

La lettre de la FNMR

fnmr.org

JFR, PLFSS, RSNA : Français, si vous saviez !



Comme le changement, l'actualité ne s'arrête jamais, dans sa variété et dans son imprévisibilité.

La dernière édition des Journées Françaises de Radiologie, tenues à Paris, a été, une fois de plus, l'occasion de constater que la radiologie française avait un haut niveau scientifique malgré les difficultés qui n'épargnent aucun des deux secteurs, public et libéral. Sans doute, faut-il y voir une exception devenue culturelle, sinon culturelle, voire une manifestation du génie français.

C'est ce même génie qui s'exprime dans le millefeuille administratif et les méandres du « tout Etat » qui nécessitent un peu de mémoire : la CCAM à la française, concept américain, horresco referens, mis à la sauce française, devait être un instrument dynamique de gestion de la nomenclature et de l'innovation.

Force est de constater qu'il n'en n'est rien. Il n'en reste que la gestion tatillon-

ne d'une enveloppe fermée et un échec patent démontré par la non prise en compte du progrès, notamment en imagerie interventionnelle, pourtant source d'économie face à la hausse du coût des médicaments, certes pris dans une autre enveloppe sans doute non fongible.

La médiocrité des attitudes n'est pas l'apanage de l'actuel pouvoir : que va-t-il réellement sortir des plans divers, et du futur plan cancer notamment ? Les premiers résultats de la gestion du nouveau SROS par les ARS a de quoi inquiéter.

Le PLFSS, événement annuel, démontre lui aussi le génie français en matière d'imagination et d'amendements en tous genres.

On peut noter quelques avancées avec un ONDAM hospitalier plus exigeant ou une ébauche de financement des missions transversales.

Mais, l'idéologie rôde et revient à la charge pour s'attaquer au secteur libéral par différents aspects au mépris d'une

part du principe de réalité économique et d'autre part de la réalité du terrain où les spécialistes œuvrent quotidiennement, médecins radiologues compris, au côté des généralistes pour une prise en charge efficace et humaine, hors hospitalisation. On peut aussi rappeler que l'essentiel, jusqu'à 95 % dans certains départements, du dépistage du cancer du sein est fait par les radiologues libéraux.

Ainsi, le PLFSS n'est pas clos et la plus extrême vigilance s'impose.

Le congrès de la Société Nord-Américaine de Radiologie, à Chicago, est aussi un événement attendu.

La France est à l'honneur et sera mise en vedette sur le thème de l'imagerie en cancérologie. Là encore, la France saura démontrer son génie !

Dr Jacques NINEY
Président de la FNMR

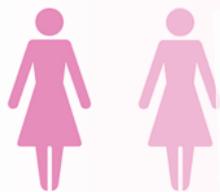
- Dépistage du cancer du sein : 02
 - Maillage territorial par les centres de radiologie 02
- CA FNMR 21 septembre 2013 05
- Un ONDAM limité 13
- Hommages 17
- Modifications des statuts de la FNMR 17
- Petites annonces 20

- Annonceurs :
 - BRACCO 03
 - CANAL 33 11
 - FORCOMED 18 - 19
 - GE HEALTHCARE 15
 - PMFR 09
 - UNIPREVOYANCE 07

Dans cette lettre un article sur le dépistage du cancer du sein faisant suite au dossier de la revue 362 du mois d'octobre.



Fédération Nationale des Médecins Radiologues



Maillage territorial par les centres de radiologie : trouver l'équilibre entre accessibilité et expertise.



Le programme national de dépistage du cancer du sein, piloté par le Ministère chargé de la santé et généralisé à l'ensemble du territoire national depuis fin 2004, propose à l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans un dépistage performant de qualité. Les radiologues ont accepté dans ce but de participer à des formations spécifiques, soutenues par l'INCa, et qu'un second confrère contrôle leur travail sur les aspects techniques et médicaux, à l'occasion d'une deuxième lecture des mammographies. Ce dispositif a conduit à une indiscutable amélioration de la qualité de la sénologie dans notre pays.

Cette évolution s'est accompagnée d'une concentration de l'offre, multifactorielle. La nécessité d'une formation spécifique, un quota minimal d'actes et un contrôle qualité assez drastique des équipements ont fait de la sénologie une activité ne pouvant être marginale dans l'exercice d'un radiologue. Le rapprochement des radiologues-sénologues a aussi facilité les adaptations aux évolutions technologiques, et notamment les investissements dans les appareils numériques. Cette transformation du paysage de la mammographie a ainsi permis de créer un pool de radiologues motivés et impliqués dans le programme de dépistage, interlocuteurs privilégiés des femmes et des structures de gestion.

Il s'agit aujourd'hui d'atteindre un équilibre nécessaire entre d'une part, un resserrement logique de l'offre répondant à une spécialisation de l'activité de sénologie exercée par des radiologues à fort niveau d'expertise, garants de la performance du dispositif, et d'autre part, un maillage territorial assurant une proximité suffisante pour faciliter l'accès et le recours au dépistage de toutes les femmes concernées.

Au-delà de la fermeture de certains centres se pose également la problématique de la répartition géographique de l'offre, avec, dans les zones à très forte densité médicale, une paradoxale très faible participation au programme de dépistage organisé et l'existence d'un dépistage individuel florissant.

Les différentes enquêtes réalisées par l'INCa auprès des femmes montrent que l'éloignement du cabinet de radiologie n'est pas exprimé comme un frein. La peur de l'examen et de son résultat, ou le fait de ne pas se sentir concernée restent les principaux facteurs influençant

négalement la réalisation d'un dépistage. Cependant, de manière indirecte, le temps à consacrer à la réalisation de l'examen, et surtout les délais d'obtention de rendez-vous, parfois liés à l'aménagement de créneaux spécifiques pour le dépistage organisé dans certains centres de radiologie, sont rapportés comme une difficulté à la réalisation d'une mammographie de dépistage.

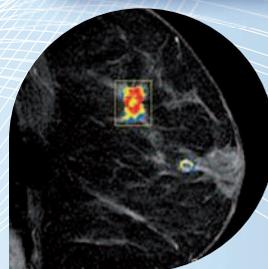
Les études de cartographie présentent un intérêt pour analyser plus finement l'impact de l'implantation des centres de radiologie sur la participation des bassins de population. Une analyse menée en Seine-Saint-Denis a montré que la difficulté d'accéder aux centres par les moyens de transport pouvait constituer un frein plus important que leur nombre.





Voir au-delà des apparences

Nouvelle indication
IRM du sein



➔ 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). • IRM du sein, pour la détection des lésions malignes chez les patients pour lesquels un cancer du sein est connu ou suspecté, sur la base des résultats disponibles de mammographie ou d'échographie (flacon et seringue). **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), ARM et IRM du sein :** 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 1 h en environnement médical. Insuffisance rénale, pathologie cardiovasculaire. Procédures habituelles de sécurité en IRM nécessaires. Réservé aux établissements dont le personnel est formé aux urgences et avec matériel de réanimation cardio-respiratoire. Allergie à l'alcool benzylique. Respecter un délai de 7 h entre 2 examens IRM avec produit de contraste. **Insuffisance rénale :** Avant l'administration de MultiHance, des examens de laboratoire afin de rechercher une altération de la fonction rénale sont recommandés chez tous les patients. Des cas de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés après injection de certains produits de contraste contenant du gadolinium chez des patients ayant une insuffisance rénale sévère aiguë ou chronique (clairance de la créatinine < 30 mL/min/1,73m²). 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%. Utilisation chez l'enfant et en IRM du sein non remboursable. Coll. Révision de la monographie : juin 2013. Pour une information complète, se référer au dictionnaire Vidal. Bracco Imaging France - 7, place Copernic - Courcouronnes - 91023 Evry Cedex.

Bien évidemment, l'évolution de la démographie médicale des radiologues et du mode d'exercice, plus fréquemment en groupe, accentue la création de territoires dépourvus d'offre de mammographie. Le Ministère chargé de la santé, à travers notamment le « Pacte territoire-santé », vise à endiguer cette désertification.

