

La lettre de la FNMR

fnmr.org

Plan cancer : aller au-delà du rapport préliminaire ?



Le mot du Président

Le troisième plan cancer est annoncé après les deux précédents, mis en place sous deux mandatures différentes. Le rapport dense, 162 pages et 421 recommandations, du Professeur Vernant a été remis non pas au Président de la République, mais à deux ministres, à la ministre des Affaires Sociales et de la Santé et à la ministre de l'Enseignement Supérieur. Il s'agit seulement d'un travail préparatoire qui devra être complété par les travaux de l'INCa et des groupes de travail pour une annonce prévue en 2014.

Le plan n'est pas une spécialité seulement française et on peut concevoir que l'on ait besoin de faire un bilan et des propositions sur des sujets importants, comme le cancer qui a entraîné 148 000 décès en 2012 alors que 355 000 nouveaux cas ont été diagnostiqués. Comme dans tout document, chacun y trouvera des motifs de mécontentement et des motifs de satisfaction relative dans les mêmes sujets. Ainsi, on peut se réjouir de voir promouvoir la place du médecin traitant dans le système, mais on se contente de formuler sans prendre en compte la réalité pratique ni les raisons

de la faible participation des médecins traitants au dépistage, faute d'incitation réaliste.

L'imagerie n'est pas oubliée et l'on rappelle que le radiologue est au centre de la RCP, mais on fait remarquer que les effectifs sont insuffisants en omettant que les radiologues libéraux participent, bénévolement, à de nombreuses RCP... La radiologie interventionnelle est également mentionnée avec la même vision.

L'IRM est, bien sûr, un sujet brûlant en fixant un objectif de 20 IRM par million d'habitants (moyenne européenne en 2012) au terme du 3^e plan cancer qui n'est pas encore annoncé. Il ne faut pas oublier que les objectifs du plan précédent n'ont pas été respectés et que certaines ARS ont volontairement limité voir stoppé les autorisations. Ce besoin est connu depuis des années et la politique mise en place sous les différentes mandatures a toujours été très restrictive, sans qu'aucune responsabilité ne soit mise en cause et ce malgré les alarmes répétées lancées par les médecins, les professionnels compétents et leurs instances, société savante (SFR) comme organismes professionnels (FNMR, G4). La profession

devra aussi se soucier des techniques hybrides, IRM et TEP, en se souvenant de l'exemple du TEP-Scanner.

Le rapport met en avant les inégalités, thème repris et amplifié, mais le foisonnement apparent masque le fait que le secteur « libéral », est quasi absent, voire ignoré, alors qu'il assure l'essentiel du dépistage, cancer du sein notamment, et du diagnostic anatomopathologique, et alors que les jeunes générations se détournent de l'exercice libéral sans pour autant combler de façon durable les insuffisances des effectifs hospitaliers publics.

Le rapport n'est qu'un document préliminaire et la FNMR ne peut que demander aux instances d'ouvrir les yeux, au-delà de la vision unilatérale qui prévaut depuis des années. Le secteur « libéral » est essentiel à l'exercice d'une oncologie moderne, accessible à tous et en tous lieux. Les moyens doivent être donnés alors que l'efficacité du secteur libéral profite à la société dans son ensemble et aux patients à tous les stades de la maladie.

Dr Jacques NINEY
Président de la FNMR

- Séminaire FNMR 7 avril 2013..... 02
- 6^e congrès européen de l'ANTEL 03
- Hommages 16
- Propositions pour l'assurance maladie pour 2014..... 17
- Statistiques : Dépenses assurance maladie..... 21
- Vie fédérale..... 21
- Petites annonces 24

- Annonceurs :
- AGFA 07
- BRACCO 19
- CANAL 33 11
- FORCOMED 22 - 23
- GE HEALTHCARE 15
- MELCER 16
- PMFR 05



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

Le sommaire du mois



Imagerie médicale 2013 : quelles transitions, pour quel futur ?

Le 6 avril dernier, la FNMR tenait son séminaire annuel à Beaune, accueillie par Roland Petigny, le Président de la région de Bourgogne, et toute son équipe que Jacques Niney, Président de la Fédération, remerciait.



Dr Jacques Niney

Jacques Niney rappelait que ce séminaire, dont nous présentons l'essentiel des interventions, avait pour objet de réfléchir au passage de l'imagerie actuelle à celle de demain. Deux types de transition sont possibles : imposé ou réfléchi. Les transitions imposées reposent sur des modèles économiques et parfois techniques qui peuvent

s'étendre à l'exercice clinique. Les transitions réfléchies, proposées et modélisées par la profession, sont celles dans lesquelles les radiologues doivent s'inscrire.

La FNMR a toujours été et reste dans une démarche de réflexion prospective afin d'aider les radiologues à préparer l'avenir.

Le président invitait les jeunes à participer pleinement à cette démarche puisqu'il s'agit de leur avenir.

Le séminaire lui-même, animé par Sylvie Fontlupt, était décomposé en deux parties. La première était consacrée à cerner les enjeux et les nouveaux défis pour l'imagerie. La seconde partie permettait d'aborder les modalités d'organisation et diverses solutions pour répondre à ces défis.



Sylvie Fontlupt

Imagerie médicale 2013 : quelles transitions pour le futur

→ MATIN

- Médecine personnalisée et imagerie : quels enjeux pour le futur ? **Pr. Guy Frija**.
- Contrainte économique : vision de l'économiste. **Frédéric Bizard, économiste**.
- Démographie. **Mickaël Ohana, Président de l'UNIR, Wilfrid Vincent, délégué général FNMR**.
- Les attentes des patients. **Claudine Richon, Le Lien. Jean-Michel de Bray, France AVC**.
- Les attentes des jeunes radiologues. **Mickaël Ohana, Président de l'UNIR**.

→ APRES-MIDI

- L'évolution du métier de médecin radiologue
 - Sur spécialisation : **Robert Lavayssière**,
 - Imagerie en coupe : **Jean-Christophe Delesalle**,
 - Interventionnel : **Bernard Woerly, Jean-Luc Dehaene**.
- Organisations territoriales : regroupements, PPC. Une expérience récente : Limoux : **Bruno Michel, Directeur du CH de Limoux, Jean-Philippe Masson**.
- Mutualisation des moyens de production - GIE RIS Téléradiologie : **Christian Delgoffe**.
- Solutions technologiques (reconnaissance vocale, centre de frappe externalisé, serveur d'application de traitement d'image, solution cloud RIS, archivage, diffusion) : **Eric Chavigny**.
- Labellisation, un outil de mutation et évolution vers la certification : **Gérard Calmet, Jean-Charles Leclerc**.

Médecine personnalisée et imagerie : quels enjeux pour le futur ? - **Guy FRIJA**



Pr Guy Frija

Quelle sera la place de l'imagerie dans la médecine personnalisée, défi de demain ? C'est la question posée par Guy Frija.

La médecine personnalisée vient du séquençage du génome. Elle s'efforce de classer, comprendre, traiter et prévenir les maladies sur la base des spécificités de la signature biologique mais aussi des données environnementales

et de style de vie.

La médecine actuelle est orientée sur la maladie. La médecine personnalisée est orientée vers le prédictif et le préventif. Elle s'inscrit dans un contexte d'informations multisources, qu'il faut intégrer, c'est pourquoi elle est aussi appelée intégrative. Elle repose sur des banques de données,

6^e congrès européen de l'ANTEL

Association Nationale de Télémedecine

Sous le haut patronage du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Le parcours
de soins : rôle
et place de
la Télémedecine

15 et 16 novembre 2013

Eurosites Georges V
Paris - France

www.antel.fr

des biobanques essentiellement tissulaires, avec des paramètres quantitatifs, pour lesquels il y a une assurance qualité fondamentale.

L'imagerie est oubliée dans ce panorama. Elle est pourtant capable de fournir des éléments de phénotypage anatomique, fonctionnel, métabolique et moléculaire. Ses avantages sont l'information volumique, la capacité d'apprécier l'hétérogénéité d'un processus, mais aussi qu'elle est non invasive, donc répétable au cours du temps.

Les autres techniques de biomarqueurs ont des limites, par exemple, l'anatomie pathologique, qui est la référence, est limitée (par manque de sensibilité et de spécificité), invasive et doit être guidée par l'image. Elle passe à côté de l'hétérogénéité de la tumeur qui peut avoir plusieurs profils génomiques. Elle passe aussi à côté des changements au cours du temps.

Une autre richesse de l'imagerie se développe autour de l'idée que le phénotype reflète le génome. Une étude parue dans *Radiology*, en août 2012, illustre et montre ce qui peut être fait avec des scanners de thorax simples. L'étude a porté sur 30 dossiers de patients atteints d'un cancer du poumon. Dans un premier temps, il a été procédé à une segmentation automatique par ordinateur, puis une extraction de paramètres quantitatifs prenant en compte les contours, le gradient de densité entre la tumeur et l'environnement, etc. Au total, 300 paramètres quantitatifs ont été extraits, comparés aux 15 paramètres qualitatifs perçus par le radiologue concernant le nodule pulmonaire. L'extraction quantitative permet de prévoir le génome de la tumeur avec une précision de 80 %.

Que faire pour que l'imagerie devienne un partenaire à part entière de la médecine personnalisée ? Il est possible d'imaginer des biobanques d'imagerie, réservées à des paramètres quantitatifs, avec une standardisation au niveau de l'acquisition, une validation pour la signification et un contrôle qualité.

Le premier enjeu est d'établir une politique de biobanques d'imagerie en s'inspirant de celles des Omics.

Ces biobanques d'imagerie doivent concerner toutes les modalités et s'appliquer à tous les paramètres pour autant qu'ils soient quantitatifs. Elles doivent répondre à des règles simples : interopérabilité absolue, protocolisation, confidentialité et sécurité.

La masse de données obtenues devra permettre d'extraire de nouvelles connaissances qui nécessitent de développer les sciences de l'information et des modélisations. Il faudra ensuite être capable de corrélérer ces données avec celles des autres biobanques.

En France, l'INCa a déployé 27 plates-formes de séquençage tumoral qui sont de plus en plus utilisées. Dans le cancer du poumon, il est question de biomarqueurs, de voies de signalisation, d'accumulation de données, mais, à aucun moment, d'imagerie.

Le physicien Stéphane Hawkins a dit que 21^{ème} siècle serait celui de la complexité. Dans le domaine de la biologie, il a raison. On part de l'intégration de données depuis le noyau

de la cellule pour essayer d'intégrer, en spirale, toutes les données, y compris environnementales. Cette complexité affecte des domaines comme l'hypertension artérielle qui touche 1 milliard de personnes. Des études génomiques ont été menées qui ont identifié 29 variations génétiques dans le génome humain prédictives de l'hypertension artérielle conduisant à un concept beaucoup plus complexe de la maladie.

La même chose a été établie pour l'athérosclérose ou le management du cancer du sein en fonction du récepteur et de la réponse.

La médecine devient complexe. Est-ce que l'imagerie participe à cette complexité ? Sans doute, car il y a des éléments de caractérisation tissulaire très nombreux, mais aussi phénotypiques. Mais, au lieu de considérer l'imagerie par silos, il faudrait mieux intégrer toutes ces données.

