à désertifier l'offre de soins. Si on veut demander un effort financier à tous les Français, dans le

cadre d'un contexte économique qui s'impose à tous, il faut baser cet effort sur le revenu réel du praticien citoyen et non pas sur son mode d'exercice ou sa spécialité. A titre d'exemple, un professeur d'université, député du 16^{ème} arrondissement de Paris, aux revenus très élevés n'est, en aucun cas, touché dans sa pratique professionnelle par les mesures imposées par l'UNCAM. Il y a là une véritable injustice !

Enfin, il est anormal qu'après la signature de la convention l'UNCAM remette en cause un des principes fondamentaux d'association à taux plein d'un acte de consultation et d'un acte technique. Laisser appliquer ce nouvel arbitrage au frottis ou à la biopsie en dermatologie, c'est toute la future nomenclature des actes cliniques qui est remise en cause. Il faut rester sur le principe que nous avons toujours défendu ; l'association d'un acte de consultation avec un acte technique à taux plein pour chacun.

“ Si on veut demander un effort financier à tous les Français, dans le cadre d'un contexte économique qui s'impose à tous, il faut baser cet effort sur le revenu réel du praticien citoyen et non pas sur son mode d'exercice ou sa spécialité. ”

En conclusion, l'accord conventionnel est incontournable, d'ailleurs tous les syndicats médicaux importants l'ont signé, quelles que soient leurs orientations passées. En revanche, il faut reconnaître l'importance de la médecine libérale spécialisée dans l'offre de soins et que les enveloppes complémentaires associant un ONDAM déséquilibré, favorisant les structures publiques, ne doivent pas perdurer. C'est le message que nous porterons dans le cadre de la campagne présidentielle. ■

Dr Jean-Francois REY
Président de l'U.ME.SPE





Le Conseil constitutionnel valide la LFSS 2012

Le Conseil constitutionnel, saisi le 6 décembre dernier par les parlementaires socialistes sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, était appelé à se prononcer sur la constitutionnalité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Les parlementaires de l'opposition contestaient, notamment, la procédure employée pour modifier, par l'article 88, les conditions d'âge nécessaires pour bénéficier de la retraite.

Par sa décision du 15 décembre 2011, le Conseil a censuré huit articles. Il a estimé que l'article 41 était contraire à la constitution. Les autres articles ont été considérés comme des « cavaliers » législatifs, c'est-à-dire n'ayant aucun rapport avec la loi sur le financement de la sécurité sociale et n'étant, à ce titre, pas valides.

Sur l'article 88, le Conseil a estimé que les modifications introduites permettaient d'assurer l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, conformément à la Constitution, et que, dans ce cas, les obligations constitutionnelles de procédure ne s'appliquaient pas.

Les articles suivants ont donc été censurés :

- **article 41** : extension du contrôle de la Cour des comptes en matière de cotisations et contributions sociales sur les

organes juridictionnels mentionnés dans la Constitution,

- **article 46** : collaboration entre médecins conseils et médecins du travail pour toute interruption de travail dépassant trois mois,
- **article 50** : dépistage généralisé des troubles de l'audition chez le nouveau-né,
- **article 51** : prolongation du dispositif transitoire d'autorisation d'exercice pour les médecins étrangers non ressortissants communautaires,
- **article 64** : vaccination dans les centres d'examen de santé,
- **article 69** : conditions d'intervention des professionnels libéraux dans les services médico-sociaux,
- **article 111** : approbation par le ministre chargé de la sécurité sociale de la rémunération et des accessoires de rémunération des directeurs des organismes nationaux de sécurité sociale,
- **article 113** : fusion de la caisse régionale d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle. ■

Hommages



Dr Michel BOURGUIN

Nous venons d'apprendre le décès le 29 novembre 2011 du **Docteur Michel BOURGUIN**, à l'âge de 79 ans. Il était médecin radiologue retraité à DIJON (21). A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.

Dr Daniel PROT

Nous venons d'apprendre le décès le 7 janvier 2012 du **Docteur Daniel PROT**, à l'âge de 91 ans. Il était médecin radiologue retraité à PARIS (75). A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.



Les dépenses de l'assurance maladie : octobre 2011

Nouvelle période de stabilité de la croissance de l'ONDAM qui passe de 2,9% en septembre à 2,8% en octobre.

Les différents grands agrégats suivent la tendance générale.

