

La lettre de la FNMR

fnmr.org

Tiers payant systématique, une nationalisation rampante ?



Le paiement à l'acte est une pratique fondamentale qui vient sceller un engagement entre le patient et son médecin. Bien sûr, cela ne retire rien aux engagements bilatéraux, de sincérité de la part du patient et d'obligation de moyen (s) de la part du médecin. L'offensive menée par les pouvoirs divers contre le paiement à l'acte et en faveur d'un tiers payant généralisé n'est pas innocente.

C'est d'abord une offensive contre la médecine libérale en attaquant un des ses derniers bastions d'indépendance. Les tarifs, ridiculement bas, témoignent déjà des effets néfastes du monopsonne, situation économique où l'acheteur fait les prix comme il l'entend au travers de négociations et d'engagements non tenus. En restant libre de faire payer directement sa prestation, le médecin reste le seul juge de sa liberté de choisir le mode de règlement, et éventuellement de son montant, dépassement

exceptionnel compris devant les exigences de plus en plus fréquentes du patient/client/assuré-tous-risques.

De nombreux radiologues conscients de la réalité économique pratiquent librement le tiers payant, mais c'est à eux seuls de juger de la nécessité ou de l'opportunité de le pratiquer en dehors des obligations légalisées, de plus en plus fréquentes.

L'argument du renoncement aux soins est fréquemment avancé. Certes, le motif économique est réel. On sait pourtant que le renoncement, en dehors de certains domaines (soins dentaires, optiques, audioprothèses), est essentiellement dû aux délais de rendez-vous, dans les deux secteurs.

D'autre part, les médecins, mais pas seulement eux, savent que la gestion du tiers payant a un coût, coût de traitement, estimé à 2,50 € par les centres de santé, mais aussi un coût par les impayés, certains organismes choisissant le

moindre prétexte pour ne pas honorer une facture émise en toute bonne foi par le médecin. A l'heure où les médecins ploient sous les taches non médicales, est-il logique d'en rajouter alors que l'on sait que le système n'est pas capable de fournir une prestation sans faille, sans rappeler les effets désastreux de la grève d'une « caisse pivot » qui avait bien montré que le nœud coulant était potentiellement létal ?

Enfin, au-delà des éventuelles bonnes intentions, le tiers payant systématique est une source de déresponsabilisation du patient et de chaque « professionnel de santé ».

La FNMR est attachée à une médecine sociale mais est opposée à la systématisation de la pratique du tiers payant qui doit rester de la responsabilité du médecin radiologue.

Dr Jacques NINEY
Président de la FNMR

■ La représentation des usagers dans les établissements de santé	02
■ FNMR : CA du 25 janvier 2014	06
■ FNMR : AGE du 25 janvier 2014	14
■ Hommage	14
■ Statistiques : Dépenses assurance maladie	15
■ Petites annonces	16

■ Annonceurs :	
BRACCO	07
PMFR	13



Fédération Nationale des Médecins Radiologues



La représentation des usagers dans les établissements de santé

"Pour l'an II de la démocratie sanitaire", tel est le titre du rapport commandé par Marisol Touraine, Ministre de la santé, à Claire Compagnon¹. Ce rapport trace les perspectives de ce que pourrait être une nouvelle étape de la démocratie sanitaire, un des éléments forts de la Stratégie Nationale de Santé.



STRATÉGIE
NATIONALE
DE SANTÉ



Marisol Touraine et Claire Compagnon

Claire Compagnon

Juriste, spécialiste des questions de santé sociale et sanitaire, elle participe à l'action d'AIDES dans les années 1990.

En 1998, elle est à l'initiative des états généraux des malades atteints de cancer. Elle a été directrice des actions de lutte de la Ligue Nationale contre le Cancer.

Après le rapport d'Edouard Cauty, "le pacte de confiance pour l'hôpital"² qui prônait d'accroître la place des usagers dans la gouvernance des établissements de santé, Claire Compagnon dresse le bilan de leur représentation depuis la loi de 2002 et fait neuf propositions pour l'améliorer. C'est en avril prochain que la ministre annoncera les recommandations du rapport qu'elle entend retenir.

La mission confiée par la ministre doit permettre d'améliorer la participation des usagers à la vie des

établissements pour adapter leur politique d'accueil et les dispositifs concernant la sécurité et la qualité. Au fil de la mission, celle-ci a été étendue à la représentation des usagers au sein des établissements médico-sociaux puis au territoire.

Au cours des deux dernières décennies, la démocratie sanitaire a été le fruit de la convergence de deux mouvements. Le premier réside dans les changements dans les relations entre les organisations publiques et leurs usagers, en France ou dans d'autres pays, grâce à différents mécanismes de participations. Le second mouvement est le fruit de l'intervention des malades et de leurs associations (Aides, AFM, le LIEN, etc) sur les politiques de santé et les droits des usagers et des malades. Le résultat est l'émergence d'un "usager" en santé compris tantôt comme un collectif, tantôt comme individu en relation avec les professionnels de santé. La loi de 2002 relative aux droits du malade³ a consacré le terme de "démocratie sanitaire". Mais, si la démocratie politique trouve son expression au Parlement, si la démocratie sociale s'exprime dans le paritarisme, la démocratie sanitaire n'est pas encore inscrite dans les mœurs.

Des facteurs aussi différents que la révolution numérique, qui modifie le rapport au savoir, le développement des maladies chroniques appellent à une rénovation en profondeur de la participation des usagers.

Le bilan actuel de la participation des usagers montre qu'ils disposent d'une représentation au sein des établissements de santé reposant sur la défense des droits des malades. Mais ce système ne parvient pas à franchir une étape nécessaire pour faire évoluer les organisations et les pratiques vers un exercice réel de ces droits. Dans le secteur médico-social, la législation se limite à garantir les droits préexistants des personnes vulnérables.

¹ Claire Compagnon en collaboration avec Véronique Ghadi – L'an II de la démocratie sanitaire – Rapport à la ministre des affaires sociales et de la santé – 14 février 2013.

² Edouard Cauty - Le pacte de confiance pour l'hôpital – Synthèse des travaux – mars 2013.

³ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé.

Les 9 recommandations

- 1- Un mécanisme de concertation obligatoire dans les décisions de santé,
- 2- Positionner les représentants des usagers dans les lieux de décision,
- 3- Une commission des usagers au sein des établissements,
- 4- Favoriser le travail en commun entre usagers et soignants au plus près des malades,
- 5- Une politique de formation et de recherche en faveur de la participation des usagers à destination des professionnels et des représentants des usagers,
- 6- Inscrire la représentation des usagers au niveau d'un territoire,
- 7- Permettre aux plus vulnérables de s'impliquer dans les mécanismes de participation au système de santé,
- 8- Démocratie participative et dialogue avec les acteurs de la société civile,
- 9- Donner les moyens de la participation aux usagers et aux citoyens.