De la même façon qu'il y a l'interactome en génomique, il y aura aussi un interactome en imagerie intégrant les données morphologiques et fonctionnelles.

À partir de cet interactome, il sera possible de corrélérer des images sur des paramètres quantitatifs avec des gènes et des voies de signalisation.

Il faut maintenant passer d'une médecine juxtaposée, avec les Omics, l'anapath, la biologie et l'imagerie, à une véritable intégration de toutes ces données avec de la modélisation et des sciences statistiques.

Politique de santé et contrainte économique - **Frédéric BIZARD**



Frédéric Bizard

Alors que les déficits de l'assurance maladie ont pesé lourdement sur l'imagerie médicale, Frédéric Bizard s'attachait à analyser les risques et opportunités pour la spécialité.

L'approche de la santé, en France, est verticale alors qu'elle devrait être transversale, le système de soins n'étant responsable que de

25% de l'état de santé de la population. Le système de santé est de moins en moins efficient (espérance de vie sans incapacité en baisse, inégalités croissantes,...). Il ne permet pas d'avoir une approche préventive et encore moins prédictive. L'orientation vers le curatif est au bout de sa logique. Il faut passer d'une gestion par l'offre à une gestion par la demande, sortir de l'hospitalo-centrisme et transférer du pouvoir de décision de l'Etat vers les patients, les professionnels de santé et la société civile en général (gestion plus décentralisée).

À l'origine, la sécurité sociale devait avant tout assurer le gros risque et en partie le petit risque (notion de ticket modérateur). Mais l'explosion des affections de longue

durée (ALD) entraîne des baisses de tarifs avec un désengagement progressif de l'assurance-maladie sur les soins de ville (niveau de remboursement de 51% aujourd'hui). Au déclin sanitaire s'ajoute le déclin financier. Le paradoxe est que la réponse des autorités a été d'étatiser davantage le système alors qu'il faudrait une refonte globale et plutôt décentraliser la prise de décision et la gestion. Ce constat peut aussi être fait pour les autres secteurs de notre modèle social¹.

La politique de santé actuelle repose sur des contre-vérités servant à justifier d'une volonté politique de mettre au pas les médecins, juger à tort responsable du coût élevé de nos dépenses de santé. La première contre vérité est de lier les difficultés d'accès aux soins aux compléments d'honoraires des médecins libéraux. Les renoncements aux soins pour difficultés financières ne sont réels que pour le dentaire et l'optique et tiennent au désengagement de l'assurance maladie et à la couverture insuffisante de ces soins par les complémentaires santé.

Une deuxième contre vérité est de lier la hausse excessive des dépenses de santé aux médecins et aux soins de ville, poste qui a le moins progressé ces dernières années.

Une troisième contre vérité porte sur le comportement général d'une profession qui ne peut être assimilée aux 0,2%

de médecins libéraux qui ont fait l'objet d'avertissement pour dépassements abusifs.

La stratégie nationale de santé affichée en janvier 2013 veut organiser le système de santé "à partir du parcours de la personne", de le structurer "autour de la notion de parcours de soins, en donnant sa juste place à l'hôpital". Mais l'Etat doit-il imposer le parcours de santé au patient ou donner les moyens au patient d'organiser le parcours optimal pour lui (veut-on une médecine uniformisée ou individualisée)? Le lancement du parcours de soins en 2004 a été concrétisé entre autres par la constitution du Dossier Médical Personnel (DMP) mais moins de 200 000 dossiers sont ouverts à ce jour pour 500 millions d'euros dépensés entre 2005 et 2011.

Sans rénovation profonde, le système est dans une impasse mais il manque une volonté et une vision réformatrice. Le seul instrument utilisée par l'Etat ces dernières années est la maîtrise des dépenses par le contrôle de l'offre de soins, principalement libérale en ville, qui réduit la liberté de prescription, d'installation, et encadre la relation avec le patient.

Les enjeux de la radiologie sont liés aux contraintes du budget de l'assurance maladie ce qui s'est traduit en 2013

¹ Voir rapport sur la « refondation du modèle social : Pourquoi ? Comment? », écrit par Frédéric Bizard pour l'Institut Thomas More ; disponible sur www.fredericbizard.com.



- 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

par des mesures d'économies sur la spécialité et des hausses de cotisations du régime des indépendants (RSI). Les besoins de financement de la sécurité sociale supposent d'importantes mesures d'économies pour 2014 qui peuvent être évaluées entre 2 et 3 milliards d'euros pour l'assurance maladie. Dans cette conjoncture, le plan pluriannuel pour l'imagerie est un excellent instrument car il donne une certaine visibilité et protège de restrictions budgétaires supplémentaires. Depuis 2007, les baisses tarifaires ont été compensées par une hausse de la productivité du matériel d'imagerie avec une hausse du temps médical, ce qui ne peut pas se poursuivre indéfiniment. Il en résulte une absence de visibilité et une menace pour le modèle du radiologue entrepreneur avec un risque de transfert de la propriété du matériel vers des investisseurs.

La profession doit se tourner vers de "nouveaux marchés" où l'imagerie a un véritable apport comme certaines ALD (2/3 des dépenses de l'assurance maladie) ou de nouvelles niches liées à l'innovation technologique. Il peut y avoir une approche technique et médicale misant sur les nouvelles potentialités de la radiographie et de l'échographie comme cela s'est passé avec le Mammotome qui assure un meilleur confort des patientes en diminuant le risque médical.

La tarification est basée de plus en plus sur la qualité et l'efficacité. Mais la logique de la tarification majoritaire à l'acte est incompatible avec la recherche d'efficacité. Toute tarification repose sur un tarif, un forfait ou un système incitatif à la performance. Mais le critère majeur sera la pertinence et la qualité des actes, d'où l'intérêt de la démarche Labelix, qu'il faut pousser le plus loin possible en nombre de labélisés et en reconnaissance auprès des pouvoirs publics. Plusieurs pistes s'ouvrent pour repenser le modèle du centre de radiologie et le rôle du radiologue de demain : les gains de productivité, le regroupement des radiologues, le positionnement entre la prestation technique et la prestation médicale. L'expertise et la qualité restent les meilleurs remparts à la perte d'activité au profit d'autres spécialités. Les menaces sur la radiologie sont comparables à celles qui pèsent sur les autres spécialités, mais la radiologie a des opportunités uniques dans le monde médical, sous réserve qu'elle sache les saisir.



Wilfrid Vincent

Démographie des médecins radiologues Wilfrid VINCENT

L'analyse de la démographie professionnelle peut contribuer à mieux anticiper les évolutions en

termes de temps médecin.

Wilfrid Vincent situe d'abord la démographie des médecins radiologues dans celle de l'ensemble des médecins dont les effectifs ont été en croissance jusqu'en 2005 pour se stabiliser depuis. Dans le même temps, la population française augmentait plus que prévu au début des années 2000. La densité des médecins a crû jusqu'en 2005 et s'est stabilisée ensuite.

La population médicale a vieilli. Elle s'est aussi féminisée (55% de femmes).

L'exercice libéral et l'exercice salarié sont à peu près à parité, avec un léger recul depuis 2007 du libéral. Les spécialistes sont majoritaires, les radiologues n'en constituant que 7%. Le poids de l'imagerie médicale est cependant important puisqu'elle représente près de la moitié des dépenses remboursées de la CCAM.

Le statut libéral est prédominant chez les radiologues, plus que pour les autres spécialités. Leur pyramide des âges ne se distingue pas de l'ensemble des médecins, avec un renouvellement insuffisant, une augmentation de l'âge moyen de la population et une relative féminisation à 32%. La répartition hommes/femmes selon le statut est tout à fait différente. Parmi les libéraux, les femmes ne sont qu'un quart des effectifs mais en hausse régulière. Cette question peut jouer sur le temps médecin dans la mesure où les femmes exercent plus souvent à temps partiel.

Les évolutions à venir sont marquées par les années de numérus clausus restrictifs qui ont conduit, en 2006, l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) à projeter une baisse de 10 à 15 % du nombre de radiologues d'ici à 2030. Mais depuis, le numérus clausus a été élargi ce qui permet à l'Ordre des Médecins d'envisager une augmentation de l'effectif d'environ 5%. Il faudra comparer cette évolution à celle de la population générale.

La densité des médecins radiologues s'est améliorée de 2002 à 2010. Il faudra cependant attendre les statistiques 2012 et 2013 pour savoir si les mesures prises à l'encontre de l'imagerie depuis 2007, affectant le maillage territorial, auront un impact sur la densité.

Les médecins radiologues exercent principalement en secteur 1, pour 86%. Le secteur 2 est en léger développement depuis 10 ans. Trois-quarts des radiologues exercent sous le mode libéral exclusif, 10 % le combinent avec une activité à l'hôpital et 5 % avec une activité salariée. Il y a également 9 % de secteur privé à l'hôpital.

Le dernier élément concerne une enquête de la FNMR, menée en 2011. Elle fait ressortir que, contrairement aux idées reçues, la plupart des radiologues exercent en dehors des grandes métropoles. 40 % des radiologues exercent en établissement privé, et parmi eux, 1/4 sont dans des structures ouvertes 24 heures sur 24.

Démographie des internes en radiologie - **Mickaël OHANA**



Mickaël Ohana

Depuis 2010, Mickaël Ohana rappelle que l'interne peut choisir spécifiquement la spécialité de radiologie, et qu'il y a une augmentation nette des flux. Sur les cinq années d'internat, il y aura à terme 1150 internes, chiffre proche des recommandations du G4 de 1300 postes. En revanche, il y a une stagnation des postes de chefs de clinique et assistants,

évalués en 2010 à 200 postes pour 2 ans.

L'augmentation des postes d'internes pose deux questions. La première concerne la formation pratique effectuée très majoritairement en CHU, où les terrains de stages sont limités. Cela oblige à ouvrir des postes dans des centres hospitaliers périphériques alors que certains n'ont pas de

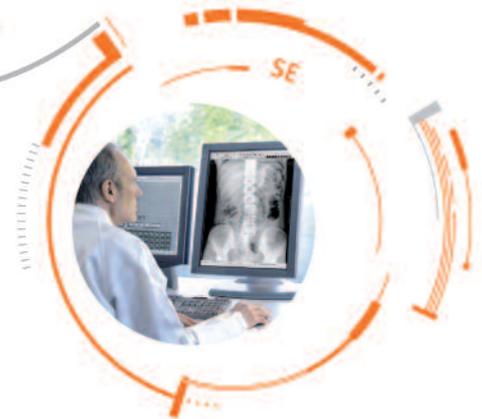
seniors pour encadrer les internes. Une alternative en cours de développement sont les stages dans le privé, stages dont sont très demandeurs les internes pour pallier certaines insuffisances d'enseignement en CHU, notamment en sénologie et en ostéoarticulaire.

La seconde question est celle des débouchés. Plus de 90 % des internes souhaitent faire un post-internat alors que les postes sont en stagnation. C'est la raison pour laquelle la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CPI) a été missionnée pour proposer un post-internat à tous. Elle a rendu ses conclusions en 2011. Pour la radiologie, elle proposait une maquette « 4 +2 », 4 ans d'internat et 2 ans de post-internat obligatoire, appelé assistanat.

