

La lettre de la FNMR

fnmr.org

La radiologie interventionnelle, cette inconnue



Le mot du Président

La radiologie « interventionnelle » est peu connue du grand public comme des pouvoirs publics, mais les patients qui ont pu en bénéficier connaissent son importance.

Si l'on veut simplifier, on pourrait dire qu'il y a deux radiologies interventionnelles, celle de la radiologie quotidienne et celle des plateaux techniques lourds.

La première est effectuée dans de nombreux services d'imagerie par des actes en apparence peu spectaculaires. Elle est tout à fait essentielle à la prise en charge ambulatoire des patients, comme en sénologie. L'interventionnelle a complètement changé la prise en charge des maladies du sein, du bilan de diagnostic immédiat devant une lésion dépistée à la surveillance post-thérapeutique sans oublier le typage d'une tumeur mammaire nécessaire à la mise en œuvre d'une stratégie

thérapeutique personnalisée. Cette radiologie interventionnelle est génératrice d'économies. En se substituant à des gestes chirurgicaux de diagnostic, elle permet un diagnostic précoce et une prise en charge rapide, à moindre coût.

L'autre radiologie interventionnelle, celle des plateaux techniques lourds, est à la recherche d'une convergence avec la chirurgie qu'elle remplace dans un certain nombre de cas : il s'agit d'actes invasifs, qui ne peuvent être délégués, non répétitifs, nécessitant une anesthésie et un environnement de haute technicité, pour des actes palliatifs ou curatifs, avec des résultats spectaculaires. L'Académie de chirurgie a reconnu son existence en créant une section interventionnelle en 2011 !

L'enjeu, outre celui de la CCAM et de la T2A dans tous les domaines d'application (neurologie, gynéco-obstétrique, pathologie digestive ou urinaire), est celui de la formation.

Ces techniques nécessitent du temps et un apprentissage prolongé. Or, on estime à 200 le nombre de médecins radiologues libéraux et à 200 le nombre d'hospitaliers pratiquant ces techniques.

Il est donc nécessaire d'augmenter le nombre d'internes en formation et d'encourager le développement de la radiologie interventionnelle qui est l'honneur de la médecine française par son rayonnement international grâce aux techniques mises au point en France (embolisations, chimio-embolisations, vertébroplasties, endoprothèses aortiques).

Le plateau technique complet, partagé ou commun, sera aussi nécessaire pour que tous les patients puissent en bénéficier. Un enjeu de taille pour les années à venir !

Dr Jacques NINEY
Président de la FNMR

■ PDS ES et radiologue	02
■ CA de la FNMR 21 janvier 2012	04
■ AG Extraordinaire de la FNMR 21 janvier 2012	11
■ Les missions du fonds d'intervention régional	12
■ Statistiques : Dépenses de l'assurance maladie	14
■ Vie fédérale : Election Bureau	15
■ Hommage	15
■ Petites annonces	16

■ Annonceurs :	
BRACCO	03
FUJIFILM	07
PMFR	15



PDS ES et radiologie

L'organisation de la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDS ES) est une des composantes du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) élaboré par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

L'ARS doit déterminer les lignes de gardes et/ou d'astreintes par spécialité considérée comme utile et non redondante qui donnent droit à l'indemnisation forfaitaire pour les praticiens. Le niveau de l'indemnisation est fixé. Il se fait à enveloppe fermée. Cette indemnisation concerne les activités de permanence des soins dans les établissements de santé ayant une mission de service public contractualisée avec l'ARS ; c'est-à-dire les urgences externes (SAU) ou les ex-UPATOU.

L'activité de continuité des soins, pour les malades hospitalisés est modulée par les contrats entre les praticiens et les établissements.

Dans une première phase, l'ARS a procédé à un état des lieux de l'existant.

Dans la seconde phase actuelle, l'ARS détermine les lignes d'astreintes qui lui paraissent nécessaires. Elle procèdera à une concertation avec les établissements en cas de nécessité d'arbitrage sur les lignes redondantes ou au contraire déficitaires.

La troisième phase est la mise en application du SROS PDS ES à l'automne 2012 par la signature de contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de soins.

Il existe environ trente lignes de gardes et/ou d'astreintes. Il en existe trois concernant l'imagerie.

Deux seront certainement indemnisées : les protocoles AVC et la radiologie interventionnelle pour les hémorragies de la délivrance.

La troisième ligne qui est l'imagerie d'urgence dans les SAU pose le problème que l'ARS a décidé de se poser à elle-même.

L'ARS reconnaît que la nécessité de cette ligne est indiscutable mais elle n'est pas certaine d'avoir le budget.

On devine donc ce qui risque d'arriver.

Dans cette hypothèse, il y a un risque que les radiologues se désengagent de l'astreinte selon le principe que seul ce qui est utile est indemnisé. Donc ce qui n'est pas indemnisé serait inutile.

Les autorités pourraient avoir l'intention d'édicter un règlement visant à obliger les radiologues à assurer l'astreinte sans indemnisation alors que leurs collègues, d'autres spécialités, seraient indemnisés. Il s'ensuivrait une multitude de recours juridiques, ne serait-ce que sur le principe constitutionnel d'égalité.

Dans cette affaire, les intérêts des établissements privés et des radiologues semblent convergents afin de dissuader les ARS de désorganiser les services d'urgence pour des raisons de maîtrise comptable et de favoritisme des établissements publics. ■

Montant et conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé

Arrêté du 16 janvier 2012 (JO du 29 janvier 2012)

Article 1 : L'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la PDS ES est fixée ainsi qu'il suit :

1- Indemnité forfaitaire pour chaque période de garde :

Montant pour :

- Une période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 229,00 € ;
- Une période de garde assurée en début de nuit : 79,00 € ;
- Une période de garde assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 150,00 € ;

2- Indemnité forfaitaire pour chaque période d'astreinte :

Montant pour :

- Une période d'astreinte assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 150,00 € ;
- Une période d'astreinte assurée en début de nuit : 50,00 € ;
- Une période d'astreinte assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 100,00 €.