Le niveau territorial est reconnu comme l'échelon pertinent pour mettre en œuvre le parcours de soins. Mais la démocratie sanitaire, qui avait connu une première avancée dans les territoires avec les plans régionaux de santé publique, n'a pas progressé.

Pour dépasser les limites actuelles de la démocratie sanitaire, le rapport propose une participation *"qui aille au-delà de l'information des usagers ou de la simple concertation, qui vise l'ensemble des territoires pour une politique de santé qui prenne en compte à la fois les enjeux de pouvoir, les inégalités et la conflictualité dans le débat démocratique, dans une perspective de transformation sociale"*.

Les recommandations

Recommandation n°1 : Mettre en place un mécanisme de concertation obligatoire au cœur des décisions de santé

1. Identifier un bloc de missions et de compétences où la participation des usagers est obligatoire.
2. Mettre en place un mécanisme de concertation reconnu indissociable d'une phase de cotravail obligatoire, impliquant que les représentants des usagers disposent d'une autonomie dans la construction de leur expertise et d'accès privilégié à l'information.
3. En faire un élément de la légalité des décisions et de la certification.

4. Identifier les pré-requis méthodologiques à une réelle concertation : précocité de la saisine ; approche pluri professionnelle, argumentation des avis et décision, développement d'une culture commune usagers et professionnels via le développement de la formation.

Recommandation n° 2 : Positionner les représentants des usagers dans les lieux de décision

Expérimenter dans des établissements volontaires l'ouverture du Directoire aux représentants des usagers. Pour C. Compagnon, il s'agit d'une mesure symbolique forte qui ne peut se concevoir que dans un cadre où le statut et la compétence du représentant des usagers sont forts.

Recommandation n° 3 : Mettre en œuvre une commission des usagers au sein des établissements de santé à la hauteur des enjeux de qualité, de sécurité des soins et de respect des droits

Le rapport recommande d'élargir les missions des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et un positionnement renforcé au sein des établissements avec un triple objectif :

- Garantir, évaluer et développer le respect des droits des usagers.
- Participer à la politique qualité et de sécurité des soins.
- Mettre en œuvre la concertation entre les acteurs professionnels et les représentants des usagers sur tous les grands sujets des établissements.

Plusieurs évolutions sont nécessaires :

- Changer le nom des commissions : la commission des usagers « CDU ».
- Faire évoluer ses missions vers la gestion des risques et la politique qualité : sa mission de gestion des plaintes doit être confortée et reliée de manière effective à la politique qualité, gestion des risques au sein des établissements.
- Construire les modalités d'accès aux événements indésirables (EI) déclarés.
- Renforcer les compétences des représentants des usagers dans la politique qualité et sécurité des soins.
- Impliquer la CDU dans la gestion des EI les plus graves ou les plus fréquents.
- Attribuer à la CDU de nouvelles prérogatives : droit d'expertise ; autonomie sur les modalités de remontées d'information ; droit de libre circulation dans l'établissement ; droit de suite sur les avis et propositions.
- Renforcer la fonction de médiation dans la gestion des plaintes.
- Renforcer la place des usagers au sein de la CDU, numériquement, avec des représentants des usagers désignés et par la désignation de bénévoles associatifs intervenants au sein de l'établissement.

- Confier la présidence de la CDU à un usager, avec mise en place le cas échéant d'un dispositif de soutien et d'accompagnement.
- Mettre en place de manière régulière des temps d'échange entre les associations présentes sur un même site.
- Définir un fonctionnement interne de la CDU en lien avec ses enjeux.
- Faciliter l'interface entre les usagers et l'établissement.
- Établir un lien fonctionnel entre la CDU et le conseil de surveillance (CS) pour les établissements publics ou le CA pour les établissements privés.
- Établir un lien fonctionnel entre la CDU et la CME.
- Mettre en place des outils de suivi.
- Renforcer l'évaluation par la certification.

Recommandation n° 4 : Favoriser le travail en commun entre usagers et soignants au plus près du malade

1. Les établissements de santé doivent développer et faciliter la présence de bénévoles associatifs dans les services au titre de la convention prévue par la loi du 4 mars 2002.
2. Faire évoluer le contenu des conventions signées entre les établissements et les associations.
3. Les bénévoles associatifs et des usagers doivent être impliqués dans la vie et les projets des services et des pôles, sous diverses formes, notamment un rôle d'usager « consultant » qui peut apporter son regard au service sur ses projets.
4. La collaboration entre les associations et les professionnels doit être valorisée pour faciliter la collaboration entre usagers et professionnels. La certification pourra participer à ce système de valorisation.

Recommandation n° 5 : Développer une politique de formation et de recherche en faveur de la participation des usagers à destination des professionnels et des représentants des usagers

1. Création d'un Bureau facultaire des patients développant des formations à destination des étudiants et des patients au sein de chaque université ou dans chaque région pour développer, avec des patients formés spécifiquement, des formations à destination de futurs professionnels de santé.
2. Développement de formation au travail collaboratif entre

les professionnels et les représentants des usagers :

- les instituts de formation continue et initiale doivent s'emparer de ce sujet ;
 - certaines formations proposées doivent être communes aux professionnels et aux usagers pour permettre le croisement des savoirs et des expériences.
3. Développement de recherches collaboratives entre les professionnels et les patients ou les usagers :
 - développer des programmes de recherche sur les méthodes de collaboration entre professionnels, usagers et patients ;
 - soutenir la co-recherche entre chercheurs et associations.

Recommandation n° 6 : Inscrire la représentation des usagers au niveau d'un territoire et garantir l'effectivité de leurs droits

L'action des usagers doit se construire au sein des dispositifs en cours de définition au niveau des territoires de santé.

1. Le conseil local de santé ; lieu de concertation obligatoire avec les usagers
 - Prévoir la représentation des usagers au sein des conseils locaux de santé.
 - Faire du conseil local de santé un pilier de la participation des usagers.
2. Le conseil local de santé doit soutenir la structuration d'un espace de respect des droits (EDD) commun aux établissements de santé, aux établissements médico-sociaux et à la médecine ambulatoire.
 - Structuration d'un réseau de médiateurs formés, professionnels ou associatifs au niveau de l'infra territoire coordonné par les équipes locales du Défenseur des droits, et adossé au conseil local de santé.
 - Intervention en première intention pour le médico-social et l'ambulatoire et en deuxième intention pour les établissements de santé.

- Production d'un rapport annuel d'activité qui comprendra un bilan sur le respect des droits sur le territoire et des préconisations d'amélioration.