La finalité de la réforme a été clarifiée par une lettre de cadrage de la ministre de la santé en novembre 2012. Le but réel est de faire des économies sur la formation des internes avec une formation initiale (internat) et un post-internat intégrés (« compressés ») dans la durée de l'internat, soit cinq ans pour la radiologie. Il est proposé d'instaurer une période de mise en responsabilisation, appelée « interne sénior », qui comprendrait les deux dernières années de l'internat. Ce statut d'interne senior est un peu bâtard avec les inconvénients de la responsabilisation sans les avantages. Cette nouvelle maquette signerait aussi la mort de facto du secteur II, puisqu'il n'y aurait quasiment plus de CCA ou d'assistants : les postes de chef de clinique seraient réservés à ceux qui se destinent à une

UNIR Union Nationale des Internes en Radiologie

Productivité et qualité pour répondre à vos attentes



- ✓ Mammographie numérique <> aiguilles
- ✓ Salle de radiologie <> capteur dynamique
- ✓ Evolution <> capteur wifi
- ✓ Consoles diagnostiques <> évolutives

Le dispositif médical DX-D M-power, DX-M et SE de classe IIa, et le dispositif médical DX-D800, de classe IIb, fabriqués par Agfa HealthCare NV, sont à destination des professionnels de Santé dans un environnement dédié à la radiologie. Ces dispositifs médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE. L'évaluation de la conformité a été réalisée par Intertek Semko AB (ID : 0413). Lisez attentivement la notice d'utilisation. Mise à jour mars 2013.

carrière universitaire, et les postes d'assistants iraient uniquement aux zones de tension démographique. Ces orientations sont un véritable danger pour la formation des internes et pour le futur de la spécialité.

Les attentes des patients Claudine RICHON



Claudine Richon

Claudine Richon présente son association, le Lien, qui accompagne les victimes d'infections nosocomiales et d'accidents médicaux et participe à la démocratie sanitaire. Elle est membre du Collectif Interassociatif sur la santé (CISS). Chaque année, 700 000 cas d'infections nosocomiales et 4200 décès par an, sont recensés.

Le Lien est à l'origine de plusieurs indicateurs devenus obligatoires.

Mais malgré leur mise en place le nombre d'infections ne baisse pas. Des actions sont à mener comme la surveillance des pratiques.

Les patients sont en attente de confiance et de communication avec les professionnels. Ils font confiance à l'expertise des professionnels mais veulent des explications avant et après l'examen.

La sécurité des soins est également une attente consciente alors que les médias relayent nombre de problèmes et engendrent une peur latente sur certaines pratiques de santé. Pour la radiologie, le Lien s'est engagé sur la protection des sondes endo-cavitaires.

Les représentants des usagers (RU) sont, eux aussi, en attente. Le Lien privilégie la prévention au curatif ce qui correspond aussi à une préoccupation économique.

La première attente concerne la dose d'exposition aux rayonnements, comme lorsque l'on réitère des examens aux rayons X par absence d'accès à l'information. Eviter les doublons permettrait de réduire l'exposition des patients, de gagner du temps et d'avoir des soins plus efficaces. Le DMP n'est pas optimisé pour cela. Il a coûté cher mais il est inefficace. Il serait intéressant de savoir s'il est possible de tracer les doses d'exposition des patients comme cela est fait pour les personnels de radiologie.

Il y a aussi un problème de formation de certains intervenants sur la prévention des risques ainsi que sur l'approche qualitative humanisée. Par exemple, les risques d'injection de produit de contraste ne sont pas systématiquement expliqués au patient.

Enfin, l'annonce du reste à charge du patient devrait être faite avant l'examen.

2013 est l'année du patient et à cette occasion, la ministre de la santé a annoncé le lancement du Plan National de la Sécurité des Patients (PNSP).

Ce plan comporte 4 axes sur 4 ans :

- améliorer la représentation des patients, qui est le travail des associations,
- améliorer la remontée de l'information. Il faut que tout incident fasse l'objet d'une déclaration, le système de vigilance va être réformé,
- développer la culture de la sécurité, avec une formation initiale des futurs médecins, notamment sur l'hygiène,
- et renforcer la recherche sur la sécurité des soins.

Il faudra étudier les résultats du déploiement de ce plan.

Jacques Niney apporte plusieurs précisions aux questions abordées. Le DMP devrait comporter un volet médical structuré avec des comptes-rendus d'imagerie, sur lesquels sera indiquée la dose d'exposition. Les radiologues sont tenus d'informer les patients de l'utilisation de produit de contraste. La profession a mis en place une labellisation volontaire des cabinets axée sur l'hygiène, la sécurité du patient et la radioprotection. Enfin, en radiologie, avec peu de médecins en secteur 2, le problème est plus celui du ticket modérateur que celui du reste à charge.

Les attentes des patients Jean-Michel de BRAY



Jean-Michel de Bray



Jean-Michel de Bray, Neurologue, Secrétaire de France AVC, présente l'association qui regroupe près de 3000 patients avec des antennes dans presque tous les départements.

Pour mieux cerner les attentes des patients victimes d'AVC, il est utile d'avoir une réflexion aux différents temps de l'accident vasculaire cérébral pour savoir ce qui peut être optimisé.

Certains patients savent qu'il faut une coordination neurologue, cardiologue, etc. pour les accueillir et avoir l'examen optimal, qui est l'I.R.M. cérébrale précoce avec angioMR.

1) En aigu : 4 souhaits de patients dominent :

- Etre pris en charge le plus rapidement possible, quel que soit le lieu de survenue (certains patients sont informés que l'IRM cérébrale précoce avec angioMR est l'examen le plus performant et que toutes les minutes comptent).

Fournir de brèves explications sur cet examen est nécessaire sans négliger l'écoute du patient.

- Avoir un examen de qualité assurant la confirmation de l'AVC et déterminant, si possible, la cause.
- Obtenir un accueil attentif et respectueux avec une information claire, simple et adaptée à chaque patient.
- Avoir une franchise dans le diagnostic (droit d'information du patient tout en entretenant un espoir (au moins d'une amélioration)).

2) A distance en cas de contrôle d'imagerie cérébrale devant une incertitude diagnostique : rester à l'écoute des interrogations du patient et donner des informations adaptées à sa situation d'handicap ou de fragilisation.

3) Reconnaissance de l'urgence de la prise en charge avec imagerie cérébrale pour l'accident ischémique transitoire (quelques minutes à une heure), sonnette d'alarme de l'AVC qui est à prendre dans la même filière que l'AVC.

Il faut un meilleur maillage d'I.R.M. sur le territoire français et une augmentation du nombre de manipulateurs pour faciliter la prise en charge.

Enfin, les patients souhaitent, comme cela a été fait l'an dernier, qu'il y ait une poursuite de la collaboration entre France AVC et la FNMR pour l'évolution dans l'aide précieuse que les radiologues apportent aux patients.

Les attentes des jeunes radiologues - **Mickaël OHANA**

L'Union Nationale des Internes en Radiologie (UNIR) a réalisé en octobre 2012 un sondage ayant recueilli 250 réponses, que présente Mickaël Ohana.

Les jeunes envisagent leur exercice futur à 18 % en libéral, à 10 % en libéral salarié, à 8 % en hospitalier exclusif, à 6 % en hospitalier universitaire, à 31 % en mixte privé et public. 27 % sont encore indécis. Ils plébiscitent donc l'exercice mixte privé/public à 31 %, le privé exclusif étant choisi dans 28 % des cas et l'hospitalier exclusif apparaît un peu en recul à 14 %.

L'imagerie en coupe a toutes les faveurs, avec 92 % des juniors qui souhaitent pratiquer de l'I.R.M., 88 % du scanner, 77 % de l'échographie et 59 % pour la radiographie standard, en recul. Les internes souhaitent globalement avoir une activité généraliste avec un à trois centres d'intérêt dans lesquels ils auraient une expertise. Les sur-spécialités les plus citées sont le digestif à 51 %, l'ostéoarticulaire à 49 %, la neuroradiologie à 34 % et la sénologie à 30 %.

Il y a un intérêt croissant pour l'interventionnel non vasculaire, 45 % envisagent de le faire dans leur exercice futur.

Les places les plus demandées sont dans les cliniques puisqu'il y a possibilité dans les grands groupes d'avoir une ou des activité(s) spécialisée(s) avec un large accès à l'imagerie lourde notamment I.R.M. Le CHU vient en deuxième position, notamment en activité partagée, type PH mi-temps pour l'accès à certaines techniques ou pathologies complexes et pour pouvoir s'épanouir dans une sur-spécialité.

Ces résultats posent deux questions : qui voudra des petits cabinets isolés, dans lesquels on fait majoritairement de l'échographie et de la radiologie standard ? Qui voudra des postes dans les hôpitaux périphériques peu ou pas équipés (en matériel, mais surtout en collègues et en correspondants) ?

Le président de la Fédération rappelle que la FNMR conseille, depuis des années, aux médecins radiologues de se regrouper. Le Projet Professionnel Commun (PPC) est une réponse à l'isolement des petits cabinets et des centres hospitaliers sous-équipés.

Imagerie et spécialisation. Sur ou sous-spécialisation ? **Robert LAVAYSSIERE**



Dr Robert Lavayssière

Pour Robert Lavayssière, le terme de sur-spécialisation est plus valorisant mais surtout correspond à une réalité.

41 % des radiologues libéraux travaillent dans des établissements, 23 % assurent une présence H 24 et 78 % exercent hors des « grandes villes ». Le fait que 17 % exercent en cabinet individuel et 83 % en association n'est pas indifférent pour

la question de la spécialisation.

Aujourd'hui, il y a de multiples modalités pour des usages multiples. Il y a quelques années, la radiologie reposait sur le mythe de l'universalité, chacun devant savoir tout faire. Mais de nouvelles techniques ont fait apparaître des spécialistes de l'échographie, du scanner ou de l'IRM. Des spécialités d'organes se sont aussi développées en neurologie, sénologie, vasculaire,... Il y a également eu des techniques associant une technique et une pathologie d'organe, notamment en radiologie interventionnelle.

Le radiologue est devenu, au fil du temps, le spécialiste référent du généraliste et le correspondant spécialisé du spécialiste avec un recours aux différentes techniques selon leur disponibilité.

Dans le même temps, les autres spécialités ont évolué, avec une spécialisation de plus en plus poussée, la nécessité de correspondants spécialisés dans chaque branche entre radiologues, mais aussi entre spécialistes. Ces évolutions conduisent vers une concertation pluridisciplinaire qui ne concerne pas que l'oncologie.

À travers un état de l'Art qui évolue en permanence, la nécessité d'une sur-spécialisation est apparue, qui va du diagnostic au traitement et à la prise en charge intégrale du patient. Cela concerne la cancérologie, le cardio-vasculaire, l'interventionnel, la neurologie, les pathologies musculo-squelettiques, la pédiatrie, la sénologie, les urgences, etc.

Il y a donc une nécessité d'expertise, primaire dans un domaine d'excellence, et secondaire lorsqu'il s'agit de donner un second avis, comme pour les relectures d'examen ou en RCP.

Il faut aussi tenir compte de la concurrence avec les spécialistes d'organes, et de l'autoprescription qui aboutit à une surconsommation.

Il faut aussi souligner la pesanteur de la CCAM et le rythme de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui retarde l'apparition d'innovations, comme le mammothome. Certaines innovations, apparues il y a 7 ou 8 ans, ne sont toujours pas dans la pratique quotidienne.