Certains départements ont répondu à cette problématique par la mise en place de mammobus. Ces dispositifs représentent environ un tiers des mammographies réalisées dans les territoires concernés et permettent d'assurer un examen de proximité. Mais ils présentent des limites, la prestation réalisée n'étant pas identique, et demandent une stratégie d'invitation spécifique.



Le Baromètre cancer 2010, mené par l'INPES et l'INCa, a montré que la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de revenus et la difficulté ressentie par rapport à la situation financière - indicateurs pouvant témoigner d'une plus grande difficulté face à l'éloignement géographique - n'étaient plus en 2010 des facteurs influençant significativement la participation. La volonté d'équité d'accès doit en outre prendre en compte l'accessibilité des

centres de radiologie aux personnes handicapées et à mobilité réduite, qui n'est pas toujours possible.

Lorsque la technologie numérique a été disponible en mammographie, les centres de radiologie français ont massivement fait le choix de systèmes CR, à plaque, quand d'autres pays n'autorisaient pour le dépistage organisé que les systèmes plein champs, certes plus coûteux. L'hétérogénéité des performances de ces systèmes CR, au moins pour la première génération de plaques, a conduit à un renforcement de l'exigence du contrôle qualité des équipements. La conséquence prévisible de ce niveau de contrainte du contrôle qualité sera, pour les exploitants d'installations déclarées non conformes, soit d'investir dans du nouveau matériel, et souvent des installations DR, soit de renoncer à l'activité de mammographie.

“ La logique guidant l'action publique doit être avant tout d'éviter la perte de chance pour les femmes concernées par ce dépistage. ”

La logique guidant l'action publique doit être avant tout d'éviter la perte de chance pour les femmes concernées par ce dépistage. Les équipements utilisés doivent donc être parfaitement maîtrisés tant sur le plan de la performance de détection des cancers que de la sécurité des femmes, notamment pour l'irradiation délivrée. Mais la logique de programme de santé publique, et son efficacité ne s'entendent que si la population ciblée a facilement accès et réalise massivement l'examen de dépistage proposé.

L'émergence de polémiques sur les limites du dépistage du cancer du sein, voire sur ses effets délétères, astreint à l'exemplarité de son organisation et de son évaluation. La complexité du dépistage en sénologie - dont témoignent le nombre de cancers identifiés en deuxième lecture (proche de 7% des cancers dépistés) et le taux de surdiagnostic (proche de 10%) - mais aussi le fait que ce programme s'adresse à neuf millions de femmes présumées bien-portantes obligent à la mise en place d'un très haut niveau d'exigence vis-à-vis de l'expertise des acteurs et de la performance des équipements. Le maintien d'une offre de proximité dans les centres de radiologie publics ou privés est un atout à préserver à tout prix, tant qu'il permet d'offrir à l'ensemble des femmes un examen de qualité. ■

Professeur Agnès BUZYN
Présidente de l'Institut
National du Cancer (INCa)





Plan pluriannuel et PLFSS



Dr Jacques Ninety

Réuni à Paris, le 21 septembre, le conseil d'administration de rentrée était ouvert par Jacques Ninety en proposant la cooptation de Philippe Coquel au sein du conseil. Cette proposition adoptée à l'unanimité, le président de la Fédération entamait l'ordre du jour avec les questions d'actualité comprenant, entre autres, la mise en place du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et l'annonce du PLFSS 2014.

Le CAS

En fonction du rythme d'adhésion, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) devait être ouvert vers la fin du mois de septembre¹. A la date du Conseil, 8 100 adhésions étaient déjà enregistrées. La participation des caisses aux cotisations sociales des adhérents entrera en œuvre à l'ouverture du CAS.

Une commission paritaire mixte nationale (CPN) était annoncée pour le 2 octobre afin de traiter les questions de taux de dépassement, les options de coordination, etc.

Le plan pluriannuel

Le plan pluriannuel 2013-2015 s'est mis en place au 1er juillet. Les premières mesures du plan sont entrées en vigueur à partir de cette date.

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) a publié son rapport annuel sur "les charges et produits de l'assurance maladie". Ce rapport contient les propositions d'économies de l'UNCAM au Gouvernement sur lesquelles s'appuiera le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2014. Le directeur de l'UNCAM propose l'application du plan pluriannuel sans nouvelle mesure. Les biologistes ont, à leur tour, demandé un plan pluriannuel au ministère de la santé qui en a accepté le principe.

Inscrite dans le précédent plan mais pas mise en œuvre, la question de l'association de l'échographie mammaire et de la mammographie est relancée en dépit du blocage au sein de la Haute Autorité de Santé (HAS). Une réunion doit avoir lieu prochainement avec le directeur de l'UNCAM pour finaliser la question.

Faisant suite au rapport de l'UNCAM, le gouvernement proposera, pour 2014, un Objectif National de Dépenses de

l'Assurance Maladie (ONDAM) à 2,4%. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2013 prévoyait que chaque année l'ONDAM serait réduit de 0,1 à 0,2%.

Le taux devrait aussi s'appliquer à l'hôpital. Si, jusqu'à présent, les dépassements de l'ONDAM hospitalier étaient sans conséquence, il semble que les tutelles commencent à s'en préoccuper. Il faut par ailleurs rappeler que les dépenses de ville sont inférieures à l'objectif fixé.

La politique de santé

Les élections municipales approchent et s'annoncent difficiles pour la majorité. Le risque est qu'un échec pousse le gouvernement à une politique plus à gauche avec des orientations, pour la santé, axées sur l'hôpital public et une organisation plus « étatisée », à partir de Paris ou en s'appuyant sur les agences régionales de santé (ARS).

C'est dans ce contexte qu'il faut lire le rapport de la Cour des comptes qui préconise des économies sur la chirurgie ambulatoire, les dépenses des hôpitaux et la biologie. Cette spécialité est d'ailleurs pointée du doigt et jugée capable de supporter 600 millions d'économies. Il faut noter que le rapport n'évoque pas l'imagerie médicale. Les tutelles et les différentes institutions semblent comprendre que l'imagerie n'est plus en mesure d'encaisser de nouvelles économies. La dernière proposition du rapport porte sur l'autonomie des ARS qui seraient chargées de mettre en œuvre un ORDAM (Objectif régional de dépenses d'assurance maladie), de conventionner les médecins et d'organiser les délégations de tâches.

Dans l'immédiat, la politique du Gouvernement s'inscrit dans la stratégie nationale de santé qui repose sur le rapport Cordier², Président du Comité des sages nommé par le Premier Ministre.

D'une certaine manière, la stratégie nationale de santé rappelle les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé

¹ La CNAM a reporté l'ouverture du CAS au 1^{er} décembre 2013

² 19 recommandations du comité des sages – Juin 2013



(EGOS) de Madame Bachelot, avec une présence de plus en plus forte des représentants des usagers ainsi que la focalisation sur le médecin traitant. Certains éléments rappellent des projets qui construisent le parcours de soins en court-circuitant le spécialiste avec un passage direct du médecin généraliste à l'hôpital.

La généralisation du tiers payant s'inscrit aussi dans la stratégie de santé. Il importe cependant que le médecin ne devienne pas totalement dépendant des caisses. Sur ce point, il faut rappeler que l'imagerie (sauf l'échographie) bénéficie de l'exonération de la franchise de 18 euros pour les actes onéreux. Mais des patients ignorent cette exemption et s'adressent, dans certains cas, aux hôpitaux ou peuvent, éventuellement, renoncer à des examens.

La Fédération a déjà communiqué à ce sujet mais il faut revenir régulièrement sur cette question. Les membres du conseil d'administration sont invités à relayer ce message en particulier auprès des associations locales de patients.