Aucun prélèvement de quelque nature que ce soit ne peut être effectué sur ces indemnités forfaitaires par l'établissement de santé.

Dr Bernard MOULIN
Président du syndicat
des radiologues de l'Ardeche





Voir au-delà des apparences



➔ Un fort signal IRM

➔ La simple dose - 0,2 ml/kg
quelles qu'elles 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 de solution 0,5 M).

Éviter 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 (clairance 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.



L'imagerie sous la menace des plans d'austérité

En ouverture du conseil d'administration du 21 janvier, Jacques Niney, Président de la Fédération, adresse ses vœux aux administrateurs et présente Nadya Pyatigorskaya Présidente de l'Union Nationale des Internes, des jeunes radiologues, des assistants et chefs de clinique. François Petitpierre, représentant des internes des hôpitaux de spécialités participe aussi à ce conseil.

La convention médicale est à l'ordre du jour, plus particulièrement les points qui peuvent concerner les médecins radiologues, ainsi que l'avenant 4 et le plan pluriannuel d'imagerie.

L'avenant 4



Dr Jacques Niney

Certains radiologues se sont étonnés de le découvrir et de n'avoir pas été informés de son application. Le président rappelle que l'avenant 4 n'est pas, actuellement, applicable. Les mesures qu'il contient ont été présentées dans les différentes lettres informatiques de la fin de l'année 2011.

L'avenant a été signé, en décembre, par les seuls syndicats représentatifs. Les parties signataires s'étaient engagées à ne pas le divulguer.

La Fédération a sollicité les syndicats représentatifs pour que la mise en application soit différée afin de limiter son impact sur l'imagerie médicale¹. La FNMR est aussi intervenue pour que les mesures positives du plan pluriannuel soient mises en œuvre.

La convention médicale prévoit une révision des **forfaits techniques**. La FNMR a arraché que les forfaits de scanner en soient exclus. Elle a obtenu que les IRM ostéoarticulaires soient prises en compte et ne viennent pas se substituer aux IRM polyvalentes.

Le second plan d'austérité Fillon a renforcé la pression sur l'imagerie qui devait, avec la biologie, être ponctionnée de 260 millions d'euros.

Le dernier jour des négociations, une nouvelle demande de 200 millions a été posée par les services du Premier

Ministre. Les éléments objectifs sur l'équilibre des IRM ont permis d'écarter cette dernière demande. Au final, il a donc été acté une diminution des forfaits techniques des IRM de 10% pour les taux pleins et de 8% des forfaits réduits. Dans le même temps, les forfaits techniques pour les IRM à visée ostéoarticulaire ont été validés. Ils seront acceptables sous réserve que les constructeurs respectent les prix qu'ils ont affichés auprès de la CNAM. Il importe maintenant que les G4 régionaux prennent contact avec les ARS pour préparer les attributions de ces machines. Il appartiendra aux radiologues qui obtiendront une IRM ostéoarticulaire d'examiner, le cas échéant, avec les rhumatologues les conditions d'un éventuel partenariat comme cela s'est fait pour les IRM cardiaques.

“La FNMR a obtenu que les forfaits scanner soient exclus de la révision prévue par la convention médicale.”



¹ A la date où nous mettons sous presse, cet avenant n'a toujours pas fait l'objet d'une publication officielle.

En conclusion de cet historique sur la conclusion de l'avenant 4, le président rappelle qu'il traduit les mesures inscrites dans le plan pluriannuel sur l'imagerie. Sur ce point, il faut souligner que deux mesures positives du plan ne sont toujours pas publiées. La création d'un acte de cancérologie a été soumise à l'éventuelle opposition du ministre de la santé. Elle devrait être publiée conjointement avec l'avenant 4.

En revanche, la validation d'un taux d'association mammographie – échographie mammaire, remboursable à 100% dans le cadre du dépistage organisé, prend du retard en raison de la complexité du circuit administratif et d'un manque de diligence de la part de l'UNCAM. Sa publication est envisageable vers avril ou mai.

La convention médicale

Dans la perspective des élections présidentielles, le secteur 2 est sur la sellette. Le PS a une volonté de le réguler.

De son côté, la FNMR a des discussions, au niveau national, avec les organismes complémentaires, suite au séminaire de novembre, sur le reste à charge.

La Fédération reste opposée à l'idée d'un tiers payant généralisé qui lierait totalement les cabinets à un organisme ou à une caisse : « nous recherchons un accord cadre national qui pourrait être décliné au niveau départemental et local et que les cabinets seraient libres de mettre, ou non, en œuvre ».

Un autre axe consiste à faire reconnaître financièrement la qualité, à travers, par exemple, la labellisation : Labelix. Pour l'instant, c'est une démarche volontaire des radiologues, non rémunérée.

Le débat s'engage sur l'éventuelle **régulation du secteur 2**. Jacques Niney rappelle un certain nombre d'éléments : 90% des Français disposent d'une mutuelle, lesquelles ne sont pas toutes équivalentes. Pour nombre d'entre elles, le dépassement pris en charge est inférieur au dépassement pratiqué. Il faut souligner que la question concerne peu les radiologues qui sont, pour la plupart, en secteur 1.

