

La lettre de la FNMR

fnmr.org

Service public ou service au public ?



Après l'ère qui vient de s'achever, les observateurs observent et les commentateurs commentent la nouvelle ère.

L'ère précédente n'a pas laissé que de bons souvenirs, comme la loi HPST et les ARS qui en découlent, parmi d'autres mesures. On se souvient aussi de l'attitude de certains décideurs, détenteurs d'une parcelle de pouvoir, et de leur refus de recevoir certains membres du corps médical.

La profession attend aussi la concrétisation d'engagements négociés, il y a déjà deux ans avec les multiples intervenants de la tétralogie Bercy/Matignon/Elysée/Ségur, sans omettre la Caisse avec sa stratégie de Gestion du Risque (Financier).

L'ère nouvelle reste à venir, elle attend la vague, celle des prochaines élections en essayant de ne fâcher personne pour l'instant.

Cependant, les nouveaux décideurs ont eu le temps de réfléchir, qu'ils aient ou non une expérience ministérielle.

C'est donc sans surprise que l'on a entendu annoncer la priorité donnée au service public. C'est un choix, mais quel en est le contenu? Quelle est la définition du service public dans la santé, pour ne parler que de ce secteur? Un service maximum et unique ou un service minimum et diffus? Le secteur privé dit à but lucratif, voire même « lucratif » par un raccourci entendu, est-il ou non partie du secteur public? Peut-il être délégataire du service public?

Comment juger du service, de son coût et de sa qualité sur des bases objectives?

Le patient, lui, sait ce qu'il veut: un service efficace au public, sans distinction, et il le dit clairement dans la vraie vie, celle du terrain. Il faudra que l'évaluation du service rendu soit juste et équitable, comme dans la dotation en équipements ou en ressources médicales, sans ostracisme.

Les médecins radiologues libéraux et la FNMR sauront défendre la spécificité de l'imagerie médicale et son rôle pivot dans la chaîne de soins grâce à leur efficacité dans un contexte difficile, celui de l'Europe de demain matin.

Dr Jacques NINEY
Président de la FNMR

■ Un interne dans le libéral	03
■ Séminaire de la FNMR 24 mars 2012	05
■ CA de la FNMR 24 mars 2012	14
■ Hommages	19
■ Statistiques : Dépenses de l'assurance maladie	22
■ Vie fédérale : Election Bureau	22
■ Petites annonces	24

■ Annonceurs :	
BRACCO	23
CMPS	02
FORCOMED	20 & 21
PMFR	18



AU CMPS, MON CONSEILLER MET À MA DISPOSITION DES SERVICES ADAPTES À MES BESOINS.

UNE BANQUE QUI ME DONNE UNE REPONSE RAPIDE
ET PERTINENTE, ÇA CHANGE TOUT.

Crédit  Mutuel
Professions de Santé

www.cmps.creditmutuel.fr

**CRÉDIT MUTUEL DES PROFESSIONS DE SANTÉ PARIS
10, RUE DE CAUMARTIN 75009 PARIS – TÉL. : 01 56 75 64 30
RETROUVEZ TOUTES LES COORDONNÉES CMPS SUR LE SITE.**

Un interne dans le libéral

Dans le cadre de l'élaboration d'une charte future des stages d'internes dans un service d'imagerie, vous trouverez ci-dessous le ressenti d'un interne en dernier semestre de radiologie à Montpellier



Dr Patrick Souteyrand

Patrick SOUTEYRAND

Suite à la publication du décret d'application en février 2011 concernant la possibilité d'effectuer pour les internes un stage en secteur libéral, nous avons, sous l'impulsion de deux jeunes associés motivés et par l'intermédiaire de l'établissement (Clinique du Parc à Castelnau Le Lez) déposé un dossier d'agrément accepté par l'ARS après avis du Pr H. Vernhet (CERF).

Nous avons été agréablement surpris de constater que le plus ancien des internes de la filière choisisse notre site.

“ L'explication des résultats au patient et le contact avec la clientèle ont été à mon sens un des aspects le plus positif de ce stage. ”

D'emblée les conditions de stage ont été posées avec une interdiction de remplacement dans notre structure et un emploi du temps basé sur les objectifs à atteindre.

Je laisserai Sébastien Lesnel donner librement son appréciation de son stage.

Pour notre part, l'expérience est incontestablement une réussite.

Sébastien a parfaitement su s'intégrer rapidement dans l'équipe médicale et paramédicale. Nous avons d'emblée

constaté l'étendue de ses compétences et particulièrement son habileté dans tous les gestes d'interventionnel.

Même si nous avons des jeunes associés dans notre SCP, un regard neuf est un enrichissement nous obligeant à nous remettre parfois en cause. La présentation de topos à partir de cas clinique, vécue sur place, a été particulièrement appréciée.

Tous les examens réalisés par Sébastien ont été effectués en coordination avec un de ses maîtres de stage. L'explication des résultats au patient et le contact avec la clientèle ont été à mon sens un des aspects le plus positif de ce stage. Le contact direct avec le patient est rare dans le secteur public pour les internes. Le temps passé à discuter d'un dossier a largement été compensé par l'activité de Sébastien.

Au total, s'il est certain que le choix de stage par un "jeune" interne serait plus compliqué à gérer, l'expérience est tout à fait positive et sera renouvelée. Nous devons présenter le fonctionnement du secteur libéral, structure plus légère qu'un service hospitalier, et leur donner les moyens de choisir leur avenir en toute connaissance.

L'expérience issue de ce stage, mais aussi de ceux effectués dans d'autres régions, doit servir à définir avec le G4 la charte du choix en libéral.

Pour cette fin de stage, nous souhaitons tous à Sébastien tous nos vœux de réussite professionnelle qui doit passer par un séjour outre-Atlantique avant un poste de CCA. ■

Sébastien LESNEL

Interne en dernier semestre de radiologie à Montpellier, j'ai pu bénéficier de la récente disposition réglementaire permettant de réaliser un stage d'interne de spécialité en libéral.



Dr Sébastien Lesnel

Le service de radiologie de la Clinique du Parc, à Castelnau-le-Lez (Hérault) a obtenu l'agrément pour recevoir un interne, grâce au dossier présenté à l'ARS par deux radiologues de la clinique motivés par le projet, et à l'ouverture d'esprit des responsables universitaires locaux. Intéressé par cette opportunité, j'ai choisi ce terrain de stage proposé lors du choix de poste.

Le bilan de ce semestre a été très positif, et nous a donné les grandes lignes qui doivent permettre aux internes mais

aussi aux radiologues libéraux, d'en faire une expérience mutuellement enrichissante...

Une des clés de la réussite de ce type de stage pour l'interne est de vérifier que les atouts de formation du service sont compatibles avec ses attentes. Un projet pédagogique personnalisé doit ainsi être défini à l'avance. Tous les radiologues impliqués dans la formation de l'interne doivent être activement partie prenante du projet, et reconnus pour leurs capacités pédagogiques et leur compétence dans leur spécialité. Dans mon cas, le projet pédagogique s'articulait autour de la pratique soutenue de l'IRM, notamment dans le cadre de vacations par spécialités d'organe, et d'un plateau technique complet de sénologie.



La règle d'or du stage en libéral est de bien comprendre que l'interne n'est pas un remplaçant. A ce titre, il ne bénéficie donc pas de revenus autres que le salaire légal d'interne, dont les conditions de versement doivent être négociées entre la clinique et le CHU. Il serait dommage de décrédibiliser cette formidable opportunité de formation auprès des responsables universitaires qui ont joué le jeu. De même en ce qui concerne son rôle dans le service : l'interne n'est pas là pour faire « la mine ». Il doit trouver sa place dans le fonctionnement de la structure, en prenant une part active aux vacations, mais toujours sous la supervision du radiologue, et dans un but d'apprentissage. Ainsi, le temps gagné par le radiologue grâce au travail de l'interne, lui permet en retour de prendre le temps de répondre à ses questions, discuter des dossiers difficiles, creuser un sujet, ce que lui même n'aurait peut être pas eu le temps de faire en étant seul... C'est gagnant-gagnant !

Pour les internes, le gros volume des vacations en radiologie libérale permet une belle courbe d'apprentissage, notamment en IRM, ou par exemple en pathologie

traumatique bénigne ostéo-articulaire, qui correspond en général plus à un recrutement de ville. Contrairement aux idées reçues chez un grand nombre d'entre nous, formatés au recrutement du système hospitalier, la proportion de dossiers pathologiques est surprenante, et les vacations souvent passionnantes ! Au-delà de l'activité ambulatoire réglée, la clinique prend en charge certains patients lourds, post-opératoires ou en réanimation, ainsi que l'activité d'urgence. Le compte rendu oral systématique m'a permis de mieux prendre conscience des attentes des patients, et m'a notamment donné l'occasion d'approfondir mes connaissances sur les traitements prévisibles à leur expliquer.

Pour les radiologues libéraux, l'irruption d'un interne dans une clinique peut permettre une motivation supplémentaire pour s'astreindre à des activités universitaires du type de cours thématiques, revue de dossiers, bibliographie, mise en place de protocoles...

Un grand nombre d'internes de radiologie travailleront un jour en dehors de l'hôpital. De ce fait, même si personne ne nie que notre formation doit rester majoritairement universitaire, faire un stage sur dix en libéral ne paraît pas aberrant. Il permet d'aborder des

notions de gestion qui serviront à tous les internes, quel que soit leur mode d'exercice futur. En effet, ces sujets sont peu enseignés, comme les ressources humaines, les cotations et remboursements des actes, l'installation, l'organisation d'un cabinet, le fonctionnement d'un groupe de radiologues, le choix et la négociation du matériel...