3. Le conseil local de santé : « une instance articulée » :
 - partout où cela est pertinent avec les conseils locaux de santé mentale existants.
 - avec les cellules de traitement de remontée d'informations préoccupantes pour les personnes âgées ou handicapées.
 - partout où cela est pertinent avec les dispositifs de santé communautaire.



Recommandation n° 7 : Permettre aux plus vulnérables de s'impliquer dans les mécanismes de participation au système de santé et garantir ainsi l'effectivité de leurs droits

Les personnes en situation de grande vulnérabilité ont un savoir expérientiel qu'il convient de valoriser et de partager avec les professionnels. Il s'agit alors de trouver des modalités d'accompagnement pour leur permettre de l'exprimer et de le reconnaître, sous la forme d'un binôme entre une personne concernée et un « passeur », « médiateur », « pair »...

- développer la fonction de médiation culturelle et l'interprétariat dans les établissements de santé, la financer et la professionnaliser ;
- étendre et pérenniser la présence des médiateurs de santé-pairs au niveau national, dans tous les services de santé mentale volontaires ;
- à l'issue de l'évaluation quantitative et qualitative de l'expérimentation nationale en cours sur les médiateurs de santé-pairs, définir et mettre en place les conditions de formation, de recrutement et de financement du développement des postes de médiateurs de santé-pairs.

Expérimenter le dispositif de personne de confiance à partir du modèle néerlandais dans quelques établissements de santé en lien avec les associations.

Recommandation n° 8 : Démocratie participative et dialogue avec les acteurs de la société civile : se doter des outils d'une citoyenneté active

La dynamique participative qui s'est mise en place au niveau des régions, notamment via les CRSA, trouve peu d'écho au niveau national alors même que la participation de la société civile et de ses organisations représentatives dans la formation des politiques et dans la préparation des

décisions publiques, constitue un instrument essentiel de renforcement de la légitimité démocratique des institutions. Il est nécessaire d'impliquer plus fortement les associations représentatives des usagers dans le champ de la santé dans le fonctionnement actuel des institutions publiques en charge des questions de santé.

1. Participation : Présence systématique et forte des usagers au sein des conseils d'administration et commissions des agences sanitaires et en nombre suffisant pour pouvoir peser sur les arbitrages au même titre que les autres parties prenantes.

2. Participation des agences au débat public en inscrivant dans leurs méthodes de travail un principe d'animation du débat public.
3. Réorganisation entre les deux directions du ministère des Affaires sociales et de la Santé en charge des questions de démocratie sanitaire, l'une relevant actuellement de la Direction générale de la santé et l'autre de la Direction générale de l'offre de soins au profit d'une direction unique au sein du ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Recommandation n° 9 : Donner les moyens de la participation aux usagers et aux citoyens

9.1 Vers un statut pour les représentants des usagers

Les représentants des usagers ne sont pas des « bénévoles comme les autres » ; ils doivent pouvoir disposer de temps et de moyens pour exercer leur mission. Ce sujet est à traiter au plan technique et au plan politique. Le rapport propose :

- l'application du mécanisme d'indemnisation mis en œuvre par la HAS aux représentants des usagers pour leur participation aux différentes instances, lorsque cette participation entraîne une perte de revenu ;
- l'attribution aux associations agréées d'un soutien financier à la coordination de la représentation des usagers ;
- l'intégration de certains engagements en lien avec le statut : inscription du parcours de formation du RU, retours sur ses mandats à son association. La définition du statut du représentant des usagers doit s'accompagner de la définition de règles autour de la durée du mandat, de son renouvellement et certaines prérogatives ou certains droits doivent découler de la mise en place de ce statut :
 - la possibilité d'accéder à l'ensemble des documents relatifs à l'instance ;
 - le droit à la protection juridique lorsque l'on se pose en lanceur d'alerte.

9.2 Création d'un mouvement des usagers et des associations de santé

- rendre visibles et rassembler les associations d'usagers de la santé dans un vaste mouvement ;
- mettre en place une organisation nationale au service de la production d'une expertise collective intégrant le point de vue des citoyens ;
- soutenir et financer la démocratie sanitaire ;
- mettre en œuvre des dispositifs de formations et de recherche sur la démocratie sanitaire.

Les recommandations présentées par Claire Compagnon dépassent le cadre des établissements de santé et médico-sociaux mais ils constituent, pour elle, "la matrice qui permettrait de faire un pas significatif vers la participation des citoyens dans le système de santé" qui ne serait pas moins que l'An II de la démocratie sanitaire. ■

“ Vers un statut pour les représentants des usagers. Ils doivent pouvoir disposer de temps et de moyens pour exercer leur mission. ”



FNMR CA du 25 janvier 2014

Le conseil d'administration de début d'année s'ouvrait, après l'accueil par le Président Jacques Niney, sur la présentation de l'activité financière 2013 par Saranda Haber, Trésorière, en présence de l'expert comptable et du commissaire aux comptes de la Fédération.



Dr Saranda Haber

Pour les recettes, le principal poste, celui des cotisations, est nettement supérieur aux prévisions en raison d'un bon niveau d'adhésion et du travail des trésoriers départementaux et régionaux. C'est une nouvelle occasion pour Saranda Haber de les remercier de leur travail. Il est à noter que le nombre de centres de scanner et d'IRM cotisants est

également en augmentation.

Les dépenses ont été maîtrisées et sont inférieures aux prévisions.

Au final, le résultat d'exploitation, pour 2013, est positif. Le même choix de rigueur dans la gestion a été retenu pour le compte prévisionnel 2014. Les prévisions de recettes se font à minima alors que celles des dépenses sont limitées au montant de 2013 afin d'obtenir un compte prévisionnel à l'équilibre. Il faudra tenir compte, pour 2014, d'un investissement relativement important en informatique.

L'assemblée arrête les comptes.

Jacques Niney tient à souligner l'importance de la hausse du nombre de cotisants aussi bien des médecins radiologues que des centres. C'est le signe d'une grande mobilisation dans les départements et les régions avec néanmoins des résultats inégaux. L'investissement personnel des responsables locaux est un gage de progression.



Dr Jacques Niney

QUESTIONS D'ACTUALITE

L'ordre du jour appelait ensuite la présentation, par le président, de la situation politique. En ce qui concerne les radiologues, celle-ci est calme. Les pouvoirs publics respectent le plan pluriannuel condition indispensable à la pérennité de l'imagerie médicale.

Le CAS

Le contrat d'accès aux soins (CAS) est entré en vigueur en décembre 2013. La situation est évidemment différente selon qu'il s'agit de CAS signés par des médecins de secteur 1 ou de secteur 2.

Dans de nombreux cas, et les radiologues sont particulièrement concernés, les taux de dépassement sont ridiculement bas, voire même égaux à zéro. Le directeur général de l'UNCAM peut demander un réajustement en commission paritaire nationale (CPN) pour le porter à une moyenne nationale. Mais il n'est pas obligé de le faire.