Quel est le groupe du futur ? Un des premiers objectifs sera de partager les ressources médico-techniques et administratives pour les cabinets de groupe et dans le cadre du Projet Professionnel Commun. Il faut une base généraliste large avec des spécialistes intra-muros, lorsque c'est possible, ou des spécialistes référents par le biais de la téléradiologie. Le but est d'obtenir une organisation du travail en fonction des compétences pour une efficacité maximale et une bonne entente en évitant l'autonomisation des hyperspécialistes.

Le médecin radiologue doit rester maître de son outil de travail. Il doit s'adapter à un environnement sociétal plus agressif, mais aussi à l'environnement générationnel, avec des demandes différentes. Il faut aller dans le sens de la labellisation, de la qualité démontrée et pas seulement affirmée.

Différents modèles de groupes peuvent être créés : locaux, régionaux, voire nationaux, indépendants des groupes financiers, pour ne pas subir ce qui s'est passé pour les cliniques et les biologistes.

Imagerie en coupe Jean-Christophe DELESALLE



Dr Jean-Christophe Delesalle

Jean-Christophe Delesalle concentre son intervention sur les innovations en imagerie proprement dite excluant les produits de contraste, la tomosynthèse, la radiologie interventionnelle, les PACS et l'informatique. Deux axes sont à examiner :

- **L'imagerie morphologique** dont les développements sont l'élargissement des champs

d'exploration, l'isotropie et la 3D, tout en augmentant l'ergonomie, en diminuant les temps d'installation des patients et d'acquisition des séries (compensée parfois de leur inflation en nombre) et en améliorant l'automatisation des tâches.

- **L'imagerie fonctionnelle**, avec la diffusion-perfusion et de nouveaux paradigmes intégrés dans les diagnostics dont la spectroscopie, en neuro-imagerie la tractographie et l'imagerie d'activation.

La 4^{ème} dimension est celle de l'espace-temps avec l'étude des phénomènes physiologiques comme un accouchement sous I.R.M., pour passer en pathologie de la dysmorphie au dysfonctionnel et au dyskinétique.

Dans l'infiniment petit, l'imagerie moléculaire est un autre axe de développement avec toujours le "fantasme" de faire de "l'anapath in vivo" afin de détecter le plus précocement possible les processus pathologiques. Ses outils de base que sont l'I.R.M., le TEP, la gamma caméra, en association à de nouveaux traceurs, peuvent se coupler avec d'autres outils plus conventionnels à fin de combinaisons technologiques : c'est l'imagerie hybride multi-modalités par fusion d'images et la possibilité d'associer des traceurs diagnostics à des agents thérapeutiques.

L'échographie : cheval léger de l'imagerie en coupe, sans limitation d'accès, elle reste un modèle de ces évolutions morphologiques et fonctionnelles, tout en développant des axes spécifiques (élastographie) et en mettant l'accent sur l'automatisation et l'ultra-mobilité.

Le scanner : l'absence de rupture technologique dans un marché surtout de renouvellement n'empêche pas une optimisation des performances, avec une forte orientation vers la diminution intelligente de la dose sous la pression de contraintes réglementaires croissantes, et une offre logicielle élargie (coronaroscan et coloscopie virtuelle). La réduction régulière des tailles de détecteurs devrait logiquement aboutir à terme ... à leur disparition, au profit des capteurs plans au sujet desquels aucun constructeur ne se prononce officiellement !

L'IRM : pas de rupture technologique non plus, mais une diversification de l'offre (grands tunnels, nombre d'antennes...). Les systèmes d'auto-positionnement et de reproductibilité sont au centre des préoccupations ainsi que l'optimisation des coûts d'exploitation et l'éco-responsabilité. Quelques nouveaux concepts thérapeutiques couplés à l'IRM apparaissent (radiothérapie, chirurgie). Dans la chasse à l'exposition aux radiations ionisantes, faire de l'IRM la table télécommandée de demain serait un aboutissement morphologique et fonctionnel.

Il n'en reste pas moins que ces évolutions sont soumises à de multiples contraintes économiques, réglementaires et administratives, à des dépendances externes (tiers payeurs, prestataires informatiques etc.), à l'évolution des patients (solvabilité, information et éducation sanitaire), et au temps médical dans un contexte démographique défavorable.

Radiologie interventionnelle Bernard WOERLY, Jean-Luc DEHAENE

La radiologie interventionnelle est la pratique de gestes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique, guidés par l'image.

Tous les radiologues font de l'interventionnel car la ponction cytologique d'une lésion mammaire, d'un ganglion, d'un nodule thyroïdien est un acte interventionnel.

La gradation a été formalisée en trois niveaux. Le niveau 1



Dr Bernard Woerly



Dr Jean-Luc Dehaene

est l'acte simple. Le niveau 2 concerne les actes complexes, nécessitant une prise en charge dans un établissement, en ambulatoire ou en hospitalisation. Les actes de niveau 3 sont les plus compliqués et se pratiquent souvent à plusieurs intervenants.

Le terme de médecin radiologue prend toute sa signification dans cette activité, car elle impose un contact étroit avec les médecins correspondants et les patients que doivent être vus obligatoirement avant l'examen, pour leur expliquer et leur délivrer une information claire, loyale et appropriée, et après. Cette activité a été estimée, en 2009, à 550 000 actes, dont 230 000 thérapeutiques.

Certains gestes courants sont indispensables pour crédibiliser la filière diagnostique. Mais la tarification de la CCAM est dissuasive puisqu'elle ne prend pas en charge la totalité des frais, uniquement le guidage et le petit matériel. Il existe aussi des gestes lourds pratiqués par des radiologues

interventionnels, en particulier en cancérologie ou en vasculaire qui a été le noyau dur de l'interventionnel durant les vingt dernières années.

Ces gestes nécessitent un matériel d'imagerie spécifique, ce qui justifie leur réalisation dans des établissements, d'autant qu'il faut les entourer d'une surveillance, d'un protocole et de la tenue d'un dossier médical. Il peut également être nécessaire d'avoir accès à un bloc opératoire radiologique. Le corollaire est la gestion de lits d'hospitalisation pour être maître de l'activité. Lorsque le patient est hospitalisé, la cotation associe le libellé de la CCAM et du GHS.

Avec l'évolution de la science et des techniques, des actes émergent, comme la radiofréquence, l'électroporation, la cryothérapie, les ultrasons ou les biopsies sous I.R.M, mais ils sont impossibles à réaliser dans une structure qui n'est pas économiquement soutenue. Il s'agit d'actes rares, très coûteux pour lesquels il n'y a pas de cotation.

L'évaluation de ces actes, notamment avec des registres correctement renseignés (SENOLOG ou l'EPIFRI) facilitera leur reconnaissance.

Deux sociétés interviennent dans ce domaine, la Fédération de Radiologie Interventionnelle et la Société Française d'Imagerie Cardio Vasculaire où les radiologues doivent avoir toute leur place.

Le regroupement de ces activités dans des services hospitaliers identifiés favoriserait leur développement.

EN ATTENDANT, DÉTENDEZ-VOUS...

Offrir des conditions d'attente de qualité renforce la relation de proximité avec les patients.

Canal33 conçoit ses programmes pour distraire et informer les patients, et diffuse désormais les messages proposés par la FNMR.

89%* des patients apprécient Canal33, alors...

... n'attendez plus, abonnez-vous !

Canal33, c'est :

- Un programme réactualisé chaque mois
- Deux messages personnalisés sur le cabinet
- Une plateforme de diffusion complète **ADSL**
- Une **BOX** adaptable sur tout écran déjà installé
- Installation **gratuite**

19€/mois

* Étude IFOP 2013.

Madeleine,
52 ans, patiente

canal33

la tv des salles d'attente



Canal 33

www.canal33.fr

Tél : 03 28 16 33 00

Organisation territoriale : regroupement, PPC, une expérience récente Limoux **Jean-Philippe MASSON,** **Bruno MICHEL**



Dr Jean-Philippe Masson



Bruno Michel

C'est à deux voix que Jean-Philippe Masson et Bruno Michel, directeur du CH de Limoux, présentent la mise en place du Projet Professionnel Commun (PPC) dans le secteur de Limoux.

Le PPC a été initié par la FNMR. Il associe l'ensemble de la profession dans le projet de mutualiser les ressources humaines et matérielles pour permettre un meilleur maillage territorial et répondre aux besoins des patients. Il y a autant de PPC qu'il y a d'expériences locales.

Limoux est une sous-préfecture de l'Aude de 11 000 habitants située dans la vallée de l'Aude dont la population est vieillissante.

A l'origine du projet, il y a un cabinet de radiologie et un centre hospitalier sans radiologue. La volonté des professionnels publics et privés de travailler ensemble a été déterminante. La reconstruction de l'hôpital a constitué une opportunité immobilière permettant de dégager les 250m² nécessaires au cabinet de radiologie. L'hôpital a recherché à être au plus près des malades pour s'inscrire dans le parcours de soins coordonné et le maintien à domicile.

Le projet a été l'occasion de renforcer le plateau technique où exercent déjà des spécialistes privés (cardiologues, pneumologue, allergologue) afin de lutter contre la désertification médicale.

Les radiologues sont issus d'un groupe de 18 associés, provenant de deux groupes, installés sur quatre villes. Des associés se rendaient à l'hôpital de Limoux pour interpréter des radios mais, en raison de départs en retraite, il fallait économiser du temps médecin. Un projet de téléradiologie n'a pu aboutir d'où le PPC.

La mise en route du projet a nécessité quatre ans de travail. Le projet médical a présidé à la décision. Il y a eu des phases de travail pratique : identification des besoins découlant du projet médical, réalisation de plans, étude du volet financier.

Au final, le cabinet de ville va déménager dans un local moderne loué au sein de l'hôpital. Le plateau technique, intégré à l'hôpital, sera complet

Une convention bipartite existante a été complétée. La location a été calculée sur la base d'un tarif donné par les Domaines. Le cabinet paiera en plus les charges inhérentes au fonctionnement.

Comme dans toute négociation, il faut que le résultat soit gagnant-gagnant. Le projet sera bénéfique pour les patients et le territoire. Il permettra une meilleure coopération entre les différents spécialistes.

Mutation d'un système informatique au sein d'un GIE **Christian DELGOFFE**



Dr Christian Delgoffe

Christian Delgoffe présente les évolutions d'un système informatique au sein d'un GIE implanté dans l'Est de la France.

Ce GIE, créé en 2003, est passé d'un groupe de trois structures juridiques à l'origine à quatre groupes organisés dans une dizaine de structures juridiques fédérant plus de quarante

radiologues libéraux. Il gère 384 000 dossiers patients et devrait atteindre plus de 400 000 en 2013.

Sa gouvernance repose sur des statuts de GIE et un règlement intérieur pour décrire les droits et devoirs de chaque membre. Pour les assemblées générales, il y a un représentant par structure juridique. Pour le comité de pilotage administratif et stratégique, chaque groupe compte pour une voix.

Le GIE, qui occupe deux salles informatiques climatisées et sécurisées est responsable :

- du hardware, des serveurs redondants RIS PACS et demain des serveurs viewer Dicom,
- des progiciels du RIS et de la maintenance générale de ce RIS,
- de l'infogérance.

