

La lettre de la FNMR

fnmr.org

Inutile ?



Il est remarquable de constater que des mots courts ont un impact fort, très fort.

Inutiles seraient 30 % des actes médicaux.

Les médecins savent, avec un peu d'expérience, qu'ils ne peuvent échapper à la critique et ils savent aussi que si l'art est difficile, la critique est facile. En imagerie, les sociétés savantes édictent un guide des bonnes pratiques, régulièrement remis à jour. Mais, le patient qui se présente chez son « médecin traitant dans le parcours de soins », n'a pas de diagnostic écrit sur le front, seulement un cortège de symptômes. De plus, le médecin traitant a sans doute tellement de mal à s'y retrouver qu'il effectue une prescription, rarement motivée, au lieu d'une demande qui tienne compte de la place utile du médecin radiologue dans le système de soins. Nul n'est dupe et on peut se demander si ces campagnes de dénigrement n'ont pas d'autre but que de conditionner l'opinion, d'alimenter la défiance et de préparer des « mesures ».

Inutile l'est tout autant un article publié dans un magazine, relayant

sans vergogne ni esprit critique, les thèses maintes fois réfutées de certaines administrations partisans : non, l'imagerie n'est pas une industrie de productivisme (un système d'organisation de la vie économique dans lequel la production est donnée comme objectif premier) ! Elle a pour but de diagnostiquer et de traiter la maladie...

Inutiles sont aussi les ouvrages et déclarations de certains qui, ayant quitté leurs responsabilités, se mettent soudain à dire ce qu'ils pensent alors qu'il aurait été utile qu'ils le disent lorsqu'ils étaient en responsabilité. Tout y passe : de l'éthique, avec un grand E, aux médicaments en passant par les moyens de paiement, cartes « bleues » ou Sesam-Vitale... Et, que reste-t-il ? Rien d'utile !

Inutile est sans doute la polémique sur les dotations hospitalières au travers de l'ONDAM, alimentée par la Fédération Hospitalière de France dont on connaît, par ailleurs, les prises de position erronées sur l'imagerie. En effet, dans le même temps, les Missions d'Intérêt Général sont pratiquement réservées aux hôpitaux publics qui bénéficient d'une hausse de cette dotation des

« MIG » sans contrepartie alors que la discrimination public/privé est encore aggravée par l'affaire de la journée de carence.

Inutile aussi est la fausse simplification administrative comme en témoigne la charge administrative accrue de la gestion des EML, ou « Equipements Médicaux Lourds », aggravée par le pouvoir discrétionnaire des administrations.

Inutile n'est certainement pas la Cour des comptes. Mais, il est bien tard pour dénoncer le DMP, lancé dans l'improvisation complète par un ministre bien oublié. Dommage, car un dossier intelligent, comprenant clairement des données d'imagerie, serait bien utile pour tous, y compris pour les bonnes pratiques.

La FNMR continuera de défendre la profession et de lutter contre ces actions inutiles, et nuisibles, car les véritables problèmes ne sont pas abordés, comme la démographie des spécialistes ou le taux insuffisant d'équipement en l'absence de gestion des priorités.

Dr Jacques NINEY
Président de la FNMR

- La réforme du médecin traitant vue par la Cour des comptes..... 02
- La Cour des comptes juge le DMP..... 04
- Le DMP à l'étranger 08
- Nouvelle version du Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale..... 09
- Vie fédérale 10
- Lecture..... 10
- Hommage 10
- Statistiques : Dépenses de l'assurance maladie 11
- Petites annonces 12

- Annonceurs :
 - BRACCO 05
 - PMFR 03



La réforme du médecin traitant vue par la Cour des comptes

La Cour des comptes a publié, 12 février dernier, son traditionnel rapport annuel. Dans l'ensemble des questions abordées par la Cour, la santé n'est pas oubliée avec la restructuration hospitalière, le rôle du médecin traitant et le DMP (voir article p. 4).

La Cour rappelle que la réforme du médecin traitant a été introduite en 2004 pour « inscrire dans une organisation nouvelle l'ensemble des assurés et la totalité des médecins ». Dans le même temps, la création du dossier médical personnel devait permettre de « suivre le cheminement du malade dans le système de soins ».

Le jugement de la Cour est sans appel : pour les assurés, « ce dispositif est demeuré un parcours essentiellement tarifaire, au demeurant peu compréhensible ».

La Cour rappelle que l'assuré est libre de choisir, ou non, son médecin traitant. La prise en charge sera modulée en fonction de ce choix. Première critique, le système repose sur la pénalisation et non pas sur l'incitation, par exemple sous forme de tiers payant ou d'une majoration du taux de remboursement.

Dès 2006, année de démarrage, 80% des assurés du régime général ont déclaré un médecin traitant, le taux montant à 90% en 2011. Il est à noter, cependant, que 90% des assurés déclarait avoir déjà un médecin de famille. La réforme du médecin traitant s'est donc inscrite dans cette tradition. Le taux pourrait progresser moyennant quelques

améliorations pratiques. Par exemple, le changement de caisse d'affiliation ne devrait pas contraindre à redéclarer son médecin traitant. En revanche, la Cour considère que la possibilité de changer de médecin traitant est un avantage du système. C'est le choix de 8,5% des assurés en 2011 contre 5,3% en 2007.