La Fédération intervient régulièrement sur cette question mais également sur le calcul, par les caisses, des taux de dépassements pour les médecins qui étaient en option de coordination. En effet, les caisses ne retiennent que les dépassements des médecins secteur 2 pour calculer le taux moyen autorisé. Il en est de même pour calculer le taux d'opposabilité, de 30% dans l'avenant 8, mais qui avec le mode de calcul de certaines caisses peut monter à 80% ce qui n'est pas acceptable.

Le président rappelle que l'adhésion au CAS peut être dénoncée chaque année.

Plusieurs points font, ensuite, l'objet d'un débat. Une première question fait écho à une information diffusée dans la presse médicale sur la possible suppression du CAS ou son amendement. Jacques Niney rappelle que le CAS est inscrit dans la convention médicale et qu'il a force de loi pour toute la durée de la convention. Seule une loi pourrait le remettre en cause. En revanche, il peut être amendé par un nouvel avenant à la convention.

Une autre question porte sur le calcul du taux de dépassement autorisé. Celui-ci est calculé sur l'ensemble des actes. Ceci signifie que pour un même praticien, les taux de dépassement peuvent être différents selon les actes sous réserve de respecter le taux moyen.

Plusieurs intervenants souhaitent savoir si un délai a été fixé pour renégocier les taux de dépassement qui sont

multihance®

Gadobenate dimeglumine

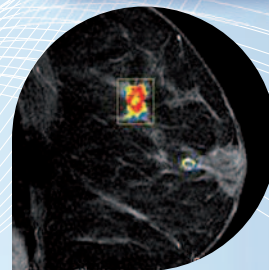


IRM Suite



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 1h en environnement médical. Insuffisance rénale, pathologie cardiovasculaire. Epilepsie et lésions du cerveau. 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. Attention aux extravasations. **Insuffisance rénale :** Avant l'administration de MultiHance, des examens de laboratoire afin de rechercher une altération de la fonction rénale sont recommandés chez tous les patients. Des cas de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés après injection de certains produits de contraste contenant du gadolinium chez des patients ayant une insuffisance rénale sévère aiguë ou chronique (clearance de la créatinine < 30 mL/min/1,73m²). Les patients devant bénéficier d'une transplantation hépatique sont particulièrement à risque, car l'incidence de l'insuffisance rénale aiguë est élevée dans ce groupe. Etant donné qu'il est possible que des cas de FNS surviennent avec MultiHance, l'administration de ce produit doit être évitée chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère et chez les patients durant la période pré ou post-opératoire d'une transplantation hépatique, sauf si le diagnostic ne peut être obtenu par d'autres moyens que l'IRM avec injection de gadolinium. La réalisation d'une hémodialyse peu de temps après l'administration de MultiHance pourrait faciliter l'élimination de ce produit de l'organisme. Il n'est pas établi que l'instauration d'une hémodialyse puisse prévenir ou traiter la FNS chez les patients qui ne sont pas hémodialysés. **Sujets âgés :** L'élimination rénale de gadobénate de 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 en IRM du sein non remboursable. Coll. Révision de la monographie : janvier 2014. Pour une information complète, se référer au dictionnaire Vidal. Bracco Imaging France - 7, place Copernic - Courcouronnes - 91023 Evry Cedex.



LIFE FROM INSIDE

particulièrement faibles, ou égaux à zéro, dans certaines régions. Malheureusement, les caisses d'assurance maladie n'ont pris aucun engagement sur ce point. Le président invite les radiologues qui seraient dans ce cas de figure à en informer par écrit le président de la CSMF, actuel président de la CPN, ainsi que la Caisse et, bien sûr, la Fédération.

L'inaction des mutuelles est mise en cause. En effet, alors qu'elles s'étaient engagées en signant l'avenant 8 à financer pour 150 millions d'euros les dépassements dans le cadre du CAS, elles n'ont rien entrepris pour assurer leur responsabilité. Les médecins adhérents au CAS respectent leurs engagements. Il importe d'indiquer aux patients, qui peuvent questionner les cabinets sur la prise en charge du reste à charge que les médecins respectent leurs engagements mais que les mutuelles refusent d'appliquer l'avenant qu'elles ont signé.

Un intervenant informe le conseil qu'une caisse refuse l'inscription au CAS des jeunes installés. Jacques Niney rappelle que l'avenant, signé par le président de l'UNCAM, concerne aussi les jeunes installés.

Le plan pluriannuel

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 respecte le plan pluriannuel pour l'imagerie. Elle ne comprend donc pas de mesures nouvelles.

Le plan prévoit, courant 2014, la création d'un supplément d'archivage pour la mammographie de dépistage et celle du suivi du cancer du sein. Il faut également que soit mise en œuvre l'association mammographie et échographie mammaire. La FNMR suit ces deux dossiers. Elle a notamment saisi le ministère du retard pris sur l'association mammo-écho qui tient en partie à des questions juridiques.

Plus généralement, la question est posée du bilan complet des économies réalisées en imagerie médicale. Les éléments dont nous disposons aujourd'hui semble indiquer qu'elles sont supérieures aux prévisions ce dont il faudra tenir compte dans le suivi du plan pluriannuel.

Impôts et cotisations

Le gouvernement travaille sur différents projets fiscaux dont une CSG progressive. Les prévisions indiquent qu'elle pèserait sensiblement dans la tranche de revenus des médecins et, en particulier, des radiologues.

Un autre projet consisterait en la suppression par l'URSSAF des avantages conventionnels réservés aux médecins du secteur 1. La part des cotisations prises en charge par l'assurance maladie serait réintégrée dans l'assiette



imposable à la CSG-RDS. Ainsi, deux-tiers des cotisations feraient partie de l'impôt sur le revenu. Les syndicats ont vivement réagi à ce projet. Bercy a indiqué, oralement, que les médecins ne sont pas concernés.

Une autre idée concerne la CFE, anciennement taxe professionnelle. La CFE pour les BNC serait majorée de 40% sous le prétexte que ceux qui sont en BNC ont des capacités contributives supérieures. L'UNAPL a menacé de porter le texte devant le Conseil d'Etat et la Cour Européenne pour discrimination, ce qui fait reculer l'administration.

Une dernière idée concerne l'exonération sur la plus-value lors de la vente de parts. La proposition serait une exonération sur les plus-values si chaque associé détient au moins 25% des parts ce qui, de fait, limite le nombre d'associés à quatre ayant chacun le même pourcentage de parts.

Voici quelques uns des axes de réforme fiscale réfléchis par nos gouvernants dont on peut se demander ce qu'ils envisagent pour les médecins.