Il faut aussi prendre en compte et différencier les dépassements de spécialités qui sont peu consultées au long de la vie d'un patient (comme l'anesthésiste et le chirurgien), et les dépassements de spécialistes que le patient est amené à revoir régulièrement avec un impact financier conséquent. La campagne électorale sera l'occasion de rencontrer les différents candidats ou leurs



représentants et de connaître leurs intentions et leur programme sur le secteur 2. La régulation de ce secteur signifierait la limitation des dépassements autorisés

La question de l'**adossement des IRM ostéoarticulaires** est aussi posée. Cette notion correspond aux règles qui avaient été exposées par le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) prévoyant que les autorisations ne seraient accordées que couplées à des IRM standards existantes. Adossées, cependant, ne signifie pas installées dans le même site mais bien qu'elles sont liées à une IRM polyvalente, gérée par la structure qui fait la demande d'IRM ostéoarticulaire. Un seul cas peut différer de cette règle : celui d'une structure qui détient déjà plusieurs IRM polyvalentes sur un même site ou très proches les unes des autres.

L'introduction des IRM ostéoarticulaires doit donc venir s'ajouter aux IRM classiques.

En réponse à des préoccupations du conseil, Jacques Niney précise qu'il n'y aura pas de distinction entre les actes d'IRM ostéoarticulaires et les autres IRM. Enfin, la substitution des IRM polyvalentes par des IRM ostéoarticulaires n'est plus d'actualité. La caisse y a renoncé depuis l'intervention de la Fédération.

Le président demande aux responsables régionaux de faire remonter les informations relatives aux SROS et à l'action des G4 régionaux. La FNMR pourra ainsi faire circuler cette information.

Les associations mammographie échographie-mammaire, mesure positive inscrite dans le plan pluriannuel

“ Les IRM ostéoarticulaires doivent donc venir s'ajouter aux IRM classiques. ”

d'imagerie, devraient faire l'objet d'un remboursement à 100% dans le cas d'un taux inférieur à 40%. Le remboursement se ferait annuellement. Il faut cependant attendre la fin du circuit administratif avant publication officielle.

L'ONDAM 2012

Pour l'année 2012, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) a été fixé à un niveau inférieur à 2011, soit 2,1%. La croissance des dépenses de ville a été fixée à 2,1% et celle de l'hôpital à 2,6%. Il est peu probable que l'ONDAM 2013 soit plus favorable alors qu'il faudra financer le paiement à la performance. Il restera donc peu de marge pour financer d'autres actions.

La question du financement de la sécurité sociale est d'ailleurs posée. A l'origine, en 1945, la sécurité sociale a été prévue uniquement pour soigner les travailleurs. Elle prend aujourd'hui en charge toute la population et fait partie des attentes des Français vis-à-vis des candidats à l'élection présidentielle.

Le paiement à la performance

Le paiement à la performance, prévu par la convention, doit s'inscrire dans un cadre précis : la santé publique.

Une douzaine d'items justifie la part de rémunération à la performance. Certains peuvent concerner, dès maintenant, les médecins radiologues avec l'organisation du cabinet (par exemple l'affichage des horaires, l'utilisation d'un logiciel métier). Les items sont dans la convention, ils peuvent être mis en œuvre. Les radiologues doivent prendre contact avec leur éditeur de logiciel pour répondre à l'appel de la caisse. Le respect des items représente de 500 à 600 euros.

La réforme de l'ASV, qui correspond à 40% de la retraite d'un médecin est en route. Elle est douloureuse aussi bien pour les cotisants que pour les retraités. La

hausse des cotisations, d'environ 75%, est répartie sur six ans. Une part proportionnelle est maintenue mais qui ne représente plus que neuf points, le point perdant 15% de sa valeur.

La retraite complémentaire est toujours excédentaire et le régime de base, celui de la sécurité sociale, n'est pas affecté.



Les décrets relatifs au DPC (Développement Professionnel Continu) sont parus, dont ceux sur la Commission Scientifique Indépendante (CSI).

L'organisme gestionnaire (OG) du DPC et la CSI sont composés de compositions paritaires. Les membres de la CSI sont nommés par la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) dont Jean-Luc Dehaene est le trésorier. Les organismes seront agréés sur inscription après vérification par la CSI.

Les axes de DPC sont définis au niveau national par le ministère et sont déclinés par l'OG DPC au niveau pratique. Le DPC sera une fusion entre la formation continue et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

L'état du DPC est fait au bout de cinq ans par le CDOM, qui estime si le médecin a rempli ses obligations dans ce domaine.

Pour les radiologues, FORCOMED et le CEPPIM ont mis en place un dispositif conforme à la nouvelle réglementation. La spécialité dispose également d'un organisme validant des formations, la FEPUR.

Les formations 2012 se feront sur les bases antérieures du système OGC.

Rappelons que celui-ci n'est pas adapté pour les radiologues, en raison du nombre de médecins par session et des montants minimaux alloués par l'OGC alors que les formations en radiologie ont un coût élevé, assumé par Forcomed. Pour ces motifs, la Fédération a demandé, et obtenu, que ces formations OGC, sponsorisées par l'Etat, basculent dans "la liberté", donc dans la FMC. Pour ce qui est du financement du DPC, celui-ci n'est pas réglé aujourd'hui.

“ Certains items du PPC peuvent concerner, les médecins radiologues. ”

Il y a une modification de la **Responsabilité Civile Professionnelle** qui intéresse plus particulièrement ceux qui font de la radiologie interventionnelle. Le fonds d'indemnisation passe de 3 à 8 millions. Au-dessus, il n'y a plus de possibilité d'action récursoire de la part de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM). Il est créé un fonds financé par des cotisations des médecins et paramédicaux, par mutualisation complète. Les médecins, y compris les généralistes, auront une cotisation de 20 € par an, les chirurgiens et les anesthésistes paieront 25 € par an.

La Permanence des Soins en Etablissement de Santé (PDS ES) existe sous deux formes.

La première se situe dans les cliniques qui assurent une continuité des soins extérieurs. Dans ce cas, elle assure une PDS ES non réglementée. En revanche, les cliniques qui assurent une PDS ES réglementée signent un contrat de service public avec l'ARS, (précédemment des UPATOU). Dans le premier cas, c'est le contrat entre la clinique et le radiologue qui détermine les obligations du radiologue. Dans le second cas, le radiologue est lié par la convention signée par la clinique.