91% d'actes réalisés dans le parcours de soins

La part des actes effectués dans le parcours de soins coordonnés est passée de 87% en 2008 à 91% en 2011 (tableau 1).

La Cour note néanmoins que les actes considérés « hors parcours » ne le sont que si le médecin correspondant les a signalés comme tels. Au total, le rapport ne recense que 69% de consultations réalisées dans le parcours.

La hausse du ticket modérateur a joué fortement comme incitation pour les patients à s'inscrire dans le parcours de soins. Au total, les majorations du ticket modérateur

Tableau 1 :
Consultations réalisées dans le parcours de soins coordonnés

	2008	2009	2010	2011
Nombre de consultations dans le parcours et assimilées	182 049 874	186 176 955	186 459 831	188 180 616
Nombre de consultations hors parcours	26 703 835	22 250 373	19 446 103	18 729 804
% de consultations dans le parcours	87,2%	89,3%	90,6%	91,0%
Nombre de consultations exclues (1)	61 439 163	64 096 193	61 818 516	64 539 695

(1) Principalement patients de moins de 16 ans et urgences
Source : CNAM

ont représenté 206 millions d'euros pour l'assurance maladie.

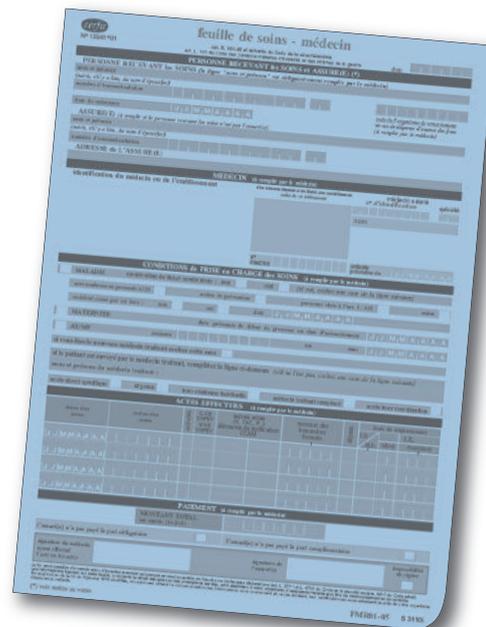
La Cour critique également les modalités de dépassements autorisés pour les médecins correspondants de secteur I qui favorisent les consultations hors parcours. Elle convient néanmoins que ces dépassements sont restés marginaux et ont même diminué fortement de 2,1 millions de consultations en 2006 à 0,8 million en 2011.

Les diverses autres majorations d'honoraires des médecins correspondants, avis ponctuel de consultant, soins itératifs, sans parler des franchises et participations forfaitaires, viennent compliquer encore le dispositif.

En conclusion, la Cour considère que le parcours tarifaire est devenu très complexe dans l'objectif de responsabiliser le patient mais aussi de limiter les remboursements pour l'assurance maladie.

Les expérimentations pour une prise en charge coordonnées des patients se sont multipliées mais en ne faisant que peu appel au médecin traitant. C'est l'absence de relations formalisées entre les médecins que dénonce la Cour. Ainsi, l'adressage et le retour d'informations n'ont pas

été organisés. " Ces insuffisances, jointes aux retards dans la mise en place du dossier médical personnel, ont contribué à vider de tout contenu médical les notions de médecin traitant et de parcours de soins coordonnées, petit à petit réduites aux étapes obligées d'un dispositif essentiellement tarifaire ". ■



- 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



La Cour des comptes juge le DMP

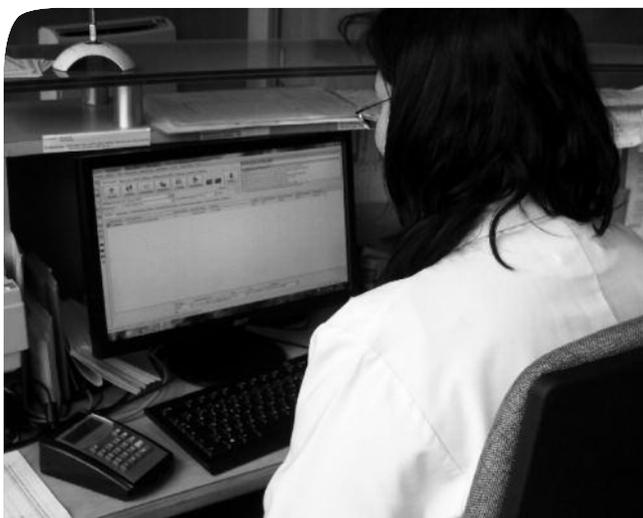
Dans son rapport annuel, publié en février dernier, la Cour des comptes livrait son appréciation sur le dispositif du médecin traitant et du parcours de soins. Elle soulignait également l'important retard pris par le dossier médical personnel, pièce importante du parcours de soins coordonnés.