Les réseaux de soins

La proposition de loi Leroux, député, président du groupe socialiste à l'Assemblée nationale, sur les réseaux et les complémentaires santé a soulevé une grande inquiétude. En effet, la proposition, à l'origine, visait à construire des réseaux fermés, c'est à dire un conventionnement individuel entre les complémentaires et les médecins régissant les tarifs, les volumes d'actes et la pratique. En contrepartie, les organismes complémentaires s'engageaient à adresser leurs adhérents aux médecins membres de leur réseau. C'est une pratique courante aux Etats-Unis. Le modèle existe aussi en France pour l'optique et les prothèses dentaires. Les syndicats polycatégoriels sont complètement opposés à ce schéma, car le médecin se retrouve isolé face à ces

organismes. La proposition de loi Leroux exclue maintenant les contrats fermés. Si cette proposition est adoptée en l'état, les complémentaires ne pourront pas sélectionner les membres adhérent à leur réseau. Chaque médecin sera libre d'adhérer ou non à un réseau. De même, les patients resteront libres du choix de leur médecin "certifiés" par un réseau ou non.

Enfin, les réseaux ne pourront pas modifier les tarifs à la baisse. C'est le tarif de la CCAM qui sera la référence.

L'ASV

Le régime de retraite des médecins est un régime par répartition avec un système de compensation. La retraite est basée sur trois pourcentages : 20% pour le régime de base de la sécurité sociale, 44% pour le régime complémentaire et 36% pour l'Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV).

L'ASV est en péril. Aujourd'hui, elle relève des syndicats, de la Caisse d'assurance maladie et de l'État.

Un plan de sauvetage de l'ASV a été adopté mais il coûte cher en cotisations et impose une diminution de la valeur du point.

Le régime complémentaire est du domaine de la CARMF. Des divergences entre syndicats se sont fait jour et ont conduit l'État à reprendre la gestion des caisses de retraite dont la Caisse d'Assurance Retraite des Médecins de France (CARMF).

Malgré les difficultés financières, la CARMF dispose de 21 milliards en réserve.

“ Les complémentaires ne pourront pas sélectionner les membres adhérent à leur réseau. Chaque médecin sera libre d'adhérer ou non à un réseau. ”

Une solution définitive impose que les différents syndicats s'unissent ce qui semble en bonne voie.

L'ASN

Le respect des obligations réglementaires telles qu'elles sont publiées chaque année dans la revue du Médecin Radiologue permet d'éviter la plupart des difficultés qui peuvent surgir lors des contrôles.

Une administratrice fait remarquer que lors d'un changement de scanner, l'ASN demande que les dossiers soient préparés six mois à l'avance ce qui n'est pas possible. Jacques Niney indique que la Fédération a saisi l'ASN de cette question et qu'il lui a été répondu qu'il serait tenu compte des remarques de la FNMR.

Uniprévoyance, notre avenir en confiance



BytheWayCrencom - © Getty images

SOLIDARITÉ • PARITARISME • TRANSPARENCE • ÉCOUTE

Les salariés sont une valeur essentielle de l'entreprise. Pour assurer leur avenir, UNIPRÉVOYANCE, institution de prévoyance à gestion paritaire, offre des garanties

complémentaires en matière de santé et de prévoyance en proposant des contrats collectifs solidaires et sécurisés. Pour nous contacter www.uniprevoyance.fr



UNIPRÉVOYANCE

La protection paritaire, l'engagement solidaire

Le dépistage de l'amiante

Le ministère de la santé envisage de réactiver à titre d'expérimentation le dépistage de l'amiante selon le protocole prédéfini, qui existe déjà, de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Il sera pris en charge par les caisses sur les fonds du dépistage, mais sans possibilité de tarifier en secteur 2. Les actes pratiqués ne seront pas décomptés des forfaits mais seront payés. Ils ne conduiront donc pas au forfait réduit.



Pour participer, le médecin radiologue doit se porter volontaire, remplir un cahier des charges et le protocole de la HAS. Il sera inscrit sur la liste des médecins radiologues agréés, comme pour la mammographie sans les contraintes. Il a été demandé que les formations de 2nd lecteur, faites uniquement lors des Journées Françaises de Radiologie (JFR), soient reconduites mais il faut s'inscrire dès à présent afin



d'obtenir le «diplôme» second lecteur dépistage amiante. La population cible est faible, environ 68 000 personnes, principalement des retraités. Le dépistage des personnes en activité n'est pas concerné puisqu'il relève de la médecine du travail.

Le Plan cancer III

Le Professeur Vernant a présenté ses recommandations pour le Plan cancer III. La FNMR et FORCOMED ont adressé des contributions au Pr Vernant présentant les différents points impliquant les médecins radiologues dans la lutte contre le cancer. Une des questions importantes soulevées par la FNMR a été le rattrapage nécessaire en matière d'IRM.

Le Pr Vernant souligne que le dépistage du cancer du sein peut être amélioré, en particulier en réduisant les délais de rendez-vous par une augmentation significative du nombre d'IRM.

La modification des statuts

Le Président propose une première modification du règlement intérieur de la Fédération concernant les conflits d'intérêt. Il s'agit d'une déclaration sur l'honneur, signée par chaque membre du conseil d'administration, relative aux conflits d'intérêt. C'est le conseil d'administration qui doit adopter les modifications au règlement intérieur. La modification est adoptée à l'unanimité.

Une modification des statuts est aussi proposée. Elle s'inscrit dans un contexte particulier, celui du début de 2013, à l'époque des "pigeons" lors d'une tentative d'OPA agressive sur un syndicat polycatégoriel. En effet, si un organisme extérieur à un syndicat finance un montant important de cotisations, il peut éventuellement prendre le pouvoir au sein de ce syndicat et prendre possession de ses locaux.

Pour prévenir tous risques, il est souhaitable de modifier les statuts par l'ajout afin de permettre, le cas échéant, une vérification de la réalité des cotisations et des adhérents. Ainsi, la modification permettra à la Fédération, si nécessaire, de vérifier la liste nominative des adhérents correspondants à un chèque de cotisations.

Les modifications du règlement intérieur sont adoptées par le conseil d'administration. En revanche, les modifications aux statuts doivent être approuvées par une Assemblée Générale Extraordinaire (AGE). Le Président sollicite donc le conseil d'administration pour que la modification de statut soit soumise au vote de l'AGE de janvier 2014. Cette proposition est adoptée à l'unanimité. Le texte de la modification proposée est publié dans ce numéro de la Lettre du Médecin Radiologue (p17) conformément aux statuts.

Le DPC

Jean-Philippe Masson, Secrétaire général de la Fédération, fait le point sur le Développement Professionnel Continu (DPC). Il rappelle que c'est une obligation inscrite dans la loi.



Dr Jean-Philippe Masson

La Commission Scientifique Indépendante devrait pouvoir évaluer les organismes de DPC avant la fin de l'année. FORCOMED a été enregistré, en décembre 2012, de manière provisoire, comme organisme de DPC.

FORCOMED a mis en place une quinzaine de programmes pour les radiologues et autant pour les manipulateurs, car le DPC est

également obligatoire pour eux.

Pour l'année 2013, 10% des médecins radiologues libéraux se sont inscrits à FORCOMED alors que le DPC est obligatoire pour tous les médecins. En 2014, il faudra que les radiologues prennent conscience de cette obligation en s'inscrivant à un programme de DPC.

Forcomed va ajouter 15 autres programmes de DPC, soit 30 au total, dont une bonne moitié par e-learning. Pour la formation e-learning en mammographie, une plate-forme de formation, unique en Europe, a été mise en place et plusieurs kits d'interprétation seront développés. Des programmes peuvent être déclinés en région mais les coûts constituent une contrainte très forte.

En 2013, 1% des manipulateurs s'est inscrit. Le Secrétaire général rappelle une nouvelle fois que le DPC est aussi une

obligation pour les manipulateurs. Beaucoup de programmes sont en e-learning pour maîtriser les coûts.

L'Organisme de Gestion du DPC (OGDPC) a classé FORCOMED en 5^{ème} position des structures ayant dispensé le plus de DPC. C'est un motif de fierté pour toute l'équipe de FORCOMED et, au-delà, pour tous les radiologues.

Le prix de l'inscription n'est pas dépendant de FORCOMED, mais de ce qui est alloué par les organismes de DPC, comme l'OPCA pour le personnel.

L'accessibilité des cabinets

Jean-Philippe Masson intervient aussi sur la loi relative à l'accessibilité des Etablissements Recevant du Public (ERP). L'application de la loi sera effective au 1^{er} janvier 2015. Les cabinets médicaux sont concernés et disposent d'un an pour se mettre en conformité.