Cette reconnaissance médicale dans la PDS implique une reconnaissance financière qui a fait l'objet d'une

négociation dont la date d'application est le 1er janvier 2012 (Voir la Lettre Informatique n° 416 du 3 février 2012 pour le détail des rémunérations).



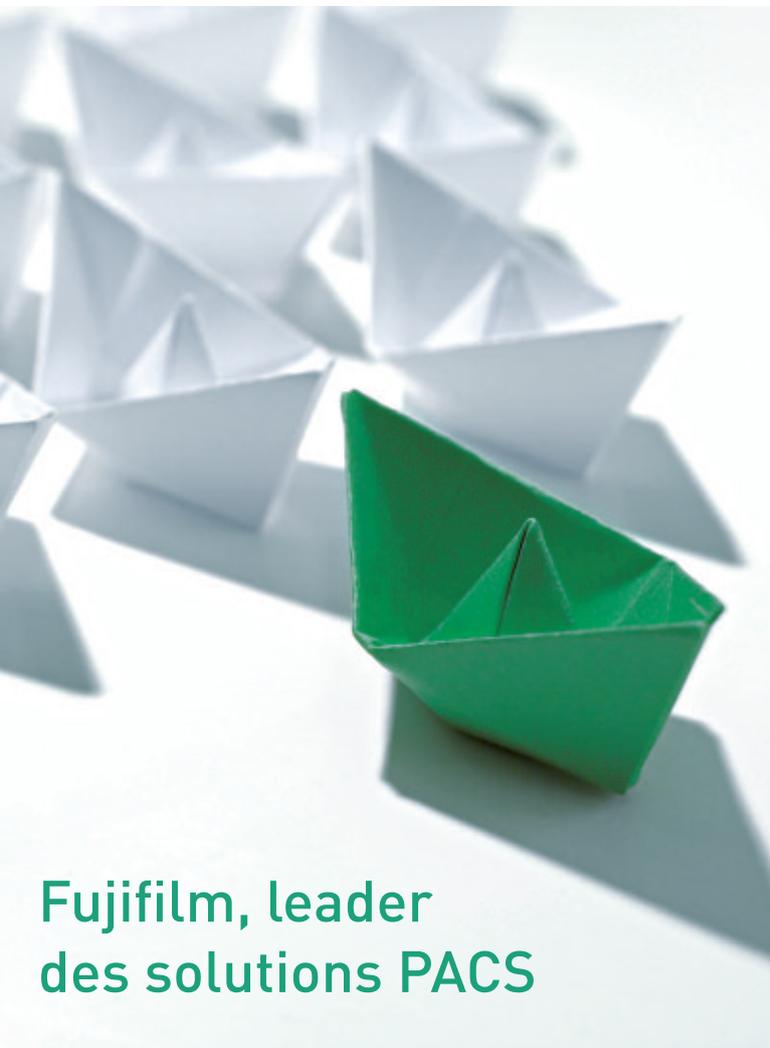
Dr Nadya Pyatigorskaya

Nadya Pyatigorskaya souligne que pour les jeunes, incertains de l'avenir, le **GCS** pourrait être un cadre d'exercice. En réponse, Jacques Niney détaille les conditions d'exercice dans un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Celui-ci s'inscrit dans le Projet Professionnel Commun qui propose la création d'un Pôle d'Organisation Sectoriel

d'Imagerie Médicale (POSIM) comme moyen commun à l'imagerie publique et libérale pour assurer l'offre d'imagerie dans un territoire de santé.

L'assise juridique peut être multiple et variée :

- La Société Civile Professionnelle (SCP), rarement utilisée par les radiologues.
- Le Groupement d'Intérêt Economique (GIE) qui permet de faire fonctionner les scanners, les IRM et autres machines.
- Le GCS dont le statut diffère selon la nature des membres qui le composent. S'il n'y a qu'un radiologue



Fujifilm, leader des solutions PACS

460
sites en France

9,3
millions d'exams/an

25%
des images archivées

40
personnes

- 460 sites équipés en France
- 9,3 Millions d'exams par an en France dans un PACS SYNAPSE
- Plus d'une image stockée sur 4 en France est archivée dans un PACS Fujifilm
- Création en France d'une entité dédiée Solutions Informatiques Médicales de 40 personnes

FUJIFILM

FUJIFILM MEDICAL SYSTEMS FRANCE
Immeuble Objectif II - 2 rue Louis Armand - 92600 Asnières
Tél. : 01 47 15 55 15 - Fax : 01 47 31 62 00

www.fujifilmmedical.fr

libéral isolé avec un hôpital, c'est obligatoirement un GCS de droit public. S'il y a un hôpital et une structure juridique libérale, il est possible d'opter pour un GCS de droit privé, plus souple.

Dans le cadre d'un POSIM, il faut veiller à ce que les autorisations de scanner et d'IRM d'un hôpital ou d'une clinique soient transférées au GCS géré par les radiologues publics et libéraux.

Les personnels publics, radiologues et paramédicaux, sont mis à disposition du GCS. Le mode de rémunération du médecin peut être à la valeur de l'acte, comme le radiologue libéral, avec les frais partagés et déduction du salaire payé par l'hôpital. Il peut aussi être payé avec une quote-part de consultation libérale correspondant à sa quote-part antérieure ou supérieure.

Le contrôle qualité de la mammographie numérique a été décidé en novembre 2010. Un nouveau protocole a été introduit pour la mammo num CR et DR, applicable en janvier 2011 et suspendu à partir de juillet de la même année avec retour au protocole de contrôle qualité de 2006.