L'objectif du DMP, selon la loi de 2004, était "d'accompagner la création du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés et faciliter une organisation chaînée des soins, au-delà même de la médecine de ville". La loi prévoyait que les professionnels de santé, en ville ou en établissement, y reportent tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins.

DMP

260 000 dossiers ouverts à fin 2012

La Cour juge que le retard pris par le DMP porte préjudice au rôle du médecin traitant et à l'organisation du parcours de soins. Elle constate que la relance du DMP concerne principalement les établissements car, écrit la Cour, "la CNAM-TS n'est pas vraiment mobilisé sur ce sujet". Elle constate également que les partenaires conventionnels ont prévu de mettre en place des outils nécessaires à l'amélioration des pratiques médicales dont l'informatisation des cabinets médicaux, de manière à favoriser la tenue du dossier médical, les échanges dématérialisés entre professionnels et l'élaboration du volet de synthèse par le médecin traitant. La Cour s'interroge sur la compatibilité et la convergence des deux démarches.



Les recommandations du rapport annuel de la Cour des comptes

Réaffirmer le rôle du médecin traitant

Mettre à sa disposition :

Une messagerie sécurisée

Un dossier médical personnel pour chaque patient, intégrant pleinement ses préoccupations opérationnelles et reprenant le volet annuel de synthèse prévu par la convention médicale

Une évaluation des dispositifs des suppléments de rémunération des médecins et subordonner toute évolution aux gains d'efficacité du système de soins et d'économies pour l'assurance maladie.

Faciliter le parcours administrato-tarifaire de l'assuré :

En supprimant l'obligation de déclarer à nouveau son médecin traitant en cas de changement de caisse.

En étudiant la suppression du mécanisme des dépassements autorisés facturables par un spécialiste de secteur 1 à un patient hors parcours de soins.

En proposant à tous les patients un parcours de soins coordonnés à tarifs opposables.

Avant même la publication de son rapport annuel, la Cour avait eu l'occasion d'analyser et de présenter à l'Assemblée nationale, à sa demande, la question du coût du DMP depuis sa mise en place¹.

Le coût du DMP

Le budget d'investissement a été estimé en 2007, alors que le GIP-DMP avait été créé en 2005, à un milliard d'euros. Cette prévision a été ramenée, en 2008, à 100 millions par an. En réalité, le DMP accessible depuis 2011, aura coûté, à ce jour, 210 millions d'euros, soit 30 millions par an. Le quart a été consacré à des expérimentations qui ont permis de clarifier les problèmes juridiques, techniques et organisationnels.

¹ Communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale – Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place – Juillet 2012 – Cours des comptes



Voir au-delà des apparences



➔ **Un fort signal IRM**

➔ **La simple dose - 0,2 ml/kg
quelles que soient les indications**
(sauf foie - 0,1 ml/kg)



EFFICACITÉ et STABILITÉ

Disponible en Flacons et Seringues

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 (adulte et enfant de plus de 2 ans) et ARM :* 0,1 mmol/kg (0,2 ml/kg 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 :** Surveiller 15 min, puis 1h en environnement médical. **Insuffisance rénale, pathologie cardiovasculaire.** Procédures habituelles de sécurité en IRM nécessaires. Réservé aux établissements dont le personnel est formé aux urgences et avec matériel de réanimation cardio-respiratoire. Allergie à l'alcool benzylique. Respecter un délai de 7 h entre 2 examens IRM avec produit de contraste. **Insuffisance rénale : Avant l'administration de MultiHance, des examens de laboratoire afin de rechercher une altération de la fonction rénale sont recommandés chez tous les patients.** Des cas de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés après injection de certains produits de contraste contenant du gadolinium chez des patients ayant une insuffisance rénale sévère aiguë ou chronique (clearance de la créatinine < 30 mL/min/1,73m²). 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 dimégumine 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. 3400934741128 : 5 ml en flacon, 25,44 € - 3400934741296 : 10 ml en flacon, 42,55 € - 3400934741357 : 15 ml en flacon, 60,93 € - 3400934741418 : 20 ml en flacon, 77,11 € - 3400938879667 : 10 ml seringue préremplie, 42,55 € - 3400938879728 : 15 ml seringue préremplie, 60,93 € - 3400938879896 : 20 ml seringue préremplie, 77,11 € Liste I - Remb. Sec. Soc. 65 %. Coll. Révision de la monographie : octobre 2012. Pour une information complète, se référer au dictionnaire Vidal. Bracco Imaging France - 7, place Copernic - Courcouronnes - 91023 Evry Cedex.

Sur les 181 millions d'euros affectés au GIP, 150 millions ont été consacrés au DMP et en constituent les principales recettes. Les 30 millions restant ont été consacrés à d'autres missions (plan grippe, défibrillateur,...). La Cour observe que, faute de convention d'objectifs, le montant annuel des subventions du GIP puis de l'ASIP est resté aléatoire devenant, au fil des années, une variable d'ajustement à la baisse.