Le total des honoraires privés reste stable à 3,3%. Dans ce groupe, les consultations ont enregistré une croissance de 4,8% contre 4,9% le mois précédent.

Les dépenses d'actes techniques poursuivent leur modération avec 4,9% contre 5,3% en septembre. Une

nouvelle fois, pour le cinquième mois consécutif, les forfaits techniques de scanner sont en baisse de -4% (contre -3,6%). Si la croissance des forfaits techniques d'IRM est positive, elle ralentie une nouvelle fois avec 12,9% contre 13,3%.

La croissance des prescriptions est stable à 2,2% contre 2,3%.

La croissance des dépenses des établissements de santé est, elle aussi, stable pour chacun de ces deux postes.

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

Prestations	En euros	%
Consultations	4 828 036	4,8
Visites	658 546	0,0
Actes Techniques (*)	5 039 459	4,9
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	615 644	5,2
Dont scanner	264 311	-4,0
Dont IRM	313 471	12,9
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	14 011 577	3,3
Total prescriptions	36 859 748	2,2
Total soins de ville	51 248 439	2,6
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	40 840 777	2,2
Total versements aux établissements sanitaires privés	8 539 011	2,8
Total prestations médico-sociales	11 789 067	4,9
Total statistique mensuelle des dépenses	122 143 705	2,8

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



RSNA 2011 ou « Celebrate the Image » : 97^e congrès de la Radiological Society of North America (RSNA). (Chicago 27 novembre-2 décembre)

Le titre, renouvelé chaque année, est très évocateur : « Celebrate the Image » et, au cours de ses nombreuses interventions, le Président Burton Drayer n'a pas craint d'affirmer que « l'image a changé la face de la médecine ».

La spécialité est, en effet, bien vivante avec plus de 3000 communications orales, 16 sous-spécialités, 127 cours en sessions multiples et 230 « refreshers », enseignements post-universitaires, sans oublier 2100 posters, pour la plupart électroniques...

Cette année, le RSNA « virtual meeting » permettait, pendant la durée du congrès, d'être présent sans être là en assistant à des « refreshers » (cours de FMC), 6 par jour, ou des sessions scientifiques, 2 par jour, à des séances plénières, 1 par jour, ou de se connecter à des exposés de cas du jour... 3 452 inscrits ont pu profiter de cette nouvelle formule (\$ 300 pour les non-membres).

On peut même voir la bande annonce sur YouTube (<http://www.youtube.com/watch?v=EUKAopzgZpU>) ainsi que quelques vidéos connexes.

Il y a 36 000 membres de la RSNA aux Etats-Unis et plus de 5 000 en Europe. La participation au congrès est en légère hausse : 36 197 « professionnels de santé » (+1%), dont 16 272

radiologues : un record historique, et 22 426 exposants (+3%), soit un total de 58 232 participants (+2%). Autre record, celui de la participation de 9 642 étrangers, dont 35 % de « professionnels ».

autres médailles. On citera celle attribuée à Adrian Dixon (Cambridge, UK) qui est aussi le deuxième médecin à présider aux destinées de l'université en 700 ans. Le Pr Yves Menu (Paris, Hal St Antoine) a également été distingué comme « membre d'honneur de la RSNA », ce qui lui a également permis, dans son allocution, d'affirmer son enthousiasme et sa foi en l'imagerie.



Le Pr Yves Menu a été distingué comme « membre d'honneur de la RSNA »

Dissociation schizophrénique entre défense de l'imagerie et « économies »

Ici, comme ailleurs, l'ambiance est un peu partagée, sinon schizoïde, entre le plaidoyer permanent pour l'image, et ses progrès indiscutables, et la crise économique qui est palpable dans le centre de Congrès comme dans la rue. En effet, si le vendredi noir, « Black Friday », qui suit le jeudi de Thanksgiving n'a pas trop manqué à la tradition, la morosité est palpable et les mendiants sont nombreux dans le centre ville.

Chez les constructeurs, l'ambiance n'est guère meilleure et la circulation entre les stands est plutôt fluide. En effet, si

« L'ambiance est un peu partagée, sinon schizoïde, entre le plaidoyer permanent pour l'image, et ses progrès indiscutables, et la crise économique. »

Sur place, on peut constater, comme chaque année des petites touches d'améliorations. Le grand amphithéâtre, Arie Crown Theater, est maintenant doté de perfectionnements sonores et visuels qui permettent de renforcer les effets des films/bandes annonces à la gloire de l'imagerie appuyée par une musique grandiloquente dans le style de la « Symphonie du Nouveau Monde » !