Dans les conditions actuelles, les professionnels ne peuvent donner quitus à un protocole qui n'est pas efficient. Au début du mois de janvier, une réunion a eu lieu avec les responsables de la DGS, de l'INCa, de l'AFSSAPS, de l'IRSN, de l'ASN, un expert réputé, Alain Noël, la FNMR, la SFR et le Conseil National de l'Ordre. La position exprimée par la FNMR a été que les professionnels de santé ne souscriraient plus à la continuité des contrôles qualité avec le protocole 2006. La raison en est que le protocole, mis sur le site officiel de l'EUREF (organisme européen), a été revu et corrigé. Il n'y a donc plus de raison pour que les contrôles qualité mammo num ne se fassent pas selon le protocole de novembre 2010.

Il a été décidé de faire une lettre commune informant les radiologues que les plaques (CR), qui concernent un nombre minime d'installations, ayant un taux de détection de 0,4, alors que le taux normal se situe à 0,6 ou 0,7, seront



contrôlées en priorité d'ici un mois. Les autres contrôles qualité seront faits dans le temps normal de renouvellement des contrôles de six mois. Tout devra être terminé pour les CR et les DR avant fin juin 2012.

Le président, qui juge ce dossier explosif, prévient qu'il se verra contraint d'informer les patients si l'Etat ne règle pas la question rapidement.

La Cotisation Foncière des Entreprises (CFE) prend la place de la taxe professionnelle. Elle ne devait concerner que les Sociétés Civiles de Moyens (SCM) mais les associés de SCM ont été rajoutés, ce qui fait une double taxation. La

confusion s'est instaurée puisque la partie privée devait être du domaine du radiologue, mais la partie commune pour l'exercice du cabinet devait être prise en charge par la SCM. La Fédération a demandé des éclaircissements au ministère du budget et reste dans l'attente de la réponse.

L'exonération de **la taxe sur la propriété intellectuelle sur les cd room** a été décidée par un arrêté de juin 2011 mais n'est applicable qu'à partir de janvier 2012. Certains fournisseurs mentionnent les taxes, ce qui permettra de la déduire, puisqu'il y a récupération.

FSE et remplaçants. Il faut rappeler que le remplaçant doit avoir sa carte CPS. Il doit la demander à la caisse, pour éditer les FSE, ce qui n'entraîne pas qu'il soit payé directement, puisque c'est le remplacé qui reçoit le paiement.

Le problème est que les éditeurs de logiciel n'ont pas l'obligation d'intégrer le module dans leur logiciel métier.



La Fédération a rencontré les responsables du LESISS, syndicat des éditeurs de logiciels métier qui vont rechercher une solution.

Jacques Niney, siégeant à la Commission Paritaire Nationale de la convention médicale, a demandé à ce que le procès-verbal de la CPN mentionne que le radiologue ne peut être tenu responsable du non-respect de la loi, ce que le directeur général de la CNAM a approuvé.

A ce sujet, le président invite les radiologues à toujours signer un contrat de remplacement afin d'éviter toute confusion avec un éventuel lien de subordination qui ferait passer le remplaçant pour un salarié.

Le **cône beam** a été validé par la commission de hiérarchisation des actes mais n'est pas encore paru au Journal Officiel. Il devrait être intégré dans la prochaine version de la CCAM. Ce nouvel acte sera hors bilan d'implantologie qui continuera à ne pas être pris en charge.

Les **règes d'accessibilité des cabinets** imposent la mise aux normes de toutes les structures d'ici à 2015.

L'**Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN)** a fait paraître un décret incompréhensible concernant les détenteurs des autorisations de scanner. Selon les paragraphes de ce décret, le détenteur ne peut être qu'un médecin, voire

seulement un radiologue, plus loin un chirurgien-dentiste,... La FNMR a saisi l'ASN en demandant des explications sur ce décret. Le président de la Fédération a rencontré le président de l'ASN qui lui a indiqué qu'une réponse officielle, opposable, serait faite.

La **Gestion Du Risque (GDR)** a été transférée au niveau des Agences Régionales de Santé (ARS). En 2011, elle portait sur dix priorités dont l'imagerie et est reconduite en 2012, sous contrainte de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). La question est posée de savoir si le



contrôle de la GDR par les ARS ne se traduira pas par des ORDAM, objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie.

La feuille de route 2012 pour l'imagerie, adressée aux ARS, comporte le paragraphe 3.6 : "Les ARS mettront en œuvre un plan d'action en vue de favoriser la diversification du parc des appareils d'IRM. Différents leviers sont à leur disposition pour le faire, le SROSS PRS, levier tarifaire au moyen de la nouvelle tarification." En réalité, il s'agit des forfaits techniques qui ne sont pas de leur ressort.



Dr Laurent Verzaux

Laurent Verzaux présente l'état du dossier **téléimagerie** qui est une priorité dans toutes les ARS, mais uniquement orientée autour de la PDS. La téléimagerie est un acte médical qui doit être payée à l'acte et organisée comme une activité médicale dans les cabinets. Le Secrétaire général met aussi en garde contre les sociétés commerciales animées par la volonté de développer leur chiffre d'affaires.

Les radiologues doivent s'impliquer pleinement dans la téléradiologie, dans le respect des recommandations qui ont été publiées par le G4, pour participer à l'organisation du maillage territorial.

Le dossier du **dépistage organisé du cancer du sein** est présenté par Saranda Haber. La DGS a repris le pilotage national depuis les problèmes rencontrés lors de l'application du contrôle de qualité du numérique. Un comité stratégique a été mis en place. Il est décisionnaire mais ne comporte que les institutionnels. Un comité de liaison a été également mis en place qui comporte aussi les professionnels concernés. Mais il n'a qu'une voix consultative.