Pour la Cour, l'analyse des dépenses pour le DMP est compliquée par le fait que l'ASIP ne dispose pas d'indicateurs suffisamment fiables pour répartir les crédits alloués au DMP et à ses autres activités. L'absence d'analyse prévisionnelle rend plus compliquée encore l'examen des coûts. La Cour s'étonne, par exemple, qu'à l'été 2012, aucune stratégie n'ait été définie, ni aucun budget préparé pour 2013 en vue du déploiement du DMP.

Une autre critique porte sur l'absence d'inventaire des réalisations opérées par plusieurs dizaines d'hébergeurs (dossier pharmaceutique, hôpital numérique, télémédecine, etc.).

DMP et clé USB

Le Parlement avait introduit, en 2011, dans le code de la santé publique l'expérimentation d'un DMP sur clé USB.

Le projet de décret d'application a fait l'objet d'un avis très réservé de la CNIL. A la mi-2012, aucune dépense n'avait été engagée pour ce projet.

Avant 2010, un seul projet, financé dans le cadre du DMP, a acquis une dimension nationale ; le dossier pharmaceutique. Au printemps 2012, 20 millions de dossiers ont été ouverts, dont 6,5 millions en 2011, 21 580 officines sur 22 875 sont raccordées. Mais force est de constater l'absence de synergie avec le DMP.

Durant cette période, certaines expérimentations de DMP n'ont pas abouti et se sont traduites par la perte des investissements dont les coûts n'ont pas été chiffrés.

En 2010-2011, 60 millions ont été investis pour le DMP. Ils ont financé 23 projets régionaux " Emergence 2010-2012 " (DMP ou autres), 4 groupements régionaux destinés à favoriser la mutualisation des actions chez les industriels pour le développement de solution DMP compatibles. La plupart des dossiers, non interopérables, créés à cette occasion ont été détruits. Enfin, le DMP national a été lancé.

En plus des subventions principales, d'autres actions ont concouru, plus marginalement, au financement du DMP (tableau 1).

La CNAM reste à l'écart du développement du DMP alors même que, par exemple, avec ses mille délégués elle pourrait contribuer à promouvoir son utilisation par les médecins. L'Agence Nationale d'appui à la performance (ANAP) a contribué à hauteur de 3,5 millions en rémunération de chargés de mission dans les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) puis les Agences régionales de santé (ARS). Le GIE Sesam-Vitale a apporté 1 million d'euros en emploi. La Caisse des dépôts et consignations, à la demande de l'Etat, a contribué pour 3,5 millions à la réalisation d'un projet de portail unique d'accès au DMP, non utilisé à ce jour. L'INCa a investi 8 millions d'euros dans le cadre du dossier communicant cancer.

Tableau 1 : Les financements nationaux du DMP 2005-2011

Organisme	Million d'€
FAQVS puis FIQCS	150
ANAP (ex GMSIH et MAINH)	3,5
GIE SESAM VITALE	1
Caisse des dépôts	3,5
INCa (crédits d'Etat)	8
Apport en nature (Etat)	1,3
Total	167

Source : Cour des comptes

Aux ressources nationales du DMP, il faut ajouter les ressources régionales de 74 millions mais dont 33 millions sont comptabilisés dans les financements nationaux (tableau 2).

Tableau 2 : Les financements en région du DMP 2005-2011

Organisme	Million d'€
Assurance maladie	27
Conseils régionaux	3
Fonds européen de développement régional (FEDER)	3
Ressources diverses	8
Ressources non identifiées par les ARS	3
TOTAL financements déconcentrés et locaux selon les ARS	44
GIP selon les ARS	26
INCa selon les ARS	4
TOTAL	74

Source : Cour des comptes

Aux 44 millions investis régionalement, il faut ajouter les ressources hospitalières destinées aux passerelles permettant le partage du DMP entre la ville et l'hôpital. Au

mois de mai 2012, 59% des DMP créés l'avaient été dans 119 établissements de santé².

Autres systèmes, autres coûts

La Cour estime que les coûts relatifs à divers dispositifs qui devraient converger vers le DMP doivent aussi être pris en compte :

Le dossier pharmaceutique : 23 millions d'euros (avec 20 millions de dossiers).

Le dossier communicant cancer.

L'historique des remboursements par la CNAM, un demi-milliard d'euros. Malgré une utilisation jugée incontestable, l'historique reste peu consulté. Sa convergence avec le DMP n'est toujours pas à l'œuvre.

L'absence de pilotage de ces différents projets renforce la difficulté de les évaluer financièrement.

Incertitudes sur le déploiement et le fonctionnement

DMP et charges professionnelles

Pour les professionnels, la charge financière de l'informatique logicielle liée au DMP est évaluée entre 16 millions d'€ en cas d'achat d'un logiciel compatible et 16 millions d'€ par an en cas d'abonnement (120€ par an et par professionnel).

“ L'estimation du coût du DMP n'est pas seulement approximative : elle est aussi accompagnée d'incertitudes substantielles ”.