Il mutualise également le serveur antivirus, le proxy apicrypt, ce qui permet d'envoyer une quantité très importante de comptes rendus ; plus de 6 000 chaque mois.

Chaque membre s'occupe de son parc d'ordinateurs, de son réseau et de son infogérance et se connecte, de son côté, au réseau haut débit. Les développements réalisés par un des membres, peuvent éventuellement bénéficier aux autres, comme l'envoi de SMS pour les patients qui ne viennent pas

aux examens. Demain, ce pourront être les demandes informatisées, les serveurs de résultats ou de viewer Dicom. L'administration et le contrôle qualité sont centralisés et transparents car la facturation de chaque membre se fait par péréquation en fonction du nombre d'exams effectués pour le RIS et en fonction du volume occupé sur le PACS.

La radiologie conventionnelle représente 53 % de l'ensemble de l'activité PACS, les ultrasons 11 %, le scanner 17 %, la mammographie 8 %, l'I.R.M. 7 %, la médecine nucléaire 4 % et le PET SCAN 1 %.

La mutualisation des coûts a permis un investissement initial de 600 à 700 000 euros. Le coût annuel de fonctionnement est de 300 000 euros. La gestion est centralisée avec un identifiant unique par dossier patient qui permet :

- un accès à l'historique,
- la comparaison d'images et la surveillance de l'évolution,
- l'absence de redondance.

Depuis 2007, le GIE stocke les images PACS, la question se posant de la durée d'archivage. Il y a un projet d'archivage régional auquel il est prévu de se connecter, ce qui permettrait de communiquer avec ceux qui ne sont pas dans le GIE. C'est une réorganisation de l'imagerie médicale en cours : locale, régionale et peut-être plus. C'est aussi une réorganisation de la médecine autour du patient, le dossier radiologique n'étant qu'une partie du dossier médical, ce qui contribue à la disparition de la fracture privé/public au sein de la spécialité.

Le GIE est aussi une expérience au service d'autres spécialités, comme la cardiologie ou l'anapath.

Une telle union libérale au service des patients a un rôle stratégique et politique par une visibilité plus grande vis à vis de l'organisation des soins et de l'Agence Régionale de Santé.

Solutions technologiques

Eric CHAVIGNY



Dr Eric Chavigny

L'organisation de la spécialité est en pleine mutation. Les médecins radiologues cherchent à optimiser leur pratique et à garantir une qualité de travail optimale. Eric Chavigny fait un tour des solutions technologiques qui peuvent répondre à ces attentes.

Le Cloud Computing est une mise à disposition de ressources informatiques partagées à distance, basé sur la dématérialisation, l'externalisation, l'archivage et le partage des données. Son usage a été rendu possible par la

virtualisation des serveurs. Il permet une mutualisation importante, ce qui induit une baisse des coûts tout en améliorant la sécurité et la qualité des services.

Les besoins informatiques du radiologue sont le RIS, le PACS, un logiciel bureautique, un logiciel de comptabilité, un centre de données, un volume de stockage et l'hébergement de données de santé.

Le Cloud peut permettre d'y répondre sans plus se préoccuper de l'exécution des applications qui tournent dans un centre de données partagées. Les applications Cloud ne sollicitent pas les ressources informatiques du centre d'imagerie, ce qui permet au radiologue de se consacrer à son métier.

Le modèle économique du Cloud est une mutualisation à grande échelle. Il comporte un abonnement mensuel et un paiement à l'utilisation. C'est une innovation économique, dont les caractéristiques principales sont l'élasticité, l'adaptabilité des besoins, les coûts maîtrisés et la facturation à l'usage.

La sécurité du Cloud concerne principalement l'hébergement des données de santé, puisqu'il est fait appel à un tiers pour les stocker. Le prestataire doit avoir l'agrément d'hébergeur de données de santé, donné par l'ASIP. Plusieurs critères doivent être respectés : la confidentialité, la traçabilité, l'intégrité des données. Il faut également garantir le taux d'accessibilité.

Les systèmes d'information de nouvelle génération permettent de réfléchir à une organisation différente. La plupart des RIS autorisent la gestion multisites, avec un environnement de travail personnalisé à partir d'une base de données unique. Cela permet de prendre en charge plusieurs modalités à distance et, aux médecins, de dicter leurs comptes rendus à distance et de les envoyer, éventuellement, sur des centres de frappe. Une organisation par pôle est aussi possible avec une prise en charge centralisée des rendez-vous, de la frappe et de l'administratif.

De plus en plus de groupes ont des systèmes de diffusion de comptes rendus qui permettent aux patients d'avoir accès à leur examen de leur domicile ou du cabinet de leur médecin. Ce sont des serveurs avec accès sécurisés qui favorisent l'optimisation du parcours de soins du patient.

Les serveurs d'applications de post-traitement traitent en réseau les images des patients et évitent les câblages multiples dans le cabinet.

Un seul serveur est connecté en réseau et héberge les données, ainsi que les logiciels de post-traitement. Par exemple, pour une arthrographie dans le cabinet, même si le scanner est sur un autre site, il est possible d'interpréter à distance et de donner le résultat au patient. Ainsi c'est le même médecin qui intervient sur l'ensemble de l'examen sans être physiquement présent sur le site du scanner. C'est une amélioration de la qualité de prise en charge des patients.

Labellisation : un outil de mutation et d'évolution vers la certification - **Gérard CALMET, Jean-Charles LECLERC**



Dr Gérard Calmet



Dr Jean-Charles Leclerc

Très tôt, sous l'impulsion de la FNMR, l'imagerie médicale s'est appropriée la labellisation comme un outil de mutation dans le cadre d'une véritable démarche qualité orientée vers le patient. C'est ce projet qu'exposent Gérard Calmet et Jean-Charles Leclerc.

L'histoire de Labelix a commencé en 1997 par la réalisation du guide d'autoévaluation. En 2003, une phase expérimentale sur 20 sites test a été lancée. En 2006, la labellisation Labelix a été généralisée et lancée en phase industrielle. En 2011, le référentiel a été adapté aux services hospitaliers. En 2012, un projet de certification a été lancé auprès du COFRAC.

Actuellement, 120 structures ont été labellisées ou sont en cours de labellisation.

La mise en place d'une démarche de labellisation peut nécessiter de réorganiser la gouvernance et de revoir l'ensemble de l'organigramme du cabinet. Un responsable qualité est nécessaire pour animer la cellule qualité qui comprend des représentants de tous les niveaux de l'entreprise. Cette cellule est particulièrement nécessaire à la restructuration des grands groupes et apporte une aide à la décision et à la gestion de l'entreprise.

La démarche qualité est un outil managérial qui permet de prendre et suivre les décisions, d'améliorer le contrôle, l'efficacité, la rentabilité, d'appliquer et de responsabiliser l'ensemble des personnels. C'est un outil organisationnel, qui permet de décider et d'écrire comment la structure doit fonctionner, d'apporter des éléments de preuve et une traçabilité pouvant être utile en cas de contentieux. C'est aussi un outil de communication interne et externe. Elle représente un coût réel, administratif, d'accompagnement, d'audit pour le cabinet.

La démarche qualité est aussi utile auprès des ARS, en particulier pour les demandes de dossiers de matériel lourd.

Depuis un an, la FNMR, avec le G4, travaille à la transformation de la labellisation Labelix en une certification de

service, pour faire reconnaître cette démarche par la HAS. La loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009 a imposé à la biologie l'accréditation de tous les laboratoires selon la norme ISO 15189. Il n'est pas exclu qu'une même obligation soit imposée à l'imagerie. D'où l'idée que la démarche qualité vienne de la profession, basée sur des référentiels issus de la pratique.

Une certification de service, selon le code de la consommation, est l'activité par laquelle un organisme, distinct du fabricant, de l'importateur, du vendeur, du prestataire ou du client, atteste qu'un produit, un service ou une combinaison des deux est conforme à des caractéristiques décrites dans un référentiel de certification. La certification de service est une certification de résultats. Mais en imagerie médicale, les professionnels ne peuvent pas s'engager sur le résultat de l'acte. La certification ne peut donc être qu'une obligation de moyens et de sécurité. Ainsi, la certification de service atteste le respect des spécifications de la prise en charge d'un patient pour lui réaliser un acte d'imagerie, c'est-à-dire les moyens mis en œuvre, et non pas le résultat même de cet acte d'imagerie. Ce n'est pas la certification d'un acte médical, mais celle de tout le processus de prise en charge du patient.

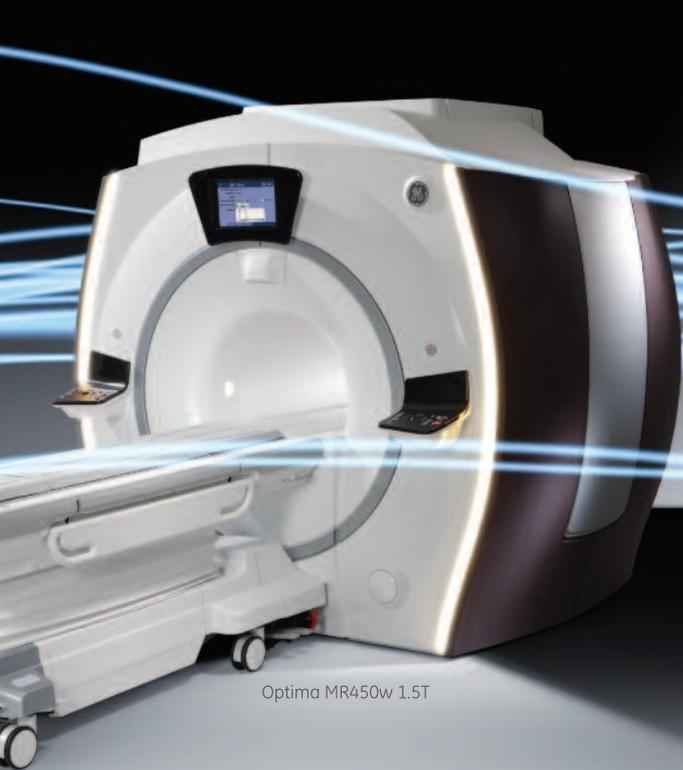
La certification de service se traduit par une marque de certification, la marque Labelix, permettant aux bénéficiaires de valoriser leur démarche.

Claudine Richon, représentante du Lien, qui a participé à une réunion d'analyse des dossiers dans la démarche Labelix, exprime sa satisfaction du sérieux avec lequel les candidatures sont examinées pour l'attribution ou la reconduction du label. Elle juge l'initiative tout à fait positive. Pour elle, Labelix permet des mesures d'anticipation des risques mais il faut le faire savoir aux patients.



En conclusion de ce séminaire, Jacques Niney, après avoir remercié les intervenants, rappelle que les séminaires de la Fédération sont destinés à fournir des éléments de réflexion et d'orientation pour les radiologues. Les thèmes abordés montrent que la profession n'est pas dans une attitude de repli mais bien au contraire ouverte sur l'avenir. ■

Découvrez l'IRM sous un nouveau jour.