En définitive, ce stage généraliste et formateur m'a permis une belle synthèse de l'activité radiologique sur le plan médical, et une ouverture d'esprit sur les différentes facettes du métier de radiologue. ■

“ Contrairement aux idées reçues chez un grand nombre d'entre nous, formatés au recrutement du système hospitalier, la proportion de dossiers pathologiques est surprenante et les vacations souvent passionnantes. ”





Le paiement à la performance et le reste à charge (P4P et RAC)

Le 24 mars dernier, la FNMR tenait son séminaire annuel. Jacques Niney, Président de la Fédération, rappelait que ces séminaires sont l'occasion pour la FNMR d'explorer différents domaines d'importance pour l'imagerie médicale. L'an passé à Toulouse, le séminaire était consacré à la téléradiologie. Cette année, deux thèmes étaient abordés, tous deux modérés par Sylvie Fontlupt. D'une part le « paiement à la performance », quelques fois appelé le P4P, et d'autre part le reste à charge, dans la suite d'un premier séminaire tenu à l'automne dernier.

Les intervenants

Jean-François Rey,
Président de l'UMESPE

Eric Perchicot,
Secrétaire général du Syndicat national des
spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux

Laurent Verzaux,
Secrétaire général de la FNMR

indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service (cf article 26.2). Les autres indicateurs, relatifs à la pratique clinique, à la prévention, à la santé publique et à l'efficacité concernent dans un premier temps les médecins traitants ».

Certains indicateurs ne concernent donc que les médecins traitants. D'autres, en revanche, sur l'organisation du cabinet, concernent aussi les médecins radiologues en fonction des logiciels utilisés dont deux correspondent déjà à certains items.

Pour d'autres indicateurs encore, la convention prévoit que quatre spécialités pourront rapidement bénéficier du P4P : les cardiologues, les gastro-entérologues, les endocrinologues et les pédiatres. C'est le cas avec l'avenant 7 à la convention qui a été signé pour les cardiologues. La CSMF demande une extension rapide à toutes les spécialités. C'est ce qui motive le choix de ce thème pour le séminaire.

LE PAIEMENT À LA PERFORMANCE

Le paiement à la performance ¹, le terme exact étant la rémunération à la performance, a été inscrit dans la convention médicale de 2011.

Le P4P est décrit à l'article 26 de la convention médicale :
« L'ensemble des médecins libéraux est concerné par les

Le P4P

Article 25 de la convention médicale - Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait et objectifs de santé publique.

[...]Les parties signataires souhaitent évoluer vers une rémunération mixte maintenant le caractère principal du paiement des actes cliniques ou techniques mais prenant aussi en compte les missions des médecins et leurs engagements de service, ainsi que les résultats obtenus en santé publique et en termes d'efficacité du système de soins.

Dans ce cadre, elles conviennent d'organiser désormais la rémunération autour de trois piliers :

- la rémunération à l'acte, principe fondateur de l'exercice libéral ; dans l'attente de la mise

en place de la CCAM clinique d'ici le 31 décembre 2012, des consultations à haute valeur ajoutée de santé ;

- la rémunération forfaitaire permettant de rémunérer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte de tâches administratives ;
- la rémunération à la performance, versée en fonction de l'atteinte 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.

¹ Voir la présentation du P4P dans le n° 343 de janvier 2012 de la revue du Médecin Radiologue

Jean-François Rey, Président de l'UMESPE



Dr Jean-François Rey

Jean-François Rey, Président de l'UMESPE et qui a ce titre a eu la charge de la négociation de la convention et en particulier du P4P, présente les axes de réflexion autour desquels se fera la négociation avec les caisses.

En propos liminaire, Jean-François Rey rappelle le travail effectué en commun par la FNMR et l'UMESPE dans les différentes négociations

qui ont porté sur l'imagerie.

Le paiement à la performance est un mauvais anglicisme et une mauvaise traduction. Il sous-tendrait qu'une partie des médecins serait mieux payée parce que plus performants que les autres ce qui serait contraire à la déontologie qui exige que chaque médecin donne le meilleur soin à ses patients.

Il s'agit en réalité d'un nouveau mode de rémunération basé sur la mise en place de critères d'évaluation des objectifs de santé publique. Dans un premier temps, les caisses n'envisageaient rien d'autre qu'un CAPI reposant sur des objectifs économiques. Les syndicats conventionnels ont réussi, ensuite, à faire intégrer des critères de santé publique pour la rémunération de la performance. La participation des spécialistes a été prévue, à la demande de l'UMESPE, dès le départ.

Il y a, néanmoins, eu des réticences de la part des caisses qui d'une part n'ont pas d'argent et d'autre part ne dispose pas de référentiel pour les spécialistes. Les caisses avaient "une feuille blanche" pour les spécialistes et il a fallu la remplir. C'est ce qui justifie que, dans la convention, aient été imposées, dans un premier temps, la cardiologie et l'hépatogastroentérologie à cause de la masse des prescriptions dans ces deux spécialités pour les médecins généralistes, puis l'endocrinologie et la pédiatrie, pour montrer, qu'à terme, tous les médecins spécialistes doivent être concernés par ce modèle.

Le paiement à l'acte reste le mode de rémunération principal des médecins.

Après l'exposé de Jean-François Rey, Jacques Niney l'interroge pour savoir si le P4P peut être un amalgame d'Acbus, ce à quoi le Président de l'UMESPE répond positivement. Les critères de P4P peuvent ainsi comprendre des accords de bon usage de soins qui permettent

d'harmoniser les pratiques en écartant les pratiques déviantes éventuelles. Dans ces contrats, une association d'accord de bon usage des soins et des prescriptions est possible.

Eric Perchicot : Secrétaire général du SNSMCV

Eric Perchicot, Secrétaire général du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux, présente le premier accord de P4P pour une spécialité, la cardiologie. Il souligne que dans les négociations avec l'assurance maladie les professionnels de santé ne sont pas à armes égales. En revanche, le P4P étant un espace nouveau, la discussion est plus ouverte.

La première question qui se pose est : faut-il un nouveau système de rémunération ? De fait, il existe des disparités de pratiques médicales et de recours aux soins. D'un département à l'autre, ils peuvent aller du simple au double. La convention a donc prévu, en plus du paiement à l'acte, une rémunération à la performance dont le terme doit être



Dr Eric Perchicot

oublié car les médecins n'ont pas pour rôle de faire des économies à l'assurance maladie au détriment des malades. En réalité, cette rémunération est définie en fonction d'objectifs de santé publique et d'efficacité.

La convention prévoit, en son article 26, que plusieurs spécialités bénéficieront de ce mode de rémunération, à

savoir : les cardiologues, les endocrinologues, les gastro-entérologues et les pédiatres. Il n'y a pas d'obligation à l'extension du système à d'autres spécialités. Cela dépend de la volonté des professionnels et de leurs syndicats.

Le paiement à l'acte a montré ses limites. Il n'est pas un facteur de bonnes pratiques. Les jeunes médecins, peu attirés par l'activité libérale, sont demandeurs de modes de rémunération différents. Mais nous devons rester des médecins et ne pas devenir des officiers de santé.

Ce nouveau mode de rémunération concerne certaines activités que sont la gestion moyenne d'une population, l'accompagnement de patients et la prise en charge de maladies chroniques.



Pour l'assurance maladie, en cardiologie, les données sur les Affections de Longue Durée (ALD) montraient l'importance du champ d'intervention des cardiologues. Il faut, en effet, des indicateurs, fondés sur des preuves, ce qui nécessite un travail étroit avec les sociétés savantes. Ceci étant, ces sociétés peuvent fournir des données sur lesquels reposeront les indicateurs mais elles connaissent mal l'exercice en mode libéral et ne sont donc pas les mieux placées pour élaborer ces indicateurs.

Les médecins doivent pouvoir gérer activement les performances qui sont valorisées. C'est le cas des radiologues qui sont tous informatisés mais pas celui de certaines spécialités qui ont encore des dossiers papier. Il faut souligner que le P4P est purement incitatif et sans sanction.

Dans le cadre de la négociation, les objectifs de santé publique sont de première importance. Mais il faut aussi que les indicateurs portent sur des thèmes sur lesquels les praticiens pourront agir. Enfin, ils doivent être mesurables par l'assurance maladie. Dans le cas de la cardiologie, un indicateur porte sur le traitement après infarctus du myocarde. Les données de l'assurance maladie montrent que la double antiagrégation plaquettaire, qui n'est utile que dans l'année suivant un syndrome coronarien aigu, est sur-utilisée. Passé la première année, le rapport bénéfice-risque, très utile au départ, s'inverse, alors que 50% des patients de plus de 70 ans restent sous traitement après la première

année et 34% après 2 ans. Un indicateur, qui promeut les bonnes pratiques, a donc été conçu qui précise qu'après un an seul le "cardégil" doit être utilisé. C'est intéressant pour les patients qui seront moins

surtraités et auront moins d'effets secondaires, d'investigations complémentaires. C'est aussi intéressant pour l'assurance maladie car le Clopidogrel coûte beaucoup plus cher que l'aspirine.

Pour évaluer, il faut disposer de bases. Pour les cardiologues, il s'agit des patients qui ont eu au moins deux contacts, hors actes lourds, avec le même cardiologue sur une période de deux ans. De ce fait, 90% de l'activité en honoraires et 75% des patients sont ciblés par l'indicateur.

A terme, les indicateurs qui évolueront seront des outils de développement professionnel continu.