Le retard pris à la publication du décret chargeant l'ASIP du DMP a créé une insécurité juridique et une instabilité fonctionnelle préjudiciables à une évaluation médico-économique.

Une forte incertitude pèse aussi sur certains coûts induits qui n'ont pas été évalués mais que les professionnels devront assumer.

Un micro-sondage a été réalisé, à la demande de la Cour, pour évaluer le temps de création et d'alimentation d'un DMP. Il faudrait 4 minutes pour la création d'un dossier, une minute pour l'insertion d'un document et une minute et demie pour la recherche d'une information.

Ces coûts induits comprennent aussi les logiciels pour accéder au DMP pour un coût global de 16 millions d'euros au total ou par an suivant la solution retenue.

² Dont 51% de CH, 15% de cliniques privées, 9% de CHU, 8% d'établissements de soins de suite et réadaptation, 7% d'établissements de santé mentale, 3% d'hospitalisation à domicile, 2% de CLCC, 3% autres.

Objectifs pour le DMP

Charger la délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé de rendre compte annuellement des dépenses pour le DMP.

Veiller à la convergence entre DMP et dispositifs régionaux ou mettre un terme au financement de ces derniers.

Développer une stratégie d'homologation ou certification pour les établissements et professionnels de santé incluant le DMP.

Publier le décret définissant le contenu et le champ du DMP.

Conclure une convention pluriannuelle accompagnée d'objectifs de déploiement du DMP, notamment pour cibler certaines catégories de patients.

Impliquer la CNAM pour que le DMP soit intégré dans la politique conventionnelle.

Se doter d'une méthode d'évaluation médico-économique du DMP.

D'autres questions alimentent aussi les incertitudes sur les coûts comme la politique de sécurité (protection des données), l'identifiant provisoire national de santé qui permettra d'identifier chaque personne prise en charge par un professionnel ou un établissement de santé, l'impact de la convention médicale qui prévoit d'améliorer les échanges informatiques entre les médecins et les caisses, l'impact sur les complémentaires de santé, l'interopérabilité. L'ASIP et la CNAM ont publié deux normes voisines mais distinctes.

Le report de l'évaluation médico-économique est une autre source, forte, d'incertitude. Il n'y a donc pas d'évaluation des économies attendues par la mise en œuvre du DMP ou des gains d'efficacité possibles.

Jusqu'à récemment, aucune stratégie d'ensemble n'a été définie, d'où l'insuffisance de l'évaluation des coûts et des bénéfices attendus, la dispersion des financements avec des risques de doublons ou d'investissements perdus, ... C'est seulement au mois de mars 2012 qu'un conseil d'administration de l'ASIP a esquissé les éléments d'une stratégie globale qui doit être pilotée fermement, dit la Cour. ■

Wilfrid VINCENT
Délégué général de la FNMR





Le DMP à l'étranger

A l'étranger comme en France, les nouvelles technologies et le DMP, sont considérés comme pouvant générer des économies mais aussi contribuer à une meilleure organisation des soins et à améliorer l'espérance de vie en bonne santé. Cependant, à ce jour, aucun pays n'a encore développé un DMP pleinement opérationnel. Par ailleurs, les différences de culture, d'environnement institutionnel et de méthodologie rendent les comparaisons de coûts difficiles.



Allemagne : Le système de santé est décentralisé au profit des Lander et organisé autour de caisses locales indépendantes qui mettent en œuvre le DMP. Le DMP n'est pas interopérable. Il n'est pas obligatoire. Les patients et les professionnels de santé peuvent y accéder. Les dépenses n'ont pas été évaluées mais le coût est estimé entre 20 et 100 euros par assuré.



Angleterre : Le programme d'informatique de santé a été lancé en 2002. Estimé à l'origine à 1 milliard de livres, il a été réduit à 180 millions d'euros pour les DMP régionaux sur la période 2005-2012. Fin mars 2012, 13 millions de DMP étaient ouverts mais sur une base plus réduite que le DMP Français. C'est en 2010 que le champ du DMP (Summary Care Record SCR) a été fixé en ne prévoyant son utilisation en dehors du poste de travail du médecin traitant que pour les urgences. Le dossier peut être créé automatiquement auprès du médecin traitant. Le patient dispose d'un délai pour s'y opposer. Le contenu du DMP pourra être élargi au fur et à mesure que la confiance des professionnels et du public s'installera.



Autriche : Un dossier a été créé, en 2009, destiné à relier les acteurs des services de santé (Etat fédéral, Lander et assurance maladie).



Belgique : Une loi de 2008 fixe les éléments d'une stratégie et d'un système d'informations partagées de santé. Il n'y a pas de calendrier pour le DMP.



Canada : A partir de 2009, le Canada a investi 350 millions d'euros, sur plusieurs années dans son programme d'informatique de santé " Inforoute santé ".