Un guide, téléchargeable sur le site de la FNMR, a été rédigé en partenariat avec les représentants des différentes professions de santé et les associations d'handicapés. Il indique ce qui doit être mis en place et présente les sanctions en cas de non-conformité.

Il est possible d'avoir des dérogations principalement pour un motif architectural ou si le montant des investissements



- 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

à réaliser met en péril la santé financière de l'entreprise. Les demandes argumentées de dérogation doivent être adressées à la préfecture du département.

Jean-Philippe Masson invite les cabinets à se faire aider par un conseil pour un audit de leur site afin d'analyser ce qui doit être mis aux normes.

Dans chaque préfecture, il y a un secrétariat dédié pour donner des renseignements sur l'accessibilité des personnes handicapées.

Les personnels des cabinets médicaux



Dr Laurent Verzaux

Laurent Verzaux, Secrétaire général de la Fédération, expose l'état des négociations avec les institutions de prévoyance qui disposent d'importantes réserves. Compte tenu de ces réserves, il a antérieurement été décidé d'augmenter les prestations, notamment pour les étudiants et la garantie obsèques.

Une diminution des cotisations a été négociée qui devrait conduire à une remise à zéro des réserves des institutions de prévoyance d'ici à dix ans (avenant 63 signé en juillet).

Le taux d'appel contractuel reste le même : 2,05 pour les non-cadres et 2,55 pour les cadres. À partir du 1^{er} juillet 2013, pour que cela s'applique sur l'ensemble de l'année, le taux d'appel sera de 1,58 pour les non-cadres et de 1,67 pour les cadres. À partir du 1^{er} janvier 2014, le taux d'appel sera de 2,23 pour les cadres, au lieu de 2,55, et de 2,34 à partir de 2015.

Les négociations sur le temps partiel sont obligatoires car la branche emploie plus de 30% d'employés à temps partiel. Les cabinets emploient 44% de leurs personnels à temps partiel.

A partir du 1^{er} janvier 2014, aucun contrat de temps partiel ne doit être inférieur à 24 heures par semaine, sauf dérogation. Il est nécessaire de trouver un accord de branche pour déroger à la loi. Mais, le problème est que la CGT et FO considèrent que l'accord sur le temps partiel découle de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) qu'ils n'ont pas signé. Ils refusent, en conséquence, de négocier sur le temps partiel. La CFDT, signataire de l'ANI, n'était pas présente lors de la dernière commission nationale paritaire.

Faute d'accord, la loi s'appliquera ce qui risquerait de provoquer l'externalisation de certains postes à temps partiel.

L'ANI a été signé avec le Medef pour diminuer les charges patronales des gros employeurs, ce qui désengage l'assurance maladie. Pour cela, il fallait que les complémentaires prennent le relais, ce qui explique la généralisation de

l'assurance complémentaire pour tous les salariés, y compris ceux des petites entreprises. Les gros employeurs payants déjà des mutuelles, cela ne change rien pour eux.

Pour les autres, ce sera une charge supplémentaire à partager entre les employeurs et les employés. C'est la raison pour laquelle la CGT et FO n'étaient pas favorables à cet accord. Des négociations sont en cours pour élaborer à un accord-cadre qui définira le contenu de ce qui sera pris en charge par ces assurances complémentaires.

Une enquête a été lancée avec l'organisme POLLEN qui est susceptible de contacter vos cabinets.

En ce qui concerne les salaires, Laurent Verzaux informe qu'il a annoncé qu'il ne proposera aucune revalorisation de la grille tant qu'il ne sera pas possible de connaître les charges supplémentaires générées par le financement des complémentaires.

Les cabinets devront proposer un contrat assurant le socle défini par l'accord cadre à partir du 1^{er} janvier 2016.

Jacques Niney précise le contenu qui est actuellement envisagé par les complémentaires pour le socle minimum. Il comprendrait trois tarifs: adulte, enfant et famille. Le tarif adulte serait de 35 euros par mois, de 21,40 € par enfant et de 82 € pour une famille à partager entre l'employeur et l'employé. En cas de licenciement, la complémentaire devra être payée pendant une année.

Laurent Verzaux invite à attendre l'accord de branche avant de signer avec des compagnies d'assurance afin d'éviter des accords d'entreprises qui ne seraient pas conformes.

Senolog



Dr Jean-Philippe Masson



Aïssa Khelifa

La situation de Senolog est présentée par Jean-Philippe Masson et Aïssa Khelifa, consultant.

Pour Senolog, 2012 est une année de transition. L'application a subi certains bouleversements avec une migration de la version 1 à la version 2 et des modifications majeures extrêmement importantes pour l'avenir.

La première est le changement de système d'identification en intégrant le RPPS, ce qui devrait éviter les doublons et les pertes d'identification d'un certain nombre de radiologues.

Il y a également une mise à jour des mammographes et une modification de la conduite à tenir.

Il y a une nette amélioration des résultats mais des difficultés statistiques persistent et l'année 2012 est « grise ». En effet, les données sont scindées en 2 bases (V1 = 70%, V2 = 30%) difficilement réconciliables sur certaines requêtes. Les données 2013 seront pleinement exploitables.

En 2012, 2 639 302 examens ont été recensés, soit un recul de 6% par rapport à 2011 qui s'explique par une moindre participation des radiologues, puisque le Dépistage Organisé (DO) a progressé de manière sensible en 2012 (1,45%).

Il existe des écarts extrêmement importants en terme de taux de participation à Senolog (En ne tenant pas compte des extrêmes, le début du 2^{ème} décile est à 23%, la fin du 9^{ème} décile est à 80% de taux de participation).

Ce recul des saisies pose problème car certaines structures de gestion, voire de CPAM demandent la fiche Senolog pour justifier de l'activité de mammographie du radiologue. Ce document devient opposable. Il faut le remplir pour qu'il soit efficace. Pour ce faire, tout est automatisé par l'intégration dans les RIS qui représentent 75% des envois. L'âge médian des mammographes est de 5 ans, l'âge moyen est plus proche de 4 ans.

L'âge médian des femmes est de 57 ans, avec des variations sensibles selon les départements.

Le poids de l'activité sur les femmes de – 50 ans est de 25%. Dans la tranche 50-74 ans, le pourcentage de femmes déclarées à risque est de 12% environ.

En 2012, Senolog a réalisé un traitement pour l'INCa, qui donnera lieu à une publication au Congrès de sénologie et pathologie mammaire de Montpellier en novembre. L'objectif est de mesurer, pour chaque région, le taux réel de couverture dans la tranche 50 – 74 ans sur 2011-2012.

Le nombre de mammographies de DO est comparé à celui relevé par l'Institut de Vieille Sanitaire (InVS), ce qui donne une évaluation précise de la représentativité de Senolog dans la région concernée.

Au niveau national, Senolog recense en cumul, sur 2011 et 2012, 2 453 715 mammographies de DO, soit 51,28% des mammographies de DO recensées par l'INVS (4 785 069).

Sur 2011-2012, Senolog recense également 572 780 mammographies de « pur dépistage individuel » (QEQK001 pour Dépistage Individuel (DI), hors suivi, repérage, symptômes).

“ Certaines structures de gestion, voire de CPAM demandent la fiche Senolog pour justifier de l'activité de mammographie du radiologue. ”

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

canal 33

la tv des salles d'attente



Canal 33

www.canal33.fr

Tél : 03 28 16 33 00

Le taux de couverture dans la tranche 50-74 ans, évalué à 52,8 par l'InVS sur l'activité de DO, s'élève à 59,1% en tenant compte que des seules mammographies de DI effectivement recensées dans Senolog. En extrapolant les mammographies de DI de Senolog au niveau national, le taux de couverture s'élève à 65,1%.

Le taux « réel » de dépistage est de surcroit beaucoup plus homogène entre les régions, puisque, dans les grandes régions (Ile de France, PACA, Midi-Pyrénées) où le DO est le plus faible (respectivement 40,1, 43,2 et 48,3%), le taux important de DI fait remonter de manière significative le taux de couverture global (respectivement 63,1, 69,2 et 65,5%).