Les cotisations URSSAF

L'URSSAF envisage de modifier le mode de versement des cotisations. Les nouvelles modalités prévoient une régularisation anticipée du fait du passage de l'année de référence N-2 à N. Cette régularisation devrait être étalée dans le temps.

L'URSSAF indique que ce projet ne devrait pas entraîner de prélèvements supplémentaires pour les radiologues qui devront, cependant, faire une avance de trésorerie.

La loi Leroux (réseaux de santé)

Le président du groupe socialiste de l'Assemblée nationale a fait adopter une loi relative aux réseaux de soins entre les médecins et les organismes d'assurance complémentaire. La loi ne prévoit de réseaux fermés que pour les opticiens. Dans ce cas, les adhérents d'un organisme complémentaire doivent s'adresser aux professionnels conventionnés par l'organisme pour être remboursés.

Les syndicats de médecins étaient radicalement opposés à des réseaux fermés. Ils ont obtenu gain de cause. De ce fait, les réseaux entre complémentaires et médecins ne pourront qu'être ouverts, l'adhérent ayant le choix de ne pas consulter un médecin ayant passé une convention avec une complémentaire sans qu'il soit pénalisé en matière de remboursement.

Il est à noter que les tarifs pratiqués par les médecins sous convention d'une complémentaire devront être identiques que le patient soit adhérent ou pas.

Le président regrette que la loi n'ait pas retenu le principe d'une négociation nationale qui aurait fourni un cadre aux réseaux.

L'ASV

Pour leur retraite, les médecins cotisent à la CARMF qui ne doit gérer que la part complémentaire. L'ASV n'est pas de son ressort, puisque c'est de celui des syndicats, la base étant gérée par la CNAV.

La gestion était, jusqu'à présent, assurée par la CARMF. L'Etat avait annoncé qu'en cas de problèmes, il prendrait la gestion en charge directement. C'est ce qui s'est finalement passé, la



CNAV étant, maintenant, en charge de la retraite de base des médecins, des kinés, etc. Par ce biais, l'Etat prend aussi le contrôle d'un fonds de 21 milliards et la CNAV pourra conserver les intérêts. Devant cette situation, les syndicats médicaux ont demandé à disposer d'un "droit de regard". Ils ont obtenu de participer au comité de surveillance et de donner leur avis sur la désignation du président.

La Stratégie Nationale de Santé

La stratégie nationale de santé (SNS) a pour objectif, entre autres, la réorganisation de la prise en charge du patient. La SNS prélude la future loi de santé publique. Dans ce cadre, des réunions régionales sont organisées pour préparer la future loi de santé publique. Elle risque, cependant, de prendre le même chemin que la loi HPST. Jacques Niney invite les responsables à participer à ces réunions même si les libéraux ne sont pas conviés. Il faut soulever les questions de structuration du territoire, de l'impact des mesures tarifaires, du maillage territorial et du dépistage du cancer du sein.

“ Réseaux de santé : les tarifs pratiqués par les médecins sous convention d'une complémentaire devront être identiques que le patient soit adhérent ou pas. ”

La tomosynthèse

Il est peu probable que la tomosynthèse soit reconnue dans le cadre du dépistage du cancer du sein. Mais rien n'interdit à un radiologue d'asseoir son diagnostic, en dépistage individuel ou en suivi, par des clichés et une thomosynthèse. Il ne pourra évidemment pas la tarifier.

Quelques groupes se sont déjà équipés. Ils prennent un risque financier car le protocole qualité, européen, est seulement en cours d'élaboration et en attente des tests de matériels. A l'issue de ceux-ci, des appareils seront agréés mais pas forcément tous.

L'ANI

En l'état actuel des discussions sur la mise en œuvre de l'Accord National Interprofessionnel (ANI), il semblerait que le plan de formation obligatoire pour tout employé, en remplacement du DIF, doit être dans l'axe de son métier. Il sera cumulable que la personne soit en activité ou au chômage.

Concernant les emplois à temps partiels, la durée minimale de 24 heures par semaine a été, dans un premier temps, abrogée, en particulier, dans les cabinets médicaux, pour les

techniciennes de surface, avec un temps minimum de 5 heures par semaine. Le 16 décembre dernier un accord est intervenu permettant 24 heures de travail par semaine mais en cumulant plusieurs employeurs.

Les CPOM

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont sous la responsabilité des Agences régionales de santé (ARS). De ce fait, ils peuvent contenir des dispositions assez différentes d'une région à l'autre. Ainsi, des CPOM ont été proposés avec des taux d'activité à tarifs opposables de 90% ou encore un taux minimum de prise en charge des patients de moins de 16 ans.

Il importe que les radiologues qui signeront un CPOM soient attentifs aux dispositions qu'il comprend car certaines sont excessives mais risquent d'être opposées aux médecins par la suite.

La vie syndicale

Outre celle de la FNMR, plusieurs élections sont annoncées. Ainsi, la CSMF va procéder à l'élection de son nouveau président. Il en sera de même pour l'UMESPE. L'UNOF a déjà élu le sien.

Pour la CSMF, le nouveau président doit être un spécialiste et son vice-Président un généraliste.

Jacques Niney rappelle que la FNMR adhère aux différents syndicats polycatégoriels : CSMF, FMF et SML. Il n'y a pas d'élection, cette année, à la FMF ou au SML. Les radiologues qui y sont élus restent donc en fonction.

“ L'objectif de la FNMR est de mettre en œuvre une démarche qualité en imagerie avec un référentiel cohérent avec la pratique professionnelle. ”

Concernant l'élection de la FNMR, le président annonce que les administrateurs, qui peuvent se présenter et voter, vont recevoir l'appel à candidature. Les candidats ont jusqu'au 25

février pour le faire savoir conformément aux statuts. La campagne officielle commencera alors avec profession de foi, etc.

Jacques Niney annonce la date du prochain séminaire de la FNMR qui se déroulera les 28 et 29 juin à Biarritz. C'est au cours de ce week-end, lors du conseil d'administration, que Jacques Niney "passera le flambeau" au nouveau président.

¹ Comité Français d'Accréditation

Le séminaire portera le matin sur les futurs modes de rémunération des radiologues. L'après-midi sera consacré au rôle de l'imagerie dans la santé publique.

Labelix



Dr Jean-Charles Leclerc

Le point est fait par Jean-Charles Leclerc. 120 structures d'imagerie sont labellisées ou en cours de labellisation, une structure pouvant regrouper plusieurs sites.

L'évolution vers la certification de services a été engagée fin 2012. Cette certification permettra de faire reconnaître la démarche qualité de la profession. Elle sera

accordée par le COFRAC¹.

Il est très probable que le ministère de la santé exige, un jour, une certification en imagerie médicale, comme la loi HPST de juillet 2009 l'a fait en biologie en imposant l'accréditation de tous les laboratoires selon la norme ISO 15189.