Sur les 193 projets financés, la moitié concerne des DMP provinciaux expérimentés à partir de mars 2012 et destinés à être interconnectés à une date non précisée. 20 projets portent sur les registres provinciaux (répertoire patients et professionnels de santé). 24 projets concernent des systèmes d'imagerie diagnostique. Les autres projets sont relatifs aux médicaments, aux laboratoires, à l'interopérabilité, à la télésanté...

Le Québec a mis en place un Dossier Santé Québec (DSQ) dans trois régions. Il porte sur le médicament, les examens de laboratoire et l'imagerie. Le dossier local est alimenté là où le patient a reçu la prestation. Les dossiers sont conservés

dans des dépôts supra régionaux ou provinciaux. Leur utilisation est restreinte aux pharmaciens et à ceux qui ont délivré les informations.

En cas de refus d'un patient d'avoir un DSQ, les données restent inaccessibles. Chaque patient peut prendre connaissance de son DSQ, en obtenir une copie, connaître les intervenants qui y ont accédé, demander des rectifications.



Danemark : L'informatique de santé a été lancée en 1994. Le coût est estimé à 1,4 milliard d'euros. Le déploiement du dossier électronique date de 2004 pour atteindre 60% en 2011. Les patients accèdent par un portail qui distribue les données entre professionnels et usagers. Plus de 5 millions de messages sont échangés chaque mois. Le site informe les patients quand un professionnel accède à leur dossier. Il permet aussi la prise de rendez-vous ou la demande, par courriel, de conseils qui ne nécessitent pas de consultation.

Les économies générées par l'utilisation du portail sont évaluées à 12 millions d'euros, en 2009, pour un investissement de 7,5 millions et un coût de fonctionnement annuel de 8 millions.

L'ensemble des services offerts par le système permettrait un gain de temps de 50 minutes par jour et par médecin, avec une diminution de 66% des appels téléphoniques de patients et 2,3€ d'économie par transaction soit 60 millions par an.



Espagne : Un DMP est envisagé depuis 2012. La Catalogne a lancé un DMP déjà accessible.



Etats-Unis : Le ministère des anciens combattants a mis en place un DMP national réservé à ses bénéficiaires. En mars 2012, il comportait 1 081 dossiers et 38 400 devaient être ouvert à brève échéance. Ce DMP a vocation à s'intégrer, en 2014, à un DMP commun avec le ministère de la défense (30 millions de dossiers potentiels) puis, à terme, au DMP national.

Le DMP national devrait entrer en service en 2016. Il a été lancé en 2009 avec un financement estimé à deux milliards de dollars, pour le DMP lui-même et son environnement informatique, dont un avait déjà été investi à la fin 2011.

Le développement du DMP national est prévu en trois phases. La première, lancée en 2010, porte sur l'informatisation des données par les prestataires sans normes nationales ni interopérabilité. La deuxième phase, lancée en 2012, a pour

objectif d'inviter les industriels à fournir des solutions interopérables au niveau régional. La troisième phase, d'ici 2016, organiserait l'interconnection du DMP.



Italie : Un projet de loi de 2011 créant un DMP national a été adopté par les députés mais pas par le Sénat. Le coût est estimé à 90 millions d'euros. Il existe un dossier électronique local consultable par l'agence sanitaire locale et les prestataires de soins.



Norvège : Une loi interdisant le partage des données a été amendée en 2009.



Pays-Bas : Il existe depuis 2003 une infrastructure de communication de données de santé. Elle repose sur un système national, sécurisé d'identification et d'autorisation des patients, des

prestataires et des assureurs. Un projet de loi instaurant le DMP a été rejeté en 2010.



Suède : 500 000 patients disposent d'un DMP mais n'y ont pas accès. Leurs dossiers sont rassemblés dans une plate-forme au sein de laquelle les professionnels de santé peuvent échanger les informations. Le Parlement Suédois estime que l'utilisation complète des dossiers médicaux avec la possibilité de prise de rendez-vous permettrait d'éviter 370 000 consultations redondantes et 5 500 cas d'iatrogénie médicamenteuse pour une économie de 31,7 millions d'euros.



epSOS : 23 pays de l'Union Européenne sont rassemblés dans le projet epSOS (Smart Open Services for European Patients) pour une opération de deux services transfrontaliers et interopérables, la prescription électronique et un résumé informatique du DMP. ■



Imagerie

Nouvelle version du Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale



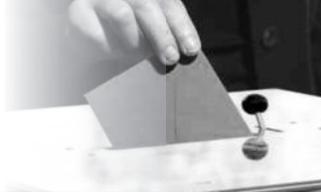
Une nouvelle version, électronique et gratuite, du *Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale*, réalisée par la Société Française de Radiologie et la Société Française de Médecine Nucléaire, est disponible en ligne pour les professionnels de santé

depuis le 1^{er} février 2013 : gbu.radiologie.fr. Ce guide n'est pas opposable mais il facilite l'accès des professionnels de santé aux recommandations, à travers les 400 symptômes et situations cliniques recensés.