Cela change complètement l'approche du dépistage au niveau régional.

La communication de la Fédération



Dr Eric Chavigny

Eric Chavigny présente les projets de la Fédération en matière de communication. Au printemps dernier, il a été décidé de préparer une campagne de communication répondant à une éventuelle attaque contre l'imagerie médicale. Le choix a été fait d'orienter cette campagne vers le grand public afin de le sensibiliser à l'apport de la radiologie libérale et aux risques qui

présentent sur celle-ci en raison de baisses successives qui lui sont imposées. Le choix du support est celui de vidéos qui seraient diffusées sur Internet et les réseaux sociaux afin d'attirer l'attention des médias et du grand public. Un site Internet serait ouvert en appui aux vidéos. La campagne repose, en partie, sur l'effet de surprise et ne sera diffusée qu'en cas de nécessité.

La Fédération lance un nouveau site Internet, à l'occasion des JFR, afin de montrer au public le plus large l'apport de la radiologie libérale dans le parcours de soins, la participation au dépistage du cancer du sein, le maillage territorial, l'accès aux soins de qualité, le rôle économique et social de la radiologie libérale sur l'emploi, etc.

Une autre campagne, reposant sur des programmes vidéos pour salle d'attente a été lancée au travers de canal 33 (diffuseur de programmes vidéos pour salles d'attente). Un accord de partenariat entre la FNMR et canal 33, offre à la FNMR un vecteur de communication à destination du grand public d'envergure. La diffusion de présentations FNMR entre les programmes de canal 33 permet de toucher plusieurs millions de patients chaque année dans vos salles d'attente. Ces présentations sont destinées à faire mieux connaître l'imagerie médicale et l'apport de la radiologie libérale aux patients. Un programme présente le médecin radiologue, un autre la mammographie, un 3^{ème} porte sur la radioprotection,

etc. Il est aussi possible, pour chaque cabinet abonné à Canal 33 de diffuser ses propres messages (par exemple, ses horaires d'ouverture). Pour les adhérents FNMR, Canal 33 est un moyen de distraire les patients en salle d'attente, c'est aussi un moyen de mettre en valeur son cabinet et son équipe mais aussi un mode d'action en faveur de la défense de la radiologie libérale.

La parité

Lors d'un précédent conseil d'administration, il a été décidé d'examiner la question de la participation des femmes adhérentes et de la parité au sein des instances de la Fédération. Ce dossier est pris en charge par Marianne Berr-Mattei qui présente au conseil les résultats d'une première enquête proposée aux adhérentes.



Dr Marianne Berr-Mattei

Le nombre de réponses, à la date du conseil, est décevant. Il faudra comprendre pourquoi la question n'a pas suscité un intérêt plus large.

Quelques enseignements peuvent néanmoins déjà être tirés.

Un tiers des adhérentes ne connaît pas les représentants de sa région. Plus de la moitié n'ont jamais eu de contact avec eux. Les deux-tiers estiment qu'une formation pour mieux connaître la vie syndicale serait nécessaire, surtout pour les jeunes qui démarrent sans aucune connaissance du monde syndical.

Deux-tiers des adhérentes seraient aussi intéressées par le parrainage d'un(e) ancien(ne) pour les aider dans certaines obligations professionnelles et dans la vie syndicale.

Pour l'activité syndicale, la majorité est en faveur des réunions en soirée et souhaitent que le bénévolat reste la règle.

La plupart des adhérentes sont prêtes à remplir des missions spécifiques qui pourraient leur être demandées. Plus de la moitié pensent pouvoir apporter une approche différente des problèmes.

Marianne Berr-Mattei propose de partir de cette enquête pour aller, dans les régions et les départements, rencontrer les adhérentes, les parrainer, les former et leur confier des missions.

Les IRM ostéoarticulaires

Jacques Niney rappelle le principal critère d'attribution des IRM à vocation ostéoarticulaire, à savoir: l'adossement à une IRM polyvalente. Sur ce sujet, les instructions de la CNAM et de l'Etat sont claires.

Le président clos le conseil en donnant rendez-vous à l'occasion des JFR. ■



Un ONDAM limité

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2014 a été présenté au Conseil des ministres par le ministre de la santé et le ministre chargé du budget le 9 octobre dernier. Trois chiffres peuvent le caractériser pour ce qui est de la santé. Le premier est l'objectif des dépenses de santé fixé à 2,4%, soit la plus faible progression depuis des années. Le deuxième est celui des économies attendues : 2,5 milliards d'euros. Le troisième est l'objectif fixé pour les dépenses de ville à 2,4% symboliquement supérieur à celui de l'hôpital à 2,3%. En ce qui concerne l'imagerie, le PLFSS n'ajoute aucune mesure nouvelle aux baisses de prix ciblées déjà inscrites dans l'avenant 8. Comme chaque année, le PLFSS comprend des mesures d'économies sur la biologie et sur le médicament.

Le texte a ensuite été transmis au Parlement, l'Assemblée nationale l'ayant déjà adopté, après amendement, en première lecture le 29 octobre.

Pour le Gouvernement, ce PLFSS est une nouvelle étape dans le rétablissement des comptes sociaux. Faute d'intervention, la pente "naturelle" des dépenses conduirait à un déficit de 21 milliards en 2014. Les mesures proposées devraient le limiter à 12,8 milliards pour le régime général, en baisse de 3,4 milliards par rapport à 2013.

4 milliards d'euros d'économies sont prévues :

- 2,5 Mds en limitant la progression de l'ONDAM à 2,4%.
- 800 millions avec le décalage de la date de revalorisation des pensions (hors minimum vieillesse).
- 200 millions par la réforme des prestations familiales.
- 500 millions dans la gestion des organismes de sécurité sociale.

Des ressources supplémentaires sont aussi apportées avec la hausse des cotisations vieillesse, la réforme des prestations familiales et la généralisation des complémentaires santé.

Une recette nouvelle était prévue avec la fin de l'exonération des prélèvements sociaux sur certains placements (PEA, CEL, PEL, assurance vie). Devant les réactions à ce projet, le Gouvernement a annoncé qu'il renonçait à modifier les prélèvements sur ces produits à l'exception de l'assurance vie.

Une nouvelle fois, l'Etat choisit de reporter une partie des déficits des branches maladie et famille sur la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

Pour le Gouvernement, le PLFSS 2014 est la première étape de la stratégie nationale de santé (SNS) qui a pour objectif de :

- Renforcer les soins de premier recours, dans le cadre du pacte territoire santé (coopérations interprofessionnelles, télé-médecine).
- Engager la réforme du financement des hôpitaux.
- Adapter le pilotage financier du système de santé (identification d'un sous-objectif ONDAM pour le fonds d'intervention régional, amélioration de la fongibilité).
- Engager une nouvelle étape dans la généralisation de la complémentaire santé.

Les mesures du PLFSS 2014

Nouveaux modes de rémunération (Art 4)

L'avenant 8 de la convention médicale prévoyait une participation

des complémentaires santé aux nouveaux modes de rémunération, en particulier le forfait pour le médecin traitant. L'article 4 organise cette participation en l'attente d'un mécanisme de tiers payant intégral permettant le versement direct aux médecins de cette participation.

Financement de la HAS (Art 11)

Le financement de la Haute Autorité de Santé reposait, pour plus de la moitié, sur les taxes versées par le secteur des produits de santé, le solde provenant de l'Etat et des caisses d'assurance maladie. Désormais, les ressources de la HAS seront constituées exclusivement de recettes provenant de l'Etat et de l'assurance maladie.

Contributions pharmaceutiques (Art 12)

L'article 12 fusionne la contribution sur le chiffre d'affaires et la taxe dite "de première vente de médicaments". La nouvelle taxe est constituée d'une contribution de base (due par tous les exploitants de spécialités pharmaceutiques) et d'une contribution additionnelle (due uniquement par les exploitants de spécialités remboursables).

“ Une nouvelle fois, l'Etat choisit de reporter une partie des déficits des branches maladie et famille sur la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). ”

Complémentaire santé (Art 12 ter – Ajouté par l'AN)

Les accords professionnels ou interprofessionnels peuvent prévoir l'institution de garanties collectives comprenant des prestations autres que celles versées en contrepartie d'une cotisation (par exemple politique de prévention ou prestations d'action sociale).