Le RSNA ne serait pas le RSNA sans un peu de folklore avec les remises, solennelles et mises en scène, de diplômes et

« **L'Affordable Care Act** » a eu des effets positifs, « victoire historique », il a aussi des effets négatifs, « victoire imparfaite » comme l'a rappelé le Dr Carmel, neurochirurgien et président de l'AMA, dans un formidable exposé, sans note ni Powerpoint®, qu'il a conclu par un rappel à l'unité, à l'union pour faire la force.

Le marché est donc gelé et il faut gérer sinon la décroissance, au moins la stagnation...

Le message délivré lors de la séance inaugurale est qu'il faudra inventer de nouveaux modèles. Un image de scanner, avec l'anneau qui peut évoquer une cible, figure sur la première page du rapport du Congressional Budget Office (CBO) qui souligne l'explosion des techniques d'imagerie qui remplacent l'examen clinique, dont la fiabilité n'a jamais été testée en double aveugle comme il l'a été rappelé ! Ainsi, le nombre d'examen par scanner a été de 3 millions en 1980 pour passer à 81,9 millions en 2010, chiffre à mettre en face des 994.3 millions de consultations... On assistera cependant à la fin des « golden years », 1971-2011, face aux besoins de faire des économies devant l'impact de la population vieillissante dans la population, l'espérance de vie aux Etats-Unis étant de 77 ans.

Cependant, Drayer rappelle que les économies peuvent venir aussi du changement des habitudes, thème qui reviendra fréquemment, avec une simplification des procédures, un changement de style de vie (exercice, régime, comportements alimentaires), sans oublier la recherche biomédicale, le tout en vac...

Bien sûr, la défense du rôle du médecin radiologue est bien présente : c'est lui qui fait le diagnostic, contrôle et maîtrise les doses (Rx, contraste), partage l'image avec les autres médecins, gère le rapport coût/efficacité, est un expert en innovation (s) qu'il est capable d'appliquer dans une démarche de « translation » (sic) !

Des campagnes vers les différents acteurs du système sont, en permanence, entreprises comme Radiology Info.org ou Image Friendly (and Wisely). Le surhomme devra évoluer vers

de nouveaux métiers qui tiendront compte des évolutions : détection précoce, génomique, études et caractérisation des phénotypes, prévention et prédiction. Bruce Rosen (Boston) a aussi rappelé que l'imagerie, et la recherche en imagerie, sont des **entreprises multidisciplinaires**, ce qui mène aussi au concept « mécanistique » développé par Sorensen. Et, pour bien montrer que le progrès est sans cesse en mouvement et inéluctable, il a montré des images obtenus à 9,7 Tesla qui permettent d'obtenir des images presque anatomo-pathologiques.

C'est là qu'intervient le concept « **d'imagerie mécanistique** » exposé dans la Pendergass lecture par le Dr Sorensen (Boston), neuroradiologue bien connu et, depuis peu, président de Siemens Etats-Unis !!!

“ Le nombre d'examen par scanner a été de 3 millions en 1980 pour passer à 81,9 millions en 2010, à mettre en face des 994.3 millions de consultations... ”

L'imagerie ou plutôt les imageries doivent être utilisées pour comprendre la physiopathologie et combattre les maladies, plutôt que les causes de décès, l'espèce humaine étant par essence périssable. Sorensen, non sans jubilation, constate que le **cerveau est en impliqué dans 7 cas sur 10** dans la liste des maladies les plus fréquentes selon l'OMS avec par ordre de fréquence : Dépression, Ischémie cardiaque, Ischémie cérébrale, Alzheimer, effets de l'alcoolisme, surdité, BPCO, Diabète, Cancers broncho-pulmonaires, accidents de la route. Le Dr Carmel avait d'ailleurs rappelé la fameuse « decade of the brain » et la nécessité de la « translational research » avant de sombrer dans le concret des lendemains qui ne chantent pas.

Pour démontrer la puissance combinée des techniques, Sorensen a utilisé le « **Human Connectome** » obtenu par combinaison de différentes modalités en mettant en évidence une cartographie fonctionnelle et anatomique. Il voit aussi un grand avenir dans le « PET MR » rendu possible par les photodiodes à avalanche, technologie utilisée par Siemens. Les domaines d'application sont pour lui la pathologie pédiatrique, pelvienne, mammaire, cardiaque et lymphomateuse. Il cite « l'effet téléphone » à l'appui de sa démonstration, des appels lui parvenant de partout aux USA pour demander où on peut passer des « PET-IRM »...