Conçu à l'origine pour répondre à l'obligation réglementaire de radioprotection des patients, fruit d'un travail collaboratif

conduit sous l'égide de l'Autorité de Sûreté Nucléaire et de la Haute Autorité de Santé, ce guide, qui a pour fil conducteur l'amélioration de la qualité des soins, apporte des réponses aux questions des professionnels de santé. Il présente les éléments scientifiques pour évaluer si la demande d'examen d'imagerie médicale est adaptée et nécessaire, pour mettre en balance les bénéfices et les risques de chaque examen pour apporter la plus juste réponse en termes d'imagerie diagnostique ou de radiologie interventionnelle.

Grâce à l'ensemble des informations qu'il rassemble, le *Guide du Bon Usage des examens d'imagerie médicale* contribue à l'amélioration de la qualité des soins ; il évite aussi la réalisation d'examens inutiles pour le patient et coûteux pour la collectivité, participant de la rationalisation économique des soins. ■



DRÔME

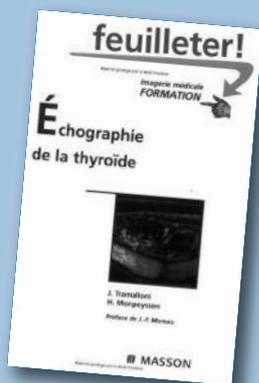
Suite aux élections du syndicat de la Drôme du 7 juin 2012, la composition du Bureau est la suivante :

Président :	Dr Olivier MARLOIS (Pierrelatte)
Secrétaire :	Dr Pascal ROMY (Valence)
Secrétaire adjoint :	Dr André-Philippe NATHAN (Valence)
Trésorier :	Dr Karim BENDIB (Valence)
Membres :	Dr Valérie CHOUVY (Bourg de Péage) Dr Patrick ANTOINE (Romans sur Isère) Dr Pierre WEJROCH (Montélimar)

Lecture



Echographie de la thyroïde



Jean Tramalloni – Hervé Monpeyssen

Éditions **ELSEVIER MASSON**

62, rue Camille Desmoulins – 92442 ISSY LES MOULINEAUX Cedex

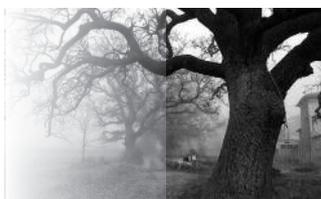
2^{ème} édition d'un premier ouvrage qui faisait partie des références dans l'analyse et l'étude de cet organe. Ce livre s'enrichit d'une nouvelle technique : l'élastographie, et développe la classification ti-rads.

L'iconographie de bonne qualité est réactualisée. L'appui en ligne par internet est un plus très intéressant.

Une fois encore ouvrage indispensable pour ceux qui pratiquent cet examen.

Docteur Jacques NINEY

Hommage



Pr Pierre PELLERIN

Nous venons d'apprendre le décès, le 3 mars 2013, du **Pr Pierre PELLERIN**, à l'âge de 89 ans. Il créa en 1956 le Service central de protection contre les rayonnements ionisants (SCPRI), qu'il a dirigé jusqu'en 1993 avant que celui-ci ne devienne l'Office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI). Il a également fondé et dirigé le Centre international de référence pour la radioactivité de l'Organisation mondiale de la santé (1967 – 1995). Il était l'auteur de plusieurs publications scientifiques sur les normes de radioprotection.



Les dépenses de l'assurance maladie : novembre décembre 2012

Octobre et novembre 2012 ont été marqués par des taux de croissance soutenus pour les dépenses d'assurance maladie. Le mois de décembre enregistre cependant un recul avec 2,5% de progression pour l'ONDAM.

Ce recul se vérifie pour les dépenses de soins de ville et les versements aux établissements sanitaires privés. La réduction du taux est faible pour les prestations médico-sociales. Les versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public connaissent un chemin inverse avec une progression de 4,3% en décembre contre 3,9% en novembre.

Les différentes postes des soins de ville suivent la tendance de l'agrégat avec un recul compris entre 0,7% et 1%. Les actes d'imagerie ne font pas exception à l'évolution de l'agrégat.

La plupart des postes des versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public enregistrent une hausse significative. Les trois principaux postes (dotations annuelles de financement, Objectif de dépenses de médecine chirurgie obstétrique, tarification à l'activité) ont des taux de progression, en décembre, compris entre 2,5% pour le premier, 3,7% et 3,9% pour les deux autres mais pour des montants particulièrement importants. ■

Dépenses de l'assurance maladie - novembre - décembre 2012 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine - Milliers d'euros)