Clause permanente de sauvegarde (Art 13)

La LFSS pour 1999 avait instauré une clause permanente de sauvegarde dont l'objectif était la régulation des dépenses de santé par une responsabilisation des entreprises du médicament. Le taux de cette contribution est fixé à 0,4%.

Tableau d'équilibre de l'ensemble des branches des régimes obligatoire (Art 18)

Le solde prévu pour 2014 est de -10 milliards d'euros soit 4,4 Mds de moins qu'en 2013. La réduction du déficit est le résultat du taux

de l'ONDAM (2,4%) et des économies induites ainsi que des hausses de recettes.

Le déficit de la branche maladie s'établit à 6,2 Mds € soit 1,6Mds de moins qu'en 2013.

2014 Equilibre, par branche, des régimes obligatoires de la sécurité sociale (Mds €)	Prévision de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	188,0	194,1	-6,2
Vieillesse	219,4	221,0	-1,6
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents de travail et maladies professionnelles	13,5	13,3	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	464,7	474,6	-10,0

Tableau d'équilibre du régime général (Art 19)

Le solde du régime général est fixé à -9,6 Mds € soit 3,9Mds de moins qu'en 2013.

2014 Equilibre, par branche, du régime général de la sécurité sociale (Mds €)	Prévision de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	163,7	169,9	-6,2
Vieillesse	116,0	117,2	-1,6
Famille	56,9	59,2	-2,3
Accidents de travail et maladies professionnelles	12,1	12,0	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	336,6	346,2	-9,6

Nouveaux modes d'organisations des soins

(Art 27A – Ajouté par l'AN)

L'Assemblée nationale introduit un nouvel article qui reprend les dispositions de l'article 27 du projet de loi relatif aux nouveaux modes de rémunération mais les applique à de nouveaux modes d'organisation des soins, à titre expérimental pour un nombre restreint de pathologie.

Nouveaux modes de rémunération (Art 27)

Les nouveaux modes de rémunération ont pour objet de financer des équipes pluriprofessionnelles engagées dans des objectifs de santé publique. Des expérimentations de ces nouveaux modes de rémunérations (ENMR) ont été prévus par la LFSS 2008. Un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) doit définir cette rémunération mais n'a pas encore été signé. L'article 27 prolonge la période expérimentale jusqu'au 31 décembre 2014.

Nouveaux modes de rémunération

(Art 27 bis – Ajouté par l'AN)

Ce nouvel article prévoit que les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte prévus par les conventions entre les caisses d'assurance maladie et les centres de santé seront soumis à l'examen des instances conventionnelles, au plus tard trois mois

après la conclusion des conventions ou d'avenants, en vue de leur intégration.

Les partenaires conventionnels disposent de neuf mois pour réviser l'accord conclu qu'ils ont conclu.

Protocole de coopération entre professionnels (Art 28)

Des protocoles de coopérations entre professionnels peuvent être autorisés après examen par la Haute Autorité de Santé (HAS). Le présent article soumet ces protocoles à une évaluation médico-économique.

Les députés ont ajouté un alinéa par lequel l'avis favorable à la prise en charge financière d'un protocole de coopération par le collège des financeurs permet à la HAS d'étendre ce protocole à tout le territoire national.

Expérimentation d'actes de télémedecine (Art 29)

Le PLFSS ouvre la possibilité, à compter du 1^{er} janvier 2014 et pour quatre ans, d'expérimentations dans des régions pilotes portant sur le déploiement de la télémedecine pour les patients pris en charge d'une part en ville et d'autre part en structures médico-sociales par télé-expertise, téléconsultation et télésurveillance.

Un cahier des charges définira le cadre des expérimentations. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêteront la liste des régions pilotes¹ et les agences régionales de santé (ARS) les mettront en œuvre.

Les caisses d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux volontaires pourront participer à ces expérimentations.

Il pourra être dérogé aux règles de facturation, de tarification et de remboursement.

Les crédits affectés à ces expérimentations ne peuvent être affectés à d'autres activités.

Les objectifs de la télémedecine

Dans le cadre des expérimentations prévues par le PLFSS 2014, le Gouvernement assigne 3 objectifs à la télémedecine :

- Faciliter l'accès aux soins, notamment dans les zones sous-denses ou enclavées,
- Optimiser les parcours de santé, notamment des personnes âgées et handicapées,
- Renforcer l'efficience de la prise en charge pour les patients.

Déserts médicaux (Art 29 – Ajouté par l'AN)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant l'examen du PLFSS un rapport sur la situation des déserts médicaux présentant les inégalités géographiques et les zones sous-dotées en médecins généralistes, spécialistes et en infirmiers. Il évalue également les disparités financières et les zones exposées aux dépassements d'honoraires.

¹ Supprimé par l'Assemblée nationale en 1^{ère} lecture

GE Healthcare

L'Optima CT, le scanner à votre image.

La famille Optima*

Conçu autour d'ASiR*



Dispositifs médicaux, consultez les notices spécifiques à chacun pour plus d'information.

Données sujet à changement

Marketing Communications GE Medical Systems

Société en Commandite Simple au capital de 85.418.040 euros

283, Rue de la minière, 78533 Buc Cedex France

RCS Versailles B 315 013 359

* Marques déposées de General Electric Company

©2013 General Electric Company - Tous droits réservés

GE et GE Monogram sont des marques commerciales de General Electric Company

GE Healthcare une division de General Electric Company.



imagination at work

Protection sociale des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (Art 30)

L'article améliore la protection sociale des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) durant la grossesse. Les femmes affiliées à ce régime bénéficient d'une indemnité forfaitaire pendant une période de six semaines avant l'accouchement et de dix semaines après. Dans le cas où elles ne peuvent exercer leur profession, en dehors de cette période, en raison d'une grossesse difficile, elles pourront bénéficier d'indemnités au cours des 90 premiers jours d'arrêt.

Réforme de la tarification hospitalière (Art 33)

Le PLFSS 2014 engage une réforme de la tarification des hôpitaux. Il prévoit que les établissements de santé, implantés dans des territoires peu denses ou isolés, peuvent bénéficier d'un financement spécifique.

Cet article prévoit aussi la possibilité de facturation de consultations externes par des médecins salariés d'établissements privés.

Il introduit aussi la possibilité d'un mécanisme de dégressivité des tarifs nationaux pour certaines prestations d'hospitalisation.

Fongibilité des enveloppes (Art 35)

Le PLFSS autorise les ARS à transférer des crédits entre les dotations régionales, dotation annuelle de financement (DAF) et fonds d'intervention régional (FIR) dans la limite de 1% des dotations afin de favoriser l'allocation de ressources en fonction des besoins identifiés.

Inscription des actes innovants (Art 42)

L'article vise à assurer une inscription plus rapide à la nomenclature des actes innovants associés aux produits de santé (ex: actes associés à des dispositifs médicaux ou tests compagnons). L'objectif est une procédure de six mois, au plus, à compter de l'avis de la HAS. Il permet à l'UNCAM² de hiérarchiser l'acte, si la procédure de droit commun n'a pas abouti dans un délai de cinq mois.

Complémentaires santé et dépassements d'honoraires (Art 45)

L'article modifie les conditions d'accès à la complémentaire santé pour les personnes les plus fragiles. Pour ce faire, il met en concurrence les organismes complémentaires.

Il encadre les contrats de complémentaires santé avec un niveau minimal de prise en charge et un plafond tarifaire. L'objectif est d'éviter de solvabiliser des pratiques tarifaires excessives.

ONDAM (Art 50)

Une nouvelle ligne apparaît dans le tableau de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) et de ses sous-enveloppes, le fond d'intervention régional. Il s'agit d'une enveloppe déléguée aux ARS pour la mise en œuvre de leur politique en matière de prévention, d'accompagnement des établissements de santé ou de permanence des soins. Ces dépenses étaient jusqu'en 2013 réparties entre les différents postes de l'ONDAM.

² Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

ONDAM 2014 en Mds € de l'ensemble des régimes obligatoires de base	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	81,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,6
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
TOTAL	179,2

La projection pluriannuelle de l'ONDAM (Annexe B)

L'annexe B est un rapport joint au PLFSS qui décrit les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base et du régime général.

Le rapport considère que si l'environnement économique est en redressement, les conséquences de la crise économique sont toujours présentes. De ce fait, un effort de maîtrise des dépenses sociales reste nécessaire avec la réforme des différentes branches.

Le PIB et la masse salariale devraient sortir de l'atonie dès 2014. La progression de l'ONDAM devrait cependant être limitée à 2,4% par an sur la période.

Projection 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
PIB (Volume)	0,1%	0,9%	1,7%	2,0%	2,0%
Masse salariale privée	1,3%	2,2%	3,5%	4,0%	4,0%
ONDAM	2,8%	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%
Inflation	0,80%	1,30%	1,75%	1,75%	1,75%

Calendrier du PLFSS

Conseil des ministres : mercredi 9 octobre

Assemblée nationale

- Audition des Ministres le mercredi 9 octobre
- Travaux en commission des affaires sociales avec l'examen des articles le mardi 15 octobre puis le mercredi 16 octobre
- Du mardi 22 au jeudi 25 octobre : examen en séance publique
- Mardi 29 octobre : vote solennel sur l'ensemble du texte

Sénat

- Semaine du 12 novembre : examen en séance publique (en commission la semaine précédente)

CMP & navettes

- Mi-novembre : réunion de la commission mixte paritaire
- De mi-novembre à début-décembre : navettes et lecture définitive

Dr Michel DABAN

Nous venons d'apprendre le décès le 14 octobre 2013 du **Docteur Michel DABAN**, à l'âge de 87ans. Il était médecin radiologue retraité à Paris (75). A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.

Dr Gérard DUCLOS

Nous venons d'apprendre le décès le 18 juillet 2013 du **Docteur Gérard DUCLOS**, à l'âge de 87ans. Il était médecin radiologue retraité à Poitiers (86). A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.

Dr Victor SCHMITT

Nous venons d'apprendre le décès le 10 octobre 2013 du **Docteur Victor SCHMITT**, à l'âge de 87ans. Il était médecin radiologue retraité à Metz (57). A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.

Dr André TEISSEYRE

Nous venons d'apprendre le décès le 19 septembre 2013 du **Docteur André TEISSEYRE**. Radiologue à la Clinique des Cèdres à Cornebarrieu (31), la maladie l'avait contraint à arrêter son exercice. Sa fidélité en amitié, sa solidité professionnelle et son courage ont marqué ses amis.

A tous ses proches nous témoignons notre sympathie et présentons nos confraternelles condoléances.

Proposition de modification des statuts de la FNMR par un ajout (en gras dans le texte) après le 1^{er} paragraphe du point 2.

STATUTS (modifiés le 21 janvier 2012)

Article 12 – Modalités d'élections

Sont électeurs :

1/ les membres des Bureaux départementaux d'une même région, savoir :

- le Président,
- le Secrétaire général ; en cas de pluralité de secrétaires généraux au sein du Bureau départemental, l'un d'entre eux est désigné comme électeur par son Bureau,
- le Trésorier,

2/ Un électeur membre du Bureau départemental, désigné par ledit Bureau, par tranche ou fraction de tranche de trente membres cotisants au-delà des trente premiers ; par membres cotisants, on entend tous membres des syndicats départementaux groupés dans l'Union régionale concernée à jour de leurs cotisations des deux années (N-1 et N-2) précédant celle de l'élection **et dont le syndicat départemental devra justifier du paiement.**

La FNMR peut, à tout moment, afin de procéder à la vérification de la régularité de la déclaration ainsi effectuée par le syndicat d'adhésion, mandater un membre du bureau assisté éventuellement d'un expert-comptable ».

Ces électeurs constituent le corps des grands électeurs de la région. Sont éligibles en tant qu'administrateur tous les membres des syndicats départementaux groupés dans l'Union régionale concernée, adhérents depuis au moins les trois années précédant l'élection, à jour de leur cotisation et en activité installée à la date de l'élection.



Statuts de la FNMR

L'adhésion à un autre syndicat de la même spécialité entraîne l'inéligibilité ou la démission de tout poste de responsabilité de la Fédération, des unions et des syndicats départementaux.

Tous les membres du Conseil sont rééligibles.

Le collège électoral de chaque région, composé des grands électeurs, élit au minimum un administrateur et un administrateur suppléantaire par tranche ou fraction de tranche de cinquante radiologues cotisants au-delà des cinquante premiers. Par membres cotisants, on entend tous membres des syndicats départementaux groupés dans l'Union régionale concernée à jour de leurs cotisations des deux années (N-1 et N-2) précédant celle de l'élection.

Afin que les administrateurs représentent la diversité des départements, il est conseillé qu'il soit tenu compte de cette appartenance dans l'attribution des sièges.

Les membres des syndicats départementaux composant le collège devront être informés de ces élections deux mois à l'avance, par lettre simple avec appel de candidature adressé par le secrétariat de l'Union. Cet appel de candidature devra préciser le nombre de sièges à pourvoir.

Les candidatures devront être adressées par lettre recommandée au Président de l'Union quatre semaines au moins avant l'Assemblée générale convoquée à l'effet de procéder à l'élection. Les élections ont lieu par scrutin uninominal à un tour et à bulletin secret.

Le vote par correspondance est autorisé, sous double enveloppe fournie par la Fédération.

.../...



Programmes DPC 2014 RADIOLOGUES



C'est une obligation annuelle !

Merci de cocher le(s) thème(s) de votre choix,
les dates de réalisation de ces programmes vous seront communiquées dès programmation.

PROGRAMMES MIXTES :

1 journée de formation à Paris
+ Analyse des pratiques : en e-learning
+ Evaluation des acquis : en e-learning

Amélioration de la lecture des mammographies pour les radiologues 1 ^{ers} lecteurs dans le cadre du DOCS sur console numérique dédiée
Clarté nucale et dépistage de la trisomie 21
Connaître les interactions syndicat-radiologie : une valeur ajoutée pour votre cabinet
Exploration des troubles cognitifs et des démences en IRM – Implications pronostiques et thérapeutiques
Gestes d'urgence en radiologie, la prise en charge de l'allergie et de l'arrêt cardio-respiratoire
Perfectionnement en échographie mammaire
Projet professionnel commun en imagerie médicale sur un territoire de santé
Radioprotection des patients : suivi dosimétrique des procédures d'examen en scanographie
Radioprotection des patients : suivi dosimétrique des procédures d'examen en radiologie conventionnelle
Responsabilité médicale du radiologue
Responsabilité en échographie obstétricale

PROGRAMMES ENTIEREMENT REALISES PAR ENSEIGNEMENT A DISTANCE (E-LEARNING)

Amélioration de la lecture des mammographies réalisées dans le DOCS pour les radiologues 1 ^{ers} lecteurs, sur leur propre console numérique dédiée
Dossier médical et sécurité informatique
La coloscopie virtuelle
La CCAM : trucs et astuces
La matériovigilance, la pharmacovigilance et l'identivigilance
Le renouvellement des systèmes d'information radiologiques et PACS
Maîtrise de l'hygiène et prévention des infections en imagerie médicale
Reconnaître, évaluer, prendre en charge la douleur du patient lors des examens d'Imagerie médicale
Téléradiologie : Mise en place d'un réseau sur un territoire de santé et son interconnexion avec la région

Je souhaite recevoir les programmes et dates d'inscription des programmes sélectionnés ci-dessus :

Mme / M. le Dr (nom et prénom) :

Adresse :

Email :

Téléphone : Fax :

Date :

Signature :

Bulletin à retourner à : FORCOMED 168 A, rue de Grenelle 75007 PARIS
Fax : 01.45.51.83.15 – Email : info@forcomed.org



Programmes DPC 2014 MANIPULATEURS C'est une obligation annuelle !



Merci de cocher le(s) thème(s) de votre choix,
les dates de réalisation de ces programmes vous seront communiquées dès programmation.