Dr Saranda Habert

Le comité stratégique a pris quatre décisions d'orientation pour 2012 :

- Il n'y aura pas de généralisation du dépistage du cancer du col.
- Pour le dépistage du cancer colorectal, le passage au test immunologique ne se fera que dans le cadre d'un appel d'offres européen, qui ne devrait pas avoir lieu avant fin 2012.
- Pour le cancer du sein, la CNAM demande des économies aux structures de gestion.
- Toute expérimentation de dématérialisation des mammographies est stoppée en 2012.

Il est prévu la mise à niveau du cahier des charges radiologue, puisqu'il n'y a pas de cahier des charges numérique, puis, une redéfinition des rôles des structures de gestion, qui permettra d'intégrer la dématérialisation de la deuxième lecture.

Enfin, il est rappelé la demande à l'AFSSAPS, par l'ensemble des participants, l'application du protocole de novembre 2010, puisque les outils d'EUREF sont déclarés stables.



Dans le débat qui s'engage, il est demandé où en sont les discussions entre dépistages individuel et organisé. Sur ce point, le président rappelle que le remplissage de Sénolog permet de disposer d'informations sur les médecins adresseurs dont certaines spécialités peuvent disposer d'une patientèle captive.

La qualité des données de Sénolog a d'ailleurs été reconnue par la HAS.

Article 51 de la loi HPST et l'échographie. Dans la loi HPST, le mot médecin a disparu au profit du professionnel de santé qui peut être médecin ou paramédical, ce qui

permet de faire faire, à ce dernier, des tâches qui ne lui étaient pas destinées par sa formation.

L'article 51 met en place la délégation de tâches. La Fédération a essayé de le cadrer avec les paramédicaux, le comité d'harmonisation des structures de formation, la FPPE, et les universitaires, pour organiser des coopérations pour l'échographie.

Pour qu'il y ait coopération, il faut que médecins et paramédicaux décident de coopérer entre eux, écrivent un

protocole et le soumettent à l'ARS dont ils dépendent. L'ARS sollicite l'avis de la HAS. Si le protocole est perçu comme efficace, il peut s'appliquer à l'ensemble du territoire.

Un protocole a été développé avec la région Metz-Nancy, qui serait applicable à l'ensemble du territoire, pour une échographie d'acquisition. Les manipulateurs font déjà l'acquisition des images en IRM, radio et scanner, pour, qu'ensuite, les radiologues les interprètent.

Ce protocole, qui a été appuyé par le G4 national, devait passer à la HAS et a été freiné pour des raisons inconnues. Il sera vraisemblablement validé par la HAS et sera applicable, France entière, si les radiologues souhaitent y adhérer.

Parallèlement, il fallait organiser la formation des manipulateurs. Des modules de formation spécifiquement adaptés ont été mis en place. Le Conseil de l'Ordre a validé cette procédure à la condition que le diplôme ne soit pas le DU des médecins, mais que ce soit bien un diplôme distinct (DU) pour les manipulateurs. Les cabinets intéressés peuvent demander à l'ARS de bénéficier de ce protocole.

François Petitpierre rappelle que depuis la loi HPST, les internes ont la possibilité de faire des stages dans le privé et souhaite connaître la position des radiologues libéraux sur ce sujet. Jacques Niney lui confirme l'intérêt de ces stages mais entend que leur contenu soit défini afin qu'ils ne se transforment pas en remplacement. Il faut également définir les champs de compétences comme la mammographie ou l'ostéo-articulaire. ■



Dr François Petitpierre



“Des stages dans le privé pour les internes.”



La FNMR rénovent ses statuts

L'assemblée générale extraordinaire du 21 janvier 2012 a adopté les modifications de statuts de la FNMR qui devaient être adaptés aux évolutions réglementaires et à la pratique syndicale d'aujourd'hui.



Le président de la Fédération rappelait que les statuts actuels et les modifications proposées, à l'issue du travail de la commission responsable, avaient été publiés dans la Lettre du Médecin Radiologue de novembre 2011.

Après vérification du quorum, les propositions de modifications étaient présentées, article par article, par Maitre Alix Domas-Descos qui en a supervisé la rédaction juridique. Deux types de modification sont proposés. Une première série concerne les modifications simples, de précisions ou d'ajouts pour une meilleure compréhension du texte. Une seconde série de modifications a refondu et réécrit certains articles.

Les propositions de modifications de forme portent sur l'ensemble des titres. En revanche, les propositions de révision d'articles portent sur un nombre limité de thèmes dont :

- La possibilité pour la Fédération d'accueillir des organisations syndicales **nationales**.
- La possibilité, dans un département où le nombre de radiologues y exerçant est inférieur à 10, de s'associer au syndicat d'un département **limitrophe de la même région, sous réserve de l'accord du conseil d'administration de la Fédération**.
- Une précision sur les conditions de retrait d'un syndicat qui doit, au préalable, **avoir rempli toutes ses obligations à l'égard de la Fédération et notamment le reversement des cotisations et sommes dues**.
- Une précision sur l'élection des membres du conseil d'administration de la Fédération élus pour trois ans et **renouvelables par tiers chaque année dans l'ordre alphabétique du nom des régions**.
- Des précisions sur le collège des électeurs (grands électeurs) pour la désignation des représentants au

conseil d'administration de la Fédération et sur les conditions d'éligibilité à ce conseil.

- Les missions du conseil d'administration sont détaillées.
- La composition, les modalités de réunion et les missions du Bureau national de la Fédération sont précisées, en distinguant Bureau restreint et Bureau élargi.
- Les missions du président et des vice-présidents sont précisées.
- L'organisation de la Fédération en cas de vacance de la présidence est prévue.
- Des précisions sur l'assemblée générale de la Fédération : nombre de délégués, nombre de réunions, convocation et ordre du jour, organisation des votes.
- Des précisions sur les membres du conseil de conciliation.
- Les ressources possibles de la Fédération sont précisées ainsi que les modalités de cotisation.