Prestations	Nov. en €	Déc. en €	Nov. %	Déc. %
Consultations	5 324 980	5 785 077	-0,1%	-0,8%
Visites	708 847	763 520	-2,7%	-3,7%
Actes Techniques (*)	5 687 997	6 175 820	2,3%	1,3%
Dont actes d'échographies	963 693	1 045 006	0,9%	0,2%
Dont actes d'imagerie (Hors échographie)	1 777 014	1 932 493	5,8%	5,0%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	683 520	720 386	4,0%	3,2%
Dont scanner	286 360	302 539	1,2%	0,4%
Dont IRM	343 512	360 433	3,1%	2,2%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	15 675 138	16 978 583	1,2%	0,2%
Total prescriptions	41 670 870	45 397 545	1,6%	0,9%
Total soins de ville	57 346 743	62 376 859	1,5%	0,7%
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	46 455 387	51 212 947	3,9%	4,3%
Total versements aux établissements sanitaires privés	9 767 833	10 651 705	3,6%	2,5%
Total prestations médico-sociales	13 369 419	14 937 307	2,8%	2,6%
Total statistique mensuelle des dépenses	138 103 495	151 389 327	2,8%	2,5%

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

CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10224 13 – La Ciotat – St Cyr-sur-Mer (13-83), 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

10225 16 – Angoulême, cherc. succ. assoc., groupe 15 radiol. dont 5 < 40 ans, 3 cab. périphériques et clinique, 276 lits, 1 scan., 2 IRM en propre, 2 capteurs radio., 2 plein champ mammo. Cab., 750 m² contigu (2012), gestion SCM, SDF, pacs FUJI SIR WAID.

> Contact : Dr VIAUD

Tél. : 06.66.38.65.89.

Email : jviaud1948@free.fr

site : www.centre-clinical.fr

10226 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.

10227 33 – Bordeaux et Pessac, SCM 4 radiol., 2 cab., accès scanner et IRM, cause retraite volontaire, cherc. successeur.

> Envoyer cv par mail :

cab.pessac@wanadoo.fr

Tél. : 05.57.26.27.01.

10228 47 – Proche Bordeaux, cède cab. radiol., accès scan. et IRM, plateau technique complet. Locaux spacieux, avec parking. Possibilité logement et d'acquérir les locaux, convient à 2 radiol.

> Tél. : 06.64.63.78.78.

10229 60 – URGENT, SELARL Imagerie Médicale, multi disciplinaire complète

libérale à 45 kms du centre de Paris, recherc. radiol. pour remplacement longue durée en vue d'une asso., si possible ACCA.

> Tél. : 06.31.40.98.40.

Email : secretariat.dir@gmail.com

10230 67 – Ingwiller, cause retraite fin 2013, cherc. succ. , activ. libéral., radio. conventionnelle, séno. numer. (dépistage), écho., doppler, panoramique dentaire, ostéodensitométrie dans structure hospital. privée. Activité partagée entre 2 radiol. Vacs. scan. et IRM dans CH public voisin, pas d'astreinte.

> Tél. : 06.84.80.64.34.

Email : mm.haller@evc.net

10231 69 – Lyon intra-muros, SELARL 2 radiol. cherc. assoc. cab. (plateau technique complet renouvelé en 2012), vacs. scan. et IRM, avec ou sans apport.

> Ecrire : Dr Georges AUBERSON –

Imagerie du Mail SELARL –
69004 LYON ou

Tél. : 06.16.71.94.13.

10232 85 – Vendée, radiol., cherc., succ. dans groupe 5 radiol., 2 sites, cab., et pôle santé-IRM, TDM, mammo. num., ostéo., écho-doppler, rx conv., PACS, astreintes en téléradio., en cours développement régional, secteur II possible.

> Contact : Dr FREITEL

Tél. : 06.87.46.67.17.

Email : catherine.freitel@orange.fr

10233 91-94 – Région parisienne, radiol., cause retraite cherc. successeur assoc. pour fin 2013. Activité cab. et clinique, accès plateau technique TDM, IRM, en cours de restructuration. Possibilité temps partiel, pas de gardes.

> Tél. : 06.07.94.31.03.

Email : gseguin@free.fr

10234 974 – Saint-Paul- La Réunion, SELARL récente, 2 radiol. recherc. remplaçant en vue d'assoc. Activité

ostéo-articulaire, mammo., obstétrique, scan. et IRM.

> Contact : Mme FREKENNE

Tél. : 02.62.45.75.84. ou Email :

imageriemedicale@im-savannah.com

Site internet :

www.imagerie-medicale-savannah.com

Recherche

10235 76 – Radiologue ACCA, ostéo-articulaire, diagnostic et interventionnel, RX, TDM, IRM, cherc. structure en régions PACA, Rhône-Alpes

> Email : 06.64.63.78.78.

REPLACEMENT

Offre

10236 33 – Bordeaux et Pessac, SCM 4 radio., 2 cab. RX, écho., doppler, seno., recherc. radiol. pour remplacements du 1^{er} au 6/07/13 et du 21 au 31/08/13.

> Envoyer cv par mail :

cab.pessac@wanadoo.fr

Tél. : 05.57.26.27.01.

Le Médecin Radiologue
de France

Directeur de la Publication : Dr Jacques NINEY

Rédacteur en chef : Dr Robert LAVAYSSIERE

Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT

Edition • Secrétariat • Publicité Rédaction • Petites Annonces

EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €

Téléphone : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15

www.fnmr.org • E-mail : info@fnmr.org

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Président : Dr Jacques NINEY

Responsables de la publicité :

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 2013

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