La maladie d'Alzheimer et le vieillissement cérébral ont été aussi les sujets d'une autre séance plénière animée par le Dr Petrella, renforcé secondairement par un psychiatre, le Dr Small. On sait maintenant explorer de plus en plus précisément ces maladies et les démembrer grâce aux différentes techniques, TEP et IRM notamment, avec des agents plus ou moins spécifiques ou des techniques fonctionnelles. Les trois points clés sont l'étude des protéines du LCR, l'IRM et le TEP (FDDNPP PET) auxquels il faut ajouter des facteurs de variations : âge, éducation, hérédité, etc. La nouvelle définition comprend donc des « biomarqueurs » et



des éléments cliniques. On retrouve là aussi l'imagerie méchanistique dans les associations pour tester l'efficacité des médicaments, nombreux sur la liste, dont le Donapezil, l'Aricept, l'Exelon ou le Namenda. La recherche porte aussi sur l'organisation des réseaux cérébraux et leur fonctionnement. Le Dr Small a conclu sur la nécessité de protéger le cerveau sain par l'alimentation (curcuma, vin rouge, caféine et alcool à faible dose) et le style de vie (activité physique, exercice mental, entraînement de la mémoire...). On peut en savoir plus sur <http://www.semel.ucla.edu/longevity> ou <http://www.drgarysmall.com/>.

Après la science, la technique !

L'exposition technique est aussi une motivation importante, bien reflétée par le nombre des exposants, 681 dont 117 exposants pour la première fois, répartis dans 3 grands blocs de part et d'autre de l'autoroute. L'année a connu quelques mouvements comme le rachat de la partie mammographie de Sectra par Philips ou l'association Medison/Samsung. Aloka a aussi changé de main et diverses rumeurs circulent. On remarquera aussi une présence chinoise accrue !

Le vainqueur inattendu est sans doute Apple avec son iPad mis à toutes les sauces, comme outil de démonstration, mais aussi comme outil de communication avec les patients ou les autres médecins sans oublier des applications de « téléradiologie » grâce aux performances de l'iPAD 2...

Pour le scanner, la préoccupation affichée reste la dose.

Le sujet aurait pu surgir plus tôt, car l'exposition aux rayons X par le scanner Rx a été soulignée en Europe dès le début des années 80. Aux Etats-Unis, il a fallu quelques scandales plutôt retentissants pour que le problème vienne sur la place publique.

Les fabricants rivalisent donc d'ingéniosité entre les méthodes de reconstruction itérative, diversement dénommées et intégrées d'emblée ou presque, les détecteurs en rangs serrés, par centimètres linéaires, couplés à des tubes de plus en plus performants et à une électronique sans bruit de fond avec des circuits courts et numériques.

La dose devient aussi un segment de marché avec l'arrivée de jeunes pousses (« start up ») qui capitalisent, qui

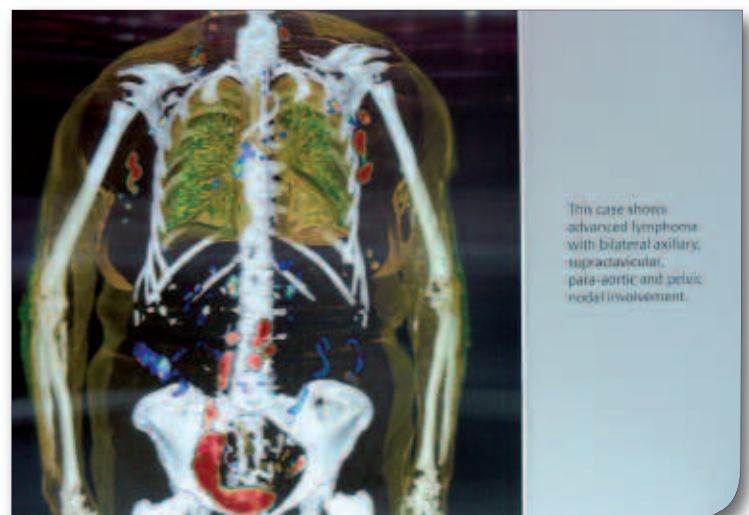
« surfent », sur la surveillance des doses et des pratiques (« dose watch »).