L'objectif de la FNMR est de mettre en œuvre une démarche qualité en imagerie avec un référentiel cohérent avec la pratique professionnelle.

Le dossier de certification a été soumis au COFRAC en 2012. Il a donné un avis favorable mais sans décision définitive par son conseil d'administration en raison d'un blocage de la Direction générale de la santé. La décision devrait intervenir en avril prochain.

Plusieurs éléments du référentiel ont été modifiés à la demande du COFRAC. Le titre est devenu « certification pour la prise en charge des patients en imagerie médicale ».



Les pré-requis relatifs à des obligations réglementaires ont été supprimés.

Un groupe de travail a été mis en place pour poursuivre une démarche commune avec différentes agences, comme l'ASN, le COFRAC, le DGAS ou la HAS.

“ Avant la mise en place de ce dépistage, il y avait environ 11% d'amniosynthèse en France. Le taux est tombé entre 3 et 3,5%. Ce résultat signifie une diminution importante des pertes foetales liées aux amniocentèses et biopsies. ”

Dans l'attente de la certification, Labelix poursuit son évolution avec, par exemple, l'intégration de la téléradiologie. La commission technique s'est ouverte à plusieurs associations de patients, au CNOM, à l'IRSN, à l'ASN, etc.

Une formation FORCOMED sera mise en place pour les auditeurs des sociétés d'audit qui manifestent leur intérêt pour Labelix. Le label est aussi reconnu par des tutelles, notamment régionales. Ainsi, certaines ARS exigent la labellisation dans les CPOM des GIE d'imagerie en coupe.

Bionuqual



Dr Philippe Coquel

Philippe Coquel rappelle les deux arrêtés qui encadrent les bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatal de la trisomie 21.

Le CEPPIM² s'occupait de trois évaluations de pratique : les NRD, les ACR 3 et la Nuque au premier trimestre. Seule l'étude de la nuque persiste compte-tenu du

DPC. Deux autres organismes ont été agréés pour la nuque (le CFEF et le CNGOF).

BioNuQual est un outil informatique, qui a été développé par Nicolas Fries et le collège d'échographie foetale. Il a été approuvé par les deux autres organismes, validé par la CNIL et expertisé favorablement par la HAS. Ce logiciel permet de récupérer les mesures de clarté nucales et de longueur cranio-caudales foetales ainsi que les données sérologiques maternelles et de les analyser instantanément et de façon simple.

La confidentialité est totale, chaque échographiste n'a accès qu'à ses données et chaque réseau ne pourra avoir accès qu'aux données des membres de son réseau. L'anonymat des patients est strictement respecté.

² Le CEPPIM est composé de la FNMR, de la SFR, de FORCOMED, du CERF, et du SRH.

³ Commission scientifique indépendante

BioNuQual est une sorte de "cloud" qui permet de centraliser toutes les informations fournies par les biologistes et les échographistes. L'accès à BioNuQual est entièrement gratuit et ouvert à tous ceux qui ont fait leur évaluation par l'intermédiaire du CEPPIM, du CFEF ou du SYNGOF. Chaque médecin a accès à toutes ses données en temps réel et notamment à ses mesures de clartés nucales et de longueur cranio-caudales foetales enregistrés automatiquement avec les données sérologiques maternelles. Il ne lui est demandé que de remplir les suivis de grossesse, en particulier s'il y a eu des anomalies ou une trisomie.

Bionuqual comprend à ce jour 1 200 000 dossiers. C'est la deuxième base la plus importante au monde après celle du Danemark.

Les données recueillies permettent de constater que les résultats sont globalement excellents pour le dépistage de la trisomie 21 en France en dépit d'une participation inégale selon les départements, de la nécessité d'optimiser la pratique de certains échographistes et d'harmoniser les valeurs de risque calculées par les quatre logiciels biologiques agréés.

Avant la mise en place de ce dépistage, il y avait environ 11% d'amniosynthèse en France (avec des pics à plus de 20% dans certaines villes). Le taux est tombé entre 3 et 3,5% en gardant la même sensibilité du dépistage. Ce résultat signifie une diminution importante des pertes foetales liées aux amniocentèses et biopsies de trophoblaste et a un impact positif sur les dépenses d'assurance maladie.

Au total, le résultat de ce dépistage est excellent. Le problème de Bionuqual est la pérennité et la stabilité du système. Son développement a été pris en charge en totalité par le collège d'échographie foetale. Son coût de maintenance, nettement inférieur au système danois, est pris en charge actuellement proportionnellement au nombre d'adhérents des trois organismes agréés, le CFEF prenant en charge 70% des 40 000 euros annuels, le CEPPIM 15% et le SYNGOF 15%.

FORCOMED

Jean-Philippe Masson, Secrétaire général, annonce que FORCOMED propose désormais les formations DPC, obligatoires, et des formations classiques, dont certaines sont également obligatoires.



Dr Jean-Philippe Masson

FORCOMED a été agréé fin 2012 par la CSI³ des professionnels de santé pour les manipulateurs et début 2013 pour les médecins. FORCOMED est le premier organisme de DPC radiologique agréé.

Le DPC est une obligation annuelle pour les radiologues et les manipulateurs. Il est indemnisé par l'OGDPC pour les radiologues et pris en charge par l'OPCA, qui s'appelle dorénavant Actalians, pour les manipulateurs. Les radiologues doivent être attentifs à l'inscription des manipulateurs qu'ils emploient car ils sont responsables, à ce titre, du non-respect de leurs obligations.

Après chaque DPC, le médecin reçoit une attestation de fin de DPC, qui sera aussi envoyée au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, chargé de s'assurer du respect des obligations en ce domaine. Pour les manipulateurs, l'attestation est également envoyée à l'employeur.

FORCOMED présente une vingtaine de programmes de DPC pour les radiologues et autant pour les manipulateurs, en elearning ou en présentiel. FORCOMED s'occupe de l'inscription des médecins sur « mondpc.fr ». En 2013, 700 DPC ont été réalisés, 530 par des radiologues, 170 par des manipulateurs. D'après une enquête effectuée par l'OGDPC⁴, cela place FORCOMED en 5^{ème} position parmi les organismes formateurs pour le nombre de nouveaux adhérents et en 1^{ère} position pour les spécialistes.

Au 25 janvier 2014, il y a déjà 750 radiologues inscrits pour un DPC et 500 manipulateurs. Les structures qui organisent du DPC ne peuvent bénéficier d'un financement extérieur, c'est-à-dire du sponsoring d'un industriel, comme c'est le cas avec Guerbet pour la formation sur le label qualité.