Optima MR450w 1.5T



Discovery MR750w 3.0T

Un détail aussi simple que la lumière, telle que présentée dans le jeu d'éclairage LED sophistiqué des nouveaux Discovery* MR750w GEM 3T et Optima* MR450w GEM 1.5T, est suffisant pour attirer l'attention. Ce choix, simple mais déterminant dans notre design, représente tout l'intérêt que nous portons au confort des patients. Découvrez comment une nouvelle table au design ergonomique, des antennes dédiées flexibles et légères ainsi qu'un positionnement « pieds devant » s'adaptant à toutes les anatomies, permettent à vos patients de vivre l'expérience qu'ils méritent et vous délivrent la performance dont vous avez besoin.



Vous souhaitez plus d'informations ?

Contactez votre Responsable-Vente GE pour en savoir plus sur ce nouveau système révolutionnaire.

www.gehealthcare.com/mr

Marketing Communications GE Medical System SCS.
©2013 General Electric Company - Tous droits réservés.
GE Healthcare une branche de General Electric Company



GE imagination at work

Mentions légales pour le Discovery MR750w :

Le système GE Discovery MR750w 3.0T est un scanner de résonance magnétique de corps entier conçu pour supporter une haute résolution, un rapport élevé signal/bruit et des durées d'acquisition courtes. Il est utilisé comme un dispositif d'imagerie diagnostique pour produire des images axiales, sagittales, coronales et obliques, des images spectroscopiques, des cartes paramétriques et/ou des images dynamiques à spectres des structures et des fonctions du corps entier, y compris, mais non limitées à la tête, au cou, aux articulations temporo-mandibulaires (ATM), au rachis, à la poitrine, au cœur, à l'abdomen, au bassin, aux articulations, à la prostate, aux vaisseaux sanguins et aux régions musculosquelettiques du corps. Selon la région d'intérêt en cours d'acquisition, des produits de contraste peuvent être utilisés. Les images produites par Discovery MR750w 3.0T reflètent la distribution spatiale ou l'environnement moléculaire des noyaux en indiquant une résonance magnétique. Ces images et/ou spectres, lorsqu'ils sont interprétés par un médecin formé à cet effet, peuvent fournir des informations utiles lors de l'établissement d'un diagnostic.

Classe IIa / Fabricant : GE Healthcare Japan Corporation / **Organisme notifié :** LNE/G-Med (0459)

Reportez-vous toujours au manuel complet de l'utilisateur avant l'utilisation et lisez attentivement toutes les consignes pour garantir le bon usage de l'appareil médical.

Dernière révision : 11 décembre 2012

Mentions légales pour l'Optima MR450w :

Le système Optima MR450w est un scanner de résonance magnétique de corps entier conçu pour supporter une haute résolution, un rapport élevé signal/bruit et des durées d'acquisition courtes. Il est conçu pour être utilisé comme dispositif d'imagerie de diagnostic afin de produire des images anatomiques axiales, sagittales, coronales et obliques, des données spectroscopiques, des cartes paramétriques ou des images dynamiques des structures ou des fonctions du corps entier. Il est destiné, sans s'y limiter, à la tête, au cou, aux articulations temporo-mandibulaires (ATM), au rachis, à la poitrine, au cœur, à l'abdomen, au bassin, aux articulations, à la prostate, aux vaisseaux sanguins et aux régions musculosquelettiques du corps. Selon la région d'intérêt en cours d'acquisition, des produits de contraste peuvent être utilisés. Les images produites par Optima MR450w reflètent la distribution spatiale ou l'environnement moléculaire des noyaux en indiquant une résonance magnétique. Ces images et spectres, lorsqu'ils sont interprétés par un médecin formé à cet effet, peuvent fournir des informations utiles lors de l'établissement d'un diagnostic.

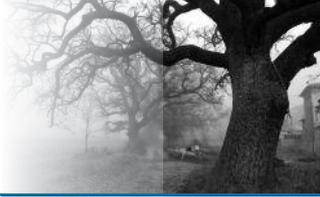
Classe IIa / Fabricant : GE Medical Systems LLC / **Organisme notifié :** LNE/G-Med (0459)

Reportez-vous toujours au manuel complet de l'utilisateur avant l'utilisation et lisez attentivement toutes les consignes pour garantir le bon usage de l'appareil médical.

Dernière révision : 2 décembre 2012



Homages



Dr René BRÛLET

Nous venons d'apprendre le décès le 15 août 2013 du **Docteur René BRÛLET**, à l'âge de 92 ans. Il était médecin radiologue retraité à Joinville-le-Pont (94).

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

Dr Jean-Pierre COIGNARD

Nous venons d'apprendre le décès le 23 août 2013 du **Docteur Jean-Pierre COIGNARD** à l'âge de 68 ans. Il était médecin radiologue retraité à Saint André – La Réunion (974).

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

Dr Jacques GRAILLOT

Nous venons d'apprendre le décès le 1^{er} juillet 2013 du **Docteur Jacques GRAILLOT**, à l'âge de 86 ans. Il était médecin radiologue retraité à Cambrai (59).

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

Pierre MORIAU

Nous venons d'apprendre le décès de **Monsieur Pierre MORIAU** qui a été dans les années 1985 à 2000 l'un des collaborateurs de la Présidence de la FNMR, spécialisé dans les analyses économiques.

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

HOMMAGE A PIERRE MORIAU

Pierre nous a quitté le 3 septembre 2013. Nous avons été prévenus par son fils, Didier, notre collègue.

Il était arrivé dans le milieu radiologique sous la férule amicale du père Massiot dont l'entreprise fut absorbée par Philips. Jacques Moinard, mon prédécesseur, qui savait juger les hommes lui proposa à sa retraite de mettre ses talents au service de la profession organisée.

C'est lui qui, à lui seul a représenté pendant des années, le service économique de la profession. Sa compréhension des chiffres alliée à sa rigueur intellectuelle lui a permis de créer une amitié avec les responsables des statistiques de la CNAM. Pendant toutes mes années de Présidence, nous nous sommes vus régulièrement, chaque fois qu'il venait à

Paris ; son travail a contribué à la compréhension des problèmes économiques de la profession. Il m'a aidé à trouver les arguments utiles dans cette masse de chiffres qu'il savait rendre digeste.

Pierre, en dehors de cette activité, était toujours prêt à aider les jeunes confrères avant leur installation. Il savait évaluer avec sa rigueur et son intelligence les propositions des uns, les calculs des autres, les problèmes possibles, bancaires ou humains.

Pierre MORIAU était un juste avec une moralité irréprochable. A tous ceux qu'il laisse derrière lui, je veux dire toute mon affection et ma tristesse ; j'ai perdu un ami cher et la profession un grand Monsieur.

Alain TAIEB

Installation générale de cabinets de radiologie

Agence Patrick Melcer

Mise aux normes d'accessibilité suivant la loi du 11 février 2005

Diagnostic gratuit Paris et banlieue

Bureau d'étude : 64 avenue de la Bourdonnais 75007 Paris - 01 45 27 63 77 / 06 89 02 19 50, pml3@noos.fr

Propositions pour l'assurance maladie pour 2014

Le directeur de l'UNCAM ¹ a présenté au ministre chargé de la sécurité sociale, Marisol Touraine, et au Parlement ses propositions pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses en 2014. C'est sur la base de ces propositions que le gouvernement préparera le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2014.

Il s'agit principalement de mesures d'économies qui s'élèvent à 2,5 milliards d'euros.

En ce qui concerne l'imagerie, l'UNCAM propose la stricte application du protocole imagerie. Si la ministre et le Parlement suivent la proposition des caisses, cela signifiera une baisse de plus de la moitié des économies demandées rituellement à l'imagerie.

Les ponctions opérées ces dernières années sur l'enveloppe d'imagerie ont mis la spécialité dans une situation limite. Des dizaines de cabinets ont fermé, les investissements, pourtant nécessaires au renouvellement des équipements, sont en forte baisse. La Fédération et derrière elle la profession ne pourront accepter de nouvelles ponctions.

I Analyse médicale de l'ONDAM

Depuis deux ans, le rapport de l'UNCAM sur les charges et produits de l'assurance maladie propose une analyse médicalisée de la dépense de santé. Cette année, l'UNCAM affiche sa volonté de ne plus analyser les dépenses suivant la structure de l'offre de soins : hospitaliers, de ville,..." Elle

entend repositionner la dépense de santé sur sa finalité première : la prise en charge de nos concitoyens".

L'analyse se recentre autour des grands types de pathologie et des besoins de soins. Cette méthode devrait permettre d'optimiser l'intervention des différents segments de l'offre. Est-ce, à terme, une brèche dans l'étanchéité des enveloppes des dépenses de santé ? Une étape vers la fongibilité des enveloppes ? Si tel était le cas, ce serait l'occasion d'une approche nouvelle des dépenses d'imagerie qui ne seraient plus examinées isolément mais en les intégrant dans un processus de soins dont elles contribuent souvent à réduire les coûts.

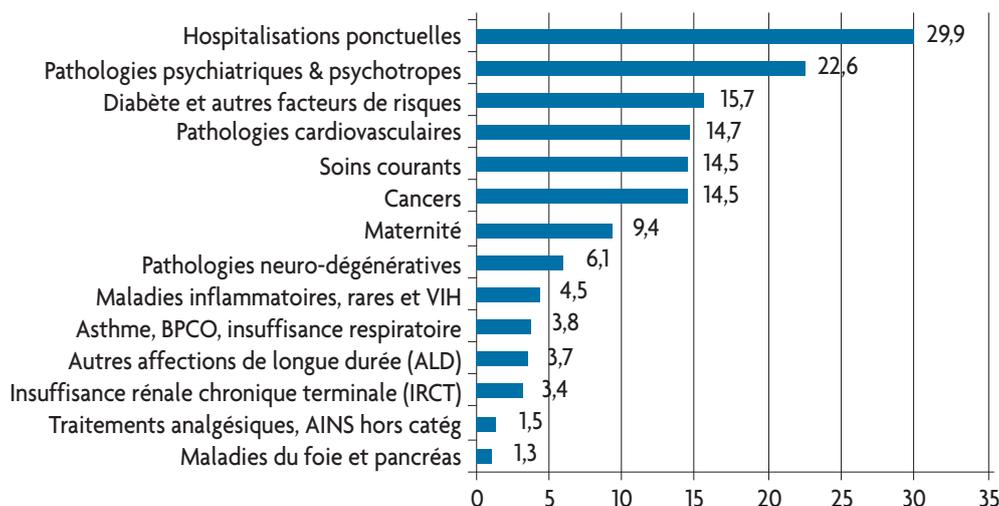
Les dépenses médicalisées

Cette démarche permet d'effectuer un " classement " des dépenses par grands groupes de pathologies (Figure 1).

Les pathologies lourdes et chroniques représentent 63% des dépenses et les hospitalisations ponctuelles 21%.

Les dépenses liées aux pathologies psychiatriques constituent 26% du total.

Figure 1 : Montant des dépenses remboursées par pathologie 2011 (milliards €)



¹ Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

La fréquence des pathologies

Sur 58 millions de personnes ayant bénéficiés de soins remboursés par le régime général en 2011, 24,4 millions ² (42%) ont au moins une pathologie ou un traitement particulier ou une maternité ou un épisode hospitalier. Le reste de la population n'a eu que des soins courants.