La gamme devient très large, du scanner « basique pour pays en voie de développement » (sic), concept à manier avec prudence, au scanner de très haut de gamme, avec des écarts de prix considérables. Bien sûr, les progrès, sur lesquels on se dispute encore, comme la double énergie, restent réservés aux machines coûteuses, que tout le monde ne peut s'offrir dans une hiérarchie à plusieurs vitesses comme la médecine du même nom. Il faut donc choisir précisément en fonction

de ses besoins réels et des budgets alloués, ce qui peut être frustrant ! Les coûts de maintenance sont potentiellement revus à la baisse, notamment grâce à des tubes plus robustes. On attend les chiffres...

L'IRM connaît aussi une évolution en strates pour les mêmes raisons, avec des canaux de plus en plus nombreux et des couplages de plus en plus poussés. Siemens rappelle que son idée de réseau panoramique intégré avait été innovante il y a déjà bien longtemps. Si l'IRM à 1,5 T reste le point central des gammes, il persiste des offres à des champs plus bas et, bien sûr, des systèmes à plus haut champ en routine, à 3T. Les champs > 3T restent du domaine de la recherche, mais les prix restent rédhibitoires. In fine, le principal critère distinctif devient la largeur de l'anneau et, éventuellement, sa longueur, voire

son champ de vue (FOV), quel que soit le champ nominal. Là aussi, les écarts de prix sont importants.

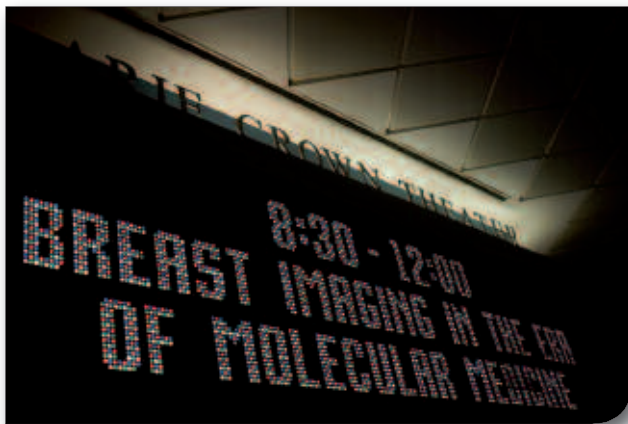


L'offre se diversifie aussi dans les **machines dédiées aux extrémités**, l'offre à haut champ ayant été réanimée par le rachat d'ONI par GE il y a quelques années.

Les ultra-sons représentent toujours un marché de haute technologie qui avance avec une qualité d'image de plus en plus spectaculaire, grâce à des sondes, matricielles, très sophistiquées et des calculateurs ultra-rapides pour le 3D (volume) et le 4D (volume/mouvement). Dans le même temps, ces machines se miniaturisent et ressemblent à des jouets dont les patients n'imaginent d'ailleurs pas le coût quand ils n'y voient qu'un gros PC...

Les différentes techniques d'élastographie s'affinent et sortent de l'imagerie mammaire qui reste l'objet d'un débat plutôt animé.

Si la radiologie conventionnelle offre toujours diverses approches entre CR, à plaques, et DR, à détecteurs, la **mammographie numérique** ne laisse plus de place au doute quant à son intérêt.



La tomosynthèse a fait la fortune d'Hologic avec le Selenia Dimensions qui est arrivé sur le marché avant les autres, y compris les précurseurs. Cette technique a fait l'objet de séances mixtes, communications et conférences, pendant toute une journée devant un amphithéâtre Arie Crown presque plein.

Les techniques ne sont pas encore uniformisées (type de vue : CC et/ou MLO, angle de coupe, nombre de coupes, mode de lecture) et l'opinion sur la dose reste encore à affiner. Il semble cependant que la tendance soit d'inclure une incidence en tomosynthèse, MLO le plus souvent, dans la procédure standard, complétée par une autre incidence à la demande, sans augmentation significative de la dose, en sachant que la tomosynthèse peut supprimer la nécessité de clichés localisés, en agrandissement ou non. Le bilan radique serait donc nul ou presque.

Les bénéfices annoncés sont une meilleure détection/caractérisation des masses et un moins grand

nombre de rappels dans le dépistage (beaucoup plus élevés aux Etats-Unis qu'en Europe) au prix d'un allongement variable du temps de lecture.