Il a donc été décidé de créer un FORCOMED bis, appelé FORCO – FMC, pour les formations FMC comme, par exemple, la mammo num, la radioprotection, la PCR, etc.

La formation à la radioprotection est une obligation tous les dix ans. Les premières à avoir été suivies arrivent à terme l'année prochaine. Des formations FORCO FMC sont ouvertes.



⁴ Organisme de gestion du DPC

Echographie obstétricale

Philippe Coquel informe le conseil de la parution au Journal Officiel d'une obligation de recueillir le consentement éclairé des patientes avant le début de la première échographie obstétricale afin de rechercher d'éventuelles malformations.

Accessibilité des cabinets médicaux

L'accessibilité des cabinets concerne les établissements recevant publics (ERP). La loi prévoit l'adaptation aux normes d'ici le 1^{er} janvier 2015.

Un guide, intitulé "réussir l'accessibilité" a été édité à l'intention des professionnels. Il précise les classifications des établissements avec les normes spécifiques applicables pour chaque catégorie. La grande majorité des établissements de santé est classée en 5^{ème} catégorie en l'absence de locaux de sommeil avec une capacité d'accueil inférieure à 100 personnes.

Dans cette catégorie, une partie au moins de l'établissement, offrant toutes les prestations, devra être conforme aux normes dès 2015.

Des dérogations peuvent être demandées dans certains cas: impossibilité technique liée à l'environnement ou à la structure du bâtiment, préservation du patrimoine architectural et disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences financières, entre autres. Dans le cas d'une participation à une mission de service public, il faut accompagner la demande de dérogation d'une mesure de substitution.

Un Agenda d'Accessibilité Programmée (ADAP) offre la possibilité d'un sursis de 3 ans. En cas de travaux de mise en conformité, il faut déposer un projet avant la fin de l'année. Les documents sont téléchargeables et doivent être transmis à la mairie et à la préfecture.

Pour la réalisation des travaux, il faut télécharger un formulaire Cerfa N°13824, «demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public ». Dans les cabinets en location, les travaux incombent au propriétaire.

L'UNAPL et la CSMF ont négocié des consultations auprès de cabinets conseils à des prix intéressants.

Télémédecine

Toutes les régions, sous l'égide des ARS, ont des projets de déploiement de la télémédecine qui incluent la

téléradiologie. Les limites de ces projets sont financières. Il n'y a pas de fonds pour rémunérer les cabinets de radiologie.

L'implication des G4 régionaux dans ce dossier n'est pas homogène sur tout le territoire. Elle est pourtant essentielle sur ce type de dossier afin d'éviter, entre autres, la prise de contrôle de la téléradiologie par des sociétés commerciales dont les pratiques sont éloignées voire en contradiction avec la Charte de la téléradiologie.

Jean-Philippe Masson rappelle le protocole de convention (Caractéristiques techniques des équipements, disponibilité et responsabilité des radiologues, finances) sur lequel les radiologues doivent s'appuyer lors de la mise en place d'une solution de téléradiologie.



Les RCP

L'UMESPE a engagé une réflexion sur la rémunération des radiologues pour leur participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire de cancérologie. Les textes permettent un financement par les MIG ou par les FIR⁵. Le principe proposé serait une rémunération selon le temps

médical passé sur les dossiers présentés en RCP et non par sur leur nombre. Le temps médical passé est décompté pour la présence physique ou en téléconférence. Il est aussi proposé un supplément de rémunération pour les coordonnateurs des RCP.

Le Conseil d'administration s'achevait pour laisser la place à la tenue de l'assemblée générale extraordinaire. ■

⁵ Mission d'intérêt général et Fonds régional d'intervention



- 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



Une modification des statuts de la FNMR

L'Assemblée générale extraordinaire (AGE) de la Fédération était convoquée le 25 janvier 2014 pour procéder à une révision des statuts. Auparavant, le Conseil d'administration de la Fédération avait approuvé la proposition de modification portant sur les modalités de l'élection au sein de la Fédération. La proposition a ensuite été publiée dans la Lettre du Médecin Radiologue.

L'AGE votait à l'unanimité la proposition de modification de l'article 12, en gras dans le texte ci-dessous.

Article 12 – Modalités d'élections

Sont électeurs :

1. Les membres des Bureaux départementaux d'une même région, à 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.

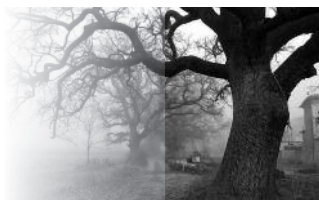
La FNMR peut, à tout moment, afin de procéder à la vérification de la régularité de la déclaration ainsi effectuée par le syndicat d'adhésion, mandater un membre du bureau assisté éventuellement d'un expert-comptable.

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. ■



Hommage



Dr Roger MARLOIS

Nous venons d'apprendre le décès le 12 décembre 2013 du **Docteur Roger MARLOIS** à l'âge de 87 ans. Il était médecin radiologue retraité à Montélimar (26).

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



Les dépenses de l'assurance maladie : décembre 2013

Le dernier mois de l'année 2013 s'achève avec un ONDAM en progression par rapport à novembre (2,4% contre 2,1%). Il est à noter, cependant, que pour ces quatre dernières années, l'ONDAM 2013 est le plus faible. En effet, il était monté jusqu'à 2,9% en 2011.

Tous les agrégats, sauf les versements aux établissements publics, participent, à la hausse de l'ONDAM mais à des degrés divers.

Les versements aux établissements hospitaliers publics restent au taux de novembre avec 1,3%. Sur la même période, les versements aux établissements privés progressent de 2,5% soit une différence de 1 point par rapport à novembre mais sur un volume qui ne représente qu'une faible part de l'ONDAM (7%). Les dépenses de soins

de ville progressent de 2,8% soit un écart de 0,7% par rapport au mois précédent. Les prestations médico-sociales sont en augmentation de 4,6% mais l'écart au mois précédent n'est que de 0,5%.

Le taux de progression des actes techniques est supérieur à celui de l'ONDAM avec 2,9%. Dans cet ensemble, les dépenses d'échographie augmentent plus fortement (3,4%). En revanche, les dépenses d'imagerie (hors échographie) enregistrent un taux négatif de -2,2%.