Afin de maintenir la cohérence entre les syndicats adhérents et la Fédération nationale, des modifications seront aussi apportées aux statuts type régionaux et départementaux. Ces nouveaux statuts devraient être proposés au conseil d'administration du mois de mars. ■





Les missions du fonds d'intervention régional

Un décret et deux arrêtés du 27 février 2012, fixent les missions, l'organisation et le fonctionnement du fond d'intervention régional des agences régionales de santé. Ces textes intéressent particulièrement les médecins radiologues puisque, parmi d'autres missions, le fonds participe au financement de la permanence des soins et à l'expérimentation de la télémédecine.

Fonds d'intervention régional des agences régionales de santé (décret n° 2012-271¹)

Le décret liste les actions qui peuvent être financées par le fonds. Ces financements doivent faire l'objet d'une décision du directeur de l'agence régionale et de la signature d'un contrat avec les bénéficiaires.

Il concerne les établissements de santé, publics et privés, les établissements médico-sociaux, les personnels de ces organismes, les professionnels de santé, les réseaux, les pôles, les centres et les maisons de santé ainsi que les collectivités publiques.

Les dispositions de ce décret, sauf exception, entrent en vigueur au 1^{er} mars 2012.

Le fonds participe au financement :

- Des rémunérations forfaitaires aux médecins qui participent à la permanence des soins [en application du cahier des charges régional arrêté par le directeur de l'ARS].
- Des actions ou des structures qui concourent à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires en particulier les maisons médicales de garde.
- De la permanence des soins en établissement de santé



[en fonction des missions de service publique qui sont confiées à l'établissement – Les médecins libéraux qui concourent à la permanence des soins peuvent être indemnisés par le fonds d'intervention régional].

- Du développement de nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre professionnels de santé, en particulier la télémédecine.
- Des actions visant à améliorer la qualité des pratiques et des soins.
- Des réseaux de santé.
- Des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé, en particulier au sein de maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.
- Les centres périnataux de proximité.

Le fonds peut aussi participer au financement :

- De la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins.
- De l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé (conditions de travail, mobilité des personnels.
- Des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire mises en œuvre dans le cadre du schéma régional de prévention
- Des actions permettant la mutualisation des moyens de plusieurs ou de la totalité des professionnels et structures sanitaires de la région, notamment en matière de système d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projets.

“ Le dons participe au financement des rémunérations forfaitaires aux médecins qui participent à la permanence des soins. ”

¹ Référence : Journal Officiel du 28 février 2012

- Des actions tendant à la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

Les sommes engagées par les ARS aux titres de ces missions sont attribuées aux professionnels, aux collectivités publiques ou aux organismes, quel que soit leur statut, chargés de leur mise en œuvre ou, le cas échéant, aux personnels de ces derniers.

Les décisions de financement déterminent chaque année le montant des sommes versées au bénéficiaire, y compris lorsque le financement est prévu sur une base pluriannuelle dont la durée maximale ne peut excéder cinq ans.

En cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus au contrat, le directeur de l'ARS adresse au titulaire du contrat une mise en demeure motivée de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai. Compte tenu de ces éléments de réponse, ce délai peut être renouvelé une fois pour la même durée.

Si, au terme du délai accordé, les mesures nécessaires n'ont pas été prises sans justification valable, le directeur de l'ARS peut modifier ou résilier le contrat. Il peut décider le reversement de tout ou partie des financements déjà versés au titre des engagements non mis en œuvre.

Permanence des soins en établissements de santé

La participation des établissements de santé à la permanence des soins peut être prise en charge financièrement par le fonds d'intervention régional. En outre, pour sa participation à la permanence des soins assurée par un établissement, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat et selon les conditions fixées par ce contrat peut être indemnisé par le fonds d'intervention régional.

Permanence des soins en établissements de santé (Arrêté du 27 février 2012 ²)

Peuvent être prises en charge par le fonds d'intervention régional pour les établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins et au titre de l'accueil suivi de la prise

² Journal Officiel du 28 février 2012

³ Journal Officiel du 28 février 2012



en charge des patients, quel que soit le mode d'entrée de ces patients, uniquement la nuit, pendant le week-end, à l'exception du samedi matin, et les jours fériés :

- Pour tous les établissements de santé, la rémunération ou l'indemnisation des médecins hors structures d'urgence ;
- Pour les établissements de santé [(hors établissements à but non lucratif) et ayant conclu un contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens avec l'ARS], la rémunération ou l'indemnisation des médecins exerçant dans une structure d'urgence.

Liste et conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération financés par le fonds (arrêté du 27 février 2012 ³)

Cet arrêté fixe les aides individuelles qui peuvent être versées aux agents des établissements de santé publics et privés au titre de leurs missions de service public. Ces aides sont destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels dans les établissements engagées dans des opérations de modernisation et de restructuration cohérentes avec le schéma régional d'organisation des soins. Dans les établissements privés, les aides prévues, à ce titre, ne peuvent se substituer aux financements ayant le même objet prévus par les dispositions du titre deuxième du livre premier de la cinquième partie du code du travail ou par des accords ou conventions collectives. ■

Wilfrid VINCENT
Délégué général de la FNMR





Les dépenses de l'assurance maladie : janvier 2012

Le premier mois de l'année est marqué par une forte progression de pratiquement tous les postes, ce qui se traduit par une croissance des dépenses de 8,3%. L'an passé, le taux de croissance pour le mois de janvier, était de 2,7%.

A l'exception des prestations médico-sociales (-0,5%), la croissance des autres agrégats tourne autour de la moyenne.

Les versements aux établissements privés augmentent de

6,4%, les dépenses de soins de ville de 8,2% et les versements aux établissements publics de 11,3%.