L'analyse des fréquences par les dépenses classe les mêmes cinq pathologies chroniques en tête:

- pathologies cardiovasculaires : 3,3 millions de personnes 5,7% des bénéficiaires,
- maladies respiratoires chroniques : 2,9 millions de personnes 4,9% des bénéficiaires,
- diabète : 2,8 millions de personnes 4,7% des bénéficiaires,
- cancers : 2,4 millions de personnes et 4,1% des bénéficiaires,
- pathologies psychiatriques : 1,7 millions de personnes 2,8% des bénéficiaires.

Coûts de traitement

A partir des éléments précédents, il est possible de déterminer le coût moyen, par personne, des différentes pathologies (Tableau 1).

Tableau 1 : Dépenses moyennes par pathologies 2011	Dépenses moyennes en euros
Insuffisance rénale chronique terminale	43 050
Maternité	5750
Cancers	5180
Maladies inflammatoires, rares et VIH	5020
Pathologies neuro-dégénératives	4620
Pathologie cardiovasculaires	3770
Hospitalisations ponctuelles	3490
Pathologies psychiatriques et psychotropes	2590
Maladies du foie	2490
Diabète	2280
Autres ALD	2080
Asthme BPCO	1140
Traitements anti-HTA et hypolipémiants sans pathologie cardiovasculaire ni diabète	850

Il Des marges sur les processus de soins et dans certains segments d'offre de soins

L'analyse médicalisée des dépenses pose la question de la prise en charge des pathologies en fonction de la contrainte financière.

Il faut, selon le rapport, "prodiguer au patient des soins pertinents" et "les organiser de façon à optimiser les coûts". Dans cette optique, le rapport de l'UNCAM consacre deux

² Certaines personnes peuvent avoir plusieurs pathologies et/ou traitements.

importants chapitres aux marges sur les processus de soins et dans certains segments de l'offre de soins.

Les marges sur les processus de soins

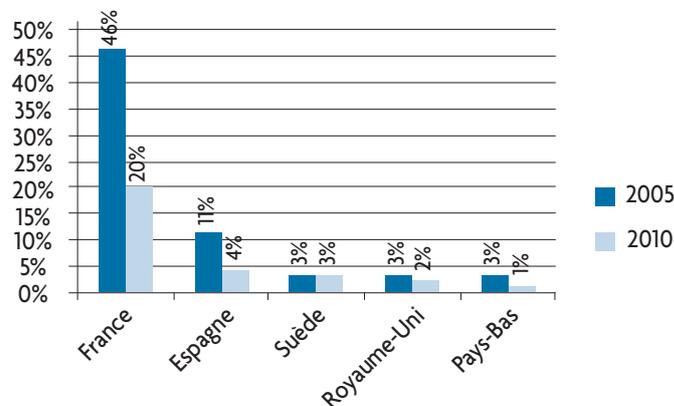
Pour l'UNCAM, des marges d'efficacité sont réalisables pour trois interventions chirurgicales: la chirurgie de la cataracte, la pose de prothèse de hanche et la chirurgie du canal carpien.

Deux processus de soins peuvent être améliorés : la bronchopathie chronique obstructive (BPCO) et les soins aux malades souffrant de plaies chroniques.

Par exemple, la cataracte, qui est l'acte chirurgical le plus fréquent (717 000 interventions en 2011) représente 1,3 milliard d'euros. Les interventions sont plus fréquentes en France que dans d'autres pays. Ainsi, un peu plus de 1000 interventions (en hospitalisation complète ou de jour) pour 100 000 habitants sont réalisées dans notre pays contre 880 aux Pays-Bas, 620 au Royaume-Uni et en Suède et 577 en Espagne.

Les auteurs du rapport constatent que la part des hospitalisations complètes, en diminution ces dernières années, reste largement supérieure en France (Figure 2).

Figure 2 : Part des interventions chirurgicales de la cataracte en hospitalisation complète - 2005 et 2010



Le rapport fait aussi le constat de tarifs 25% plus élevés en France qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni pour la chirurgie ambulatoire.

L'UNCAM envisage plusieurs pistes pour rendre le parcours de soins plus efficace et à moindre coût pour la cataracte:

- Aligner le tarif sur le mode d'intervention le moins coûteux
- Réfléchir à la création de centres autonomes spécialisés
- Mettre en place des paiements forfaitaires (bundled payment) couvrant l'intervention et les soins pré et post-opératoires.

multihance®

Gadobenate dimeglumine



IRM Suite



Voir au-delà des apparences

⇒ Un fort signal IRM

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



EFFICACITÉ et STABILITÉ

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). Eviter chez les patients insuffisants rénaux sévères, en période périopératoire de transplantation hépatique ;

la dose ne doit pas excéder 0,1 mmol/kg pour une IRM du cerveau et de la moelle épinière ou une ARM et 0,05 mmol/kg pour une IRM du foie. Ne pas administrer plus d'une dose au cours de l'examen. Ne pas réitérer l'administration avant sept jours. *Sujet âgé :* pas d'adaptation posologique. **Contre-indications :** Hypersensibilité à l'un de ses constituants. Antécédents d'allergie ou de réaction aux chélates de gadolinium. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi :** Surveiller 15 min, puis 1h en environnement médical. **Insuffisance rénale, pathologie cardiovasculaire. Procédures habituelles de sécurité en IRM nécessaires. Réservez 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/1,73m²). 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 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. 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. Séc. 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.



LIFE FROM INSIDE

Les marges sur certains segments de l'offre de soins

De nombreux secteurs de l'offre de soins pourraient, selon le rapport, faire l'objet d'amélioration pour une plus grande efficacité et des économies. Sont ainsi examinés : certains actes de chirurgie ambulatoire, le médicament, la prescription à l'hôpital de certaines molécules, les médicaments biosimilaires, la liste des produits et prestations, les transports, les soins infirmiers et les arrêts de travail.

III Propositions

L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) progresse tendanciellement de 4% par an. Les recettes de l'Assurance maladie ne suivent pas le même rythme d'où la nécessité de maintenir les dépenses à un niveau compatible ce qui représente plus de 2 milliards par an d'économies.

Les propositions de l'Assurance maladie pour 2014 s'inscrivent donc dans cette perspective. Elles jouent sur trois registres:

- Mieux informer les patients (Renforcer la lutte contre le tabagisme, développer l'information sur le système de soins et les outils d'aide à la décision du patient, élargir les programmes d'amélioration de la pertinence des soins).
- Optimiser la qualité et les coûts de certains processus de soins, dont certains concernent plus particulièrement les personnes âgées (Accompagner la structuration des équipes de soins de proximité pour améliorer la prise en charge des parcours des patients, chirurgie de la cataracte, prothèse de hanche, optimiser la rééducation post-opératoire, prise en charge des personnes âgées en sortie d'hospitalisation, traitement des plaies chroniques...)
- A partir des constats sur les différents secteurs de l'offre, engager certaines actions (Ajuster les incitations tarifaires de la chirurgie ambulatoire et seuils minima d'activité pour la chirurgie, alléger les normes pour certains actes, revoir le prix de certains médicaments rapprocher les prix des génériques avec les autres pays, augmenter la part des génériques, négocier un accord pluriannuel avec les biologistes sur les volumes et les prix... ■

Synthèse des économies proposés par la CNAM pour 2014

Mesures	Impact sur l'ONDAM Millions €	Impact sur le régime général Millions €	Actions menées
Evolution des tarifs des médicaments	750	637,5	Baisses de tarifs
Evolution des tarifs des dispositifs médicaux	150	127,5	Baisses de tarifs
Ajustement des tarifs des professionnels de santé	150	127,5	Protocole imagerie Accord biologie
Maîtrise médicalisée et efficacité des prescriptions	600	510	Actions diverses
Processus de soins et développement des parcours de ville	50	42,5	Diverses mesures
Pertinence des actes et interventions	40	34	Programme sur l'appendicectomie et le canal carpien, thyroïdectomie, cancer de la prostate...
Ajustement des tarifs hospitaliers de chirurgie, développement de l'ambulatoire et baisse des surcapacités de chirurgie avec hospitalisation complète	50	42,5	Baisse des tarifs : de la chirurgie de la cataracte, de chirurgie avec hospitalisation complète sur les GHM où la chirurgie ambulatoire atteint 85% de l'activité
Amélioration des prescriptions médicamenteuses à l'hôpital	150	127,5	Liste en sus, développement des biosimilaires, liste préférentielle de médicaments...
Efficacité hospitalière sur les achats et la logistique	220	187	Programme PHARE (900M€ sur 3 ans sur les achats)
Contrats de performance ANAP	75	63,8	Optimisation de l'organisation avec les contrats performance de l'ANAP
Médico-social	170	144,5	Ajustement de la contribution de l'assurance maladie à l'ONDAM médico-social en liaison avec la CNSA
Lutte contre la fraude et les abus en ville et à l'hôpital	75	63,8	Médicament à l'exportation, transport,...
TOTAL	2 480	2 108	



Les dépenses de l'assurance maladie : mai juin 2013

Après une hausse marginale en mai (0,1 point), les dépenses de l'assurance maladie ont baissé sensiblement en juin pour s'établir à 2,5%. Les grands agrégats ont suivi des évolutions différentes. Les soins de ville et les versements aux établissements privés ont vu leur taux diminué aussi bien en mai qu'en juin. Ainsi les soins de ville sont passés de 3,9% en avril à 2,6% en juin et les versements aux établissements privés de 3,6% à 1,9% pour la même période. Les versements aux établissements publics, (0,4% en avril) ont augmenté

en mai (1,3%) et en juin (1,8%). Les prestations médico-sociales (4% en avril) ont progressé en mai (4,3%) pour diminuer marginalement en juin (4,2%). Dans l'ensemble des soins de ville, les consultations et visites sont en baisse sur les deux mois. Les actes techniques, et leurs composantes (échographie, radiologie hors échographie) enregistrent une hausse en mai et une baisse en juin. Les forfaits techniques scanner sont en baisse sur les deux mois. Les forfaits techniques IRM, après une hausse marginale en mai, sont en baisse pour le mois de juin. ■

Dépenses de l'assurance maladie - mai/juin 2013 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

Prestations	Mai en €	Juin en €	Mai en %	Juin en %
Consultations	2 508 683	2 990 853	2,5%	1,2%
Visites	337 723	398 721	-0,5%	-1,7%
Actes Techniques (*)	2 674 587	3 237 564	2,8%	2,0%
Dont actes d'échographies	457 785	553 414	3,7%	2,8%
Dont actes d'imagerie (Hors échographie)	862 552	1 046 954	8,4%	7,7%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	376 539	444 647	0,6%	-0,1%
Dont scanner	149 134	176 188	-2,5%	-3,5%
Dont IRM	195 940	231 837	0,6%	0,3%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	7 657 102	9 133 988	5,3%	3,9%
Total prescriptions	19 296 558	23 110 551	2,9%	2,1%
Total soins de ville	26 953 755	32 244 650	3,6%	2,6%
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	22 201 163	26 434 623	1,3%	1,8%
Total versements aux établissements sanitaires privés	4 498 673	5 447 648	3,3%	1,9%
Total prestations médico-sociales	6 333 385	7 612 840	4,3%	4,2%
Total statistique mensuelle des dépenses	65 102 780	77 916 147	2,9%	2,5%

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



Vie fédérale

SAÔNE-ET-LOIRE

Suite aux élections du syndicat de SAÔNE-ET-LOIRE du 25 juin 2013, la composition du Bureau est la suivante :

Président :
Vice Président :
Secrétaire :

Dr Thomas EUVRARD (Mâcon)
Dr Jacques VICENTE (Mâcon)
Dr Pierre SOUSSAND (Gueugnon)

UNION RÉGIONALE ALSACE

Complément Le **Dr David BINDOU** est nommé administrateur suppléant (12/02/13).