Le taux de progression de l'ensemble des forfaits techniques est positif (1,5%). Pour les forfaits IRM, le taux est équivalent à celui de l'ONDAM avec 2,5% alors que celui des forfaits de scanner est une nouvelle fois en baisse de -1,8%. ■

Dépenses de l'assurance maladie - décembre 2013 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine - Milliers d'euros)

Prestations	Décembre en €	Décembre en %
Consultations	5 836 354	0,9%
Visites	748 957	-1,9%
Actes Techniques (*)	6 352 415	2,9%
Dont actes d'échographies	1 080 948	3,4%
Dont actes d'imagerie (Hors échographie)	1 339 951	-2,2%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	730 869	1,5%
Dont scanner	297 176	-1,8%
Dont IRM	369 353	2,5%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	17 572 559	3,4%
Total prescriptions	46 534 433	2,5%
Total soins de ville	64 107 256	2,8%
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	51 994 090	1,3%
Total versements aux établissements sanitaires privés	10 920 036	2,5%
Total prestations médico-sociales	15 617 859	4,6%
Total statistique mensuelle des dépenses	155 205 131	2,4%

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



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10399 06 Nice, cause santé, cède parts dans groupe de 9 radiol., 4 sites, matériel de haut niveau. Nombreuses vacations scan. et IRM.

> Tél. : 06.78.90.48.31.

Email : verso06@live.fr

10400 22 Saint-Brieuc, SELARL, 3 radiol., cherc. assoc., 2 sites (cab. de ville + clinique), plateau technique complet.

> Tél. : 02.96.33.73.00.

10401 22 Côtes d'Armor, SELARL de 11 radiol. recherc. un 12^{ème} associé, 2 cab., 1 polyclinique, 3 IRM (en GIE), 1,5 scan., 3 mammo. capteur plan.

> Contact : 06.34.39.34.39.

Email : b.estable@clin-armoricaine.fr

10402 29 Bretagne Sud, groupe 4 radiol. cherc. successeur, cause départ en retraite. 3 sites et accès TDM et IRM.

> Tél. : 06.81.24.38.95.

10403 31 Toulouse Blagnac, SCM 9 radiol., 2 cab, activités sans gardes, radio., écho., séno. avec tomosynthèse, cone beam, vacations CT et IRM, cherc. remplaçant(e) régulier, association possible.

> Tél. : 06.82.56.99.42.

Email : gilberthermes@gmail.com

10404 33 Bordeaux et Pessac, SCM 4 radiol., 2 cab., accès Scan. et IRM., recherc. successeur cause retrait volontaire.

> Envoyer cv par mail :

cab.pessac@wanadoo.fr

Tél. : 05.57.26.27.01.

10405 34 Béziers, cède cab. radio., écho., séno. dans centre multi-disciplinaire à développer. Conditions intéressantes. Z.F.U.

> Tél. : 06.07.32.79.32.

10406 45 100 km PARIS Sud, groupe 7 radiol. recherc. 2 associés, idéalement ACCA pour ouverture 2^{ème} TDM et 3^{ème} IRM. PACS, macro biopsie, Cône Beam, protocole de coopération Echographie. Conditions d'installation favorables.

> Contact : Hubert CAILLET

Tél. : 06.63.93.78.76.

Email : hubert.caillet@cegetel.net

10407 66 Littoral méditerranéen, groupe 4 radiol., 2 cab. et environ 100 h. d'imagerie lourde (scan. + IRM), cherc. radiol., collaboration contractuelle garantie 3 à 4 jours/semaine dont 70% d'imagerie lourde, pas de garde, pas d'apport, conditions financières très intéressantes. 2 à 3 j. hebdo. de scan. et IRM et 1 j. en cab. bord de mer. Possibilités d'asso. et d'achat de SCI si souhaité.

> Contact :

imagerielittoralmed@outlook.fr

10408 69 Nord de Lyon, départ à la retraite, radiol. secteur 2, cherc. 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

10409 73 Chambéry, cause retraite prochaine, cherc. successeur dans groupe 6 radiol., radio. conventionnelle, scan., IRM, 2 cab. en ville + clinique.

> Contact : Dr BATTISTELLI

Tél. : 06.80.63.14.49

Email : jmb.clinchalles@yahoo.fr

10410 75 Paris intramuros, cause retraite, cède parts dans SCM, 2 assoc.

> Contact : 01.48.05.40.66.

Email : jmflajollet001@cegetel.rss.fr

10411 78 Versailles centre, cause départ en retraite cherc. successeur dans groupe de 3 assoc. secteur 2. Radio., écho., mammo., scan. et IRM dans GIE proche du cab., conditions intéressantes.

> Tél. : 01.39.50.52.50. ou

le soir : 01.30.64.69.13.

Email : alaintremon@orange.fr

10412 81 Vends matériels de radiol. d'occasion. Prix intéressant, cause regroupement cab. de radiol.

> Contact : Dr PARADIS

Tél. : 05.63.54.14.45. ou 06.08.48.65.29.

10413 81 Albi, SELARL (8 radiol.), cause nouveau cab. cherc. associé(e) TP ou mi-temps. Activité clinique (grpe Vitalia), cab., scan., IRM, interventionnel, apport minime.

> Contact : Dr DESMOUCELLE

Tél. : 05.63.47.50.55

Email :

radio.toulouselautrec@wanadoo.fr

10414 83 Hyères, groupe 9 radiol. en expansion, recherc. associé, de préférence secteur 2, en vue d'une assoc. pour activité de cab. (radio. générale et dentaire, écho. générale, écho-doppler, écho. obstétrique...) et clinique avec accès scan., IRM, interventionnel non vasculaire, dans le cadre d'attribution d'une nouvelle IRM.

> Contact :

administrateur.radiologie@cimhp.fr

10415 83 Toulon, important groupe du Var, fusion prochaine avec un autre groupe, cherc. assoc. départ retraite au sein SELARL, activités, scan., IRM, cliniques et hopitaux, cab. de ville. Profil recherc., ancien chef de clinique.

> Contact : 06.84.55.75.04.

Email : danroy-tiki@orange.fr

10416 86 Poitiers, SELARL 15 radiol., cherc. associés. Centre spécialisé, plateau technique complet (3 IRM, 2 scan., 2 TEP, radio. interventionnelle, mammo. capteur plan...). Activité de ville et en 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

10417 92 Proche banlieue Paris ouest, cab. radiol., équipement complet avec numérisation, mammo. agréée, ostéo.; accessibilité handicapés, accès imagerie en coupe et Cone Beam.

> Contact : 06.14.37.66.13.

Email : imagerie.ouest1@gmail.com

REPLACEMENTS

10418 33 Bordeaux et Pessac, SCM 4 radiol., 2 cab., RX, écho., doppler, séno., recherc. médecin radiol. pour remplacements réguliers toute l'année 2013-2014.

> Envoyer cv par mail :

cab.pessac@wanadoo.fr

Tél. : 05.57.26.27.01.

10419 71 Saône et Loire, recherc. remplaçant en vue asso., cause 2 départs en retraite dans un groupe de 5 radiol. sur 2 sites, accès scan. et IRM (GIE).

> Tél. : 06.78.00.79.72.

Email : pierre.soussand@wanadoo.fr

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

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 1^{er} trimestre 2014