Le débat d'engage sur l'éventuelle participation des syndicats représentatifs dans ces discussions. Jean-François Rey considère que le travail technique doit être conduit par les syndicats verticaux représentatifs. Les centrales



polycatégorielles ne doivent intervenir qu'en fin de parcours pour s'assurer de la cohérence de l'ensemble.



Sylvie Fontlupt

Sylvie Fontlupt pose la question de la rémunération des médecins. Eric Perchicot indique que cette rémunération sera hors objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Elle devrait être de l'ordre de 4 500 € si tous les indicateurs sont bien remplis.

Une autre question porte sur le risque que ce nouveau mode de rémunération affecte ultérieurement la valeur de l'acte. La convention, répond Jean-François Rey, prévoit des avancées tarifaires et dès l'an prochain, la CSMF entend remonter au créneau pour valoriser les actes de médecine générale, de médecine spécialisée, les actes de CCAM technique ou clinique. Mais, ceci n'a rien à voir avec le P4P, qui est un mode de rémunération complémentaire, hors ONDAM. La question est d'avoir de bons critères, de pouvoir les appliquer et d'homogénéiser les bonnes pratiques.

La problématique est la même en cardiologie, ajoute Eric Perchicot, où sont constatés des écarts de pratique en échographie cardiaque d'un ratio de 1 à 10. Il est possible de décoter l'échographie cardiaque, ce qui n'est pas souhaitable, ou de définir un indicateur pour améliorer l'indication de cet acte. Il ne doit plus être possible de faire du chiffre d'affaires au détriment de l'intérêt général.

Jacques Niney fait part de la volonté de la profession de s'investir dans l'amélioration de la pratique avec les référentiels métiers, la labellisation, la certification. Mais il souligne aussi la crainte que les radiologues supportent d'un côté l'amélioration des pratiques, sans reconnaissance et de l'autre côté soient soumis aux baisses tarifaires récurrentes. L'élaboration d'indicateurs de performance en



Dr Jacques Niney

“ Le P4P est purement incitatif et sans sanction. ”

radiologie doit s'accompagner de la confiance avec les tutelles.

Laurent Verzaux, Secrétaire général de la FNMR



Dr Laurent Verzaux

Laurent Verzaux, Secrétaire général de la FNMR, présente les pistes possibles pour l'élaboration d'indicateurs en imagerie médicale. En premier lieu, le Secrétaire général rappelle que les radiologues, discipline d'accès secondaire, ne sont pas prescrits et que la profession a été pénalisée par l'absence de référentiels comme pour

l'association mammographie et échographie mammaire ce qui a conduit la CNAM à diviser par deux le tarif de l'échographie dans cette association.

Ces derniers mois, la SFR a présenté un référentiel ce qui devrait aboutir, à nouveau, à une tarification à une tarification à 100% pour cette association.

La convention prévoit trois modes de rémunération. Le paiement à l'acte reste le principe fondateur de l'exercice libéral. Il est complété par la rémunération forfaitaire et la rémunération à la performance, calculée sur des objectifs de santé publique et la valorisation de la pertinence de la pratique.

La rémunération à la performance s'inscrit dans le conventionnement général, avec une démarche individuelle puisque chacun a le choix d'y adhérer ou pas. L'objectif est d'harmoniser les pratiques afin que les patients soient pris en charge avec le même niveau de qualité sur l'ensemble du territoire ce qui est une revendication forte des associations de patients.

En échange de cette rémunération, les médecins s'engagent à fournir certains éléments nécessaires pour calculer leurs résultats par rapport à des objectifs précis. Un des points



importants est l'organisation du cabinet, sur lequel la Fédération a déjà beaucoup travaillé avec le référentiel qualité Labelix, qui prend en compte la qualité du service. Tous les médecins sont concernés par ce point. Concernant la pratique clinique, la prévention, la santé publique, les radiologues sont également impliqués dans le dépistage organisé du cancer du sein.

Pour que des indicateurs soient retenus, il faut qu'ils soient applicables à l'ensemble des professionnels. Le RCP n'est pas recevable parce que tous les radiologues n'y participent pas, il en va de même pour les procédures interventionnelles.

Pour l'organisation du cabinet, ceux de radiologie étant tous informatisés, il sera facile d'intégrer ces indicateurs : affichage dans les cabinets et sur le site AMELI, système informatique et feuilles de soin électroniques. Il faut définir les conditions de l'archivage mais les systèmes sont prêts.

Pour l'adhésion à une démarche de qualité, il y a le label des cabinets que la FNMR essaie de faire reconnaître par la HAS et la DGOS.

Pour la prévention en santé publique, Sénolog peut servir à construire des indicateurs.

La traçabilité sur les produits de contraste est déjà intégrée dans les RIS de la plupart des cabinets.

Les niveaux de dose seront déclaratifs et c'est un indicateur qu'il faut retenir, ainsi que celui de la participation à la Permanence Des Soins et au dépistage obligatoire.

Une intervenante s'interroge sur la pertinence du concept d'efficacité en imagerie alors que la France est très en retard dans l'équipement en IRM. Jacques Niney considère que la CNAM ne peut avoir d'exigence pour la mise en œuvre du guide du bon usage si les autorisations ne sont pas accordées. La profession ne proposera donc pas d'indicateurs dans ce domaine puisque 30 à 40% des radiologues n'ont qu'un accès très limité à l'IRM. Un indicateur d'efficacité doit correspondre à une bonne pratique mais aussi concerner un maximum de personnes. Jean-François Rey ajoute que l'application de référentiel



“ Pour que les indicateurs soient retenus, il faut qu'ils soient applicables à l'ensemble des professionnels. ”

dans le monde libéral doit également se faire dans le monde hospitalier.

Une question est posée sur le dépistage organisé du sein et sa valeur. La question ne se pose pas dans ces termes répond Jacques Niney dans la mesure où un accord se ferait sur l'efficacité et la pratique de l'acte et non pas sur sa valeur. Le problème est un taux de participation des femmes dans la tranche d'âge inférieur au seuil attendu de 70%.

LE RESTE A CHARGE



Dr Jacques Niney

Jacques Niney présente les deux axes sur lesquels s'articulera la seconde partie du séminaire sur le reste à charge.

Le tiers payant généralisé peut être une des réponses à la question du reste à charge qui conduit un nombre plus grand d'assurés à reporter, voire à renoncer, à des soins. Mais la généralisation du tiers payant met les cabinets sous la dépendance des caisses. C'est pourquoi la Fédération n'y est pas favorable.

Le second point est que la profession est engagée dans un processus d'amélioration permanente de la qualité. Ce processus assumé par les seuls cabinets a l'approbation des tutelles mais pas de reconnaissance financière. Environ 250 structures d'imagerie sont entrées dans cette certification d'entreprise en finançant l'opération pour un coût de l'ordre de 25.000 euros ou plus, sur une période de 18 mois.

Les intervenants

Jean-Philippe Masson,
Secrétaire général de la FNMR
Alain Rouché,
Directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance
Dominique Nadal,
Directeur commercial chez Axa

Jean-Philippe Masson, Secrétaire général de la FNMR

Le reste à charge (RAC) est relativement stable dans le temps observe Jean-Philippe Masson.



Dr Jean-Philippe Masson

Le reste à charge

Le RAC AMO : est le reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Le RAC AC : est le reste à charge après remboursement des assurances maladie complémentaires.

La part de l'assurance maladie est en baisse modérée mais constante de 77% en 1995 à 75% en 2009. La part des complémentaires est en légère augmentation de 12,2% à 13,8%. La part des ménages est stable avec une baisse de seulement 0,2%.

La hausse du reste à charge n'est pas la même pour tous les postes. Elle est essentiellement concentrée sur les médicaments et un peu sur les soins ambulatoires. Le RAC reste stable pour les soins hospitaliers.

Un autre constat est que le RAC pour les patients n'ayant pas d'assurance complémentaire peut aller jusqu'à 700 euros.

Un des déterminants de ce RAC est le tarif pratiqué par les professionnels de santé. Les radiologues sont à 86% en secteur 1, les dépassements sont limités à 4% des honoraires totaux, ce qui est peu, alors qu'ils sont de 42% pour les stomatologues et 11% pour la moyenne des spécialistes. L'application des tarifs opposables par la plupart des radiologues permet aux patients qui ont une complémentaire d'avoir peu de problème avec le RAC. En revanche, la question peut se poser pour les assurés qui n'ont pas de complémentaire ou sont en situation de précarité, notamment dans le cas de cumul d'actes ou d'actes très onéreux. La conséquence est souvent le report ou le renoncement à des soins.

Le renoncement aux soins de spécialistes pour raisons financières n'intervient que dans 3,4%. Il est évidemment fonction du revenu, du niveau de précarité et augmente lorsque tous ces facteurs apparaissent et se conjuguent. Mais d'autres facteurs peuvent intervenir comme l'insuffisance de l'offre ou des délais trop longs.

Lors du séminaire de novembre, les participants avaient exprimé leurs attentes. Les patients attendent une amélioration de l'accès aux soins, une diminution du reste à charge et sont très attentifs à la qualité. Pour les assureurs complémentaires, c'est la qualité qui prime. Les politiques privilégient l'égalité d'accès aux soins dans la qualité. Le mot qui revient est la qualité.

Quelles solutions sont proposées par la profession ? Elles ne peuvent être envisagées que dans le cadre d'un

partenariat avec les assureurs complémentaires et avec les associations de patients. Elles doivent être centrées sur la prise en charge et le maintien de la qualité, à laquelle les radiologues sont très attachés. Il est souhaitable qu'elle soit reconnue.