L'avis sur les microcalcifications reste nuancé et, peut-être, fonction des systèmes. Dans la conclusion d'un exposé, Skaane annonçait une plus value nette de la technique et Rafferty allait dans le même sens. Le surcoût n'est cependant pas négligeable et il faudra le financer.

L'angio-mammographie, technique de mammographie avec injection de produit de contraste iodé, en double énergie, n'est pas non plus une nouveauté et a été approuvée par la FDA. Le résumé un peu sommaire est que c'est « une sorte d'IRM du pauvre », ce qui n'est pas dénué de sens aux Etats-Unis, un peu moins sensible et probablement un peu plus spécifique.

Fusion en ébullition

La fusion des techniques n'est pas une nouveauté non plus, mais elle progresse : ultrasons et rayons X, certes, mais aussi scanner ou IRM et médecine nucléaire.

Le plus spectaculaire, et sans doute, le plus prometteur en recherche clinique comme en routine, est l'hybride PET-IRM, soit totalement intégré comme chez Siemens ou en double système comme chez GE ou Philips. On aurait tort de négliger ces techniques au motif d'un prix stratosphérique (5 voire 6 millions d'€) : le vieillissement cérébral sera vite un enjeu sociétal majeur et il faudra des spécialistes compétents. Il y a, bien entendu, d'autres applications, notamment dans les troubles du développement de l'enfant.

Savoir lire

Toutes ces belles techniques donnent des images, de plus en plus nombreuses et de plus en plus complexes. Il faut donc des outils pour les lire, les traduire et les transmettre de façon intelligible à ceux qui n'y voient ni y entendent rien.

Ainsi, on retrouve la classique opposition entre les fabricants de PACS (Picture Archiving and Communication



Systems), souvent venus du film, et les fabricants de modalités qui proposent leurs PACS aussi, tous étant aiguillonnés par quelques indépendants qui proposent des stations innovantes, au point de se faire absorber.

“Le « cloud computing », a fait ses preuves ailleurs qu'en imagerie.”

Le vieux concept d'ASP (Application Service Provider) resurgit, sous la forme de Solution as a Service (SaaS), renforcé par un modèle qui n'est ni brumeux ni fumeux, le « cloud computing », qui a fait ses preuves ailleurs qu'en imagerie. Ce concept est en cours de déploiement en Ile de France avec Réseau Sans Film (RSF).

On peut donc rêver d'une meilleure intégration des différentes composantes, images issues des modalités et images/données issues de la mémoire, en « cloud » ou en armoire, pour produire une information médicalement utile générant une meilleure efficacité, voire une meilleure efficacité.



Le confort du patient

Le patient n'est pas oublié et le concept « d'environnement amical » est de plus en plus souvent proposé pour améliorer l'acceptabilité des procédures.

Philips avait initié la tendance il y a quelques années en proposant des salles d'IRM avec des ambiances lumineuses et une décoration adaptée au patient et à son âge.

Cela n'est plus réservé à l'IRM et on va maintenant plus loin puisque le patient peut choisir lui-même l'ambiance, et même des parfums.



Les appareils sont d'ailleurs de plus en plus étudiés, et personnalisables, pour être mieux acceptés et, donc, améliorer la qualité de l'examen.

Toutefois, si les temps d'acquisition sont plus courts, en scanner ou en IRM notamment, les temps de préparation, d'installation et de désinstallation restent inchangés et plutôt incompressibles. La productivité a ses limites !

Conclusion

Le bilan de la RSNA est constant, partagé entre enthousiasme devant les progrès techniques au service de la médecine et l'inquiétude devant les approches économiques dictées par des réalités qui ne sont pas forcément partagées.

Il est illusoire de penser que le progrès va s'arrêter et c'est une bonne source d'optimisme. ■



Dr Robert LAVAYSSIÈRE
Vice-Président de la FNMR

Bretagne

L'Union Régionale BRETAGNE a procédé au renouvellement de son Bureau le 10 décembre 2011, sa composition est la suivante :

Président :	Dr Henri LE PENNDU (Brest)
Vice Président :	Dr Christophe LUCAS (Rennes)
Secrétaire :	Dr Patrick ELIOT (Lorient)
Trésorier :	Dr Thierry BUHE (Guingamp)

Lorraine

L'Union Régionale LORRAINE a procédé au renouvellement de son Bureau le 7 décembre 2011, sa composition est la suivante :