UNION RÉGIONALE CHAMPAGNE ARDENNES

Modification Le **Dr Jean-Louis JABINET** remplace le **Dr Nicolas HENON** au poste d'administrateur de la FNMR. (18/06/2013).



Votre DPC avec FORCOMED pendant les JFR !

Vous n'êtes pas encore inscrit dans un programme de DPC (obligatoire) pour 2013 ?

Profitez des JFR pour remplir cette obligation :

FORCOMED propose le lundi 21 octobre 2013 un programme de DPC (financé et indemnisé par l'OGDPC, comme tous les programmes de DPC) sur le thème « Projet professionnel commun en imagerie médicale sur un territoire de santé ».

Cette formation sera précédée d'une analyse de vos pratiques réalisée au travers d'un questionnaire à renseigner sur notre

plateforme de formation à distance entre le 21/09 et le 06/10/2013.

La troisième étape de ce DPC, de suivi de l'amélioration des connaissances, sera elle aussi à réaliser en e-learning, après la formation, entre le 28/10 et le 28/11/2013, par réponse à un questionnaire en ligne sur la plateforme FORCOMED.

Toute participation à un DPC doit auparavant être déclarée à l'OGDP, aucune inscription ne pourra être validée sur place. Inscrivez-vous auprès de FORCOMED dès maintenant.



**Organisme de DPC réputé
enregistré et évalué favorablement
jusqu'au 30 juin 2013**

**Programme
de DPC médecins
financé et indemnisé
par l'OGDPC**

FORCOMED 168 A, rue de Grenelle 75007 PARIS • tél. : 01.53.59.34.02 • fax : 01.45.51.83.15 • mail : info@forcomed.org

BULLETIN D'INSCRIPTION à retourner à FORCOMED

Inscriptions enregistrées par ordre de réception

PROJET PROFESSIONNEL COMMUN EN IMAGERIE MEDICALE SUR UN TERRITOIRE DE SANTE

Vous vous engagez à valider 3 étapes :

- 1 - Analyse des pratiques : du 21/09/2013 au 06/10/2013 (sur internet)**
- 2 - Journée de formation : lundi 21 octobre 2013 à Paris, Palais des Congrès**
- 3 - Suivi de l'amélioration : du 28/10/2013 au 28/11/2013 (sur internet)**

Les dates proposées seront confirmées à réception du nombre minimum requis d'inscriptions

Mme/M. le Dr : Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° RPPS : _____

Département d'inscription à l'Ordre des Médecins : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Souhaite participer à ce programme de DPC, aux dates indiquées ci-dessus

Mandate FORCOMED pour m'inscrire sur www.mondpc.fr

Fait le :

Signature :

Modalités d'inscription : (adresser à FORCOMED)

- Ce bulletin dûment complété et signé.
- Une feuille de soins Cerfa annulée.
- La fiche individuelle de renseignements d'inscription au DPC 2013 (fiche page suivante) avec les PJ demandées.
- Un chèque de règlement des frais de dossier DPC : **Adhérent FNMR : 20,00€** **Non-adhérent : 40,00€** à établir à l'ordre de FORCOMED.
- Un chèque de caution de 300 €uros à établir à l'ordre de FORCOMED.

Le chèque de caution vous sera restitué en fin de programme. En cas de désistement sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 15 jours avant le début du programme, ou faute de participation à la totalité du programme, ce montant de 300,00€ sera conservé par FORCOMED.



Fiche individuelle de renseignements pour inscription au DPC 2013



→ INFORMATIONS PERSONNELLES :

Statut : en activité **Type de personne :** Libéral à titre principal

Monsieur **Madame** **Mademoiselle**

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse professionnelle principale : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Portable : _____ Fax : _____

Adresse mail : _____

Merci de renseigner votre n° RPPS ou, à défaut, votre n° ADELI et n° de carte CPS avec copie recto-verso de cette carte :

N° RPPS (11 chiffres) : _____

ou N° ADELI (9 chiffres) : _____ + N° carte CPS : _____

→ INFORMATIONS PROFESSIONNELLES :

Je m'engage sur l'honneur à ne pas travailler plus de 50% de mon temps en hôpital en tant que salarié et à ne pas avoir fait une autre demande de DPC auprès de mon OPCA ou de mon employeur.

Profession : Médecin Installé Remplaçant

Spécialité : _____

Discipline complémentaire / Autres qualifications : _____

Pour votre indemnisation par l'OGDPC : (joindre une copie du RIB) :

Code banque : _____ Code guichet : _____ N° de compte : _____ Clé RIB : _____

Domiciliation du compte : _____

IBAN : _____ BIC : _____

Année de diplôme : _____ Année d'installation : _____

Type de cabinet : Individuel Groupe

Documents à joindre : Attestation de cotisation au Conseil de l'Ordre

Un RIB

Copie de la carte CPS recto-verso (si N°Adeli et CPS renseignés)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et documents ci-joints.

Date : _____

Signature et cachet : _____

A retourner à : FORCOMED 168 A, rue de Grenelle 75007 PARIS



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10290 17 – Ile d'Oléron, avant retraite cède cab. radio., fermé le samedi, pas d'astreinte ni garde. 2 salles télécommandées dont une avec capteur direct, seno + console mammo, pano scanora, écho. IU22, ostéo., archivage + serveur web, accès IRM. Locaux : 200m², terrain : 2000m² constructibles.
> Tél. : 06.61.43.37.34. (après 18h30)
Email : jollymail@free.fr

10291 21 – Dijon, vends parts d'un cab. de groupe de radiodiagnostic, 12 assoc., 4 cab. de clinique, 2 scan., 1 IRM et bientôt 2.

> Contact : Dr Dominique PETIT-PERRIN
Tél. : 06.08.82.92.24
Email : dominique.petit-perrin@wanadoo.fr

10292 22 – Saint-Brieuc, SELARL (3 radiol) cherche associé(e), 2 sites (cabinet de ville + clinique). Plateau technique complet.
> Tél. : 02.96.33.73.00.

10293 33 – Bordeaux, CUB, cède part dans SELARL (11 radiol.), avec accès radio. conv. num., mammo. num., scan, IRM, clinique.
> Email : gestion@radio4pav.com

10294 38 – La Tour du Pin, Nord Isère, SEL 4 radiol. cherc. assoc., cause départ, cède parts et sans apport pour préserver l'emploi. Possibilité de rempl. réguliers préalables ou contrat Médecin collaborateur. Activité variée, pathologie de compagnie et de 1^{ère} ligne, vacations TDM et IRM dans un CH proche. Plateau technique neuf, 2 salles radio.numér., mammographe num. Selenia, 2 echo. récents, ostéodensitométrie.

> Contact : Dr OMAR
Tél. : 06.77.05.26.09.
Email : aomar1961@gmail.com

10295 44 – Pornic, départ en retraite, cherc. successeur, radiol. et imagerie en coupe.
> Tél. : 06.75.30.96.96.
Email : admin@impr.org

10296 47 – Villeneuve sur lot, SELARL 5 assoc., rech. 2 assoc. ou collaborateurs (un départ et longue maladie), activité mammo. et plateau technique complet.
> Tél. : 05.53.70.21.00.
Email : vincentbalp@hotmail.fr

10297 53 – Laval, SELARL 7 radiol., cause retraite cherc. successeur. Activité cabinet et clinique avec plateau technique complet (TDM-IRM).
> Contact : Dr TASSON
Tél. : 02.43.59.22.22.

10298 67 – Ingwiller, cause retraite, cherc. successeur, 2 radiol., structure privée PS/PH, radiologie conventionnelle, seno., écho., pano dentaire, ostéodensitométrie, accès scan. et IRM. Pas d'astreinte, ni de garde.
> Contact : Dr Mercedes HALLER
Tél. : 06.84.80.64.34.
Email : mm.haller@evc.net

10299 69 – Rhône-Alpes Ouest Lyonnais, cab. radiol., cause retraite, cherc. assoc. partiel ou total dans SCM de 5 radiol., 2 cab., mammo. num. plein champs, capteurs plans, RX, écho., pano., ostéodensitométrie, IRM, accès possible TDM, ni garde, ni astreinte.
> Tél. : 04.78.33.62.54/04.74.01.33.35/06.32.17.08.41.
Email : scmdblp@orange.fr

10300 85 – Préfecture Vendée, SELARL (8 radiol.) cause forte expansion, rech. pour association ou vacation : activité clinique, cab., scan., 2 IRM, interventionnel et neuroradiologie à développer.
> Tél. : 06.71.01.61.54.
Email : gerardsoudan@orange.fr

10301 86 – Poitiers, SCM, 3 radiol. activité sénol. et écho. générale/obstétricale, accès mammothème et imag. en coupe en convention privée en CHU, rech. assoc. ou collaborat.
> Contact : Dr Sophie DUVERGE
Tél. : 05.49.45.73.45
Email : n.duverge@free.fr

10302 974 – Saint-Gilles-les-Bains – Ile de la Réunion, cab. refait à neuf, bien équipé, agrément AMTECH, mammo., radio., numér., écho. panor. dentaire. 3 employés, accès IRM potentiel à développer, conditions reprises intéressantes.
> Site web : www.radiologie974.fr.nf
Email : cimago@wanadoo.fr

10303 975 – CH François Dunan de Saint-Pierre et Miquelon cherche radiologue pour quelques mois. Temps plein, prise en charge hébergement et transport entre métropole / Saint-Pierre. Environ 80 lits, astreinte opérationnelle continue, radio conv, mammo, écho,

scanner, téléradiologie opérationnelle avec CH Ste Anne.

> Contacts :

Directeur : Martine BEGUIN-KERBOUL
Email : mbeguini@ch-fdunan.fr
ou direction@ch-fdunan.fr
Tél. : 05.08.41.14.16.
Président de la CME :
M'Hand LAAMEL
Email : tchouki@ch-fdunan.fr
Tél. : 05.08.41.14.60.

REPLACEMENTS

10304 31 – Blagnac, cherc. remplaçant régulier à compter de sept. 2013 en vue de la cession de parts en juin 2014 au sein d'une SCM SDF de 9 assoc. Activité variée : Rx standard, écho. et doppler, mammo., conebeam, TDM et IRM, pas de garde.
> Tél. : 06.62.32.15.31.

10305 69 – Ouest Lyonnais, SCM de 5 radiol., 2 cab., RX, écho., seno., IRM, rech. radiol. pour remplacements réguliers à partir de sept. 2013.
> Tél. : 04.78.33.62.54/04.74.01.33.35/06.32.17.08.41.
Email : scmdblp@orange.fr

DIVERS

10306 33 – Recherche table télécommandée récente et suspension à prix raisonnable.
> Tél. : 06.07.43.73.16.

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
Z.I. Lescudilliers • 26, rue Gutenberg • 15000 AURILLAC
Dépôt légal 3^{ème} trimestre 2013

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