Quel partenariat envisager avec les complémentaires ? La FNMR n'est pas favorable au tiers payant généralisé qui soumet le radiologue à la volonté des caisses. Un partenariat doit être axé sur l'amélioration de la prise en charge par la mise en place d'un processus pour améliorer la qualité à travers la certification (Labelix) et un cahier des charges national, pour agréer les cabinets, mais indépendamment du nombre de cabinets sélectionnés.

Les attentes des patients concernent l'accessibilité du plateau technique. La position de la France dans le classement des équipements dans l'OCDE nous place vers la fin du peloton. De ce fait, l'accès à ces équipements est limité et les délais d'attente des rendez-vous sont importants. Le Projet Professionnel Commun, élaboré par la profession, est une réponse pour garantir l'accès de tous à l'imagerie médicale. Il est validé au travers de la loi Fourcade qui offre la possibilité de mettre en place des expérimentations. Des projets démarrent.

Les professionnels développent d'autres axes de qualité portant sur la maîtrise de l'exposition aux rayonnements ionisants, avec des formations organisées par FORCOMED, l'ACBUS du dépistage du cancer du sein, les observatoires de pratique professionnelle, mis en place par la profession, et la certification des sites d'imagerie, qui constitue le point le plus important, avec Labelix.

Labelix est une démarche, qui a été proposée à la HAS pour avoir sa validation. Elle est ouverte aux établissements publics, à travers une certification dite d'entreprise. Elle comporte un certain nombre de chapitres, dont l'accueil, l'hygiène, mais aussi la téléimagerie. Son coût peut être

supérieur à 25 000 euros et aller jusqu'à 40 000 euros par cabinet, avec un audit indépendant.

Labelix a été reconnu par les ARS qui, dans certaines régions demandent cette certification pour l'intégrer dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) à l'occasion du renouvellement d'équipement en coupe. La HAS mène une réflexion sur l'intégration de Labelix dans le DPC.

Quelles sont les propositions de la FNMR ? La Fédération souhaite qu'un cahier des charges national définisse les relations entre les professionnels, les organismes complémentaires et les associations de patients et constitue une reconnaissance nationale de l'efficacité et de l'amélioration de la qualité en imagerie.

Quelle peut-être la forme de cette reconnaissance ? Ce peut être un forfait par structure ou une majoration de l'acte.

Alain Rouché, Directeur Santé de la FFSA

En complément des chiffres qui ont été présentés sur le RAC, Alain Rouché précise que la stabilité de la part des remboursements de l'assurance maladie obligatoire vient du poids des dépenses des personnes en affection de longue durée (ALD) qui représentent environ 65 % de la dépense totale et les 4/5^{ème} de l'augmentation de la dépense.



Alain Rouché

Pour les autres personnes (hors ALD), le taux de prise en charge est proche de 55%, ce qui conduit à un RAC beaucoup plus élevé. Il y a donc des écarts importants par rapport à la moyenne.

Ce constat a conduit à la proposition de "bouclier sanitaire", régulation du système par le RAC de telle sorte qu'au-delà d'un certain niveau de dépenses, l'assuré soit couvert à 100% sur la dépense remboursable.

Alain Rouché explique ensuite la logique des assureurs complémentaires dont les contrats couvrent en général le ticket modérateur. Ce sont donc, essentiellement, les dépassements d'honoraires qui restent à la charge des personnes après couverture par la complémentaire, ce qui concerne très peu les radiologues. 93% des Français disposent d'une assurance complémentaire, en partie par la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).



Auparavant, le taux de couverture de la population était de 87%.

La question du RAC se pose surtout pour les assurés (7%) qui n'ont pas de couverture complémentaire. La moitié ne veut pas en avoir, vraisemblablement des populations jeunes, qui s'estiment en bonne santé. L'autre moitié déclare qu'elle ne peut pas acquérir une complémentaire. Les plus démunis (4,4 millions) bénéficient de la CMU Complémentaire. Les assurés qui ont des revenus légèrement supérieurs au plafond de ressources pour la CMU bénéficient de "l'aide à la complémentaire santé".

Une complémentaire santé coûte assez chère, en moyenne entre 600 et 700 euros par an et par bénéficiaire du contrat. Il faut distinguer les contrats individuels des contrats collectifs, souscrits dans le cadre de l'entreprise, qui ont, en général, des garanties sensiblement supérieures et prennent mieux en charge les dépassements d'honoraires.

Au fil des ans, on observe que de plus en plus d'assurés ont des difficultés pour souscrire au contrat en raison de la hausse des primes. Certains assurés demandent des réductions de garanties afin de diminuer les cotisations. Les nouveaux assurés souscrivent, en moyenne, des contrats avec des garanties plus faibles.

Jusqu'à présent, les complémentaires étaient dans une logique mécanique de paiement derrière la sécurité sociale.

“ Le fait que les professionnels se prennent en charge sur le plan de la qualité et cherchent à développer des logiques de labellisation est, du point de vue des assureurs, très positif. ”

Aujourd'hui, elles souhaitent davantage gérer le risque, c'est-à-dire optimiser le rapport qualité-prix des prestations servies à leurs clients.

Dans certains domaines, comme l'optique, les assureurs ont mis en place des réseaux professionnels

de santé afin que, pour un prix donné, l'assuré ait la meilleure prestation possible. Le fait que les professionnels se prennent en charge sur le plan de la qualité et cherchent à développer des logiques de labellisation est, du point de vue des assureurs, très positif. C'est une bonne démarche pour l'optimisation du rapport qualité-prix.

Le dernier point est le problème de la négociation entre les professionnels de santé et les organismes complémentaires. Elle peut être dans une logique individuelle ou collective. Si la négociation est tripartite, avec l'UNCAM², l'UNOCAM³ et une profession de santé représentée par ses syndicats, elle sera très difficile avec une grande probabilité que deux parties se mettent d'accord "sur le dos" de la troisième. L'UNOCAM n'est pas très favorable à cette approche.

² Union nationale des caisses d'assurance maladie

³ Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Une autre approche est celle de la négociation directe avec les syndicats des professionnels de santé. Enfin, il faut bien distinguer l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire qui n'est pas un bloc monolithique puisque constituée des mutuelles, des institutions de prévoyance et des entreprises d'assurances.

En ce qui concerne la radiologie, les relations contractuelles avec les complémentaires se limitent au tiers payant. Ce serait dans cette relation que l'on pourrait valoriser la qualité, mais il faudrait voir en détail ce que serait son contenu et l'intérêt des parties. C'est positif, parce que, par définition, cela va bénéficier aux patients. Mais, pour une reconnaissance par les complémentaires, il faut réussir à le matérialiser.

Jacques Niney rappelle l'attachement de la Fédération à un cadre national pour ce type de négociation même si des déclinaisons locales peuvent exister.



Un intervenant souhaite distinguer la labellisation et l'accréditation. Il soulève le risque, en cas d'accréditation, d'un futur conventionnement sélectif. Jacques Niney répond que la Fédération ne veut pas s'engager dans l'accréditation mais dans la certification d'entreprise dans la mesure où la HAS ne reconnaît pas le terme de labellisation.

Dominique Nadal, Directeur commercial chez Axa

Au regard du RAC, Dominique Nadal, directeur commercial chez Axa, distingue les assurances à caractère individuel, facultatives, et les assurances de groupe, souvent souscrites par des entreprises pour leurs salariés, ce qui les rend obligatoires.



Dominique Nadal

L'imagerie médicale représente un peu plus de 3% des remboursements des compagnies d'assurance complémentaires qui ne disposent pas de connaissance sur les actes pratiqués dans les structures hospitalières. En valeur, cela représente environ 850 millions.

Il y a relativement peu de dépassements. Les radiologues ont une capacité d'autoprescription. Cela ne signifie pas qu'il y ait une dérive particulière mais justifie l'attention des assureurs.

Le tiers payant est une demande forte des patients. 60% des radiologues sont actifs sur le tiers payant étendu. Un certain nombre de praticiens ne le pratiquent pas avec les régimes complémentaires, même s'ils font celui de base avec le régime obligatoire. C'est un sujet d'incompréhension pour les assurés.

Il y a une distinction à faire entre le tiers payant étendu et le tiers payant généralisé. Les adhérents souhaitent un dispositif englobant les régimes obligatoire et complémentaire. Dans certains départements, le nombre de cabinets de radiologie pratiquant le tiers payant complet, base + complémentaire, peut être très réduit.

Pour l'avenir, deux mouvements sont en jeu. D'un côté la baisse des effectifs des radiologues et de l'autre côté une demande grandissante.

Un autre point ressort des enquêtes auprès des assurés, c'est l'accès aux soins, facile et rapide. Il faut prendre en compte les évolutions de la technologie, avec deux items, l'un portant sur l'effet qualité et l'autre sur l'effet du coût.

Pour la qualité, il faut se garder d'un système à deux vitesses avec deux catégories d'assurés, ceux qui auront accès aux meilleurs équipements et les autres. Il faut également tenir compte de l'effet du coût des nouvelles technologies.

Pour voir les champs possibles de coopération, il faut mettre des préalables.

Le premier concerne la normalisation, par la profession, de meilleures pratiques. Axa a mené des opérations de ce type avec les biologistes et les anesthésistes. C'est la profession qui définit les normes car l'assureur ne connaît pas les métiers.

Le deuxième point concerne le développement du tiers payant qui reste une attente forte.

La médecine préventive peut aussi faire partie des champs de coopération. Le dépistage du cancer du sein est une réussite. Il y a certainement d'autres axes à mettre en place avec, éventuellement, des partenariats publics-privés. La télémédecine pourrait en faire partie.