PROGRAMMES MIXTES : 1 journée de formation à Paris + Evaluations à distance	
<input type="checkbox"/>	Dépistage Organisé : Actualités et recommandations
<input type="checkbox"/>	Manipulateur en radiologie : Améliorer la qualité des mammographies
<input type="checkbox"/>	Formation aux gestes d'urgence en radiologie : La prise en charge de l'allergie et de l'arrêt cardio-respiratoire
<input type="checkbox"/>	Gestionnaire PACS et réseaux : Présentation des technologies d'avenir
<input type="checkbox"/>	Gestion d'un examen Cone Beam en odonto-stomatologie (CBCT)
<input type="checkbox"/>	Gestion d'un examen IRM du genou et de l'épaule
<input type="checkbox"/>	Responsabilité médicale du manipulateur
<input type="checkbox"/>	Radioprotection des patients : Comment optimiser un examen en radiologie conventionnelle
<input type="checkbox"/>	Radioprotection des patients : Comment optimiser un examen en scanographie
<input type="checkbox"/>	Le manipulateur acteur de la radioprotection en imagerie médicale
<input type="checkbox"/>	Outils d'amélioration du travail secrétaires-manipulateurs d'un service de radiologie : Organisation et gestion de la relation humaine

PROGRAMMES ENTIEREMENT REALISES PAR ENSEIGNEMENT A DISTANCE (E-LEARNING)	
<input type="checkbox"/>	Comment améliorer la qualité image en TDM
<input type="checkbox"/>	La CCAM : trucs et astuces
<input type="checkbox"/>	Gestion du matériel dans les cabinets ou services d'imagerie médicale
<input type="checkbox"/>	Les différentes vigilances dans un service d'imagerie
<input type="checkbox"/>	Maîtrise de l'hygiène et prévention des infections en imagerie médicale
<input type="checkbox"/>	Remise à niveau en anglais pour une meilleure prise en charge des patients étrangers par le manipulateur en radiologie
<input type="checkbox"/>	Reconnaitre, évaluer, prendre en charge la douleur du patient lors des examens d'Imagerie médicale
<input type="checkbox"/>	Sécurité des personnels et des patients en IRM

Je souhaite recevoir les programmes et dates d'inscription des programmes sélectionnés ci-dessus :

Mme / M. (nom et prénom) :

Adresse de l'employeur :

.....

Adresse Email personnelle :

Téléphone : Fax :

Date :

Signature :

Bulletin à retourner à : FORCOMED 168 A, rue de Grenelle 75007 PARIS
Fax : 01.45.51.83.15 – Email : info@forcomed.org



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10325 01 – A 15 mn de Lyon, cause retraite cède cab. de radiol. pour la valeur du matériel. Possibilité d'extension, 2 manip. radio. assurant le secrétariat médical.

› Tél. : 04.78.55.00.50.

Email : lescaille.bernard@wanadoo.fr

10326 01 – Banlieue française de Genève, cause départ retraite, SELARL 5 assoc., 2 cab., large accès TDM et IRM en GIE, cerc. assoc. possibilité secteur II ou parcours de soins.

› Contacts :

Dr MUSITELLI : 06.15.20.79.76

Email : christian.musitelli@wanadoo.fr

Dr LANDEL : 06.03.25.46.63.

Email : jean-francois.landel@wanadoo.fr

Dr RIEDINGER : 04.50.40.51.23.

Email :

isabelle.riedinger.radiologie@orange.fr

10327 13 – Aix en Provence, cause retraite cède parts dans association cabinets, accès TDM et IRM.

› Ecrire au journal qui transmettra.

10328 17 – La rochelle, cause cessation cède échographe GE LOGICS7 2012 + 5 sondes (leasing)

› Renseignements au tél. : 06.31.83.11.77

Email : anita.pouffarin@wanadoo.fr

10329 20 – Equipe de 4 radiol., cerc. radiol. en vue association pour l'implantation d'une IRM. Activités : radio., cone beam, écho., doppler, mammo., ostéo., scanner, IRM, Interventionnel (ostéoarticulaire, thyroïde, digestif, thorax. 2 sites cab. et clinique (urgences, chirurgie et pôle cancérologie avec radiothérapie et scintigraphie). Conditions installation intéressantes.

› Contacts :

Dr Jean-Marc ARRIGHI

Tél. : 06.83.30.92.95.

Email : jean-marc.arrighi@wanadoo.fr

Dr Françoise ANGELI

Tél. : 06.32.56.31.48.

Email : francoiseangeli@orange.fr

10330 24 – Bergerac, SELARL 7 radiol. cerc. 8^{ème} associé(e). Scan., IRM, Clinique, Cabinets. Remplacements préalables.

› Tél. : 06.86.94.56.32.

Email : tranroger1@free.fr

10331 29 – Brest, radiol., cerc. successeur cause retraite, SELARL 11 radiol.

› Tél. : 06.11.22.74.06.

Email : pierre.herve.cariou@gmail.com

10332 30 – Bagnols/Cèze/Pont St-Esprit Cause départ à la retraite, cerc. successeur dans groupe de 6 radiol., exerçant en SEL et SCM sur 3 sites dont clinique, scan. : 5 demi-journées/semaine, IRM : actuellement 3 demi-journées/semaine.

› Tél. : 06.14.83.61.90.

Email : rouchon.didier2@orange.fr

10333 33 – Merignac, URGENT, proche du CHU, cab. radiol. et écho., cause départ retraite, cerc. successeur. Activité radiol., mammo. num., ostéo., panoramique dentaire, téléprofil, échographie (Voluson E8 GE). Pas d'astreinte, peut convenir à 2 radiol. (4 salles d'exams). Cab. informatisé, récent, matériel médical remboursé, cession à débattre. Locaux en location ou en achat avec parking. Remplacements et/collaboration possible(s) les premiers mois.

› Contact : Dr Christian COADOU

Tél. : 06.74.64.57.08.

Email : irene2coadou@orange.fr

10334 69 – Nord de Lyon, départ à la retraite, radiol. secteur 2, cerc. successeur, activité sous forme SCM-SDF. Scanner – IRM – Imag. médic. dans polyclinique, 4 cab. de ville dont 1 centre de sénologie, 11 radiol.

› Contact : 06.82.01.70.01.

Email : jean-gerald.vulliez@club-internet.fr

10335 75 – Paris intra-muros, vente cabinet, recherc. URGENT, radiol. secteur II.

› Tél. : 01.46.47.42.20/06.87.88.68.34.

10336 83 – Proche centre ville et facultés, SELARL, cause retraite, cerc. successeur, accès IRM (2) et scan. Conditions de reprise très avantageuse. Possibilité de logement.

› Contact : admi.radio83@gmail.com

10337 85 – La Roche sur Yon, SELARL, 8 radiol., cause forte expansion (2^{ème} IRM), recherc. assoc. pour activité généraliste et dévelop. expertise digestif ou neuroradiologie ou vasculaire. Accès scan., 2 IRM, mammotome, activité clinique.

› Tél. : 06.71.01.61.54.

Email : gerardsoudan@orange.fr

10338 86 – Poitiers, SELARL 16 radiol., cerc. assoc. Centre spécialisé, plateau technique complet (3 IRM, 2 scan., 2 TEP, radio interventionnelle, mammo capteur plan...). Activité ville et clinique de 400 lits. Possibilité d'exercer une activité spécialisée et de travailler à temps plein ou partiel.

› Tél. : 08.11.95.74.60.

Email : mrochet@pictavix86.fr

REMPACEMENT

10339 31 – Groupe de 10 radiol. dans clinique, plateau technique complet (2 scan. IRM, mammo. numérique, radiol. interventionnelle), cerc. radiol. ancien CCA pour remplacement. Activité polyvalente, compétence en sénol. souhaitée.

› Candidature à envoyer avec cv si possible à : tlcdr@wanadoo.fr

Tél. : 05.61.54.98.37.

DIVERS

10340 83 – Midi Méditerranée – Littoral – vends murs 300 m² d'un cabinet de radiologie. Libre d'installation.

› Tél. : 06.23.94.50.91.

Email : balleta@aol.com

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 4^{ème} trimestre 2013

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