Président :	Dr Philippe CAQUELIN (Nancy)
Vice Présidents :	Dr Jean-Michel FROMAGET (Metz) Dr Vincent MILION (Epinal)
Secrétaire :	Dr Christian DELGOFFE (Maxeville)
Trésorier :	Dr Gilles DE VERBIZIER (Talange)

L'Union Régionale LORRAINE a procédé à l'élection de ses administrateurs auprès de la FNMR le 12 décembre 2011 :

Titulaires :	Dr Philippe CAQUELIN (Nancy) Dr Christian DELGOFFE (Maxeville) Dr Vincent MILION (Epinal)
Suppléants :	Dr Frédéric LEFEVRE (Essey-Les-Nancy) Dr Jean-Michel FROMAGET (Metz) Dr Pierre-Alexandre GANNE (Metz)

Morbihan

Suite aux élections du syndicat du MORBIHAN du 8 décembre 2011, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Patrick ELIOT (Lanester)
Président d'Honneur :	Dr Jacques-Yves DANTEC (Larmor Plage)
Secrétaire :	Dr Anne-Marie GAUTHIER (Vannes)
Trésorier :	Dr Christophe LACOUDRE (Vannes)



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



**SEMINAIRE DESTINÉ
AUX MANIPULATEURS**

BULLETIN D'INSCRIPTION

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

ORGANISATION DU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN ET CONTROLE DE QUALITE EN MAMMOGRAPHIE ANALOGIQUE

Formation complète pour les manipulateurs travaillant sur mammographe analogique

Paris : 4-5 AVRIL 2012

Nom du médecin / employeur : _____

Adresse du cabinet / service : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse E-mail : _____

Organisme de versement des cotisations de formation pour les salariés :

OPCA-P.L.

Autre : Nom :

Adresse :

Désire inscrire :

M. / Mme Nom : _____ **Prénom :** _____

Au séminaire à la date du : 4-5 Avril 2012 (dépi­st­age analogique)

Fait le :

Signature

Le prix de revient de cette formation est de 690 € par personne pour les deux jours, déjeuners inclus.

Modalités d'inscription :

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

Joindre un chèque de caution de 300 € 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 690 €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.

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



**SEMINAIRE DESTINE
AUX MANIPULATEURS
ET AUX ACIM**

BULLETIN d'INSCRIPTION

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

FORMATION A LA RADIOPROTECTION DES PATIENTS

Paris : 8 JUIN 2012

Nom du médecin / employeur : _____

Adresse du cabinet / service : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse E-mail : _____

Organisme de versement des cotisations de formation pour les salariés :

OPCA-P.L.

Autre : Nom :

Adresse :

Désire inscrire :

M. / Mme Nom : _____ Prénom : _____

Au séminaire radioprotection du : Vendredi 8 Juin 2012

Fait le :

Signature

Le prix de revient de cette formation est de 350 € par personne, déjeuner inclus

Modalités d'inscription par participant et par session :

Cabinets cotisant à l'OPCA-PL :

Joindre un chèque de 300 €uros, par personne, 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 350 €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.



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10001 01 Banlieue française de Genève, cause départ retraite, SELARL 5 associés, 2 cabs, large accès TDM et IRM en GIE, cherche associé(e).

› Contact Dr MUSITELLI
Tél : 06.15.20.79.76 ou
Email : christian.musitelli@wanadoo.fr

10002 02 Hirson (02), cède part dans cab de ville : radio num, échodoppler, mammo dépistage, 2 vac scanner Hôpital d'Hirson et 1 vac IRM Hôpital de Fourmies (59). Cherche cession ou association partielle.

› Contact : Dr JOMBART
Tél : 06.81.19.03.64 ou
Email : jombart.maurice@wanadoo.fr

10003 06 Groupe 4 radiol SELARL rech un remplaçant(e) régulier en vue d'une association, compétent séno, ostéo-articulaire et cancéro digestive. Cabinet et cliniques privés.

› Contact : Maria Alvarez
Tél : 04.92.92.39.13
maria.alvarez.scmcim@wanadoo.fr

10004 06 Cause santé cède parts dans un important groupe, centre ville Côte d'Azur. Multiples accès SCAN et IRM.

› Email : azur.0606@live.fr

10005 09 Pamiers (proche Toulouse), groupe 3 radiols cherche remplaçant en vue d'une association : radio, scanner, IRM. Possibilité de développer des vacations d'interventionnel.