Les assureurs doivent pouvoir accompagner les réflexions menées par la profession dans le principe du "gagnant-gagnant", qui permettrait d'éviter des actes redondants et l'amélioration de la qualité du service rendu à nos clients.

L'exemple typique d'une collaboration avec la profession est la géolocalisation des radiologues et d'équipements spécialisés

comme avec les opticiens et les dentistes. Les plates-formes d'appels peuvent être utiles pour la permanence des soins, le week-end par exemple. Un autre service pourrait être la mise en place d'un carnet de dosimétrie. C'est aux professionnels de dire si cette proposition est pertinente.

Les assureurs souhaitent aussi partager certaines problématiques. La profession n'échappera pas à une réflexion sur la mise en place d'un secteur optionnel. Ce serait un élément positif dans les analyses de coût et dans l'équilibre des régimes complémentaires.

Le dernier point porte sur les transferts de charges entre le régime obligatoire et le régime complémentaire qui vont continuer. Face à ces nouvelles charges, les assureurs ont augmenté leurs tarifs, mais l'acceptabilité de ces hausses devient difficile. La nécessité de trouver une contrepartie à ces augmentations est une évidence. Ce peut être des chartes de qualité, du service au sens large, car c'est un élément important dans la négociation pour faire accepter des augmentations de tarif qui diminueront le reste à charge. Jacques Niney précise ce qu'est l'auto-prescription en



radiologie. Elle concerne à peine 3% de la valeur des actes. Elle signifie surtout que les radiologues ne sont pas prescrits. Ils prennent en charge un patient, sur demande d'un correspondant pour une pathologie donnée et décident éventuellement d'une redirection d'examen en fonction du patient.

Les vrais autoprescripteurs sont les rhumatologues, les gynécologues-obstétriciens, les gynécologues et les cardiologues. Ils reçoivent en consultation et pratiquent des actes d'imagerie sur les appareils qu'ils possèdent. Le problème vient du fait que la CNAM comptabilise les

dépenses d'imagerie de ces spécialités dans l'enveloppe d'imagerie des radiologues.

“L'évolution technologique permet une amélioration de la prise en charge. Le coût direct est en hausse mais il faut tenir compte des gains indirects.”

L'archivage pour l'échographie et la radiologie peut être d'une utilité certaine, par exemple, pour la comparaison des clichés.

Enfin, la dosimétrie sur un carnet est une bonne idée, par le biais d'un observatoire, c'est-à-dire avec un envoi automatique pour éviter une double-saisie, car l'obligation d'indiquer les doses sur les comptes rendus existe déjà.



Sylvie Fontlupt interroge les représentants des complémentaires pour savoir si leurs organismes pourraient participer au financement de la rémunération à la performance. Pour Dominique Nadal, la réponse est positive sous réserve d'une contrepartie bien perçue par les patients ; la qualité, l'accès, le service et la facilité. Pour Alain Rouché, la réponse est plus nuancée en raison des hausses des tarifs des complémentaires dues aux taxes. Pour lui, la demande des professionnels ne peut être envisagée que si l'on sort du système de transfert de charges de l'assurance obligatoire vers les complémentaires sans que celles-ci puissent intervenir dans la gestion du risque.

Jacques Niney conclut que la qualité est une exigence pour tous les professionnels. En revanche, la démarche engagée par la Fédération vise à garantir cette qualité par la labellisation. Dans tous les cas, les patients sont assurés d'une prise en charge médicale radiologique et d'un diagnostic conformes aux exigences déontologiques. ■



Jacques Niney revient ensuite sur différents points. L'évolution technologique permet une amélioration de la prise en charge. Le coût direct est en hausse mais il faut tenir compte des gains indirects : moins d'explorations, moins d'interventions, moins d'hospitalisation.

Pour la prévention, la profession a été promoteur avec le dépistage organisé du cancer du sein. Elle entend développer cette action de santé publique. Le partenariat, en matière de prévention doit-il se faire avec la CNAM ou avec les complémentaires ?

La téléradiologie peut-elle contribuer à l'amélioration de la prise en charge du patient ? La profession est totalement opposée à ce que l'on appelle "la téléradiologie sauvage" qui se fait au détriment du tissu radiologique local. La téléradiologie doit rester encadrée par la norme établie par le Conseil Professionnel et le Conseil de l'Ordre.





La révision des statuts types pour les régions et les départements

Le conseil d'administration de la FNMR du 24 mars était en grande partie consacré à la présentation des comptes 2011 et à la révision des statuts des structures régionales et départementales.

Les comptes de la Fédération



Dr Saranda Haber

C'est Saranda Haber, Trésorière de la Fédération qui ouvrait la séance en présentant les comptes 2011. Pour 2011, les recettes sont composées principalement des cotisations dont les rentrées sont bonnes pour les centres scanner et IRM et supérieures aux prévisions pour les adhérents départementaux.

Tous les postes habituels de dépenses ont été contenus, notamment ceux concernant les frais du Bureau et du Conseil d'administration. Les cotisations aux syndicats et groupes divers représentent une grosse part des dépenses de la Fédération. Mais c'est aussi grâce à ces syndicats polycatégoriels que la Fédération peut intervenir sur la convention et être défendue.

Le résultat d'exploitation est, une nouvelle fois, positif.

Jean-Pierre Farjots, Commissaire aux comptes explique que sa mission, la certification des comptes de la Fédération, ne commencera véritablement que lorsque le conseil d'administration aura arrêté les comptes. Dans un premier temps, il annonce que les contrôles effectués sur les documents préliminaires n'appellent pas de remarques.

Le règlement intérieur et les « statuts types » région et département

Le conseil d'administration examine ensuite les modifications proposées pour le règlement intérieur de la Fédération et les propositions de statuts types pour les départements et les unions régionales. Les modifications, dont nous reprenons ici les principales dispositions, sont présentées par Maître Alix Domas-Descos.

Maître Domas-Descos rappelle que l'Assemblée générale extraordinaire a adopté, en janvier dernier, de nouveaux statuts pour la FNMR. Plusieurs articles ont été modifiés, en

particulier l'élection du corps des électeurs, dit grands électeurs, pour les membres du conseil d'administration. Des précisions ont également été apportées sur les conditions de vote et les majorités.

Ces modifications statutaires affectent les statuts des unions régionales et des syndicats départementaux ce qui nécessite une mise à jour desdits statuts et du règlement intérieur de la Fédération.



Me Domas-Descos

En ce qui concerne **le règlement intérieur de la FNMR**, les modifications proposées portent principalement sur des précisions relatives aux questions de majorité, entre les majorités absolues et les majorités relatives.

Le règlement intérieur modifié est adopté à l'unanimité.

Les modifications proposées pour **les statuts types des syndicats départementaux** sont les conséquences de la rénovation des statuts nationaux.

Parmi les modifications :

- Précision du nom exact de la FNMR qui a évolué au cours de son histoire. Cotisation réduite mais un droit de vote entier pour les « jeunes installés », conformément aux statuts nationaux. Composition de trois à dix membres du Bureau du département. Les modalités d'élection avec le vote par correspondance possible. Les conditions d'éligibilité au Bureau. Calendrier des élections. Représentation en justice du syndicat par son président. Précision sur les missions de l'assemblée générale. Les modalités de vote au sein de l'AG. Rappel que chaque syndicat départemental est responsable du recouvrement et du versement à la Fédération de la cotisation fédérale de chacun de ses membres selon une liste nominative. Ceci est précisé dans un souci de transparence des comptes, qui est une obligation importante selon les réformes de 2008 et 2009 concernant les organisations professionnelles syndicales. Représentation du syndicat départemental à l'union régionale par le président, le secrétaire général et le

trésorier. La représentation aux assemblées générales de la FNMR est assurée par les délégués nommés par les départements en fonction de leur nombre d'adhérents.

Ces modifications statutaires pour les départements sont adoptées à l'unanimité.

Les modifications proposées pour **les statuts type des unions régionales** sont aussi motivées par la rénovation des statuts de la Fédération. Elles reprennent les modifications présentées pour les départements et des modifications propres à l'échelon régional :

- l'union a pour mission de représenter la profession auprès des instances administratives régionales et, plus généralement, de tous les interlocuteurs publics ou privés en coordination et dans le respect des représentations effectuées par les syndicats départementaux et la Fédération. Composition du conseil d'administration de l'union comprend, au minimum : le président, le secrétaire général et le trésorier de chaque syndicat départemental, membre de l'union. Pouvoirs de représentation en justice du président de l'union. Précision des missions du Vice-Président, du Secrétaire général et du Trésorier. Précision des missions et du fonctionnement de l'assemblée générale. Mise en cohérence avec les statuts nationaux des articles relatifs à l'élection des administrateurs de la Fédération. Précisions sur le fonctionnement financier.

Ces modifications statutaires pour les unions régionales sont adoptées à l'unanimité.

Plusieurs représentants d'union avaient souhaité que soit proposé **un règlement intérieur type pour les unions**.

Le règlement intérieur est établi et modifié par le conseil d'administration de l'union régionale. Il est présenté à l'assemblée générale de l'ensemble des membres pour information.

Pour le fonctionnement de l'union régionale, il y est précisé que le bureau de l'union régionale est composé, au minimum, d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire général et d'un trésorier. Cette composition peut être adaptée à la réalité de l'union régionale.

L'union régionale est représentée par son président auprès des instances locales.

Le règlement intérieur de l'Union fixe également les modalités de prise en charge des frais de déplacement pour les réunions du conseil d'administration et l'assemblée générale de la FNMR.