Dans l'ensemble des soins de ville, si les actes techniques (voir la note du tableau) progressent de 8,1%, si l'ensemble des forfaits techniques augmentent 11,2%, les forfaits de scanner sont stables à 0,7% marquant un arrêt dans le recul enregistré depuis plusieurs mois. Le taux de croissance des forfaits d'IRM retrouve un niveau élevé à 17,3%. ■

Dépenses de l'assurance maladie - janvier 2012 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

Prestations	Janv en €	Janv en %
Consultations	515 567	4,0%
Visites	71 951	0,5%
Actes Techniques (*)	520 520	8,1%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	65 959	11,2%
Dont scanner	27 191	0,7%
Dont IRM	34 179	17,3%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	1 442 842	6,9%
Total prescriptions	3 811 162	8,6%
Total soins de ville	5 294 725	8,2%
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	5 203 108	11,3%
Total versements aux établissements sanitaires privés	853 187	6,4%
Total prestations médico-sociales	1 224 142	-0,5%
Total statistique mensuelle des dépenses	13 571 263	8,3%

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

MANCHE

Suite aux élections du syndicat de la MANCHE du 14 février 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Mokrane SAHEL (Coutances)
Secrétaire :	Dr Olivier GONTRAN (Grandville)
Trésorier :	Dr Alain POTIER (Avranches)

Hommage

Dr Pierre PUISSET

Nous venons d'apprendre le décès le 25 janvier 2012 du **Docteur Pierre PUISSET**, à l'âge de 92 ans. Il était médecin radiologue retraité à SAINT LUNAIRE (35).

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



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



et aussi...

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

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

POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE

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

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

CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10042 03 – 5 radiol. Assoc. recherche nouvel assoc. Large experience radiol. conventionnelle, en coupes TDM, IRM, écho. mammo. Participation à la gestion et organisation du cab.
› Tél. : 04.37.51.17.98.

Email : romeo.dacruz@segeco.fr.

10043 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.

Email : maria.alvarez.scmcim@wanadoo.fr

10044 06 – Cause santé cède parts dans un important groupe, CENTRE VILLE CÔTE D'AZUR. Multiples accès scan et IRM.

› Email : azur.0606@live.fr

10045 06 – Cause retraite, cède cab. radiol. conventionnelle NICE OUEST. Formation du successeur prise en charge. Possibilité vacation IRM.

10046 22 – SAINT-BRIEUC, SELARL (3 radiologues) cherche associé(e), 2 sites (cabinet de ville + clinique). Importante activité, plateau technique complet.
› Tél. : 02.96.33.73.00.

10047 22 – Cède cab. indépendant entièrement équipé. Vacances TDM et IRM. Pas de garde, ni d'astreinte.
› Email : cabinetbr@lerss.fr.

10048 26 – Cab. radiol. dans clinique cherche 5^{ème} assoc., écho., mammo., conventionnel, TDM, IRM.
› Tél. : 06.76.08.90.16.

10049 26 – DRÔME NORD – SELARL dans clinique cherche remplaçant/e, activité et jours au choix.

› Contact : Dr François WEBER

Tél. : 04.75.72.12.72 ou

Email : cimpcompta@hotmail.fr.

10050 47 – Proche BORDEAUX. Cède cab. pour 2 ou 3 radiologues accès scanner et IRM, plateau technique complet.

› Tél. : 06.64.63.78.78.

10051 62 – SAINT-OMER, SCP 5 asso, 2 cab, une clinique (avec scanner), vac. d'IRM, rech asso pour succession. Remplacement préalable proposé.

› Tél. : 06.12.95.67.91.

10052 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.

10053 67 – Cherche succ. SELARL 14 radiol, cab. de ville + clinique. Activité importante, radio, gen, séno, écho, scan et IRM.

› Email : radiologie67@yahoo.fr

10054 67 – STRASBOURG OUEST, cède (retraite) cab. radiol indépendant communiquant avec établissement médicalisé en cours d'extension. Accès scan et IRM.

› Tél. : 06.10.66.44.04.

10055 68 – Cherc. 5^{ème} assoc. dans une SELARL avec accès 2 scanners, 2 IRM. Assoc. Si possible ACCA.

› Tél. : 06.87.17.44.10.

10056 69 – Cause retraite, cède parts dans asso. 2 radiol. cab. de ville.

› Contact : Dr Sylvie FAURE

Tél. : 04.78.52.70.10/06.83.48.98.08

Email : familleff@orange.fr

10057 83 – VAR LITTORAL TOULON, cherc. 8^{ème} associé (cause départ retraite). Activités polyvalentes en clinique et cabinets. Vacances quotidiennes d'IRM et scan.

› Contact : Madame ROCCA

Tél. : 04.94.89.94.17.

10058 84 – RÉGION SUD-EST, CAVAILLON, cause retraite cherc. successeur associé(e). Radio conv (4 sites)

+ TDM + IRM. Expansion possible, 6 praticiens tps plein, 4 jrs par semaine.

› Contact : Dr Pierre BRUN

Tél. : 06.80.13.70.38 ou

Email : brunpie@wanadoo.fr

10059 94 – Cause retraite cède cab. de ville proche BANLIEUE EST de PARIS. Possibilité accès TDM et IRM voisinage.

› Contact : Dr GOLDMAN

Tél. : 06.08.33.00.48 ou

Email : Dr RUSSAK :

marie.abkin@dbmail.com

DIVERS

10060 81 – Reprise échographe Aloka avec 4 sondes plus maintenance pour 1100 euros par mois.

› Tél. : 06.74.35.00.23/05.63.41.81.11.

10061 51 – Echographe logic 7, achat 2010, peu servi, 1 jour/semaine, sondes neuves, prix 8 000 €.

› Tél. : 03.26.54.27.00.

REPLACEMENT

10062 77 – Groupe de 12 radiol. cab. cliniques, scan, IRM, cherc. radiol. remplaçants pour toutes les vacances scolaires.

› Tél. : 01.64.39.78.14.

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

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