› Tél : 06.21.86.25.61 ou
Email : rotter.alain@gmail.com

10006 16 Groupe 15 radiol, cabinets, clinique (200 lits), 1 scanner, 2 IRM, cherche radiol pour succession.

› Docteur Guy Michel
Tél : 05.45.978847 -
Email : mguymichel@aol.com

10007 22 Saint Brieuc, SELARL (3 radiol) cherche associé(e), 2 sites (cabinet de ville + clinique). Importante activité, plateau technique complet.

› Tél : 02.96.33.73.00

10008 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

10009 34 Grande Motte cause départ , cède cabinet indépendant, entièrement équipé et numérisé (salle télécommandée, salle d'os, ostéo, mammo, écho, archivage, site web). Convient à 2,5 radiologues.

› Tél : 06.11.48.12.22 ou
Email sophie@sellam.fr

10010 47 Proche Bordeaux. Cède cabinet de radiologie pour 2 ou 3 radiologues avec accès scanner et IRM, plateau technique complet.

› Tél : 06.64.63.78.78

10011 64 Côte Basque, cause retraite, groupe 9 radiol cherche successeur. Activité en clinique (Biarritz et Saint Jean de Luz) et cabinet, large accès scanner et IRM.

› Tél : 06.13.33.34.31

10012 67 Cherche successeur dans SELARL 14 radiol, cab. de ville+clinique. Activité importante, radio, gen, séno, écho, scan et IRM.

› Email : radiologie67@yahoo.fr

10013 75 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.

› Email : thibautbalme@gmail.com

10014 75 PARIS 16^{ème}, urgent, ch radiol secteur II pour association – cab de ville + clin + 2 accès IRM et scan.

› Tél : 01.46.47.42.20 ou 06.87.88.68.34

10015 83 Toulon, cause retraite, cède parts dans association 3 radiol. 2 cabinets de ville + accès IRM et scanner.

› Tél : 06.73.48.71.13

10016 84 Toulon, cause retraite, cède parts dans association 3 radiol. 2 cabinets de ville + accès IRM et scanner.

› Tél : 06.73.48.71.13

REMPACEMENT

10017 38 Rhône Alpes, cherche remplacement de 1 ou 2 fois par semaine en radiologie conventionnelle, mammo numérique et échographie.

› Tél : 06.07.75.41.75

DIVERS

10018 83 Vends cause double emploi sonde endo. HITACHI V53W de février 2011, 6000€.

› Tél : 06.20.58.32.65

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

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 1^{er} trimestre 2012

PMFR

Génébault

**POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE
PMFR - GÉNEBAULT**

BP13 - 42153 Riorges

Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39

pmfr@wanadoo.fr

Pochettes radio

10 FORMATS

7 coloris au choix

Description

- Formats disponibles

100x120	100x150
100x200	150x150
150x200	150x250
200x250	200x300
250x300	300x300

L'ensemble des formats est disponible en 7 coloris.

Sacs plastiques

STANDARDS

Blanc

Description

- Formats
- Poignée rapportée
- Impression standard
- Expédition sur palette

PERSONNALISÉS

Poignée rapport

Description

- Formats à votre demande
- Coloris libre au choix à votre choix
- Impression 1, 2 ou 3 cols

Chemises

SANS RABAT

Description

- Formats

AVEC RABATS

Description

- Formats standards

AVEC RABATS

Description

- Formats standards

AVEC RABATS

Description

- Formats standards

AUTRES MODELES
Liste non exhaustive.
Autres modèles sur simple demande.
N'hésitez pas à nous contacter.

- > Pochettes pour radiographies
- > Papier numérique
- > Chemises pour échographies
- > Chemises porte CD (scanner / IRM)
- > Sacs plastique personnalisés
- > Sachets plastique transparents

et aussi...
cavaliers, papier en tête,
cartes de rendez-vous,
cahiers de rendez-vous...

Livraison immédiate • Produits standards
Livraison sous 10 jours • Produits personnalisés



Guerbet en 9 points

Des produits pour le diagnostic des pathologies majeures



En 2010, 20 millions de doses ont servi au diagnostic des patients



R&D : 11% du chiffre d'affaires et 210 collaborateurs



Engagé dans plus de 100 partenariats R&D



Découvert en 1901, Lipiodol fête ses 110 ans



1300 collaborateurs, 20 filiales dans le monde



352 M€ de chiffre d'affaires en 2010



4 sites de production spécialisés



1^{er} groupe pharmaceutique certifié ISO 9001 en France