Maître Domas-Descos indique qu'il faudra que dans chaque département, dans chaque union régionale, l'assemblée générale idoïne adopte les nouveaux statuts et, le cas échéant, le règlement intérieur.

Elle précise également que les anciens membres du Bureau peuvent être admis à l'honorariat au sein des unions régionales.

Le projet de règlement intérieur type des unions régionales est adopté à l'unanimité.



Dr Jacques Niney

Jacques Niney annonce qu'une note, récapitulant la procédure et les démarches à suivre, sera adressée au conseil d'administration mais il précise aussi que chaque syndicat doit retrouver les récépissés des dépôts des précédents statuts pour que les modifications qui seront adoptées ne soient pas considérées comme les statuts d'une nouvelle structure.

Les avenants à la convention

Plusieurs avenants à la convention médicale étaient parus lors de la réunion du conseil d'administration : les numéros 3-5-6-7 parus la veille. En revanche, rien sur l'avenant 4 qui comprend certaines des mesures relatives à l'imagerie inscrites dans le plan pluriannuel sur l'imagerie.

Les caisses avaient donné leur accord pour que les mesures négatives soient accompagnées des mesures positives. Ces dernières ont pris du retard pour des raisons principalement administratives. La mise en œuvre des mesures négatives a, elle aussi, été décalée. La prochaine version de la CCAM (V28) devrait comporter les nouvelles mesures ainsi que la cotation du cone beam.

Le problème du taux d'association de l'écho-mammo reste à régler.

Pour la hiérarchisation des actes d'IRM, la Caisse voulait avancer à "marche forcée". Les experts de la SFR ont pris le dossier en main et ils avancent à une vitesse normale "d'experts". Plutôt que la précipitation, il vaut mieux un travail bien conduit car cette révision impactera la pratique pendant dix ans.



Laurent Verzaux, en sa qualité de Secrétaire général de la FNMR mais aussi de Président de la SFR, souligne la bonne coopération avec la SFR sur le sujet des libellés d'IRM et remercie ceux qui ont participé aux différents groupes.



Dr Laurent Verzaux

Les IRM ostéoarticulaires de l'avenant 4

Il est important de rappeler tant au niveau national qu'au niveau régional, par le biais des G4 régionaux, la philosophie d'attribution des IRM à visée ostéoarticulaire.

Les tutelles ont abandonné la notion de substitution qu'elles voulaient imposer l'année dernière, sauf pour les plateaux d'imagerie détenant déjà au moins deux IRM. Pour les plateaux d'imagerie n'ayant qu'une seule IRM 1.5, l'adossement plus ou moins physique sera accordé sur dossier à la condition que les G4 régionaux interviennent pour avoir les attributions d'IRM ostéoarticulaires en plus des IRM classiques.

Il ne devrait pas y avoir d'interaction dans les SROSS entre les IRM 1.5 standards et les IRM ostéoarticulaires, à part pour les plateaux où il y a déjà 2 ou 3 IRM. Un courrier de la DGOS-CNAM, en direction des ARS, devrait préciser les critères d'attribution des IRM ostéoarticulaires afin d'éviter les décisions disparates entre agences.

Il appartient aux G4 régionaux de s'insérer dans le système en s'appuyant sur les URPS "ouvertes" pour avoir un levier. En effet, les directeurs d'ARS sont tenus, par la loi, de s'adresser aux URPS. Les forfaits des IRM ostéoarticulaires seront publiés dans l'avenant 4.

Plusieurs questions portent sur la date de mise en œuvre des autorisations. La réponse dépend de la parution de l'avenant 4 au Journal Officiel. En réalité, certaines ARS voudraient geler les attributions ce qui n'est pas acceptable. La CNAM ne souhaite pas interférer dans le processus d'attribution par les ARS. Néanmoins, elle a calculé un taux moyen d'IRM ostéo par rapport aux polyvalentes afin qu'il n'y ait pas de réelles distorsions dans les attributions.

Jacques Niney réaffirme qu'il ne peut être question de forcer la substitution d'une IRM polyvalente par une IRM ostéoarticulaire : celle-ci doit être adossée à l'IRM 1,5.

Les Fonds d'intervention régionaux

Les Fonds d'Intervention Régionaux (FIR) peuvent financer la permanence des soins, l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons, des pôles et des centres de santé.

Ils permettent la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins, par les regroupements d'établissements, la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire.

Ils peuvent également financer la mutualisation, au niveau régional, des moyens des structures sanitaires, ce qui correspond au Projet Professionnel Commun.

La télémagerie peut faire l'objet d'une réflexion dans ce cadre.

Le contrôle des mammographes numériques

Après des incidents lors de contrôles de qualité externes sur sites, l'AFSSAPS a décidé de revenir au protocole 2006, en sachant qu'il était inférieur en fiabilité à celui préconisé fin 2010. Un certain nombre d'entre nous ont fait savoir que c'était un problème de santé publique que de faire mettre en pratique un protocole de contrôle de qualité que l'on savait obsolète.

En janvier 2012 a eu lieu une réunion officielle au Conseil de l'Ordre, où il a été acté le retour au protocole de fin 2010. Quinze jours après cette réunion, une lettre d'information devait être adressée aux médecins radiologues et aux structures de contrôles de qualité les informant de cette décision. A ce jour, rien n'a été fait.

Un responsable d'un organisme de tutelle, dans une lettre datée du 13 mars, accepte de prendre en compte le protocole de fin 2010, mais demande un certificat d'authenticité, fourni par le constructeur de chaque fantôme ; ce qui n'avait pas été discuté en réunion.

Par une lettre officielle, l'AFSSAPS estimait que les contrôles des CR à poudre, les plaques, pouvaient être menés en quatre mois après restauration du protocole de fin 2010, et les autres contrôles en deux mois, ce qui permettrait de respecter la périodicité semestrielle des contrôles.

La FNMR a demandé par écrit ce qu'il en est avant 2012. A ce jour, nous attendons la réponse.

A noter que lors de la réunion de janvier, la FNMR a fait inscrire dans le procès-verbal la mise en garde que nous avons faite, qui montre bien que la profession n'a pas accepté la dégradation des conditions de contrôle, pouvant nuire à la détection des cancers chez les femmes radiographiées.

La permanence des soins

La rémunération de la permanence des soins en établissements de santé est en partie dépendante de la volonté, de l'action et de l'efficacité des URPS et des G4 régionaux. Dans certaines régions, des URPS et des G4 régionaux actifs, ont obtenu de l'ARS, des lignes de garde de paiement des astreintes à 150 euros pour les radiologues.

La FHF et la FHP s'opposent à ce que les radiologues disposent d'une ligne budgétaire pour la PDS. La FHP veut préserver ses

chirurgiens et la FHF ne veut pas que des lignes de garde soient budgétisées pour les médecins libéraux.

La dématérialisation de la mammo

Saranda Haber expose que dans certaines régions, les ARS ou les radiologues proposent la dématérialisation de la deuxième lecture dans le cadre plus large de la téléradiologie, au travers des plateformes d'imagerie régionales. Il est apparu que s'il n'y avait pas un cahier des charges national préalable pour la dématérialisation, il ne pourrait plus y avoir un programme national.

Une première réunion d'un groupe technique auprès de la DGS a eu lieu pour réfléchir sur un cahier des charges national. La DGS demande à toutes les ARS d'arrêter les expérimentations locales, en attendant sa mise en place. Jacques Niney insiste pour qu'il n'y ait pas d'expérimentation « sauvage ».

Remplaçants et cartes CPS

Ils doivent utiliser les cartes CPS remplaçant. Ils ne peuvent pas utiliser celle du médecin qu'ils remplacent. Les CPS remplaçants sont obligatoires par la loi mais les éditeurs ne sont pas obligés de les intégrer dans les logiciels métiers ! La question a été discutée en Commission paritaire nationale et la FNMR en rediscutera avec la CNAM afin que les CPAM n'interviennent pas auprès des médecins radiologues remplacés.

Comptes annuels des syndicats

Ils sont obligatoires, que ce soit en région ou en département. Toutes les structures doivent avoir, au moins, un livre de comptes. En fonction du montant des recettes, il peut y avoir d'autres obligations. L'ensemble des recettes doit être mentionné.

Le stage des internes



Dr Nadia Pyatigorskaya

La présidente de l'UNIR¹, Nadia Pyatigorskaya, présente les résultats d'une enquête réalisée par son Union qui indique que 90 % des internes souhaitent faire un stage dans le privé, notamment en ce qui concerne l'imagerie de la femme et l'ostéoarticulaire et pour voir le fonctionnement du système libéral.

L'UNIR a travaillé, avec la FNMR et le CERF, à une charte qui est sur le point d'être finalisée. Après sa validation, elle sera présentée à la prochaine commission d'agrément afin que les structures privées intéressées puissent demander un agrément et avoir des internes en 2013.

¹ Union nationale des internes, chefs de clinique et assistants en radiologie

Loi « anti-cadeau »

Suite à l'affaire du « médiateur », un prochain décret d'application de la loi dite « Bertrand » devrait être publié relatif à la transparence des avantages et conventions en lien avec les entreprises de la santé.

Dans le projet de décret, le terme "publicité" concerne les entreprises qui doivent déclarer auprès du Conseil de l'Ordre et sur un site internet officiel " tous les avantages en nature ou en espèces d'une valeur au moins égale à 1 euro toutes taxes comprises".

Tout le monde est concerné, même les étudiants et les manipulateurs. Tout doit être déclaré, par les entreprises, dès que le décret d'application sera paru.

La téléradiologie

Le dossier de la téléradiologie est exposé par Jean-Philippe Masson. Le Secrétaire général invite les radiologues à faire preuve de prudence face aux projets de télémedecine régionale, plus ou moins sous-tendus par la volonté des ARS de mettre en place des PACS régionaux.



Dr Jean-Philippe Masson

Dans le PACS, il y a la partie archivage, que l'on peut mutualiser ce qui exonère de toutes les obligations de sécurité nécessaires pour l'archivage. En revanche, pour le reste du PACS, le P et le C, l'image et la communication, Jean-Philippe Masson déconseille d'y participer, car, souvent, les radiologues disposent déjà d'un PACS.

Pour ce PACS régional, il vous serait demandé de vous abonner, alors que vous ne l'aurez pas choisi, qu'il sera imposé par l'ARS ou un organisme évaluateur pour équiper les hôpitaux. Il appartient aux G4 régionaux d'être extrêmement vigilants.

Le président rappelle que la rémunération de l'archivage de 1,5€, pour l'imagerie en coupe, est destiné à financer le système d'archivage des médecins radiologues, pas celui des établissements hospitaliers.

Accessibilité des cabinets

Elle est inscrite dans la loi du 11 février 2005 qui rend obligatoire l'aménagement des bâtiments recevant du public pour que les personnes, ayant des difficultés à se mouvoir, y aient accès. Ces personnes peuvent être des personnes en fauteuil roulant ou avec des problèmes de vision, d'audition, etc.

Une nouvelle loi fixe la date limite de ces aménagements au 1^{er} janvier 2015.

Pour y parvenir, l'administration prépare un guide d'explications à destination des professionnels de santé et de toutes les structures recevant du public. A terme, tous les locaux seront inspectés. Si les aménagements nécessaires n'ont pas été réalisés,

le cabinet aura une amende et sera tenu à se mettre en conformité.

Des dérogations aux travaux pourraient être accordées, par exemple en fonction de l'architecture.

Formation aux gestes d'urgence

FORCOMED a mis en place des formations aux gestes d'urgence adaptés en radiologie.

Les formations AFGSU, niveau 2, ne sont obligatoires qu'à partir du moment où les personnes concernées ont fini leur cursus après 2008. Les jeunes manipulateurs ont eu cette formation. Ils sont donc obligés de la renouveler tous les cinq ans. FORCOMED a prévu de faire le renouvellement.

Pour tous les autres, la formation n'est absolument pas obligatoire. En revanche, il est vivement conseillé, mais pas obligatoire, qu'il y ait une formation au terme de la labellisation.

FSM² et CSI

Jean-Luc Dehaene revient l'organisation du DPC dont deux décrets, sur les trois prévus, sont parus.

² Fédération des spécialités médicales



Dr Jean-Luc Dehaene

Le premier décret porte sur une formation cognitive qui a pour but d'améliorer ou d'approfondir les connaissances et les compétences. Le deuxième décret concerne l'organisme gestionnaire, l'OGDPC.

Le troisième porte sur la Commission Scientifique Indépendante (CSI), qui vient d'être nommée par arrêté du ministre. Elle comprend, entre autres, les représentants des conseils professionnels, soit le G4 pour les radiologues.

La CSI va évaluer les organismes qui vont dispenser le DPC. Si l'organisme de DPC est évalué favorablement, les actions qu'il dispensera pourront être indemnisées et seront éligibles sur le compte individuel de DPC des médecins, qui les suivra tout au long de leur carrière.

La CSI va se réunir assez rapidement car il est urgent d'évaluer les organismes de DPC, puisque celui-ci commence officiellement le 1^{er} janvier 2013. ■



- 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

Dr Maurice BENARROUS

Nous venons d'apprendre le décès en avril 2012 du **Docteur Maurice BENARROUS**. Il était médecin radiologue à Montmagny (95).

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

Dr Eric BREITSCHMITT

Nous venons d'apprendre le décès le 10 mai 2012 du **Docteur Eric BREITSCHMITT**, à l'âge de 66 ans. Il était médecin radiologue à SOTTEVILLE LES ROUEN (76).

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

Dr Jean PETIT

Nous venons d'apprendre le décès le 31 mars 2012 du **Docteur Jean PETIT**, à l'âge de 91 ans. Il était médecin radiologue retraité au CHESNAY (78).

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

Dr Guy RAJAU

Nous apprenons avec tristesse le décès du **Docteur Guy RAJAU** le 15 février 2012, à l'âge de 84 ans. Diplômé de la faculté de Montpellier, il était radiologue au Puy en Velay (Haute Loire) jusqu'en 1996.

A son épouse, sa fille et ses petits enfants, nous adressons nos confraternelles condoléances.

Pr Robert RENAUD

Le Professeur Robert RENAUD nous a quittés le 31 mars 2012.

Radiologue de formation, il a été affecté, en 1955, avec notre génération, en Algérie. En raison de sa qualification en radiologie, il est affecté au service de radiologie de l'Hôpital militaire Ducros à Blida. L'importante activité de ce service et la qualité médiocre de la radio protection sont à l'origine d'un surdosage aux rayons X entraînant des modifications sérieuses de la moelle sternale et de sa formule sanguine.

Après une longue hospitalisation, il reprend ses activités médicales en optant vers la gynécologie obstétrique et chirurgicale.

Mis à la disposition du gouvernement de la Côte d'Ivoire, il crée l'école et la faculté de médecine d'Abidjan. Il crée également l'école de gynécologie obstétrique destinée à l'ensemble du personnel de cette spécialité tout en entreprenant l'éducation sanitaire de la population ivoirienne. Il met en place, entre autres, un réseau de maternité sur l'ensemble du pays, ce qui fait que son action est restée exemplaire et fut reconnue par les autorités politiques qui l'élevèrent au grade d'officier dans l'Ordre National de la Côte d'Ivoire.

De retour à la faculté de médecine de Strasbourg, il est appelé à la direction des services de gynécologie obstétrique au CHU de Strasbourg et devient professeur titulaire.

Pourvu d'une extraordinaire capacité de travail, il occupe de nombreuses responsabilités dans les services civils, dans les actions de santé publique et les sociétés savantes.

C'est ainsi qu'avec le syndicat des radiologues du Bas-Rhin, il crée, grâce à sa force de conviction, la première campagne française européenne, dès le 15 mai 1989, de dépistage des maladies du sein dont les premiers résultats ont été présentés en lecture à l'Académie de médecine dont il était membre.

Prenant la suite de son maître, le Professeur Charles-Marie GROS, il développe le certificat universitaire des maladies du sein, de réputation nationale et européenne, qu'il a présidé depuis 1984.

Auteur de nombreux travaux, publications et ouvrages (551).

Titulaire de la Reconnaissance de la nation AFN, il est élevé au grade d'officier de la Légion d'Honneur en 2006.

Particulièrement affecté par sa disparition, je perds un ami fidèle et voudrais reprendre en conclusion les paroles de certains qui l'ont connu : « nous gardons de lui le souvenir d'un travailleur infatigable, d'un organisateur de talent et d'un personnage d'autorité, bref, un très grand patron ».

Docteur Roger WAHL



Formation aux gestes d'urgence en radiologie

Une aide indispensable pour la prise en charge optimale de nos patients, conformément à notre obligation de moyens !

Le but de la formation est que l'équipe radiologique (radiologues et manipulateurs) puisse faire face, dans le cabinet ou service de radiologie, aussi bien aux accidents allergiques aux produits de contraste qu'aux décompensations d'une pathologie préexistante.



La première session a eu lieu le 11 mai 2012 à Paris. Elle a réuni 58 participants, 42 radiologues et 16 manipulateurs, autour d'un organisateur FORCOMED et d'une équipe de formateurs agréés, réanimateurs et urgentistes du SAMU de Paris, dans une ambiance conviviale où la proximité des radiologues et des manipulateurs est particulièrement constructive. Comme pour les autres formations de FORCOMED, sont associés des présentations théoriques courtes, en séance plénière par les différents intervenants, et des ateliers, en petits groupes, pour la démonstration du matériel et la réalisation des gestes pratiques de réanimation par les participants.

Le programme de cette journée comporte :

- **Le rappel de la réglementation et des obligations du radiologue** : si la formation agréée aux gestes d'urgence (AFGSU) n'est pas obligatoire chez les radiologues et manipulateurs actuellement en exercice, elle est fortement conseillée par nos assureurs. Elle est un argument en cas de procédure judiciaire dans le cadre de notre obligation de moyens. Par ailleurs, la gestion des urgences fait partie du référentiel de labellisation des sites de radiologie « Labelix ».
- **L'organisation des secours en France** : les différents acteurs et leurs connexions, l'intérêt de connaître les particularités locales.
- **La composition du chariot d'urgence** : volontairement simple, adaptée au cabinet libéral, elle doit être contrôlée régulièrement selon une procédure précise. Savoir utiliser tous les matériels !

- **La transmission d'un bilan au SAMU** : savoir donner clairement tous les renseignements indispensables dans un délai court et surveiller le patient en attendant le transfert.
- **L'allergie et sa prise en charge** : classification des hypersensibilités et conduites à tenir. A retenir : on ne parle plus d'allergie à l'iode : elle n'existe pas !
- **L'arrêt cardio-respiratoire** : le reconnaître, savoir pratiquer le massage cardiaque (démonstration sur mannequins puis exercice des participants), savoir utiliser le défibrillateur. Cet atelier se termine par une mise en situation pratique d'un arrêt cardiaque.
- **Conduite à tenir lors des pathologies d'urgence les plus fréquemment rencontrées dans les cabinets de radiologie.**



Enfin, des fiches réflexes, simples et très structurées, sont distribuées lors des ateliers pour faciliter la réponse immédiate dans ce contexte urgent et les inclure dans les procédures écrites d'urgence que tout cabinet doit rédiger.

A la fin de cette première formation, quelques commentaires spontanés des participants :
« Comment s'en être passé jusqu'à maintenant ? Pourquoi n'a-t-on pas eu cette formation plus tôt ?
Je me sens plus tranquille maintenant... »

Nous ne pouvons donc que vous inciter à vous inscrire à l'une des prochaines sessions ! ■

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



BULLETIN D'INSCRIPTION
destiné aux **RADIOLOGUES** et
aux **PERSONNELS DES CABINETS**
ou **SERVICES D'IMAGERIE**

En partenariat avec **URGENCES-PREVENTION**

Avec la participation de **LA MEDICALE DE FRANCE**

(Places limitées, inscriptions par ordre de réception)

FORMATION AUX GESTES D'URGENCE EN RADIOLOGIE

Vendredi 21 septembre 2012 : à PARIS

A une date ultérieure en 2012 : à PARIS

Madame Monsieur Docteur

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Courriel : _____

Désire participer au séminaire du : _____

Le prix de revient de cette formation est de 520 € par personne.

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

Cabinets cotisant à l'OPCA-PL :

Joindre un chèque de caution de 300 €uros ainsi que la copie du dernier bulletin de salaire.
Ce chèque vous sera retourné après participation à la formation.

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

Joindre un chèque de 520 €uros, par personne, à l'ordre de FORCOMED en règlement d'une inscription dans le séminaire.
Vous recevrez une facture acquittée qui vous permettra de vous faire rembourser ensuite, suivant les modalités particulières de votre contrat.

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

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

Adhérent FNMR * : 450,00 €uros
* FNMR : Fédération Nationale des Médecins Radiologues

Non adhérent : 520,00 €uros

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

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

Fait le : _____

Signature : _____



Les dépenses de l'assurance maladie : mars 2012

En mars, les dépenses remboursées de l'assurance maladie ont augmenté presque deux fois moins vite qu'en février avec 3,4%.

Les différents agrégats évoluent différemment. Les dépenses de soins de ville sont moitié moindres que la moyenne avec 1,6% mais aussi très inférieures au mois précédent à 5,2%. Pour les établissements publics de santé, la croissance est moins forte qu'au moins de février mais reste élevée et

nettement supérieure à la moyenne avec 5,8%. Les établissements privés sont eux dans la moyenne avec 3,4%. Dans les dépenses de soins de ville, les honoraires des médecins sont marqués par une quasi-stagnation (0,2%). La croissance des actes techniques est elle aussi inférieure à la moyenne avec 1,8%.

Les dépenses de scanner sont reparties à la baisse avec un taux de -2,7%. Elles s'établissent à 10% pour l'IRM. ■

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

Prestations	Mars en €	Mars en %
Consultations	1 523 328	-1,9%
Visites	213 348	-3,0%
Actes Techniques (*)	1 590 042	1,8%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	229 402	5,5%
Dont scanner	92 451	-2,7%
Dont IRM	120 326	10,1%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	4 448 422	0,4%
Total prescriptions	11 236 483	2,0%
Total soins de ville	15 798 455	1,6%
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	14 005 004	5,8%
Total versements aux établissements sanitaires privés	2 630 625	3,3%
Total prestations médico-sociales	3 681 973	1,7%
Total statistique mensuelle des dépenses	39 071 865	3,4%

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

Vie fédérale



GIRONDE

Suite aux élections du syndicat de la Gironde le 3 mai 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Jacques BLANCA (Langon 33)
Président honoraire :	Dr Hubert DE LAVAL (Bordeaux 33)
Secrétaire général :	Dr Jean François ESQUERRE (Bordeaux 33)
Secrétaire général adjoint :	Dr Isabelle AUDIGEY (Bordeaux 33)
Trésorier :	Dr Jean Christophe SANANES (Bordeaux 33)
Trésorier adjoint :	Dr Jean Christophe GIRAudeau (La Teste de Buch 33)



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 gadobénate 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.



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10095 06 – Cause santé cède parts dans un important groupe, centre ville Côte d'Azur. Multiples accès scan et IRM.
> Email : azur.0606@live.fr

10096 06 – Nice, cabinet de radiologie, 2 associés, cherche remplaçant, cause retraite.
> Tél. : 06.82.14.61.91.

10097 06 – Côte d'Azur, cause retraite cède parts (temps partiel ou temps plein), 2 ou 4 jours/semaine dans groupe 6 radiol., plateau technique complet, nbr. Vacs scan et IRM sur 4 sites (dont 1 clinique).
> Tél. : 06.10.85.77.95.

10098 62 – Arras, 3 cab. radiol. basés le long autoroute A1, scanner (GIE Churchill), scanner et IRM en convention (Polyclinique Bois-Bernard), IRM (Clinique Bonnettes d'Arras), IRM (Hôpital d'Arras). Equipement : radio. conventionnelle, écho., mammo., possibilités remplacement.
> Contact : Dr MEDJAHDI
Tél. : 03.21.51.32.08 ou
Email : medjahim@hotmail.fr

10099 13 – La Ciotat (13) – St Cyr sur Mer (83), groupe 3 radiol. en SELARL cherc. remplaçant en vue d'une prochaine intégration. Accès scanner et IRM. Compétence en imagerie ostéo-articulaire diagnostique et interventionnelle souhaitée.
> Contact : Mme BOSELLI
Tél. : 04.94.32.31.35
Email : cimgolfe@free.fr

10100 15 – Radiologue avec expérience universitaire et libérale cherc., installation dans le privé sur Lyon ou éventuellement sur une autre région en milieu hospitalier avec activité interventionnelle.
> Contactez le journal.

10101 17 – Saint-Germain de Lusignan – près de Jonzac en Charentes Maritime, cherc. remplaçant du 30 juillet au 20 août (31, 32, 33). Radiologie conventionnelle, mammo., écho., possibilités toutes vacances scolaires.

> Tél. : 06.12.34.42.89. ou
Email : louvergez@gmail.com

10102 22 – Saint-Brieuc, SELARL (3 radiol) cherc. associé(e), 2 sites (cabinet de ville + clinique). Importante activité, plateau technique complet.
> Tél. : 02.96.33.73.00.

10103 34 – Montpellier, 7 radiologues assoc. recherche nouvel assoc. à temps plein. Activité polyvalente : radio conventionnelle, mammo., écho., IRM et scanner.
> Tél. : 06.46.04.44.28. ou
Email : gestion@selarl-i3m.fr

10104 45 – Orléans, proche gares et autoroutes, groupe (cab. + clinique – PACS) radiol. conventionnelle numérisée, mammo. (capteur plan), écho., doppler, scanner, IRM., recherche 6^{ème} radiologue.
> Tél. : 02.38.55.29.92/02.38.55.29.91 ou
Email : selarl.ila@wanadoo.fr

10105 47 – Proche Bordeaux. Cède cab. pour 2 ou 3 radiologues accès scanner et IRM, plateau technique complet.
> Tél. : 06.64.63.78.78.

10106 68 – Préfecture Sud-Ouest, groupe 6 radiol. cherc. succés. cause retraite. Local centre ville, radio., écho., sénol. Parts 3 scan., 1 IRM. Pas de garde.
> Tél. : 06.24.87.55.32.

10107 68 – Cherc. 5^{ème} assoc. dans une SELARL avec accès 2 scanners, 2 IRM. Assoc. si possible ACCA.
> Tél. : 06.87.17.44.10.

10108 75 – 9^{ème}, centre médical, recherche médecin radiologue pour remplacement en juillet et août : radio., écho., mammo., pano, long cône.
> La direction, tél. : 01.44.51.68.20.

10109 75 – 16^{ème}, recherche URGENT radiologue secteur II pour association Paris intra-muros.
> Tél. : 01.46.47.42.20/
06.87.88.68.34.

10110 75 – 19^{ème}, cherc. 3^{ème} associé pour cab. de ville. Rx conventionnelle numérisée, mammo. numérisée plein champ, 3 appareils, echo, scanner et plusieurs vacations d'IRM. Pas astreinte, ni de garde.
> Email : thibautbalme@gmail.com

10111 83 – Toulon, cause retraite, cède parts dans association 3 radiol., 2 cab. de ville, accès scanner et IRM.
> Tél. : 06.73.48.71.13.

10112 84 – Région Sud-Est, Cavaillon, cause retraite cherc. successeur associé(e). Radio conv (4 sites) + TDM + IRM. Expansion possible, 6 praticiens temps plein, 4 jours par semaine.
> Contact : Dr Pierre BRUN
Tél. : 06.80.13.70.38. ou
Email : brunpie@wanadoo.fr

10113 974 – Succession à la Réunion, cab. refait, bien équipé, mammo. radio. numé., écho. pano. dentaire, accès IRM., ouvert 4,5 jours par semaine. Potentiel à développer, conditions de reprises intéressantes.
> Site web : www.radiologie974.fr.nf
Email : jean.akoun@gmail.com

DIVERS

10114 34 – Vends ostéodensitomètre Hologic DELPHI QDR W, mise en service juin 2004 pour cause de cessation d'activité, prix 8500 €.
> Contact : CETOS – Montpellier
Dr Marie-Christine LEGOUFFE
Tél. : 04.67.72.33.13. ou
marie-christine.legouffe@orange.fr

10115 69 – Vends mammographe GEN 800 T 1996, parfait état.
> Tél. : 06.10.50.24.42.

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 2^e trimestre 2012

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